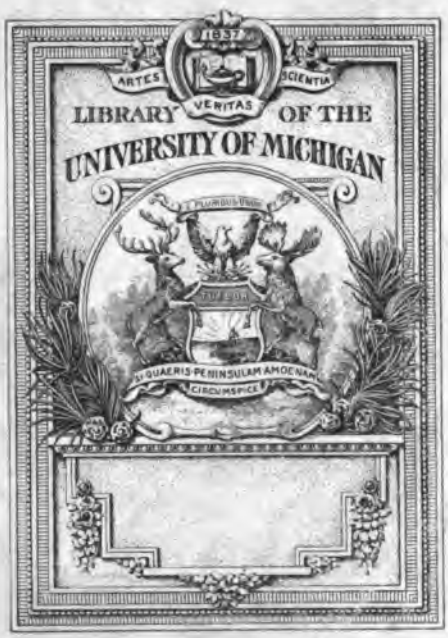
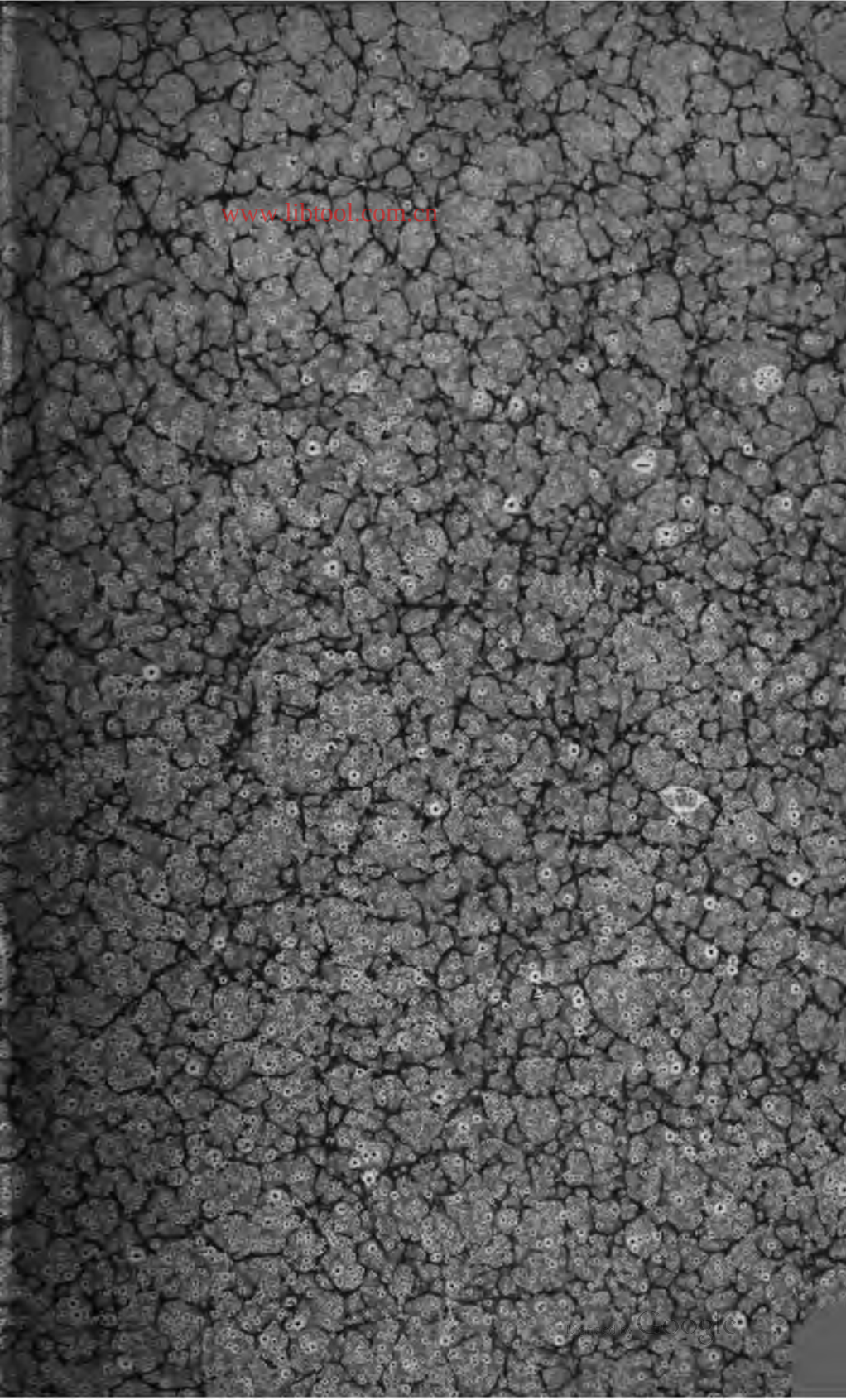
B 3 9015 00212 513 9
University of Michigan – BUHR
www.libtool.com.cn
Digitized by Google

www.libtool.com.cn



Digitized by Google


www.lihtool.com.cn

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

610.5
S678
A53

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

BULLETINS

DE LA

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

74389

BULLETINS
DE LA
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE
DE PARIS

ANATOMIE NORMALE, ANATOMIE PATHOLOGIQUE, CLINIQUE.

LI[e] ANNÉE (1876)

4[e] SÉRIE. — TOME I.

RÉDIGÉS PAR

MM. HOMOLLE & MOUTARD-MARTIN
SECRÉTAIRES.

PARIS
V[e] ADRIEN DELAHAYE et C[ie], LIBRAIRES-ÉDITEURS
PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE
1876

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

LISTE

DES

www.libtool.com.cn

MEMBRES DE LA SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

ANNÉE 1876.

Bureau.

Président	MM. CHARCOT.
Vice-Présidents	LIOUVILLE.
	A. DESPRÉS.
Secrétaires	HOMOLLE.
	MOUTARD-MARTIN.
Trésorier	LONGUET.
Archiviste	LANDOUZY.
Membres titulaires du Comité.	COYNE.
	HANOT.
	RENDU.
— adjoints	BARIÉ.
	DURET.
	PEYROT.

Membres Honoraires.

MM.

ANGER (Th.), 1874.
AXENFELD, 1859.
BARTH, 1867.
BARTHEZ (E).
BÉHIER (J.).
BESNIER (Ern.), 1866.
BESNIER (J.), 1874.
BLACHE (R), 1873.
BLACHEZ, 1866.
BOUCHARD (Ch.), 1869.
BOUCHEREAU, 1874.

MM.

BOURNEVILLE, 1874.
BOUTEILLIER.
BRIERRE DE BOISMONT.
BROCA.
BROUARDEL, 1869.
BUCQUOY, 1860.
CARRIÈRE, 1874.
CASTELNAU (H. de).
CAUDMONT, 1853.
CHANTREUIL, 1874,
CHARCOT, 1873.

Digitized by Google

MM.
CHARPENTIER, 1872.
CHASSAIGNAC.
CORNIL (V.), 1871.
CRUVEILHIER (Ed.), 1869.
DENUCÉ.
DESORMEAUX, 1868.
DESPRÉS (Ar.), 1869.
DURAND-FARDEL.
DUGUET, 1873.
FERNET, 1874.
FIAUX.
FONTAN, 1868.
GÉRIN-ROZE, 1867.
GINGEOT, 1874.
GOUBAUX.
GOURAUD (X.), 1872.
GUÉNIOT, 1873.
GUYOT, 1867.
HALLÉ, 1872.
HARDY (A.).
HAYEM, 1874.
HÉNOCQUE, 1874.
HÉRARD.
HOUEL, 1852.
LABBÉ (Léon), 1871.
LABORDE (J. V.), 1873.
LAMBRON.
LANCEREAUX, 1873.
LANNELONGUE, 1873.
LE DENTU, 1874.
LENHOSSEK, professeur à Pesth, février 1876.

MM.
LEGROUX, 1874.
LEUDET.
LIOUVILLE, 1875.
LUNIER, 1851.
MAGNAN, 1874.
MARTINEAU, 1867.
MERCIER.
MEURIOT, 1873.
MILLARD, 1866.
MOISSENET.
MOREAU, 1872.
NICAISE, 1872.
OLLIVIER (A.), 1874.
PARMENTIER, 1871.
PARROT, 1873.
PAUL (C.), 1866.
PÉRIER, 1872.
PIOGEY, 1856.
POTAIN.
POUMET, 1872.
PROUST (Ad.), 1864.
RANVIER, 1873.
RICORD.
ROGER (H.) 1840.
ROKITANSKI.
SCHWEICH, 1874.
TARDIEU.
TRÉLAT (U.), 1864.
VERNEUIL.
VIDAL.
VOISIN (A.), 1871.
VULPIAN, 1873.

Membres titulaires.

MM.
BOUILLY, 1874.
BUDIN, 1875.
CARTAZ, 1875.
COYNE, 1874.

MM.
DEBOVE, 1873.
DUCASTEL, 1873.
HALLOPEAU, 1873.
HANOT, 1875.

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

MM.

HOMOLLE (G.), 1875.
JOFFROY, 1873.
LABARRAQUE (E.), 1875.
LÉPINE, 1873.
MALASSEZ, 1872.
MARCANO, 1874.
MONOD (Ch.), 1873.
NEPVEU, 1875.
ORY, 1875.
RENDU, 1874.
RICHELOT, 1874.
SANNÉ, 1872.
SEVESTRE (A.), 1873.
TERRILLON, 1873.
TROISIER, 1875.

www.libtool.com.cn

Membres adjoints.

MM.

ANDRAL, 1875.
BARIÉ, juillet 1875.
BERGER (P.), 1870.
BERGERON, 1873.
BOTTENTUIT, 1869.
BOURCERET, juillet 1875.
BOURDON (E.), 1871.
CADIAT, 1873.
CAMPENON, 1872.
CAZALIS (J.), 1873.
CHENET, juillet 1875.
CHEVALET, 1873.
CUFFER, 1874.
DAMASCHINO, 1864.
DANLOS, 1873.
DEFFAUX, 1874.
D'HEILLY, 1864.
DUPUY (L. E.), 1872.
DURET, 1874.
FIOUPPE, 1874.
GAUDRON, novembre 1875.
GOUGUENHEIM, 1864.
GRANCHER, 1872.
GRAUX, décembre 1875.
HAMY, 1869.
HEIDENREICH, décembre 1875.
HIRTZ, décembre 1875.
HORTELOUP, 1862.
HUBERT, 1873.
HUTINEL, novembre 1875.
LABADIE-LAGRAVE, 1870.
LACOMBE, 1873.
LANDOUZY (L.), 1871.
LAUGIER (M.), 1871.
LOLLIOT, 1868.
LONGUET, 1873.
LOREY, 1874.
LUCAS-CHAMPIONNIÈRE (J.) 1875
MARCHAND, 1874.
MARTINET, juillet 1875.
MAUNOIR, février 1875.
MOUTARD-MARTIN, février 1875.
OULMONT (P.), 1875.
PETIT (Henri-Ch.), juillet 1875.
PEYROT, 1873.
PINARD, 1874.
PITRES, février 1875.
PLANCHON, 1869.
PLANTEAU, décembre 1875.
POZZI (S.), 1872.
QUINQUAUD, 1871.
RATHERY, 1870.
RAYMOND (F.), 1874.
RECLUS (P.), 1873.
REMY (Alb.), février 1875.
REMY (Ch.), décembre 1875.

Digitized by Google

MM.
RENAULT (Alex.), 1873.
RENAUT (J.), 1872.
ROBIN (Alb.), 1873.
ROSAPELLY (L.), 1873.
THORENS, 1871.
MM.
TURNER, 1874.
VEYSSIÈRE, 1873.
VOISIN (J.), 1874.
ZIEMBICKI, février 1875.

www.libtool.com.cn

Membres correspondants.

MM.
ALFEROW, 1874, Charkhoff (Russie).
ALLING, Alger.
AUBRÉE, Rennes.
AUGIER, 874.
BALL, Paris.
BARÉTY, 1874, Nice.
BEAUVAIS (de), Paris.
BERCIOUX, Bourges.
BIDARD, Paris.
BINET (Suisse).
BLAIN, Bernay.
BLANQUINQUE, 1870, Laon.
BLUM, Paris.
BOCHEFONTAINE, 1874, Paris.
BOÉCHAT, Fribourg.
BONNET, Valence (Drôme).
BORDIER, Paris.
BOUCHER, Corbeil.
BOUCHUT, Paris.
BOURDON, Clermont-Ferrand.
BOUSSEAU, Cholet (M.-et-L.).
BRUTÉ, Rennes.
CADET DE GASSICOURT, Paris.
CAMPANA, Paris.
CAMPBELL, Paris.
CARESME, Paris.
CARION (Charleville).
CARPENTIER-MERICOURT, Paris, 1875.
CARVILLE (Menton).
MM.
CAUCHOIS, Rouen.
CAZIN (1869), Boulogne-sur Mer.
CHALLAND, Lausanne.
CHEDEVERGNE, Poitiers.
CHÉNIEUX Limoges.
COLIN, Alfort.
CORNILLON, Vichy.
COULON, Eterpigny (Pas-de-C.).
COUSTON, à Daras, 3 mars 1876 (Lot-et-Garonne).
CURTIS, Boston (U.-S.)
CUSCO, Paris.
DECÈS (A.), Reims.
DECORNIÈRE, Lisieux.
DEFOIX, 1874, Buenos-Ayres.
DELBARRE, Cambrai.
DELPECH, Paris.
DEMANGE, 1874, Nancy.
DEPAUL, Paris.
DÉPÉRET-MURET, Limoges.
DEROYE, 1874, Dijon.
DESNOS, Paris.
DESRUELLES, Paris.
DESTOUCHES, Paris.
DEVOUGES, Corbeil.
DIANOUX.
DIDAY, Lyon.
DIEULAFOY, Paris.
DODEUIL, Ham.
DOLBEAU, Paris.
DRANSART, Somain (Nord).

Digitized by Google

MM.

DUBOIS, Abbeville.
DUBRUEIL, Montpellier.
DUBUC, Paris.
DUMONT-PALLIER, Paris.
DUMOULIN, Paris.
DUPERTUIS, Champigny (S.).
DUPLAY (S.), Paris.
DURAND, St-Martin-d'Auxigny (Cher).
EMPIS, Paris.
EXCHAQUET, Rolle (canton de Vaud) Suisse.
D'ESPINE, Genève.
FARABEUF, Paris.
FAURE, Riom.
FERRAND, Paris.
FLEUROT, Dijon.
FLEURY, Clermont-Ferrand.
FOUCAULT, Fontainebleau.
FOURNIER, Paris.
FRÉMY, fils, Paris.
GADAUD, Périgueux.
GELLÉ, Paris.
GIRARD, Grenoble.
GRIPAT, Angers.
GUBLER, Paris.
GUILLAUMET, 1874, Paris.
GUITTON, Dieppe.
GUYON, Paris.
HABRAN, Reims.
HALLEZ, Lille.
HENROT, Reims.
HERPIN, Tours.
HERVEY, Troyes.
HILLAIRET, Paris.
HUCHARD, Paris.
ISAMBERT, Paris.
KELSCH, 1874, Philippeville, Algérie.
LABOULBÈNE, Paris.
LACROUZILLE, Périgueux.

MM.

LADMIRAL (Pascal), 3 mars 1876.
LADREIT DE LA CHARRIÈRE, Paris.
LAFONT, Bayonne.
LAGRANGE, 1874, Châl.-s.-Saône.
LAILLER, Paris.
LALLEMENT, Nancy.
LAMARRE, St-Germain-en-Laye.
LANGLET, Reims.
LE BAIL, le Mans.
LEBRETON, 1874, Paris.
LEDIBERDER, Lorient.
LEDRU, Clermont-Ferrand.
LE FORT (L.), Paris.
LÉGÉE, 1868, Abbeville (Som.).
LEMAISTRE, Limoges.
LEROY DES BARRES, St-Denis.
LEROY D'ÉTIOLLE, Paris.
LESOUEF, Criquetot-Souville (Seine-Inférieure).
LEVEN, Paris.
LEVIEUX, Bordeaux.
LUBIMOFF, 1874, Moscou.
LUTON, Reims.
LUYS, Paris.
MAINGAULT, Paris.
MALHERBE, père, Nantes.
MALHERBE (Albert), Nantes.
MARCÉ, 1874, Nantes.
MARJOLIN, Paris.
MARTIN (Nevers).
MARTIN E. (Genève).
MASSOT, à Perpignan.
MIERZEJEWSKI, à St-Pétersbourg
MOCQUOT.
MOLLOY, PARIS.
MONA-MAIA (Rio-Janeiro), 11 février 1876.
MONOD (L.) Paris.
MOUTON, 1874, Cutz (Oise).
MOYNIER, Paris.

Digitized by Google

MM.

Négrié, Bordeaux.
Nivert, Tours.
Olivier, Rouen.
Oulmont, Paris.
Painetvin, Fresnoy-le-Grand (Aisne).
Panas, Paris.
Paquet, Paris.
Paris, Angoulême.
Parise, Lille.
Pasturaud, Etampes.
Péan, Paris.
Peltier, Sedan.
Pelvet, Vire (Calvados).
Perrin, Paris.
Perrochaud, Berck-sur-Mer.
Peulevé, Amiens.
Peyraud, Libourne.
Polychronie, 1874.
Poncet, 1874, Lyon.
Prusneau, l'Isle (Yonne).
Puisaye (de), Paris.
Ragot, Pont-Audemer.
Raymond, Limoges.
Raynaud (M.), Paris.
Reverdin, Genève.
Rey, Gaillac (Tarn).
Richard-Maisonneuve, Paris.
Richet, Paris.
Rigabert, 1874, Pont-d'Envaux (Charente-Inférieure).
Ripoll, Toulouse.
Rogeau, 1874 (Nord).
Roque, Arnac-Pompadour (Corrèze).

MM.

Sainte-Marie (Limoges).
Saison, Paris.
Schloss, Paris.
Second-Féréol, Paris.
Sée (M.), Paris.
Sentex, St-Sever.
Serraillier, Cannes.
Seuvre, 1874, Reims.
Sézary, Alger.
Siredey, Paris.
Slawjanski, St-Pétersbourg.
Sockeel, 1874, Versailles.
Spiess, Genève.
Stoicesco, fév. 1876, Buckarest.
Tarnier, Paris.
Teillais, Nantes.
Thaon, Nice.
Thibierge, Paris.
Thierry, Rouen.
Tillaux, Paris.
Tonnet, Niort.
Tripier (L.), Lyon.
Urdy, 1874, Avignon.
Vernois, Paris.
Vereite (Marcel), Sézanne (Marne).
Viguier (J.), 1874.
Villard, Guéret.
Waringem, Calais.
Wast, Vitry-le-Français.
Wilbouchevitch (Boris de), 1874, Moscou.
Zambianchi, Aix-en-Othe (Aube).

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

BULLETINS

DE LA
www.libtool.com.cn
SOCIÉTÉ ANATOMIQUE

DE PARIS

51e ANNÉE. — JANVIER 1876.

Séance du 7 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Kystes dermoïdes des ovaires. — Kystes séreux de la trompe; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie sur une femme de 82 ans, morte d'une pneumonie dans le service de M. CHARCOT.

Les ovaires sont rétractés, fibreux et ridés. Ils sont surmontés de chaque côté par une tumeur du volume d'un œuf de poule. La tumeur du côté gauche est dure, de consistance calcaire; celle de droite est moins résistante et donne à la pression une sensation de petits craquements. Toutes deux sont constituées par une coque fibro-calcaire très-épaisse à gauche, plus mince à droite, remplie d'une substance butyreuse jaune, composée de granulations graisseuses au milieu desquelles on rencontre quelques cristaux de cholestérine et de margarine. Chaque tumeur renferme en outre un peloton de poils du volume d'une noix; ces poils sont roux dans le kyste droit et brun foncé ou noirs dans le gauche; on ne distingue pas leur point d'implantation sur la paroi incrustée de sels calcaires.

Sur l'ovaire gauche on trouve en outre deux kystes séreux de la grosseur d'une noix. Toutes ces tumeurs ne présentent

Digitized by Google

aucune adhérence avec les organes voisins. Vers le milieu du trajet de la trompe gauche, on trouve deux dilatations kystiques du volume d'une petite noisette séparées par un canal perméable d'un centimètre de long à travers lequel on peut faire refluer le contenu d'un kyste dans l'autre. La paroi de ces kystes de la trompe est fibreuse et transparente et offre le même aspect que celle de petits kystes séreux de l'ovaire. — Le liquide contenu est aussi séreux.

2. Oblitération du vagin ; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce provient d'une femme de 84 ans, morte dans le service de M. Charcot, à la Salpétrière.

L'utérus est déformé par deux tumeurs fibro-calcaires, sous-péritonéales. Les ovaires raccornis présentent un aspect fibreux, mais peu de rides. — On ne trouve pas trace d'hymen ni de caroncules et cependant c'est à peine si le doigt peut pénétrer dans le vagin, et il est arrêté à 3 centimètres de la vulve où le conduit se termine en cul-de-sac à 5 centim. du col. Cet espace est rempli par une sorte de ruban fibreux, épais de 2 ou 3 millimètres et large d'un centimètre, qui va s'épanouir sur l'orifice externe du col utérin qu'il ferme complétement. Le cordon fibreux est tapissé en arrière par le péritoine dans une étendue de 3 centimètres. Cette disposition eût rendu dangereuse une tentative de restauration.

Cette oblitération du vagin paraît congénitale, mais l'on n'a aucun renseignement sur les symptômes que la femme a pu présenter pendant la période menstruelle.

3. Dégénérescence kystique des reins avec commencement de généralisation dans le foie ; par V. Komorowski, externe des hôpitaux.

Au mois de juillet 1874, entrait à la Maison de santé (service de M. Ed. Labbé) une malade de 46 ans, qui se plaignait de douleurs sourdes dans la région lombaire droite.

Cette femme, qui avait eu autrefois plusieurs attaques de fièvre intermittente, disait avoir fait, à l'âge de 42 ans, une chute dans un escalier, et avoir ressenti alors de vives douleurs dans les lombes ; un mois après était survenue une hématurie qui ne cessa qu'au bout de 25 jours pour reparaître bientôt. La menstruation était irrégulière, mais les hémorrhagies rénales n'avaient point le caractère d'un flux supplémentaire. A 43 ans, la malade eut une nouvelle hématurie, qui reparut encore l'année suivante au commencement et à la fin d'une pneumonie. L'hématurie ne s'est plus jamais reproduite, mais

Digitized by Google

les douleurs n'ont point diminué. Entrée à 46 ans dans nos salles, la malade accuse, outre ces douleurs profondes et continues, une sensation de pesanteur et de gêne qui l'empêche de marcher commodément. A l'examen de la région endolorie, on a sous la main une sensation d'empâtement manifeste; l'exploration de l'abdomen permet de reconnaître, à la place occupée par le rein droit, une tuméfaction dure, rénitente et élastique, qui, sans limites précises au niveau du rebord des fausses côtes, descend en s'arrondissant vers la fosse iliaque. La matité s'arrête en bas à un ou deux travers de doigt au-dessus d'une ligne horizontale qui passerait sur l'épine iliaque antérieure et supérieure ; elle se confond en haut avec la matité du foie et existe en arrière dans toute la région lombaire.

La douleur s'exaspère par la moindre pression. Il n'y a d'ailleurs ni rougeur, ni œdème de la peau, ni ascite, ni œdème des membres inférieurs. Les urines ne contiennent pas d'albumine. La malade n'a jamais eu de coliques néphrétiques ; jamais de graviers dans ses urines.

On appliqua successivement des ventouses et des vésicatoires ; des bains furent ordonnés ; on fit des injections sous-cutanées de morphine ; les douleurs, un certain temps plus légères, revinrent toujours avec la même intensité.

En août et septembre, il y eut à plusieurs reprises des selles purulentes. L'urine ne présentait rien de particulier. Cependant la santé de la malade semblait décliner ; elle mangeait très-peu et se plaignait d'un malaise général ; en octobre, elle eut de la fièvre pendant plusieurs jours (la reproduction de ce mouvement fébrile avait fait penser à un abcès périnéphrétique) ; on s'était demandé, d'autre part, en raison des hématuries répétées, des douleurs sourdes, de la tuméfaction avec sensation de tumeur dure arrondie et un peu lisse, s'il ne s'agissait pas d'une tumeur de mauvaise nature ayant envahi le rein. Aussi la ponction qu'on avait pu croire indiquée tout d'abord fut-elle toujours différée.

En novembre, les vomissements devinrent fréquents ; la malade mangeait à peine, se nourrissant seulement de lait et accusant un dégoût profond pour la plupart des aliments. Déjà, depuis quelque temps, elle se plaignait de douleurs occupant la tête et ne la quittant que de temps à autre ; une insomnie persistante en était résulté.

Le 16 décembre, après d'assez vives émotions, la malade tomba tout-à-coup paralysée de tout le côté gauche ; sept jours après elle mourait.

Autopsie. On trouva dans le cerveau un vaste foyer sanguin, de la grosseur d'un œuf de poule siégeant dans la partie centrale du lobe moyen du côté droit, en ramollissant un peu sur la

Digitized by Google

corne sphénoïdale du corps calleux, sans communication avec le ventricule latéral. Le cœur est légèrement hypertrophié, sans altération valvulaire.

Il existe dans la région rénale droite une grosse tumeur bosselée, qui adhère en partie au duodénum et à la face inférieure du foie ; et qui est formée par le rein dont la surface est recouverte de grosses vésicules arrondies, serrées les unes contre les autres ; on ne trouve point de pus dans le tissu cellulaire ambiant.

Le rein pèse environ 28 grammes ; il a une longueur de 17 centimètres sur 9 centimètres de largeur, celui du côté opposé est le siége d'altérations tout-à-fait analogues. Les saillies arrondies qui recouvrent inégalement les deux faces de chaque rein forment des bosselures de dimensions variables, de la grosseur d'une lentille à celle d'une noix, ou même d'une pomme. La coloration varie d'une teinte citrine au rouge brun.

A la coupe, chaque moitié du rein présente une multitude de vacuoles occupant les deux substances corticale et médullaire qui sont altérées à ce point que toute distinction est impossible ; les kystes ne communiquent pas entre eux, et sont séparés les uns des autres par des brides fibro-celluleuses de couleur rougeâtre. Le contenu des kystes est très-variable ; (sérosité citrine assez limpide ; une matière tremblotante comme gélatineuse, sang altéré, sanie puriforme ou même du vrai pus.)

L'analyse chimique a été faite par M. Taillout, interne en pharmacie du service et voici les résultats auxquels il est arrivé :

Réaction légèrement acide		
Densité	1013	
Matières solides	26	grammes
— minérales	2.90	
— fer	0.328	
— chlore	0.148	
Acide sulfurique	des traces	
— chaux	id	
— urée	2.37	
— matières grasses	1.40	
— albumine totale	20.60	
Albumine réelle précipitée par l'alcool et insoluble dans l'eau	5.90	
Hydropisine et métalbumine	14.70	

Aucune communication de ces kystes avec les calices ou le bassinet qui sont sains ainsi que l'uretère à droite. Rien à signaler du côté de la veine.

Le rein gauche était le siége des mêmes altérations qu'à droite, et cependant la malade ne s'était que très-rarement plainte de ce côté.

Digitized by Google

Cette dégénérescence kystique qui altérait totalement la substance des deux reins avait commencé à envahir le foie; on voyait, en effet, sur la face supérieure vers la région moyenne une série de petits kystes, aplatis, gros comme des lentilles, transparents, blanchâtres, tout-à-fait superficiels et pénétrant à peine de 3 à 5 millimètres dans la substance propre du foie; On n'en trouva pas ailleurs. — Les autres organes n'étaient le siége d'aucune altération importante.

En résumé, nous avons eu affaire à un cas de *dégénérescence kystique des deux reins avec commencement d'altération kystique du foie;* les phénomènes de suppuration limitée à certains kystes rendent compte des périodes passagères de fièvre ainsi que des selles purulentes. Les accidents gastro-intestinaux et la mort par hémorrhagie cérébrale peuvent être attribués à l'urémie, comme l'a supposé M. Lancereaux dans deux cas tout-à-fait semblables à celui-ci.

L'*Examen histologique* des pièces a été fait par M. Malassez qui a reconnu les altérations suivantes :

Tous les kystes du foie sont revêtus intérieurement par un revêtement épithélial formé d'une seule couche de cellules polyédriques ou cylindriques, mais toujours aplaties. On trouve également des cellules cylindriques caliciformes plus ou moins rapprochées les unes des autres. Toutes ces cellules contiennent un noyau arrondi ou ovalaire. Le liquide de ces kystes, limpide et transparent, n'a pu être examiné.

Quant aux parois, elles sont formées par un tissu conjonctif fibreux dont les faisceaux sont généralement disposés en lignes concentriques parallèles à la surface kystique. Les parois assez minces du côté de la cavité péritonéale, se continuent du côté du foie avec du tissu fibeux assez abondant qui s'interpose entre les lobules. Le microscope a permis de reconnaître dans ce tissu fibreux interlobulaire avoisinant les kystes et leurs parois de petites cavités kystiques qui ne sont généralement pas sphériques comme les cavités plus grandes, mais bien disposées en boyaux et en lignes irrégulières; ces cavités irrégulièrement allongées s'anastomosent comme des glandes. La préparation offre, du reste, un véritable aspect glanduleire. Les cavités les plus superficielles se prolongent ainsi avec les plus profondes.

Entre les lobules du foie, à une certaine distance des principales cavités kystiques, on remarque que le tissu fibreux est assez développé et contient des conduits épithéliaux ; ce sont de petites cavités tubulées tapissées par un épithélium polyédrique et même cylindrique. On ne saurait distinguer les plus fins conduits des conduits biliaires. En résumé, c'est

Digitized by Google

là *une forme de tumeur kystique comparable aux tumeurs kystiques du testicule et de l'ovaire.*

On ne saurait dire si les kystes sont des néoformations ou s'ils procèdent des conduits biliaires dilatés. — Ajoutons que le tissu hépatique, sauf la cirrhose et les tractus celluleux qui s'observaient au voisinage des tumeurs kystiques, était sain. — Dans les reins les lésions paraisssent être complétement semblables : mêmes cavités, même épithélium, mêmes parois fibreuses et même propagation dans le tissu fibreux. — Quant au tissu du rein, dont les cellules épithéliales étaient graisseuses et hypertrophiées, il était trop altéré pour qu'on pût rien spécifier.

4. Ictère chronique par rétention de la bile. — Calculs des voies biliaires. — Hémorrhagies multiples ; par CUFFER, interne des hôpitaux.

X..., 44 ans, entrée à l'hôpital Necker, salle Sainte-Anne, n° 25, (service de M. le Dr POTAIN) le 30 décembre 1875, morte le 4 janvier 1876.

Cette femme dans les antécédents de laquelle on ne trouve aucune maladie sérieuse, aucune trace de coliques hépatiques, fut prise subitement il y a 3 ans, à la suite d'une émotion très-violente, d'un ictère très-marqué. Il est intéressant de préciser les circonstances dans lesquelles est survenu l'ictère ; la malade bien portante, mais ayant ses règles, se rend chez une personne à qui elle avait à réclamer de l'argent ; elle y est insultée, frappée et violemment émue. Les personnes qui l'entourent, la voyant malade, vont chercher un médecin et celui-ci arrivant de suite la trouve déjà jaune, atteinte d'un ictère évident. Les règles s'étaient suspendues et ne reparurent plus que dans les derniers jours de la maladie sous forme de métrorrhagie.

A partir du jour où survint l'ictère, les fonctions digestives se troublèrent, la malade eut des vomissements très-fréquents, elle ne pouvait conserver aucun aliment ; les forces diminuèrent progressivement, l'amaigrissement alla constamment en augmentant. A aucun moment, cette malade n'eut de la fièvre. Enfin l'ictère ne diminua pas un seul instant malgré un traitement énergique que suivit la malade. Les selles restèrent décolorées, diarrhéiques parfois, les urines furent toujours très-foncées.

A son entrée dans le service, le 30 décembre 1875, l'état cachectique de la malade était si profond, les vomissements alimentaires si persistants, l'ictère tel, qu'on ne pouvait s'empê-

Digitized by Google

cher tout d'abord de présumer l'existence de quelque cancer de l'estomac et du foie.

Cependant l'absence des symptômes caractéristiques de la maladie, son début singulier et par-dessus tout sa très grande ancienneté éloignaient de ce diagnostic sans qu'il parût possible d'en établir aucun autre d'une façon plus positive.

2 *janvier* 1876. La malade a le ventre douloureux sans ballonnement, la langue sèche, le pouls petit est accéléré, 124 pulsations, pas d'augmentation de la température. Pas de vomissements. — Pas de selles.

3 *janvier*. Les vomissements reparaissent, mais ils ont changé de nature ; ils ont l'apparence du marc de café ; les selles contiennent du sang.

On observe des ecchymoses sur différents points du corps. De plus, la malade a des épistaxis, et, depuis deux jours, une métrorrhagie très-abondante.

L'état général est très-grave, l'abattement très-prononcé. Pouls toujours rapide. — Température normale.

En présence des vomissements noirs apparus depuis 2 jours, M. Potain pense, mais encore sous toutes réserves, qu'il y a peut-être carcinome stomacal.

Quant aux autres hémorrhagies, on doit les rattacher à une altération profonde du sang due à la persistance de l'ictère depuis 3 ans. — Mort le 4 janvier.

Autopsie *faite le 5 janvier*. On ne trouve aucune lésion de l'estomac, la muqueuse est un peu ramollie, mais ne présente nulle part d'ecchymoses, ni d'ulcérations. Cependant on trouve dans l'estomac une légère quantité de liquide noirâtre semblable au vomissement observé le 3 janvier. L'examen microscopique de ce liquide permet de constater des globules sanguins très-nombreux, très-pâles.

L'intestin grêle, sur une longueur d'un mètre environ, présente des lésions très-marquées. La muqueuse est boursouflée, épaissie ; on y trouve de nombreuses ecchymoses, et dans sa cavité une grande quantité de liquide, en tout semblable à celui qui était contenu dans l'estomac. — C'est ce liquide qui a dû refluer de l'intestin dans l'estomac.

Foie. Le foie est volumineux, son poids est de 2 kilog. 25. Il a l'aspect extérieur d'un foie ictérique. *A la coupe*, il donne l'apparence de l'*atrophie jaune aiguë*. Il a la consistance de chiffons mouillés, c'est-à-dire qu'il est flasque, se laisse étirer facilement; il est mou, mais non friable.

Les canaux intra-hépatiques sont très-dilatés, surtout dans le lobe gauche, remplis de bile.

En examinant le canal hépatique, on le trouve oblitéré par un calcul volumineux qui se continue avec un autre calcul beau-

Digitized by Google

coup plus gros, en forme de corne, situé dans le canal cholédoque. — Le canal cystique contient également un calcul enchâtonné dans une dépression de la muqueuse du canal. Tous ces canaux sont très-dilatés. — Les 3 calculs réunis pèsent à peu près 12 grammes. — Ils n'oblitèrent pas entièrement la lumière du canal cholédoque; du reste, nous avons vu plus haut que l'intestin grêle contenait une certaine quantité de bile mêlé à du sang. — La vésicule biliaire ne contient que très-peu de liquide biliaire, elle est atrophiée.

A l'*examen microscopique* du foie, à l'état frais, on ne trouve pas les lésions de l'atrophie aiguë, comme semblait l'indiquer l'examen macroscopique ; les cellules ne sont pas atrophiées, leurs contours sont très-nets ainsi que les noyaux. Le protoplasma est, il est vrai, granuleux, mais *il n'y a presque pas trace de granulations graisseuses.*

Les *ganglions* sont ramollis, d'un vert foncé.

Les *reins* sont jaunâtres, très-anémiés, de volumé normal, On trouve dans le rein droit un kyste de la grosseur d'une noisette, rempli de sang. C'est une hémorrhagie qui s'est produite dans ce kyste. — La *rate* est volumineuse, peu ramollie. Elle mesure 16 cent. de longueur.

Les *poumons* sont congestionnés ; il y a quelques adhérences pleurales. Enfin, le *cœur* a son volume normal, il n'y a pas d'altération valvulaire, mais le muscle cardiaque est un peu ramolli. Les fibres musculaires cardiaques, examinées au microscope, ont perdu en grande partie leur striation, et renferment des granulations graisseuses en grande quantité.

Muscles striés. La plupart des fibres musculaires (grand pectoral) ont conservé nettement leur striation ; quelques-unes ont subi la dégénérescence granuleuse simple. — Pas de granulations graisseuses.

Réflexions. En l'absence de toute colique hépatique antérieure et en présence d'un ictère à début presque instantané, on était peu autorisé à supposer l'existence de calculs biliaires et l'on se demandait comment un ictère évidemment spasmodique au début avait pu persister ensuite aussi longtemps. D'autre part, l'état de cachexie profonde, les vomissements persistants et le mélæna imposaient presque à la période ultime l'idée du cancer de l'estomac.

L'autopsie, en montrant les calculs volumineux retenus dans les voies biliaires, a fait voir qu'il s'agissait purement d'un ictère chronique par rétention, avec troubles considérables des voies digestives et cachexie, terminé par des accidents hémorrhagiques qui en furent la conséquence ultime et parurent dus à un commencement d'altération du parenchyme hépatique tendant à l'atrophie aiguë.

Digitized by Google

Le calcul des voies biliaires existait-il déjà au moment où l'ictère s'est subitement produit et a-t-il été par sa présence, une prédisposition à l'état spasmodique dont cet ictère fut la conséquence immédiate? ou bien faut-il croire qu'il s'est formé consécutivement à la rétention de la bile que le spasme avait amenée? c'est ce qu'il ne paraît guère possible d'affirmer avec certitude, bien que la première supposition soit la plus vraisemblable.

Il reste acquis au point de vue clinique que le début subit d'un ictère, sa cause occasionnelle évidemment spasmodique, et l'absence de toute colique hépatique ne doivent pas faire exclure l'idée de la présence d'un calcul biliaire.

M. CHARCOT. Il arrive assez fréquemment qu'une oblitération des voies biliaires ne donne lieu pendant un certain temps qu'à l'ictère chronique; puis tout d'un coup se manifestent les accidents hémorrhagiques ou comateux de l'ictère grave, sans qu'à l'autopsie on rencontre les lésions caractéristiques de l'atrophie jaune aiguë.

L'ictère grave constitue un syndrome commun à plusieurs affections du foie; l'atrophie est une des causes qui peuvent y donner lieu, mais la destruction rapide des cellules hépatiques n'est pas la condition nécessaire de l'ictère grave.

M. MOUTARD-MARTIN. La présence d'un calcul rend suffisamment compte de l'ictère qu'il n'y a pas lieu de considérer comme spasmodique.

M. CHARCOT. Certains calculs emchâtonnés peuvent rester longtemps sans s'accompagner de jaunisse. Cruveilhier en a cité des exemples. A un moment donné, un déplacement du calcul, qui ne donne pas lieu nécessairement à la colique hépatique, produit une oblitération. On peut admettre pour le cas présent qu'un spasme des voies biliaires ait produit tout-à-coup l'obstruction. D'ailleurs l'écoulement de la bile semble n'avoir pas été suspendu complétement; le foie n'a pas une coloration vert olive foncé, il n'y pas trace d'angiocholite suppurée.

M. A. OLLIVIER. La malade, dit M. Cuffer, était fort amaigrie; dans ces cas d'obstacles prolongés au cours de la bile, la mort est parfois amenée par une véritable phthisie hépatique; une obstruction même imparfaite peut donner lieu à des phénomènes d'intoxication, et j'ai vu, en pareille circonstance, se produire une hémorrhagie cérébrale en même temps que des hémorrhagies multiples.

M. CHARCOT. Ce fait présente un autre intérêt. La santé est

Digitized by Google

peu compromise pendant deux ou trois ans, et tout d'un coup apparaissent des symptômes graves. On peut trouver peut-être la cause de ce changement dans les altérations rénales qui sont presque constantes, si j'en juge d'après mes propres observations et celles qui sont consignées dans les auteurs.

Les éliminations devenant insuffisantes, l'intoxication se produit, absolument comme on voit dans la maladie de Bright se manifester des signes d'empoisonnement après l'ingestion de doses modérées d'opium de mercure ou de digitale.

M. Hayem. M. Cuffer a signalé l'état graisseux du cœur ; dans toutes les autopsies d'ictériques j'ai trouvé des altérations musculaires pouvant aller jusqu'aux ecchymoses et à la rupture même, comme dans les maladies infectieuses. Peut-être les bruits de souffle cardiaque que l'on a récemment signalés dans l'ictère sont-ils liés aux lésions du myocarde comme on le voit dans la fièvre typhoïde, l'érysipèle, etc.

M. Cuffer fait observer que malgré l'état de dégénérescence avancée du cœur, il n'y avait pas de bruit de souffle chez la malade dont il présente les pièces.

M. Hayem. C'est surtout dans les cas aigus que l'on constate des souffles ; dans les états chroniques, on note plutôt l'affaiblissement du premier bruit.

5. Squirrhe du sein droit chez un homme de 72 ans ; par Moutard-Martin, interne des hôpitaux.

La pièce présentée offre tous les caractères du squirrhe ; elle provient d'un homme de 72 ans. Ce malade avait vu se développer peu à peu, lentement sans douleurs, particulièrement violentes, une petite tumeur au-dessous du mamelon droit. On ne pouvait pas invoquer comme étiologie les traumatismes répétés auxquels on rapporte si souvent le début de l'affection.

Au moment où nous vîmes le malade, la tumeur offrait le volume d'une grosse noisette; elle était dure, adhérente à la peau, non ulcérée. On ne sentait dans l'aisselle qu'un seul ganglion très-petit. La tumeur fut enlevée au bistouri par M. Gosselin, et trois ganglions altérés durent être extirpés de l'aisselle (1).

M. Hayem. D'après les faits consignés dans une thèse ré-

(1) Depuis la présentation, le malade a succombé à un érysipèle gangrèneux.

Digitized by Google

cente, il paraît démontré que le cancer se développe à un âge plus avancé chez l'homme que chez la femme et qu'il reconnaît fréquemment chez le premier une cause traumatique.

6. Corps fibreux de l'utérus. — Grossesse et accouchement incomplet ; mort ; par M. G. AUGER, interne des hôpitaux.

Le 27 décembre 1875, à minuit, entrait à Lariboisière (salle Sainte-Anne), une femme âgée de 40 ans, Joséphine S....., qui, au dire de la sage-femme qui l'accompagnait, était en travail depuis le lundi 20 décembre, époque à laquelle avait eu lieu la rupture de la poche des eaux. L'enfant se présentait par le siége et dans la nuit du 25 décembre, un médecin, appelé par elle, aurait introduit la main dans le vagin et aurait amené le tronc au dehors. Dans les efforts de traction le cou se serait déchiré et aujourd'hui cette femme aurait encore la tête et le placenta dans l'utérus. A la suite de l'expulsion du tronc une dose de 1 gramme de seigle ergoté a été administré par la sage-femme.

Interrogée sur ses antécédents, cette femme dit s'être toujours bien portée, ses règles venaient régulièrement. Mariée à 33 ans elle est devenue veuve au bout de 7 mois, et pendant ce temps, son mari, qui avait quelques connaissances en médecine, aurait constaté un rétrécissement du bassin, et aurait évité qu'elle devint mère.

Ses règles sont venues pour la dernière fois dans les premiers jours du mois de juin 1875. Sa grossesse serait donc aujourd'hui arrivée au septième mois. Elle s'est toujours bien portée pendant tout ce temps, jamais elle n'a senti remuer son enfant. La sage-femme dit du reste avoir constaté qu'il était mort dès le mercredi 20 décembre.

A son entrée à l'hôpital, cette femme vigoureusement constituée, sans trace de rachitisme, était pâle et très-fatiguée ; M. J. Lucas-Championnière constate l'état suivant : L'utérus est volumineux, il remonte à 2 ou 3 travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il est dans un état de contraction permanente légèrement douloureux à la pression et présente une dureté remarquable.

Par le toucher, on trouve le col très-élevé, œdématié, complétement déformé ; il laisse pénétrer la troisième phalange de l'index, mais son orifice supérieur est complétement fermé et on ne peut arriver sur aucune partie fœtale. Ecoulement fétide par la vulve. Devant cet état du col on ne peut agir, et l'on fait des injections désinfectantes intra-utérines.

Le 28, le 29, le 30, l'état général va en s'aggravant, quant à l'état local, il n'y a aucun changement. M. Tarnier, consulté,

Digitized by Google

est d'avis de ne pas intervenir; la malade succombe le 31 décembre 1876.

www.tibtool.com.cn

Autopsie pratiquée le 2 janvier 1876. On constate à l'ouverture de l'abdomen, une péritonite généralisée. L'utérus remonte à 18 centimètres au-dessus du pubis. Il est globuleux et à sa partie antérieure on voit 5 ou 6 petites tumeurs fibreuses du volume d'un marron, faisant saillie à sa surface. Lymphatiques et ganglions sains. On enlève l'utérus et le vagin et la mensuration du bassin donne 11 centimètres pour son diamètre antéro-postérieur.

Sur la face postérieure de l'utérus, vers l'insertion du col, on constate une tumeur fibreuse d'un diamètre de 5 centimètres.

Le vagin et l'utérus sont incisés sur leur face antérieure. Le vagin est intact, on trouve une petite déchirure du col de l'utérus du côté droit. Dans l'utérus, on constate la présence d'un débris de placenta, complétement détaché, du volume d'un œuf de poule, et une masse aplatie qui paraît être la tête; la face est complétement broyée, la mâchoire inférieure a disparu, le maxillaire supérieur et les os du nez sont écrasés complétement. Les os du crâne paraissent intacts, mais la cavité crânienne est vide et ne contient plus de substance cérébrale. Dans la paroi de l'utérus faisant de légères saillies, on trouve un certain nombre de corps fibreux du volume d'une noisette à celui d'une grosse noix. Enfin dans la paroi latérale gauche, et faisant saillie dans l'utérus, de façon à occuper à moitié de sa cavité, il existe un énorme corps fibreux mesurant 14 centimètres de diamètre. La paroi utérine légèrement incisée permet d'arriver sur cette tumeur et de l'énucléer complétement.

7. Oblitération de l'aorte abdominale et des artères iliaques primitives par un caillot.— Paraplégie subite; par M. Babié, interne des hôpitaux.

Le nommé S..... Barthélemy, ouvrier mineur, âgé de 47 ans, fut pris, il y a dix ans environ, de rhumatisme articulaire aigu généralisé, pour lequel il fut soigné pendant deux mois à l'hôpital d'Evreux.

Depuis cette époque, il fut atteint, à diverses reprises, de douleurs rhumatismales qui l'obligeaient souvent à quitter son travail pendant quelques semaines; tout fait supposer qu'il avait de plus, et depuis longtemps déjà, une affection cardiaque, car il signale divers accidents qu'il convient de rapporter à l'asystolie, tels que : œdème des membres inférieurs, dyspnée, étourdissements fréquents, battements de cœur, tc.

Digitized by Google

En 1874, après plusieurs journées passées au froid humide, il fut atteint d'une broncho-pneumonie gauche ; je constatai alors les signes d'un rétrécissement mitral, avec asystolie. Au bout de trois semaines, le malade guéri de sa pneumonie, quittait l'hôpital.

Le 21 janvier 1875, il entrait à la Pitié, dans le service de M. le docteur Desnos, pour des accidents asystoliques, avec catarrhe bronchique; à cette époque, le bruit de piaulement avait disparu, on trouvait encore un très-léger souffle à la pointe au premier temps, mais ce qui dominait surtout, c'étaient les irrégularités et la faiblesse des battements cardiaques. Au bout de sept semaines environ, il quittait nos salles, son état s'étant considérablement amélioré.

Le 19 mars, le malade rentrait dans notre service, ramené par une poussée aiguë de bronchite; il sortait de l'hôpital le 4 juin.

Le 21 juin, le malade était ramené sur un brancard à la Pitié ; il venait d'être subitement pris, chez lui, d'hémiplégie de la face et des membres du côté gauche, avec aphasie. Il fut alors transporté dans les salles de M. le professeur Lasègue, qui voulut bien, sur notre demande, le faire passer dans le service de M. Desnos, le 27 août.

A cette époque, l'hémiplégie s'était amoindrie, ainsi que l'aphasie. Six semaines environ après sa rentrée, le membre inférieur avait recouvré en partie sa motilité, le bras seul restait encore paralysé, et ce ne fut que plus tard qu'il reprit peu à peu ses fonctions, sous l'influence de l'électrisation méthodique.

L'aphasie elle-même avait à peu près disparu. Nous ne trouvons plus de bruit de souffle au cœur, mais des irrégularités nombreuses.

23 *novembre*. — Depuis trois semaines le malade se levait et se promenait dans la salle, quand le matin au moment de la visite, il se plaignit de douleurs très-vives à l'épigastre, suivies bientôt de vomissements abondants. Dans la journée, il avait de très-vives coliques, et était pris de diarrhée (10 à 12 selles, très-abondantes, les unes complétement sanguinolentes, les autres glaireuses et filantes); épreintes douloureuses. Il s'agissait sans doute, d'une colite simple, consécutive à l'ingestion trop considérable d'aliments peu digestifs.

1er *décembre*. — Le malade, qui n'avait cessé de se plaindre pendant toute la journée, pousse un cri violent vers 8 heures du soir, on s'approche de lui, et *on trouve qu'il est devenu subitement paraplegique*.

2 *décembre*. — Le matin à la visite, nous trouvons le malade dans l'état suivant :

Digitized by Google

Paralysie complète de la motilité et de la sensibilité des deux membres inférieurs : la peau des cuisses et des jambes est froide et légèrement visqueuse; larges plaques violacées disséminées sur tout le tégument. On ne sent pas le battement des fémorales ni des pédieuses. — Température : membre droit, 26°; membre gauche, 22°.

Les deux membres sont dans une sorte de raideur tétanique, et retombent tout d'une pièce, quand on les soulève. — C'est avec peine, et en employant toute sa force musculaire, qu'on peut imprimer à la jambe un léger mouvement de flexion sur la cuisse. — La vessie est distendue par un demi-litre d'urine, qu'on évacue par la sonde.

En présence de ce signe important et subit : paraplégie complète, et vu les antécédents cardiaques du malade, M. Desnos porta le diagnostic : oblitération subite de l'aorte par un caillot sanguin, et c'est dans ce sens qu'il fit une communication sur ce sujet à l'Académie de médecine, dans la séance du 4 janvier.

Le soir, je trouvai le malade dans le même état; les larges taches violacées des membres inférieurs s'étaient étendues et avaient pris une teinte noirâtre; je remarquai en outre, que le bras gauche était un peu raide, et les doigts de la main, fortement contractés dans la flexion. Rien dans le membre supérieur droit. Dans la journée, le malade a eu plusieurs hématémèses, ainsi que des selles involontaires noirâtres. — Je sonde le malade et retire de la vessie une urine sanglante. — Un peu de dyspnée, râles trachéaux. — T. R. 36°,4; R. 60; P. 60. — Le malade, qui jusqu'à la fin, avait conservé toute sa connaissance, meurt à 10 heures du soir.

Autopsie pratiquée le 5 décembre à 8 heures du matin. — *Encéphale.* — Un petit foyer de ramollissement blanc, occupant seulement une partie du noyau lenticulaire de l'hémisphère droit. — Les artères de la base de l'encéphale sont normales; elles ne renferment pas de caillots.

Poumons. — Congestion pulmonaire intense des deux poumons. — *Cœur.* — Très-hypertrophié. — Rétrécissement considérable de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. — La valvule mitrale très-épaisse dans toute son étendue, est complétement lisse, et ne présente ni nodosités, ni ulcérations. — Le *ventricule gauche*, pas plus que les autres cavités cardiaques, ne renferme de caillots volumineux; on y trouve du sang noir très-fluide, dans lequel on peut à peine trouver quelques petites concrétions sanguines. — L'*orifice aortique* et les *sigmoïdes* n'offrent rien de particulier à signaler.

Aorte. — En disséquant avec soin l'aorte, dans toute son étendue, depuis le ventricule gauche jusqu'à sa division en

Digitized by Google

iliaques, nous trouvons que la membrane interne n'est pas malade, mais, à deux centimètres au-dessus de sa division, l'aorte est oblitérée complétement dans toute sa lumière, par un caillot sanguin noirâtre, très-adhérent à la membrane interne ; il est résistant, il ne se déchire pas sous la pression du doigt. Ce caillot qui a les dimensions suivantes:

Longueur dans l'aorte.....		0,025 millim.
Largeur	—	0,020 —

se bifurque, de même que l'aorte, et va se continuer, sans ligne de démarcation, jusqu'à la terminaison des artères iliaques primitives. Dans les artères iliaques primitives, il a la même structure que dans l'aorte. Des iliaques primitives, le caillot se prolonge de chaque côté, dans l'iliaque interne, l'iliaque externe et la fémorale. Mais, dans ces vaisseaux, il n'a plus la même texture, il est mou, noirâtre, diffluent, sans adhérence à la membrane interne. Du côté droit, le caillot s'étend jusqu'à deux centimètres au-dessus de la poplitée ; à gauche, il est un peu moins long. Dans les artères hypogastriques, le caillot cesse brusquement au moment de la division de ces artères.

L'*artère rénale droite* est occupée par un caillot de 5 centim. de long, qui n'a pas la moindre communication avec celui de l'aorte ; il cesse au niveau de l'entrée de l'artère dans le hile. Les *artères du tronc cœliaque* sont normales, ainsi que les deux *artères mésentériques*, que j'ai pu suivre très-loin, sans y rencontrer le moindre caillot. Le *foie*, la *rate* et les *reins* sont normaux ; on n'y trouve point d'infarctus.

Estomac. — La muqueuse est congestionnée. — La cavité stomacale est remplie de sang noirâtre, à moitié digéré. *Intestins :* Congestion très-intense de la muqueuse du gros intestin ; on aperçoit, sur la muqueuse rectale, qui est violacée, quelques petites exulcérations en cupules.

Réflexions. — Les résultats nécroscopiques sont venus confirmer en tous points le diagnostic porté pendant la vie : oblitération de l'aorte abdominale par un caillot sanguin. L'histoire de ce malade, qu'on pourrait rapprocher des cas de paraplégie ou de claudication intermittente par oblitération vasculaire, dont MM. Barth, Charcot, Guéneau de Mussy, Ollivier et quelques autres auteurs ont rapporté des observations, — présente quelques points intéressants à relever.

a, En premier lieu, nous signalerons la *rigidité tétanique absolue des membres inférieurs*, fait extrêmement rare, puisque M. Charcot pense qu'elle n'a été observée jusqu'ici, que dans les membres supérieurs ; rappelons, à ce propos, que nous avons trouvé le bras et la main gauche contracturés dans la

Digitized by Google

flexion, vingt-quatre heures seulement après l'apparition de la paraplégie.

www.libtool.com.cn

b. Nous avons vu que le malade avait eu, dans les derniers temps, différents accidents hémorrhagiques :

L'oblitération de l'artère rénale droite nous rend compte aisément des hématuries ; il n'est pas aussi facile d'expliquer les hématémèses, car malgré tout le soin que nous avons apporté à la dissection, aussi loin que possible, du tronc cœliaque et des deux artères mésentériques jusque dans leurs branches les plus fines, il nous a été impossible d'y trouver la moindre coagulation sanguine. Nous rappellerons cependant l'état congestif intense de la muqueuse stomacale, et de celle du rectum.

c. Enfin il n'est pas aisé de décider si nous avons affaire dans l'aorte à un caillot autochthone ou embolique, les caractères fournis par la coagulation elle-même, ne sauraient nous éclairer beaucoup sur ce point ; cependant, malgré l'aspect absolument lisse de la mitrale et l'absence de caillots volumineux dans le cœur, il serait peut-être plus rationnel de songer à la possibilité d'une embolie, en se reportant à la brusquerie et à la permanence de la paraplégie.

M. Hayem fait remarquer qu'on n'a pu découvrir dans le cœur de caillot qui ait pu donner lieu à la production d'une embolie, et que l'aorte n'est pas athéromateuse ; l'interprétation du fait reste donc douteuse.

---

8. Il est donné ensuite lecture d'une proposition signée de MM. Landouzy, Malassez et Monod et dont voici les termes :

Voulant reconnaître les services rendus par les secrétaires, archiviste et trésorier, la Société anatomique décide :

1° Les secrétaires, archiviste et trésorier en fonctions ne paient pas la cotisation annuelle.

2° Les secrétaires, archiviste et trésorier reçoivent à titre gratuit, *la série* des Bulletins correspondant aux années de leur passage au bureau de la Société.

9. Rein contracté. Absence presque complète d'albuminurie ; par M. Magnant, interne des hôpitaux.

F.., A.. âgé de 45 ans, peintre en bâtiments, entré au mois de juillet 1875 (service de M. Mesnet), à l'hôpital Saint-Antoine.

Ce malade, qui est peintre en bâtiment, a eu antérieurement et à plusieurs reprises des coliques de plomb. Il a eu de plus une paralysie des extenseurs ; vers le commencement de

Digitized by Google

juillet, c'est-à-dire environ trois semaines avant son entrée dans le service, il fut pris d'une toux fréquente avec expectoration muqueuse simple et peu abondante. En même temps, il avait de la dyspnée lorsqu'il montait un escalier ou voulait accélérer sa marche.

L'examen du thorax, fait lors de son entrée, permettait de reconnaître une légère augmentation de sonorité à la percussion, avec un peu d'exagération des bruits respiratoires. Pas de râles. La dyspnée revenait alors par accès surtout le soir et allait même jusqu'à l'orthopnée. Du côté du cœur, on trouvait que les bruits avaient un timbre légèrement métallique, en même temps que le malade accusait quelques palpitations. Enfin le malade avait un facies cachectique, mais n'offrait aucune trace d'anasarque. Les urines contenaient à peine des traces d'albumine.—Les jours suivants apparurent des signes de bronchite généralisée. — Cet état était resté stationnaire pendant très-longtemps. Plus tard, on constata un léger épanchement peurétique du côté gauche.

Presque simultanément, on voyait alors apparaître l'œdème des jambes, puis des cuisses et des bourses, et enfin l'ascite. Pendant tout ce temps le malade souffrait beaucoup d'hémorroïdes, qui étaient toujours très-congestionnées et très-tuméfiées. L'état général s'altéra de plus en plus, et jusqu'au 1er janvier l'affaiblissement et la cachexie ne cessèrent de faire des progrès.

Dans les premiers jours de janvier, nous trouvons en effet le malade dans un état cachectique des plus prononcés. Son facies est des plus altéré. La peau a une couleur d'un blanc mat uniforme. La face est boursouflée, tuméfiée, sans expression. Le ventre est volumineux, tendu ; la fluctuation y est des plus manifestes. Les cuisses et les jambes sont complétement œdématiées. Le malade passe ses jours et ses nuits assis dans son lit, ne prenant presque plus rien et dans un état de somnolence continuelle, ne répondant presque plus aux questions qu'on lui fait. La respiration est lente et rare, mais l'état du malade ne permet plus de pratiquer l'examen direct du thorax. Le pouls est petit, à peine sensible.

L'urine pendant tout ce temps a été examinée par M. Mesnet avec la plus grande attention, et jamais il n'a pu y constater la présence d'une quantité appréciable d'albumine. Quant à la quantité d'urine rendue par le malade en 24 heures, elle s'est assez longtemps maintenue vers 500 grammes. Dans les derniers temps, elle a diminué, mais sans jamais tomber au-dessous de 300 grammes environ. L'état du malade s'aggrava de plus en plus pendant les derniers jours, la somnolence devint

Digitized by Google

presque du coma; enfin il succomba le 8 janvier sans avoir présenté d'autres phénomènes particuliers.

www.libtool.com.cn

Autopsie. On constate que les deux *reins* sont considérablement atrophiés, réduits à la moitié du volume normal. Examinés extérieurement, ils sont pâles, et leur enveloppe fibro-celluleuse est résistante. La surface est en même temps finement granuleuse, sans bosselures ni saillies véritables. Le rein en un mot est granuleux, mais non lobulé. Sur la face antérieure de l'un, on trouve un petit kyste, absolument superficiel de la grosseur d'une toute petite noisette, et dont le contenu est analogue pour l'aspect à l'urine.

En faisant une *coupe* longitudinale du bord convexe au bord concave, on constate: 1° que le tissu est plus ferme que normalement; 2° que la portion corticale est à peu près annihilée, réduite à une étendue d'environ 0, 001; 3° que la portion médullaire est envahie de toutes parts par la dégénérescence graisseuse. Quant à l'aspect granuleux, il n'existe presque pas sur la coupe.

Le cœur est augmenté de volume, hypertrophié, avec quelques plaques laiteuses sur la face antérieure. Le muscle cardiaque est décoloré et graisseux, mais les orifices et les valvules sont sains. A peine trouve-t-on un peu de dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit. (Il y avait aussi un peu de liquide dans le péricarde).

L'aorte est saine, sauf en un point, voisin de l'origine des artères coronaires, point dans lequel il y a un peu d'athérôme au début.— Le poumon est un peu emphysémateux (avec un peu de liquide dans les plèvres). — La rate a perdu environ la moitié de son volume mais est facile à déchirer. — Le foie enfin petit et manifestement sclérosé.

A quelle cause pouvons-nous rapporter dans le cas présent la maladie? Nous avons dit que cet homme était peintre en bâtiments, et qu'il avait à plusieurs reprises présenté des accidents saturnins manifestes. Devons-nous aussi imputer au plomb la maladie des reins, et la sclérose des autres organes? Nous ne savons, le malade étant parfaitement guéri de tous ses accidents antérieurs lors de son entrée. Toutefois s'il n'y a pas là un rapport direct de cause à effet, il faut reconnaître qu'il y a tout au moins une parfaite coïncidence, qui nous semble digne d'attention.

10. Maladie de Bright. — Anomalie du rein gauche ; par le même.

M. A... âgée de 36 ans, couturière, est restée longtemps dans le service de M Mesnet à l'hôpital Saint-Antoine, elle a tou-

Digitized by Google

jours uriné, quoique en petite quantité, mais jamais on n'a trouvé que des traces d'albumine dans ses urines. Il n'y avait pas non plus d'hydropisie. La malade était affaiblie; ses traits décolorés annonçaient une cachexie avancée; la respiration était pénible. Dans les derniers jours la dyspnée augmenta peu à peu et la malade succomba le 12 janvier 1876.

www.libtool.com.cn

Autopsie. On ne trouve qu'un rein. Le gauche est à peine gros comme une noisette, arrondi, et perdu dans une loge cellulo-graisseuse qui a les dimensions habituelles. — Le rein droit a son volume normal. Sa surface est lisse, non bosselée, non granuleuse, mais pâle, anémiée, et présente un aspect graisseux.

Une coupe suivant la longueur nous montre la couche corticale très-atrophiée, ayant presque disparu, et la substance médullaire congestionnée et graisseuse. — Le cœur est petit, contracté, graisseux, sans lésions des orifices, ni des valvules. Les vaisseaux ne présentent pas d'athérôme. — Les poumons sont: le gauche absolument sain, le droit également, sauf au sommet où on aperçoit les vestiges d'une ancienne lacune, et les traces d'une cicatrice rayonnée. (Un peu de liquide dans les plèvres). Le foie est gras et très-augmenté de volume. La rate est normale.

11. Gangrène de la bouche. Néphrite interstitielle. Excrétion d'urines bleues; par M. Ramonède, interne des hôpitaux.

Pendant toute la durée de la maladie, les urines ont renfermé de l'indican; à l'autopsie on trouva une néphrite interstitielle commençante et des infarctus multiples de la rate.

M. Robin fait remarquer combien il est nécessaire de bien indiquer dans les faits de ce genre les caractères de la matière bleue. Il règne à ce sujet, dit-il, de grandes confusions et la matière bleue n'est certainement pas identique dans tous les cas; elle ne peut être presque jamais considérée comme de l'indigo dont M. Gubler ni lui-même n'ont jamais reconnu la présence. L'indican ne doit pas être rapproché de l'indigo; il se produit par l'action des oxydants qui détruisent l'indigo. Il rappelle un cas présenté par lui dans lequel la coloration des urines bleues était due à la présence de la cyanourine.

M. Longuet. C'est en vue d'éclairer cette obscure question que le fait actuel a été soigneusement étudié. J'ai fait l'examen histologique des reins et j'ai reconnu une néphrite interstitielle commençante; le tissu de l'organe était décoloré; les vaisseaux et surtout les veines étaient entourés de tissu conjonctif de nouvelle formation; sur quelques points se montraient des ruptures vasculaires.

Digitized by Google

Il faut aussi tenir compte de l'état de la rate dont les altérations ont certainement précédé la mort de longtemps et ont peut-être joué un rôle dans l'apparition de la matière bleue.

M. Robin. Les urines de l'état fébrile, celles qui sont sécrétées pendant le cours des diarrhées abondantes se rapportent à un premier type : la matière bleue est constituée par des substances albuminoïdes à peine brûlées. Dans d'autres cas, on trouve de la cyanurine, c'est-à-dire un principe intermédiaire à l'urée et à l'acide urique. Enfin l'indigose qui est produite par une transformation de l'indol constitue une troisième espèce de matière bleue.

12. Hémorrhagie du centre ovale. Contracture. — Eschare fessière precoce; par M. Dubaussay, interne des hôpitaux.

B. M. 57 ans, couturière, entrée le 10 décembre 1875, à Lariboisière dans le service de M. Millard.

La veille de son entrée à l'hôpital, elle a été pour la quatrième fois, frappée d'apoplexie cérébrale, avec perte absolue de connaissance. Au moment de l'entrée, et à la visite du 11 la malade est toujours dans le coma. On reconnait une hémiplégie droite complète (paralysie flasque) ; la sensibilité est abolie partout ; les mouvements réflexes sont nuls. Déviation conjuguée des yeux, et du cou à gauche : déglutition difficile ; incontinence de l'urine et des matières fécales ; pas de bruit morbide au cœur.

Le 12, le 13, le 14, on note un certain degré de contracture des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras du côté paralysé. Les fléchisseurs des doigts sont intacts. Du reste même état qu'au moment de l'entrée. Le 15 la contracture a disparu.

16. Il existe un léger degré de connaissance : la déglutition est plus facile, les mouvements réflexes reparaissent ; la sensibilité est toujours très-obtuse. Paralysie flasque complète du bras, et de la jambe à droite ; l'aphasie persiste. Commencement d'eschare à la région fessière droite ne dépassant pas la ligne médiane. — 17. L'eschare fessière s'étend rapidement.

20. Quelques légers mouvements du côté paralysé. La malade peut s'asseoir sur son lit, se tourner sur le côté droit. La sensibilité reparaît aussi un peu à droite. Toujours aphasie complète. Pas de contracture. Pas de fièvre.

28. En plus de l'état précédemment décrit et qui n'a pas varié, il existe un peu de fièvre et de l'agitation.

2 *janvier*. La fièvre et l'agitation persistent. L'intelligence est complétement abolie.

L'hémiplégie est de nouveau complète, sans contracture. La

Digitized by Google

déglutition est assez facile ; incontinence des matières fécales et de l'urine. Rien du côté des yeux. L'état de la malade rend l'exploration de la sensibilité impossible. Il existe sur la fesse droite une large eschare noirâtre en partie éliminée.

9. Depuis le deux, on n'a observé aucun symptôme nouveau. Même agitation, même impossibilité de parler, même paralysie flasque à droite. Seulement l'état général déjà très-mauvais a été s'aggravant de plus en plus. La malade est tombée dans le coma et est morte ce matin à 4 heures.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. — *Cerveau.* Dans l'hémisphère gauche, on trouve un foyer hémorrhagique, renfermant un sang noir demi-solide; il est situé dans le centre ovale, sur la limite des lobes frontal et pariétal. Il est limité en dedans par la substance grise du lobe paracentral, en haut et en dehors par l'écorce des circonvolutions frontale ascendante et pariétale ascendante. En bas, il est séparé du corps strié par un lit de substance blanche de 1 centimètre d'épaisseur. En avant, il ne s'étend pas au delà de la scissure frontale parallèle. En arrière il s'arrête au niveau du bord postérieur de la circonvolution pariétale ascendante. Rien dans le ventricule gauche. Le reste du cerveau est sain.

Cœur. — La valvule mitrale est épaissie, opaque, blanchâtre, manifestement insuffisante. Rien à noter dans les poumons, le foie, la rate et les reins. L'eschare fessière, qui recouvre une bonne partie de la fesse droite, sans dépasser la ligne médiane, occupe toute l'épaisseur de la peau et une partie du tissu cellulaire sous cutané.

13. Fracture intra-capsulaire du col du fémur; éloignement de la cavité cotyloïde ; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Cette pièce provient d'une femme de 75 ans (service de M. CHARCOT) qui, il y a quinze ans, fut renversée par une voiture, tomba sur la hanche droite et ne put se relever. Elle resta couchée pendant vingt jours, puis se leva; jamais elle n'a pu marcher depuis qu'avec des béquilles. Le raccourcissement était de 4 centimètres.

AUTOPSIE. — En pratiquant une incision de trois centimètres sur la partie antéro-supérieure de la capsule articulaire, on pénètre dans une cavité à fond plat et lisse dans laquelle se meut le moignon du col élevé au niveau du bord supérieur de la cavité cotyloïde. Ce moignon, réduit au volume du pouce, n'a qu'un centimètre et demi de longueur et offre un aspect lisse et éburné. Au premier abord, on pourrait croire à une disparition de la tête articulaire et à un effacement de la ca-

Digitized by Google

vité, et n'était l'aspect lisse de toutes les parties qui glissent sans bruit l'une sur l'autre, penser à l'arthropathie des ataxiques avec laquelle cette pièce présente une analogie apparente. Mais en faisant une autre incision sur la face postérieure de la capsule, on ouvre une autre cavité contenant, comme la première, une petite quantité de liquide, et la tête fémorale séparée du col au niveau du bord de la surface articulaire qui a conservé son aspect lisse et nacré. La surface fracturée de la tête est recouverte de tractus fibreux qui se réunissent sur la demi-circonférence antérieure d'où se détache une lame aplatie de toute la largeur de la cavité capsulaire qu'elle divise en deux et qui va s'insérer en arrière du col, sur la face postérieure de la capsule. C'est cette lame fibreuse qui forme le fond de la cavité antérieure et masque la tête articulaire. Quant à la cavité cotyloïde elle a conservé son aspect normal. Le ligament rond est très-mince, mais paraît sain.

14. Fracture mixte du col du fémur ; par M. Férè, interne provisoire.

La nommée L... âgée de 82 ans (service de M. Charcot), est tombée de son lit il y a six mois, sur la hanche droite, et s'est fracturé le col du fémur. Quand elle fut apportée à l'infirmerie pour l'affection pulmonaire dont elle mourut, on pouvait constater un raccourcissement de trois centimètres et une énorme déviation en dehors du pied qui reposait sur son bord externe.

A l'Autopsie, on trouva une fracture de l'extrémité supérieure du fémur. Cette fracture présente en avant un trait oblique de haut en bas et de dehors en dedans qui porte en haut sur la partie la plus interne du grand trochanter et va rejoindre en bas le petit trochanter qui n'est pas entamé. La fracture est donc en dehors de la ligne saillante qui unit les deux trochanters. En haut le trait de la fracture se recourbe pour se diriger suivant l'axe du col en dedans de l'insertion postérieure de la capsule; puis continuant son trajet sur la face postérieure du col, il va rejoindre la ligne antérieure sur la limite supérieure du petit trochanter.

Cette fracture présente donc ce caractère particulier qu'elle est *extra-capsulaire en avant* et *intra-capsulaire en arrière;* le col est taillé en biseau aux dépens de sa face postérieure. Une synovie roussâtre baigne les fragments dont le tissu est ramolli à la surface et se laisse écraser sous le doigt.

La déviation excessive du pied en dehors s'explique par ce fait que le sommet du trochanter s'applique contre la face

Digitized by Google

postérieure de la capsule articulaire ; la rotation du fémur est telle que la ligne âpre regarde directement en dedans.

www.libtool.com.cn

16. Enfoncement du côté droit du thorax. — Déchirure du foie et du rein droit.— Entorse du genou gauche; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Ferr..., 19 ans, fumiste, entre le 8 janvier dans le service de M. GOSSELIN (salle Sainte-Vierge, n° 25). Il dit avoir fait une chute de la hauteur du cinquième étage, et être tombé d'abord sur une barre de fer, puis ensuite sur le sol. Au moment de son arrivée, nous constatons les symptômes suivants : Emphysème occupant tout le côté droit du thorax, remontant jusqu'à l'épaule et descendant près de l'épine iliaque : tout ce côté de la poitrine est nettement aplati, déprimé. Ce qui frappe tout d'abord, c'est la dyspnée et la décoloration du blessé. Ces deux phénomènes attirent l'attention vers le poumon droit.

L'emphysème gêne la percussion qui ne révèle aucun tympanisme ; l'auscultation ne fait entendre aucun bruit métallique; la respiration est faible, lointaine. Nous concluons à l'existence d'une hémorrhagie interne qui, très-probablement, a pour siége la plèvre.

Le malade soulève et soutient sans difficulté ses quatre membres. P. 70. Il n'a pas craché de sang, et le ventre n'est pas excessivement douloureux.

9 janvier, matin. La nuit a été agitée ; le blessé a uriné ; la dyspnée continue, et même elle a augmenté. L'emphysème gagne sur la ligne médiane. Pas de douleurs de péritonite, pas de teinte subictérique des conjonctives ; l'urine ne contient ni bile ni sang. M. Gosselin porte néanmoins le diagnostic de contusion probable du foie à cause de l'enfoncement des côtes qui lui correspondent. P. 80; T. 37°,1. — *Soir* : la dyspnée est plus forte; on applique 30 ventouses sèches; ni albumine ni bile dans l'urine. P. 76; T. 37°,6.

10 janvier, matin. Même état général si ce n'est que la prostration a augmenté : on obtient un son tympanique par la percussion du poumon droit sous la clavicule. Il existe un pneumo-thorax. Pas de crachats sanguinolents. P. 70; T. 37°,4. — *Soir* : le malade n'a pas uriné : l'urine est évacuée par la sonde : elle est absolument normale. P. 80 ; T. 37°,8.

11 janv., mat. La dyspnée est extrême, et les mucosités trachéales abondantes; le malade ne peut les expectorer. Il se plaint du genou gauche. En l'examinant, nous trouvons une mobilité anormale qui permet de porter la jambe en dehors en lui faisant décrire une sorte de mouvement de rotation

Digitized by Google

autour du condyle externe comme centre. Ces signes permettent de conclure à l'existence d'une entorse du genou avec rupture du ligament latéral interne. En outre, nous remarquons l'existence d'un petit corps allongé, résistant, mobile, auquel on fait quitter sa place, et que l'on y fait rentrer au niveau de la face supérieure de la tubérosité interne du tibia; il est allongé transversalement, d'une longueur de deux centimètres environ, et ce n'est certainement pas une esquille, car la face interne du tibia est intacte. Ce corps n'a d'ailleurs ni la forme ni les caractères d'un tendon luxé. P. 70 ; T. 37°,5. Le malade meurt le soir.

AUTOPSIE 36 heures après la mort. — *Cavité thoracique*: Rien au cœur ni au poumon gauche. A droite, la plèvre est ponctionnée sous l'eau ; il ne s'échappe aucune bulle d'air. A l'ouverture du thorax, il s'écoule une grande quantité de liquide sanguinolent : la cavité pleurale est remplie d'adhérences filamenteuses qui relient la plèvre pariétale au feuillet viscéral. Celles-ci sont ténues et très-longues, car le poumon est aplati, affaissé et refoulé en haut et en dedans vers la colonne vertébrale. Le diaphragme est intact. Mais les extrémités des côtes fracturées font saillie dans la cavité pleurale : il n'y en a que quatre qui aient été épargnées, ce sont les 1re, 2e, 3e et 12e. Le poumon est alors insufflé ; tout d'abord on n'aperçoit aucune perforation, mais bientôt quelques bulles d'air s'échappent par un point voisin de la scissure qui sépare le lobe inférieur du moyen, point que recouvrait une fausse membrane molle.

Cavité abdominale : Rien à noter sauf au foie et au rein droit. — *Foie :* Dans le lobe droit, à 3 centimètres environ de sa surface supérieure et de son bord droit, nous trouvons une déchirure anguleuse, peu profonde, longue de 3 centimètres environ ; elle aboutit à un point où la substance hépatique est déchirée sur l'étendue d'une pièce de 50 centimes environ. Pas de déchirure superficielle de l'organe. Une hémorrhagie peu considérable s'est faite dans le petit épiploon gastro-hépatique.

Rein droit : Du sang est épanché en quantité notable dans l'atmosphère celluleuse du rein. Sa tunique fibreuse est parcourue horizontalement par des déchirures superficielles dont l'une, la plus longue, occupe la partie moyenne de la face antérieure, et s'étend du hile à un centimètre environ du bord externe de l'organe. Elle est irrégulière, sinueuse, peu profonde, et ses lèvres sont réunies par l'épanchement d'un peu de sang. — Sa profondeur ne dépasse pas 2 millimètres.

Une autre, longue de deux centimètres et offrant les mêmes caractères se trouve à la face postérieure. Deux ou trois plus

Digitized by Google

petites se trouvent à la face antérieure sur l'extrémité inférieure de ce rein. Aucune altération à la coupe.

Genou gauche : Sous la peau, ecchymose occupant les faces latérale et postérieure et remontant sur la cuisse à quatre travers de doigt au-dessus de la rotule et descendant sur la jambe, surtout au côté interne à la partie moyenne du mollet. Epanchement de sang au côté interne de la rotule. Rupture du ligament latéral interne dont les fibres sont rompues à son insertion sur le tibia à des hauteurs différentes. A ce niveau, l'articulation est largement ouverte. Les ligaments extérieurs à l'articulation sont intacts. Mais les ligaments croisés sont rompus, l'antérieur incomplétement à son insertion supérieure, le postérieur complétement. Leurs insertions inférieures persistent, mais elles ont été fortement tiraillées et sont altérées : il y a eu rupture de plusieurs fibres, et leur résistance a beaucoup diminué.

Le fibro-cartilage inter-articulaire interne offre les altérations suivantes : Il est rompu au niveau de son insertion antérieure ; il est demeuré adhérent à la partie du ligament latéral interne déchiré qui a suivi le fémur, de telle sorte qu'il est entraîné avec elle et resté collé au condyle interne. Son insertion postérieure n'est pas altérée.

1° L'absence d'air au moment de l'ouverture du thorax ne nous paraît pas contradictoire avec l'existence du pneumothorax constaté le second jour de l'accident. Il peut s'être passé les phénomènes suivants :

Primitivement, hémo-thorax partiel et pneumo-thorax que l'emphysème sous-cutané ne permettait pas d'apprécier ; puis l'épanchement liquide continuant dans la plèvre, refoulement de l'air dans le tissu articulaire des parois thoraciques et réplétion de la plèvre par le liquide.

2° L'entorse du genou est une affection dont on a rarement l'occasion d'étudier les désordres anatomiques. Celle-ci était caractérisée par la rupture du ligament latéral interne, des ligaments croisés et du fibro-cartilage inter-articulaire interne.

17. Elections.

Renouvellement des membres du Bureau et du Comité :

Vice-présidents : MM. LIOUVILLE.
DESPRÉS.
Secrétaires : MM. HOMOLLE.
MOUTARD-MARTIN.
Archiviste : M. LANDOUZY.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Membres du Comité.

Titulaires : MM. HANOT.
RENDU.
COYNE.

Adjoints : MM. PEYROT.
BARIÉ.
DURET.

Séance du 21 janvier.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Fracture du frontal; abcès communiquant avec la cavité encéphalique ; par M. EMERY, interne des hôpitaux.

X..., 2 ans, morte à l'hôpital des Enfants, fin janvier 1876.

A l'autopsie, on constate : Fracture du frontal, commençant au niveau de la tête du sourcil et s'étendant obliquement jusque dans la région temporale, sur une longueur de 8 centimètres environ. Ecartement considérable des deux fragments circonscrivant ainsi une fente allongée qui n'a pas moins de 3 centimètres dans sa partie moyenne. Une lame fibreuse, d'apparence et de consistance aponévrotique, passe de l'un à l'autre comme un pont, et adhère par toute sa surface à la face profonde de la peau du front.

Cette lame enlevée, on découvre une cavité assez spacieuse, creusée aux dépens du lobe frontal, nettement circonscrite et fermée de toutes parts par suite d'adhérences établies sur tout son pourtour entre la face externe du cerveau et la table interne du frontal. Nulle communication avec les ventricules ni avec la grande cavité arachnoïdienne. Ces lésions donnèrent lieu pendant la vie aux symptômes suivants :

Déformation de la moitié droite de la face. Tumeur allongée, occupant les régions frontale et temporale, sans changement de couleur à la peau, molle, fluctuante, sans battements, irréductible, les tentatives faites dans le but de la réduire ne donnant lieu du reste à aucun phénomène de compression de l'encéphale. On constate, en outre, que la peau glisse facile-

Digitized by Google

ment au-dessus d'elle, que ses limites sont très-nettement indiquées par un bourrelet osseux existant sur tout son pourtour.

www.libtool.com.cn

L'hypothèse d'un kyste dermoïde étant écartée, et d'un autre côté étant données : la déformation du crâne, l'origine évidemment traumatique (chute d'un second étage six mois auparavant), l'irréductibilité, l'absence de battements, on diagnostique un épanchement sanguin dont la partie solide se serait seule résorbée. Ponction capillaire. Ecoulement d'un liquide séreux, la tumeur disparaît, mais pour se reproduire dans l'espace de deux jours.

Séton filiforme. Accidents méningitiques. Le séton enlevé, les accidents disparaissent. Mais l'ouverture faite par le fil ne se referme point et par cet orifice fistuleux s'écoule constamment un liquide séreux et clair, en même temps qu'apparaissaient dans la tumeur des battements isochrones au pouls. Il n'y avait plus à douter. Le liquide était évidemment du liquide céphalo-rachidien, la poche communiquait avec la séreuse crânienne, c'était une méningocèle traumatique. Bientôt apparurent d'autres accidents. La peau s'imbiba et se ramollit ; il se fit de petites excoriations qui devinrent le point de départ d'un érysipèle qui emporta rapidement la petite malade.

Quel nom donner à cette affection ? Méningocèle traumatique. C'est l'opinion de M. Després. Etait-il possible de faire un diagnostic précis ? Les faits de ce genre sont assez rares. Un cas à peu près analogue est relaté dans les cliniques de Giraldès. Un enfant avait fait une chute sur la tête ; quelques mois après on constate une petite tumeur, fluctuante, sans battements, irréductible, on croit à un kyste, on ponctionne et l'enfant meurt de méningite. A l'autopsie on constate une toute petite perforation de la paroi crânienne et une communication de la poche avec la grande séreuse arachnoïdienne. On le voit, dans les deux cas la tumeur était irréductible et l'origine traumatique seule pouvait faire soupçonner sa communication avec l'encéphale.

M. Després. Une semblable tumeur est tout-à-fait comparable aux méningocèles et, comme telle, ne doit être ni ponctionnée ni incisée ; quelle indication a conduit à faire une ponction dans le cas présent ?

M. Emery. L'absence de battements, de réductibilité et d'accidents lors des tentatives de réduction avaient fait supposer qu'il n'existait pas de communication avec l'intérieur du crâne.

Digitized by Google

49. Hémiplégie spasmodique de l'enfance. Atrophie de l'hémisphère gauche du cerveau; atrophie du lobe droit du cervelet; atrophie du bulbe (pyramide antérieure et olive du côté gauche); par M. POULLAIN, interne provisoire.

B. M..., 8 ans, entrée à l'hôpital Sainte-Eugénie, service de M. MARC SÉE, le 20 décembre 1875. — Cette petite fille entre à l'hôpital pour une coxalgie du côté gauche. On s'aperçoit de plus qu'elle présente un degré d'atrophie très-marqué du membre supérieur droit; de ce côté les doigts sont fléchis dans la paume de la main, la main sur l'avant-bras et l'avant-bras sur le bras; on sent facilement les tendons contracturés. Cette contracture peut être vaincue avec quelques efforts, on parvient à redresser la main; mais l'avant-bras ne peut être ramené dans l'extension.

Le membre inférieur du côté droit paraît aussi un peu moins volumineux que celui du côté opposé; l'atrophie étant beaucoup moins prononcée que pour le membre supérieur. — Les mouvements spontanés du membre supérieur droit sont nuls. — Quelques mouvements légers (mouvements des orteils) sont conservés au membre inférieur. L'examen de la sensibilité n'est malheureusement pas fait, la coxalgie à ce moment attirant surtout l'attention. Il n'y a pas de trace d'hémiplégie faciale.

Cette petite fille, à l'âge de un an, a eu des convulsions à la suite desquelles elle resta paralysée du côté droit. L'atrophie et la contracture se produisirent peu à peu dans les membres paralysés.

Au dire des parents, la sensibilité était presque abolie dans le membre supérieur droit. La vision était considérablement affaiblie du même côté. D'ailleurs la mémoire était conservée; il n'y a jamais eu de troubles de la parole; les parents prétendent seulement que leur petite fille était peu intelligente. Mort à 3 heures du matin à la suite d'accidents de péritonite.

AUTOPSIE. La contracture du membre supérieur droit existe toujours. Les muscles de ce côté sont plus petits que ceux du côté opposé; mais ils ont conservé leur coloration rouge et ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence.

Cerveau. A l'ouverture du crâne dont les parois ne sont épaissies en aucun point, on constate immédiatement que la cavité crânienne n'est pas remplie entièrement par l'encéphale. Du côté droit on trouve un vide rempli par le liquide céphalo-rachidien qui distend l'arachnoïde. On remarque une atrophie considérable de tout l'hémisphère gauche qui présente un volume moitié moindre que celui du côté opposé; les circon-

Digitized by Google

volutions de cet hémisphère sont effacées. — L'atrophie paraît d'ailleurs également répartie sur toute l'étendue de l'hémisphère.

www.libtool.com.cn

A la base de l'encéphale on voit la partie antérieure de la grande scissure médiane rejetée du côté gauche. Le nerf optique du côté gauche présente également une diminution de volume. Le tubercule mamillaire n'est plus représenté que par une petite saillie à peine appréciable. Enfin le pédoncule cérébral gauche présente un volume moitié moindre que celui du côté droit.

Cervelet, protubérance, bulbe. Atrophie de la protubérance et du bulbe également du côté gauche. (La pyramide antérieure et l'olive sont nettement diminuées de volume). Le cervelet enfin est également atteint, mais ici l'atrophie est croisée, c'est le lobe droit qui présente une notable diminution de volume; moindre d'ailleurs proportionnellement que celle de l'hémisphère cérébral. — En même temps la consistance de ce lobe droit du cervelet est augmentée.

Le ventricule latéral gauche est considérablement dilaté. Il remplit presque tout l'hémisphère; ses parois sont lisses et unies. Les noyaux intra-ventriculaires ne sont plus représentés que par de petites saillies insignifiantes qu'il est impossible de mesurer. Du côté droit la couche optique et le corps strié présentent leurs dimensions normales. Dans le 3e ventricule, du côté droit la couche optique fait des saillies normales. — Sur la paroi gauche de ce ventricule il n'y a pas trace de la saillie formée d'ordinaire par la couche optique. Les tubercules quadrijumeaux ne paraissent pas modifiés.

A l'œil nu, il n'y a pas d'atrophie appréciable de la moelle épinière.

M. Charcot. C'est là un exemple de ces lésions qui ont été étudiées par M. Turner et qui donnent lieu à un ensemble de symptômes connus sous le nom d'hémiplégie spasmodique infantile. Ce qu'il convient surtout de rechercher dans les cas de ce genre c'est la topographie exacte des lésions pour reconnaître, s'il est possible, le siége de l'affection initiale qui peut avoir été circonscrite ou diffuse.

L'hémisphère cérébral s'atrophie tout entier comme s'atrophient les membres ; comme eux, il est arrêté dans son développement. Il faut étudier les masses centrales afin de déterminer si ce sont elles ou les couches corticales qui ont été affectées primitivement. Ici les principales circonvolutions se reconnaissent, mais le cerveau postérieur semble moins altéré que le cerveau antérieur et moyen.

Digitized by Google

20. Rétrécissement aortique considérable, sans insuffisance ; tuberculose pulmonaire ; par le Dr A. Sevestre, chef de clinique à la Charité.

S.. Jean, âgé de 58 ans, laveur de voitures, entre le 27 août 1875, à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Charles, n° 15 (service de M. le professeur G. Sée, suppléé par M. Duguet), pour des troubles respiratoires survenus depuis 8 mois environ.

Il avait toujours été assez bien portant jusqu' alors, et l'on trouve seulement dans ses antécédents deux attaques de rhumatisme, survenues l'une il y a 15 ans et l'autre il y a 8 ans. Ces attaques furent assez sérieuses ; mais le malade ne se rappelle pas avoir eu à cette époque de troubles du côté du cœur ; il a seulement remarqué que, depuis quelques années, il était un peu gêné en montant les escaliers.

Il y a 8 mois, pour la première fois, et suivant lui à la suite d'un refroidissement, il fut pris d'une toux assez intense dès le début, et d'une oppression assez marquée; les phénomènes ont été sans cesse en s'aggravant, il s'y est ajouté un amaigrissement notable et depuis un mois, cet homme a dû cesser son travail.

Au moment de l'entrée, voici ce que l'on constate : Le malade se plaint d'une grande dyspnée, et paraît, en effet, très-gêné pour respirer ; la toux est fréquente, quinteuse, surtout la nuit ; l'expectoration est assez abondante, formée de crachats nummulaires, qui ont rarement été striés de sang ; il n'y a jamais eu d'hémoptysie véritable. Le malade est très-amaigri, il dort mal, à cause de la toux, mais n'accuse pas de sueurs nocturnes ni de fièvre vespérale. L'appétit est conservé, les digestions se font bien; il n'y a jamais eu de diarrhée.

Le thorax est un peu bombé en avant au niveau des régions sous-claviculaires ; les vibrations vocales sont peut-être un peu exagérées au sommet droit. Au même niveau, la percussion dénote une matité non absolue mais bien caractérisée ; cette matité se retrouve aussi en arrière jusqu'au dessous de l'épine de l'omoplate ; à gauche la sonorité est normale, mais au niveau de la région cardiaque, la matité du cœur, surtout vers la base, paraît un peu plus étendue qu'à l'état normal.

A l'auscultation, outre un bruit cardiaque dont les caractères seront précisés plus loin, on trouve au sommet droit une respiration soufflante, mêlée de râles sous-crépitants, ayant presque le caractère de gargouillements ; il existe en outre des râles disséminés dans toute la poitrine mais plus abondants à mesure qu'on se rapproche du sommet; dans la

Digitized by Google

fosse sus-épineuse gauche, le bruit respiratoire est rude et légèrement soufflant. La voix retentit fortement aux deux sommets et surtout du côté droit, où l'on trouve une pectoriloquie assez nette.

Vers le bord droit du sternum au niveau du deuxième espace intercostal et dans l'étendue de 4 à 5 cent. carrés, on perçoit à la main un frémissement extrêmement net, un *thrill* correspondant à la systole cardiaque. Dans le même point, l'auscultation fait constater un bruit de souffle très-fort, très-rude, couvrant le premier bruit du cœur, et qui se propage dans une grande étendue ; il dépasse le bord gauche du sternum et se perçoit encore vers la pointe en diminuant assez rapidement d'intensité ; à droite, au contraire, il est encore très-fort vers la clavicule et dans la région sous-claviculaire où on le perçoit en même temps que les bruits qui se passent dans le poumon ; en somme il paraît se propager surtout dans la direction de l'aorte.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. Les bruits sont assez faibles à ce niveau ; et l'on trouve au premier temps un souffle qui paraît indépendant de celui de la base ; les bruits sont du reste absolument réguliers.

La pulsation radiale du côté droit est à peine perceptible, et il en est de même de la temporale du même côté ; à gauche elle est un peu plus forte, mais pas assez cependant pour que l'on puisse obtenir un tracé sphygmographique.

Les *jours suivants*, les mêmes phénomènes persistent et s'aggravent. La toux est toujours aussi fréquente ; à plusieurs reprises et particulièrement le 29 août.

Le 15 et le 23 *septembre*, le malade a des hémoptysies généralement peu abondantes, et durant 3 ou 4 jours chaque fois ; il s'amaigrit de plus en plus, et vers la fin de septembre commence à avoir des sueurs nocturnes, et de temps en temps de la diarrhée. Enfin, il meurt en octobre. Pendant ce temps, les signes physiques sont restés à peu près les mêmes pour le cœur ; les signes de cavernes avaient été en s'accentuant et surtout du côté droit.

Le *diagnostic* avait été : tuberculose et affection cardiaque, avec dilatation probable de la crosse de l'aorte.

Autopsie. Le péricarde contient deux cuillerées environ de liquide citrin. Le *cœur* mesure 12 centimètres transversalement et 10 centimètres 1/2 du sillon auriculo-ventriculaire à la pointe. Le muscle cardiaque est un peu pâle; son épaisseur est de 6 ou 8 millimètres pour le ventricule gauche et varie de 5 à 10 pour le ventricule droit. L'orifice mitral est rétréci, admet à peine l'extrémité de deux doigts ; la valvule est

Digitized by Google

suffisante. L'orifice tricuspide admet facilement trois doigts jusqu'à la deuxième phalange ; la valvule est légèrement insuffisante. Les valvules de l'aorte et de l'artère pulmonaire sont parfaitement suffisantes. L'aorte est normale ; elle est tout au plus un peu dilatée au niveau de sa première courbure ; ses parois sont d'ailleurs remarquablement saines et ne présentent pas de trace d'athérome. Mais l'*orifice aortique* est très-altéré ; il est rétréci et laisse difficilement passer un porte-plume. Les valvules sont épaissies, ratatinées irrégulièrement, revenues sur elles-mêmes, et l'orifice, froncé à leur niveau, ne présente guère que 6 centimètres de circonférence. Ces valvules ne sont d'ailleurs nullement athéromateuses, mais présentent l'induration fibreuse qu'on voit dans les lésions cardiaques consécutives au rhumatisme.

L'orifice mitral, au niveau de l'insertion des valvules présente 9 centimètres 1/2 : les valves de la mitrale offrent seulement un léger épaississement un peu irrégulier au niveau de leur bord libre. L'orifice auriculo-ventriculaire droit a 11 centimètres 1/2 ; la valvule tricuspide est très-souple. L'orifice pulmonaire a 9 centimètres.

Le *poumon droit*, complétement adhérent dans sa moitié supérieure et particulièrement au sommet, est recouvert surtout à sa face antérieure d'une coque fibreuse épaisse. Le lobe supérieur est presque complétement transformé en une caverne anfractueuse qui envoie des prolongements irréguliers jusque vers la scissure ; le tissu pulmonaire est là transformé en un tissu fibreux (induration ardoisée) au milieu duquel se trouvent çà et là quelques masses caséeuses. Le lobe moyen et le lobe inférieur présentent également un grand nombre de masses caséeuses.

Le *poumon gauche* présente aussi au sommet une caverne du volume d'un petit œuf, et autour d'elle des masses tuberculeuses à divers degrés d'évolution. Ces lésions diminuent à mesure qu'on descend, et à la base, on trouve seulement quelque granulations peu abondantes.

La muqueuse de la face postérieure de l'*épiglotte* est le siége d'une petite ulcération superficielle, allongée de haut en bas. — Le *foie* est gros et présente un peu l'apparence du foie muscade ; il paraît en même temps un peu gras. — La *rate*, sauf un épaississement de la capsule, et les *reins* ont les caractères de l'état normal.

En différents points de l'*intestin grêle*, on trouve des ulcérations allongées, ayant une direction perpendiculaire à celle de l'intestin, et dans les points correspondants de la face externe se voient des granulations tuberculeuses.

RÉFLEXIONS. Je noterai dans cette observation : 1° le fait du

Digitized by Google

rétrécissement aortique très-caractérisé, sans insuffisance. Les exemples de ce genre sont rares, et ont pu même être niés par quelques auteurs ; ici le rétrécissement était véritablement la lésion importante ; car la lésion mitrale était très-légère. Le thrill et le souffle constatés pendant la vie sont faciles à expliquer par la disposition de l'orifice qui brisait le courant sanguin ; mais ce phénomène avait une telle intensité que l'on comprend facilement l'erreur qui avait été commise, et qui les avait fait attribuer à une dilatation probablement athéromateuse de l'artère. La faiblesse du pouls plus marquée à droite semblait encore donner plus de poids à cette hypothèse.

2° J'appellerai aussi l'attention sur la coïncidence d'une affection cardiaque avec la tuberculose.

On avait cru autrefois pouvoir admettre un antagonisme entre ces deux maladies ; on sait aujourd'hui qu'il n'en est rien, mais qu'elles peuvent parfaitement coexister, et que des cardiaques peuvent devenir tuberculeux. C'est un point sur lequel a insisté plus d'une fois dans ses leçons M. le professeur G. Sée, et les Bulletins de la Société en renferment un certain nombre d'observations ; néanmoins ces faits sont toujours assez rares et acquièrent par suite un certain intérêt. L'observation suivante en est un autre exemple.

21. Affection cardiaque et tuberculose pulmonaire ; par le Dr A. Sevestre, chef de clinique à la Charité.

S. Honorine, âgée de 38 ans, est entrée le 25 juillet 1875 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne n° 12, (service de M. le professeur G. Sée). Cette femme, très amaigrie et arrivée au dernier degré de la cachexie, se plaint d'une toux fréquente et quinteuse qui a débuté il y a plus d'un an ; l'expectoration est abondante, formée de crachats nummulaires. La malade présente en outre tous les troubles fonctionnels de la tuberculose : amaigrissement extrême, sueurs nocturnes, diarrhée persistante, suppression des règles. A l'auscultation, on trouve à droite, au sommet, de la matité, un souffle amphorique, du gargouillement et une pectoriloquie des plus nettes. Dans le reste du poumon droit et à gauche, surtout vers le sommet, râles disséminés, de volume variable.

En outre, on trouve les signes d'une lésion cardiaque, qui ne paraît pas avoir déterminé de troubles fonctionnels bien sérieux ; au moins la malade affirme n'avoir jamais eu avant ces dernières semaines d'œdème des membres inférieurs, et la tuméfaction qui est aujourd'hui bien marquée aurait débuté tout au plus depuis un mois ; elle avait seulement de temps en temps, une dyspnée peu intense et que les lésions

Digitized by Google

pulmonaires suffiraient à expliquer. Elle affirme aussi n'avoir jamais eu de rhumatisme, ni aucune maladie autre que deux *érysipèles*. Quoiqu'il en soit voici ce que l'on constate: la pointe du cœur est abaissée et bat derrière la 6e côte, un peu en dehors du mamelon; l'impulsion est forte et vibrante. A l'auscultation, les bruits sont normaux et fortement claqués à la base; mais à la pointe, on perçoit dans l'étendue de 3 centimètres carrés environ, exactement au siége de la pointe un bruit de souffle rude, très-net, qui s'éteint très-vite et ne se propage pas au-delà des limites qui précèdent. Les pulsations sont régulières et le pouls ne présente aucun caractère particulier.

La malade meurt le 31 *juillet*.

AUTOPSIE. — Le *poumon* droit présente des adhérences solides, surtout au sommet. Dans le lobe supérieur de ce côté, on trouve une caverne anfractueuse, et en outre des noyaux de pneumonie caséeuse en voie de ramollissement et des tubercules jaunes. Le lobe inférieur contient aussi une caverne assez volumineuse et des noyaux caséeux; dans le lobe moyen, quelques cavités beaucoup plus petites et des tubercules jaunes. Le poumon gauche renferme seulement des points caséeux durs ou en voie de ramollissement et quelques cavernules, particulièrement vers le sommet.

Le *cœur* a son volume à peu près normal. Sur la face antérieure du ventricule gauche, au voisinage de la pointe, et sur la face antérieure du ventricule droit, existent des plaques d'un blanc nacré ou un peu villeuses, tout-à-fait superficielles, et qui sont évidemment le résultat d'une ancienne péricardite; sur la face postérieure du ventricule gauche, on trouve aussi deux plaques blanches, mais qui pénétrent profondément dans l'épaisseur de la paroi ventriculaire (myocardite fibreuse). Le ventricule gauche est un peu épais, mais ne paraît pas notablement hypertrophié. Les valvules aortiques sont suffisantes, et normales; l'aorte est saine et présente seulement au niveau de l'insertion des valvules sigmoïdes quelques petites plaques athéromateuses.

La valvule mitrale semble à peu près suffisante, mais elle présente un épaississement de son bord libre, surtout marqué au niveau de la valve droite, et en deux points de petites végétations anciennes paraissant formées par du tissu fibreux. L'orifice n'est pas sensiblement rétréci.

Dans les autres organes on ne trouve à noter rien de bien particulier. Tubercules dans le *foie*.

Digitized by Google

22. Cirrhose hépatique avec ictère.

Observation recueillie par H. Butruille, externe des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

S.. Louis, 48 ans, peintre, entre à la Charité, salle Saint-Charles, n° 2 (service de M. le professeur G. Sée), le 9 janvier 1876. A pert une fièvre typhoïde, il a toujours été bien portant ; il affirme n'avoir jamais eu de rhumatismes.

Il y a 5 ans, tourmenté par des revers de fortune il s'adonna aux boissons alcooliques et principalement à l'absinthe. Peu de temps après, en 1870, au commencement du siége, sans douleur, sans autre cause apparente pour lui que ses ennuis de commerce, il eut une jaunisse très-intense ; mais il ne perdit pas l'appétit, n'éprouva ni point de côté ni maux d'estomac. Cette jaunisse dura trois mois et parut céder à l'usage de purgatifs fréquemment répétés.

Vers la fin du siége, alors qu'il présentait encore une légère teinte subictérique, S.. fut pris d'œdème des extrémités, puis survint un peu d'ascite ; mais la jaunisse ne reparut pas davantage ; perte de l'appétit, grandes oppressions, mais peu de fièvre. Son médecin lui fit prendre plusieurs purgatifs et l'œdème disparut complétement. Puis, comme il était très-anémié, il fut soumis à un traitement par la viande crue et le fer. Depuis lors, teinte ictérique légère, mais persistante ; deux ou trois fois la jaunisse a reparu avec un peu plus d'intensité.

Il y a deux mois, l'œdème des jambes reparut, puis l'ascite, qui, cette fois fut plus marquée que l'œdème des membres inférieurs. En même temps, l'ictère présenta une légère exacerbation ; le malade fut pris d'une toux intense qui persiste encore aujourd'hui. Cette toux provoque quelquefois des vomissements après les repas. Urines brunes.

Il y a huit jours, nouvelle aggravation des symptômes : ictère plus marqué, œdème exagéré, toux insupportable, oppression augmentée. Le malade est forcé de garder le lit. Vésicatoires, tisanes diurétiques. Jusqu'ici, dit-il, son médecin n'a jamais rien constaté au cœur.

10 *janvier* 1876. A la visite du matin, il est couché sur le dos et peut à peine remuer tant l'hydropisie est intense, mais ce qui frappe tout d'abord c'est l'ictère très-prononcé : les conjonctives, la muqueuse sublinguale, la peau elle-même présentent une teinte jaune très accusée.

Les membres inférieurs sont très-œdématiés, le malade peut à peine remuer les jambes ; le scrotum est envahi par l'œdème, la peau qui le recouvre est très distendue. Le ventre, très-volumineux, offre tous les signes d'une ascite considérable ; il est peu douloureux à la percussion. L'oppression est très-

Digitized by Google

marquée : elle empêche le malade de parler. *Signes physiques* : Les *poumons* présentent des râles sonores et sibilants dans toute leur étendue. Le *cœur* n'est pas hypertrophié ; on entend à la pointe et au premier temps, un bruit de souffle qui s'étend jusqu'au second bruit du cœur. La percussion du *foie* loin de dénoter une augmentation dans le volume de cet organe permet de constater qu'il est légèrement diminué de volume. De plus, le palper permet de sentir sous la dernière côte, des bosselures sur le bord antérieur du foie. L'ascite rend impossible l'exploration de la *rate*.

12 *janvier*. Augmentation de l'ascite et principalement de l'œdème du scrotum ; la peau de la verge présente au niveau du frein l'aspect d'une vésicule distendue par du liquide. Régime lacté.

16 et 17 *janvier*. L'œdème et l'hydropisie augmentent toujours. Le malade est abattu et surtout très-oppressé. Régime lacté. 20 grammes d'eau-de-vie allemande.

18 *janvier*. Dyspnée intense ; l'œdème du scrotum a un peu diminué ; il y a également beaucoup moins d'ascite. Le souffle de la pointe a conservé les mêmes caractères.

19 *janvier*. Nouvelle augmentation de l'œdème. Dyspnée. Le malade meurt le soir à 7 heures et demie.

Autopsie. — L'ouverture de l'abdomen donne issue à une grande quantité de sérosité ; il y a également un peu de liquide dans la plèvre droite.

Appareil pulmonaire. Les poumons congestionnés présentent quelques noyaux d'hémorrhagie mal limités et, sous la plèvre, des points ecchymotiques surtout au bord postérieur.

Cœur. Pas ou très-peu de liquide dans le péricarde. Le cœur est extrêmement flasque et aplati ; le diamètre transversal mesure 12 centimètres ; de la base à la pointe 11 centimètres. Paroi du ventricule gauche, 10 à 12 millimètres. Paroi du ventricule droit, 6 millimètres. L'orifice tricuspide admet trois doigts jusqu'à la deuxième phalange ; la valvule est suffisante ; elle mesure 11 centimètres et demi. L'orifice mitral admet deux doigts ; la valvule est suffisante ; elle mesure 9 et demi à 10 centimètres ; cette valvule présente seulement un léger épaississement du bord libre. L'orifice aortique mesure 7 centimètres et présente des valvules suffisantes ; sur l'une de celles-ci, on remarque un épaississement du nodule. L'orifice pulmonaire mesure 7 centimètres et demi. Les valvules sont saines.

Le muscle cardiaque est pâle, ramolli et comme infiltré. Les fibres musculaires examinées au microscope, sont très-friables et ne peuvent plus être dissociées ; on trouve seulement de petits fragments : ces fibres musculaires sont d'ail-

Digitized by Google

leurs à peine un peu graisseuses et les striations se voient encore assez bien. En somme, l'altération du muscle cardiaque est peu marquée et caractérisée surtout par la friabilité des fibres.

Le *foie* est petit, mais la diminution porte surtout sur le lobe droit ; au contraire le lobe gauche est légèrement augmenté de volume. Dimension transversale 24 centimètres, dont 11 pour le lobe droit et 13 pour le lobe gauche. On retrouve la même différence pour les dimensions en hauteur, c'est-à-dire 15 centimètres pour le lobe gauche, 12 et demi pour le lobe droit. La coloration du foie est également modifiée : à côté de parties grisâtres on remarque de petites travées blanches. La surface extérieure présente des bosselures ; on y remarque, en effet, un grand nombre de lobules dont le volume varie depuis celui d'une noisette jusqu'à celui d'un marron. Entre ces lobules et dépendant de la capsule du foie, apparaissent surtout à droite une grande quantité de granulations grises, très-fines.

La *vésicule biliaire* ne contient que du mucus ; elle est également épaissie et présente à l'extérieur un aspect blanchâtre. Les conduits biliaires sont libres ; on trouve un petit ganglion qui, peut-être, comprimait les canaux excréteurs (?) néanmoins, il n'est pas très-volumineux, il a le volume d'une petite noisette.

La *rate* a un volume énorme. Son diamètre vertical est de 20 centimètres. Son diamètre antéro-postérieur de 14 centimètres. La capsule de la rate est épaissie surtout à sa partie supérieure ; le tissu splénique est mollasse, mais non congestionné.

Les *reins* sont légèrement graisseux.

M. Sevestre. Je ferai remarquer qu'on n'a trouvé à l'autopsie aucun obstacle au cours de la bile pouvant rendre compte de l'ictère chronique ; un petit ganglion qui se trouvait au niveau du hile ne pouvait exercer une compression sérieuse. Un autre fait intéressant est l'existence bien constatée d'un souffle de la pointe sans lésion valvulaire ; le cœur est sain à la vérité, ses fibres ne sont pas même graisseuses. Il s'agit, sans doute, d'un de ces souffles qui s'observent parfois chez les sujets atteints d'ictère et qu'on ne peut expliquer que par un trouble fonctionnel du cœur, dont la nutrition est troublée.

M. Charcot. Bien que l'obstacle au cours de la bile ait été minime, le foie présente une véritable imbibition biliaire.

Digitized by Google

23. Fibro-myôme de la grande lèvre; par M. Eugène Monod, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

Cette tumeur provient d'une femme de 30 ans (service de M. Després à l'hôpital Cochin). La malade qui jouit d'une excellente santé, s'est mariée à 20 ans. Elle a eu 3 grossesses. C'est dans le cours de sa troisième grossesse, il y a six ans environ, qu'elle s'aperçut pour la première fois qu'elle portait sur la grande lèvre gauche près de la commissure postérieure, une grosseur du volume d'une noix Son .médecin croyant avoir affaire à un abcès, l'incisa ; il ne sortit que du sang. Depuis lors la tumeur subit un développement lent et progressif, sans douleur, n'occasionnant qu'un peu de gène. Au moment où la malade entra à l'hôpital, la tumeur présentait un volume double de celui qu'elle offre aujourd'hui, ce qui était dû à la présence d'un abcès de la glande vulvo-vaginale, lequel fut incisé ; il en sortit un verre de pus, et il ne resta que la tumeur primitive. Celle-ci occupait toute l'épaisseur de la grande lèvre. Elle était mollasse, dépressible, offrant par places la fausse fluctuation d'un lipome. Tout-à-fait en arrière, près de la commissure postérieure, la tumeur était ulcérée, et par ce point faisait saillie une languette rougeâtre, de consistance charnue, formée par une hernie du tissu de la tumeur. L'opération qui a eu lieu le 20 janvier, a été des plus simples, la tumeur s'étant très-facilement énucléée ; elle ne présentait pas de pédicule. Comme elle se prolongeait en arrière jusqu'au rectum, on a dû la séparer par une dissection, peu laborieuse du reste, de la paroi de l'intestin. La tumeur a le volume des deux poings, elle pèse 370 grammes. A la coupe, elle présente une surface ferme, blanchâtre, irrégulièrement lobulée, rappelant l'aspect des myômes utérins. Ce cas rentre dans la classe des tumeurs de la vulve qu'on désignait autrefois sous le nom d'*éléphantiasis* de la grande lèvre, qu'on a appelées encore *tumeurs fibro-graisseuses*, *lipomes fibreux*, et qu'on a étudiées plus récemment sous le nom de *fibro-myomes*. L'examen histologique, qui a été fait dans le laboratoire de M. Ranvier, confirme ce diagnostic. Il s'agit bien ici d'un fibro-myome avec développement vasculaire considérable à la surface. MM. Lagrange et Duret ont présenté à la Société anatomique en 1873 des considérations intéressantes sur la structure et la pathogénie de ces tumeurs.

Ces faits sans être communs ne sont pas extrêmement rares. Les Bulletins de la Société anatomique en renferment une dizaine de cas. Au point de vue clinique ces observations se

Digitized by Google

rapprochent toutes par les particularités suivantes: la tumeur se développe chez des femmes jeunes (de 20 à 30 ans); ce développement est lent (5 à 6 ans en moyenne); elle est parfaitement indolente; enfin l'opération est en général facile à cause de l'absence d'adhérences.

www.libool.com.cn

M. DURET. Dans la pièce que j'ai examinée, la peau était intéressée; le caractère le plus important du néoplasme était la dilatation des vaisseaux lymphatiques.

25. Hémorrhagie du noyau extra-ventriculaire du corps strié — Contracture. — Eschare fessière précoce; par M. DUSSAUSSAY, interne des hôpitaux.

B. M. 78 ans, entre le 31 décembre 1875 à l'hôpital Lariboisière 25 salle Sainte-Joséphine, service de M. MILLARD.) — Il y a 4 jours cette femme a été, pour la première fois, frappée d'apoplexie cérébrale avec perte absolue de connaissance. A la suite de cet accident elle est restée dans le coma pendant 24 heures. Aujourd'hui l'intelligence est un peu revenue. La malade comprend les questions qu'on lui adresse, elle prononce quelques mots, mais avec grande difficulté.

Il existe une hémiplégie droite complète (paralysie flasque) avec paralysie faciale du même côté. La sensibilité est très-obtuse partout. On n'entend au cœur aucun bruit morbide. Le pouls est régulier (76). Les artères sont très-athéromateuses Déglutition assez facile. — Constipation.

4 janvier. L'état n'a pas sensiblement varié. La peau de la fesse droite présente une rougeur violacée très-marquée. Paralysie des sphincters.

6. Même état. La rougeur de la fesse augmente; elle est parsemée de points noirâtres.

12. Depuis deux jours, la malade ne peut plus articuler le moindre mot, elle bredouille. Aujourd'hui, pour la première fois, on trouve une contracture assez marquée des membres paralysés; cette contracture est plus prononcée au bras qu'à la jambe. La sensibilité persiste, mais très obtuse; la perception est notablement ralentie. La peau est un peu chaude, le pouls a 96. Rien au cœur, ni dans les poumons. L'eschare fessière fait des progrès rapides.

13. La contracture est encore plus prononcée qu'hier. La fesse droite s'ulcère en plusieurs points. Il existe en outre un commencement d'eschare au niveau du grand trochanter, de la tête du péroné et de la malléole externe à droite (le membre repose sur son côté externe). Pouls a 96, peau chaude.

Digitized by Google

15. Il existe à peine un peu de contracture du bras. La sensibilité persiste telle qu'elle a été notée précédemment.

Le soir la température est à 39° dans l'aisselle ; la respiration s'embarrasse. — La malade meurt à deux heures du matin.

AUTOPSIE. *Cerveau.* Foyer hémorrhagique récent, exactement limité au noyau extra-ventriculaire du corps strié gauche. L'hémorrhagie occupe ce noyau tout entier ; elle ne le dépasse nulle part. Le foyer contient du sang noir coagulé; ses parois sont un peu hyperémiées, mais ne sont pas sensiblement ramollies. Rien dans les ventricules. Rien dans les méninges.

Poumons. Congestion simple aux deux bases. *Cœur* sain. *Aorte* athéromateuse. Eschares dans les points notés plus haut, occupant, à la fesse, la peau et le tissu cellulaire ; dans les autres points, la peau seulement.

M. CHARCOT. C'est là le type classique de l'hémorrhagie cérébrale telle qu'on l'observe dans la grande majorité des cas ; le foyer est linéaire vertical ; il occupe le noyau lenticulaire en respectant la capsule interne. Dans ces conditions, la guérison est possible sans qu'il persiste ni paralysie motrice ni anesthésie. Il y a eu dans le cas actuel une eschare, bien que les parties postérieures du cerveau soient respectées; c'est donc un fait à opposer à l'opinion soutenue récemment par M. Joffroy. M. Dussaussay a signalé, en outre, une contracture du bras qui dura trois jours ; ce phénomène est tout-à-fait contraire à la règle puisque l'autopsie n'a pas fait reconnaître de perforation ventriculaire.

26. Cancer de l'estomac et du foie, avec angioleucite pulmonaire ; par M. F. BALZER, interne des hôpitaux.

F....., 50 ans, entre à la Charité le 29 novembre 1875, dans le service de M. EMPIS (n° 7, salle Sainte-Marthe). Au moment de son entrée, on constate un développement considérable du foie ; le ventre est douloureux surtout dans sa partie supérieure, le malade est faible et amaigrie. A partir du premier janvier, la maladie semble évoluer plus rapidement ; l'amaigrissement augmente, la teinte jaune-paille est plus marquée. La maladie a commencé par des douleurs vives au creux de l'estomac, principalement après les repas ; cette douleur se faisait sentir également dans le dos et entre les épaules. Les digestions étaient extrêmement pénibles ; les vomissements

Digitized by Google

alimentaires assez fréquents, se produisant assez longtemps après le repas. La malade dit qu'elle a eu aussi, vers cette époque, plusieurs vomissements noirs.

L'examen de la région épigastrique ne fait rien découvrir d'anormal ; on ne sent ni empâtement, ni tumeur. Le ventre est légèrement ballonné par un épanchement peu abondant, qui donne nettement la sensation du flot. Lorsqu'on refoule la paroi abdominale, on sent une tumeur arrondie, dure, mobile, située au-dessous du foie, et un peu à droite de la ligne médiane. Cette tumeur n'est pas adhérente à la paroi abdominale, et paraît indépendante du foie. Ce dernier organe est considérablement augmenté de volume. La matité commence un peu au-dessous du mamelon, et se continue bien au-dessous des fausses côtes ; la percussion des régions hépatique et épigastrique est douloureuse. La rate ne paraît pas augmentée de volume.

La malade urine facilement, et ne présente rien de particulier du côté des organes génitaux. Pas d'œdème. Les bruits du cœur sont normaux : on ne trouve rien d'anormal en pratiquant l'examen de la poitrine.

Elle reste à peu près dans le même état pendant les premiers jours du mois de janvier. Elle se plaint peu du ventre, mais elle vomit fréquemment, le plus souvent vers le soir. Elle a en même temps un peu d'ictère.

A partir du 10 janvier, les douleurs deviennent plus intenses, tout le ventre est douloureux. La douleur est assez forte pour arracher des cris ; vers le soir, elle a de la fièvre. L'amaigrissement augmente avec une grande rapidité, ainsi que la faiblesse. Elle vomit tout ce qu'elle prend. Elle tousse un peu, sans expectorer, mais la respiration n'est aucunement gênée, et l'auscultation et la percussion de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. — Elle meurt le 16 janvier à midi.

AUTOPSIE, 18 janvier. On trouve dans l'abdomen une grande quantité de liquide séro-sanguinolent ; tous les tissus présentent une teinte ictérique assez prononcée. — La rate et les organes génito-urinaires ne présentent pas d'altérations ; les reins sont seulement assez fortement colorés par la bile.

L'*estomac* est dilaté, rempli de matières en putréfaction ; on trouve, dans le voisinage du pylore, une tumeur qui occupe toute la circonférence de l'organe, et dont la base d'implantation paraît formée par un tissu ferme, serré, tandis que la surface est ramollie et bourgeonnante. Le pylore adhère aux organes voisines et particulièrement au *foie*. Celui-ci est rempli de noyaux cancéreux, dont quelques-uns ont des dimensions énormes et sont ramollis à leur centre ; d'autres

Digitized by Google

proéminent à la surface de l'organe, et sont déprimés en godet à leur centre.

En beaucoup de points, et surtout dans le lobe droit, le tissu hépatique est entièrement remplacé par le néoplasme. Le foie est énorme et s'est agrandi dans toutes les directions; la tumeur mobile que l'on sentait à la palpation, et qui paraissait indépendante du foie, est formée par une portion de cet organe, séparée du reste par une dépression profonde du foie, et qui a conservé, après extraction de celui-ci, la même mobilité. Le *pancréas* est sain ainsi que l'intestin et un grand nombre de ganglions mésentériques; d'autres sont déjà envahis par le cancer.

Le diaphragme est adhérent au foie dans presque toute l'étendue de sa face inférieure. Celle-ci présente de nombreux noyaux cancéreux qui proéminent à sa surface; on trouve aussi quelques bourgeons de même nature à sa surface pleurale, et sur la plèvre pariétale qui tapisse la colonne vertébrale.

Les poumons ne sont pas adhérents; la plèvre pariétale est saine dans presque toute son étendue; pas d'épanchement séreux. Les deux poumons sont farcis de petits noyaux cancéreux très-nombreux, principalement vers le hile, et présentant presque tous le volume d'un pois chiche; à ces noyaux viennent aboutir de magnifiques réseaux de lymphangite cancéreuse; ces réseaux sont surtout bien indiqués à la base des deux poumons, sur les bords tranchants et dans les sillons interlobaires. Ils font en certains endroits une légère saillie à la surface de la plèvre et sont plus nombreux et mieux marqués sur le poumon droit que sur le gauche. Les deux poumons sont, en outre, légèrement congestionnés.

Le *cœur* est très-petit, et ne présente pas d'altérations.

Après avoir scié les corps vertébraux dans toute leur longueur, on reconnaît que tous, y compris le sacrum, sont farcis de noyaux cancéreux variables quant au volume et au degré de leur consistance. Ils sont plus nombreux et plus volumineux sur les vertèbres lombaires et sacrées, et sur les sixième et septième dorsales.

M. A. Ollivier. Il existait, dans ce cas, un épanchement pleural gauche; on n'a pas assez signalé la fréquence des pleurésies, du côté droit en particulier, dans les affections chroniques du foie; dans un cas douteux la présence d'un épanchement dans la plèvre droite peut servir au diagnostic de cette affection. Je ferai remarquer ensuite combien il est rare d'observer le cancer primitif du foie; le plus souvent e.

Digitized by Google

examinant l'estomac on trouve un petit anneau pylorique fibroïde, qui n'est autre que le cancer primordial qu'on signale dans les autopsies comme en passant et sans y attacher d'importance.

www.libtool.com.cn

27. Dilatations sacciformes et cupuliformes de la crosse de l'aorte. Rupture dans le péricarde : par M. F. Balzer, interne des hôpitaux.

C..., 45 ans, entre le 7 janvier 1876, au n° 13, salle Sainte-Marthe, dans le service de M. Empis (Charité). — Cette femme, dont la santé avait été assez bonne jusque-là, raconte que depuis la guerre, elle a eu plusieurs hémoptysies. Celles-ci ont même commencé pendant le siége, sans s'accompagner d'amaigrissement, de sueurs nocturnes, ni de toux habituelle. Depuis ce temps, elle a souvent eu la figure gonflée et un peu violette, comme elle est encore actuellement.

Il y a quatre jours, elle fut prise tout à coup d'un point de côté assez fort, accompagné de frissons violents. Dix-huit mois auparavant, elle avait été prise de la même façon, d'un point de côté également à gauche, et s'était rétablie assez promptement. Submatité légère, à la percussion, en arrière et à gauche. Râles crépitants, accompagnés de frottements pleuraux, et d'un léger chevrottement de la voix. — La matité du cœur est très-étendue, le choc de la pointe insensible, les battements sont très-sourds. On ne distingue pas de souffle ; le pouls est régulier, mais petit. Léger œdème des jambes.

Les jours suivants, elle reste absolument dans le même état. Du côté du cœur et de la poitrine, les symptômes ne subissent aucune modification malgré l'application d'un large vésicatoire. Elle a seulement de temps en temps un peu d'oppression, et un sentiment de gêne dans la poitrine. Elle conserve aussi un peu de fièvre. Le soir, la température axillaire oscille entre 38° et 38°,5.

Le 16 janvier, à 11 heures du matin, elle est prise tout à coup après son repas, d'un accès d'oppression ; elle devient bleue, s'assied sur son lit vivement, en demandant du secours. Mais, on n'a que le temps d'appliquer quelques sinapismes, la respiration s'embarrasse de plus en plus, elle meurt en quelques minutes.

Autopsie. — Les *poumons* sont sains, le droit est seulement un peu congestionné. Le gauche présente en arrière quelques adhérences molles et récentes. Il paraît moins volumineux, et comprimé par le cœur, principalement à sa base. Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et noirs d'anthra-

Digitized by Google

cose. La trachée est saine, mais paraît un peu refoulée de gauche à droite par la crosse de l'aorte.

Le *péricarde* paraît très-distendu, et occupe une surface considérable. En l'incisant, on voit qu'il adhère au cœur dans une grande partie de son étendue. Les deux feuillets du péricarde sont recouverts de néo-membranes, molles, récentes, présentant l'aspect caractéristique de la langue de chat. Ces néo-membranes sont colorées par le sang, qui forme un épanchement considérable à la face postérieure du cœur et sur ses bords. Ce sang se présente sous l'apparence de caillots noirs, adhérents aux pseudo-membranes, surtout au point d'insertion du péricarde sur les gros vaisseaux ; à ce niveau, ils sont enchevêtrés dans les filaments formés par les néo-membranes, dont ils se détachent néanmoins avec facilité. Ces caillots pèsent 160 grammes.

On cherche alors à découvrir le point où une lésion vasculaire a déterminé cet épanchement. L'eau introduite par les ventricules s'écoule par les artères sans refluer au dehors. On incise alors l'aorte thoracique qui est dilatée, très-athéromateuse, et l'on arrive à une dilatation sacciforme considérable, située à deux centimètres environ au-dessus de l'orifice aortique qui lui-même est très-élargi.

Cette cavité, de forme à peu près conique, ne renferme pas de caillots. Elle présente environ trois centimètres d'étendue dans tous ses diamètres, et semble dirigée de haut en bas et un peu d'avant en arrière. Dans la partie inférieure de sa circonférence, on voit dans presque toute la largeur de l'aorte, une saillie formée par les membranes internes : on dirait au premier abord qu'il y a eu là une déchirure qui semble récente encore dans certains points, plus ancienne sur d'autres, où la paroi aortique semble se continuer directement avec la membrane lisse qui tapisse la face interne de l'anévrysme.

Il semblerait même que celui-ci a dû se former à la suite de cette déchirure, suivie plus tard d'une réparation des bords de la plaie artérielle. Au-dessous de cette première cicatrice, et plus près de l'orifice aortique, on en trouve une seconde séparée de la première par un intervalle de un ou deux millimètres, et au niveau de laquelle la membrane interne paraît décollée, mobile sur les couches profondes. A ses deux extrémités, on trouve deux dépressions profondes, irrégulières : celle qui est située à l'extrémité postérieure est limitée par la membrane externe ; mais en examinant avec soin la dépression antérieure, on voit l'extrémité d'un caillot noir proéminer dans l'artère. Explorant alors avec précaution, de dedans en dehors avec un stylet, nous voyons que ce caillot se terminait au niveau d'une perforation très-petite, d'un milli-

Digitized by Google

mètre de diamètre environ qui venait s'ouvrir dans le péricarde à l'endroit où celui-ci vient s'insérer sur l'aorte.

Le reste de la surface de la crosse présente, en outre, plusieurs eclasies partielles, sous forme de cupules arrondies, à circonférence tantôt régulière, tantôt ovalaire ou ellipsoïde à bord tranchant et saillant au-dessus du fond de l'anévrysme, ou déprimé et le rejoignant en pente douce. Quelques-uns admettent facilement la pulpe du doigt, d'autres sont beaucoup plus petits, et capables de recevoir tout au plus un pois chiche. On en trouve plus d'une vingtaine. Quelques-uns sont vides, à parois lisses, minces, transparentes ; d'autres renferment des caillots anciens, adhérents, présentant assez bien la couleur et l'aspect de la chair musculaire et se prolongeant parfois hors de la cavité, en adhérant à la membrane interne de l'aorte. On voit quelques caillots de même apparence, étalés sous forme de membranes très-minces, à la surface de l'aorte.

Revenons maintenant au cœur lui-même. Les parois du ventricule gauche présentent deux centimètres ou deux centimètres et demi d'épaisseur. La valvule mitrale est saine. Le ventricule droit est dilaté, ses parois sont chargées de graisse, mais présentent leur épaisseur normale. L'artère pulmonaire est très-dilatée.

Le foie est gros, très-congestionné, ainsi que les reins. — La rate est saine, ainsi que les intestins et les organes génitaux. Les artères du cerveau sont un peu athéromateuses ; nous n'avons pas trouvé d'anévrysmes miliaires.

Examen microscopique. — Les pièces ont été examinées après durcissement dans la gomme et l'alcool. Sur des coupes faites dans la paroi de l'anévrysme sacciforme, on voit d'abord que les trois tuniques sont amincies. De la tunique moyenne surtout, il ne reste plus que quelques fibres élastiques isolées et séparées les unes des autres par des faisceaux de tissu conjonctif. Les deux tuniques externe et interne semblent, pour ainsi dire, confondues; sur cette dernière on voit, en certains points, une prolifération cellulaire abondante.

Sur le point correspondant à la déchirure apparente que nous avons décrite, on voit au niveau du relief formé par les tuniques de l'aorte, une grande accumulation de cellules fusiformes et de noyaux fortement colorés par le carmin. Les fibres élastiques subissent une interruption brusque comme si elles avaient été le siége d'une rupture. Des groupes de cellules se prolongent dans leurs faisceaux dissociés, indiquant qu'il s'est fait là un travail irritatif très-intense. Du reste, la membrane interne est vascularisée à ce niveau ; quelques-uns des vaisseaux de nouvelle formation sont même arrivés à un degré de

Digitized by Google

développement très-avancé, et sont entourés d'une zone de cellules fusiformes. Cette prolifération cellulaire se voit aussi dans la portion de l'aorte voisine de l'anévrysme. Elle est extrêmement abondante sur les limites de celui-ci ; on ne retrouve plus là que quelques îlots de fibres élastiques situés dans la portion la plus externe de la paroi. Comme on le voit, le travail inflammatoire est plus intense sur les limites de l'anévrysme que dans sa partie centrale où la paroi n'est plus guère formée que par les tuniques interne et externe distendues sous l'effort de la pression sanguine. Après avoir dû son origine à une destruction partielle de la tunique moyenne, et son accroissement à la distension progressive des deux autres tuniques, l'anévrysme continuait donc à s'accroître à la périphérie sous l'influence du même processus qui avait déterminé son apparition.

La paroi de l'aorte, offre un aspect tout différent au niveau des dépressions irrégulières dont nous avons parlé. On voit là une accumulation considérable de globules blancs formant de petits foyers purulents encore incomplétement vidés. La tunique moyenne est complétement détruite, et la membrane interne très-amincie ou même détruite, flotte au-dessus du foyer, recouverte par un caillot formé de fibrine et de globules blancs. Comme nous l'avons vu, la perforation dans le péricarde s'est faite au niveau d'une dépression analogue, et c'est à la suite de l'évacuation d'un foyer purulent semblable que le sang a dû faire irruption dans cette cavité séreuse.

Sur les anévrysmes cupuliformes, on trouve les trois tuniques profondément modifiées. La tunique moyenne ne renferme plus qu'une très-faible quantité de fibres élastiques ; au niveau du rebord saillant de l'anévrysme, les tuniques interne et externe sont épaissies et l'on voit les fibres élastiques de la couche moyenne présenter plusieurs interruptions comblées par une grande quantité de noyaux. Elles deviennent ensuite grenues, et finissent par disparaître tout-à-fait dans la paroi de l'anévrysme où elles sont remplacées par des granulations auxquelles l'acide picrique donne une coloration verte très-foncée. La paroi de ces anévrysmes reste donc formée, de même que celle de la grande dilatation sacciforme, par les tuniques interne et moyenne dilatées, et renfermant en quelques points des petits groupes de granulations graisseuses.

Les îlots de fibres élastiques réduites à l'état de granulations sont encore plus rares dans la paroi des anévrysmes qui renferment des caillots, et la prolifération cellulaire y paraît plus abondante surtout au niveau de leur bord tranchant.

Les caillots sont formés de couches stratifiées : les plus profondes sont en contact avec la paroi de l'anévrysme, et présen-

Digitized by Google

tent l'aspect d'une substance amorphe colorée en jaune par le picro-carminate. Les autres couches plus superficielles sont formées par des amas de globules rouges, se présentant sous l'aspect de zones concentriques, séparée les uns des autres par des traînées fortement colorées par le carmin et qui paraissent constituées principalement par des globules blancs.

www.libtool.com.cn

M. HAYEM. J'ai étudié l'an dernier un anévrysme comparable à celui-ci, mais siégeant sur un vaisseau de bien moindre calibre, sur la vertébrale; c'était un type d'anévrysme mixte externe; la tunique interne était rompue et flottait décollée dans l'artère; la tunique moyenne était sclérosée.

28. Rétrécissement de l'urèthre. Infiltration urinaire. Infection urineuse. Mort; par M. CH. RICHET, interne des hôpitaux.

Il s'agit d'un homme âgé de 54 ans, entré à la Pitié dans le service de M. le professeur VERNEUIL, dans les premiers jours de janvier.

Le malade n'urinait pas, ou urinait mal; il avait en même temps un phlegmon gangréneux de toute la verge, conséquence d'une infiltration urineuse. Le phlegmon n'avait pas encore gagné le scrotum qui cependant était rouge et commençait à s'infiltrer. L'urine s'écoulait goutte à goutte. La région rénale était très-douleureuse. Quant à l'abdomen, il était légèrement sensible à la pression, mais sans tuméfaction ni rougeur.

La figure était grippée, anxieuse: la langue sèche et couverte de fuliginosités; de plus une agitation extrême, sans délire, une soif vive, et quelques hoquets.

M. Verneuil par une large incision débrida le prépuce; et il fit en outre plusieurs grandes ouvertures sur la verge; il s'en écoula un liquide sanieux, infect, exhalant une odeur ammoniacale et mélangé à des lambeaux sphacélés de tissu cellulaire.

Le lendemain l'agitation avait diminué, et nous apprîmes que X.... avait eu autrefois une blennorrhagie, qui avait duré deux ans, qu'à la suite, il avait eu un rétrécissement, et que ce rétrécissement avait souvent nécessité des soins chirurgicaux. Le même jour on put sans trop de difficulté passer une petite sonde et vider la vessie. A partir de ce moment le malade put uriner sans être sondé. Mais les phénomènes généraux s'aggravèrent rapidement. En effet le 10 janvier, à la visite, on constata qu'il avait à droite tous les signes d'une congestion pulmonaire étendue. Bientôt le poumon gauche fut atteint à son tour, l'agitation augmenta, puis le délire,

Digitized by Google

puis le coma, et enfin la mort arriva le 12 dans la nuit, sans convulsions.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. Le *foie* était graisseux et congestionné (*foie muscade* au premier degré). Le cœur était légèrement stéatosé. L'estomac était très-dilaté et sa muqueuse enflammée. Les poumons étaient congestionnés, ramollis et comme hépatisés, cependant ils surnageaient. Le *rein* ne présentait pas d'autre altération qu'une congestion intense.

En ouvrant avec précaution l'*urèthre* depuis le gland jusqu'à la vessie, nous trouvâmes le canal libre dans presque toute son étendue, sauf à la région membraneuse. Là au niveau du bulbe, siégeait un rétrécissement en forme de cône double ainsi que la plupart des rétrécissements dits inflammatoires. En arrière, était une solution de continuité donnant dans une large poche qui s'étendait autour du canal comme une gaine et l'entourait de tous côtés. En arrière, cette poche urineuse s'ouvrait dans le tissu cellulaire de la verge, et c'est par là évidemment qu'avait dû se faire jour le liquide pour infiltrer et sphacéler les tissus. La vessie était petite, ratatinée, contenant quelques grammes d'urine très-chargée de pus ; la muqueuse vésicale était légèrement enflammée.

Au point de vue de la cause immédiate de la mort, trois hypothèses se présentent : la pneumonie ; l'urémie ; l'infection urineuse. Mais la pneumonie, si elle existait était très-légère, c'était plutôt une congestion pulmonaire septicémique qu'une pneumonie franche. Quant à l'urémie, il est impossible de la reconnaître dans certains des symptômes, et d'ailleurs les reins n'étaient pas altérés. Donc la dernière hypothèse est seule possible, et le malade est mort d'infection urineuse.

Cependant cette infection urineuse nous présente un phénomène particulier qui la rapproche jusqu'à un certain point de l'urémie, c'est l'abaissement relatif de la température, malgré la complication pulmonaire. Enfin, il faut faire remarquer que ce malade était probablement alcoolique, malgré ses dénégations à ce sujet. La stéatose des organes, l'état de l'estomac et la forme rapide des accidents permettent de faire cette hypothèse. Donc, pour résumer, ce malade est mort d'infection urineuse ; et son histoire pourra servir à établir les différences et les rapprochements entre cette affection et l'urémie proprement dite.

Quant au rétrécissement de l'urèthre, il ne présente rien d'anormal. Ce qu'il y a de particulier c'est le siége de l'infiltration qui, au lieu d'envahir le scrotum et le périnée, avait gagné le tissu celluleux de la verge ; mais il est probable qu'il y a eu comme deux degrés dans la maladie. Dans le premier degré, il s'est formé une poche urineuse en arrière du

Digitized by Google

rétrécissement, poche qui s'est étendue tout autour de l'urèthre, et le second degré a été la rupture même de cette poche.

www.libtool.com.cn

M. LONGUET. M. Richet n'a pas signalé de rétrécissement en avant du bulbe ; en règle générale cependant, il existe un rétrécissement à la région bulbaire, lorsqu'on en rencontre d'autres dans les parties antérieures.

29. Contusion de l'abdomen ; rupture de l'intestin grêle et du mésentère, disjonction des symphyses pubienne et sacro-iliaque gauche, fracture multiple du bassin ; par M. A. CHEVALLEREAU, interne des hôpitaux.

B... Pierre, mécanicien, 42 ans, est entré le 18 janvier, à Saint-Antoine, (service de M. le Dr Benjamin Anger). — Cet homme était apporté d'une usine de la rue de Charenton, où il venait d'être violemment comprimé entre deux chaudières : Il était très-pâle ; son pouls, petit et régulier, battait 100 fois par minute. Le ventre était ballonné et le malade se plaignait d'une douleur dans tout l'abdomen. Les envies d'uriner étaient constantes mais sans expulsion d'urine. Il n'y avait d'ailleurs rien d'apparent à l'examen du malade ; on ne trouvait à l'extérieur ni ecchymose, ni plaie, aucune trace de contusion.

Peu après son arrivée, le malade commença à vomir et il vomit ainsi pendant toute la nuit. Il eut un saignement de nez. Il se plaignait continuellement de sa douleur de ventre et le mercredi matin, à 9 heures, il succomba.

AUTOPSIE. — Après avoir fait la section médiane des parois antérieures de l'abdomen, on voit immédiatement une injection assez considérable des deux feuillets viscéral et pariétal du péritoine. Dans l'interstice des anses intestinales on voit une matière d'un gris jaunâtre ayant l'odeur aigre des aliments en partie digérés. En un point de jejunum, à 70 centimètres environ du pylore, on trouve une perforation, une rupture de l'intestin qui s'est rompu de dedans en dehors, probablement par le même mécanisme qu'une vessie distendue par des gaz et sur laquelle on exercerait une compression. Sur le pourtour de cet orifice, la muqueuse renversée en dehors recouvre les autres tuniques de l'intestin.

On trouve des épanchements sanguins entre les deux feuillets du mésentère et il existe en un point de ce mésentère une perforation entourée de parties ecchymosées, perforation irrégulièrement circulaire et du diamètre d'une pièce de 2 francs environ.

Il n'existe pas de rupture des autres organes de l'abdomen ; on trouve seulement un épanchement sanguin dans la région de

Digitized by Google

la rate. — Dans le bassin, la vessie est complétement revenue sur elle-même, de sorte que son calibre est à peu près celui d'un utérus à l'état de vacuité.

Il y a disjonction de la symphyse du pubis avec arrachement des ligaments. L'os iliaque du côté droit est fracturé au niveau de la branche horizontale et de la branche descendante du pubis. La symphyse sacro-iliaque gauche est également disjointe et de plus il existe de ce côté une fracture de la partie supérieure et postérieure de l'os iliaque auprès de l'articulation. — Il n'y a rien d'anormal du côté du thorax.

30. Croup chez l'adulte — Accès de suffocation. — Trachéotomie. — Mort par hémorrhagie, 10 heures après; par M. Avezou, interne des hôpitaux.

Ch. M.., 33 ans, d'une forte constitution, se déclare enceinte de six mois et demi. Elle fait remonter sa maladie à quinze jours A ce moment elle eut mal à la gorge avec fièvre. Pendant deux ou trois jours elle fut obligée de suspendre son travail et de rester à la chambre. Le 11 janvier elle essaya de retourner à son étalage, mais elle ne put y rester que jusqu'à midi. A partir de ce jour elle devint plus malade. Un médecin appelé le lendemain prescrivit un vomitif. Mais il n'y eut pas d'amélioration. La respiration devint de plus en plus gênée. La voix s'affaiblit.

Le dimanche, 16 janvier au matin, quinze jours après le début du mal de gorge, il y a menace de suffocation.

16 janvier. La malade entre à la Maison de Santé (service de M. Ed. Labbé). Ce qui frappe dès l'abord, c'est une cyanose très-marquée de la face et des extrémités, et un tirage très-considérable comme chez l'enfant atteint de croup.

La voix est absolument éteinte. A l'examen de la gorge on ne constate ni fausses membranes, ni ulcération, ni rougeur très-vive. On ne peut savoir si les jours précédents il y avait des fausses membranes à la gorge, la malade n'en a pas rendu chez elle. En explorant avec le doigt l'ouverture supérieure du larynx, on sent principalement à droite un petit bourrelet. Cependant l'expiration n'est pas plus libre que l'inspiration. L'auscultation du larynx et de la trachée ne fournit aucun signe. A la poitrine la résonnance est normale des deux côtés.

La respiration s'entend dans toute l'étendue des deux poumons; et il n'existe de râles d'aucune sorte. — Les battements du cœur sont précipités et un peu faibles. Pas d'œdème de jambes. — Anesthésie déjà avancée : on peut pincer très-fortement la peau sans provoquer de douleur,

Digitized by Google

La *trachéotomie* est pratiquée par M. Marc Sée. Pendant l'opération il y a menace de syncope. L'incision des couches profondes ne donne pas beaucoup de sang. Après l'ouverture de la trachée, la malade expulse un lambeau de fausse membrane très-étroit, mais long de 7 à 8 centimètres.

Le soulagement est d'abord très-évident, mais après l'introduction de la canule, une hémorrhagie assez abondante se fait entre la canule et la partie inférieure de la plaie. Du sang s'échappe aussi par la canule. Après de grands efforts, la malade rejette par la canule un second lambeau de fausse membrane. — L'hémorrhagie diminue graduellement; elle cesse au bout de dix minutes; et une demi-heure après la trachéotomie, la malade respire librement.

A la contre-visite, la malade a repris son teint normal. Les extrémités se sont réchauffées : P. 120 à 128; T. axillaire, 38°; R. 32. Le mieux persiste dans toute la soirée. A 11 heures 45 minutes, la face se décolore subitement, et la malade meurt en rejetant du sang par la canule.

AUTOPSIE. — Une dissection attentive de la plaie du cou faite par M. Sée, montre qu'aucune artère même de petite importance n'a été divisée. — Les veines du corps thyroïde sont très-développées, et l'on peut supposer que l'hémorrhagie, bien que secondaire, a dû être veineuse.

Larynx. — Toute la surface interne du larynx est tapissée de fausses membranes qui s'arrêtent sur les bords de l'épiglotte. Les deux replis aryténo-épiglottiques sont tuméfiés, mais non pas suffisamment pour boucher l'ouverture supérieure du larynx. La glotte inter-ligamenteuse est entièrement fermée, et la glotte inter-cartilagineuse considérablement rétrécie par les fausses membranes.

La trachée et les bronches sont remplies de caillots : le sang a pénétré jusque dans les dernières ramifications bronchiques. Les fausses membranes du larynx se prolongent sur la trachée et les deux grosses bronches. Elles s'arrêtent aux premières divisions de ces grosses bronches. — Les *poumons* sont absolument sains.

Au *cœur* on constate les lésions d'une péricardite ancienne. Le péricarde adhère au sternum. Il adhère aussi à la face antérieure du cœur et à la plus grande partie de la face postérieure. Seule la pointe du cœur est libre d'adhérences. Du côté de l'endocarde, sur la face auriculaire de la valvule mitrale, il existe deux points très-nets *d'endocardite végétante*.

Le tissu du *foie* est ramolli.

Les *reins* très-congestionnés, sont ramollis aussi, presque diffluents. Pendant la vie on n'avait pu recueillir de l'urine.

Sur *l'estomac* et *l'intestin* on ne constate aucune lésion.

Digitized by Google

Utérus. L'utérus contient un fœtus non décomposé, paraissant âgé de 6 à 7 mois, et qui n'aurait pas encore pu être viable.

www.libtool.com.cn

Les accès de suffocation et le tirage chez les adultes atteints de croup ne sont pas très-communs ; ou du moins on ne les observe, d'après Trousseau, que lorsque la diphthérie a gagné les dernières ramifications bronchiques.

Ici, au contraire, lorsque la trachéotomie a été pratiquée, l'asphyxie était imminente, et cependant les fausses membranes ne s'étendaient pas au-delà des deux grosses bronches. — Il ressortirait donc de ce fait que, dans certains cas de croup chez l'adulte, la mort peut avoir lieu, par obstacle à l'entrée de l'air, avant que l'économie ait eu le temps d'être infectée par la diphthérie.

Séance du 28 janvier 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

31. Discours de M. Charcot, président.

Messieurs,

L'exposé de notre situation que, conformément à nos réglements, je suis appelé à vous présenter dans la séance d'aujourd'hui, ne m'entrainera pas dans de longs développements. Laissant à M. le Trésorier et à M. l'Archiviste le soin de vous instruire, dans le détail, de tout ce qui concerne leur spécialité, j'envisagerai particulièrement le côté intellectuel. Or, dans ce domaine, je n'ai qu'à constater la continuation de ce mouvement de progression croissante, que je signalais déjà l'an passé, en pareille circonstance, et qui, d'ailleurs, paraît avoir frappé les yeux de tous, non-seulement dans l'enceinte de cette Société, mais encore en dehors d'elle.

Ce mouvement n'est pas attesté uniquement par le nombre, chaque jour plus grand, de vos présentations, par le soin minutieux avec lequel la partie anatomo-pathologique et les développements cliniques y sont traités. Il est attesté encore, et surtout à mon sens, par l'esprit qui vous dirige pour la plu-

Digitized by Google

part dans le choix de vos sujets d'étude. Il m'a paru manifeste que, possédés par l'ardent désir de contribuer à élever le niveau de nos connaissances, vos efforts s'attachaient désormais principalement à fournir des documents propres à être utilisés pour la solution des questions nouvellement soulevées. N'est-ce pas là un signe d'heureux présage, pour l'avenir de notre Société ? Car, que ne peut-on pas attendre de ce zèle éclairé, lorsque l'on considère les matériaux immenses, les richesses inépuisables qui, chaque jour, et d'une façon si libérale, sont mis à votre disposition dans les hôpitaux de Paris, auxquels vous êtes tous attachés à des titres divers. Aussi, suis-je profondément convaincu que la collection où sont consignés tant d'importants documents, devra, plus que jamais, figurer au premier rang, dans la bibliothèque de tout médecin sincèrement animé du désir de suivre le courant, aujourd'hui si rapide, du progrès scientifique. Cette considération, par laquelle je termine, M. le Trésorier la reprendra, sans doute, pour l'envisager par le côté pratique, matériel, si je puis ainsi dire ; même à ce point, elle n'est certes pas à dédaigner.

32. Eloge de MM. Demarquay et Giraldès ; par M. Périer, vice-président.

Parmi les collègues que nous avons eu la douleur de perdre cette année, il en est deux qui fournirent une carrière assez longue pour que le vide laissé derrière eux fût sensible non-seulement pour nous, mais encore pour les sociétés où l'on n'est admis que tardivement. Déjà l'Académie de médecine et la Société de chirurgie ont rendu hommage à la mémoire de Demarquay et à celle de Giraldès. Nous avons aussi le devoir de rappeler combien ces deux hommes si différents ont droit à notre reconnaissance pour la part considérable que chacun d'eux a prise aux travaux de notre Société. Demarquay, né en 1814, à Longueval, petite commune du département de la Somme, appartenait à une famille de cultivateurs peu aisée. A l'âge de 15 ans, sachant à peine lire et écrire, il quitta son village pour venir tenter la fortune. Il put trouver une place de maître d'études. Cela lui permit d'acquérir à force d'intelligence et de volonté les notions indispensables à son début dans la carrière qu'il devait choisir.

A 27 ans, il était interne, et quittait les hôpitaux en 1845 avec le titre de lauréat. Cette même année, il était nommé secrétaire de notre Société à laquelle il appartenait depuis deux ans. Il devint bientôt aide, puis prosecteur de la Faculté. Grâce à ces fonctions, il se perfectionna dans l'anatomie et pendant

Digitized by Google

huit années il enseigna la médecine opératoire avec le plus grand succès.

Quand il quitta cet enseignement, il était déjà chirurgien du bureau central, mais ses succès dans la pratique de ville l'éloignèrent de l'agrégation à laquelle il avait concouru avec honneur.

Cependant il profita de ses suppléances à l'hôpital Necker, à l'hôpital du Midi, à l'Hôtel-Dieu, pour faire des conférences cliniques fort suivies. En 1858, il fut nommé chirurgien de la Maison municipale de santé, dont il sut augmenter la célébrité malgré la renommée de ses prédécesseurs.

Il y continua ses conférences et attira près de lui de nombreux élèves et des médecins étrangers qui contribuèrent à étendre sa réputation déjà grande. Entraîné dans le tourbillon d'une vie dévorante, il trouvait encore du temps à consacrer à des travaux dont le nombre et la valeur lui ouvrirent les portes de l'Académie de médecine.

En 1870, la presse française organisa des ambulances dont la direction fut confiée à M. Ricord et à Demarquay. Ils déployèrent l'activité la plus infatigable et réunirent autour d'eux un faisceau de médecins et de chirurgiens auxquels ils surent communiquer leur ardeur.

Témoin quotidien de la conduite de Demarquay pendant la durée des deux siéges, je songe encore avec admiration à la manière dont il prodiguait ses forces, joignant à ses fonctions de chirurgien celles d'un administrateur émérite. Il fallait sa robuste constitution pour surmonter tant de fatigues. Toujours sur la brèche, ne se décourageant jamais, et relevant le moral de tous, il n'a reculé devant aucun danger.

Ceux qui furent à même d'apprécier tous les services qu'il rendit alors et la somme du bien qu'il a fait, savent ce que peut une initiative dédaigneuse de l'envie qui toujours cherche derrière les actions les plus louables des mobiles cachés.

Après la guerre, il reprit la vie active de praticien, mais son ambition de savant n'était pas encore satisfaite. Aspirant au titre de membre de l'Institut, il se livra à de nouvelles investigations Mais un mal terrible devait l'empêcher d'atteindre le but désiré ! Il comprit de suite la gravité de ce mal. Loin de se laisser abattre, il vit courageusement venir la mort, ne luttant contre elle que pour lui dérober l'occasion de remplir encore ses devoirs professionnels. Lorsqu'il fut terrassé, il se fit transporter à Longueval pour mourir dans le village qui l'avait vu naître.

Demarquay était un praticien et un savant. Elevé à l'école de Blandin qui fut son protecteur et son ami, il s'attacha de préférence aux recherches dont l'application à la chirurgie

Digitized by Google

était immédiate. Ces recherches, il les étendit à tous les sujets. Paraissait-il un agent nouveau, une méthode nouvelle, de suite il les soumettait à l'expérimentation et publiait les résultats qu'il avait obtenus. Parcourez les comptes-rendus des sociétés savantes, feuilletez les journaux de médecine, à tout instant vous rencontrez Demarquay. Etudiez une question quelconque de chirurgie pratique vous l'y trouverez encore.

Il a publié plusieurs ouvrages didactiques. Le premier en date est son *Traité des tumeurs de l'orbite* qui parut en 1860, c'est une édition notablement agrandie de la thèse qu'il eut à soutenir au concours de l'agrégation de 1853. Cet ouvrage qu'il aurait voulu rendre plus complet renferme de précieuses observations.

Citons encore son livre sur la *Glycérine et ses applications à la médecine et à la chirurgie*, son *Traité de pneumatologie*, et d'importantes monographies dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Il accumulait sans cesse de nouveaux matériaux, aussi laisse-t-il les éléments de deux ouvrages considérables qui doivent paraître bientôt grâce aux soins d'élèves dévoués qui furent ses collaborateurs.

Comme chirurgien, ses succès furent rapides. On le comprend aisément, car il possédait au plus haut point les qualités que Celse considère comme indispensables. « Un chirurgien, » suivant l'Hippocrate latin, doit être jeune, ou, du moins, peu » avancé en âge : il faut qu'il ait la main ferme, assurée et ja- » mais tremblante, qu'il soit adroit de la gauche comme de la » droite, qu'il ait la vue claire et perçante, qu'il soit intrépide » et impitoyable, c'est-à-dire qu'il veuille la guérison de celui » qui se met entre ses mains, et que, sans être touché de ses » cris, il ne se presse pas trop et ne coupe pas moins qu'il ne » faut, mais qu'il agisse sans s'émouvoir, comme si les plaintes » du malade ne faisaient aucune impression sur lui. »

Ces qualités, disais-je, se trouvaient réunies chez Demarquay : il opérait avec promptitude et précision, l'imprévu ne semblait pas l'émouvoir, sa décision était rapide et juste. Anatomiste habile, il ne pouvait s'égarer.

Il imposait par sa taille, sa voix retentissante, son apparence athlétique, mais il rassurait par sa douceur et sa bonté.

Demarquay sut acquérir une fortune enviée, mais il ne connut pas les joies de la famille, et je l'ai entendu s'en plaindre comme du malheur de sa vie. Si, du moins, il ne laisse pas à des descendants le culte de sa mémoire, les générations qui doivent nous suivre se ressentiront encore de ses généreux bienfaits et la science conservera le souvenir de ses travaux.

Giraldès était le fils d'un consul portugais. De bonne heure il étudia la médecine et fut nommé interne en 1830, à l'âge de

Digitized by Google

20 ou 22 ans. Cette même année, il entrait à la Société anatomique, et, pendant 43 ans, il devait en être l'un des membres les plus assidus. Cependant, au début de cette carrière si pleine de promesses, se place un incident qui faillit en changer le cours. Don Miguel avait usurpé le trône de Portugal. Giraldès, alors interne de l'Hôtel-Dieu, abandonna sans hésiter des intérêts dont vous connaissez le prix, pour s'enrôler comme simple artilleur dans l'armée libérale de son pays d'origine.

Lorsque la cause pour laquelle il exposait sa vie eut enfin triomphé, il vint dans sa patrie d'adoption reprendre le cours des études qu'il chérissait. Le succès ne se fit pas attendre. Nommé prosecteur des hôpitaux avant d'avoir terminé son temps d'internat, il put se livrer entièrement aux recherches anatomiques, objet de sa prédilection. Sa thèse inaugurale *Sur l'anatomie de l'œil*, soutenue le 23 décembre 1836, nous montre déjà l'investigateur qui devait enrichir la science de découvertes utiles; la membrane du tapis, les rapports de la rétine avec l'iris et le cristallin y sont l'objet de considérations nouvelles.

Bientôt, Giraldès entra dans la voie des concours où, lutteur intrépide, il se distingua toujours par son immense savoir. C'est ainsi qu'il obtint successivement le titre d'agrégé en chirurgie et celui de chirurgien du bureau central. Il fut moins heureux dans les concours pour la chaire d'anatomie, pour la place de chef des travaux anatomiques et pour la chaire de clinique externe, mais il suffit de citer les noms des vainqueurs, Denonvilliers, Gosselin, Nélaton, pour comprendre ce qu'il pouvait rester de gloire aux vaincus.

Giraldès eût pu réussir, mais les concours furent supprimés, et, avec eux, les chances de l'emporter de vive force. Alors, comme beaucoup d'autres, il se retira de la lice et cessa l'enseignement public auquel il s'était consacré jusque-là comme agrégé suppléant ou comme professeur libre.

Devenu chirurgien de l'hospice des Enfants assistés, il put se livrer à des recherches d'anatomie pathologique, dont les résultats furent des plus précieux pour la science et pour l'art. Enfin, il succéda à Guersant à l'hôpital des Enfants malades, et, en 1862, il inaugura un cours de clinique chirurgicale et ophthalmologique qu'il continua jusqu'à ce qu'il eut atteint la limite d'âge qui devait lui fermer la carrière hospitalière. Ses leçons ont été recueillies par ses élèves.

Parmi les services de ce genre, rendus journellement à la science par l'un de nos collègues les plus distingués, ce n'est pas un des moindres que d'avoir réuni les leçons du maître en un livre où le praticien trouvera toujours des préceptes

Digitized by Google

basés sur l'observation rigoureuse, et qui restera comme un modèle de clarté et de concision.

Après avoir définitivement quitté les hôpitaux, Giraldès tourna toute son activité vers les Sociétés savantes, qu'il suivit jusqu'à son dernier jour, et personne de nous ne peut oublier qu'il succomba le vendredi 26 novembre, quelques heures après nous avoir quittés. Rien ne pouvait faire prévoir une fin si prochaine, il paraissait en parfaite santé et sa mémoire, toujours fidèle, lui avait permis de citer en séance un travail paru dans un journal de Manchester, qui n'avait vécu que six numéros.

Le soir même, à la bibliothèque de la Faculté, il fut pris brusquement d'une dyspnée extrême, on eut à peine le temps de le mettre dans une voiture et il succomba avant d'avoir atteint son domicile.

Giraldès était diversement apprécié. Tout le monde lui rendait justice comme savant, et son nom ne périra pas. Il laisse des travaux nombreux et variés, dont la Société anatomique peut revendiquer un bon nombre avec une légitime fierté. Le compte-rendu des travaux de l'année 1836, qu'il fit en qualité de secrétaire, est un des plus remarquables qui aient paru dans nos bulletins. Son mémoire sur la terminaison des bronches, (1839), fit faire un pas à cette question que l'on peut dire aujourd'hui résolue.

Ses présentations, ses rapports abondent dans notre recueil, et parmi les pièces qu'on y trouve décrites, il en est qui furent le point de départ des remarquables mémoires auxquels il dut d'être trois fois lauréat de l'Institut. Son mémoire sur l'*Anatomie et la pathologie du sinus maxillaire* lui valut le prix Monthyon en 1838. Ses recherches sur les kystes de ce sinus furent également couronnées par l'Académie des sciences en 1861. Il les avait poursuivies pendant dix années consécutives. Qu'il me suffise de dire qu'elles ont permis de rayer du cadre nosologique l'hydropisie du sinus maxillaire.

Enfin, son mémoire sur les *injections de perchlorure de fer dans les artères*, résumé d'expériences entreprises à Alfort en collaboration avec M. Goubaux, a donné droit de domicile au perchlorure dans la pratique chirurgicale.

Je n'en finirais pas, Messieurs, s'il me fallait citer tous les travaux importants de Giraldès : kystes congénitaux des organes de la génération, abcès laiteux de la mamelle des nouveau-nés, périostite phlegmoneuse et tant d'autres, ils tiennent une large place dans les recueils des Sociétés savantes, dans les divers organes de la presse médicale française et même dans les journaux d'Angleterre. Notre regretté collègue était en relations suivies avec les chirurgiens les plus émi-

Digitized by Google

nents d'outre-Manche. Ces relations, rendues plus faciles par sa situation de chirurgien du chemin de fer du Nord, l'avaient mis au courant de la littérature médicale anglaise, à ce point qu'on a osé lui reprocher de la connaître mieux que celle de notre pays; reproche injuste, car son érudition était immense, et, je puis l'affirmer, rien de ce qui se publiait chez nous n'échappait à son attention.

www.retrol.com.ch

Si, comme savant, Giraldès est apprécié de tous, comme critique il s'est attiré des inimitiés ardentes. C'est que sa nature franche, loyale, chevaleresque, comme le disait un de ses collègues de l'Académie, n'admettait pas les compromis.

Avec un jugement droit, une mémoire prodigieuse, et des connaissances presque illimitées, il lui devenait facile dans les œuvres d'autrui de mettre en relief le moindre défaut, et dans une question de priorité, de rétablir la chronologie avec une précision mathématique.

Souvent sa critique était faite avec une bonhomie qui dissimulait mal quelques pointes d'ironie, et leur blessure était d'autant plus ressentie qu'elle était moins attendue. Cependant, il était impossible de ne pas rendre hommage à l'honnête homme, et ceux qui l'ont vu dans l'intimité ont conservé pour lui une respectueuse amitié.

Son dévouement aux malades était sans bornes, on connait sa conduite pendant le siége, elle lui valut la croix d'officier ; il avait dû sa croix de chevalier à une demande spontanée des blessés confiés à ses soins après les journées de juin 1848.

Si Giraldès a été contesté comme chirurgien, c'est qu'il manquait de qualités extérieures et qu'il était atteint d'une myopie très-prononcée ; la fatalité voulut que, victime de ses recherches anatomiques, il eût un œil perforé par l'éclat d'une pointe de ciseaux. Cet accident eut pour lui des conséquences funestes en diminuant la confiance qu'il eût dû inspirer pour réussir dans la clientèle civile. Cependant, il pratiquait admirablement l'opération de la taille où le toucher joue un rôle plus important que la vue ; la modification si ingénieuse qu'il apporta à l'opération du bec-de-lièvre prouve encore ses aptitudes comme chirurgien ; du reste, à défaut d'autres preuves, il suffit de lire ses leçons cliniques pour reconnaître l'homme qui a bien observé et qui pratique bien.

Il n'arriva pas à la fortune comme son rival Demarquay ; fût-il moins heureux? Je n'oserai le dire. Mais je sais que l'un et l'autre peuvent nous servir d'exemple en nous montrant une fois de plus que la condition première du succès sera toujours le travail.

Quant au reste, nous pouvons répéter avec Cicéron :

Digitized by Google

Vitam regit fortuna, non sapientia.

www.libtool.com.cn

Le sort règle nos jours, plutôt que la sagesse.

33. Eloge de M. Lecourtois et de M. le professeur Lorain ; par M. HAYEM, vice-président.

Messieurs,

L'année 1875 a été cruelle pour notre société ; elle nous a ravi trois de nos membres honoraires et un de nos membres titulaires. Une voix plus autorisée que la mienne vient d'adresser à Demarquay et à Giraldès un dernier souvenir et un juste tribut d'éloges. Fidèle à nos excellentes traditions, j'accomplirai le même devoir envers LE COURTOIS et le professeur LORAIN.

Notre collègue LE COURTOIS naquit à Thaon, dans le Calvados, le 17 février 1840. Il était du nombre de ces jeunes gens d'élite qui, chaque année, viennent de la province se mêler à la vie active et militante de Paris. Désireux de faire de sérieuses études médicales, il ne tarda pas à aborder les concours des hôpitaux.

Reçu externe en 1861, il obtint, en 1863, le titre si ambitionné d'interne. Il remplit ses fonctions avec le plus grand zèle, et pendant le choléra de 1865-66, il s'empressa d'aller avec quelques collègues, porter secours à la population d'Amiens, victime d'une épidémie des plus meurtrières.

Animé d'une grande ardeur pour le travail et doué d'un esprit observateur et original, il sut profiter de sa situation d'interne pour se livrer à des recherches personnelles très-intéressantes.

C'est au sein de notre société, qui s'honore du concours précieux de tous les jeunes observateurs, qu'il vint naturellement faire l'exposition de ses premiers travaux. La plupart d'entre nous l'ont vu à l'œuvre et savent combien il se passionnait dans ses entreprises, combien il apportait de soins dans ses études. Il avait véritablement le tempérament du chercheur et, bien que sa santé fût tout à coup ébranlée en 1867 par un accident terrible, il ne s'arrêta pas dans ses efforts. Il se sentait soutenu par l'amour de la science et voulait en quelque sorte, prévoyant sans doute la brièveté de sa carrière, se hâter de se rendre utile.

Il atteignit ce but en abordant l'étude très-difficile et par suite un peu délaissée, de l'ossification du crâne.

Dès 1869, il fit à notre société ses premières communications sur ce sujet, en s'attachant surtout à nous montrer la signification et le rôle des os wormiens.

Puis, accumulant un grand nombre de pièces anatomiques

Digitized by Google

qu'il eut la patience d'emprunter aussi bien aux animaux qu'à l'homme, il nous fit part, en 1870, d'aperçus tout nouveaux touchant l'embryogénie de la voûte crânienne. Les divers mémoires dont il a enrichi nos Bulletins sont remarquables autant par l'originalité des détails que par l'érudition dont ils témoignent. Aussi avez-vous récompensé notre collègue en l'appelant au poste honorable de vice-secrétaire, puis, de secrétaire de la Société.

En s'acquittant avec un soin extrême de la tâche que vous lui avez confiée, il a mérité une des premières places parmi les rédacteurs de vos Bulletins.

La nature particulière des travaux de Le Courtois le fit nommer, à peu près à la même époque, membre de la société d'anthropologie. Il fut un des membres les plus actifs de cette société nouvellement fondée et déjà si florissante, et, continuant ses recherches sur le crâne humain, il y publia diverses notes sur ce sujet et entre autres une étude très-importante sur les modifications morphologiques attribuées au rachitisme.

De tels travaux, accomplis en si peu de temps, devaient lui assurer dans un avenir rapproché, une grande notoriété parmi les anthropologistes. Malheureusement son œuvre devait rester inachevée. Obligé, malgré son penchant pour la science, de se consacrer entièrement à la clientèle, il fut bientôt victime de son dévouement pour ses malades et la mort est venue briser prématurément une carrière à peine commencée.

Tous ceux qui ont connu Le Courtois lui ont accordé l'estime qu'on doit à tout travailleur modeste et consciencieux, et notre société, pour laquelle il était si dévoué, le regrettera comme un de ses membres les plus distingués.

Messieurs, c'est avec une émotion poignante que je reporte maintenant vos pensées vers LORAIN, dont la perte subite nous a jetés, il y a quelques jours à peine, dans la plus grande consternation.

Lorain était un enfant de Paris. Né en 1827, il fit ses premières études à Lyon ; mais il ne tarda pas à revenir dans sa ville natale pour prendre part aux luttes et aux efforts de cette génération d'hommes supérieurs et laborieux devenus aujourd'hui nos maîtres.

Dès le début de ces luttes scientifiques, il s'était fait remarquer par l'originalité de son esprit, l'étendue de son intelligence vive et féconde, et il avait su acquérir, par l'aménité de son caractère, la sympathie de ses collègues. Reçu externe des hôpitaux en 1848, puis interne en 1850, il s'adonna tout

Digitized by Google

entier à l'étude des malades et devint de bonne heure un clinicien de premier ordre.

www.libtool.com.cn

C'est à cette époque qu'il prit une large part aux travaux de notre Société et qu'il donna les premières preuves de son talent comme observateur. Il comprenait la clinique d'une façon large, élevée et voyait dans l'étude des faits particuliers le moyen d'arriver à des vues synthétiques, d'une portée plus générale. Sa thèse inaugurale, soutenue en 1855, sur *la fièvre puerpérale chez la femme, le fœtus et le nouveau-né* est un de ses plus remarquables essais de généralisation ; et, malgré la hardiesse de son titre et de sa conception, cette œuvre est empreinte de l'esprit médical le plus correct.

Lorain avait au plus haut degré l'amour de la vérité et de la science ; nul n'a fait plus que lui de constants efforts pour suivre le mouvement scientifique qui caractérise notre époque et pour participer à l'accomplissement de la réforme de la médecine par la science, ou, pour employer son expression, « par les laboratoires. »

A sa sortie de l'internat, il comprend que son éducation médicale n'est pas encore complète. Fatigué de subir l'influence de la partie conjecturale de notre art, il cherche à acquérir des connaissances nouvelles ; il réclame, il veut des vérités scientifiques, solidement assises, et il se met à étudier la physiologie et le microscope. Il ne voit pas de barrière, de limites infranchissables entre les phénomènes dits physiologiques et les symptômes morbides et l'observation des malades lui apparaît comme une des branches particulières de la physiologie.

Nommé agrégé en 1860, puis médecin des hôpitaux en 1861, il applique à l'examen des malades confiés à ses soins, les procédés du laboratoire.

C'est la balance, les analyses chimiques, le thermomètre, les méthodes graphiques qui lui fournissent les notions les plus précieuses pour le diagnostic des maladies et la recherche de leur évolution intime.

D'une nature essentiellement artistique et prime-sautière, habile à concevoir rapidement toutes les faces d'une question ou d'un problème, Lorain ne passera jamais pour avoir cherché à combler par la méthode l'insuffisance de ses conceptions médicales.

Mais la méthode devait triompher, chez lui, du travail trop facile de l'imagination et donner même à la plupart de ses écrits un certain caractère de sévérité. Ce triomphe de la méthode scientifique se reconnaît dans son important mémoire sur le choléra, publié en 1868, et dans son *Traité du pouls et de ses variations dans les maladies* (1870). Ce sont là

Digitized by Google

des modèles de recherches essentiellement cliniques faites par les procédés scientifiques et on y voit combien sont clairs, précis et inébranlables les résultats de semblables travaux.

Pendant dix ans, de 1856 à 1866, Lorain exerça les fonctions délicates et difficiles de médecin légiste et, par son talent et sa loyauté, il fit le plus grand honneur à notre profession.

Elevé dans un milieu dévoué à l'Université, doué de qualités aussi brillantes que solides, il était, en quelque sorte, destiné à l'enseignement et depuis longtemps ses publications l'avaient désigné au choix de ses collègues lorsqu'il fut appelé en 1872 succéder à Daremberg.

L'enseignement de l'histoire de la médecine était pour ainsi dire à créer. Il réussit dans cette entreprise au-delà de toute espérance, grâce à un talent de professeur tout à fait éminent. Sa parole, imagée, colorée, tour à tour familière et élevée, tenait son auditoire sous le charme; avec un esprit fin, pénétrant, quelquefois un peu railleur, mais toujours indulgent et juste, il faisait aimer l'histoire de notre art et la rendait profitable en indiquant nettement les conquêtes à accomplir dans l'avenir.

Dans le cours de sa vie laborieuse, Lorain eut le mérite de ne pas se laisser absorber par ses travaux personnels et de se préoccuper constamment de l'honneur et de la gloire de l'Université de France.

Il ne se faisait aucune illusion sur les lacunes de l'enseignement officiel; mais il avait confiance dans notre relèvement scientifique et sut trouver les moyens de l'accomplir.

Dans ses écrits sur la réforme des études médicales par les laboratoires, et sur l'état de la médecine à l'étranger, il montra constamment le désir ardent de voir son pays à la tête des nations studieuses qui l'entourent, et il soutint que le principal remède à cette infériorité relative était la création d'établissements scientifiques aussi complets que ceux de nos voisins !

Ces réformes si souvent réclamées et depuis si longtemps déjà sur le point d'être exécutées, il n'a pas eu la satisfaction de les voir se réaliser; mais il savait du moins qu'au sein de notre Faculté, elles trouveraient d'ardents défenseurs.

Outre son amour du travail, Lorain avait une qualité plus rare encore et qui doit toucher d'une manière toute particulière la plupart des membres de notre Société, il aimait les travailleurs, que dis-je? il les chérissait, et cette vive sympathie ne s'étendait pas uniquement au cercle restreint de ses amis ou de ses élèves, elle atteignait tous ceux dont il connaissait les louables efforts.

Digitized by Google

Il aimait surtout les jeunes gens, s'appliquait avec soin à les comprendre, à les deviner et savait leur inspirer l'amour de la science, le respect de la vérité et le culte du devoir.

Dans les concours, il éprouvait les mêmes émotions que les concurrents de mérite, il était pour eux un guide dévoué et sûr. Lorsque la lutte leur était défavorable, il savait avec un tact exquis soutenir leur courage et ranimer leurs espérances. Le jour du succès, il partageait leur joie à cœur ouvert, avec un mâle enthousiasme qui dévoilait son excessive bonté. Aussi les membres de la Société anatomique ont-ils perdu en lui un maître vénéré et un de leurs plus fermes appuis.

Sa mort a laissé parmi nous un vide immense, irréparable, et, quand on songe qu'elle a eu lieu brusquement, au moment où il était dans toute la force de l'âge et dans la plénitude de son talent, on éprouve un déchirement du cœur que les mots ne sauraient exprimer.

M. Landouzy, archiviste, et M. Longuet, trésorier, rendent compte de leurs opérations pendant l'année 1875.

34. Pleurésie chronique purulente, Calcification des parois du foyer; par M. A. Routier, interne provisoire.

Br... 57 ans, tourneur, entre le 8 janvier dans le service de M. Gusco pour se faire traiter d'un fistule thoracique qui date de 7 mois environ. Il prétend n'avoir jamais été souffrant avant l'apparition d'une tumeur sur la portion gauche et inférieure du thorax, tumeur qui a donné lieu à cette fistule. Celle-ci donne passage à du pus crémeux qui s'écoule en assez grande abondance sans que les mouvements respiratoires paraissent exercer une action sur cet écoulement. Une sonde dirigée en haut et en arrière pénètre à 8 centimètres et bute contre une surface rugueuse. L'état général est des plus mauvais.

L'examen de la poitrine nous donne un peu de matité en arrière et à droite, matité à gauche; râles sonores, humides dans les deux poumons, souffle à gauche ; la respiration ne s'entend pas au bas de la poitrine.

23 *janvier*. Le malade est tout-à-coup pris d'une dyspnée intense, et il se produit au niveau de la fistule un sifflement pendant les deux temps de la respiration. Cependant, il n'y a pas de sonorité à gauche, pas de souffle amphorique ; du reste le sifflement produit au niveau de la fistule couvrait toute espèce d'autres bruits. L'asphyxie allait toujours croissant, et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. — Les seules altérations importantes sont les lé-

Digitized by Google

sions pleuro-pulmonaires. Les *plèvres* sont très-épaisses. A droite, épanchement séreux de 1/2 litre environ, le poumon est libre sauf du côté du diaphragme où il est adhérent et enkyste un foyer caséeux. A gauche, le poumon est diminué de volume, adhérent de tous côtés, mais surtout suivant une ligne qui correspond à la 4e et à la 5e côte.

Il y avait un foyer correspondant aux 5. 7. 8. 9mes côtes dont le séparait un épaississement notable de la plèvre, contenant du pus crémeux en assez grande abondance.

Les deux plèvres étaient non-seulement épaissies, mais il s'était formé des plaques crétacées tout autour, aussi bien du côté des poumons que du côté de la paroi thoracique; on voyait les diverses phases par lesquelles devait passer l'épaississement pseudo-membraneux pour arriver à se calcifier; de plus, la sonde introduite dans la fistule arrivait contre une de ces plaques, qui à ce niveau se terminait par un bord irrégulier et s'imbriquait pour ainsi dire sur ses voisins, de sorte que le pus venait non pas d'un carie costale, mais bien de ce foyer.

35. Oblitération par thrombose de l'artère cérébelleuse postérieure et inférieure, ramollissement symétrique occupant les deux lobes du cervelet ; par M. A. Doléris, interne provisoire.

M. E., 56 ans, entré le 22 janvier à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard).

Antécédents : aucune affection aiguë; alcoolisme probable; syphilis. Il y a deux ans, il fut atteint d'un délire maniaque qui nécessita un séjour de deux mois à Sainte-Anne; il ne lui reste aujourd'hui aucun trouble mental.

Après quelques prodromes vagues, tels que malaise, éblouissements, notre malade a été pris de vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux, qui ont persisté quatre jours et qui se sont compliqués au bout de ce temps d'une céphalalgie vive, non limitée en un point fixe. C'est le cinquantième jour après le début que nous le voyons.

Les vomissements persistant et se font sans efforts; la céphalalgie occupe toute la tête. La température est normale, le pouls lent et fort, le facies est pâle, la vue intacte et les pupilles égales. Le malade a pu monter seul dans la salle; il n'existe aucune perte du mouvement ni de la sensibilité, l'intelligence est nette; il y a de l'affaiblissement général, de l'abattement et une tendance irrésistible au sommeil.

Le soir de son entrée, il est agité et délire; dans la nuit, les vomissements cessent et nous le retrouvons le lendemain matin (23 janvier) dans une résolution complète : *Coma absolu*;

Digitized by Google

les quatre membres paraissent paralysés : quand on leur fait exécuter des mouvements, on constate de la raideur dans la flexion et l'extension, l'inertie est plus marquée à droite, la tête est également inclinée à droite et il existe une déviation conjuguée des yeux de ce côté ; le sillon naso-jugal droit paraît cependant plus vertical que le gauche.

L'excitation réflexe persiste quoique obtuse ; quand on asseoit le malade pour l'ausculter, il se produit une convulsion générale de courte durée. Ce phénomène se reproduit par la suite, à de rares intervalles. Les battements du cœur sont énergiques et tumultueux ; temps 37° 8, pouls 90. Les urines sont normales.

Vers trois heures de l'après-midi, contractures partielles des membres supérieurs et du tronc alternant avec des convulsions cloniques ; dyspnée, stertor. — Les convulsions se reproduisent jusqu'à la mort, arrivée à 5 heures de l'après-midi.

AUTOPSIE. — L'examen des organes thoraciques et abdominaux ne nous fait découvrir aucune lésion notable. Mentionnons cependant la congestion des viscères, qui est surtout intense dans les reins.

Athérome du cœur et des artères. — Les altérations portent principalement sur les valvules des cavités gauches où existent des plaques épaisses et crétacées.

Organes encéphaliques. — Méninges à peine louches, pas d'hyperémie manifeste. — Les cavités ventriculaires renferment une quantité exagérée de liquide céphalo-rachidien. — La coupe des hémisphères, des corps opto-striés, du mésocéphale ne montre aucune lésion, ancienne ou récente. — C'est à la partie inférieure du cervelet que nous trouvons la cause des symptômes observés pendant la vie.

Il existe un foyer de ramollissement, occupant symétriquement dans les deux lobes du cervelet, une étendue considérable. — La forme du foyer paraît celle d'une pyramide aplatie de haut en bas, dont la base allongée transversalement répond au bord postérieur des lobes cérebelleux sur le côté, à l'extrémité postérieure du vermis inférieur sur la ligne médiane, tandis que le sommet répond à la partie moyenne de l'organe. —En d'autres termes, le ramollissement est plus rapproché de la circonférence postérieure et de la face inférieure du cervelet ; il est de plus également étendu à droite et à gauche. — Les tissus sont complétement désorganisés et forment une bouillie rougeâtre. Aux environs du foyer et du côté droit, hyperémie considérable. Le foyer n'arrive pas jusqu'au corps chomboïdal qui est complétement intact. Il existe une seule artère cérébelleuse inférieure et postérieure ; elle naît de la

Digitized by Google

vertébrale droite, contourne la face latérale correspondante du bulbe et se dirige en arrière vers l'extrémité antérieure du vermis inférieur où elle se divise en deux branches égales qui se portent d'avant en arrière dans les sillons qui correspondent aux parties latérales et inférieures du vermis. Cette artère fournit des branches visibles qui se distribuent sur la face inférieure du cervelet, également dans les deux lobes. Quelques rameaux ténus provenant de la cérébelleuse antérieure et inférieure gauche, se distribuent au lobe correspondant et s'anastomosent avec les branches de la précédente.

L'artère unique que nous venons de décrire est oblitérée par un caillot solide, sur une longueur de sept à huit millimètres au niveau du point où elle contourne le bulbe. — En cet endroit existe une plaque calcaire épaisse. Il va sans dire que toutes les artères du cerveau comme le reste du système vasculaire, sont athéromateux au plus haut degré.

En résumé, l'oblitération de la cérébelleuse postero-inférieure unique provoquée par des plaques calcaires, a amené dans les deux lobes un ramollissement qui ne s'est décelé pendant la vie que par des *symptômes vagues* de paralysie et de contracture, par de la céphalagie et des *vomissements continus*.

36. Ostéo-myélite suppurée, de forme et d'allures insidieuses; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

R..., 22 ans, est entré dans le service de M. Gosselin le 15 décembre 1875. Il présentait une tuméfaction fluctuante de la cuisse droite située vers la partie moyenne de son côté interne, au-dessous de l'artère fémorale. L'articulation du genou était indemne, les mouvements assez faciles, et on ne trouvait d'autre cause à cette affection qu'une petite écorchure au niveau d'un des orteils. Le diagnostic porté par M. Gosselin fut le suivant : phlegmon probalement consécutif à une angioleucite profonde. Il ouvrit le foyer, et explora l'os avec soin pour constater s'il existait ou non une dénudation à son niveau, préoccupé qu'il était de l'origine osseuse possible de l'affection. Il ne sentit aucune dénudation, malgré l'examen le plus attentif.

Le 25 décembre apparut un épanchement dans le genou, sans réaction locale intense; les téguments n'étaient pas enflammés; au bout de 4 jours, cet épanchement disparut, et, au moment où je pris le service (1er janvier 1876) la pression sur la rotule ne donnait plus aucune sensation de choc. Mais l'extrémité inférieure du fémur était singulièrement augmentée de volume.

Digitized by Google

Le 4 janvier nous trouvons un point osseux dénudé de la dimension d'une pièce d'un ou deux francs au côté interne du fémur, atteignant la ligne âpre. Le 6 janvier, un drain fut passé de la plaie vers la partie supérieure de la cuisse en remontant dans la direction du couturier.

Le pus était nettement osseux depuis 4 à 5 jours. Le fémur continuait à augmenter de volume, et le 8 janvier, deux collections apparurent, l'une limitée au côté interne de la tubérosité antérieure du tibia; l'autre, indépendante, et contenant des gaz, communiquait avec le trajet primitif et était située au côté interne de l'articulation au-dessous des tendons de la patte d'oie. L'existence du gaz fit penser à M. Gosselin que cet abcès clapotant était en rapports avec l'articulation, et l'exploration y fit découvrir le 10 janvier des mouvements de latéralité extrêmement prononcés qui coïncidaient avec un frottement tellement rude des surfaces articulaires du fémur et du tibia que la destruction des cartilages était manifeste. Les deux collections furent incisées. Cependant la suppuration augmenta d'abondance, la pression pratiquée sur la cuisse et sur la partie supérieure de la jambe faisait sortir des flots de pus, et l'amputation dut être proposée au malade qui finit par l'accepter. Elle fut pratiquée le 20 janvier après application de l'appareil d'Esmarck, et le moignon fut enfermé dans un pansement ouaté.

Examen de la pièce : *parties molles*; tous les interstices musculaires sont disséqués par le pus, le creux du jarret n'est qu'un vaste foyer qui descend jusqu'au milieu du mollet en passant par l'anneau du soléaire : l'articulation communique avec lui, et avec le foyer du côté interne. La synoviale est éraillée au côté externe, et à la partie supérieure de son cul-de-sac supérieur. Le périoste du fémur est épaissi et comme lardacé.

Articulation du genou. La synoviale est perforée aux points que je viens d'indiquer et la cavité articulaire remplie de pus; les ligaments périphériques sont épaissis mais intacts; les ligaments croisés et les cartilages ont complétement disparu, non-seulement les cartilages d'encroûtement du fémur, du tibia et de la rotule, mais même les fibro-cartilages, dont il est impossible de retrouver trace. Au niveau du fémur, on remarque entre les condyles et au-dessus de la poulie qui les sépare un point au niveau duquel le tissu compact de l'os est très-ramolli et friable : quelques petits pertuis laissant sourdre du pus. Une altération de même nature se voit à la partie postérieure en un point correspondant : la lame compacte est même détruite à ce niveau, et le tissu spongieux se voit avec ses trabécules.

Digitized by Google

Parties osseuses : fémur ; après avoir enlevé avec soin le périoste très-notablement épaissi, on trouve à la surface de l'os une quantité considérable d'ostéophytes ; à la partie antérieure de l'os, à 6 centimètres au-dessous du point où le membre a été amputé, et à 12 centimètres environ au-dessus de l'articulation du genou, on voit un petit pertuis qui laisse sortir du pus, et autour duquel le tissu compacte est friable et ramolli. Sur la surface de *section transversale* de l'os faite par le trait de scie d'amputation on trouve les caractères suivants : au centre, la moelle rouge et manifestement enflammée ; autour d'elle le tissu compacte, et en dehors de celui-ci une couche d'épaisseur égale formée par du tissu osseux de formation récente ; cette couche nouvelle a même subi dans sa partie profonde (accolée à la couche compacte) un travail de raréfaction et de résorption. — Ces altérations montrent que les lésions de l'os existent encore sur l'extrémité qui soutient les chairs du moignon, et par suite le malade est exposé à une nécrose consécutive, et même à l'ostéo-myélite.

Sur une *section verticale* portant sur le fémur et le tibia et passant entre les deux condyles on peut voir : la congestion et la suppuration du canal médullaire et du tissu spongieux du fémur, la raréfaction de ce tissu spongieux qui est en communication par les pertuis que j'ai signalés avec les foyers purulents extérieurs à l'os. On y retrouve en dehors du tissu compacte la couche de tissu osseux nouveau qui se voyait déjà sur la section d'amputation : elle forme une sorte d'étui extérieur au tissu compacte et descend sur une longueur de 6 centimètres, jusqu'au pertuis que j'ai décrit sur la face antérieure de l'os. Le tissu osseux du tibia est sain et normal.

Après macération des os, la ligne épiphyso-diaphysaire se prononce de plus en plus, et il semble que l'ostéite suppurante se soit localisée dans le tissu osseux de récente formation qui a remplacé le cartilage inter épiphysa-diaphysaire (le malade a 22 ans.)

Dès lors la marche singulière de l'affection pourrait s'expliquer de la façon suivante :

1° Périostite au niveau de la partie moyenne du fémur ; inflammation propagée à l'os par le pertuis signalé plus haut à la face antérieure du fémur.

2° Ostéo-myélite de la diaphyse propagée à l'épiphyse.

3° Ostéite au niveau de la ligne de soudure et arthrite suppurée du genou.

Il est en outre bon de remarquer que l'articulation du genou était le siége de mouvements de latéralité malgré l'intégrité

Digitized by Google

de ses ligaments périphériques, et par suite de la destruction des cartilages inter articulaires et d'encroutement.

Je signale donc à l'attention : 1° les allures bizarres de cette ostéo-myélite, 2° l'existence de mouvements de latéralité dans le genou, malgré l'intégrité des ligaments périphériques. C'est, je crois, une variété de mobilité anormale qui a été peu étudiée jusqu'à ce jour.

Le pansement ouaté a été enlevé au bout de 18 jours. La réunion profonde de parties molles était effectuée Mais aujourd'hui, 18 février, le moignon est le siége d'une suppuration abondante due à des nécroses de l'os, et la pression fait sortir le pus par la plaie d'amputation, et par l'incision pratiquée au moment de l'entrée du malade à l'hopital. L'état général est d'ailleurs excellent.

37. Caverne pulmonaire de nature indéterminée ; par U. GERMONT et C. CHABRUN, externes des hôpitaux.

Lem., M.-J., 72 ans, entre le 11 janvier 1876 à l'infirmerie de la Salpétrière, salle Saint-Alexandre, n° 21 (service de M. CHARCOT), pour un violent point de côté à gauche qui dure depuis deux jours. On ne sait rien sur sa famille. Asthmatique depuis près de huit ans, cette femme avait des habitudes alcooliques ; auparavant santé excellente.

12 *janvier*. — La malade a la figure calme, sans rougeur des pommettes ; le teint est jaunâtre. Respiration assez libre, bien qu'un peu précipitée. Jamais la malade n'a eu de frisson. Pas de toux ; pas de crachats jusqu'alors ; mais arrivée à l'infirmerie elle se met à rendre abondamment des crachats rougeâtres qui remplissent le fond du vase. Ces crachats n'ont pas d'odeur. Le soir, T. R., 38,2. Pouls normal. Les signes stéthoscopiques n'apprennent rien. Sonorité normale à droite : à gauche aussi, sauf en bas et en arrière où l'on trouve un peu de matité. Percussion douloureuse des deux côtes. — Rien au cœur. — A l'auscultation, râles sous-crépitants surtout en avant et à gauche : à droite, à l'angle inférieur de l'omoplate, il y a des râles sous-crépitants fins.

13. La température le soir est de 40°.

15. Le point de côté diminue ; les crachats ne sont plus sanglants, mais d'un gris-chocolat, très-pâle, peu nombreux, toujours sans odeur, T. R. soir 37°,6.

17. La malade se sent mieux : sa figure est reposée; crachats très-rares, blancs, peu visqueux, un peu filants. T. R. 38°.

19. L'état de la malade change : face rouge, allumée ; un peu de dyspnée. Les crachats rouges apparaissent de nouveau. Pouls assez fréquent, peau chaude. T. R. mat. 37°,4, soir, 37°,6.

Digitized by Google

— L'auscultation ne fait percevoir que des râles sous-crépitants. On n'entend ni souffle caverneux, ni gargouillement. Les urines examinées chaque jour n'ont aucun caractère anormal.

20. Même état, mêmes crachats, moins nombreux : la malade s'affaiblit. Dyspnée de plus en plus intense. Les urines sont rouges et chargées de mucus. Toujours rien au cœur. T. R., mat., 37,4 ; soir, 37.4. La malade n'a jamais eu de vomique. 21. Mort.

AUTOPSIE. — La *mamelle gauche* présente une tumeur dure, grisâtre, non adhérente aux os ni aux muscles sous-jacents, sans ulcération, sans dépression du mamelon. Le *foie* est un peu plus volumineux qu'à l'état normal : il est pâle, jaunâtre, un peu dur. Sa surface, est parsemée de plaques blanchâtres, arrondies, déprimées à leur centre, s'enfonçant dans le tissu hépatique : leur volume varie de celui d'un grain de millet à celui d'une noisette. A la coupe le tissu du foie présente un grand nombre de noyaux de même volume que ceux de la périphérie. L'examen histologique a montré que ces tumeurs étaient constituées par un amas d'épithéliums cylindriques. La *vésicule biliaire* n'offre rien à considérer.

Rien à l'*estomac*, ni à l'*œsophage*, ni à l'*intestin*. La *rate* est rouge, ramollie. Rien dans le *cerveau*, ni l'*utérus*.

Le *rein gauche* a sa substance corticale et tubulaire complétement atrophiée. Le bassinet est énormément distendu et rempli par un liquide citrin ; il contient aussi un calcul noirâtre, rugueux, anguleux, engagé dans un des calices. Le *rein droit* est normal.

Quand on examine le *poumon*, on ne trouve à gauche aucune adhérence avec la plèvre, tandis qu'à droite, on en trouve à la partie postérieure et moyenne. Les deux poumons, surtout le droit, sont congestionnés, un peu friables. A droite, à la partie postérieure de la face externe et dans le lobe supérieur, on trouve une *grande caverne*, presque du volume du poing, aplatie de dehors en dedans. Cette caverne est vide : ses parois anfractueuses sont revêtues d'une couche blanchâtre sans dégénérescence caséeuse et sans induration fibroïde, qui se détache facilement et laisse à découvert une sorte de membrane pyogénique, grisâtre, d'un demi-millimètre d'épaisseur. Ni dans l'intérieur de cette caverne, ni dans le tissu pulmonaire environnant, ni dans les autres organes, on ne trouve trace de granulation tuberculeuse ni de masse caséeuse.

La caverne ne donne pas d'odeur fétide, comme dans la gangrène pulmonaire. — A la coupe du poumon, dans les parties voisines, on ne rencontre pas de granulations fibrineuses, le tissu pulmonaire est congestionné, un peu dense, un peu

Digitized by Google

friable. Néanmoins des fragments de poumon pris dans les points les plus congestionnés surnagent quand on les met dans l'eau. — Les ganglions bronchiques sont noirs et de consistance normale. Les branches de l'artère pulmonaire qui sont dans la direction de la caverne sont bouchées par des caillots blancs, de date ancienne, adhérents. Dans les autres parties du poumon on ne rencontre pas de ces caillots.

A l'examen histologique des parois de la caverne, qui sont denses, dans l'épaisseur d'un demi-millimètre, on trouve des alvéoles remplies de cellules épithéliales et embryonnaires très-serrées. Les vaisseaux sanguins présentent les lésions de l'endartérite. Au-delà de un demi-millimètre les alvéoles pulmonaires sont légèrement épaissies et présentent un peu de prolifération épithéliale. — Elles ne contiennent pas d'exsudat fibrineux, ne sont pas remplies de sang.

Le *ventricule droit* du cœur présente des végétations globuleuses, aplaties, sans dégénération puriforme, blanches, fermes, ressemblant à de l'albumine cuite, au nombre de 6 ou 7, d'étendue variable de 1 millimètre à 1 centimètre carré, d'une épaisseur variant de 1/2 à 4 millimètres. Pas de caillots fibrino-globulaires, pas de coagulation sanguine. Dans les points où existent les végétations, l'endocarde est un peu épaissi et infiltré de cellules embryonnaires.

38. Tumeur cérébrale (de nature tuberculeuse) siégeant dans le lobe sphénoïdal gauche ; — Aphasie ; par E. Goetz, interne des hôpitaux.

Le malade couché au n° 59 de la Salle Saint-Charles est un homme de 40 ans, entré le 7 janvier 1876 dans le service de M. Guibout.

Il vient se faire soigner pour des accidents syphilitiques tertiaires caractérisés par des syphilides pustulo-crustacées dont l'une siége au niveau de la lèvre supérieure du côté droit, l'autre à la partie supérieure du cou, dans la région sus-hyoïdienne du même côté. Cet homme est en outre dans un état cachectique assez avancé ; amaigrissement notable, pâleur des téguments, faiblesse générale.

On pourrait expliquer cet état par la cachexie syphilitique, mais l'auscultation des poumons démontre en outre un ramollissement avancé des deux côtés : à droite on constate un souffle caverneux très-net; à gauche, du gargouillement. Toux fréquente, expectoration abondante de crachats caractéristiques. Le cas est donc grave, la syphilis évoluant chez un individu déjà affaibli par l'état de ses poumons.

Avant de le soumettre à un traitement spécifique, on tâche

Digitized by Google

de remonter l'état général par des toniques. Le malade paraît se trouver un peu mieux. Dans la journée il se lève et marche dans la salle; l'appétit est conservé et l'on ne remarque aucun trouble dans les autres fonctions. Cet état stationnaire s'observe pendant 10 jours.

Le 17 janvier, à la visite du matin, on constate un changement notable dans l'état du malade : il répond avec grand peine aux questions qu'on lui pose ; tantôt il peut prononcer certains mots, tantôt il ne fait que bredouiller des paroles inintelligibles. On voit très-bien qu'il voudrait parler, mais qu'il ne peut exprimer sa pensée; il ne peut dire ce qui lui est arrivé, il accuse une douleur vive à la région frontale, mais il lui est impossible de l'indiquer autrement que par gestes. Il n'y a, du reste, aucune hémiplégie; des deux côtés les membres exécutent les mouvements volontaires, la face n'est pas déviée, la sensibilité est intacte, les pupilles égales; il n'y a ni raideur du cou, ni vomissements. Les deux seuls symptômes bien nets sont donc l'aphasie et la céphalalgie.

Le pouls est fréquent, mais égal. La température est à 38°. En présence de ces accidents, M. Guibout pense à une tumeur cérébrale, latente jusque-là mais donnant lieu à une inflammation de voisinage. Dans l'hypothèse où elle serait d'origine syphilitique il prescrit, 2 gr. d'iodure de potassium et un large vésicatoire derrière la nuque.

Le 18 janvier l'état est à peu près le même: la parole est toujours embarrassée, le malade ne peut pas mieux répondre que la veille.

Le 19 au matin, on constate un tremblement marqué surtout aux membres supérieurs et du côté droit. La douleur de tête continue, la physionomie du malade exprime une vive souffrance. Quand on lui parle il fait des efforts pour répondre mais il ne peut y parvenir — par exemple: Où avez-vous mal ? réponse: Monsieur! Oui... Oui... Trop... trop.. !

Somme toute, l'état est aggravé. Prescription: Continuer l'iodure de potassium à la même dose; huile de ricin 20 gr. Le Pouls est à 100. La température à 38°,4. *Soir*; Pas de changement appréciable: Température 38°,5. La céphalalgie continue; l'aphasie persiste; le malade, malgré ses efforts, et même après avoir entendu le mot qu'il voudrait dire, ne peut prononcer le mot: purger. Il tousse toujours beaucoup: la face est légèrement cyanosée.

20 *janvier*, il paraît aller mieux, il souffre moins, mais l'embarras de la parole est toujours le même, pouls 102. Température 38°,7.

21. Il ne peut plus parler; il a été agité toute la nuit, et, le matin, il est plongé dans le coma; il gémit continuellement

Digitized by Google

et ne retient plus son urine. T. 38°,6. On prescrit deux vésicatoires derrière les oreilles.

www.hbook.com.cn

22. Le malade n'a pas repris connaissance ; pendant la nuit il est sorti de son coma pour présenter une agitation extrême qui a duré peu de temps. Impossible de le tirer de son état de stupeur. Il respire difficilement, la face est congestionnée et cyanosée. Il meurt le 23 dans la nuit après avoir présenté les mêmes symptômes pendant la journée du 22.

AUTOPSIE. On constate l'infiltration tuberculeuse des deux poumons, avec ramollissement des sommets; le poumon droit surtout présente des adhérences nombreuses et une caverne. Le cœur, le foie, les reins, la rate ne présentent aucune lésion. Rien d'anormal, à l'ouverture du crâne, ne se constate sur la dure-mère et l'arachnoïde. Du côté droit, la pie-mère ne présente rien de particulier, mais, à gauche, elle paraît un peu épaissie et plus adhérente. Dans la scissure de Sylvius du même côté, elle est parsemée d'un grand nombre de petites granulations grisâtres, transparentes, groupées autour des vaisseaux; il y a donc là une poussée de méningite tuberculeuse.

A la coupe, le lobe frontal gauche est également sain. Mais au niveau de la circonvolution du lobe sphénoïdal qui limite en arrière la scissure de Sylvius, on découvre une petite tumeur ovalaire qui atteint à peine le volume d'une noisette. Elle se trouve immédiatement au-dessous de la couche grise des circonvolutions et adhère intimement à une artériole de 1 mill. de diamètre environ qui pénètre dans son intérieur. C'est très-probablement autour de ce vaisseau que la tumeur s'est développée.

Tout autour de la tumeur, et dans l'espace de deux centimètres, le tissu cérébral présente une coloration jaunâtre et un pointillé hémorrhagique qui, par endroits, a donné lieu à de petits extravasats sanguins. A ce niveau, la substance cérébrale est diminuée de consistance et contient un certain nombre de corps granuleux.

M. Déjerine a bien voulu nous communiquer le résultat de l'examen histologique qu'il a fait de la tumeur : elle paraît formée de petits éléments analogues à des cellules lymphoïdes ou à des noyaux embryonnaires fortement pressés les uns contre les autres, réfringents et ne possédant pas une très-grande élection pour le carmin. Autour des vaisseaux qui traversent cette tumeur, ces éléments affectent une disposition particulière ; ils forment, entre la tunique externe du vaisseau et sa gaine lymphatique, de véritables mamelons entourant complétement le vaisseau. La nature histologique de cette tumeur ainsi que la présence des granulations mi-

Digitized by Google

liaires dans les méninges la font regarder comme de nature tuberculeuse.

L'intérêt de cette observation ne nous semble pas tant résider dans l'existence de la méningite tuberculeuse et de tubercules du cerveau développés chez un individu déjà en puissance de la diathèse, que dans le siége de la tumeur en arrière des circonvolutions frontales et dans les symptômes d'aphasie auxquels elle paraît avoir donné lieu. Ajoutons cependant que la présence des granulations tuberculeuses dans la pie-mère qui recouvre la scissure de Sylvius et par conséquent les circonvolutions antéricures pourrait donner l'explication des faits observés.

39. Tuberculose pulmonaire avec lésions valvulaires; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

T..., entre le 10 janvier 1876, au n° 11 dans la salle sainte Marthe, dans le service de M. Empis, à l'hôpital de la Charité.

Cette femme âgée de 47 ans, lingère, raconte qu'elle tousse depuis 17 mois. Elle n'a jamais joui d'une bonne santé, et a toujours été assez faible. Elle a dû cesser complétement de travailler depuis six mois; mais elle ne garde le lit que depuis 15 jours, à la suite d'une hémoptysie, la première qu'elle ait eue. Elle dit qu'elle n'a jamais eu de douleurs rhumatismales. Pas d'antécédents alcooliques. Malgré sa faiblesse habituelle, c'est la première maladie sérieuse dont elle soit atteinte. — Elle est très-amaigrie et très-faible ; l'appétit a complétement disparu. A la percussion, on perçoit une matité assez marquée aux deux sommets ; les vibrations thoraciques sont exagérées en arrière. Râles sous-crépitants fins et très-secs, en avant ; râles plus gros en arrière des deux côtés. A l'auscultation du cœur, on entend un bruit de souffle très-net à la pointe ; le cœur n'est pas hypertrophié. Le ventre est aplati, non douloureux. Pas de diarrhée. Les jours suivants la malade a de la fièvre ; elle maigrit avec une grande rapidité.— Elle meurt, le 16 janvier, à 3 heures du soir.

Autopsie, le 18 janvier. — On trouve des tubercules disséminés en grand nombre dans toute l'étendue des deux poumons. Pas de cavernes aux sommets. Sur la coupe, on voit les petites bronches épaissies, entourées d'une zone d'aspect caséeux, assez étendue en certains points.

Le foie, la rate et les reins sont sains. — Le cœur est petit; épaississement de la valvule mitrale à son bord libre; plaques d'endocardite ancienne, avec nodosités à l'insertion de la valvule. Pas de rétrécissement.

On trouve quelques plaques d'athérome à l'origine de

Digitized by Google

l'aorte, et les valvules aortiques sont elles-mêmes un peu épaissies. La valvule tricuspide présente de même quelques nodosités au niveau de l'insertion des cordages tendineux.

40. Tuberculose pulmonaire avec lésions valvulaires ;
par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Manj...., âgé de 53 ans, garçon de restaurant, entre le 8 janvier au n° 29 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Empis. Cet homme est très-amaigri, essoufflé ; il se tient presque toujours assis, penché en avant, malgré sa faiblesse. Il dit qu'il ne tousse que depuis neuf mois ; mais il a eu une hémoptysie très-forte, il y a trois ans et, depuis, la dyspnée a augmenté constamment, et il commença à se plaindre de battements de cœur. La poitrine est très-émaciée, les dépressions sus et sous-claviculaires très-marquées, surtout du côté gauche, où la matité est assez forte au sommet. On entend en ce point des gargouillements avec un souffle rude et amphorique. Le souffle est moins fort à droite et en avant ; on n'entend en arrière que de gros râles disséminés. L'appétit a disparu depuis longtemps ; fièvre le soir aves sueurs pendant la nuit. Pas de diarrhée. Il n'a jamais eu d'œdème des jambes. Pourtant les battements de cœur sont très-irréguliers ; on entend un souffle assez fort à la pointe et à la base, le second bruit est un peu rude. Il nie toute espèce d'antécédents alcooliques ; mais il a eu fréquemment des douleurs rhumatismales, sans fièvre, il est vrai.

Le lendemain de son entrée, il est pris tout-à-coup d'une aphonie complète. On fait au-devant du larynx des onctions avec la pommade iodée et belladonée. Les jours suivants, la voix revient un peu, puis elle disparaît de nouveau. On trouve toujours les mêmes signes à l'examen de la poitrine ; mais il s'affaiblit de plus en plus ; l'orthopnée est continuelle et il a de fréquents accès d'étouffements. Il meurt le 17 janvier, à 9 heures du soir.

Autopsie. Les deux plèvres sont adhérentes et très-épaissies. Léger épanchement à droite. Les sommets sont indurés, sclérosés ; le gauche présente une caverne très-étendue. Les deux poumons sont farcis de granulations grises et de tubercules ramollis.

Le cœur est gros : la valvule mitrale, épaissie dans toute son étendue, présente des nodosités nombreuses à son bord libre ; sa valve gauche surtout est recroquevillée et très-indurée. Le ventricule gauche présente une épaisseur de 1 centimètre et demi. L'aorte est semée de plaques d'athérome assez nombreuses. Le ventricule droit est dilaté ; la valvule

Digitized by Google

tricuspide présente sur son bord libre un grand nombre de nodosités semblables à celles de la valvule mitrale, mais moins grosses et moins indurées. — Les autres organes sont sains.

41. Note sur le traitement de la fièvre jaune à Rio de Janeiro ; par le Dr Motta-Maia, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de *Rio de Janeiro*.

La fièvre jaune ne sévit pas constamment à Rio de Janeiro. La première épidémie bien constatée date de 1850 et fut remarquable par sa sévérité. En 1870, la fièvre apparut de nouveau, mais plus bénigne. Ordinairement, dans les mois les plus chauds, c'est-à-dire en décembre, janvier et février, se montrent des cas sévissant sur les étrangers non acclimatés, qui négligent de se soumettre à une hygiène convenable.

La fièvre jaune du Brésil et spécialement celle qui règne à Rio de Janeiro est pour nous une hépato-gastro-entérite d'origine miasmatique et analogue plus ou moins au typhus d'Europe, mais cependant profondément modifiée par l'influence topographique. Cette façon d'envisager la maladie est d'autant plus importante qu'elle sert de base à notre méthode de traitement. M. de Petropolis, professeur honoraire de la Faculté de médecine de Rio, pense que dans l'épidémie de 1850, la fièvre jaune a présenté tous les phénomènes ordinaires à la fièvre palustre, mais modifiés par les miasmes typhiques.

Si nous prenons en considération les conditions climatériques spéciales à Rio Janeiro, nous verrons que notre façon de considérer la maladie qui nous occupe est entièrement fondée. L'existence de grandes marées au niveau de la ville, le cercle de montagnes qui l'entoure, le défaut d'écoulement régulier des eaux qui restent stagnantes, et les vices qui existent dans l'enlèvement des immondices, sont des éléments qui concourent à donner un caractère spécial à la fièvre jaune de Rio de Janeiro. Quand pour la première fois la fièvre jaune apparut au Brésil, le traitement fut variable et incertain parce que la maladie n'était point connue. Actuellement, elle a été étudiée par un grand nombre de médecins brésiliens et son traitement peut devenir rationnel.

La fièvre jaune comporte dans son évolution, trois périodes distinctes : 1° l'inflammatoire ; 2° l'apyrétique ; 3° l'hémorrhagique ou ataxo-adynamique.

(A). *Traitement de la première période.* — Les manifestations organiques se modifient d'après les périodes dans lesquelles se présente la maladie, d'où les variétés dans la thérapeutique. Chez un grand nombre de malades que nous avons

Digitized by Google

traités à l'hôpital de la Miséricorde de Rio Janeiro, nous n'avons jamais employé la saignée générale, et seulement dans quelques cas la saignée locale, quand des sujets jeunes et forts présentaient des symptômes d'excitation méningo-encéphalique. On sait en effet que la méthode des saignées a donné au Brésil et partout ailleurs, des insuccès nombreux (1).

Dans les premières périodes nous excitons la diaphorèse par l'acétate d'ammoniaque à haute dose, employant comme véhicule une infusion aromatique additionnée de teintures de belladone et d'aconit. La diaphorèse établie, les purgatifs sont indiqués et surtout l'huile de ricin qui produit de larges évacuations. C'est du reste là un traitement de la première période, employé avec succès par les malades avant toute intervention du médecin. C'est guidé surtout par ces bons résultats de la méthode diaphorétique employée au début que j'ai eu l'idée d'employer à ce moment l'infusion de Jaborandi (3 grammes de feuilles pour 500 d'eau), prise d'heure en heure par petits verres.

Le premier malade pour lequel j'employai cette méthode était âgé de 18 à 22 ans et présentait tous les symptômes d'une fièvre jaune grave; la sudation, le flux salivaire, et l'émission des urines furent excités très-copieusement, je dus même suspendre l'action du médicament, le ptyalisme étant devenu continu et excessif. J'administrai ensuite l'huile de ricin et l'apyrexie se montra consécutivement dans les meilleures conditions.

J'ai également administré le jaborandi dans d'autres cas de fièvre jaune, et dans diverses maladies qui n'ont avec la fièvre jaune aucun rapport.

Je ferai connaître ultérieurement les résultats que m'a fournis dans ces divers cas cette méthode de traitement.

Les pédiluves sinapisés et les sinapismes volants forment le complément du traitement de la première période. Nous n'employons pas le calomel à cause de la fluidité bien connue du sang dans la fièvre jaune, de peur d'augmenter cette fluidité et de favoriser les hémorrhagies.

(B) *Deuxième période.* — Quand la maladie marche régulièrement, et que les diaphorétiques et les purgatifs ont produit leurs effets salutaires, la seconde période s'établit sans accident. Cette période a reçu le nom d'apyrétique; en nous plaçant au point de vue thérapeutique pur, nous pourrions l'appeler *période quinique*, à cause de la constante indication du quinquina pendant sa durée. J'ai pris

(1) Dutroulau. — *Maladies des Européens dans les pays chauds.*

Digitized by Google

soin de ne pas me laisser gagner par le temps dans cette période de la maladie, dont la durée est si rapide, dans les cas graves surtout, où le malade est jeté dans l'adynamie et l'abattement mortel au bout d'un temps très-court, sans qu'il soit possible de combattre les symptômes ataxo-adynamiques une fois qu'ils se sont établis. C'est donc dans cette période qu'il faut administrer le sulfate de quinine à haute dose, n'en donnant jamais moins de 2 à 4 grammes en vingt-quatre heures dans une infusion forte de café, ou dans la limonade sulfurique, ou enfin dans l'eau de tilleul ou de fleur d'oranger acidifiée. Il faut dire que pris dans l'infusion chaude et sucrée de café, le sulfate de quinine est mieux supporté. On combat la soif par les boissons acidules, la limonade ou l'orangeade simples ou glacées, et les doses de sulfate de quinine doivent être répétées pendant 3 ou 4 jours en diminuant graduellement les doses.

Quelques praticiens Brésiliens ont administré contre l'état saburral ordinaire à la 2e période, l'ipéca seul ou associé au tartre stibié.

Nous avons renoncé à cette médication par crainte de l'action débilitante des vomitifs, et aussi pour ne perdre aucun temps dans l'administration du quinquina, que nous considérons comme spécifique dans la fièvre jaune.

Dans la 2e période quand l'état saburral persiste et que le malade rejette le sulfate de quinine par le vomissement, nous administrons de nouveau ce médicament à haute dose et en lavements. A l'intérieur nous prescrivons la magnésie et le sirop d'écorce d'oranges ou de camomille, puis l'eau de Vichy ou l'eau de Seltz comme boisson ordinaire. Si la maladie tend à se terminer favorablement ce traitement suffit pour conduire le malade à la convalescence.

Cependant quelquefois la persistance des vomissements vient troubler l'administration des médicaments précités. Pour les combattre, nous employons, avec succès, la teinture de noix vomique, ou l'acide picrique, 5 centigrames en solution dans la magnésie fluide de Murray. L'application d'un petit vésicatoire à l'épigastre, constitue aussi quelquefois un moyen précieux d'arrêter les vomissements. Quand la maladie tend à la terminaison fatale, le malade tombe dans une adynamie profonde, les épistaxis, les hématuries, le melaena, le flux de sang par le grand angle de l'œil, etc., l'affaiblissent considérablement. Les urines sont très-rares et disparaissent complètement en quelques heures, l'anurie complète s'établit dans les cas graves dans la première période, et constitue un signe pronostique d'une haute gravité. En pareil cas toute la médication se résume en des indications toniques, vins géné-

Digitized by Google

reux, infusions et lavements amers et glace, quand le hoquet se montre persistant. Ordinairement malgré tout, la maladie se termine dans ces cas par la mort. en 24 à 36 heures.

Cependant, il faut dire que parfois tout cet appareil symptomatique s'atténue peu à peu pour céder la place à un ictère intense accompagné de parotides, qui sont parfois critiques et précèdent l'établissement de la convalescence. Si, au moment où les hémorrhagies diminuent et où l'ictère se produit, le malade est soumis à un régime diététique convenable, la guérison a lieu, mais la convalescence se prolonge presque toujours pendant 20 à 30 jours.

Dans tous les cas où nous avons vu la parotide suppurer, nous avons eu le plaisir de constater ultérieurement la guérison du malade. Cette suppuration parotidienne est donc un signe pronostique favorable.

Les embrocations froides ont été employées avec succès par le docteur Currie à Liverpool et Gianini à Milan. A Rio, M. le professeur D. Petropolis a employé en 1850, à l'hôpital N. D. de Santé, cette méthode de traitement dans 190 cas dont il a vu guérir 36 seulement.

Actuellement il n'existe pas, à Rio, comme on le croit généralement, de fièvre jaune à l'état endémique, et nous espérons qu'il n'en surviendra point d'épidémie, grâce aux précautions prises par le comité d'hygiène publique.

Nous devons enfin noter que la fièvre jaune fait surtout des victimes parmi les étrangers des classes inférieures nouvellement arrivés au Brésil, et qui y font ordinairement toutes sortes d'excès. Dernièrement le gouvernement a résolu d'envoyer, à ses frais, dans l'intérieur des terres, tous les colons arrivés au Brésil pendant la saison chaude, et cette pratique a commencé à donner déjà d'excellents résultats.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

FÉVRIER.

Séance du 4 février 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Pyélo-néphrite double.—Infection purulente.—Hémorrhagie méningée; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le 15 janvier 1876, un jeune homme de 14 ans était apporté sur un brancard à la consultation de M. le Dr Bucquoy, et à son entrée on était frappé de son aspect typhique très-prononcé. Les parents du malade disaient qu'il n'était souffrant que depuis 5 ou 6 jours, et qu'au début il avait uriné du sang.

Le soir, à la visite, on le trouve dans le coma, la tête rejetée en arrière par la contracture des muscles de la région postérieure du cou, les membres un peu raides et les pupilles dilatées. Pas de paralysie en aucun point, sensibilité intacte. Pouls rapide, inspirations très-fréquentes, murmure vésiculaire bruyant, couvrant les bruits du cœur, quoique sans râles. Temp. 41°, 6.

Langue sèche, un peu noire, lèvres aussi couvertes de mucus coloré par un peu de sang. Ventre rétracté, pas de gargouillements dans la fosse iliaque droite. Il n'y a pas eu de selles depuis son entrée. On n'aperçoit aucune tache rosée.

On remarque que la pression sur les flancs et en arrière, sur chacune des régions rénales provoque des signes assez accusés de douleur. Les urines donnent un précipité abondant d'albumine. On ne recherche pas avec l'ammoniaque si elles contiennent du pus. — Mort du malade dans la soirée.

AUTOPSIE. Le paquet intestinal est transformé en une masse par des adhérences péritonéales. — *Reins*. Le droit est volumineux, lisse, et se décortique assez facilement. Sa surface présente une multitude de points jaunes, saillants, gros comme une tête d'épingle. La coupe montre les deux substances bien

Digitized by Google

distinctes l'une de l'autre. La substance corticale est pâle jaunâtre. Les pyramides présentent çà et là quelques points jaunes analogues à ceux de la surface. Enlevé à la pointe d'un scalpel, un de ces points laisse comme une petite cavité lisse paraissant due à une dilatation d'un tube de Bellini. Porté sous le champ du microscope, il est constitué par des globules de pus. En bas de ce rein, à la place de la dernière pyramide existe une loge du volume d'une bille, à parois fibreuses, épaisses et adhérentes au parenchyme voisin, à contenu purulent un peu concret. L'uretère de ce côté est très-dilaté, épaissi, et sa muqueuse injectée est recouverte de muco-pus.

Le rein gauche très-petit, mamelonné par des sillons fortement accusés ne peut être décortiqué. Sa coupe montre qu'il est converti en vacuoles de dimensions variables, assez grandes pour la plupart, régulières, sphériques, formées par une coque résistante, fibreuse, analogue à celle de la cavité creusée dans l'extrémité inférieure du rein droit. Ces loges sont remplies les unes par un liquide blanchâtre, lactescent, les autres par une espèce de mastic assez consistant, formé de pus concret. — L'uretère de ce côté n'est pas dilaté, seulement un peu épaissi.

La vessie renfermait une urine glaireuse, sanguinolente, mais ne contenait aucun calcul. Sa muqueuse, un peu arborisée était presque normale. Au niveau du col, on remarque à la partie postérieure une espèce de valvule formée par la muqueuse et une partie des tissus sous-jacents, retenue à ses deux extrémités par sa continuation avec la muqueuse uréthrale et à son milieu par le veru montanum qui détaché à sa base, adhérant encore seulement par son extrémité uréthrale, ressemble à un pilier du cœur. Si la valvule était détachée de ce veru montanum elle serait tout à fait comparable à une valvule sigmoïde. De plus, de l'extrémité droite de la valvule part une bride fibreuse recouverte par la muqueuse et aboutissant à l'attache du veru montanum sur la valvule ; cette bride flottant parallèlement au bord libre de celle-ci, n'adhère que par ses deux extrémités. L'opercule que nous venons de décrire recouvre une cavité en cul-de-sac creusée dans l'épaisseur de la prostate, séparée en avant de la vessie simplement par l'épaisseur des parois de cet organe, en arrière de la face antérieure du rectum par une mince couche de tissu prostatique respecté ; son intérieur pouvant contenir une noisette, ne renfermait aucun liquide ni aucune substance concretée. — Les vésicules séminales, les testicules ne présentaient aucune altération.

Telles sont les lésions que nous pensons primitives.

Digitized by Google

De plus, le foie d'un rouge brun présente sur sa face convexe un piqueté produit par des taches de la dimension d'une lentille et tranchant par leur couleur blanchâtre sur le fond rouge du foie. Une seule de ces taches s'enfonce dans le parenchyme où elle offre le même aspect pâle et uniforme. Toutes les autres sont superficielles, sous-jacentes à la capsule fibreuse. Examinées au microscope à l'état frais, elles sont constituées par des globules de pus.

Le *cœur* présente sur la face antérieure une plaque de péricardite de la dimension d'une pièce de 5 francs. Les cavités paraissent saines au premier abord, mais en regardant très-attentivement, on voit sur la face postérieure du ventricule gauche deux ou trois saillies du volume d'une pointe d'épingle, acuminées, blanchâtres, une ou deux existent aussi sur la colonne charnue interne de cette cavité. Dans le ventricule droit on n'en remarque guère qu'une, située vers l'infundibulum, à sa partie postérieure. La plus marquée est celle qui est située au sommet et en arrière de la colonne charnue du ventricule gauche, presque au niveau du point de départ des cordages tendineux. Une de ces petites saillies, piquée avec la pointe d'un scalpel laisse échapper une gouttelette jaunâtre uniquement constituée par des globules de pus. Ces lésions ne peuvent donc être que des abcès miliaires sous-endocardiques. Les valvules aortiques seules sont un peu épaissies. Les *poumons* sont sains et ne présentent ni trace d'abcès métastatiques ni trace de tubercules.

Le *cerveau* a ses méninges injectées, un peu louches par places. Du côté gauche deux points sont manifestement plus injectés en avant et en bas de la scissure de Rolando, ainsi qu'en arrière et en haut de cette scissure. Au niveau de ces points la section du cerveau fait voir deux petites cavités indépendantes, grosses comme la pulpe de l'index, et communiquant avec l'espace sous-méningé correspondant. Un peu de la substance de ces foyers, examinée à l'état frais, était constituée par des globules sanguins, des tubes nerveux très-sains et ne présentant aucune trace de corps granuleux.

Le lobe droit présentait vers sa partie moyenne, derrière la circonvolution pariétale ascendante, un foyer identique mais plus circonscrit.

Intrigué par ces faits complexes, nous avons pu interroger les parents de cet enfant. Il avait habituellement une bonne santé. Deux années avant il avait presque soudain été pris d'envies très-fréquentes d'uriner, sans qu'il y eût jamais eu d'hématuries. Il fut traité alors en vue d'un calcul (le cathétérisme n'avait à plusieurs reprises donné que des résultats négatifs), et sa position s'était cependant améliorée à l'aide d'un

Digitized by Google

traitement médical. Depuis, il travaillait sans se plaindre, quand huit jours avant son entrée à l'hôpital, après un peu d'anorexie éclata tout à coup une fièvre vive avec céphalalgie violente et léger délire nocturne. Il urinait en même temps du sang. C'est après quelques jours d'attente qu'on l'avait apporté à l'hôpital où il est mort le soir même de son entrée.

L'altération rénale trouvée à l'autopsie est certainement très-ancienne et doit remonter, dans son début, à l'affection qu'il a présentée deux années auparavant.

Peut-être alors a-t-il eu un abcès prostatique auquel se rattacheraient la valvule du col vésical et la cavité sous-jacente creusée dans l'épaisseur de la prostate, et de cette lésion est-il résulté une double pyélo-néphrite à marche sourde jusqu'au jour où ont éclaté les désordres terminaux.

Ces derniers peuvent s'expliquer par une infection purulente partie de la lésion rénale et dont les manifestations ont porté exclusivement sur le cœur et sur le foie en respectant contre la règle le parenchyme pulmonaire. Il reste à trouver la cause de cet abcès prostatique que nous sommes portés à admettre pour expliquer les lésions de la portion supérieure du canal de l'urèthre. Peut-on dire que cet enfant était tuberculeux ? C'est difficilement admissible ; car les poumons ne présentaient aucune trace de granulations, les intestins et les méninges n'en contenaient pas non plus ; les vésicules séminales et les testicules étaient sains. Le canal déférent seul n'a pas été ouvert dans sa longueur.

Peut-être peut-on accuser le cathétérisme pratiqué au début de ces accidents. — Enfin, les symptômes de la fin qui ont amené rapidement la mort se rattachent à l'hémorrhagie méningée, pour laquelle on ne peut proposer d'explication pathogénique bien satisfaisante.

2. Tumeur du testicule. — Sarcôme alvéolaire ; par MAURICE LETULLE, interne des hôpitaux.

L*** Abel, 40 ans, entre le 20 janvier 1876, à la Charité (service de M. le professeur TRÉLAT), pour une tumeur du testicule droit, dont il veut être débarrassé. On trouve, au-dessous des téguments sillonnés par quelques larges veines dilatées et flexueuses, mais sains et parfaitement mobiles sur les parties profondes, une tumeur assez régulièrement piriforme, à grosse extrémité inférieure, qui ne mesure pas moins de 12 centimètres dans son diamètre vertical.

Appendue aux éléments du cordon au-dessous de l'orifice cutané du canal inguinal dont elle reste distante de 4 à 5 centimètres, elle offre dans toute sa surface des caractères bien

Digitized by Google

différents au point de vue de la forme, de la consistance, et des sensations éveillées chez le malade par un examen méthodique.

www.libtool.com.cn

Face antérieure : surface lisse, unie, régulière, dépressible, élasticité et fluctuation dans presque toute l'étendue de cette face.—La face postérieure, au contraire, offre une consistance dure; bosselée, irrégulière, elle paraît formée à sa partie supérieure par une masse dure et résistante qui rappelle le corps épididymaire considérablement augmenté de volume. L'extrémité supérieure est occupée par une masse arrondie et bosselée en arrière de laquelle on reconnaît le canal déférent implanté dans la tumeur. C'est à ce niveau que la palpation éveille une douleur assez vive. Le reste de la tumeur est peu sensible. En aucun point on ne provoque la sensation testiculaire. Aucune transparence même au niveau de la région fluctuante. Quelques irradiations douloureuses dans la région lombaire, et parfois même jusqu'au creux axillaire. Le canal déférent avant son entrée dans la paroi abdominale paraît un peu plus volumineux, plus sensible qu'à gauche. Rien dans l'aine, pas de tumeur ganglionnaire dans l'abdomen. Marié, n'a pas eu d'enfants. Depuis un an les désirs sexuels ont considérablement diminué, bien que les rapports soient aussi agréables que par le passé.

Les autres organes paraissent parfaitement sains. Les antécédents présentent quelque intérêt : il y a vingt ans, une blennorrhagie, accompagnée de deux petites érosions sur le gland, érosions qui n'ont d'ailleurs duré que quelques jours, une épididymite à droite vint compliquer l'écoulement uréthral. Depuis lors, jamais la moindre manifestation syphilitique. Sa mère est morte d'un cancer utérin, point important à noter.

Jusqu'à il y a environ un an, il s'était toujours bien porté. Tout au plus s'était-il aperçu depuis quelque temps que son testicule droit était un peu plus gros, lorsque presque subitement un soir, après une journée de grande fatigue, il éprouve une pesanteur considérable avec sensation de tension dans les bourses. En trois ou quatre jours, s'il faut en croire ses renseignements, la moitié droite du scrotum acquiert les deux tiers du volume qu'elle a aujourd'hui : pas de vomissements, ni de fièvre, pas de tuméfaction inflammatoire des bourses à ce moment. C'est depuis quatre mois environ que la tumeur a atteint les dimensions actuelles. Par le repos au lit, la tumeur diminua rapidement, le liquide de la vaginale disparut en partie.

2 *février*. Castration ; section du pédicule avec l'anse galvano-caustique. — Deux hémorrhagies se produisent dans la soirée. Le 5 février, troisième hémorrhagie; depuis cette

Digitized by Google

époque, la cicatrisation s'est faite rapidement sans accident, et le 16 mars, le malade partait complétement guéri.

www.nbloot.com.cn

L'*examen de la tumeur* montre une masse piriforme, à grosse extrémité inférieure, assez régulière, d'une consistance à peu près égale, sauf en arrière où la dureté est beaucoup plus prononcée qu'en avant sur une coupe antéro-postérieure.

On constate que la totalité de l'organe est envahie par un néoplasme bridé encore par la tunique albuginée. La cavité vaginale contient une petite quantité de liquide citrin. La vaginale est dure, épaissie, fibreuse. La tunique albuginée paraît considérablement épaissie et est débordée sur la coupe par la tumeur qu'elle comprimait.

La région testiculaire ou inférieure de cette néoplasie est parsemée à sa périphérie d'un nombre considérable de noyaux jaunâtres, arrondis, du volume d'une lentille, séparés par un tissu rose pâle, humide, vaguement mamelonné et traversé en tous sens par des tractus blanchâtres, déprimés sur la coupe et d'aspect fibroïde. Le centre même de cette partie inférieure de la tumeur est occupé par une masse jaunâtre, élastique, mollasse, rappelant assez volontiers sur la coupe une fausse membrane épaisse. Dans cette masse jaune, pâle, les tractus fibreux se reconnaissent encore; elle est circonscrite d'ailleurs par un bord déchiqueté, rougeâtre, où se sont produits de petits foyers d'hémorrhagie.

Le reste de la tumeur offre une teinte rosée plus vive qui tranche sur l'aspect pâle et jaunâtre de la moitié inférieure. A ce niveau, le néoplasme est sillonné par des tractus d'un blanc presque nacré, irrégulièrement distribués, et qui, rapprochés les uns des autres paraissent circonscrire des aréoles inégales. On retrouve également ici, disséminés jusqu'au sommet même quelques noyaux jaunes, arrondis, entourés par de petites zones hémorrhagiques. Le canal déférent se perd aussitôt dans la masse épididymo-testiculaire.

L'examen histologique, fait par M. Malassez, a révélé la nature de cette tumeur dont la marche a été si rapide. La glande testiculaire est partout envahie, et sur les différentes coupes on n'a pu retrouver les éléments normaux de l'organe.

La tumeur est essentiellement constituée par deux éléments : 1° des tractus fibreux, qui affectent ici une disposition spéciale ; 2° des cellules arrondies, de deux espèces, les unes grosses, les autres beaucoup plus petites.

Les tractus fibreux forment des faisceaux plus ou moins épais dont les bords paraissent avoir une grande tendance à limiter des alvéoles.

Au milieu même des éléments de ce tissu fibreux fascicu-

Digitized by Google

laire, on aperçoit des cellules petites, arrondies, plus ou moins abondantes suivant les points.

Dans les espaces interfasciculaires, dans ces sortes d'alvéoles mal limités, on trouve les larges cellules arrondies, accumulées en grand nombre. Mais dans l'intérieur de ces alvéoles il n'y a pas la moindre apparence de tissu conjonctif réticulé. Sur les différentes préparations, on voit distinctement des vaisseaux de nouvelle formation, limités par des cellules embryonnaires. Les points jaunâtres sont constitués par les éléments néoplasiques ayant subi la régression granulo-graisseuse. Cette disposition alvéolaire imparfaite du tissu fibreux, l'existence de vaisseaux jeunes dans l'épaisseur même du néoplasme ayant permis de rejeter l'hypothèse d'un carcinome et l'absence de tissu conjonctif réticulé entre les grosses cellules, ayant prouvé qu'il ne s'agit point d'un lymphadénome, on a pu conclure au diagnostic *fibro-sarcome* avec tendance à la disposition alvéolaire, variété de tumeur désignée par Billroth sous le nom de *sarcome alvéolaire*.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru intéressante à plus d'un titre : 1° le début si rapide en apparence de la tumeur, et, rattaché par le malade à un accident, alors que le néoplasme avait déjà, depuis un temps qu'on ne saurait fixer commencé à envahir le testicule; 2° l'absence de douleurs, la marche assez rapidement progressive pour avoir, en un an, complétement transformé tout l'organe; 3° Un état diathésique héréditaire dans l'histoire du malade dont la mère est morte d'un cancer utérin; 4° le diagnostic qui, après avoir éliminé l'hypothèse d'une hématocèle, grâce aux caractères de la tumeur, s'est rattaché à l'existence d'un néoplasme envahissant rapidement le testicule.

M. DESPRÉS.— Il est probable que le cancer a débuté ici par l'épididyme; en pareil cas la présence d'une quantité notable de liquide dans la tunique vaginale est la règle.

3. Suites de l'ablation d'un testicule cancéreux : Récidive dans la cicatrice ; généralisation aux ganglions lombaires, au foie, aux poumons et au sein droit ; par MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Le 10 janvier 1876, entrait à la Charité, dans le service de M. GOSSELIN, salle Sainte-Vierge, n° 25, le nommé Malon, âgé de 38 ans. Cet homme se plaignait de vives douleurs au creux épigastrique, il accusait un amaigrissement notable, mais il n'avait ni vomissements, ni jaunisse. L'examen du malade révélait les signes suivants : 1° au creux épigastrique,

Digitized by Google

on sentait un plan résistant, *lisse*, uni, dont la limite inférieure révélée par la percussion et la palpation, descendait à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; il était impossible d'y constater l'existence de saillies ou de mamelons d'un volume quelconque. La limite supérieure était celle d'une ligne horizontale passant par le mamelon du sein droit. Cette tumeur fut rapportée au foie. 2° Au sein droit, on trouvait sous le mamelon une petite tumeur arrondie, dure, adhérente à la face profonde de la peau. L'aisselle n'offrait aucun engorgement ganglionnaire. 3° Dans la fosse iliaque gauche, il était facile de reconnaître la présence d'un ganglion du volume d'une noix. 4° Au côté gauche du scrotum, existait une cicatrice allongée, au bas de laquelle on rencontrait une petite tumeur du volume d'une noisette, plutôt molle que dure, adhérente à la peau.

La cicatrice était consécutive à l'ablation d'un testicule cancéreux faite vers le milieu de novembre 1875. La tumeur du scrotum était une récidive dans la cicatrice même ; le diagnostic était dès lors facile : le sein droit, le foie, un ganglion iliaque, et à plus forte raison les ganglions lombaires (bien qu'inaccessibles à notre examen) étaient le siége d'une généralisation. Il n'existait d'ailleurs aucun épanchement dans la cavité péritonéale, et aucun phénomène stéthoscopique particulier ne se passait du côté du poumon; seulement le malade avait une douleur très-violente dans l'épaule droite.

Des cataplasmes et des injections de morphine faisaient les frais de la thérapeutique, et les sclérotiques du malade prenaient peu à peu une teinte subictérique, lorsque subitement il fut pris, le 17 au matin vers 10 heures, d'une douleur atroce dans le flanc droit. Le malade était à genou sur son lit, haletant, il se tordait ; je lui fis aussitôt une injection de morphine qui calma bientôt la douleur. Je pensais qu'il y avait eu rupture dans le péritoine d'un noyau cancéreux du foie.

A partir de ce jour, la teinte ictérique du malade se prononça de plus en plus, il se déclara de l'ascite qui augmenta dans la dernière semaine, et le malade fut maintenu dans une somnolence presque continuelle par des injections de morphine qu'il réclamait avec insistance jusqu'au 1er février, jour où il succomba. Dans cette période il n'y eut rien de remarquable que les phénomènes suivants : à partir du 20 janvier, on put sentir au creux épigastrique une bosselure qui s'y développa en ce moment, et dont le volume s'accrut rapidement : elle paraissait dure et avait une large base. L'ascite augmenta, et les membres inférieurs s'œdématièrent. Le

Digitized by Google

25 et le 26 janvier, le malade rendit quelques crachats striés de sang ; aucun phénomène caractéristique d'auscultation ne se passait, soit dans la plèvre soit dans le poumon. Ces crachats firent admettre dans le poumon une généralisation probable du produit cancéreux. L'urine ne contint jamais ni bile ni albumine.

AUTOPSIE. — A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de sérosité sanguinolente. On voit alors que le foie offre un volume énorme : il occupe toute la partie susombilicale de l'abdomen, et présente des saillies arrondies, à base large, plates, molles. Le mamelon que l'on sentait au creux épigastrique du vivant du malade, a été ouvert par l'incision des téguments, il s'en est écoulé une bouillie diffluente, et la tumeur s'est affaissée. Le diaphragme est adhérent à la face supérieure du foie qui est devenue en même temps face antérieure, car c'est elle que l'on aperçoit à l'ouverture de l'abdomen. De chaque côté du foie à droite, entre la grosse extrémité et le diaphragme, à gauche, entre la petite extrémité et la rate, on remarque un bourgeon vasculaire, sorte de fongus qui fait hernie hors de la substance hépatique et dont le volume égale celui d'un œuf. Ces fongus sont affaissés ; il paraît rationnel d'attribuer à leur apparition la douleur vive de péritonite survenue le 17 et à leur existence l'épanchement de sérosité sanguinolente dans le péritoine. Le poids du foie est de 6200 grammes, son lobe droit est en quelque sorte remplacé par une tumeur mollasse qui donne la sensation de fluctuation ; cette masse molle paraît avoir 10 centimètres de diamètre. Une coupe est faite à ce niveau : on y trouve une substance jaune, mollasse, diffluente ; par place il y a du sang épanché par hémorrhagie. D'autres coupes montrent en d'autres points de véritables hémorrhagies ; le volume des noyaux cancéreux est variable, mais tous sont de consistance molle. Les veines sus-hépatiques renferment de la matière cancéreuse dans le calibre de leur conduit. Aucune trace de lymphangite cancéreuse ni sur le diaphragme, ni sur la plèvre (qui, à droite, adhère en deux points au diaphragme). Néanmoins, il existe des noyaux cancéreux dans les deux poumons : ces noyaux sont tous rapprochés de la plèvre : les uns sont saillants, d'autres sont révélés par l'existence d'une ecchymose très-colorée à leur niveau, d'autres enfin ne se révèlent qu'à la palpation et à la coupe ; tous sont arrondis. Leur diamètre varie de 8 mm. à 3 ou 4 mm. Rien au cœur, aucune altération valvulaire. L'œsophage n'offre pas de lésions ; les orifices et les parois de l'estomac sont sains. L'intestin est intact. Les ganglions lombaires forment une grosse masse au devant de la colonne vertébrale. Ils ont subi l'enva-

Digitized by Google

hissement, mais ne sont pas plus ramollis que le ganglion iliaque dont la consistance est presque normale, mais qui a pris le volume d'un petit œuf et se trouve également atteint par la généralisation.

www.libtool.com.cn

La récidive au niveau de la cicatrice offre les caractères de l'encéphaloïde. La tumeur du sein présente ceux du squirrhe (le cancer du testicule enlevé était un encéphaloïde très-vasculaire ; le testicule droit est intact).

M. Monod. L'altération secondaire des ganglions iliaques n'est pas absolument exceptionnelle ; elle a été signalée par M. Broca ; elle indique une infection ganglionnaire rétrograde.

4. Cystite chronique à forme névralgique avec tubercules des reins ; par M. Saint-Angh, interne des hôpitaux.

Ph.... J...., âgée de 28 ans, femme de chambre, est entrée à la Maison Municipale de Santé au mois de février 1875. Cette malade a joui jusqu'à ce jour d'une bonne santé : elle est très-impressionnable et on retrouve chez plusieurs membres de sa famille les attributs d'un tempérament nerveux des plus prononcés ; son père se livre à des excès alcooliques. — Son mari est mort phthisique après 5 mois de mariage.

Au mois de novembre 1874, la malade, à la suite d'un refroidissement, a été prise de douleurs hypogastriques assez vives avec envies fréquentes d'uriner, la miction était pénible et les urines présentaient un dépôt muqueux abondant sans trace de pus. Les phénomènes qu'accusait alors la malade offraient déjà ce caractère névralgique qui devait s'affirmer de plus en plus, si bien que, en raison de l'état de santé et de l'aspect extérieur de la malade, on fut tenté d'y voir des manifestations hystériques. Les règles se supprimèrent dès le début de l'affection.

La malade ayant été examinée à son entrée dans le service, dirigé alors par M. Demarquay, on constate outre les symptômes de cystite que nous venons d'énumérer une diminution considérable du volume de l'utérus avec déviation à gauche de l'organe.

Le traitement qui fut institué consista en injections de solution d'acide phénique, de silicate de potasse, de nitrate d'argent. La térébenthine, les balsamiques, l'eau de Vichy furent administrés à l'intérieur. — La violence des douleurs nécessita la mise en usage de la médication narcotique sous toutes ses formes, sans grand résultat d'ailleurs.

La dilatation forcée de l'urèthre fut même pratiquée dans

Digitized by Google

l'espoir qu'elle amènerait une modification analogue à celle que provoque la dilatation de l'anus dans les fissures névralgiques de cet orifice.

La marche de la maladie ne fut pas enrayée: le caractère spécial qu'elle avait affecté dès le début, s'accentua de plus en plus et l'on put voir alors de véritables crises douloureuses apparaissant à chaque miction, c'est-à-dire toutes les dix minutes environ. La malade, pendant ces crises qui ne lui laissaient aucun repos, se couchait sur son lit, en poussant des cris déchirants et une petite quantité d'urine était expulsée avec force. En même temps le rectum était le siége d'un ténesme extrêmement pénible: il semblait à la malade que « le fondement allait tomber ». La constipation était d'ailleurs l'état habituel. — Les urines présentèrent peu à peu un aspect purulent qui vers la fin était des plus accusés.

Sous l'influence de cette continuité des douleurs, la malade perdit ses forces et son embonpoint. Elle arriva par degrés à unétat d'émaciation extrême. Son appétit disparut, le moindre mouvement lui devint impossible. Elle restait constamment accroupie sur son lit, les jambes collées contre le corps; toute tentative d'extension était douloureuse.

L'attention ayant été appelée sur l'état de l'appareil respiratoire par une dyspnée assez accusée et quelques accès de toux sans expectoration d'ailleurs, on put reconnaître une diminution très-étendue de la sonorité à la percussion, des râles sous crépitants généralisés, enfin des signes non équivoques d'excavation pulmonaire dans les deux sommets. La marche des lésions avait été assez rapide et assez peu bruyante pour qu'elles eussent passé inaperçues à leur début.

La malade était déjà arrivée à un état très-avancé de cachexie lorsque M. Marc Sée prit le service en janvier 1876. Tout faisait prévoir une terminaison prochaine. — Des douleurs assez vives dans la région lombaire firent dans les derniers temps songer à la possibilité de l'extension de la maladie aux reins eux-mêmes. Enfin la mort survint le 30 janvier, précédée pendant 2 ou 3 jours par un apaisement des douleurs, un état de somnolence et de l'incontinence d'urine.

Autopsie. Nous avons constaté: Une rétraction considérable de la vessie qui a le volume d'une noix, et dont les parois sont hypertrophiées; sa surface est inégale ardoisée; peut être y trouve-t-on des granulations tuberculeuses: ce point, toutefois, est contestable. Pas de cellules. L'urèthre est absolument sain.

Les reins présentent des altérations remarquables. Dans le rein gauche, à sa partie supérieure, il existe une excavation en communication avec le bassinet, du volume d'une noisette

Digitized by Google

tapissée de matière tuberculeuse et remplie d'une substance d'aspect purulent provenant du ramollissement des parties centrales du dépôt caséeux. Dans le rein droit, il existe trois noyaux d'égal volume de matière tuberculeuse solide qui auraient évidemment subi une évolution semblable.

L'utérus est extrêmement réduit de volume. Le rectum est distendu, sa muqueuse n'offre pas d'altérations appréciables.

Les poumons sont infiltrés dans toute leur étendue de tubercules à divers degrés de développement; granulations, tubercules crus ou ayant subi par points le ramollissement enfin deux cavernes du volume d'une noix dans chacun des sommets. Les autres viscères paraissent exempts d'altération.

En résumé, cystite chronique avec tubercules des reins et des poumons, telles sont les lésions observées. Mais l'intérêt de cette observation réside surtout dans les phénomènes cliniques. Il est en effet curieux de voir les lésions communes de l'inflammation de la vessie donner lieu à des phénomènes douloureux assez intenses pour dominer complétement la scène et faire croire à une névralgie véritable des viscères du petit bassin, à une pelvialgie pour employer une expression proposée pour le cas que nous rapportons. Nous ne savons si le nervosisme manifeste du sujet pourrait suffire à rendre compte de cette forme névralgique de la cystite chronique.

M. M. Sée.— Le symptôme le plus important dans l'histoire clinique de cette femme étant l'existence de douleurs vésicales excessives ; j'étais décidé à pratiquer la dilatation de l'urèthre, lorsqu'une incontinence d'urine survenue spontanément ou peut être provoquée par l'usage du bromure de camphre vint mettre fin aux souffrances. Si je n'avais réussi par la dilatation je pensais établir une fistule vésico-vaginale ainsi que cela a été fait dans quelques cas rapportés dans le livre de Thompson.

5. Note sur un cas d'utérus bicornis ; par M. Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

L. F. 42 ans, est amenée à l'hôpital de la Pitié et meurt en arrivant. A l'*autopsie* on constate d'abord la cause de la mort; c'était une pneumonie au 2e degré. En regardant les cavités abdominale et pelvienne on remarque la forme spéciale de l'utérus. Au lieu de cette forme arrondie, convexe, du bord supérieur de l'utérus normal, les 2 angles de l'utérus sont séparés par une dépression médiane à concavité supérieure, de

Digitized by Google

façon à produire la forme qu'on désigne sous le nom d'utérus bicorne.

www.libtool.com.cn

D'autre part dans la fosse iliaque de chaque côté se voient les deux trompes dilatées au point de ressembler à l' S iliaque du colon par leur calibre et leurs sinuosités. Çà et là quelques traces de péritonite. En somme kyste du pavillon de la trompe avec induration de la portion moyenne. L'utérus est détaché de ses insertions : le vagin est unique.

Une sonde introduite dans l'orifice du col passe tantôt à droite tantôt à gauche dans deux compartiments qui paraissent indépendants. La section faite de haut en bas en rasant les sondes permet de reconnaître les détails suivants : Le col a une cavité unique, une simple valvule apparaît au niveau de la portion sus-vaginale du col. Le corps au contraire offre de chaque côté deux canaux indépendants, larges de 8 à 10 millimètres se dirigeant obliquement vers les trompes, et séparés par une épaisseur de tissu utérin de plus en plus large à mesure qu'on l'élève vers le fond de l'utérus. Une soie passée de chaque côté dans l'orifice des trompes fait reconnaître qu'elles sont toutes deux perméables dans leur portion interstitielle et elles paraissent s'arrêter au point où la portion moyenne est indurée et jaunâtre.

Le malade n'avait jamais eu d'enfants.

Pour en finir avec le kyste des trompes, disons que le liquide contenu était couleur chocolat et qu'au microscope on y voyait des globules sanguins plus ou moins altérés et des cellules épithéliales. Tout porte à croire que ces hydropisies enkystées furent consécutives à l'inflammation pelvienne dont il restait des traces sous formes de brides péritonéales.

La forme bicorne de l'utérus n'est pas extrêmement fréquente puisqu'en recherchant dans les bulletins de la Société, nous n'avons trouvé que cinq cas signalés. Un de Gruveilhier (1865); un de M. Schweich (1867), deux vagins et deux cols, un corps de l'utérus; un de M. Hirne (1873) et surtout celui de M. Verneuil (tome XXIX) (2 corps et un col unique), enfin celui de Leroy (col et corps cloisonnés) 1866. Cette forme représente la seconde phase du développement de l'utérus d'abord double, puis bicorne, puis (les deux cavités se confondant) unique. Elle se retrouve chez les lapins à l'état physiologique et représente chez la femme un arrêt de développement portant uniquement sur le corps de l'utérus. Elle prouve une fois de plus l'indépendance du col et du corps de l'utérus, surtout si on compare le cas actuel à celui de M. Schweich qui représente la disposition inverse.

M. Després. — M. Seuvre a rapporté dans sa thèse un cer-

Digitized by Google

tain nombre de faits d'hématocèle tubaire tout à fait analogues à celui-ci.

www.libtool.com.cn

6° Anévrysme de la crosse de l'aorte; ouverture dans les bronches; hémoptysie foudroyante; par MM. RAYMOND et PORAK, internes des hôpitaux.

Wuill. J., 56 ans, cordonnier, entre le 10 novembre 1875, dans le service de M. GUBLER, à l'hôpital Beaujon. Il est d'une bonne constitution et n'a été atteint antérieurement que de rhumatismes, pour lesquels il a été soigné dans le service de M. Bouillaud. Depuis six semaines, il se plaint de courbature, de lassitude générale et d'une dyspnée continuelle, symptômes qui l'ont forcé de suspendre depuis six semaines ses occupations habituelles.

Etat actuel : Dyspnée, respiration courte, parfois haletante, toux fréquente, presque sans expectoration, râles sibilants et ronflants dans la poitrine, respiration faible sous la clavicule droite ; langue large et saburrale, quelques phénomènes gastriques peu prononcés; rien au cœur. Douleurs articulaires fort intenses au niveau du genou et de la hanche, s'exaspérant par la marche ou la station debout ; état fébrile modéré ; un peu de douleur pendant la miction, urines normales quoiqu'un peu chargées de mucus. M. Gubler fit alors le diagnostic suivant: bronchite avec emphysème, rhumatisme subaigu, probablement cystite du col.

15 *nov.* La toux est moins fréquente, mais les râles sont toujours très-abondants, les douleurs articulaires sont très-vives.

Du 15 nov. au 1er déc., l'état général du malade reste mauvais; la hanche et le genou sont toujours le siége de douleurs assez vives. Cependant ces articulations ne sont pas tuméfiées, et les mouvements provoqués se font librement ; il n'y a donc pas d'arthrite. Le malade continue à tousser, pas d'appétit, pas de sommeil ; enfin, tous les soirs, il y a eu un peu d'exacerbation fébrile avec sueurs peu abondantes et pouls un peu dépressible. A l'examen du thorax, on constate quelques râles disséminés dans les deux poumons ; sonorité normale à droite, un peu moins de sonorité à gauche où la respiration est plus faible ; expectoration muqueuse insignifiante.

1er *décembre*. Sous l'influence des révulsifs, les douleurs de la hanche et du genou se sont calmées, mais l'état général ne s'améliore pas. Le malade n'a pas d'appétit, la toux est toujours aussi fréquente, elle est quinteuse, enfin l'expectoration est toujours insignifiante. Les signes stéthoscopiques se sont notablement modifiés. Il existe dans tout le poumon droit une

Digitized by Google

respiration soufflante, ample, qui au voisinage des grosses bronches, prend le caractère du souffle caverno-amphorique. Dans toute cette région, on entend quelques râles fins, assez retentissants qui, à la suite de la toux, simulent presque du gargouillement.

8 *décembre*. L'appétit est un peu revenu, mais la toux persiste ainsi que l'insomnie; toujours les mêmes signes stéthoscopiques. On trouve de temps à autre quelques stries sanguines de peu d'importance dans ses crachats. La seule amélioration que l'on constate est la disparition presque complète de la fièvre; cependant le malade maigrit beaucoup.

L'absence presque complète d'expectoration ne permet pas d'admettre le diagnostic de cavernes pulmonaires, auquel on avait songé un instant. On ne peut expliquer les signes stéthoscopiques que par une induration pulmonaire autour des grosses bronches ou plus probablement une tumeur dont on ne peut déterminer la nature, adénopathie ou anévrysme. Pendant la seconde quinzaine de décembre, l'état du malade reste stationnaire: inappétence; vomissements de temps à autre, à la suite des quintes de toux; insomnie habituelle; grande faiblesse; expectoration muqueuse peu abondante; à l'auscultation les symptômes que l'on avait constatés à droite sont aussi perçus à la racine du poumon gauche.

4 *janvier* 1876. La fièvre reparaît le soir, mais assez irrégulièrement; inappétence, douleur profonde pendant la déglutition œsophagienne, comme s'il y avait un obstacle dans le médiastin postérieur; pâleur et teint cachectique. En somme, la toux revenant par quintes, sans expectoration, les troubles de la déglutition, quelques troubles nerveux éloignés font penser qu'il y a une tumeur de nature indéterminée dans le médiastin qui comprime les bronches.

1er *février*. Douleur dans le côté gauche.

2 *février*. Le malade venait d'aller à la garde-robe lorsque, se remettant au lit, il fut pris d'une violente hémorrhagie, qui se manifesta par l'issue d'un flot de sang vomi, et sortant aussi par les narines. La mort en fut la conséquence instantanée.

Autopsie, le 3 février 1876. A l'ouverture de la cavité thoracique, on trouve les deux poumons emphysémateux, et entre eux le cœur d'un volume moyen, normalement placé. Le péricarde est surchargé de graisse et sa cavité est distendue par un liquide verdâtre plus abondant qu'à l'ordinaire.

En disséquant l'origine des gros vaisseaux à la base du cœur, on trouve que l'artère pulmonaire très-volumineuse est remplie d'un sang qui ne présente rien de particulier, mais que surtout l'aorte est considérablement dilatée. Elle est le siége dans toute sa portion ascendante jusqu'à l'origine du tronc brachio-

Digitized by Google

céphalique et de la carotide d'une dilatation anévrysmale. Sa portion descendante ne présente aucune modification de calibre digne d'être notée. L'anévrysme cesse au point où la crosse de l'aorte devient descendante. A ce niveau même, on trouve sur le corps de la vertèbre correspondante une usure de l'os, d'ailleurs peu profonde. L'épaisseur des parois de l'anévrysme est partout identique, mais la paroi interne est le siége de nombreuses altérations athéromateuses et même calcaires en certains points. On trouve dans l'intérieur de la poche anévrysmale des caillots feuilletés, surtout appliqués sur la paroi postérieure; les caillots sont d'ailleurs peu épais; ils sont détachés à la partie supérieure, et au-dessous d'eux on trouve une ouverture ovalaire dont le grand diamètre est de 1 centimètre, dont les bords sont nets, comme taillés à l'emporte-pièce et à travers laquelle on peut introduire la pulpe du petit doigt. Cette ouverture fait communiquer la cavité anévrysmale avec la bronche gauche, tout près de l'éperon que forment les deux bronches au point où elles constituent la trachée par leur réunion. L'origine des bronches, l'œsophage, le nerf récurrent gauche étaient englobés par l'anévrysme.

Dans le poumon droit, on trouve dans tout le lobe inférieur des noyaux d'apoplexie pulmonaire qui laissent très-peu de tissu pulmonaire sain entre eux; on trouve aussi quelques-uns de ces noyaux dans le lobe moyen. Ils sont disséminés dans les autres lobes. Hépatisation grise avec suppuration des bronches dans le lobe inférieur du poumon gauche.

Rien de particulier dans les organes abdominaux.

M. Rendu. J'ai suivi le malade pendant trois mois dans le service de M. Gubler; il eût été fort difficile alors d'affirmer la nature de l'affection. Le malade présentait toutes les apparences d'un phthisique et accusait de vives douleurs au niveau des grandes articulations des membres inférieurs. Des signes presque cavitaires indiquaient au moins l'induration de l'un des sommets. Ce n'est que tardivement qu'il se produisit un peu de dysphagie qui fit discuter le diagnostic de compression intra-thoracique par des ganglions ou un anévrysme; mais jamais il ne fut possible de porter un diagnostic plus formel. Une des parties intéressantes de l'observation est l'existence de ces vives douleurs qui, à certains égards, rappellent les phénomènes douloureux qui se montrent quelquefois dans le cas d'anévrysme de l'aorte abdominale.

Digitized by Google

7. Kyste de l'ovaire. Adhérences multiples. Péritonite chronique; par H. BUTRUILLE, externe des hôpitaux.

Ch. L., 49 ans, domestique, célibataire, est entrée au mois de novembre 1875 dans le service de M. le professeur Sée, à la Charité.

Ch. a été réglée à 12 ans. Elle est d'une constitution délicate. Sa mère est morte d'un *cancer de l'estomac*. Il y a dix-huit mois, à l'âge de 48 ans, les règles qui revenaient aux époques normales diminuèrent en quantité; puis l'écoulement menstruel se réduisit à de l'eau jaunâtre, très-légèrement teintée en rose; puis il cessa petit à petit.

Sur ces entrefaites, le ventre se mit à grossir peu à peu, sans trop incommoder la malade; puis, tout-à-coup, Ch. fut prise de rétention d'urine.

Peu incommodée par le volume, légèrement accru, de son ventre (elle n'éprouvait aucune douleur), Ch. vint à Paris, il y a un an.

Mai 1875. Le ventre étant très-distendu, l'œdème ayant gagné les deux membres inférieurs, elle entre à la Charité. On porta le diagnostic suivant : Kyste de l'ovaire uniloculaire gauche. Le ventre tuméfié, présentait une fluctuation qu'on percevait d'un côté à l'autre. Elle fut ponctionnée, on retira 5 litres d'un liquide huileux, citrin, peu filant, ne laissant pas déposer de pus au fond du vase. Le ventre reprit alors son volume normal et on ne constata point de masse solide d'un côté ni de l'autre. Ch. put reprendre deux mois après son travail.

Novembre 1875. Le ventrere devint volumineux, les jambes enflèrent de nouveau; on fit une deuxième ponction (11 litres 1/2 de liquide). Cette fois le liquide fut un peu louche et laissa déposer au fond du vase un amas gris-blanchâtre, dans lequel le microscope décela des globules de pus. Interrogée à ce sujet, Ch. dit avoir éprouvée quelques souffrances depuis plusieurs jours. Dans la fosse iliaque gauche, on trouve une masse bosselée du volume d'un gros œuf. Sortie de l'hôpital au bout de huit jours, en assez bon état, elle y revint un mois après. Le ventre avait repris son volume considérable. La malade avait beaucoup maigri, tout en conservant un appétit assez bon.

Fin décembre 1875. Elle subit une troisième ponction (10 litres 1/2.) Le liquide était purulent. Dans la fosse iliaque gauche la masse bosselée (du volume d'un œuf un mois auparavant) présentait alors le volume du poing. De temps à autre, léger mouvement fébrile; quelques coliques après les repas.

Vers le 10 janvier, les douleurs reparurent plus intenses,

Digitized by Google

(injections de chlorhydrate de morphine). Anorexie depuis une quinzaine de jours; quelquefois même, elle s'abstient de manger, parce que peu de temps après le repas, elle a des coliques assez vives.

23 *janvier*. Le ventre est redevenu volumineux, les jambes enflées. Le toucher vaginal dénote que l'utérus est très-peu mobile. On pratique une quatrième ponction, et on retire sept litres et 1/2 d'un liquide huileux qui laisse déposer du pus au fond du vase.

Léger mouvement fébrile le soir de la ponction. La masse bosselée de la fosse iliaque gauche est plus volumineuse, elle gagne même un peu le côté droit.

25 *janvier*. Réapparition du liquide, mais peu de fièvre. Peu de mobilité de l'utérus. Aspect cachectique de la malade. Douleurs intenses.

28 *janvier*. La malade se plaint de douleurs continuelles dans l'abdomen; la palpation de cette région est très-douloureuse; coliques violentes après la moindre ingestion d'aliments. Pas de fièvre. — La malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE. — On fait une incision qui part de l'ombilic et descend jusqu'au pubis; à l'aide d'une sonde cannelée on sectionne couche par couche les divers plans musculaires de l'abdomen. Une ponction pratiquée dans la poche kystique laisse s'écouler un liquide jaune citrin, mêlé de grumeaux blanchâtres ou colorés en rouge.

Le kyste présente des adhérences à toute la paroi abdominale antérieure, mais on les détruit assez facilement avec le doigt. A la paroi supérieure, après avoir détruit quelques fortes adhérences, on met à nu le paquet intestinal qui n'adhère pas à la paroi du kyste.

Au contraire, dans les flancs et à la région hypogastrique, on doit détruire des adhérences fortes et nombreuses, qui auraient nécessité (en supposant qu'on l'opérât) des incisions et des ligatures multiples.

Après avoir détruit toutes ces adhérences, on arrive à former un pédicule comprenant l'utérus, le rectum, les ovaires et la vessie; toutes ces parties sont reliées au kyste et entr'elles par des adhérences très-intimes. A la partie postérieure de la matrice, on remarque un kyste multiloculaire qui y adhère d'une manière absolue et qui entoure l'ovaire droit dont il n'est pas né. Il est néanmoins difficile de retrouver ce dernier, et d'isoler le ligament large et ses appendices.

La paroi du grand kyste est épaisse, d'un tissu blanchâtre épais qui rappelle assez comme aspect le tissu qui forme les parois aortiques. Dans le kyste, on trouve après évacuation complète du liquide, des tumeurs sarcomateuses de couleur

Digitized by Google

rougeâtre, adhérentes à la paroi interne de la poche, on trouve une tumeur mobile qui s'est probablement détachée de la masse, tumeur qui présente le volume d'une petite orange. Sur la paroi du kyste quelques petites tumeurs kystiques du volume d'une noisette.

Le péritoine viscéral et pariétal est épaissi et très-notablement vascularisé; l'intestin forme un paquet volumineux; ses circonvolutions tassées les unes contre les autres, épaissies, offrent à travers la peau la sensation d'une véritable tumeur. La tunique externe de cette portion du tube digestif est très-vascularisée, les parois intestinales sont épaissies, les valvules conniventes exagérées. Sur tous les points de la cavité péritonéale, adhérences nombreuses, traces de péritonites anciennes. Le foie est petit, traces de périhépatite; adhérences au diaphragme; la coupe en est normale.

Poumons. Quelques adhérences pleurales. Léger emphysème.

Le *cœur* est normal comme volume. Les orifices sont sains, excepté l'orifice auriculo-ventriculaire gauche qui présente des traces d'endocardite ancienne. La valvule mitrale est légèrement épaissie.

Reins normaux.

L'examen histologique du kyste a été fait par M. Malassez, dans le laboratoire de M. Ranvier; au collége de France. La poche du kyste présentait la structure habituelle; elle était tapissée par des cellules polyédriques. Les masses qu'on trouvait à l'intérieur étaient constituées par des végétations sarcomateuses.

8. Mélanose généralisée; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

Cr..., L., entre à Beaujon, le 11 octobre, dans le service de M. le professeur Dolbeau. D'une bonne santé habituelle, cette femme s'aperçut pour la première fois, il y a 9 mois environ, de l'affection qui l'amène à l'hôpital. C'est vers le milieu d'avril 1875 qu'elle se mit à éprouver, au niveau de la grande lèvre gauche, une sensation de cuisson qui devenait plus vive après chaque miction. Examinant attentivement la région douloureuse, elle s'aperçut qu'il y avait là une tache noire large environ comme une pièce de 1 fr.; mais il n'y avait point alors de tumeur, tout se bornait à une tache noirâtre au niveau de la face interne de la grande lèvre. Quelque temps après, les ganglions de l'aine correspondante commencèrent à se développer, puis peu à peu, au niveau de la tache noire, il se forma une tumeur saillante qui saignait avec une grande facilité.

12 *octobre* 1875. Il existe à la partie inférieure et interne de la grande lèvre gauche une tumeur marronnée, d'un brun

Digitized by Google

noirâtre, à large pédicule, recouverte en partie par la grande lèvre droite, de telle sorte qu'il est nécessaire d'entr'ouvrir la vulve pour découvrir toute la circonférence de la tumeur. Cette tumeur est dure, peu sensible à la pression, insérée superficiellement et ne paraît pas envoyer de prolongements dans l'épaisseur de la grande lèvre. Sa surface ulcérée laisse suinter un liquide qui tache le linge comme de la sépia. Dans l'aine, il existe une masse ganglionnaire dure, indolore, sans changement de couleur à la peau, formée par 3 ou 4 ganglions, dont le plus gros a environ le volume d'un pois. L'état général est assez satisfaisant, toutefois la malade a un peu maigri; elle tousse et, au sommet du poumon droit, on entend quelques râles sous-crépitants avec diminution du murmure respiratoire.

28 *octobre*. M. Dolbeau provoque la chute de la tumeur au moyen de la ligature élastique. On traverse avec un trocart la base de la tumeur. Un tube en caoutchouc est introduit et serré de manière à étreindre la moitié de la tumeur, puis on applique, aussi loin que possible, au-dessous de la base de la tumeur un autre tube en caoutchouc qui lie toute la circonférence du pédicule. Cette opération est faite sans chloroforme et donne lieu à une douleur assez vive qui persiste pendant plusieurs heures.

Six jours après l'opération, la tumeur tombe; on panse avec la glycérine la plaie qui en résulte. Cette plaie se cicatrise lentement.

30 *novembre*. Aux environs de la plaie on voit apparaître de nouveaux points mélaniques à la face interne de la grande lèvre; les vaisseaux lymphatiques qui vont de cette grande lèvre aux ganglions de l'aine dessinent sous la peau un réseau bleuâtre de plus en plus accentué. Cependant le nombre des points mélaniques va en augmentant et quand nous succédons dans le service de M. Dolbeau à notre collègue M. Petel, de qui nous tenons ce qui précède, la grande lèvre est remplie de masses dures, disséminées dans toute son épaisseur, grosses comme un pois environ et dont les plus superficielles apparaissent sous la peau avec leur coloration noire. La grande lèvre farcie de ces noyaux nous offre le volume d'un œuf.

Le réseau lymphatique est de plus en plus visible et sous la peau on en sent les cordons noueux et durs. Les ganglions de l'aine forment une masse très-volumineuse, bosselée, noirâtre par transparence.

Cependant des productions analogues se sont développées dans d'autres points du corps. C'est ainsi que nous trouvons sur la partie latérale droite de la colonne dorsale une petite tumeur mélanique grosse comme un pois, une autre à la face interne de l'aisselle droite.

Digitized by Google

La malade accuse une douleur assez vive dans le flanc droit. Là, nous trouvons à la palpation des masses dures et mamelonnées dont la matité se confond avec celle du foie.

9 *janvier*. La malade rejette quelques crachats sanglants et se plaint d'un point de côté à droite. L'auscultation révèle dans ce point du frottement pleural, la percussion de la submatité, il est vraisemblable que des productions analogues se font dans le poumon.

Dans les derniers temps de la vie nous examinons les urines de la malade. Elles nous donnent d'une façon très-nette, cette réaction qui a été déjà signalée en pareil cas, traitées par l'acide azotique après avoir été chauffées, elles prennent immédiatement une teinte noire et deviennent semblables à de l'encre sans qu'il se forme de précipité.

L'état général est de plus en plus mauvais, la malade devient d'une maigreur extrême, le teint est jaune, l'appétit perdu, il survient de l'œdème des membres abdominaux et la malade s'éteint dans la cachexie.

AUTOPSIE. — Généralisation complète de la mélanose. A part la rate, le pancréas, la vessie qui sont intacts, il n'est pas d'organe qui ne nous offre quelques points mélaniques. Nous en trouvons dans le rein sous forme de noyaux disséminés, superficiels, gros comme des lentilles; à la surface de l'intestin faisant une faible saillie sous le péritoine.

Le foie complètement dégénéré atteint un volume énorme; il pèse 3 kilog. et mesure 17 cent. dans le sens vertical, sa surface est couverte de ces bosselures qu'on sentait dans le flanc droit à travers la paroi. Une section de l'organe montre le tissu parsemé de noyaux et de traînées mélaniques.

Les poumons sont tapissés à leur surface d'une couche noire mélanique très superficielle, irrégulièrement disposée. Dans leur intérieur nous ne trouvons nulle part ces noyaux mélaniques. Du côté droit nous constatons la pleurésie que nous avait révélée l'auscultation.

Le cerveau lui-même est atteint; à la face interne de l'hémisphère gauche, immédiatement au-dessus du corps calleux, existe une très-petite masse mélanique, grosse comme une lentille, située immédiatement sous la pie mère mais pénétrant un peu la substance grise de la circonvolution. Un point analogue existe au niveau du vermis supérieur.

A la face interne de l'occipital on aperçoit un grand nombre de taches noires, développées dans le diploé et qui apparaissent à travers la table interne de l'os. Faisant des sections sur différents os, vertèbres, extrémité supérieure du fémur, etc., nous trouvons partout de ces taches mélaniques disséminées en plus ou moins grande abondance.

Digitized by Google

Les ganglions bronchiques et mésentériques sont volumineux, noirs, friables et quand on les écrase entre les doigts ils tachent comme la sépia. En un mot presque tous les organes, et presque tous les tissus nous présentent des traces d'une généralisation extrêmement rapide (1).

9. Fongus de la vessie; Calculs phosphatiques récidivants; Lithotrities multiples; Mort rapide; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

G. L., 67 ans, sellier; fait remonter le début de son affection à quatre ans environ. A cette époque il commença à ressentir des douleurs exagérées par le mouvement, des démangeaisons à l'extrémité du gland, la miction devint plus fréquente, l'urine s'altéra et fut parfois sanglante. Alarmé par ces symptôme, il entra une première fois à Beaujon et fut lithotritié.

Au bout de trois mois il sort amélioré de l'hôpital pour y rentrer une seconde fois, deux mois après; il est de nouveau lithotritié par M. Dolbeau, mais les calculs se reproduisent toujours et les accidents qu'ils provoquent appellent à quatre reprises le malade dans nos salles. Pendant ces différents séjours on lui pratiqua environ quarante lithotrities sans résultat définitif.

Outre les calculs M. Dolbeau avait diagnostiqué un fongus au niveau du col de la vessie, faisant saillie surtout du côté gauche; dans le cathétérisme, en effet, le bec de la sonde était dévié manifestement au moment où l'on entrait dans la vessie. Les douleurs sont vives et s'exaspèrent par le moindre mouvement, les urines profondément altérées révèlent un catarrhe intense. Le malade qui, depuis la première lithotritie, n'urine plus spontanément est obligé de se sonder d'heure en heure. Il se plaint d'une extrême faiblesse des jambes et les derniers temps est obligé de rester couché.

Les choses sont dans cet état depuis quelque temps, quand le 24 janvier, sans cause occasionnelle, sans qu'aucune manœuvre ait été pratiquée, le malade est pris dans la journée d'un frisson violent, avec claquement de dents.

Ce frisson dure une demi-heure environ et est remplacé par un coma dont on peut d'abord retirer le malade mais qui progressivement devient absolu. La température s'élève à 39° 2. Le pouls petit, filiforme est à 130. Le malade se recouvre d'une sueur abondante et succombe six heures environ après le début des accidents.

(1) Les pièces ont été déposées au musée Dupuytren.

www.libool.com.cn

Digitized by Google

Autopsie. — Le rein droit est presque sain et n'offre rien à noter. — Le rein gauche de volume normal est rétracté par places, mamelonné. Le tissu rénal est jaunâtre, graisseux. Le bassinet très-dilaté forme une poche dans laquelle nous trouvons, engagés à l'orifice de l'uretère, trois calculs d'inégal volume; l'un aplati, gros comme une amande, deux autres plus petits; ils baignent dans une urine louche, purulente et fétide. Dans l'uretère du même côté légèrement dilaté nous trouvons vers la partie moyenne un calcul gros comme un petit pois.

Au niveau du col de la vessie existe en effet une tumeur violacée, mollasse, faisant à gauche une saillie grosse comme un marron et, dans la rigole que forme le bas-fond de la vessie, en arrière de la saillie se trouvent un grand nombre de calculs; le plus volumineux ne dépasse pas les dimensions d'une noisette, trois ou quatre ont à peine le volume d'un pois. A leur surface ils sont assez friables et d'aspect phosphatique, mais au centre leur consistance est beaucoup plus grande. Ils sont baignés par une urine louche et fétide transformée en une véritable boue calculeuse.

La muqueuse violacée nous présente les lésions du catarrhe chronique.

10. Abcès périprostatique chez un tuberculeux; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Le nommé B... entre le 3 janvier au n° 4 de la salle Saint-Michel, (service de M. Empis) à la Charité. Cet homme, âgé de 41 ans, est faible, amaigri: il dit qu'il tousse depuis trois mois environ et qu'il a fréquemment des sueurs la nuit. Sa face est très-amaigrie, il est un peu sourd, et se plaint d'un écoulement purulent des deux oreilles, fétide, mais peu abondant, qui l'incommode depuis plusieurs années.

La poitrine est amaigrie, les omoplates saillantes; on trouve à la percussion de la matité aux sommets. A l'auscultation on entend des râles disséminés dans toute la poitrine, des craquements et de la respiration soufflante aux sommets. Il a craché plusieurs fois du sang dans le courant de l'année dernière. Pas de vomissements, ni de diarrhée.

Sa chemise est mouillée par une grande quantité de pus extrêmement fétide qui sort continuellement de l'urèthre, surtout pendant la nuit. Il éprouve des douleurs très-vives sur le trajet de l'urèthre, principalement lorsqu'il veut uriner. En pressant sur le canal, on en fait toujours sortir une assez grande quantité de pus. On pense d'abord à une blennorrhagie extrêmement intense; le malade déclare qu'il en a eu déjà plusieurs antérieurement.

Digitized by Google

Le surlendemain de son entrée, on s'aperçoit à la visite du matin, que le côté gauche de la face est entièrement paralysé. Les rides du front sont effacées, la paupière couvre incomplétement le globe de l'œil, la narine gauche est aplatie, la commissure gauche des lèvres abaissée. Il ne peut siffler et s'exprime avec peine. Il raconte qu'il a souffert plus que d'habitude dans l'oreille gauche et qu'il y éprouve encore une douleur assez vive.

Les jours suivants, la paralysie faciale semble s'accentuer davantage. La surdité devient plus marquée: elle est à peu près complète à gauche. On est obligé de lui parler dans l'oreille droite. Le cubèbe paraît rester sans action contre l'écoulement uréthral; celui-ci devient de plus en plus épais et fétide. Mélangée à cet écoulement, l'urine du malade paraît extrêmement épaisse. Aussi M. Empis prescrit-il de faire des injections dans la vessie avec de l'eau de goudron.

Le soir même je pratique un premier essai. La sonde pénètre facilement et sans trop de douleurs dans l'urèthre. Mais, arrivée vers la portion membraneuse, elle se trouve arrêtée par un obstacle, et le malade indique une vive douleur. Je la retire aussitôt, sans avoir fait le moindre effort pour franchir l'obstacle, et un jet de pus, épais, noirâtre suit immédiatement la sortie de la sonde. Il est évident qu'un abcès péri-uréthral vient de s'ouvrir, sous la pression exercée par la sonde. Pas une goutte de sang n'a accompagné l'expulsion du pus.

Cette exploration est munie d'une légère douleur qui se calme assez promptement et le lendemain matin, le malade déclare qu'il a été soulagé et qu'il urine plus facilement.

Malgré cet insuccès, M. Empis, prescrivit de tenter encore de pénétrer dans la vessie, le malade indiquant de vives douleurs du côté de cet organe. Deux essais furent encore tentés, et n'amenèrent aucun résultat. La sonde s'arrêtait au même endroit, et ne parvenait pas dans la vessie. A la suite d'une de ces tentatives, le malade fut pris tout-à-coup d'une douleur extrêmement vive s'irradiant vers l'anus et le périnée. Celui-ci était extrêmement sensible à la palpation. Le malade raconta qu'il était fréquemment pris de semblables douleurs lorsqu'il faisait des efforts pour uriner. Le toucher rectal pratiqué aussitôt resta sans résultat. On ne trouva aucune tuméfaction bien nette du côté de la prostate.

Ces tentatives ne furent pas renouvelées, le malade continua à rendre du pus en grande quantité, mais celui-ci prit d'autres caractères. Il devint plus épais, plus fétide, presque noirâtre, il renfermait évidemment des parcelles de matières fécales, le malade prétendit même y reconnaître plusieurs fois

Digitized by Google

des morceaux d'aliments non digérés. Le passage de ces matières demi-solides était extrêmement douloureux.

M. Gosselin, appelé en consultation, pratiqua le cathétérisme sans pouvoir pénétrer dans la vessie. Il fit un second essai en faisant en même temps le toucher rectal, et sentit facilement le bec de la sonde dans le rectum. La prostate lui sembla petite et réduite à une espèce de coque.

Le même jour, le malade, en allant au bain, fut pris d'un frisson violent et dut remonter dans la salle aussitôt. Le soir il se plaignit d'un violent point de côté à gauche ; il avait de la fièvre, la peau chaude et humide, la langue sèche. La respiration était haletante. Pas de douleur du côté de la tête, ni de l'oreille gauche. Même état des voies urinaires.

Le lendemain on trouva dans son crachoir, quelques crachats peu abondants, d'une couleur jus de pruneaux, aérés, et peu adhérents. Matité à la base et à gauche. A l'auscultation souffle tubaire. Respiration soufflante avec craquements aux deux sommets. M. Empis prescrit un vécicatoire sur le côté gauche.

Le soir, le malade est beaucoup plus mal, la respiration devient bruyante, stertoreuse, il répond encore aux questions qu'on lui adresse, mais il a déjà du crocidisme; il arrache son vésicatoire, retire le cataplasme qu'on lui met sur le ventre, et s'agite sans cesse dans son lit. Pas de douleur du côté de la tête; depuis un ou deux jours, la joue gauche est un peu œdématiée, l'écoulement de l'oreille est aussi plus abondant. Crachats jus de pruneaux. Souffle tubaire à gauche et à la base. Il meurt à minuit, le 3 février.

Autopsie. — Les poumons sont le siége de lésions très-profondes. Le sommet droit présente en plusieurs points des îlots de pneumonie caséeuse et renferme une caverne assez grande; les petites bronches sont entourés d'une zone caséeuse. La base est à peu près saine. Le poumon gauche présente les mêmes altérations que le droit, à son sommet, mais avec une caverne moins étendue. Le lobe inférieur est hépatisé; dans sa plus grande étendue, la pneumonie est à la période d'hépatisation rouge, sur un point elle est déjà à la période d'hépatisation grise. — Les bronches sont très-congestionnées ; le larynx présente plusieurs ulcérations. Le cœur est sain, petit, et renferme une grande quantité de caillots post mortem.

L'estomac est sain. L'intestin grêle présente un grand nombre d'ulcérations tuberculeuses, à bords déchiquetés et anfractueux, et atteignant des dimensions très-variées. Le gros intestin est sain, dans toute la portion descendante du colon jusqu'au rectum. — La rate est petite, non ramollie; le foie est gras, normal comme volume.

Digitized by Google

Le cerveau, le cervelet et le bulbe sont sains. — Le rocher paraît présenter des granulations et de petits foyers caséeux sur sa coupe. Les osselets sont complétement détruits ; les cellules mastoïdiennes sont remplies de pus.

Les reins, les bassinets et les uretères sont sains ; la vessie renferme une urine trouble, elle est un peu congestionnée, principalement vers le col. La muqueuse de l'urèthre paraît saine dans toute sa portion pénienne. Elle est enflammée dans sa portion prostatique et le verumontanum est très-développé. Au-dessous d'elle et au-dessous de la prostate, on trouve un cloaque très-étendu, qui a disséqué le rectum dans sa portion inférieure, et qui communique avec cette portion de l'intestin par deux ouvertures irrégulières, à bords indurés et déchiquetés, situées sur la face postérieure et séparées l'une de l'autre par une portion de muqueuse, large d'un centimètre. A sa partie supérieure, le cloaque ne remonte pas au-dessus de la prostate; à sa partie inférieure il descend jusqu'au sphincter de l'anus. Il est donc très-évasé à sa partie postérieure et supérieure, plus étroit à sa partie antérieure où il vient se terminer à 5 centimètres du col de la vessie, après avoir détruit l'urèthre à sa partie inférieure dans une étendue de trois centimètres environ. Les vésicules séminales paraissent saines, ainsi que les testicules. Les parois du cloaque sont irrégulières et anfractueuses. La face inférieure de la prostate est creusée d'une excavation qui admet facilement la pulpe du doigt. Elle ne présente pas de lésions sur sa coupe, et l'examen microscopique a prouvé ultérieurement qu'elle était parfaitement saine.

En résumé, la collection purulente a détruit la face inférieure de l'urèthre dans une partie de sa portion pénienne, et presque toute sa portion membraneuse, Passant au-dessous du verumontanum et de la prostate, elle a décollé le rectum jusque sur sa face postérieure, et s'est fait jour dans cette partie de l'intestin par deux ouvertures d'un centimètre de diamètre environ, et séparées l'une de l'autre par une bande d'intestin d'un centimètre de largeur.

Réflexions. L'excavation de la prostate n'avait pas été reconnue sur le vivant; la prostate avait seulement paru peu volumineuse. En présence de l'état parfaitement sain de la vessie, de la prostate, des testicules et des vésicules séminales il devient impossible d'affirmer que cette excavation puisse être d'origine tuberculeuse. D'un autre côté la lésion n'a pas pu progresser du rectum vers l'urèthre. L'intestin grêle est rempli d'ulcérations, il est vrai, mais le gros intestin est sain. De plus, les bords des perforations sont déchiquetés, mais en même temps amincis et ne présentent pas le boursoufflement

Digitized by Google

et les indurations qui accompagnent les ulcérations tuberculeuses. Enfin, le début de la maladie par un écoulement purulent de l'urèthre auquel les matières fécales ne sont venues se mêler que plus tard, montre bien que l'inflammation a dû avoir primitivement son siége dans l'urèthre. Pourtant, l'excavation de la prostate n'est pas en faveur de cette assertion. M. Gosselin croit qu'elle ne peut se produire que très-rarement dans les abcès périprostatiques qui succèdent à l'inflammation blennorrhagique de la partie profonde de l'urèthre. Mais il en admet la possibilité, et ne serait pas éloigné de trouver dans cette suppuration, une certaine analogie avec celles qu'on observe dans les os et le périoste chez les tuberculeux.

11. Inversion splanchnique complète. — Démence sénile. — Hémiplégie ancienne ; par M. Ernest CHAMBARD, interne des hôpitaux.

La femme André, entre le 15 mai 1874 à la Salpétrière (service de M. MOREAU de Tours). Les certificats de MM. LASÈGUE et MAGNAN, constatent qu'elle est atteinte de démence sénile, avec incohérence, sensiblerie, impossibilité de diriger ses actes, ancienne perte de mémoire et conscience imparfaite de sa situation. Le diagnostic porté par M. MOREAU est, démence consécutive à des accidents cérébraux.

Cette malade présente, en outre, les traces d'une hémiplégie gauche avec contracture secondaire du membre supérieur de ce côté. Le bras est rapproché du tronc, l'avant-bras en flexion et en pronation, le poignet en flexion sur l'avant-bras et les doigts dans la main. La contracture du membre inférieur est beaucoup moins accusée.

Pendant son séjour à la Salpétrière, cette femme était calme; parlait avec assez de facilité, raisonnait avec assez de suite, était assez gaie sauf pendant les visites qu'elle recevait et au sujet desquelles elle pleurait quelquefois. Incontinence d'urine et de matières fécales. La mort survint le 28 janvier 1876, à l'âge de 74 ans.

AUTOPSIE. — D'une manière générale, la masse encéphalique est symétrique, mais on remarque très-facilement, du côté gauche du cerveau proprement dit, une atrophie de quelques circonvolutions. Celle-ci porte : 1° sur la partie supérieure de la circonvolution frontale ascendante, comprise entre le pied de la seconde circonvolution frontale et la scissure interhémisphérique ;

2° Sur le pied des première et deuxième circonvolutions frontales. Ces plis sont diminués de hauteur et de largeur et les sillons qui les séparent sont agrandis comme si on eut

Digitized by Google

pressé successivement avec les doigts leur sommet et leurs parties latérales.

www.libtool.com.cn

B. Les artères de l'encéphale sont fortement athéromateuses. Un foyer de ramollissement dans l'hémisphère droit explique l'hémiplégie.

C. Après avoir ouvert les cavités splanchniques, on est frappé de la disposition anormale des organes qu'elles renferment : laissant de côté leurs altérations particulières, nous envisagerons ce fait au point de vue purement tératologique et nous décrirons la masse viscérale vue successivement par devant et par derrière.

Cavité thoracique. 1° *Cœur et vaisseaux de la base du cœur.* Le cœur se dirige en bas et à droite ; son volume, sa forme, son incidence sur le diaphragme sont d'ailleurs normaux. La direction seule est changée. L'artère pulmonaire se dirige à droite et en haut. L'aorte se dirige en haut et à gauche ; elle est embrassée à son origine par l'auricule. A gauche se trouve encore la veine cave supérieure avec la terminaison des veines jugulaire et brachio-céphalique. La crosse aortique donne naissance : à droite aux artères sous-clavière et carotide, à gauche, au tronc innominé.

2° *Appareil respiratoire.* Le poumon droit est bilobé et réduit considérablement de volume par la présence du cœur dont il ne recouvre qu'une très-petite partie. Le poumon gauche a ses dimensions normales et est pourvu de trois lobes.

Derrière la crosse aortique, se trouve la trachée, un peu sur la gauche et croisée par le tronc innominé. Le diaphragme est oblique de haut en bas et de gauche à droite.

Cavité abdominale. Le *foie* est transposé à gauche ; son gros lobe recouvert par la portion du diaphragme sur laquelle repose la base du poumon gauche, recouvre le rein gauche. Le lobe moyen est en rapport : en haut avec le bord inférieur et gauche du cœur ; en bas avec le pylore et à droite avec la grosse tubérosité de l'estomac. Le petit lobe, éminence porte antérieure, repose sur le pancréas dont il est séparé par l'épiploon gastro-hépatique. De cette disposition il résulte que le sillon droit de la face inférieure du foie est occupé par le cordon de la veine ombilicale et le sillon gauche par la vésicule biliaire.

L'*estomac* présente aussi une inversion complète de la direction normale, mais encore une modification notable de sa forme. Si nous suivons son axe à partir du cardia qui se trouve à sa place habituelle, ou à peu près, nous le voyons se diriger d'abord transversalement à droite, jusque sous la pointe du cœur, puis verticalement en bas jusqu'au point où il croise l'axe du pancréas prolongé. Il s'infléchit ensuite à gauche,

Digitized by Google

vers la région ombilicale, remonte un peu et se continue avec le duodénum au-dessous de la vésicule biliaire.

Il résulte de cette direction anormale de l'axe de l'estomac que ce viscère présente deux portions assez faciles à distinguer l'une de l'autre : 1° une portion supérieure, située à droite, plus large en haut qu'en bas et correspondant au grand cul-de-sac; 2° une portion inférieure, ayant la forme d'un cône courbe à concavité supérieure occupant la région ombilicale et se continuant insensiblement avec l'intestin. Ce n'est, en effet, qu'après avoir ouvert l'estomac, qu'on a pu constater un anneau musculaire et des différences d'aspect indiquent le lieu précis où finissait ce viscère et où commençait le duodénum.

Entre le bord inférieur du foie et le bord supérieur de l'estomac existait un espace semilunaire, occupé par le pancréas recouvert du petit épiploon. Ce viscère, étendu transversalement, avait sa tête à gauche, entourée par le duodenum, et sa queue à droite.

La rate qui n'abandonne jamais le grand cul-de-sac de l'estomac, lui était appliquée et se trouvait, par conséquent à droite. Sa forme était en tout comparable à celle d'un cône dont la base serait coupée obliquement par rapport à son axe. A l'ouverture de l'abdomen, on pouvait voir son extrémité supérieure entre la pointe du cœur en haut, la grande courbure de l'estomac en bas, et le bord droit du foie en dedans.

Région sous-ombilicale. — La position des *reins* est symétrique. Le rein gauche paraît un peu plus bas que le rein droit.

Le *colon* transverse décrit dans la région sous-ombilicale une courbure très-accusée à concavité supérieure, et est séparé du bord inférieur de l'estomac par un intervalle de 0 m. 12 à 0 m. 15. L'S iliaque est à droite et le cœcum à gauche. Aucune anomalie des organes génito-urinaires.

Masse viscérale vue par derrière. — L'aorte est située à droite de l'œsophage, dans le thorax : elle lui devient ensuite postérieure. Le pneumogastrique gauche passe derrière la portion cardiaque de l'œsophage et se rend vers la face postérieure de l'estomac.

En se mettant dans l'axe de la colonne vertébrale, on remarque une légère courbure à concavité dirigée à droite, indiquant la position anormale de l'aorte contre cette face des corps vertébraux. — Outre cette courbure qui est très-faible, mais qui nous a paru exister, il existe un certain aplatissement de la partie droite de la colonne. Ce fait montre en tout cas, que cette courbure et cette dépression signalées depuis longtemps à gauche, tiennent bien à la présence de l'aorte

Digitized by Google

comme l'admettent MM. *Thomas* et *Sappey* et non à la prééminence fonctionnelle du bras droit ainsi que le croyait *Bichat*.

www.libtool.com.cn

Le cas dont nous venons de relater les principaux détails doit donc se rattacher aux anomalies congénitales décrites par *Cruveilhier* sous le nom d'inversions splanchniques générales. Ici, sauf l'estomac dont la forme est notablement modifiée, les viscères ont conservé leur forme normale et même leurs connexions normales avec les vaisseaux qui y affèrent ou qui en proviennent : leur sens seul est changé ainsi que leurs rapports avec les viscères voisins, en sorte que, selon l'ingénieuse comparaison de *Geoffroy Saint-Hilaire*, l'ensemble des organes transposés représente exactement la position de ces organes dans notre image réfléchie par un miroir.

La nature de cette anomalie de situation nous explique qu'aucun changement, aussi bien dans ce cas que dans ceux qui sont déjà connus, n'ait pu être observé dans la situation des organes parfaitement symétriques par rapport à l'axe du corps, tels que le larynx, le cerveau, les organes genito-urinaires ; elle nous permet encore de considérer sans étonnement la longévité de ce sujet : notre femme est morte à 74 ans, et un invalide, observé par *Morand* et par *Mery*, était âgé de 72 ans (1).

12. Perforation de l'appendice cœcal. Abcès périnéphrétique droit. — Pleurésie purulente consécutive à la perforation du Diaphragme par le pus ; par M. AUDOUARD, interne des hôpitaux.

C. A., âgé de 27 ans, maréchal ferrant, entre le 24 janvier 1876 (service de M. Lécorché), à l'hôpital Beaujon. Cet homme, qui a toujours été bien portant, est pris le 22 janvier de frissons qui se sont répétés plusieurs fois, et qui ont été suivis, toute la journée, de violentes coliques. — La nuit du 22 au 23 a été assez calme. Le lendemain, dans l'après-midi, le malade a de nouveau un grand frisson qui dure environ une demi-heure. Il a de la fièvre mais pas de coliques. Il peut avoir quelque repos la nuit suivante.

24 *janvier*. A son entrée à l'hôpital, le malade accuse dans la fosse iliaque droite, de vives douleurs qui s'exaspèrent à la plus légère pression. Le ventre n'est pas ballonné. La fièvre

(1) Un croquis schématique, représentant la masse viscérale vue par devant, la direction et les rapports anormaux des organes qui la constituent, se trouve dans l'album de la Société.

Digitized by Google

est assez intense, la peau est chaude et la face légèrement grippée. Le malade va une seule fois à la selle en prenant un lavement, les gardes-robes étant supprimées depuis le 24 au matin.

www.libool.com.cn

25. Les douleurs persistent dans la fosse iliaque droite. Au palper on ne trouve pas de tumeur arrondie, mais un empâtement profond de la région iléo-cœcale. La fièvre persiste. Les urines sont peu abondantes, rouges et chargées d'urates. On ne trouve pas d'albumine. — Application de sangsues sur la fosse iliaque droite et purgatif.

26. La douleur dans la fosse iliaque est de beaucoup diminuée, mais elle paraît être remontée au niveau du foie. Le malade est allé en diarrhée à la garde-robe. La fièvre persiste toujours. Temp-axil. Matin : 39°, 2. — Soir : 39°, 2.

27. Le malade se plaint de douleurs à la région lombaire, et à l'épaule droite. Le foie est douloureux à la pression. Il ne paraît pas augmenté de volume, teinte subictérique. T. M. 38°,4. — Soir : 39°, 1.

28. Le point douloureux est encore déplacé; le malade accuse un point de côté en arrière et à droite de la poitrine, à l'examen de la cavité thoracique on trouve une pleurésie droite avec épanchement dans le tiers inférieur de la plèvre. T. M. 37°, 8. — Soir : 39°, 2.

29. Œdème léger de la paroi thoracique même état du malade. T. M. 38°, 4. — Soir : 39°, 2. — 30. T. M. 39°, 6. — 31. L'état général du malade s'aggrave. La fièvre augmente. Il a un peu de diarrhée. Dans l'après-midi le malade est pris de frisson ; la respiration commence à être gênée. T. M. 40°. — Soir : 40°, 4.

1er *février*. Dès le matin, le malade a de la dyspnée, la peau est couverte de sueurs. T. 40,2. — On fait la ponction, mais on ne retire que quelques grammes d'un liquide purulent, fétide et aussitôt on fait l'empyème. Il s'échappe environ trois litres de pus d'un fétidité stercorale. — Le malade meurt dans l'après-midi.

Autopsie. — *Cavité abdominale.* — Péritonite partielle droite. Adhérences des dernières portions de l'intestin grêle autour du cœcum et de l'appendice vermiculaire. Ces adhérences sont faciles à rompre. — Une fois les anses intestinales enlevées, on découvre au niveau de l'extrémité libre de l'appendice iléo-cœcal une ulcération à bords gangréneux qui en a détruit tout le fond. Par suite des adhérences de l'appendice, la perforation, n'a pu se faire dans la cavité péritonéale, le péritoine de la fosse iliaque a été détruit au point où adhérait l'appendice et il y a eu communication avec le tissu cellulaire péri-cœcal.

En ouvrant les dernières anses d'intestin grêle, on n'observe

Digitized by Google

qu'une légère congestion de la muqueuse près de sa terminaison. — L'appendice cœcal a sa coloration normale excepté au niveau de la perforation. En ce point, on trouve une concrétion arrondie, grisâtre, peu résistante et du volume d'un noyau de cerise. Si on suit le trajet fistuleux, en partant l'appendice on trouve une vaste loge purulente qui occupe toute la région lombaire droite; en arrière du feuillet du péritoine. Le tissu cellulaire péri-rénal est complétement détruit et le rein baigne dans le pus.

Une concrétion analogue à la première par sa couleur et sa résistance, mais comparable à un noyau d'olive existe dans cette cavité où elle sera tombée sans doute après avoir déterminé la perforation de l'appendice. Le rein droit, par son extrémité supérieure, adhère à la dépression correspondante du foie, et le pus remontant en arrière du bord postérieur du foie, entre la veine cave inférieure en dedans et la fossette rénale en dehors — arrive au contact du diaphragme, dont il a détruit quelques fibres aponévrotiques au niveau de la foliole droite, et pénètre ainsi dans la plèvre droite.

Foie. Face supérieure lisse. Face inférieure coloration verdâtre; elle est recouverte dans toute la moitié droite, de fausses membranes purulentes. — Bord postérieur adhérent en plusieurs points au diaphragme.

Les muscles psoas-iliaque et carré des lombes droits sont intacts, les fibres musculaires ont conservé une coloration rouge. Le diaphragme paraît sain, excepté au niveau de la foliole droite. — Vues par la face inférieure les fibres aponévrotiques de cette foliole sont éraillées, disséquées pour ainsi dire, et en un point on observe une perte de substance.

Plèvre droite. — Les feuillets de la plèvre droite sont absolument recouverts de fausses membranes. Il n'y a d'adhérences qu'au niveau de la plèvre diaphragmatique, dans une étendue d'une pièce de cinq francs, près du bord antérieur en avant de la perforation. Poumon droit, peu diminué de volume. Tissu pulmonaire congestionné. Plèvre gauche et poumon gauche, rien à noter. Péricarde : On trouve un peu de liquide citrin dans la cavité et quelques plaques pseudo-purulentes au niveau de l'origine des gros vaisseaux ; *cavité crânienne*, rien à noter.

Analyse du calcul ; par M. DANLOS, préparateur au laboratoire de chimie biologique de la Faculté. Le calcul desséché dans l'étuve à 100° pèse 302 milligrammes. Brisé après dessèchement, il se montre composé de feuillets concentriques superposés semblables d'aspect et sans noyau visible. Traité par l'éther, il donne une assez notable proportion de matière grasse sans trace de cholestérine; incinéré, il laisse un résidu blanc,

Digitized by Google

formant 20 0[0 de la masse totale et composé exclusivement de phosphate de chaux sans trace de magnésie ni de silice. Pas d'acide sulfurique ni oxalique combinés à la chaux. La matière organique détruite par l'incinération ne présente pas, sauf la substance grasse, de caractère chimique définitif. Tout ce qu'il est possible d'affirmer c'est qu'elle est partiellement au moins formée de substances azotées.

13. Empoisonnement par le chlorure de zinc. — Gastrite toxique; par Lucien DREYFUS, interne des hôpitaux.

Devin..., J. 38 ans, marchande des quatre saisons, entre le 8 février 1876 à l'hôpital Temporaire (service de M. HAYEM). Buveuse déterminée, elle avale le 8 février au matin par erreur (?) une solution de chlorure de zinc. — Elle ressentit immédiatement une vive douleur dans l'arrière-gorge. Dysphagie vive, peu de vomissements, grand malaise. Quelques douleurs à l'épigastre. Plaques blanches grisâtres sur une surface excoriée dans l'arrière-gorge.

9 *février*. Aggravation de l'état général : pouls filiforme, ventre douloureux, un peu ballonné, grand abattement. Le collapsus s'accentue pendant la journée et la malade succombe dans la nuit suivante.

AUTOPSIE. *Poumons*. — Congestion à la base. Au sommet gauche, noyaux indurés et cicatrices d'anciennes lésions tuberculeuses. *Cœur*. Rétrécissement mitral. Coloration jaunâtre du tissu musculaire cardiaque. *Foie* un peu diminué de volume : à la coupe, le tissu crie sous le scalpel, est décoloré, mais d'une manière irrégulière, de sorte qu'il subsiste des points de coloration normale, plus foncée. — *Rate*, petite, molle.

Œsophage. Renferme une matière grisâtre, terreuse, recouvrant la muqueuse de coloration rouge-vineux, aspect que l'on retrouve dans le pharynx et la partie sus-glottique du larynx. L'œsophage paraît épaissi, la paroi en est rouge dans toute son épaisseur. La muqueuse paraît ridée, cautérisée, se détache facilement de la couche épithéliale.

Estomac. Il renferme un contenu terreux, analogue à celui de l'œsophage. L'estomac a une coloration noirâtre, surtout à la partie moyenne et le long de la grande courbure. Les replis de la muqueuse sont très-gonflés : à leur surface et dans leurs intervalles, on voit des eschares blanchâtres. Ces eschares sont très-variables dans leur forme, tantôt en bandelettes, tantôt en plaques irrégulièrement circulaires, avec bords taillés à pic. A leur niveau la muqueuse paraît entièrement détruite. Les vaisseaux sont gorgés de sang noir; injection très-fine des capillaires.

Digitized by Google

Duodénum. La muqueuse est amincie, érodée. Ces érosions avec desquamation épithéliale se poursuivent jusque dans la troisième portion. Au commencement de l'intestin grêle, congestion assez intense, et petites érosions, semblables à celles qu'on obtient en touchant une muqueuse avec de l'acide chlorhydrique.

Reins. Surface pâle, grisâtre. A la coupe, tissu décoloré jaunâtre, graisseux. Légère congestion à la base des pyramides.

Péritoine sain. — *Examen chimique* fait par MM. Bovet et Gautrelet, internes en pharmacie. Présence d'une quantité considérable d'acide chlorhydrique dans les urines : présence d'acide chlorhydrique et de zinc dans les matières que renferme le tissu digestif.

14. Fractures du bassin ; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Cette pièce a été recueillie dans le service de M. CHARCOT, sur une femme de 87 ans, salle Saint-Paul, n° 6. Cette femme, atteinte d'une débilité profonde, avait été admise pour un embarras gastrique.

Le 19 août 1875, on la plaça sur un lit neuf. Elle y était à peine depuis quelques instants, qu'un léger mouvement la fit rouler à terre. Ses voisines ont raconté qu'elle était tombée sur la hanche gauche, et qu'elle était restée sur le côté, les pieds retenus en haut par les couvertures et la main droite accrochée aux rideaux jusqu'à ce qu'on vînt la relever.

Au moment de la chute, elle avait poussé de grands cris ; elle continua à gémir une fois replacée dans son lit où elle conserva une immobilité complète. Elle se plaignait de souffrir tout le long de la face interne de la cuisse gauche et elle portait souvent ses mains au bas-ventre du même côté.

Une demi-heure environ après l'accident, elle commença à avoir des vomissements alimentaires d'abord, puis bilieux, qui se répétèrent une dizaine de fois dans les deux heures qui suivirent, puis cessèrent.

La malade tomba ensuite dans une espèce de stupeur qui donna le change et on ne s'occupa plus d'elle. Vers 1 heure du matin, on entendit de nouveau quelques gémissements, mais quand on accourut pour la secourir, elle était morte. Dix heures s'étaient écoulées depuis la chute.

AUTOPSIE. — Au niveau de la partie antérieure de la crête iliaque gauche, la peau présente une ecchymose avec destruction de l'épiderme de 5 centimètre environ de long sur 15 centimètres de large, suivant la direction de la crête osseuse. On trouve une autre ecchymose moins étendue sur la partie externe du coude du même côté; et une troisième

Digitized by Google

large comme une pièce de 2 francs au niveau du condyle fémoral gauche.

Dans l'encéphale et dans les organes thoraciques, il n'existe aucune lésion capable d'amener une mort aussi prompte ; les poumons sont seulement un peu engoués.

Le foie, les reins, la rate ne présentent non plus rien de particulier. L'intestin est distendu par des gaz dans toute son étendue, sauf dans la partie inférieure à partir de l'angle gauche du côlon jusqu'au rectum où il est rétracté. Le péritoine est fortement injecté, surtout dans sa portion sous-ombilicale. Dans le cul-de-sac utéro-rectal, on trouve environ 100 grammes de liquide roussâtre.

Au niveau de la vessie, qui est à peu près vide, on voit une plaque qui s'étend vers la gauche au-dessus du pubis, d'une coloration rouge noire, dépolie, mais sans solution de continuité apparente. Une incision, faite en ce point, sur le péritoine, montre que cette plaque forme la limite d'un épanchement sanguin d'un centimètre d'épaisseur, qui s'étend depuis le bord interne du psoas gauche et dépasse à droite la symphyse pubienne. La vessie et le tissu cellulaire sont refoulés en arrière de la collection qui recouvre directement le périoste. Quand on a enlevé ce sang caillebotté, on sent une petite saillie rugueuse en dehors et à gauche de la symphyse. Il y a une fracture de la branche horizontale du pubis.

En essayant de rapprocher les deux épines iliaques, on peut produire un chevauchement de deux ou trois millimètres. C'est le fragment externe qui glisse en arrière de l'autre et tend à se rapprocher de la ligne médiane ; l'interne fait saillie en avant et en dehors. Comme on peut le constater encore sur la pièce sèche, les deux fragments sont taillés en biseau, l'interne aux dépens de sa face postérieure, l'externe aux dépens de sa face antérieure.

Le bassin ne présente aucune solution de continuité en arrière. L'articulation sacro-iliaque est seulement un peu relâchée ; et c'est ce relâchement qui explique le peu de mobilité qui existe.

Le bassin ayant été enlevé avec les parties molles, j'ai disséqué avec soin la fosse obturatrice et j'ai pu examiner la fracture du pubis portant sur les deux branches : La fracture de la branche descendante est située à 27 millimètres de la symphyse et est à peu près transversale. La fracture de la branche horizontale oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant est située à 1 centimètre seulement de la symphyse en arrière, tandis qu'en avant, elle s'en écarte de 2 centimètres 1/2 et entame la gouttière sous-pubienne dans sa partie interne. A ce niveau, on pouvait voir une des veines

Digitized by Google

accompagnant l'artère obturatrice rompue dans la moitié supérieure de son calibre. Le nerf et l'artère ne présentent aucune altération apparente. La vessie qui ne contient que quelques gouttes d'urine normale est intacte; il en est de même de l'urèthre qui n'offre aucune déchirure.

Cette observation est remarquable à plusieurs titres:

1° D'abord par le siége de la douleur prédominant le long de la face interne de la cuisse et due vraisemblablement à une irritation du nerf obturateur au niveau de la fracture.

2° Par les symptômes abdominaux qui ont amené rapidement la mort et dus à un épanchement sous-péritonéal produit par la rupture d'une veine obturatrice par un des fragments (probablement l'externe qui faisait saillie en dehors).

3° Et enfin par le mode de production. La manière dont s'est opérée la chute et le siége des ecchymoses indiquent que c'est un choc sur la crête iliaque qui a produit cette fracture indirecte du pubis, qu'on ne trouve guère décrite à l'état d'isolement.

J'ai eu recours à l'expérimentation pour m'assurer si en se plaçant dans les mêmes conditions on pourrait reproduire la même lésion. Je ne donnerai ici que le résumé de 38 expériences que j'ai faites à la Salpétrière, avec les quelques conclusions que j'ai cru pouvoir en tirer.

I. Si on se contente de laisser tomber le cadavre sur un sol uni, on ne produit pas de fracture parce que le choc porte en même temps sur d'autres parties que sur la crête iliaque. Mais si on a soin de diriger cette crête sur un billot placé à terre, une chute de 50 à 60 centimètres de hauteur suffit pour produire une fracture du bassin *si le sujet est âgé.*

Dans tous les cas où il y a fracture, le pubis est brisé, tantôt et plussouvent dans son corps, tantôt dans ses deux branches, à des distances variables de la symphyse; très-rarement on observe une diduction de la symphyse. La fracture du pubis porte ordinairement du côté qui a subi le choc.

Le trait de la fracture du corps ou de la branche horizontale a toujours la même direction oblique de dedans en dehors et d'arrière en avant.

Si la fracture du pubis est seule, ce qui arrive assez rarement, il y a peu ou point de déplacement, et comme dans l'observation qui précède on peut à peine produire un chevauchement de quelques millimètres en cherchant à rapprocher les deux épines iliaques. Ce mouvement se passe dans la symphyse sacro-iliaque ébranlée.

En raison de la direction toujours la même du trait de la fracture, le chevauchement se fait toujours de la même

Digitized by Google

manière: le fragment externe glisse en arrière et en dedans, tandis que l'interne fait saillie en avant. Si la violence a surpassé de beaucoup la résistance de la ceinture pelvienne, on trouve en même temps que la fracture du pubis, soit une véritable luxation sacro-iliaque, soit et plus souvent une fracture de la partie postérieure de l'os iliaque ou plutôt du sacrum sur la ligne des trous sacrés. On a alors une fracture double verticale du bassin semblable à celle qui se produit dans l'écrasement latéral comme j'a indiqué M. Voillemier. Dans ces cas, l'étendue du déplacement est variable, mais la mobilité est toujours considérable. Les résultats de ce groupe d'expériences, qui ont porté sur 12 sujets, montrent que la fracture double verticale du bassin se fait en deux temps:

1° Dans le premier, la violence agit sur un cercle osseux qui cède dans le point le plus faible, le pubis. L'effet du choc, s'il est assez faible, peut s'arrêter là, et la fracture du pubis rester isolée.

2° Le deuxième temps se produit, si la violence continue; elle agit sur l'os iliaque comme sur un levier et finit par faire rompre le sacrum ou la partie postérieure de l'os iliaque.

II. La fracture indirecte du pubis isolée, ou accompagnée d'une autre fracture sur la partie postérieure du bassin se produit facilement par simple chute sur la crête iliaque quand le sujet est âgé de plus de 70 ans; mais si on répète ces expériences sur des sujets plus jeunes, au dessous de 50 ans par exemple, quoique le choc soit plus violent à cause du poids généralement plus considérable des cadavres, on n'obtient aucun résultat. En essayant d'augmenter la hauteur de chute, on ne réussit pas davantage; car alors la partie la plus pesante ayant le temps de prendre l'avance, le cadavre ne tombe plus sur la crête iliaque, mais sur l'épaule ou la tête.

Ces insuccès sur des sujets relativement jeunes, m'ont conduit à penser que la résistance du bassin pouvait varier avec l'âge. Pour apprécier ces différences, j'ai eu recours au procédé suivant:

Le sujet est placé de champ, une crête iliaque reposant sur un billot, tandis que l'autre regarde directement en haut.

Une poulie étant fixée à une poutre au faîte de l'amphithéâtre, j'ai suspendu une pierre à peu près régulièrement cubique d'un poids connu (23 kilogr. 15) et attachée de façon que sa face inférieure reste sensiblement parallèle au sol. Cette masse est mue à l'aide de la poulie le long d'une pièce de bois graduée en centimètres. Avec cet appareil très-simple, on peut calculer la *puissance vive* employée pour produire la fracture, puisqu'on connaît le poids de la masse qui tombe et la hauteur de chute.

Voici les résultats que j'ai obtenus après quelques tâtonne-

Digitized by Google

ments. Sur 10 sujets (femmes) de 38 à 52 ans, le pubis n'a cédé que quand la hauteur de chute a été de 70 centimètres en moyenne. — Sur 10 sujets (femmes) de 70 à 87 ans, la fracture s'est produite avec une chute de 45 centimètres environ.

Je n'ai eu à ma disposition qu'un seul sujet du sexe masculin, âgé de 52 ans; une chute de 1 mètre 10 a produit une fracture des deux branches du pubis sans déplacement, la partie postérieure du bassin était indemne. Dans ces expériences comme dans les premières, la fracture s'est faite ordinairement du côté du choc.

Si l'on veut calculer la force vive (F. PH) dans les 3 cas, on aura : 1° Chez l'homme, $23,5 \times 1,10 = 25$, kilogrammètres 85.

2° Chez la femme vers 45 ans, $23,5 \times 0,70 = 16$, 45.

3° Chez la femme au-dessus de 70 ans, $23,4 \times 0,45 = 10,575$.

On pourrait rechercher la force totale employée pour la production de la fracture, mais le résultat définitif serait nécessairement erroné puisque l'élasticité du bassin a été négligée. Les chiffres 25, 16, 10 suffisent d'ailleurs pour indiquer la différence de résistance du bassin chez l'homme, chez la femme adulte et chez la vieille femme.

L'excessive fragilité du bassin chez les sujets âgés peut encore être démontrée par l'expérience suivante : J'ai pris le cadavre d'une femme de 84 ans et ayant placé sa crête iliaque gauche contre le bord d'une table de pierre, tandis que je pressais contre la droite, un effort peu considérable m'a suffi pour produire une fracture double verticale du bassin.

Dans ces diverses expériences, la fracture de la crête iliaque qui paraît devoir résulter d'un choc sur cette partie, n'a jamais coïncidé avec la fracture du pubis. L'une de ces fractures en effet exclut l'autre à moins d'écrasement complet du bassin. Une crête iliaque fracturée ne pourrait transmettre un choc ou une pression quelconque à la ceinture pelvienne dont elle serait détachée.

Si on ne produit pas indifféremment l'une ou l'autre de ces fractures, c'est qu'elles ne résultent pas de traumatismes absolument identiques. Un choc appliqué sur la crête iliaque produit des effets divers suivant la direction de la force.

Quand nous avons produit une fracture du pubis ou une fracture double verticale du bassin, la direction de la force était à peu près rigoureusement transversale. Si on dirige le choc obliquement de bas en haut et de dehors en dedans par rapport à l'âge du sujet, de sorte que son point d'application soit plutôt sur la face externe de l'os iliaque que sur sa crête, on produit une fracture en travers de l'os des îles dont on détache un fragment plus ou moins considérable et plus ou moins mobile.

Digitized by Google

Sur une petite fille de 6 ans, j'ai produit une fracture de la fosse iliaque, en agissant transversalement par écrasement latéral ; mais dans ce cas, j'ai remarqué que sous l'effort de la pression, les deux épines iliaques se sont rapprochées de près de trois centimètres avant que l'os ne se brisât. La direction de la fosse iliaque était donc changée ; de sorte que la force n'agissait plus sur la crête, mais bien sur la face externe de l'os ; et cette exception n'en est pas une en réalité.

Si, au contraire, le choc au lieu d'être dirigé transversalement ou de bas en haut et dehors en dedans, est dirigé de haut en bas et de dehors en dedans par rapport à l'axe du sujet, il agit sur la crête iliaque suivant la direction de l'os et s'il est assez violent pour qu'il y ait fracture, on voit, comme sur ces deux pièces, que la partie amincie de l'os iliaque a pénétré sur une étendue plus ou moins grande dans l'épaisseur de la crête qu'elle supporte. Quelquefois il y a pénétration réciproque des deux fragments. L'enfoncement est variable, mais ordinairement suffisant pour empêcher la mobilité.

M. Després. Il est exceptionnel dans les fractures verticales du bassin de ne pas observer le pissement de sang, conséquence d'une rupture du col vésical ou de l'urèthre; c'est là une complication presque constante qui fait le danger principal de ces fractures.

15. Laryngite hypertrophique. Tuberculose et sclérose partielle du poumon ; par M. Doléris, interne provisoire.

Dum..., 63 ans, est depuis fort longtemps atteint d'une affection chronique de l'appareil pulmonaire, qui entretient chez lui une toux habituelle, une expectoration abondante et un état d'oppression assez intense. Il y a deux ans, il fut sujet à quelques hémoptysies pendant une courte période, et depuis cette époque, les phénomènes ont acquis un caractère de gravité inusitée; l'état général est devenu mauvais : anorexie, amaigrissement rapide, mouvement fébrile le soir, perte des forces. Dès lors, la santé a été notablement compromise, et le malade arrive à l'infirmerie de l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Bouchard, dans un état de dépérissement des plus marqués.

Maigreur excessive, toux pénible et continuelle, expectoration purulente, nummulaire, anhélation extrême, fièvre le soir. Pas d'œdème, ni de sueurs nocturnes. Le faciès est pâle, avec une teinte légèrement cyanique sur les pommettes. La percussion et l'auscultation décèlent chez cet homme des

Digitized by Google

lésions tuberculeuses déjà fort avancées, et des altérations récentes.

www.libtool.com.cn

Nous trouvons tous les signes physiques d'une caverne dans le sommet droit, et d'une infiltration tuberculeuse dans tout le parenchyme. De plus, il existe dans le poumon gauche des zones de matité au niveau desquelles le murmure vésiculaire a presque complétement disparu, et où le timbre normal est remplacé par un souffle modéré. — Le cœur ne présente aucune particularité. — L'urine est normale. — Le malade est, de plus, complétement aphone. Cette aphonie est absolue et date seulement de six mois; elle a apparu graduellement, précédée d'une raucité persistante de la voix, sans douleur aucune à la région laryngienne. Il n'existe aucun trouble de la déglutition, et le malade ne se plaint pas autrement de cette impossibilité d'émettre les sons.

Il est mort avec tous les signes d'une asphyxie rapide le 13 janvier au matin, après trois jours seulement de séjour dans le service.

AUTOPSIE, le 15 janvier 1876. — Cœur petit, adhérences des deux feuillets du péricarde. Les plèvres sont également adhérentes.

Les poumons sont par places infiltrés de granulations à diverses périodes de développement. Cette infiltration est surtout marquée dans les zones du parenchyme qui présentent, du reste, le moins de modifications de date ancienne, tandis qu'elle est beaucoup moins confluente en certains points, où le poumon a subi une sclérose totale, telle que le tissu normal est remplacé par des masses *fibreuses*, dures, résistantes à la coupe, striées de bandes colorées en noir qui lui donnent un aspect marbré.

C'est là, la dégénérescence scléreuse typique arrivée à son degré extrême. Les zones dégénérées procèdent d'une part de la plèvre épaissie, d'autre part, des tissus qui entourent les bronches et les vaisseaux, formant autour des faisceaux broncho-vasculaires des bandes concentriques de plusieurs millimètres d'épaisseur. — Le sommet droit présente une caverne du volume d'une petite orange.

Le larynx porte des altérations fort intéressantes. Elles sont en quelque sorte le reflet de la lésion pulmonaire. C'est une hypertrophie totale de la muqueuse qui a pour le moins quatre fois son épaisseur normale et dont les reliefs et les dépressions ont disparu, au point que la cavité laryngienne est réduite au quart de ce qu'elle est à l'état normal. Les cordes vocales sont effacées, et se confondent avec la surface voisine.

L'épiglotte représente une languette charnue énormément

Digitized by Google

épaissie ; les replis aryténo-épiglottiques simulent des membranes épaisses et rigides. Ce qui constitue la rareté du fait, c'est que l'hypertrophie occupe également la portion sous-glottique, et s'étend par conséquent à tout le tissu depuis le bord libre de l'épiglotte jusqu'à l'origine de la trachée. La couleur de la muqueuse est pâle ; la surface est comme mamelonnée, et on y voit çà et là des saillies glandulaires. Il y existe une petite ulcération peu profonde au niveau du ventricule droit. A la coupe : le derme est blanc, criant, dur et comme lardacé.

Les cas de laryngite hypertrophique ne sont pas rares ; ils le paraîtraient même moins si on recherchait cette lésion avec plus de soin. Mais cette hypertrophie est le plus souvent partielle, occupant exclusivement soit les cordes vocales, soit l'épiglotte, soit la portion sus-glottique seulement ou la portion sous-glottique. L'intérêt que présente le cas actuel est tout entier dans la *généralisation* de l'hypertrophie à toute la muqueuse laryngienne, qui n'a pas dû être fréquemment rencontrée puisque la plupart des auteurs de traités spéciaux ne mentionnent que l'hypertrophie partielle.

Considérée à un autre point de vue, cette observation montre, d'une part, une lésion chronique ancienne, corrélative dans deux organes différents : le poumon et le larynx. C'est une hypertrophie fibreuse, une sclérose des tissus ; d'autre part, une lésion plus récente, c'est l'évolution tuberculeuse à différents degrés, incomparablement plus marquée dans le poumon, il est vrai, mais n'en ayant pas moins évolué dans des tissus semblablement dégénérés.

M. Renaut. Dans certains cas de tuberculose ancienne, avec sclérose pulmonaire, la mort survient par une sorte d'asystolie ; les malades qui succombent ainsi sont le plus souvent albuminuriques, il paraît n'en avoir pas été ainsi dans le fait actuel.

16. Carcinome du testicule, chez un syphilitique ; par M. Herpin, interne des hôpitaux.

Ch. B. 36 ans, employé de commerce. Ce malade est syphilitique depuis 2 ans. Il y a 5 ou 6 mois, il constata sur le testicule gauche une petite tumeur arrondie et dure, bientôt il se forma un épanchement dans la tunique vaginale et lorsque le malade se présenta à la consultation le 8 janvier 1876, il portait une hydrocèle volumineuse qui masquait absolument le testicule. — La ponction laissa écouler une assez grande quantité de liquide citrin, le liquide normal de l'hydrocèle. En

Digitized by Google

palpant le testicule, on constate alors que celui-ci a subi des modifications dans sa consistance et son volume.

Le testicule est induré dans sa totalité; par places, on rencontre des noyaux plus durs mais nulle part on ne trouve l'*induration en plaques*.

L'épididyme est considérablement développé et forme une sorte de bourrelet saillant nettement isolable qui surmonte le testicule. D'une dureté ligneuse il présente çà et là des inégalités et des bosselures. Le cordon offre un volume double de celui du côté opposé mais a conservé sa souplesse. Dans la fosse iliaque, on perçoit un empâtement profond qui peut être dû soit à un engorgement ganglionnaire, soit au gonflement prolongé des éléments du cordon.

Le malade accuse des douleurs, non pas dans le testicule lui-même qui peut être impunément serré entre les doigts, mais des douleurs irradiées dans l'abdomen et le membre inférieur gauche jusque dans le pied.

Le testicule du côté opposé est parfaitement sain. — Rien à la prostate ni aux vésicules séminales. Bien que la quantité du liquide de l'hydrocèle, le volume du cordon et les douleurs, ne permissent guère de penser au testicule syphilitique, on soumet cependant le malade au traitement spécifique.

Le liquide s'étant reproduit, une nouvelle ponction est pratiquée le 23 janvier. Le testicule est trouvé un peu plus volumineux et plus dur.

A partir de ce moment, les douleurs augmentent au point d'empêcher le sommeil, l'appétit se perd. L'état général s'altère, le malade demande avec insistance à être débarrassé de son testicule. En présence de cet état et le traitement anti-syphilitique n'ayant amené aucun résultat, M. Horteloup se décida à pratiquer l'ablation du testicule.

10 *février*. Opération. La tunique vaginale ayant été trouvée épaisse et indurée est enlevée avec le testicule.

Examen de la tumeur. — On peut voir ce que l'on avait constaté par la palpation, le volume anormal, la dureté du testicule et surtout de l'épididyme.

La tunique vaginale est épaissie et infiltrée de sang. Et cependant le liquide qu'elle contenait, aux 3 ponctions, a toujours été trouvé simplement citrin. Le tissu de la tumeur est résistant et criant sous le scalpel. A la coupe, on remarque que la structure normale du testicule a presque complétement disparu ; on la retrouve seulement dans un point très-restreint au niveau de l'extrémité inférieure. Tout le reste de l'organe est envahi par un tissu de nouvelle formation.

L'examen histologique fait par M. Malassez démontre que la tumeur est un carcinome. On note de plus un développement

Digitized by Google

anormal du tissu fibreux. (Cet état pourrait peut-être être attribué à l'influence de la syphilis ?)

Depuis l'opération l'état local est très-satisfaisant ; la plaie a bon aspect, bourgeonne et diminue rapidement. Mais l'état général est mauvais. Perte absolue de l'appétit, teint jaune. Affaiblissement général. Huit jours après l'opération apparition d'une phlegmatia alba dolens du membre inférieur gauche.

M. DESPRÉS. L'existence du testicule syphilitique n'est pas, à mon sens, démontrée par des observations probantes. On considère, en effet, comme syphilitiques tantôt des affections testiculaires observées chez des sujets qui n'ont pas eu manifestement la vérole, tantôt chez des sujets bien et dûment atteints de syphilis, des engorgements qui n'ont rien de spécial. Je rappellerai comme exemple ce fait qui nous fut présenté en 1873 comme un type de testicule syphilitique et qui se trouva, après examen microscopique, être un lymphadénome.

M. CHARCOT. Il n'est pas moins vrai qu'il existe, en clinique, une affection spéciale qui constitue le testicule syphilitique et, en anatomie pathologique, il y a aussi une lésion distincte correspondante.

17. Avortement au 4e mois d'une grossesse jusque là normale. Double phlegmatia alba dolens des membres inférieurs. Suppuration intra-vasculaire du vaste externe. Communication de la bile avec un kyste hydatique, du foie, mort des hydatides ; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

G. M. 28 ans, cuisinière, entre le 9 janvier 1876, dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, à Beaujon. Elle n'avait pas eu ses règles depuis le 7 juillet 1875, lorsque le 23 novembre, sans cause appréciable, elle fut prise subitement dans le cours de la journée de douleurs très vives, à tel point qu'elle fut obligé de prendre et de garder le lit. A partir de ce moment, elle présenta des métrorrhagies très-abondantes et continuelles, qui ne cessèrent qu'après quinze jours. Cet état s'améliorant un peu, elle veut se lever, mais elle ressent presque aussitôt des douleurs expulsives violentes et elle accouche pendant la nuit d'un enfant mort, mais cependant bien constitué. La sage-femme qui avait été appelée pour l'aider pendant le travail, brise le cordon ombilical et assure à la malade qu'elle est à peu près complétement délivrée, qu'il ne reste plus qu'un fragment du placenta qui ne tardera

Digitized by Google

pas à être expulsé. Il n'en fut cependant rien ; les trois jours qui suivirent la malade n'eut pas de métrorrhagies, resta dans un malaise continuel, et finalement éprouva des douleurs violentes qui rendirent nécessaire l'intervention d'un médecin. Celui-ci constata que le placenta était resté dans l'utérus et parvint à l'extraire par l'introduction de toute la main dans les organes génitaux. On fit donc la délivrance dans la première semaine de décembre.

Les jours suivants la malade était dans un état d'anémie très-prononcé; elle était très faible; elle ne pouvait s'asseoir sur son lit; si on la changeait de place et si on la transportait d'un lit sur un autre, elle était immédiatement prise de lipothymies et de syncopes; le ventre était ballonné, mais peu douloureux ; pas de fièvre. *Traitement*: injections vaginales de décoction de camomille, boissons alcooliques, deux cuillerées de sirop d'iodure de fer. Bouillons américains.

Huit jours après, dit-elle, ses seins devinrent gonflés et tendus, mais peu douloureux ; pas de lait ; pas d'abcès. C'est alors qu'elle fut atteinte de fièvres types, avec les trois stades de frisson, d'accès de chaleur et de sueur, durant 2 h. 1/2 et 3 h. revenant tous les jours de 11 heures à 1 heure. On lui ordonna alors du sulfate de quinine à prendre dans du café et ces accidents disparurent en une huitaine de jours.

Dès les premiers jours de la seconde quinzaine de décembre, elle ressentit des douleurs excessivement vives dans la cuisse droite; plus tard, elles s'étendirent sur tout le membre inférieur de ce côté et ce n'est qu'ultérieurement, que les jointures devinrent douloureuses.

Quelques jours après elle eut des douleurs dans le membre inférieur gauche.

Les deux membres devinrent le siége d'un gonflement considérable. En effet, lorsque nous l'examinâmes à son entrée dans le service, nous avons constaté un œdème considérable des deux membres supérieurs; les articulations sont très-douloureuses, on ne peut imprimer le plus léger mouvement à l'une ou l'autre des jambes sans provoquer les douleurs les plus vives. La malade reste donc immobile dans le décubitus dorsal; les genoux, tuméfiés, sont distendus par un épanchement abondant. La palpation de l'aine n'est pas très-douloureuse, nous ne parvenons pas à constater une induration sur le trajet de l'une ou de l'autre des veines fémorales, mais ce signe négatif n'a pas d'importance, car l'œdème considérable des membres ne permet pas de faire un examen très-exact de la région.

Bruit de souffle anémique cardiaque et vasculaire violent. Pas de douleurs du ventre, ni météorisme, constipation. Pouls

Digitized by Google

100. Soif vive, langue humide, non saburrale. Rougeur dans la région sacrée. Traitement : Laudanum et ouate sur les membres ; boissons alcooliques.

13 *janvier*, eschare profonde au sacrum T. 40°,3 ; P. 102.

15 *janvier*, matin T. 38°,7. — Soir : T. 39° ; P. 108 frisson, chaleur, sueurs, fièvre d'accès type. Sulfate de quinine 0,75.

Du 16 au 23 janvier, les accès fébriles se répètent sans régularité parfaite ; la température ne dépasse pas 39°,8.

24 *janvier*. Matin : T. 40° ; P. 105. Soir : T. 40° ; P. 105.

Pas d'accès, mais grande susceptibilité au refroidissement, on la recouvre d'alèzes chaudes ; mais si on la découvre pour l'examiner, elle commence à trembler, à claquer des dents, et l'on peut conjurer ce début d'accès en cessant l'examen et en la faisant aussitôt recouvrir de linges chauffés.

Du 25 au 28, accès fébriles irréguliers.

28 *janvier*. Le soir elle est prise d'une syncope brusque, sans cause appréciable ; elle pâlit, elle perd connaissance, elle ne respire plus. On croyait qu'elle venait de mourir subitement. Au bout d'un certain temps, elle revient à elle et reprend connaissance. Témoin de cet accident, je craignais tout d'abord qu'une embolie ne fût la cause de cette suppression si brusque des battements de cœur et des mouvements respiratoires.

Du 29 *janvier* au 3 *février*, la fièvre persiste, la température variant de 39° à 40°, le pouls oscillant entre 104 et 128. — Mort, le 3 février.

Autopsie, le 4 février. — Toutes les veines des deux membres inférieurs sont remplies de caillots, mais les parois veineuses sont beaucoup plus distendues à gauche qu'à droite. En disséquant la fémorale gauche, on reconnaît facilement que la veine grande musculaire était le siége de caillots plus abondants, ce qui nous engagea tout d'abord à poursuivre nos investigations le long de son trajet. C'est en faisant cette dissection que nous rencontrons d'abord dans le droit antérieur une collection purulente peu volumineuse, puis en abordant le muscle vaste externe nous trouvons son tissu absolument détruit, transformé en une espèce de bouillie grisâtre ; toutes les veines qui pénétraient dans ce vaste foyer étaient remplis de pus, ce qu'on reconnaissait facilement lorsqu'on les coupait. Les muscles de la partie postérieure de la cuisse, les muscles fessiers ne présentaient aucune altération, la suppuration se faisait dans les interstices musculaires, limitée seulement à la région du vaste externe. L'articulation du genou était enflammée ; elle était le siége d'un épanchement liquide séreux, sa membrane synoviale était rouge ; les cartilages paraissaient sains, Pas de suppuration à droite ; épanchement

Digitized by Google

dans le genou sans vascularisation de la membrane synoviale; articulations coxo-fémorales saines.

Les caillots qui existaient dans les veines fémorales se continuaient dans les veines iliaques externes et enfin dans la veine cave inférieure, où on pouvait les suivre jusqu'au diaphragme. Dans le cœur, on ne trouvait aucun caillot ancien; cet organe n'était le siége d'aucune altération digne d'être notée. — Pas de circulation complémentaire exagérée.

On trouvait à la partie inférieure du lobe supérieur gauche un infarctus, reconnaissable à sa forme pyramidale et superficielle; et dans lequel la dégénérescence nécrobiotique était assez avancée. On n'a pas recherché l'existence d'un caillot obturateur dans les artères pulmonaires. Cette lésion présente un intérêt digne d'être signalé. Nous avons signalé que cinq jours avant sa mort, cette malade avait été surprise brusquement par une angoisse indéfinissable et une tendance aux syncopes répétées, qui inspira les craintes les plus vives à toutes les personnes qui l'entouraient. Il n'est pas douteux pour nous que ces symptômes si brusques et si graves étaient dus à la présence d'un caillot détaché de la veine cave inférieure et engagé dans le cœur. Elle doit nous expliquer aussi le développement de l'infarctus pulmonaire que nous venons de signaler. — Les poumons d'ailleurs étaient emphysémateux et œdémateux. — Reins gros; un peu de dégénérescence graisseuse.

Le foie présentait des lésions dignes d'être notées. Il était très-volumineux et graisseux. A la partie supérieure et antérieure du lobe droit on trouvait un kyste du volume d'une grosse noix, circonscrit par le tissu hépatique condensé et devenu fibreux, constituant une membrane épaisse de 2 millimètres et qu'on n'aurait pas pu énucléer : dans son intérieur, on trouvait une hydatide, sans échinocoques, dont la membrane blanche était résistante.

A la base et à gauche on trouvait un autre kyste circonscrit aussi par une sclérose hépatique de même nature que celle que nous venons de décrire; la cavité du kyste est beaucoup plus volumineuse, et peut bien être évaluée au volume du poing. Elle contenait un liquide verdâtre, foncé, qui est bien évidemment de la bile altérée. On y trouve une membrane hydatique altérée, imbibée par le liquide biliaire dont elle présente la couleur. Elle a perdu toute solidité, lorsqu'on cherche à l'enlever, elle se déchire, elle a presque la consistance de la gélatine. Enfin, on y trouvait une quantité innombrable d'échinocoques vertes et flétries aussi. Cette circonstance est intéressante à signaler car elle justifie cette opinion que la bile est un poison pour les hydatides.

Digitized by Google

18. Lipômes intra-musculaires symétriques ; par M. Charles Remy, interne des hôpitaux.

www.nbook.com.cn

Le 11 janvier 1876, un homme de soixante ans, palefrenier, entre dans le service de M. Labbé, à la Pitié, pour y être soigné des suites d'une chute.

Il présente diverses affections : 1° arthrite sèche de l'articulation scapulo-humérale droite; — 2° un épanchement sanguin dans la bourse séreuse olécrânienne gauche qui est enflammée; — 3° les signes d'une bronchite chronique; — 4° Une affection des muscles sur laquelle je veux surtout insister.

Ce malade, très-amaigri, n'a presque pas conservé de tissu cellulaire sous-cutané, sa peau se moule nettement sur les muscles sous-jacents.

Lorsque le biceps brachial *droit* est en contraction, on est frappé de sa configuration extraordinaire. Au niveau de l'union de la longue portion du biceps avec les fibres musculaires, se forme une saillie conique, haute de deux centimètres, et large comme une pièce de 2 francs. Cette tumeur n'est pas adhérente à la peau qui glisse sur elle, mais elle paraît faire corps avec le muscle lui-même dont on ne peut la détacher. Néanmoins elle n'offre pas la même consistance que le corps du muscle et elle donne la sensation pseudo-fluctuante et mollasse du lipôme tout en présentant plus de dureté. La saillie de cette tumeur disparaît presque complétement dans l'état de repos mais on peut encore constater sa présence dans l'épaisseur du muscle au niveau du biceps brachial *gauche* dans un point presque exactement symétrique avec la lésion du côté droit. Vers le milieu des fibres charnues de la longue portion du muscle, se remarque une seconde tumeur qui présente des caractères à peu près identiques. Cette tumeur fait saillie pendant la contraction musculaire; plus petite, elle a la forme et le volume d'une amande et donne tout-à-fait la sensation du lipôme. Elle est libre d'adhérences avec la peau et paraît renfermée dans l'aponévrose d'enveloppe du muscle, pendant le repos duquel ses caractères ne changent pas. Ces deux tumeurs, symétriques, parfaitement indolores, avaient passé inaperçues du malade jusqu'à cette heure et l'époque de leur apparition ne peut être fixée. Aucune autre tumeur musculaire ne fut découverte après un examen attentif.

Ces tumeurs furent l'objet de plusieurs diagnostics : parasites des muscles, gomme syphilitique, hernie musculaire, lipômes intra-musculaires, mais la discussion ne peut porter que sur les deux dernières hypothèses. Or la hernie musculaire produite pendant la contraction, se réduit spontanément

Digitized by Google

à l'état de repos du muscle, mais ici, au contraire il s'agissait d'une tumeur qui persistait même pendant la flaccidité du muscle.

www.fibtool.com.cn

La contusion du coude de ce malade devint compliquée. La bourse séreuse suppura, fut ouverte et la plaie se couvrit de pourriture d'hôpital. Le 1er février 1876 survint un frisson, une fièvre vive avec température très-élevée (40°,1) un point de côté à droite, de la toux et, les jours suivants, parurent les signes certains d'une pneumonie fibrineuse droite; submatité de la base du poumon, souffle rude, râles crépitants, crachats visqueux, langue sèche; délire. Le malade mourut le matin du 9 février 1876.

Autopsie. — Les muscles biceps du sujet contiennent de petites tumeurs situées aux points déjà signalés pendant la vie. *A gauche*, sous l'aponévrose d'enveloppe du muscle, apparaît une petite tumeur nettement limitée, en forme d'amande et de couleur jaune, qui écarte les fibres musculaires superficielles et se prolonge dans l'épaisseur, comme on peut s'en assurer en ouvrant le muscle par sa face postérieure. Après l'incision de la tumeur il est évident qu'il s'agit d'un lipôme développé dans le tissu cellulaire interstitiel des fibres musculaires. La tumeur du biceps *droit* était plus dure, de couleur blanchâtre, fibreuse, elle adhérait intimement aux fibres musculaires et à l'aponévrose; sur une incision, elle ne présentait pas de traces de graisse, néanmoins cette tumeur nous paraît résulter de la transformation fibreuse d'un lipôme, comme cela s'observe souvent. La plupart des traités classiques passent sous silence l'existence de lipômes intra-musculaires. Il en existe cependant un certain nombre de cas.

Cruveilhier (Traité d'anat. path. III. p. 306) a eu l'occasion d'observer *un* lipôme intra-musculaire. Paget (Lectures II, p. 98) rapporte que M. Wormald enleva un lipôme dont les lobes distincts ou propagations pessaient entre les faisceaux du muscle trapèze et se répandaient, sous lui, étranglés par ses fibres musculaires. Virchow (Traité des Tumeurs, I, 369) écrit à ce sujet une phrase à double sens : « Il est, dit-il, une autre » catégorie de tissus prédisposés à la formation de la graisse; » le tissu connectif interstitiel des muscles, qui chez les » hommes et les animaux engraissés se transforme en tissu » adipeux en beaucoup d'endroits. » Et plus loin, il ajoute à certains muscles y sont prédisposés, la langue et le cœur, et il cite à ce propos Bastien, (Bulletin de la Soc. anat. de Paris 1854) lipômes sous-muqueux de la langue; Klob qui a trouvé des lipômes entre les fibres musculaires du cœur, Lebert (Atlas d'anat. path. pl. XVI, t. I, p. 128.)

Forster cite des lipômes du tissu musculaire du cœur. Tri-

Digitized by Google

pier (Dict. Encyclop. art. Lipômes) connaît deux faits de lipômes intra-musculaires, observés par Laroyenne et Laugier, et enfin, dans ces derniers temps, il en a été présenté un beau cas devant les yeux de la Société.

M. RENAUT. Avant d'admettre le diagnostic du lipôme on avait discuté l'hypothèse d'un kyste hydatique ; mais il faut se rappeler que, dans les muscles, ce n'est pas l'hydatide du tænia échinocoque, mais bien le cysticerque ladrique que l'on observe et dans ce cas, il existe sous la langue une petite tumeur caractéristique.

M. DESPRÉS. Dans ma thèse sur les tumeurs des muscles, j'ai réuni un certain nombre d'exemples de tumeurs tout-à-fait semblables aux kystes hydatiques du foie.

19. Large enfoncement du crâne à la région frontale. — Contusion directe des lobes cérébraux antérieurs et enfoncement d'une pointe osseuse dans la pulpe cérébrale. — Absence complète de troubles cérébraux ; par Eugène MAROT, interne des hôpitaux.

Le 1er janvier, on apporte à Saint-Louis (service de M. Duplay), un homme de 50 ans, vigoureux qui vient de subir un large enfoncement de toute la région antérieure du crâne

Cet homme travaillait devant son étau, ayant derrière lui une grue servant à l'élévation de pesantes pièces de fonte ; la chaîne s'étant subitement déroulée, une masse du poids de 300 à 400 kilogrammes est venue le frapper un peu en arrière du vertex : le cou a naturellement fléchi et la tête a été appliquée sur l'étau garni de plomb. Le cuir chevelu ne présente en arrière qu'une déchirure insignifiante en regard du fracas considérable que l'on constate à la région frontale. Par une large plaie qui intéresse toute la peau du front, décollée et renversée, on voit le frontal entier éclaté en fragments multipliés, triangulaires pour la plupart, dont le sommet plonge du côté de la cavité crânienne et déprime la dure-mère. La différence de niveau de l'excavation peut être évaluée à 1|2 centimètre. Au-dessus de la racine du nez un îlot osseux, irrégulièrement arrondi, d'environ 4 centimètres carrés de surface, a gardé sa direction parallèle à celle du front, mais il est enfoncé et comprime le cerveau. La plupart des fragments sont extraits ainsi que des fragments de la lame de plomb dont était garni l'étau, mais la plaque osseuse principale ne peut être soulevée ; derrière elle sont maintenus également des fragments anguleux de la table interne de l'os qui ont tra-

Digitized by Google

versé la dure-mère: en un point limité, on aperçoit nettement une petite quantité de substance cérébrale qui s'est fait jour par une déchirure de l'enveloppe fibreuse: elle est à l'état de bouillie et a été pour ainsi dire exprimée. La cause de compression et d'irritation cérébrale par les esquilles qui ont perforé la dure-mère subsiste en dépit des efforts tentés pour la faire disparaître. Sur les bords de la perte de substance osseuse, des fragments de plomb restent également incrustés.

Le malade n'a perdu connaissance pour ainsi dire à aucun moment; à son entrée, une heure après l'accident il est sous l'influence de la commotion traumatique, mais il n'a *aucune paralysie* et répond nettement, bien qu'avec lenteur, à toutes les questions. Il suit avec intérêt tous les détails du pansement et se plaint de leur longueur. On voit nettement les mouvements d'expansion de la masse encéphalique et lorsque le blessé tousse, le sang qui s'est insinué entre la dure-mère et la voûte osseuse est projeté au dehors; il y a à ce moment une sorte de turgescence autour de la plaque osseuse enfoncée qui reste absolument immobile. Compresse d'eau froide. Emétique en lavage. Lavement purgatif. Le lendemain matin l'état du blessé est le même, il a toute sa connaissance.

2 *février*. Température normale. Pouls 80.

Le soir du 2 février, 24 heures après l'accident, température 38°, 6, pouls un peu plus fréquent: le malade répond aux questions, ne souffre nulle part : il paraît seulement avoir un peu d'agitation, il demande à changer de position, à se lever.

3 février, matin. Il n'a pu dormir et paraît abattu, mais il n'a aucun trouble nerveux proprement dit; langue sèche. T. 39°, 4; pouls 96.

Le soir le même état persiste sans modification: le malade reste abattu, le pouls est fréquent, mais la température n'a pas monté. Le malade cherche à se lever, mais il n'a pas une grande agitation, c'est plutôt un délire presque tranquille. T. 39°, 2.

4 février, matin. Le malade présente de l'abattement, mais ses facultés sont intactes. Il est faible mais n'a *aucun trouble de la motilité ni de la sensibilité*. Il urine bien. Les réponses sont un peu lentes. 38°,8. 120 pulsations.

Dans la journée le malade a un petit frisson, mais les renseignements qu'il fournit à cet égard sont peu précis; on ne peut savoir notamment s'il en a eu d'autres. Les gens de service n'ont rien observé.

Le soir, le malade se plaint de courbature générale et de céphalalgie, la langue est très sèche et fuligineuse, toux fré-

Digitized by Google

quente et douloureuse au côté droit de la poitrine, sans point de côté bien net, cependant. T. 39° 4.

Le 5 février, l'état est resté le même, le malade se plaint de céphalalgie, de bruits dans les oreilles et de battements aux tempes. Douleur hypogastrique: il urine bien; 39° 2. Le soir l'abattement est très-prononcé, la dyspnée considérable. Crachats rouillés; presque matité à droite, râles crépitants: le malade est certainement agonisant, mais cependant il répond aux questions, se plaint de céphalalgie et de douleur à l'hypogastre. Il est très-affaibli, mais ne présente aucun symptôme encéphalique, bien que le chef de service en fasse avec soin la recherche. 39°,4.

Il succombe le lendemain matin sous l'influence d'une dyspnée progressive; on n'a rien noté de particulier pendant la nuit, bien que le malade fût en observation. La plaie frontale n'a pas eu le temps de suppurer.

AUTOPSIE. — Congestion et splénisation de la base des deux poumons. Dans quelques points irrégulièrement disséminés, le poumon droit ne crépite plus et à leur niveau existent de rares et peu volumineux abcès métastatiques. Rien au foie.

L'examen des pièces en ce qui concerne le crâne et le cerveau a été soigneusement pratiqué.

Du côté droit, il existe un enfoncement du coronal à sa partie moyenne: un des fragments fait saillie du côté de la cavité crânienne et laboure la pulpe cérébrale. Il est enclavé fortement dans cette position, ce qui explique les tentatives infructueuses faites pendant la vie pour l'extraire.

La partie du cerveau dilacérée par cette esquille osseuse est surtout la deuxième circonvolution frontale, *à l'union de son tiers antérieur et de ses deux tiers postérieurs*. La première circonvolution frontale est aussi un peu atteinte au même niveau. Il y a perte de substance cérébrale au niveau de l'esquille; on y observe une cavité anfractueuse, du volume d'une noix, remplie de détritus et de sang coagulé. Au voisinage, sous la pie-mère, il existe quelques ecchymoses. Du côté gauche et dans la même région, légères effusions sanguines. Chose remarquable, *on n'observe nulle part de traces de méningite*... il n'y a même pas de suppuration appréciable à l'œil au niveau de la partie contuse.

En communiquant cette observation à la Société anatomique, notre intention est d'attirer son attention sur ce fait intéressant, surtout au moment où la question des localisations cérébrales est l'objet d'études nouvelles; l'existence d'une lésion assez étendue de la substance corticale du cerveau ne s'annonçant par aucun trouble ni dans la sensibilité, ni dans le mouvement.

Digitized by Google

M. DURET. J'ai communiqué à M. Lépine pour sa thèse d'agrégation un fait analogue, en apparence, à celui-ci (c'était une fracture des parties antérieures de la voûte par un coup de pied de cheval); la différence symptomatique tient à ce que, dans le cas de M. Marot, les circonvolutions frontales dans leur partie antérieure seulement sont intéressées, tandis que dans mon observation les lésions s'étendaient au voisinage immédiat de la scissure de Rolando.

M. RENAUT. Il me souvient avoir vu pendant la guerre, auprès de Vendôme, un blessé qui avait une large perte de substance de la région frontale avec hernie de la matière cérébrale; il n'avait aucun trouble moteur et répondait avec une lucidité parfaite aux questions que je lui ai faites.

M. DURET. Lorsqu'on recherche la nature des lésions cérébrales qui ne sont accompagnées d'aucun trouble fonctionnel grave, on trouve qu'elles occupaient toujours soit les lobes frontaux, soit les lobes occipitaux; les lésions du cerveau moyen s'accompagnent, on le sait, de phénomènes paralytiques.

M. PETIT. J'ai observé deux faits assez semblables au cas de M. Marot. Dans l'un d'eux, il s'agit d'un homme atteint de fracture du frontal avec enfoncement qui pendant quinze jours resta sans aucun trouble fonctionnel. Au quinzième jour survinrent des phénomènes d'encéphalite: on trouva un abcès du lobe frontal.

Dans le second, chez un homme qui avait fait une chute d'un omnibus et s'était fracturé le crâne, on n'observa, après les premiers phénomènes passagers de commotion, aucun trouble fonctionnel. Il est vrai d'ajouter qu'on ne trouva pas de lésion cérébrale.

M. DESPRÉS. M. Marot nous a dit que le malade avait succombé à l'infection purulente, cinq jours après le traumatisme; jamais on n'observe d'abcès métastatiques à une période si rapprochée du début; la nature des petits abcès signalés dans le poumon paraît donc douteuse.

M. RENAUT. N'est-il pas possible d'admettre que dans les plaies intéressant le diploé et les sinus, la pyémie peut avoir une évolution plus rapide que dans le cas d'autres plaies?

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 18 février 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

20. Election.

Sur la proposition faite par M. CHARCOT, la Société décerne par un vote unanime à M. de LENHOSSEK le titre de membre honoraire.

21. De la macrocéphalie; par M. le professeur BROCA.

Il est nécessaire de rectifier le sens du mot macrocéphalie qui, dans certains ouvrages contemporains, dans le Dictionnaire de M. Dechambre par exemple, est employé pour désigner une augmentation totale du volume de la tête dans ses divers diamètres sous l'influence de causes variables, souvent inconnues; c'est pour ces faits que les Allemands ont imaginé le mot de képhalôme, et que l'on a employé celui de mégalocéphalie.

Hippocrate parle des macrocéphales dans deux endroits et en particulier dans le traité des airs, des eaux et des lieux. Ce sont des peuples remarquables par la conformation de leur tête qui résulte d'une pratique singulière d'un système de compression méthodique à laquelle la crâne est soumis dès la naissance. Hérodote, qui rapporte aussi cette coutume, l'attribue aux Cimmériens, peuples des confins de la Scythie qui ne sont autres que les macrocéphales d'Hippocrate.

La déformation de la tête était produite par deux moyens aujourd'hui bien connus, dont l'emploi était simultané; c'était d'une part une plaque frontale et d'autre part un ruban qui faisait le tour du crâne de la région sagittale au menton. Cette double pression a pour effet d'allonger le crâne, de rendre le front oblique et fuyant et de produire une dépression post-coronale.

Il en résulte un aspect spécial du crâne qui appartient en propre aux Cimmériens, Kymris ou Cimbres et qui a servi à déterminer leurs migrations et leurs lieux d'établissements successifs. On connait ainsi avec une grande exactitude, la direction et la date des migrations qui les conduisirent au delà

Digitized by Google

de Caucase; les tombes de Tiflis ont fourni des crânes tout-à-fait caractéristiques. On connaît une autre migration vers le Danemark ou Péninsule cimbrique.

www.libtool.com.cn

A mesure que les populations s'éloignent du lieu d'origine, les coutumes se modifient parce qu'elles ne sont plus perpétuées dans leur intégrité par l'exemple des ancêtres.; toutefois, après des siècles, la macrocéphalie d'Hippocrate et d'Hérodote s'observe encore un peu modifiée seulement dans des lieux vers lesquels se sont faites des migrations cimbriques.

Certains chants du pays de Galles ont conservé le souvenir d'une invasion cimmérienne conduite par Hus le puissant. Partis de la Gaule Belgique, les Kymris, comme les appellent M. Edwards et A. Thierry, arrivèrent à la Loire, se répandirent dans le pays qui correspond aux Deux-Sèvres, aux Charentes, à la Garonne et fondèrent Toulouse et Nimes; ils prirent là le nom de Volkes.

Or, on retrouve de nos jours la coutume de déformer la tête des nouveau-nés, de manière à produire une macrocéphalie véritable aux environs de Toulouse et dans les Deux-Sèvres; le type primitif s'est à la vérité un peu altéré, mais les éléments s'en peuvent reconnaître dans deux types secondaires, aux environs de Toulouse, on fait usage d'une plaque frontale prise par une courroie qui passe derrière la tête; le front devient fuyant, le diamètre antéro-postérieur du crâne devient prédominant et il se produit une sorte d'ensellure en avant du bregma. Dans les Deux-Sèvres, la déformation est produite par la pression d'un bandeau qui, du sommet de la tête, vient passer sous la mâchoire inférieure.

Ces usages, qui ne se conservent plus que par une routine aveugle, avaient évidemment pour objet d'imprimer à la physionomie un certain caractère de beauté conventionnelle qui sans doute répondait à une idée de valeur guerrière. C'est du moins ce que permettrait de conclure une observation faite en d'autres parties du monde; dans certaines îles de l'Amérique du Sud il y a deux types de déformation qui se perpétuent dans certaines castes et qui sont en rapport avec des aspirations distinctes des familles où ils sont recherchés; on provoque un allongement du crâne, une dolichocéphalie, chez ceux qui sont destinés à la guerre; le crâne est plutôt aplati de manière à rendre le front vertical chez ceux qui doivent plus tard dominer dans les conseils.

Les déformations qui nous occupent n'ont pas seulement un intérêt anthropologique; elles ont été étudiées d'abord par les aliénistes qui ont observé leur fréquence dans les asiles qu'ils dirigent. J'ai dans un cas fort curieux observé l'adhérence du cerveau à la dure-mère sur le crâne d'une Toulou-

Digitized by Google

saine macrocéphale morte à la Pitié. Il paraît bien démontré que les deux types que je signalais tout à l'heure comme appartenant aux descendants des Kymris de Toulouse et des Deux-Sèvres sont relativement fréquents chez les aliénés, et l'on ne peut se refuser à admettre une relation de cause à effet entre les pratiques de déformation du crâne et le développement de la folie.

Pour compléter cette communication, j'ajouterai que la macrocéphalie cimmérienne diffère de certaines autres déformations qu'on observe parmi des populations d'une origine différente dans certains parties de l'Amérique; par exemple on rencontre des crânes analogues en apparence à ceux que nous venons d'étudier; une double pression sur le front et le sinciput y détermine un allongement de la tête et une obliquité très-prononcée du front; mais le mode d'application de l'agent de pression postérieur donne lieu à la formation d'une gouttière oblique en bas et en arrière qui est tout-à-fait spéciale.

22. Hémiplégie gauche avec arthropathie datant de l'enfance. — Hémorrhagie du cervelet; par A. DROUIN, interne des hôpitaux.

Carr., 83 ans, est entrée le 25 mars à l'infirmerie de la Salpétrière, salle Saint-Jean, n° 22 (service de M. LUYS).

Cette malade est paralysée du côté gauche depuis la première enfance; elle raconte qu'elle n'a commencé à marcher qu'à l'âge de quatre ans, et que déjà la jambe gauche était plus petite que celle du côté opposé. Son bras gauche était déjà paralysé et tout contracturé. Pendant toute la vie, elle n'a pu se servir du bras gauche. La malade pouvait marcher à l'aide d'un bâton tenu de la main droite; elle monte et descend assez bien les escaliers. Jamais elle n'a ressenti de douleurs dans les membres. Sa vue est excellente, les fonctions digestives régulières.

On constate un raccourcissement de plus de 5 centimètres dans le membre inférieur gauche, et portant exclusivement sur le fémur, car la jambe gauche a la même longueur que la droite. Les deux pieds sont égaux. Le bras gauche est près de moitié plus court que le droit. Les deux avant-bras sont égaux. On sent que l'humérus est incurvé et tourné sur lui-même, de telle sorte que la main est constamment en pronation forcée: l'avant-bras est en demi-flexion sur le bras; la malade ne peut l'étendre tout-à-fait. En imprimant des mouvements au bras, on entend des craquements dans l'articulation de

Digitized by Google

l'épaule ; les autres jointures sont saines. Les mouvements ne provoquent pas de douleurs.

La sensibilité des membres des deux côtés, au froid et à la douleur, est intacte. La face est très-régulière et non paralysée.

Depuis six mois qu'elle est à la Salpétrière, la malade se portait bien ; elle allait et venait dans les cours, et allait tous les jours travailler quelques heures à la cuisine.

Le 25 mars, elle s'est levée aussi bien portante qu'à l'ordinaire; elle a fait son ménage et a déjeuné comme les autres jours, quand vers 10 heures du matin elle a été prise tout à coup d'un malaise et a vomi presque aussitôt des aliments d'abord, et ensuite des matières muqueuses mélangées de bile. On amène la malade à l'infirmerie : elle se plaint d'une grande faiblesse, cependant elle remue très-bien les bras et les jambes, s'assied toute seule sur son lit, et prend elle-même le vase quand elle est pour vomir. Elle ne ressent pas de douleurs. La sensibilité cutanée est intacte aussi bien pour les impressions de température que pour la douleur et le tact. La face n'est pas paralysée, n'a pas d'expression particulière.

La langue est saburrale, pas déviée ; les pupilles sont égales, très-rétrécies, 1 millimètre : elles ne se dilatent pas dans l'obscurité. Il n'y a pas de déviation des yeux ni de la tête.—L'intelligence est très-nette. La malade répond bien à ce qu'on lui demande : la parole est bien articulée; mais elle dit se sentir fatiguée et prie qu'on la laisse se reposer.

La peau n'est pas chaude, le pouls est faible, il bat 96 fois par minute. A l'auscultation du cœur, on n'entend rien d'anormal.

26 *mars*. Au moment de la visite de M. Luys, la malade est dans le coma, la respiration est stertoreuse, ses lèvres sont couvertes d'une écume blanchâtre. Elle n'a pas eu de convulsions. Elle a vomi une dizaine de fois encore depuis la veille, les vomissements sont formés de matières muqueuses teintées de bile. Les pupilles sont très-rétrécies, 1 millimètre, égales et immobiles. Pas de déviation des yeux ni de la tête. Peau froide, pouls insensible. Elle meurt une demi-heure plus tard, à 10 heures du matin.

Autopsie. — On trouve un foyer hémorrhagique dans le cervelet ayant détruit complétement tout le vermis inférieur et toute la face inférieure du lobe gauche du cervelet. La lésion est profonde, occupe à peu près la moitié de l'épaisseur de cet organe, les circonvolutions cérébelleuses sont détruites, réduites en une pulpe rougeâtre mélangée au sang extravasé. La lésion s'arrête net au bord droit du vermis inférieur

Digitized by Google

et toute la face inférieure droite du cervelet est absolument saine.

www.libtool.com.cn

Dans le *cerveau*, nous constatons l'intégrité des méninges et des circonvolutions qui ne présentent aucun foyer de ramollissement. A la coupe de cet organe, on constate l'existence d'un ancien foyer hémorrhagique localisé dans la couche optique droite. La substance grise a été dissociée par le sang à ce niveau, et on reconnaît facilement que le foyer occupe la partie centrale de la couche optique droite ; il est entouré par des parties restées saines. Il n'intéresse en rien la capsule interne. La couleur de cette partie est jaunâtre et présente à la coupe une structure aréolaire. C'est évidemment une lésion très-ancienne, et nous pensons pouvoir lui rapporter l'hémiplégie qui a été constatée du côté gauche, ainsi que les lésions trophiques de l'humérus et du fémur du même côté.

Le col et la tête du fémur ont complétement disparu par suite de résorption du tissu osseux. La cavité cotyloïde est effacée ; il y a une facette encroûtée de cartilages qui frottait contre une facette semblable répondant à la face interne du fémur, au point où normalement se trouve situé le col du fémur. En cet endroit, l'os est éburné. Des trousseaux ligamenteux réunissaient les deux os et formaient une sorte de capsule articulaire.

La tête de l'humérus est très-élargie ; le cartilage présente de l'usure à la partie centrale et des épaississements vers les bords ; il y a tout autour de la tête des végétations, les unes osseuses, les autres cartilagineuses. La cavité glénoïde de l'omoplate est aussi très-élargie et présente à son pourtour des ostéophytes.

Le corps de l'humérus est très-raccourci ; il mesure seulement 15 centimètres. Il présente une inflexion très-prononcée à convexité dirigée en dehors et en avant. De plus il a subi un mouvement de torsion sur son axe longitudinal, tel que dans la position naturelle de l'os, la partie inférieure de l'humérus affecte une direction d'avant en arrière, ce qui explique la pronation forcée que nous avons constatée dans l'avant-bras.

23. Tuberculo du cerveau ; par M. Rossaw, interne des hôpitaux.

Ce malade entre dans le service de M. le Dr Després, à l'hôpital Cochin, pour un double testicule tuberculeux, survenu dans le cours d'une tuberculisation pulmonaire. Les deux manifestations locales de la diathèse suivirent leur marche naturelle.

Digitized by Google

Au 1er janvier, le malade présentait deux fistules du scrotum fournissant une très-faible quantité de pus et conduisant à des points indurés siégeant à droite sur la tête de l'épididyme et à gauche sur la queue de cet organe. En même temps, les deux poumons offraient les signes d'une tuberculose avancée, passant au 3e degré. En outre, un écoulement purulent très abondant des deux oreilles traduisait une double otite moyenne accompagnée d'une surdité à peu près absolue, qui rendait très-difficile la constatation de certains signes physiques et la recherche des commémoratifs. On a pu savoir cependant que le sujet, avant sa maladie, avait subi de grandes privations.

A la fin de janvier, expectoration abondante, toux très-fréquente, avec des quintes suivies de vomissements. Dans les premiers jours de février, les vomissements augmentent de fréquence, au point de compromettre l'alimentation. L'état du malade empire rapidement. Du délire apparaît.

6 *février*. Délire et convulsions. Constipation opiniâtre; la peau est chaude et le pouls cependant presque normal. M. Després porte le diagnostic : Méningite tuberculeuse.

Le délire et les convulsions persistent les jours suivants; cris et plaintes la nuit. Le décubitus habituel est le décubitus dorsal avec inclinaison légère du côté gauche.

11 *février*. Le malade est dans le coma. Pupilles largement dilatées, le pouls très-rapide bat au moins 120 à la minute; le ventre est excavé et la peau de l'abdomen sèche et flétrie a perdu tout ressort. — Mort le 12 février.

Autopsie. — *Poumons* : à gauche, au sommet, cavité du volume d'une noix; à droite caverne plus ancienne et plus volumineuse occupant tout le sommet du poumon. Petites cavernes en voie de formation et granulations tuberculeuses dans le voisinage. — Foie gras. — *Rate* et *reins* normaux.

Testicules. A droite, l'incision, de la fistule nous fait voir la tête de l'épididyme transformée en un tissu gris jaunâtre, d'apparence fibreuse et criant à la coupe. Au-dessous dans le corps de l'épididyme, noyaux caséeux. Dans la queue, second dépôt caséeux, jaunâtre, à demi-ramolli. Les deux feuillets de la vaginale sont partout adhérents; la glande très-atrophiée est réduite au volume d'une amande. A gauche, la fistule qui, de ce côté, suppurait encore à la mort du malade, conduit à un foyer caséeux, incomplétement vidé occupant la queue de l'épididyme Second dépôt dans la tête de l'organe, du volume d'un gros pois et déjà ramolli.

Vaginale très-épaissie et presque partout adhérente. En dedans du corps de l'épididyme, petit épanchement enkysté de couleur louche. A la partie antérieure de la tunique vaginale,

Digitized by Google

existe au devant de la glande testiculaire un autre épanchement séreux, citrin, plus considérable que le précédent et indépendant de lui. La séreuse est très-épaissie à ce niveau. La glande est si atrophiée qu'elle semble avoir disparu.

Encéphale. — Méninges tendues. — Méningite tuberculeuse des mieux caractérisées, à la convexité et sur la face externe des hémisphères, simple hypérémie. En se rapprochant de la base, on voit du liquide louche dans les petits espaces triangulaires sous-arachnoïdiens. Enfin, au niveau du chiasma, exsudat jaune verdâtre, opaque, d'aspect et de consistance gélatineux, englobant le chiasma, le tuber cinereum, la tige pituitaire et se prolongeant jusque sur la partie supérieure de la protubérance. L'arachnoïde qui voile la scissure de Sylvius est épaissie, le doigt a quelque peine à la déchirer pour pénétrer dans la scissure au fond de laquelle existe le long des ramifications de la cérébrale moyenne, un semis de granulations, encore grisâtres et transparentes pour la plupart.

Les parois des ventricules sont baignées et ramollies par un épanchement très-abondant. Cependant le doigt introduit dans le ventricule latéral gauche reconnaît un corps dur et arrondi faisant saillie sur la paroi supérieure de la cavité, au point de réunion de sa partie moyenne avec son prolongement occipital. Ce petit corps, du volume d'une noisette, reposait dans une sorte de loge formée par la substance blanche avoisinante et de laquelle il a été très-facilement énucléé. Sa consistance est élastique et sa surface partout lisse, sauf deux ou trois dépressions insignifiantes. Incisé, il s'est montré composé d'une sorte de coque mince, assez résistante, de couleur gris-rosé, translucide et ne s'isolant pas d'une substance jaune pâle qu'on trouve à l'intérieur. Cette substance, moins consistante que la précédente, est sèche et paraît privée de vaisseaux à la simple vue. Pas de traces de vaisseaux non plus sur le tissu qui forme l'enveloppe.

24. Contusion du foie chez un fœtus de cinq mois ; par PORAK, interne des hôpitaux.

M. PORAK présente le foie d'un fœtus de cinq mois sur lequel s'observe à la face convexe une bosse sanguine. Il pense que cette lésion a sans doute été provoquée par la pression d'une sonde dans des tentatives d'avortement provoqué.

M. GUÉNIOT. En l'absence de toute trace de violence extérieure, cette hypothèse est peu vraisemblable. S'il n'y a pas

Digitized by Google

eu de manœuvres obstétricales, de manipulations du fœtus, il y a lieu d'admettre que la contusion a été produite dans le travail même de l'accouchement.

M. Pozzi. L'absence de lésion cutanée ne doit pas faire rejeter l'idée de contusion par pression externe. On voit parfois et j'ai observé moi-même la rupture du foie et de l'intestin même à la suite de contusion du tronc sans aucune altération des téguments.

M. Guéniot. Le fait signalé par M. Pozzi n'est pas comparable à l'action d'une sonde qui agit sur une petite surface et non sur une large masse.

25. Lymphadénome du testicule; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

G... Thib., 57 ans, sculpteur sur bois, entre le 25 janvier 1876, à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat), pour une tumeur du scrotum déjà ancienne. Se croyant atteint depuis longtemps d'une hernie inguinale, il porte un bandage herniaire gauche, et vient demander si l'on ne pourrait « lui faire rentrer cette grosseur. » La moitié gauche du scrotum est considérablement augmentée de volume; la peau distendue par la tumeur sous-jacente est sillonnée de nombreuses veines dilatées et saillantes. Soulevée dans la main, la tumeur paraît d'un poids énorme, elle est absolument mobile sous les téguments du scrotum. Sa forme rappelle assez bien un gros rein dont le bord concave regarderait en arrière vers le périnée, et le bord convexe directement en avant sous les téguments. Elle mesure dans son grand diamètre vertical: 13 à 14 cent, et 7 à 8 cent dans son diamètre transversal; l'extrémité supérieure remonte à 4 cent. environ de l'orifice cutané du trajet inguinal. La palpation révèle quelques détails intéressants: l'extrémité supérieure est légèrement bosselée, irrégulière; une grosse bosselure constitue l'extrémité inférieure arrondie, saillante.

La consistance varie suivant les différents points. Face antérieure, partie moyenne, élasticité, rénitence; partie inférieure fluctuation évidente; partie supérieure, au contraire, on a la sensation d'un corps dur, résistant et solide. La face postérieure dans toute son étendue est dure et irrégulière. Légère transparence à la partie inférieure et antérieure de la tumeur; opacité dans le reste de la tumeur. C'est à peine si l'on éveille quelques sensations douloureuses en pressant les différents points de la surface; la sensibilité paraît même un peu obtuse, sauf en deux endroits; face externe tiers moyen, et face

Digitized by Google

postérieure moitié inférieure, où la pression cause une douleur assez vive. A part quelques troubles fonctionnels peu marqués, sensation de pesanteur habituelle, et quelques élancements profonds mais de courte durée n'apparaissant qu'à de rares intervalles, et s'accompagnant d'irradiations douloureuses dans la région lombaire : l'état général du malade est excellent. On n'éveille en aucun point bien clairement la sensation testiculaire. Le canal déférent paraît un peu plus volumineux à gauche qu'à droite. Il part du sommet de la tumeur au milieu de laquelle il semble se perdre aussitôt ; il est aussi régulier mais plus sensible que le droit ; pas de ganglions inguinaux ni iliaques. Le toucher rectal ne révèle rien.

Le malade tousse un peu, mais depuis longues années. Il n'a jamais eu d'hémoptysie ; rien à noter dans les poumons si ce n'est peut-être un léger état d'emphysème.

Depuis quatre ans environ, il est sujet aux palpitations. Les battements cardiaques sont très-sourds à la pointe. C'est à peine si l'on trouve une matité précordiale. Pas de lésion appréciable du cœur qui paraît complétement recouvert par la languette pulmonaire.

En recherchant les antécédents pathologiques de ce malade, on apprend qu'à l'âge de 12 ans, il subit un traumatisme violent, une barre de fer pénétra dans le scrotum ou dans la région périnéale, en un point qu'il ne peut exactement fixer, et dont on ne trouve pas de traces cicatricielles. Jusqu'à 20 ans, rien de remarquable dans l'état du malade. Toutefois à cette époque, la région scrotale gauche devait être le siége d'une affection manifeste, car il déclare qu'il fut exempté du service militaire « à cause de son testicule gauche. » Tout ce qu'il se rappelle, c'est qu'il sentait toujours à gauche « comme un paquet de petits tuyaux, » sorte de petites masses sinueuses, probablement de nature variqueuse.

Il se marie jeune et a quatorze enfants, huit d'entre eux survivent et sont bien portants.

Quelques accidents scrofuleux de l'enfance, maux d'yeux, abcès ganglionnaires du cou, dont on trouve encore les cicatrices. A l'âge de vingt-deux ans, une blennorrhagie avec érosions chancreuses multiples à la base du gland. Aucune manifestation syphilitique dans la suite. Il y a 7 à 8 ans, sans cause appréciable, le scrotum augmente à gauche assez notablement pour attirer l'attention du malade. Toutefois, la tumeur progressait lentement, et il y a deux ans, elle avait atteint la moitié environ du volume qu'elle présente aujourd'hui. Jusqu'au milieu de l'année dernière, elle augmente environ d'un tiers ; mais c'est surtout depuis six mois qu'elle

Digitized by Google

a pris un accroissement rapide, accroissement qui se fait principalement aux dépens de l'extrémité supérieure.

28 *janvier*. Ponction exploratrice dans la région fluctuante, qui donne issue à 40 gr. environ d'un liquide jaune ocre, bientôt sanguinolent. On délimite parfaitement le néoplasme.

30. Rougeur et tuméfaction douloureuse dans la région ponctionnée.

31. Légère teinte ecchymotique de la moitié gauche des bourses.

2 *février*. Un nouveau phénomène apparaît. Le testicule du côté sain est plus sensible que normalement. Lors du premier examen, il avait paru intact. Aujourd'hui, on le trouve un peu gros, un peu sensible. On prescrit à tout hasard : iodure de potassium et sirop de Gibert.

5. L'ecchymose des bourses, résultat de la ponction, s'est étendue à la totalité de la peau du scrotum. L'épanchement vaginal s'est reproduit. Le testicule droit paraît augmenter de volume.

8. On double la dose d'iodure de potassium. La tumeur du testicule gauche progresse toujours ; le testicule droit augmente.

21 *février*. La tumeur s'est manifestement accrue ; c'est surtout aux dépens du sommet où l'on sent des masses molasses et lobulées que se fait l'augmentation du volume, le canal déférent est tiraillé par la masse néoplasique et donne la sensation d'une corde dure, tendue.

23 *février*. Castration. Section du pédicule avec l'anse galvano-caustique ; mais la pile marchant trop rapidement, la section est faite en quatre ou cinq secondes. On jette au dessus de l'eschare une ligature en masse des éléments du cordon.

Examen macroscopique de la tumeur. La tumeur représente une masse ovoïde à grosse extrémité dirigée en bas, offrant les dimensions constatées avant l'ablation ; vers le bord postérieur, on aperçoit de grosses veines dilatées et variqueuses qui entourent le canal déférent. Ce canal part directement du bord postérieur de la tumeur à l'union de son 1/4 supérieur avec ses 3/4 inférieurs, il est uni lisse et plus gros que normalement.

Sur une coupe antéro-postérieure, on reconnaît que la glande testiculo-épididymaire est envahie dans toute son épaisseur par le néoplasme et totalement transformée. Toutefois on peut distinguer à l'œil nu deux régions dans cette tumeur assez différentes. Dans la moitié inférieure on trouve tout d'abord à la périphérie la tunique vaginale épaissie, li-

Digitized by Google

mitant une cavité cloisonnée par suite d'une large adhérence entre les deux feuillets. Il résulte de cette adhérence que la vaginale n'est représentée que par deux petites cavités, l'une supérieure, répondant environ au 1/3 moyen du bord antérieur de la tumeur; l'autre inférieure, recouvrant l'extrémité inférieure du néoplasme. Ces deux cavités, séparées par une large surface où la tunique albuginée énormément épaissie, adhère à la vaginale pariétale, sont remplies par un liquide séro-sanguinolent; leurs parois sont recouvertes par du sang en caillots; chacune des cavités mesure sur chaque moitié de tumeur 3 centimètres environ de profondeur.

La tumeur proprement dite fait saillie sur la coupe, elle est constituée dans sa moitié inférieure par un noyau central ovoïde long de 5 centimètres environ et qui, au premier abord, rappelle la glande testiculaire transformée. D'une couleur rose pâle, cette zône vaguement lobée est séparée des cavités vaginales par une couche blanc nacré épaisse de 1 centimètre au moins, beaucoup plus dure, plus résistante et formant une zone périphérique qui se perd au-dessus de la région testiculaire dans les végétations néoplasiques qui constituent la moitié supérieure de la tumeur.

Là, en effet, les tissus sont durs, d'un blanc nacré sur certaines places, d'aspect fibroïde et légèrement jaunâtres dans d'autres points. La consistance de la tumeur, dans cette moitié supérieure, est beaucoup plus dure, plus solide, presque ligneuse. C'est surtout au niveau du bord postérieur que cette consistance est le plus marquée. Au-dessous du point où le canal déférent se perd dans la tumeur, on aperçoit sur la coupe quelques petits points hémorrhagiques, et quelques petites vacuoles remplies de sang.

Réflexions. — Nous avons suivi ce malade pendant deux mois et nous avons vu apparaître dans le testicule droit une tumeur absolument analogue à celle dont on avait pratiqué l'ablation. Nous avons vu, en outre, dans différentes régions naître au-dessous de la peau un grand nombre de tumeurs mollasses élastiques ressemblant absolument à des ganglions tuméfiés. En un mot nous avons assisté depuis le jour de l'opération à la généralisation de l'affection, la cicatrisation pendant ce temps se faisait rapidement et sans entrave.

Nous croyons donc pouvoir faire remarquer :

1° La marche spéciale, au point de vue clinique, de ce néoplasme envahissant du testicule, demeurant pendant de longues années peut-être sans retentissement, et subissant un jour, sans cause connue, une marche tellement rapide que la généralisation, malgré l'opération, se produit au bout de quelques semaines.

Digitized by Google

2° La généralisation débutant par le second testicule, sans que nous ayons pu constater l'existence des ganglions inguinaux ou iliaques avant la tumeur testiculaire du côté droit.

3° Les antécédents scrofuleux manifestes de l'enfance.

4° Enfin, l'existence antérieure d'un varicocèle datant de l'adolescence, du côté même où se manifeste tout d'abord l'affection néoplasique.

Examen microscopique, par M. L. Malassez (1). — Sur une coupe verticale et antéro-postérieure, la tumeur se présente sous l'aspect d'un tissu à peu près homogène, rosé, semi-transparent, assez résistant et donnant au raclage un suc peu abondant, opalescent parfaitement miscible à l'eau. L'épididyme, le testicule, le corps d'Highmore et l'albuginée sont confondus et méconnaissables. Cependant, à la partie antéro-inférieure de la tumeur, il existe une masse arrondie, plus volumineuse qu'un testicule normal, vaguement lobulée, un peu brunâtre et qui paraît être le testicule moins complétement altéré que les autres parties.

Des coupes microscopiques sont faites à ce niveau, les pièces étant durcies (2). On y retrouve en effet un certain nombre de *tubes séminifères*. Ces tubes sont très-altérés, leurs contours extérieurs sont peu distincts par suite du passage insensible qui se fait entre le tissu ambiant et leur tunique externe. Les lamelles conjonctives, appliquées les unes contre les autres, qui, à l'état normal constituent cette tunique, sont devenues plus réfringentes et séparées, comme dissociées, par des bandes de cellules disposées sur une ou plusieurs rangées. Ces cellules sont rondes, ont de 8 à 12 μ de diamètre, un protoplasma peu abondant, un noyau volumineux multinucléolaire, bref l'aspect de cellules lymphatiques. Sur des coupes traitées par le pinceau, ces cellules disparaissent en majeure partie, mais on distingue les noyaux allongés de quelques cellules plates appliquées contre les lamelles : on constate, de plus, qu'il existe entre les lamelles de petites travées allant d'une lamelle à l'autre perpendiculairement ou obliquement tout en s'anastomosant parfois. Ces travées sont cylindriques et légèrement aplaties, toujours très-minces, réfringentes ; elles forment avec les lamelles un véritable réticulum lymphatique ou adénoïde. La tunique externe des canalicules séminifères est donc transformée en tissu réticulé ou lymphoïde.

---

(1) Pièce n° 20 Série B, de la collection du laboratoire d'histologie du Collége de France.

(2) Le durcissement a été obtenu en plongeant les parties à examiner dans l'alcool, l'acide picrique, la gomme et l'alcool, 24 heures dans chacun de ces liquides.

Digitized by Google

La transformation est plus considérable dans les portions extérieures du tube que dans les parties centrales.

La tunique interne ou membrane propre des canalicules, qui est si peu distincte à l'état normal, est ici considérablement hypertrophiée. Cette hypertrophie est concentrique. Dans ses parties les plus centrales, la tunique a parfois les mêmes caractères que dans les hypertrophies communes, elle se présente sous l'aspect d'une substance réfringente, ondulée, finement striée et ne possédant que quelques rares noyaux.

Dans les parties périphériques et parfois dans les parties centrales, les élémenls cellulaires sont plus nombreux, partant plus rapprochés les uns des autres; la substance réfringente prend une apparence grossièrement réticulée, et cette apparence devient d'autant plus manifeste qu'on considère les parties plus excentriques ; si bien qu'il existe un passage insensible entre les couches les plus externes de la tunique interne et les couches les plus internes de la tunique externe. La tunique interne des tubes séminifères s'hypertrophie et se transforme donc peu à peu en tissu réticulé ou lymphoïde; comme la tunique externe, cette transformation se fait également de la périphérie vers le centre.

L'épithélium intracanaliculaire a complétement disparu par suite de l'hypertrophie concentrique de la tunique interne; la lumière du tube est comblée. En résumé, les tubes séminifères sont transformés en cordons de tissu lymphoïde.

Ces cordons ne sont pas contigus les uns aux autres; il existe entre eux des couches plus ou moins épaisses de tissu lymphoïde. Ce tissu se continue avec celui des tubes, il n'en diffère que par la disposition du réticulum qui ne présente pas ces lamelles concentriques décrites plus haut; il est en général à travées fines et rapprochées comme dans la portion folliculaire des ganglions lymphatiques; çà et là il existe des travées plus fortes et parfois des mailles plus larges ressemblant à des sinus lymphatiques. On y constate des vaisseaux sanguins: les capillaires présentent des cellules plates à leur surface extérieure et donnent insertion à des travées de réticulum; les vaisseaux artériels et veineux ont conservé leurs tuniques musculeuses, tandis que la tunique adventice est devenue réticulée et se confond avec le tissu lymphoïde ambiant. Les cellules spéciales de tissu intertubulaire du testicule semblent avoir disparu en majeure partie. Ce tissu lymphoïde qui sépare les canalicules altérés provient évidemment du tissu conjonctif intercanaliculaire normal; peut-être aussi de quelques canalicules complétement transformés et devenus méconnaissables.

Les cloisons conjonctives qui séparent les lobules n'existent

Digitized by Google

plus; elles ne sont plus représentées que par quelques rares faisceaux de fibrilles conjonctives disséminés au milieu du tissu réticulé.

L'albuginée est également très-altérée; mais le tissu réticulé qui en provient peut encore se reconnaître à ses travées plus épaisses, lamellaires, disposées parallèlement à la surface du testicule, comme les lamelles du tissu normal.

Le corps d'Highmore et l'épididyme sont complétement méconnaissables. On ne trouve à leur place que du tissu lymphoïde sans aucune trace de leurs conduits propres.

En résumé, nous voyons que cette tumeur de testicule est constituée par un tissu comparable à celui des ganglions lymphatiques et qu'elle mérite, par conséquent, le nom de lymphadénome; nous voyons aussi qu'elle détruit les parenchymes, non pas en les refoulant devant soi, mais en les envahissant et les transformant peu à peu, jusqu'à les rendre méconnaissables.

Ces tumeurs, dont j'ai observé plusieurs exemples, n'ont pas encore été décrites que je sache; cela tient probablement à ce qu'elles sont assez rares et qu'elles ont peut-être été prises pour des sarcomes à petites cellules, erreur qu'il est difficile de commettre, si on ne prend pas la précaution de traiter les préparations au pinceau et de chasser les cellules lymphoïdes qui masquent le réticulum (1); leur aspect extérieur, du reste, se rapproche beaucoup de celui des sarcomes. Je n'ai pas à parler de leurs caractères cliniques, mais il est fort probable que s'ils n'ont pas encore été distingués de ceux des autres cancers du testicule, c'est qu'il en existe parmi eux un grand nombre qui leur sont communs. Je ne doute pas que les chirurgiens n'arrivent à leur reconnaître des signes différentiels.

J'ajouterai, à titre de renseignement, que l'opération a fort bien réussi; mais, depuis, il s'est produit un gonflement dans l'autre testicule, et quelques tumeurs cutanées sont apparues; l'état général du malade est cependant très-satisfaisant. La numération des globules que j'ai faite, le 12 mai, avec mon appareil, a donné 3,360,000 globules rouges et 4,700 globules blancs par millimètres cube; soit un globule blanc pour 714 rouges. Il existe donc un certain degré d'hypoglobulie, mais pas de leucémie. Le malade sera suivi, j'espère.

---

(1) Je suppose les préparations durcies à l'alcool ou à l'acide picrique, avec l'acide chromique, et si on n'y prend garde, on peu commettre une erreur inverse et prendre pour du réticulum le plasma intercellulaire qui se trouve fixé d'une manière durable par l'acide chromique.

Digitized by Google

26. Rhumatisme articulaire aigu. — Vomissements incoercibles; mort. — Endocardite végétante. — Embolies multiples; par M. COLSON, interne des hôpitaux.

Mme B..., 29 ans, femme de chambre, d'origine anglaise, habituellement bien portante, bien réglée, mais sujette aux migraines se manifestant surtout au moment des règles, a été prise, à son retour du Brésil, de douleurs articulaires. A son entrée à la maison de santé on constate que le coude droit et les genoux sont le siége de douleur et de gonflement avec épanchement articulaire. — Céphalalgie assez vive, regard brillant sans inégalité des pupilles, rien au cœur.

2 *janvier*. Les cous-de-pieds sont devenus douloureux, gonflés; du côté des autres articulations, état stationnaire. Léger prolongement du 1er bruit à la pointe. *Matin :* P. 106; T. 38°, 2. *Soir :* P. 112; T. 40°, 2.

3 *janvier*. *Matin :* P. 104; T. 38°, 6. — *Soir :* P. 108; T. 39°, 4. Poudre de Dower, 0 gr. 50. Vésicatoire à la région précordiale.

4 *janvier*. *Matin :* P. 104; T. 39°. — *Soir :* P. 124; T. 40°, 1.

5 *janvier*. Le mal de tête a beaucoup diminué; les douleurs articulaires sont moins vives, cependant il y a encore du gonflement. Les épaules sont devenues douloureuses, surtout celle du côté gauche. Le pouls est petit, dépressible, mais régulier. Bruit de souffle assez intense au premier temps à la pointe se propageant à gauche. A la base souffle très-doux au 1er temps. *Matin :* P. 100 ; T. 38°, 8. — *Soir :* P. 116 ; T. 39°, 6.

6 *janvier*. Les douleurs ne sont pas plus vives ; la céphalalgie est assez intense, les bruits cardiaques paraissent éloignés, les souffles s'entendent moins distinctement. Pas de frottement péricardique. Rien à la plèvre ni au poumon, sueurs profuses.

7 *janvier*. Même état, bruit de la pointe plus net que la veille, les douleurs articulaires ont considérablement diminué, et ne se font plus sentir que dans le genou droit. Enveloppement avec la ouate, suppression de la poudre de Dower.

9 *janvier*. Toux légère, quelques râles à la base, pas de pleurésie. 6 ventouses sèches. Sirop de Codéine, 50 gr. Poudre de Dower, 0,50 centigr.

11 *janvier*. La céphalalgie a complétement disparu, les douleurs articulaires diminuent. Le souffle du 1er temps à la pointe paraît moins rude, mais plus étendu. Le pouls se maintient entre 111 et 130. La température entre 38°, 5 et 40°.

15 *janvier*. Cette malade a toujours le teint pâle, les sueurs

Digitized by Google

sont abondantes, la céphalalgie a disparu, pas de délire, la malade comprend ce qu'on lui dit et y répond très-exactement. Plus de douleurs.

17 *janvier*. Vomissements dans la nuit (mélange d'aliments et de mucosités). Submatité à la base gauche, sans égophonie, quelques râles. P. 120; T. 39°, 2. Suppression de la poudre de Dower, vésicatoire, 30 gr. de sirop de morphine.

20 *janvier*. Vomissements alimentaires après chaque repas, répugnance pour les aliments. Pas de mal de tête. Toux sèche, quelques râles. Sueurs abondantes. Les bruits cardiaques sont sourds, éloignés ; le bruit du 1er temps à la pointe succède à un bruit de décollement.

21 *janvier*. Vomissements bilieux pendant toute la nuit. Toux vive, pas d'expectoration, peu de dyspnée. Le pouls est petit, dépressible, misérable : 100 pulsations. On ne perçoit pas le choc de la pointe à la palpation, bruits cardiaques très-voilés. Sueurs profuses. Julep, cognac et codéine. Vésicatoire à la région précordiale. Ventouses sèches à la base de la poitrine.

22. Coloration cire des téguments. Vomissements incoercibles survenant sans que la malade en ait le pressentiment et sous l'influence du moindre mouvement, du moindre accès de toux. Matité aux deux bases. Pas d'égophonie. Quelques râles sous-crépitants. Amaigrissement. Pas de sommeil. Pas de changement dans les bruits morbides du cœur. P. 120; T. 39°,4. Potion de Rivière. Lait glacé.

Le 26, P. 120. T. 38°,4. — Soir : P. 140. T. 40°,2. Les vomissements persistent alimentaires et bilieux, pas de sang. La toux est sèche, vive ; quelques crachats grisâtres peu adhérents. Quelques râles seulement à l'auscultation, matité aux deux bases. Le premier bruit de la pointe est toujours soufflant et éloigné, mais on entend à la base et au 2e temps un souffle rude qu'on n'entendait pas ces jours derniers. C'est un bruit de piaulement qui paraît avoir son maximum à gauche du sternum dans le deuxième espace intercostal.

2 *février*. P. 128, T. 38°,8. — Céphalalgie ; les vomissement prennent le caractère de regurgitations sans nausées sous l'influence du moindre mouvement. Diarrhée légère. Rien aux poumons. Souffle au 2e temps à la base, piaulement moins intense. Léchement péricardique. Les urines sont assez rares, foncées en couleur ; mais elles n'ont jamais, d'ailleurs, rien présenté d'anormal. Sp. Codéine avec digitale 20 gouttes.

8 *février*. Pouls fréquent, 120; T. 39°. Somnolence continue, subdélirium. Teinte verdâtre, yeux excavés, l'état général a été sans cesse s'aggravant. La malade ne peut prendre

Digitized by Google

aucune espèce d'aliments sans les vomir. Plus de piaulement au 2e temps et à la base, le souffle persiste, toux persistante, quelques râles seulement. Vésicatoire au creux épigastrique. Boissons glacées.

10. Eruption érythémateuse, papuleuse par place, aux deux bras et à la région deltoïdienne, quelques taches purpuriques ne disparaissant pas à la pression. Symétrie parfaite. Depuis quelques jours, la malade répond à peine aux questions qu'on lui adresse. Subdélirium, la nuit le délire est plus agité, cris. Pas de paralysie. Léger tremblement fibrillaire.

12. L'éruption a augmenté d'intensité, elle est limitée aux bras et franchement purpurique. La langue et les gencives sont sèches, recouvertes d'un enduit noirâtre. Sur la face, les mains, on observe une sorte de poussière blanchâtre, ressemblant à un sable très-fin, dans laquelle on constate une assez forte proportion d'acide urique. Le pouls est imperceptible, filiforme. 130 pulsations. T. 37. Vomissements moins fréquents ne renfermant pas de sang. Diarrhée, souffle aux 2 temps à la base, au 1er temps, à la pointe. La malade urine difficilement, on est obligé de la sonder, petite quantité d'urine, pas d'albumine ni de bile.

13 *février*. Facies cadavérique, langue sèche, fuliginosités. Jusqu'au dernier moment, la malade a compris ce qu'on lui disait parfois, les réponses étaient lentes, mais toujours exactes. Jamais trace de paralysie. Les pupilles restent égales, moyennement dilatées. — La malade meurt le 13, au soir.

Autopsie. — *Encéphale*. La dure-mère est saine, quelques tractus fibreux l'unissent au cerveau. Rien dans les sinus. — Peu de liquide céphalo-rachidien qui est franchement séreux. Légère suffusion sanguine à la surface du cerveau, manifeste surtout au niveau du lobe postérieur droit. Pas de foyers de ramollissement dans l'intérieur de la substance cérébrale.

Sur la peau des bras et aux épaules, ecchymoses assez étendues, pas de collections sanguines. Les articulations sont saines, ne contiennent pas de liquide en quantité anormale. A peine rencontre-t-on à la périphérie du cartilage, quelques arborisations vasculaires.

Cœur. — Le péricarde contient à peine 30 gr. de liquide citrin. Sa coloration est blanchâtre. — Pas de plaques laiteuses sur le feuillet pariétal. Sur le feuillet viscéral, au niveau de la partie moyenne de la face antérieure du ventricule droit, deux plaques laiteuses, dont la plus étendue a environ 3 c. m. carrés. Le cœur est petit, légèrement chargé de graisse. Le muscle cardiaque lui-même est jaunâtre, et se laisse facilement

Digitized by Google

déchirer. Les valvules aortiques pulmonaires sont suffisants. Sur les valvules aortiques, on voit dans toute leur étendue, sur les deux faces des valves, des amas d'endocardite végétante de coloration blanchâtre, de consistance crétacée, remplissant les nids de pigeon, et empêchant les valves de s'accoler à l'aorte. Cette matière crétacée est friable. Sur l'une des valves, complétement envahie par les produits de l'endocardite végétante, on remarque une ulcération, conduisant dans une cavité du volume d'un petit pois et qui est complétement vide, mais dont le contenu semble s'être déversé dans l'aorte. Au niveau des valvules aortiques, dans le muscle cardiaque, on constate un petit foyer hémorrhagique, contenant une matière noirâtre analogue, pour la consistance, à de la boue splénique de la grosseur d'un pois. Les valves mitrales sont légèrement épaissies, et à leur point de jonction, il y a quelques plaques blanches d'endocardite plastique. — Rien au cœur droit. Nulle part, sur l'endocarde, on ne trouve de traces d'ulcérations, ni de foyers puriformes.

Sur l'aorte jusqu'à sa bifurcation en artères iliaques, on trouve un exsudat constitué par des plaques d'aspect laiteux, sans coloration, rouge autour, sans trace d'abcès. Les artères destinées à la partie supérieure du tronc, n'ont pas été examinées.

Pas trace de liquide ni de fausses membranes dans les plèvres. Les *poumons* sont petits. Les lobes supérieurs sains. Les lobes inférieurs sont congestionnés. Nombreuses ecchymoses sous la plèvre viscérale. Les lobes crépitent encore, surnagent, laissent échapper à la coupe une assez grande quantité de sang, et on voit de petits foyers hémorrhagiques dans toute l'épaisseur des lobes inférieurs, sans configuration définie, et ne présentant nullement l'aspect pyramidal à base périphérique. Leur volume varie de celui d'une tête d'épingle à celui d'un pois.

Vu l'absence de lésions dans le cœur droit, ne pourrait-on pas penser que ces hémorrhagies ont pour cause des embolies dans les artères bronchiques ?

Le *foie* est normal, jaunâtre, graisseux à la coupe, pas d'hémorrhagies. La *rate* assez volumineuse, rouge, présente à la périphérie un grand nombre d'ecchymoses, petites. Foyers hémorrhagiques multiples dans l'intérieur, pas trace de ramollissement putride. L'*estomac* volumineux laisse voir par transparence à travers le péritoine une suffusion sanguine assez abondante ; la muqueuse est rouge tuméfiée, principalement au niveau du grand cul-de-sac où il y a des arborisations vasculaires à mailles très-serrées. Par place extravasations sanguines sous-muqueuses formant des ecchymoses

Digitized by Google

de la largeur d'une pièce de 20 centimes. Pas trace d'ulcérations. Dans toute la longueur de l'*intestin grêle*, surtout dans l'iléon, il y a des arborisations vasculaires aussi abondantes qu'à l'estomac. Elles correspondent au bord libre de l'intestin. Ecchymoses nombreuses et étendues, nulle part on ne voit d'ulcérations. Rien dans le gros *intestin*.

Les *reins* sont volumineux, décolorés, sans hémorrhagies. Rien dans les uretères. Au bas-fond de la vessie ecchymoses et vascularisation analogues à celles de l'estomac et de l'intestin. Les foyers d'extravasation sanguine y sont peut-être plus abondants. Le vagin et l'utérus sont normaux, pas de grossesse.

27. Cyanose congénitale. Rougeole. Diphthérie secondaire. Mort; par L. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Sourou, Henriette, âgée de 20 mois, est entrée à l'hôpital des Enfants (service de M. ARCHAMBAULT), salle Sainte-Geneviève n° 19, le 7 janvier 1876.

Au dire de la mère, cette enfant est venue au monde avec une teinte bleue. Depuis sa naissance, elle a toujours été souffrante sans faire de maladie à proprement parler. La respiration est toujours courte, mais depuis trois jours elle l'est davantage et l'enfant a eu quelques vomissements.

Cette petite fille a un développement à peu près normal pour son âge. La première dentition est complète, mais l'ossification du crâne ne l'est pas encore. Les incisives supérieures commencent déjà à se carier. Ce qui frappe dès l'abord, c'est la teinte cyanotique des lèvres et des extrémités des doigts (aux mains et aux pieds), qui sont renflés en massue et ont une forme carrée. On voit de plus des veines très-dilatées le long des doigts et sur les tempes et le front.

La coloration générale de la peau est habituellement peu cyanosée. Mais dès que l'enfant crie, ce qui lui arrive très-fréquemment, elle devient immédiatement très-bleue. Le même phénomène se reproduit toutes les fois que l'enfant a des sortes de crises de suffocation qui ont été observées à plusieurs reprises pendant son séjour à l'hôpital.

L'auscultation des *poumons* ne dénote rien d'anormal. Celle du *cœur* n'a pas constamment fourni les mêmes résultats. A certains moments, surtout lorsque l'enfant était bien au repos, on n'entendait que les bruits normaux. Beaucoup plus habituellement, on percevait un bruit de souffle systolique assez dur, ayant son maximum d'intensité dans le 3e espace intercostal vers le bord gauche du sternum et sans propagation du côté du cou ou vers la clavicule. Mais s'entendant

Digitized by Google

bien aussi à la pointe du cœur. La température prise dans le rectum oscille autour de 7°. Le pouls habituellement fréquent varie de 140 à 160 par minute.

Du 7 au 19 janvier rien de particulier à noter. A partir du 19 janvier, les accès d'oppression sont plus fréquents. On observe parfois de légers mouvements convulsifs des yeux.—Du 19 au 29 la température rectale s'élève et se maintient entre 38° et 39°. Il survient de la toux avec quelques râles dans la poitrine.

Du 29 au 31 janvier, la fièvre augmente encore (39°,8 à 40°,4) et enfin apparaît le 31 janvier et le 1er février avec du catarrhe oculo-nasal et de la diarrhée, une éruption de rougeole (évidemment contractée par contagion dans la salle).

Cette rougeole, sauf les caractères de l'éruption sur lesquels nous allons revenir, suit une marche classique, et bien qu'accompagnée de catarrhe bronchique chez une enfant dont la circulation pulmonaire doit déjà se faire d'une façon fort incomplète, ne met pas directement les jours de la petite malade en danger. L'éruption rubéolique était ordinairement d'un rouge un peu violacé et devenait cyanique chaque fois qu'il y avait quelque gêne accessoire de la circulation, pendant les cris, les accès de dyspnée, etc.

Dès le 5 ou 6 février, l'enfant paraît convalescente.

Le 10 février l'état général est moins bon et on constate la présence d'une éruption aphtheuse sur la langue et d'une gingivite ulcéro-membraneuse à la gencive inférieure. Trois jours plus tard la toux devient rauque, croupale, la dyspnée augmente, et l'enfant succombe à l'asphyxie le 14 février au matin.

Autopsie pratiquée le 15 février — *Laryngo-trachéite* pseudo-membraneuse. — *Adhérences pleurales* récentes à droite. — *Bronchite et congestion pulmonaire* doubles.

Cœur. Comparé au cœur gauche, le cœur droit est très-développé. — *Oreillettes.* La *droite* très-distendue et pleine de caillots noirs, mesure 2 centimètres 1/2 de hauteur et 6 centimètres de circonférence intérieure. La *gauche* très-réduite n'est plus que le simple confluent à peine dilaté des veines pulmonaires. Elle a 4 centimètres de circonférence intérieure. Le *trou* de Botal est oblitéré. Il existe cependant 2 ou 3 petits orifices obliques dans la cloison interauriculaire.

Ventricule droit. Au moins double du gauche, mesure à sa base extérieurement du sillon interventriculaire antérieur au postérieur 8 centimètres de pourtour (le gauche n'en mesurant que 5). Les *parois* du ventricule droit sont hypertrophiées.

En ouvrant ce ventricule, on trouve les particularités sui-

Digitized by Google

vantes : 1° l'infundibulum de l'artère pulmonaire est extrêmement petit et conduit dans une très-petite artère pulmonaire; 2° L'aorte s'abouche largement dans le ventricule droit par la presque totalité de son orifice. Un 5e à peine de son diamètre est situé dans le ventricule gauche; 3° Il y a une communication entre les 2 ventricules, au niveau de la partie supérieure de la cloison interventriculaire. Cet orifice de communication paraît résulter d'un arrêt de développement de la cloison. Il est régulièrement arrondi et admet la pulpe de l'auriculaire. Prolongée en haut, la cloison incomplète viendrait tomber sur l'aorte dont elle laisserait au moins les 4/5 dans le ventricule droit et à peine un 5e dans le gauche. L'infundibulum est en avant et à droite de la cloison; 4° La valvule tricuspide épaissie et rouge à son bord libre paraît suffisante.

Le *ventricule gauche* ne présente de remarquable que sa petite capacité, l'abouchement très-imparfait de l'aorte dans sa cavité, la communication interventriculaire, et l'épaississement très-marqué, rugueux, accompagné de rougeur du bord libre de la valvule mitrale. Il n'y a d'ailleurs pas d'autres traces d'endocardite dans aucune des cavités cardiaques.

Aorte. Ne présente d'autre anomalie que son abouchement déjà signalé dans le ventricule droit et une dilatation de sa portion ascendante portant surtout sur la paroi postérieure. Sa circonférence au niveau des sigmoïdes est de 4 centimètres.

Artère pulmonaire. Ses parois sont très-minces, transparentes, veineuses. Son volume est celui d'une forte plume d'oie. Elle n'a que 2 valvules sigmoïdes qui sont saines. A leur niveau elle mesure 1 1/2 centimètre de circonférence.

Le *canal artériel*, perméable, admet un stylet de trousse.— Les *divisions de l'artère pulmonaire* atrophiée se poursuivent dans le parenchyme pulmonaire. — Les *artères bronchiques* à leur origine à l'aorte sont très-petites et ne paraissent pas pouvoir compenser l'insuffisance de l'artère pulmonaire. Le *système veineux* général (saphènes, poplitées, etc.), ne présente rien de spécial.

Foie congestionné ; de couleur noirâtre. — *Reins* normaux. — *Rate* dure, fibreuse.

Système nerveux. Suture sagittale et fontanelles non ossifiées. Larges communications veineuses entre les circulations intra et extra-crâniennes. Coagulations récentes dans les tissus de la dure-mère. — Veines de la pie-mère énormément distendues et variqueuses. — Substance grise du cerveau et du cervelet d'une couleur très-foncée, sans altéra-

Digitized by Google

tion particulière des centres nerveux à la coupe. — La moelle n'a pas été examinée.

www.ibtool.com.cn

REMARQUES. — La cyanose paraît liée dans ce fait comme cela a lieu le plus souvent, à une malformation congénitale de l'artère pulmonaire ; d'où est résulté un excès de pression dans le ventricule droit avec développement incomplet et refoulement de la cloison interventriculaire. De plus, il y avait évidemment hématose incomplète vu la petitesse de l'artère pulmonaire, et mélange des 2 sangs par le fait de la communication interventriculaire et du large abouchement de l'artère aorte dans le ventricule droit.

M. HOMOLLE. Dans les cas que j'ai pu observer, l'aspect des doigts était un peu différent de ce que l'on observe dans la tuberculose ou dans les pleurésies chroniques ; la phalangette prend une forme olivaire, se renfle en baguette de tambour plutôt qu'elle n'affecte la disposition en spatule avec prédominance des dimensions transversales. L'apparence était la même dans un cas d'anévrysme probable du tronc innominé ; la déformation était bornée aux doigts de la main droite.

28. Malformation congénitale du cerveau. — Absence presque complète des lobes occipitaux. — Contracture généralisée. — Mort à 28 mois ; par L. MAUNOIR, interne des hôpitaux.

Meun., 28 mois, entré le 3 janvier 1876 à l'hôpital des Enfants (service de M. Archambault), salle Saint-Louis, n° 28, présente à peine le développement d'un enfant de six mois. Il n'est pas disproportionné ; la tête, le thorax, les membres, sont simplement de très-petites dimensions, et la maigreur de ce petit corps est portée aux dernières limites. Il n'y a encore que deux incisives à chaque mâchoire ; les deux premières molaires inférieures commencent à paraître.

Cet enfant a eu constamment depuis sa naissance des convulsions et des vomissements. Lorsqu'il est couché dans son lit, on constate qu'il est dans un état de rigidité musculaire généralisée. La tête est maintenue renversée en arrière et roule par moments à droite et à gauche sur l'oreiller comme si l'enfant voulait user par le frottement son occiput. Il n'y a aucune lésion locale expliquant ce fait.

Les quatre membres restent contracturés et fléchis d'une façon permanente et forcée. Les doigts fortement recourbés sur le pouce implantent leurs ongles dans la paume de la main. La flexion des avant-bras exige un certain effort pour

Digitized by Google

être vaincue. Il en est de même pour les orteils, les jambes et les cuisses, qui sont ramenées sur le ventre.

www.libool.com.cn

On peut soulever l'enfant tout d'une pièce en le prenant par un pied. La respiration et la circulation s'opèrent normalement, Les fonctions digestives s'accomplissent aussi régulièrement. Il y a plutôt de la constipation que de la diarrhée, et l'enfant boit son lait sans difficulté, mais en faible quantité.

Par moments, lorsqu'on excite un peu l'enfant, il y a de petites secousses convulsives, une sorte de tremblement dans les membres supérieurs. En même temps les doigts fléchis se serrent davantage les uns contre les autres. L'enfant pousse des gémissements continuels, et dès qu'on touche un point quelconque de son corps, ses cris redoublent. Sa sensibilité paraît notablement exagérée.

En examinant la surface cutanée, on constate des traces douteuses d'une éruption syphilitique : une tache brunâtre de forme circinée sur l'abdomen et des érosions du scrotum accompagnées d'intertrigo, le tout ressemblant fort à des plaques muqueuses ulcérées. Il n'y a pas d'engorgements ganglionnaires.

Les renseignements pris auprès des parents, qui paraissent bien constitués, sont négatifs au point de vue de la syphilis. Néanmoins un traitement antisyphilitique est institué, en commençant par 30 gouttes de Van Swieten, portées bientôt à 50 gouttes tous les jours, et en frictions mercurielles sous les aisselles tous les deux jours.

Il ne se produit aucune modification dans l'état de l'enfant qui reste aussi contracturé et aussi chétif qu'à son entrée.

A partir du 15 janvier survient de la diarrhée. On ne donne plus que vingt gouttes de Van Swieten et quelques grammes de sirop diacode.

La diarrhée persiste, l'enfant ne mange presque plus et devient de plus en plus squelettique. Il succombe dans la nuit du 24 au 25 janvier.

Autopsie. Le 26 janvier. — Aucune lésion syphilitique viscérale (Les manifestations douteuses du côté de la peau avaient déjà presque disparu pendant la vie). — Le *foie* est graisseux uniformément jaunâtre à sa surface et à la coupe. — Les *poumons* sont très-emphysémateux dans leurs lobes supérieurs. A la base du poumon gauche quelques points de pneumonie lobulaire. Rien à noter du côté des autres *viscères thoraciques* et *abdominaux*.

Les *os du crâne* sont minces, leur soudure est complète, sauf au niveau de la fontanelle antérieure. Il n'y a pas d'adhérence avec la dure-mère.

Encéphale semble à première vue avoir sa disposition nor-

Digitized by Google

male, la calotte crânienne une fois enlevée : mais on perçoit une sensation kystique répondant à tout le tiers postérieur des hémisphères. La *dure-mère* est détachée sans difficulté. Les *vaisseaux* de la base de l'encéphale sont normaux. *Congestion méningée* au niveau des lobes frontaux. En arrière et à partir du sillon de Rolando sur les deux hémisphères la coloration et la consistance des *méninges* deviennent toutes spéciales. Cette coloration est blanchâtre, et on y sent une fluctuation évidente. Il existe là deux kystes symétriques représentant la forme des lobes occipitaux. En les incisant, on recueille dans chacun environ 150 gr. de liquide transparent, alcalin, d'une densité de 1005 ne contenant que des traces d'albumine et 0 gr. 53 de chlorures pour 100. (Analyse dûe à l'obligeance de M. Bozon interne en pharmacie).— C'est par conséquent du liquide céphalo-rachidien. Quant aux *parois kystiques* elles sont très-minces et paraissent uniquement constituées par le feuillet viscéral de l'arachnoïde. La *cavité* est très incomplètement cloisonnée par des tractus fibro-celluleux. Elle envoie de petits prolongements digitiformes en avant du côté des lobes frontaux, et d'autres diverticulums plus considérables sous cette partie de l'arachnoïde qui recouvre les parois latérales des lobes sphénoïdaux, jusqu'à la scissure de Sylvius.

Ces cavités kystiques paraissent bien siéger dans l'espace sous-arachnoïdien et avoir refoulé la pie-mère avec la substance cérébrale, de telle sorte qu'on ne trouve pas de communication avec les ventricules latéraux. Relativement à la *substance cérébrale* elle-même, presque tout ce qui est en arrière de la circonvolution marginale postérieure a disparu. On ne trouve que quelques circonvolutions occipitales déformées visibles par la face inférieure seulement, et des lobes sphénoïdaux incomplets.

Les kystes une fois vidés et leurs parois affaissées, le cervelet très volumineux est entièrement à découvert ainsi que les tubercules quadrijumeaux. Le corps calleux aminci se déchire à la moindre traction. L'hémisphère gauche en général est notablement plus petit que le droit.

29. Sclérose du pancréas. Oblitération du canal cholédoque. Ictère ; par J. DÉJERINE, interne des hôpitaux.

X..., 67 ans, est entré le 6 janvier 1876, à l'hôpital Saint-Louis (service de M. le professeur HARDY).

C'est un homme d'apparence encore vigoureuse, s'étant toujours bien porté. Pas d'antécédents syphilitiques, pas d'alcoolisme. Environ 6 semaines avant son entrée à l'hôpital, il a eu une rétention d'urine qui disparut assez rapidement et une

Digitized by Google

quinzaine de jours après, il s'aperçut que sa peau prenait une teinte jaune. Depuis lors cet ictère ne l'a pas quitté ; il était accompagné de démangeaisons insupportables empêchant le sommeil. Il y a une semaine environ, il eut un eczéma des bourses pour lequel il entre à l'hôpital Saint-Louis. L'ictère dont est atteint le malade est très-marqué, toute la surface cutanée a pris une teinte jaunâtre très-prononcée, l'urine traitée par l'acide nitrique contient une grande quantité de matière colorante biliaire.

L'examen du malade ne dénote rien de particulier du côté des viscères, si ce n'est une augmentation assez marquée du volume du foie qui descend de 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes et de l'appendice xiphoïde, et qui est indolente à la palpation. Ralentissement du pouls.

Jusqu'au 11 février, l'état du malade reste le même, il faut noter cependant un peu d'amaigrissement ; le 11 au matin, l'examen de l'urine montre un léger dépôt rougeâtre que l'examen microscopique montre être constitué par des globules sanguins. Le 13 février, il se déclare une hématurie très-forte et le malade tombe dans le coma vers le soir. Mort après 36 heures de cet état comateux.

Autopsie 48 heures après la mort. — Rien à noter du côté de la boîte crânienne ou des méninges. Les artères de la base sont très-athéromateuses. L'encéphale est parfaitement sain. Le cœur de volume ordinaire est recouvert de graisse, le tissu de l'organe a une couleur feuille morte. Les sigmoïdes aortiques sont épaissies, l'aorte est dilatée et scléreuse.

Le foie est considérablement augmenté de volume ; à la coupe le parenchyme est verdâtre, le tissu hépatique est infiltré de bile et les canaux biliaires extrêmement dilatés. Sur la face convexe, épaississement de son enveloppe.

L'appareil biliaire présente des particularités intéressantes; il est très-dilaté dans toute son étendue, la vésicule, le canal hépatique, le canal cystique et le canal cholédoque sont très-augmentés de volume, ce dernier atteint le calibre du doigt. Cette dilatation du canal cholédoque existe dans toute sa longueur, sauf au moment où il s'engage dans la tête du pancréas, à ce niveau le canal est comme étranglé et en introduisant un stylet dans l'ampoule de Vater on ne peut pénétrer dans le canal cholédoque qui paraît oblitéré à ce niveau. Le *pancréas* est sclérosé dans toute son étendue, il est de petit volume, très-dur et crie sous le scalpel. La rate est normale. L'*estomac* est sain. Les *reins* sont volumineux et très-congestionnés. Dans la portion pyramidale il y a des extravasions sanguines nombreuses, les bassinets et les calices sont remplis

Digitized by Google

par des caillots noirâtres qui se prolongent dans les uretères.

www.libtool.com.cn

Examen microscopique du foie et du pancréas. Les cellules hépatiques sont réduites de volume, granuleuses et remplies de matière biliaire. Les canaux biliaires périlobulaires sont extrêmement dilatés, pas de lésions du tissu conjonctif périlobulaire. Rien à noter du côté des vaisseaux. Les coupes pratiquées sur le pancréas, montrent que l'on a affaire à une véritable sclérose de cet organe avec étouffement des acini par compression.

Réflexions. — L'intérêt de cette observation nous paraît résider dans le mécanisme d'après lequel s'est produit cet ictère par rétention, qui a amené la mort avec les phénomènes de l'ictère grave. Chez ce malade qui n'avait jamais eu antérieurement de symptômes hépatiques et qui est atteint d'ictère à marche chronique, on trouve à l'autopsie une oblitération du canal cholédoque à l'endroit où il pénètre dans la tête du pancréas, qui est dans un état scléreux très avancé. Cette sclérose nous paraît avoir été la cause de la compression et de l'oblitération du canal cholédoque et avoir produit ainsi un ictère persistant.

30. Myome de la prostate ; par M. Lebec, interne des hôpitaux.

L. Fr.. 76 ans, entré le 5 janvier 1876, salle Saint-Antoine, n° 24, à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guérin).

C'est un vieillard débilité, affaibli par une longue misère. Il se plaint d'une impossibilité d'uriner, datant de quelques jours. Comme seule maladie antérieure, il accuse une blennorrhagie vers l'âge de 25 ans.

La vessie, très-distendue, forme une tumeur volumineuse, remontant à peu de distance de l'ombilic. L'urine s'écoule par regorgement. Le malade n'accuse aucune douleur, autre que la gêne produite par la distension exagérée de ce réservoir.

Le rectum est complétement sain, mais par le toucher rectal, on trouve une prostate notablement hypertrophiée dans le sens transversal. Elle ne fait aucune saillie dans l'ampoule rectale. On ne sent rien du côté des vésicules séminales, ni autour d'elles.

Le malade n'accuse aucune douleur dans le canal, ni au périnée. Une sonde d'argent est introduite avec beaucoup de précaution dans le canal ; elle pénètre sans aucune difficulté jusqu'à la portion prostatique. Arrivé là, on sent que le bec de la sonde butte contre un obstacle, et en même temps on voit le pavillon se renverser de côté, comme quand l'instrument pénètre dans un canal sinueux. Craignant quelqu'accident

Digitized by Google

chez un vieillard, M. Guérin retire la sonde métallique, introduit une sonde en caoutchouc molle, et évacue l'urine.

www.hpbook.com.cn

Il est bien évident que jusqu'à ce moment on n'avait que les simples symptômes d'une hypertrophie de la prostate, aussi ce diagnostic fut-il immédiatement posé.

L'urine générale est claire, sans odeur alcaline bien marquée, sans la moindre trace de sang. A la fin cependant, il s'écoule quelques gouttes de pus mêlé à du mucus filant. La quantité d'urine est de 1 litre et demi environ.

L'examen des autres organes ne révèle rien à remarquer d'important. Le cœur est sain. 80 Pul.

Dans les poumons on entend des râles sibilants et ronflants disséminés çà et là. Comme traitement, on ordonne : cathétérisme 3 fois par jour avec une sonde molle.

6 *janvier*. Pendant toute la journée du 6, on remarque que le malade a une grande tendance à rester assoupi. On essaie de fixer la sonde à demeure, mais inutilement. A la fin de chaque cathétérisme on amène toujours un peu de pus.

12 *janvier*. Le soir le malade est très-affaissé. La figure est un peu plus colorée que les jours précédents, le pouls bat 130 p. La langue est sèche, le malade très-oppressé. On constate une pneumonie au premier degré du poumon gauche en arrière.

15 *janvier*. Le malade meurt de sa pneumonie dans la matinée.

Autopsie.—*Poumon gauche;* — pneumonie tendant à passer au 3e degré. Rien dans le cœur ni du côté de la rate. Les reins sont un peu congestionnés mais sains.

Vessie. La capacité de l'organe n'offre rien de remarquable. Les parois en sont épaisses. A la face interne on voit des cellules formées par l'entrecroisement des faisceaux musculaires dont la saillie est considérable. Ces cellules pouvant contenir un noyau de cerise sont groupées vers le bas-fond de la vessie.

En avant de la ligne qui rejoint les embouchures des uretères se voit une tumeur volumineuse qui occupe exactement le point de la vessie qui correspond au lobe moyen de la prostate. Cette production s'étend en avant jusqu'au col vésical qu'elle déforme considérablement.

Vue par la vessie, l'ouverture de l'urèthre a l'aspect d'un triangle à base postérieure, et dont les deux côtés sont très-rapprochés l'un de l'autre. Le voisinage de la tumeur qui venait encore diminuer la lumière du conduit, rend compte de la difficulté du cathétérisme avec une sonde rigide.

La tumeur elle-même sort du lobe moyen de la prostate, sa base est limitée en arrière par la ligne qui joint les uretères,

Digitized by Google

latéralement, par les lignes qui vont de ces conduits à l'ouverture de l'urèthre.

www.libtool.com.cn

La base a 11 cent. de circonférence. La hauteur est de 3 1/2 à 4 cent. Au niveau du tiers supérieur se voit une ligne circulaire, formée par un bourrelet de la muqueuse dans toute la partie inférieure ; on voit que la muqueuse qui couvre la tumeur est normale, mais dans la partie supérieure, il en est autrement.

Au-dessus du bourrelet, le tissu a un aspect fongueux, et l'on reconnaît que c'est le tissu même de la tumeur qui a perforé, ou tout au moins aminci la muqueuse de telle sorte que la tumeur est visible au travers. Sur la face antérieure existent trois petites fongosités qui sont des kystes, renfermant un liquide blanchâtre.

Une coupe faite à la partie postérieure, fait voir que la tumeur est constituée de deux parties superposées, dont la supérieure est la plus volumineuse. L'inférieure se confond avec le lobe moyen de la prostate. La supérieure est facile à séparer de l'inférieure, et peut s'énucléer avec le manche d'un scalpel. Sur la coupe, on trouve de petits kystes, semblables à ceux décrits plus haut, et renfermant du liquide prostatique.

L'examen microscopique fait reconnaître facilement dans la tumeur des fibres musculaires lisses, semblables aux fibres utérines; c'est donc un myôme de la prostate. La prostate est hypertrophiée. Elle mesure à sa face postérieure : 5 c. 1/2 transversalement ; 6 c. dans son axe longitudinal ; 1 c. 1/2 d'épaisseur devant le canal. La portion prostatique du canal est peu déformée.

Dans la vessie, on a trouvé libres deux petits calculs ; le premier brun rougeâtre, de forme prismatique et allongé, est formé d'acide urique ; le deuxième, jaune blanchâtre, est formé de phosphate de chaux.

31. Fracture du col du fémur ; par M. LEDEC, interne des hôpitaux.

Dem., 73 ans, imprimeur, entré le 22 décembre 1875 à l'Hôtel-Dieu (service de M. Guérin), mort d'un ramollissement cérébral le 12 février 1876.

Sur le cadavre intact, on constate facilement l'aplatissement et l'épaississement de la région trochantérienne. L'articulation est mise à nu en conservant les tendons des muscles. Le tendon du psoas glisse dans une rainure, dont la profondeur est augmentée par des tissus fibreux déposés autour d'elle. Ce tendon est dur, et contient un dépôt calcaire.

La portion réfléchie du tendon droit antérieur est englobé

Digitized by Google

dans une masse fibreuse. Les muscles fessiers n'ont rien de remarquable.

www.libtool.com.cn

Au bord postérieur du grand trochanter, au point d'insertion des jumeaux et de l'obturateur interne, on trouve une plaque de 3 cent. de haut et de 1 cent. d'épaisseur. Cette plaque est rouge, infiltrée de sang noirâtre. Elle se laisse facilement couper avec un scalpel. Elle prolonge le bord postérieur du trochanter et se continue avec un tissu de même aspect, situé à la partie inférieure de la capsule, au milieu des tendons qui passent en cet endroit.

Une section horizontale faite dans ce tissu fait reconnaître une structure aréolaire, spongieuse, comme le tissu spongieux d'un os ramolli.

Cette plaque ne se continue pas directement avec le tissu osseux du trochanter. Elle lui est unie par du tissu cellulaire fibreux peu serré qui rend facile la séparation des deux surfaces.

Le microscope fait reconnaître du tissu fibreux en voie d'ossification. La capsule est intacte en avant et en haut; en bas et en arrière, elle a un aspect différent; dans cette partie en effet, elle est amincie, noirâtre et infiltrée de sang. Elle est séparée de la production que j'ai signalée plus haut, par une cavité étroite, où se voient des brides de tissu cellulaire formant des aréoles lâches. En haut et en avant la capsule a plus d'un demi-centimètre d'épaisseur.

Le fémur est très-déformé. Le col est diminué de longueur, et la capsule étant ouverte on peut facilement constater le trait de la fracture.

La tête est complétement détachée au niveau de la limite du cartilage d'encroutement à peu près, de telle sorte que le trait de la fracture est intra-capsulaire.

La tête est parfaitement contenue dans la cavité cotyloïde, et roule facilement sur elle-même. La surface de section est irrégulière, mais sans aspérités aiguës, qui ont été usées par les frottements du fragment externe, qui présente les mêmes particularités.

Une section horizontale est faite à la base du grand trochanter. Elle permet de constater qu'il n'y a pas d'enfoncement de la partie externe du col. L'os est seulement rouge, infiltré de sang surtout au voisinage de la fracture. Il est sain partout ailleurs. De petits fragments sont libres entre les surfaces de section.

M. Longuet. Il y avait ceci d'intéressant dans cette pièce que le tissu osseux ne présente aucune trace de tendance à

Digitized by Google

la réparation ; les tissus fibreux ont seuls servi à la formation d'un col provisoire tout-à-fait insuffisant.

www.libtool.com.cn

32. Variole hémorrhagique.—Cadugue menstruelle ; par ALF. JEAN, interne des hôpitaux.

La nommée R..., Marie, âgée de 26 ans, est entrée à l'Hôtel-Dieu, service de M. le docteur Frémy, dans les premiers jours du mois de février. Chez cette femme la menstruation avait presque toujours été régulière; mais les règles du mois de janvier avaient duré trois semaines; depuis la fin de cette ménorrhagie, cette femme se plaint de douleurs très-vives dans les aines et perd un liquide séro-sanguinolent qui l'affaiblit beaucoup. Elle avoue avoir fait depuis deux mois beaucoup d'excès de coït. Examinée au spéculum, on trouve un col gros, fongueux, mamelonné. Le pourtour de l'orifice est très-rouge, ulcéré et saigne facilement. Le corps de l'utérus est gros, il ne paraît pas dévié, mais est complétement enclavé dans le petit bassin. Après trois cautérisations au nitrate d'argent et un traitement approprié, la malade était en voie d'amélioration, mais elle fut prise tout-à-coup, le 15 février, de douleurs lombaires extrêmement intenses, de céphalalgie, la langue se couvrit d'un enduit épithélial très-prononcé. Le pouls s'accéléra, et le soir même le thermomètre marquait 39.9. Le lendemain, même état; douleurs lombaires aussi vives; catarrhe oculo-nasal. Toux légère, rien à l'auscultation de la poitrine. Le ventre n'est ni ballonné, ni douloureux. Douleurs légères dans les aines, mais elles existaient avant cette poussée aiguë. La malade était à l'époque de ses règles et ces symptômes pouvaient être rapportés à la dysmenorrhée. Le soir, 40°, 4. Même état, prostration de plus en plus complète. Langue noire fuligineuse. Apparition aux aines de rash hémorrhagique, et sur le ventre, de quelques taches purpuriques. Le lendemain matin, la malade nous dit que ses règles commençaient à paraître; l'état général cependant ne s'améliora pas, et le soir elle succomba avec une température de 40°, 3

AUTOPSIE. Cœur. Le péricarde viscéral présente des taches purpuriques variant depuis la grosseur d'une tête d'épingle jusqu'à celle d'une lentille; ces taches occupent les auricules et les sillons verticaux et horizontaux Pas de lésions valvulaires, pas d'endocardite.

Poumons. Sains.

Intestin. Rien à noter.

Reins. Un peu congestionnés; la muqueuse des bassinets et des uretères est le siége d'une extravasation sanguine sous forme de piqueté très-abondant.

Digitized by Google

Utérus. L'utérus est très-gros. Les trompes sont dilatées, flexueuses et adhérentes aux parties latérales de l'utérus. Les deux ovaires ont subi une dégénérescence remarquable, ils sont formés d'un tissu grisâtre, ressemblant à du caséum, le gauche présente un petit abcès de la grosseur d'une noisette ; il est impossible de reconnaître la présence des vésicules de de Graaf. Le corps de l'utérus est rempli par un caillot gélatineux de forme triangulaire à base supérieure, le sommet se prolongeant dans la cavité cervicale et le vagin. Ce caillot est recouvert d'une lamelle grisâtre ressemblant à de la fibrine ; mais dans cette couche on rencontre une quantité considérable de cellules analogues à celles de la muqueuse utérine ; au reste, la face interne de l'utérus est villeuse, chagrinée et présente des cellules analogues à celles de la périphérie du caillot. Ces faits indiquent que nous avons affaire, non à une épistaxis utérine symptomatique de la variole hémorrhagique, mais bien à une hémorrhagie menstruelle avec desquamation de la muqueuse de l'utérus.

www.libool.com.cn

Séance du 25 février 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

33. Anomalies du cerveau ; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Voici l'hémisphère gauche du cerveau d'un vieillard de Bicêtre, sur l'intelligence duquel on n'a rien noté de spécial pendant la vie. Il offre à considérer plusieurs anomalies remarquables. Je ne puis dire si elles étaient symétriques car l'hémisphère droit présentait un ramollissement cortical ancien, qui occupait à peu près tout le domaine de la sylvienne.

1° C'est d'abord l'*interruption du sillon de Rolando* par un pli de passage qui se trouve à peu près à l'union des deux tiers supérieurs, avec le tiers inférieur du sillon et qui relie les deux circonvolutions ascendantes.

Cette disposition est très-rare, on n'en trouve qu'un exemple signalé par Wagner. J'en ai cependant rencontré un autre l'année dernière dans le service de M. Charcot : dans ce cas

Digitized by Google

l'anomalie existait des deux côtés. et le pli du passage situé sur le milieu du sillon de Rolando formait avec les deux circonvolutions ascendantes une H inclinée en arrière.

2° On voit aussi une disposition remarquable de la *scissure parallèle* qui, arrivée au niveau de la partie postérieure de l'insula de Reil, paraît plonger dans la scissure de Sylvius et se confondre avec elle. Mais, comme me l'a fait remarquer M. Pozzi, ce n'est là qu'une apparence, le pli marginal inférieur est extrêmement aminci et à peine saillant en arrière; pour le voir il faut écarter fortement la scissure de Sylvius; on peut constater ainsi qu'il se continue avec la racine postérieure du pli courbe qui est très-peu développé, de sorte que le lobule pariétal inférieur est de beaucoup moins volumineux que de coutume.

3° Je noterai enfin une disposition spéciale des *plis de passage* pariéto-occipitaux; le lobule pariétal supérieur fournit deux plis de passage volumineux et bien distincts; le lobule pariétal inférieur ne fournit qu'un pli de passage assez grêle; c'est la disposition inverse qu'on observe d'ordinaire.

34. Lithotritie périnéale ancienne. — Mort par pleuro-pneumonie quatre ans après l'opération; Autopsie; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

G. D... L... âgé de 68 ans, à qui M. le professeur Dolbeau avait pratiqué, en 1871, la lithotritie périnéale pour un calcul volumineux, entre à Beaujon dans un état général grave, le 11 février 1875. Il est resté parfaitement guéri depuis l'opération et les accidents qui l'amènent de nouveau à l'hôpital n'ont aucun rapport avec l'affection qui l'avait nécessitée. — Le malade présente une fièvre vive, de l'agitation, répond péniblement aux questions qu'on lui fait. La langue est sèche, la soif intense; cependant rien ne révèle la cause de cet état général. L'auscultation pratiquée dès les premiers jours et renouvelée les jours suivants ne révèle rien du côté du poumon, le malade ne tousse pas et ses crachats n'offrent rien de particulier; cependant il survient une anxiété respiratoire qui n'existait pas les premiers temps et qui fait penser à une pneumonie latente. Le malade s'affaiblit de plus en plus.

Dans la nuit du mardi au mercredi 23 février l'oppression augmente considérablement et le malade succombe.

Autopsie *le 24 février*. — Nous trouvons le lobe inférieur du poumon droit atteint d'une pneumonie assez limitée mais arrivée à la suppuration. Dans la plèvre existe un épanchement séro-purulent peu abondant.

Digitized by Google

L'examen des autres organes ne nous offre rien à noter. La mort a été évidemment causée par la pleuro-pneumonie.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette autopsie, c'est de pouvoir constater, quatre ans après une lithotritie périnéale, l'état des organes qui en ont été le siége :

En avant de l'orifice anal existe une cicatrice blanchâtre, adhérente et déprimée dans l'étendue de quelques millimètres c'est la trace de l'incision cutanée.

Du côté de l'urèthre nous trouvons dans l'étendue de 8 à 10 millimètres, commençant au sommet de la prostate et s'avançant vers la région bulbeuse, une autre cicatrice qui se traduit seulement par une consistance plus ferme de la muqueuse et une coloration nacrée qui n'est point celle de la portion membraneuse, c'est la trace de l'incision muqueuse.

Procédant alors à une dissection attentive des plans qui composent le périnée, nous trouvons étendu de la cicatrice cutanée à la cicatrice muqueuse un cordon fibreux, gros comme une plume d'oie, dur et résistant, adhérent à la portion la plus reculée du bulbe. Le bulbe est atrophié, revenu sur lui-même et bien loin d'avoir les dimensions qu'on doit s'attendre à lui trouver chez un homme de cet âge. A la coupe, il est presque exsangue et a subi une transformation fibreuse manifeste.

Le col de la vessie est complétement intact et ne nous présente nulle part de traces cicatricielles ; le lobe moyen de la prostate est un peu hypertrophié et fait saillie au niveau du col. Les conduits éjaculateurs sont parfaitement libres comme on peut s'en assurer en y introduisant une soie de sanglier, de même en pressant sur les vésicules séminales, on fait suinter le sperme par les orifices. Le reste du canal est parfaitement normal et la portion membraneuse n'a subi aucune diminution de son calibre.

La vessie de dimension normale ne contient aucun calcul. La muqueuse nous offre, surtout au niveau du col, des altérations de cystite chronique.

Le rein droit est pâle et anémié, le rein gauche volumineux est bosselé et irrégulier à sa surface. Le bassinet est très-dilaté ainsi que l'origine de l'uretère et le hile rénal présente des dimensions considérables. A la coupe, le tissu rénal a presque complétement disparu, il est criblé de dilatations plus ou moins vastes, remplies de pus et communiquant avec les calices. Dans ces poches se trouvent au milieu du pus et d'une fine poussière calculeuse 5 ou 6 calculs. Deux plus volumineux que les autres sont moulés sur les calices et le bassinet.

Digitized by Google

35. Double kyste hydatique du foie. — Fistule biliaire consécutive à l'ouverture d'un de ces kystes ; par A. POULIN, interne provisoire.

www.libtool.com.cn

Le premier de ces kystes hydatiques occupe la face convexe du lobe droit, il est absolument vide, et sa paroi supérieure formée par le diaphragme auquel adhère intimement une mince couche de tissu hépatique est facilement dépressible. Ce kyste très-volumineux contiendrait aisément une tête d'adulte. On trouve à sa face interne des débris pseudo-membraneux fortement teintés par la bile. Plusieurs canalicules biliaires dont on fait sortir de la bile par la pression, viennent s'ouvrir dans sa cavité. C'est ce kyste dont la ponction a été faite ; il n'y a plus une seule vésicule hydatique dans son intérieur.

Consécutivement à l'ouverture de ce kyste une fistule biliaire est restée. Nous trouvons un trajet fistuleux long de 12 centimètres qui traverse la paroi abdominale, débouchant supérieurement dans la cavité kystique, et venant inférieurement s'ouvrir à 8 centimètres au-dessus de l'arcade de Fallope. Les parois de ce trajet fistuleux sont indurées, formées par un tissu d'aspect lardacé. Au niveau de la paroi abdominale, l'orifice est situé au fond d'un petit infundibulum ; il admet l'extrémité du petit doigt. Pendant la vie il y avait par cette fistule un écoulement constant de bile. Aussi la malade a succombé aux progrès du marasme.

Outre ce premier kyste à parois retractées, vide d'hydatides, communiquant avec les voies biliaires et avec l'extérieur, nous trouvons une seconde tumeur du volume du poing ; à parois blanchâtres et nacrées, faisant saillie tout-à-fait à la partie interne du lobe droit du foie ; en dehors de la première.

En incisant cette tumeur on peut énucléer une grosse vésicule, à parois molles tremblotantes, d'aspect laiteux, c'est l'hydatide. Il n'y a pas de vésicules filles dans l'intérieur de celle-ci. La bile n'a pas pénétré dans cette seconde poche. Ce kyste est séparé du premier par une lame de tissu hépatique de l'épaisseur du doigt, il n'y a pas communication entre les 2 cavités.

Ajoutons que le lobe gauche du foie présente un très-petit volume. Les parois de la vésicule biliaire ne sont pas teintées par la bile. Il n'y a pas de lésions des autres organes.

Digitized by Google

36. Cancer primitif du foie et cirrhose. — Propagation du cancer au péricarde et à l'oreillette droite. — Thrombose de la veine cave inférieure.

Gr. M., 64 ans, entrée à la maison de santé le 15 février 1876. Cette femme se dit malade depuis trois mois. C'est à dater de cette époque qu'elle a commencé à perdre l'appétit, les forces. Déjà auparavant elle était parfois sujette à des épistaxis qui, dans ces derniers temps sont devenues plus fréquentes; elle éprouvait aussi des douleurs vagues au creux épigastrique.

La malade dit n'avoir jamais eu d'habitudes alcooliques ; mais, d'après les déclarations de la belle-fille, elle buvait de l'eau-de-vie en quantité. Du reste elle avait souvent des pituites le matin. Il y a six semaines environ, la malade s'est aperçu que son ventre grossissait. Trois semaines après est survenu de l'œdème aux jambes.

16 *février*. — La face est pâle, un peu terreuse, sans teinte ictérique. Développement considérable de l'abdomen. Ascite abondante, sensation de flot très-manifeste, malgré la grande épaisseur de la paroi abdominale. Les veines sous-cutanées abdominales se dessinent, mais non d'une façon exagérée.

Le *foie* est diminué de volume. La limite de la matité ne descend pas jusqu'au rebord des fausses côtes. Pas de tumeur épigastrique. Les deux membres inférieurs sont également œdématiés.

Au *cœur* les battements sont réguliers, mais les bruits sont un peu sourds, et le choc de la pointe ne se sent pas très-bien. Du côté de la poitrine on entend quelques râles muqueux à la base des deux poumons.

Les *urines* sont chargées de sels qui forment un dépôt considérable; mais il n'y a pas trace d'albumine. Pas de diarrhée; pas de vomissement. *Diagnostic* : *Cirrhose.*

19 *février*. La malade s'affaiblit graduellement; elle ne mange pas, la langue est sèche, les urines sont rares, l'infiltration augmente ; dans la poitrine les râles fins et les râles muqueux se généralisent.

20 *février*. Suffocation. Sueurs abondantes sur tout le corps. Refroidissement des extrémités.

21 *février*. Morte dans la nuit, à 2 heures du matin.

Autopsie. — Epaisse couche de graisse sur la paroi abdominale. La cavité péritonéale contient environ quatre litres d'un liquide citrin, sans coagulations fibrineuses.

Le *foie* est petit : à sa surface se dessinent très-bien des grains granuleux; à la coupe on reconnaît les lésions de la cirrhose au début : aspect marbré; points jaunes entremêlés

Digitized by Google

de points violacés. Le tissu est dur et crie sous le scalpel, et ne se laisse déchirer qu'avec difficulté. Les veines sus-hépatiques sont remplies de sang noir coagulé. Indépendamment de ces altérations, il existe sur le lobe droit du foie, un noyau cancéreux unique, occupant presque toute l'épaisseur du foie. Ce noyau, plus gros qu'un poing d'adulte, est ramolli à son centre, et fait saillie à la surface. Il présente tous les caractères que l'on a assignés au cancer primitif du foie. A son passage au niveau du bord postérieur du foie, la veine cave inférieure est remplie de caillots décolorés. Au-dessous le sang est coagulé, mais noir. Au-dessus du diaphragme, elle est englobée dans une masse de ganglions cancéreux, d'aspect lobulé, lesquels ont envahi le péricarde. Le feuillet pariétal du péricarde adhère à l'oreillette droite, et à la surface interne de cette oreillette on voit des fongosités qui ferment incomplétement l'embouchure de la veine cave inférieure. Les parois de cette veine ne sont du reste ulcérées en aucun point. Sur aucune des faces du diaphragme on ne distingue de lymphangite cancéreuse.

L'*estomac* est absolument sain : simple injection vasculaire de la muqueuse. Au cardia, sur la tunique externe, existe un petit noyau cancéreux, du volume d'une noisette, et qui ne peut être considéré comme un cancer primitif.

Cœur. — Il n'y a pas de lésion valvulaire au cœur. La surface externe est chargée de graisse, et les parois sont flasques. Rien sur l'endocarde. Le péricarde contient une certaine quantité de liquide.

Poumons. — Noirâtres dans toute leur étendue, ils ne présentent pas de lésion importante. Les deux poumons adhèrent par leur base à la face convexe du diaphragme ; et le poumon est fixé à la paroi thoracique par des adhérences fibreuses.

Les *reins* et la *rate* n'offrent pas d'altération apparente. Les corps vertébraux et les côtes, peu résistants, se laissent couper assez facilement. Mais la masse cancéreuse qui enveloppe la veine cave n'adhère pas à la colonne vertébrale.

Réflexions. — Cette observation est intéressante à deux points de vue. On y trouve d'abord un cancer primitif du foie qui est indiscutable, et de plus l'observation montre que ce cancer primitif peut exister avec la cirrhose. Le cancer n'avait pas été diagnostiqué pendant la vie, parce que la maladie avait tout-à-fait l'aspect d'une cirrhose simple. Cependant la marche rapide de l'infiltration des membres inférieurs aurait pu faire supposer un autre obstacle à la circulation en retour. C'est évidemment la thrombrose de la veine cave inférieure qui a déterminé une fin si rapide.

Digitized by Google

M. Houel. Un assez grand nombre de cancers de foie supposés primitifs ont été déjà présentés à la Société, mais pour la plupart cette interprétation était douteuse. L'exemple actuel paraît incontestable, mais il est tout-à-fait exceptionnel de voir la cirrhose coexister avec le cancer.

M. Charcot. L'aspect extérieur est plutôt celui du foie muscade que d'une vraie cirrhose.

37. Cancer primitif du testicule, tumeurs cancéreuses secondaires du duodenum, du foie et du poumon droit. Périnéphrite et altération du rein droit; par M. Porak, interne des hôpitaux.

X..., 31 ans, est entré à Beaujon dans le service de M. Moutard Martin, le 3 janvier 1876.

C'est un homme robuste, peu intelligent, ne nous donnant pas de renseignements suffisants sur ses antécédents. Il jouissait d'une bonne santé et n'a eu aucune maladie antérieure. Il a cependant une énorme tumeur testiculaire dont il fait remonter le début en 1870, mais qui ne l'a jamais préoccupé et pour laquelle il n'a jamais demandé de soins.

Depuis deux mois et demi ou trois mois il a présenté quelques symptômes qui l'ont forcé de suspendre ses occupations; frissons, vomissements bilieux, malaise général, perte d'appétit, douleurs vives de côté. Un médecin appelé lui ordonna un vomitif, à la suite de quoi il y eut un peu d'amélioration, mais il ne reprit pas de forces, et les toniques, le quinquina dont il fit usage ne réussirent pas davantage à modifier son état. Il garda le lit pendant six semaines; au bout de ce temps il ressentit des douleurs lombaires très-intenses avec besoins fréquents d'uriner, mais les urines n'étaient pas plus abondantes et il ne nota aucune modification digne d'être signalée. Le lumbago persistant, augmentant de violence, il entra à Beaujon le 3 janvier 1876.

A son entrée nous lui trouvons le visage pâle et maigre; perte d'appétit, faiblesse excessive, mais aucun trouble circulatoire, respiratoire, ou digestif; il ne se plaint que d'une violente douleur dans la région lombaire qui est persistante.

De plus, il a au testicule droit une tumeur considérable et lourde, sans épanchement dans la vaginale; cette tumeur est dure, et l'on sent en certains points des nodosités qui ont la consistance du cartilage; pas de douleurs à la pression. Nous pensons avoir affaire à un enchondrôme.

Quant au diagnostic de l'affection pour laquelle il vient

Digitized by Google

demander des soins, il est difficile de le fixer avec netteté et l'on met le malade en observation. — Ventouses scarifiées sur la région lombaire.

www.libtool.com.cn

Les jours qui suivirent, son état ne présenta aucune modification, mais une semaine après son entrée ses deux membres inférieurs devinrent très-rapidement le siége d'un œdème considérable, pas de bouffissure au visage, pas d'albumine dans l'urine, grande pâleur du visage, bruit de souffle anémique très-prononcé au premier temps à la base du cœur. On recueille les urines tous les jours et on est frappé de la petite quantité qui est rendue. Nous ne trouvons que 200 à 300 grammes d'urine tous les jours.

Le 17 *janvier*, sans cause appréciable, la quantité d'urine rendue augmente brusquement, et atteint 1500 gr.

Jusqu'au 20 *janvier* la quantité d'urine rendue en 24 heures s'écarte peu de ce chiffre. — Le 20, il rend deux litres d'urine.

Le 21, 2050 gr. A l'examen de l'urine on trouve un très-léger trouble par la chaleur, et à froid aussi par l'addition de l'acide nitrique. Ce nuage ne se forme pas par l'examen avec l'acide picrique. Nous restons toujours dans cette même opinion, qu'il n'y a pas d'albumine dans ces urines, pas de sucre. L'urine est très-claire, ne laisse aucun dépôt au microscope, pas de tubuli. Rien à noter à l'examen des autres fonctions. 22 et 23 *janvier*, 2400 gr. d'urine.

24 *janvier*, 3 litres d'urine. L'œdème des jambes a notablement diminué, mais les veines de l'abdomen se développent ; il est bien évident qu'une circulation collatérale s'établit par les veines. 25. 3200 gr. d'urine.

26. 3400 gr. d'urine. Perte de l'appétit, constipation, langue sale, fièvre : pouls 116. température 39. Jusqu'alors il n'avait pas eu de fièvre. Les douleurs lombaires persistent toujours. A la visite du soir, vomissements. — Huile de ricin 20 gr.

27. 1200 gr. d'urine. pouls 111.

28. — 1,600 gr. d'urine. La fièvre a complétement disparu.

29. — 1,200 gr. d'urine. Nausées, vomissements.

30. — 1,100 gr. d'urine.

31. — 750 gr. d'urine. Nouvel accès fébrile. Diarrhée. — Sous-nitrate de bismuth.

1^er^ *février*. — 700 gr. d'urine. La diarrhée et la fièvre ont disparu. — 2 *fév.* — 600 gr. d'urine.

3 *fév.* — 850 gr. d'urine. L'œdème diminue toujours, à mesure, d'ailleurs, que la circulation complémentaire s'accuse du côté des parois abdominales : il est bien évident qu'il y a une tumeur abdominale qui comprime la veine cave. Cependant on ne sent aucune tuméfaction à la palpation du ventre ; il est

Digitized by Google

difficile de se rendre compte de l'induration des veines fémorales, pas de douleurs vives dans les membres inférieurs. Cet œdème n'a jamais présenté les symptômes douloureux de la plegmatia alba dolens. Les douleurs des reins persistent, la pâleur du visage et l'anémie deviennent plus notables, le bruit du souffle cardiaque toujours très-prononcé.

4. — 1,700 gr. d'urine.

5. — 2,100 gr. d'urine. Un peu plus d'appétit.

7. — 1,500 gr. d'urine. Bronchorrée. Peu de symptômes stéthoscopiques.

8. — 1,250 gr. d'urine. L'appétit reste toujours meilleur. Râles sous-crépitants à gauche. Affaiblissement progressif, abattement.

9. — 1,600 gr. d'urine. Les jambes sont un peu plus enflées. — 10 *fév.* — 1,500 gr. d'urine. Les jambes désenflent.

11. — 1,000 gr. d'urine. Toujours de la bronchorrée, expectoration incolore et mousseuse.

12-14. — 1,800 à 1,900gr. d'urine. L'état du malade empire brusquement et sans cause déterminée. La maigreur devient excessive. Les yeux s'excavent, les pommettes deviennent saillantes, les muscles releveurs des lèvres font saillie pendant les contractions de la bouche. La circulation complémentaire est très-marquée ; les veines sont surtout volumineuses à gauche ; elles forment une notable saillie ; elles ont au moins le volume d'un manche de porte-plume. Le courant sanguin est ascendant.

15. — 1,450 gr. d'urine. Etat très-grave. Le malade a de la péritonite. Sensibilité excessive du ventre, le moindre attouchement le fait souffrir. Abdomen très-ballonné, face grippée. Pouls fréquent et filiforme, peau chaude.

16-17. — 1,500 gr. d'urine. Douleurs de ventre moins vives. Altération considérable des traits.

18. — 2,000 gr. d'urine. Crachats jaunes-verdâtres. Râles sous-crépitants, oppression.

19. — 3,400 gr. d'urine. — 20. — 5 litres 1/2 d'urine.

21. — 6 litres d'urine. Mort après une longue agonie.

AUTOPSIE, le 21 février. — A l'ouverture de l'abdomen, on constate tout d'abord une injection assez marquée de l'intestin qui présente une coloration ardoisée. Il y a peu de liquide dans la cavité péritonéale. Le péritoine pariétal est blanchâtre et comme lavé.

On peut enlever facilement le gros intestin et la plus grande partie de l'intestin grêle, mais sa partie supérieure se trouve englobée dans une vaste tumeur appliquée à la partie supérieure de la portion lombaire et à la partie inférieure de la portion dorsale de la colonne vertébrale.

Digitized by Google

Cette tumeur mamelonnée, irrégulière, est manifestement ramollie en certains points. En différentes parties de l'intestin grêle, on trouve quelques fausses membranes fibrineuses, qui attestent un certain degré de péritonite. On retrouve des fausses membranes dans la partie la plus déclive de la cavité péritonéale, dans le cul-de-sac recto-vésical.

Le mésentère, très-congestionné, contient entre ses deux lames, de très-nombreux ganglions tuméfiés et volumineux. Les deux reins se trouvent compris en partie dans la tumeur que nous avons signalée, mais surtout le rein droit, dont l'atmosphère celluleuse n'existe plus et est remplacée par un tissu fibreux, dense, blanchâtre et dur.

La vessie est très-distendue, contenant au moins un demi litre d'urine, présentant aussi bien sur la face péritonéale que sur la face muqueuse, quelques sigillations ecchymotiques.

La prostate, l'urèthre et le testicule gauche sont sains.

Testicule droit. Les feuillets de la vaginale sont épaissis et forment à la tumeur un revêtement d'un blanc éclatant, d'aspect nettement fibreux, épais d'un demi centimètre. La cavité de la tunique vaginale n'existe pas, on n'en trouve plus que des portions, sous forme de kystes peu nombreux et peu volumineux, contenant dans leur intérieur une sérosité transparente, citrine, analogue au liquide de l'hydrocèle. Mesurée sur une coupe longitudinale, nous trouvons que le grand diamètre de cette tumeur est de 10 centimètres. Le tissu normal se trouve remplacé par un tissu fibroïde dense, criant sous le scalpel, formé de fibres enchevêtrées et limitant des trabécules très-fines. En certains points, la dégénérescence plus avancée se présente sous forme de petits îlots jaunâtres. Les nodosités qui nous avaient fait penser pendant la vie à un enchondrôme du testicule, sont constituées par un épaississement partiel très-considérable des feuillets adhérents à la vaginale, dont l'épaisseur dépasse un centimètre en certains points.

Par la pression et par le grattage de la coupe, on peut recueillir sur la lame d'un bistouri un peu d'un ichor, d'ailleurs peu abondant. Ce liquide renferme des cellules caractéristiques du carcinôme, cellules volumineuses, inégales, contenant un ou plusieurs noyaux très-nets.

La tumeur appliquée contre la colonne vertébrale, est constituée par une hyperplasie conjonctive, qui enveloppe différents organes que nous allons passer en revue.

1° Des ganglions cancéreux, volumineux; quelques-uns même sont ramollis;

2° La troisième portion du duodénum et le commencement de l'intestin grêle; si l'on ouvre cette portion de l'intestin, on

Digitized by Google

trouve sur sa partie postérieure une vaste ulcération, qui commence à un centimètre au-dessous de l'ampoule de Vater. Elle mesure dans sa longueur 9 centimètres, dans sa largeur 6 centimètres. La muqueuse est dans sa partie médiane complétement détruite, et son fond est ramolli et putrilagineux. Les bords forment une saillie à mamelons très-irréguliers, ils sont de plus sinueux. Cette ulcération présente les caractères d'une ulcération cancéreuse;

3° Le pancréas, dont une très-petite partie est seulement englobée;

4° Le rein gauche par son hile seul. Il est très-congestionné et son grand diamètre atteint 13 centimètres; il est donc hypertrophié. D'ailleurs pas d'altération notable dans sa texture;

5° Le rein droit est aussi hypertrophié; son grand diamètre est d'à peu près 13 centimètres. Mais, tandis qu'à gauche l'atmosphère cellulo-graisseuse et la capsule du rein étaient normales; ici, au contraire, elles sont transformées en un tissu fibreux très-dense, très-adhérent au tissu rénal, au point qu'il est impossible de l'énucléer. Le tissu cellulo-graisseux perirénal n'existe plus; aussi ce viscère a-t-il contracté des adhérences assez intimes avec les organes qui l'entourent. Nous n'avons pu l'enlever qu'en les coupant. A la coupe le parenchyme rénal se trouve donc enveloppé par une capsule épaisse de près de 2 centimètres, ayant les caractères du tissu fibreux, d'une blancheur éclatante, d'une dureté considérable, ne donnant aucun liquide par le grattage, absolument analogue à l'altération que nous avons déjà signalée à propos du revêtement de la tumeur testiculaire droite. Cependant elle en diffère par deux caractères, par son épaisseur et par l'existence de véritables abcès de volume très-variable dont les plus volumineux sont plus gros qu'une fève; en certains points on trouve de petits îlots jaunâtres, du volume d'un pois, origine probable de ces collections purulentes. Les calices et les bassinets sont considérablement distendus, de telle sorte que le parenchyme rénal compris entre cette coque et les calices ainsi altérés est atrophié. De plus, il est blanc jaunâtre et est le siége d'une altération brightique évidente;

6° L'uretère droit, normal au-dessous de la tumeur, est dilaté à son niveau et au-dessus. Il est de 4 à 5 fois plus volumineux que l'uretère gauche; c'est une véritable hydronéphrose. Là est évidemment la cause de la distension des calices et des bassinets que nous venons de signaler;

7° L'aorte et la veine cave inférieure un peu au-dessous des mésentériques jusqu'à leur bifurcation, l'artère et la veine rénales droites. Dans l'intérieur de la veine cave on

Digitized by Google

trouve un caillot volumineux, jaunâtre, grenu, adhérent aux parois et qui se continue dans ses gros troncs d'origine. Ainsi les iliaques primitives, internes et externes, les fémorales superficielles et profondes sont distendues par ces coagulations que nous avons suivies à droite et gauche jusque dans les poplitées. Mais en ce point les caillots n'étaient déjà plus adhérents aux parois veineuses, ils étaient moux, en certains points rouges, en d'autres points blancs circux et filamenteux.

L'artère et la veine rénales gauches sont libres. L'artère et la veine mésentériques sont libres aussi; il en est de même des deux veines saphènes. Il n'y a pas de caillots non plus dans les veines hémorrhoïdales.

Enfin nous trouvons des noyaux cancéreux en d'autres points : 1° Dans le foie deux noyaux, l'un dans le lobe gauche du volume d'une noisette; l'autre dans le lobe droit du volume d'une noix; — 2° A la base du poumon droit, un noyau du volume d'une noisette.

Le pancréas est sain. — Capsules surrénales, volumineuses; petites nodosités jaunâtres. — Foie hypertrophié, congestionné; vésicule biliaire augmentée et volumineuse, contenant une bile peu colorée.

Au cœur, hypertrophie considérable des parois du ventricule gauche, pas de lésions valvulaires.

Plèvre droite; adhérences générales et anciennes, noyau cancéreux déjà signalé.

Plèvre gauche ; pas d'adhérences. Tout le lobe inférieur du poumon gauche est le siége d'une inflammation à la période d'hépatisation rouge ; très-petit point en hépatisation grise.

Le cerveau n'a pas été examiné.

38. Cancer du sein droit, propagé à la plèvre du côté gauche; par M. E. Monod, interne des hôpitaux.

Femme de 59 ans, morte dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin. Le début du mal remontait à dix ans. La région mammaire était occupée par une large ulcération, au centre de laquelle on distinguait le mamelon intact; M. Després avait diagnostiqué un épithélioma du sein. Pendant les dernières semaines qui précédèrent la mort, la malade toussait fréquemment, et se plaignait de points de côté. A l'auscultation on entendait un bruit de frottement extrêmement rude. Ces différents signes firent soupçonner une métastase pulmonaire, et l'autopsie confirma cette supposition.

La plèvre gauche renfermait des noyaux cancéreux dans toute son étendue; ils étaient surtout abondants sur le

Digitized by Google

feuillet pariétal de la séreuse; le feuillet viscéral et le feuillet diaphragmatique en renfermaient également. A la coupe du poumon on trouvait quelques rares noyaux disséminés. Tout le bord antérieur du poumon était solidement fixé au péricarde par des masses cancéreuses. La coupe d'un de ces noyaux présente une surface molle d'un blanc grisâtre. En portant sous le champ du microscope le suc obtenu par le raclage de cette surface, on voit à côté des cellules rondes de petite dimension, de grandes cellules irrégulières renfermant un noyau, connues sous le nom de cellules géantes.

La plèvre pariétale gauche est complétement saine. Cette intégrité de la plèvre correspondant au sein malade, et la propagation du cancer au côté opposé constituent le principal intérêt de cette observation.

39. Myôme utérin en voie de crétification; par le même.

L'utérus de la malade précédente présentait trois bosselures de volume inégal et d'inégale consistance. La *première*, grosse comme un œuf offre à la coupe tous les caractères d'un myôme utérin; la *deuxième*, un peu plus volumineuse, est aussi beaucoup plus dure; à la coupe, qu'on parvient difficilement à faire avec un couteau, on trouve une surface irrégulière rugueuse, formée par places de masses ossiformes diversement contournées et séparées par des faisceaux fibreux. Enfin la *troisième* tumeur, qui a le volume d'une noix, est complétement pétrifiée; il faut la scier pour en pratiquer la coupe; celle-ci n'offre pas l'aspect rugueux de la dernière, mais une surface plane, régulière et très-dure. L'examen de cette pièce permet de suivre les différentes phases de la crétification des myômes utérins. Les 3 tumeurs, qu'on y voit réunies, représentent trois époques différentes de cette évolution.

On trouvera dans le tome III de la *Pathologie des tumeurs* de Virchow, des détails intéressants sur ces produits en même temps qu'une figure représentant exactement une des trois tumeurs. Rappelons que ces masses, auxquelles l'auteur allemand donne le nom de *tumeurs fibro-calcaires* de l'utérus, n'ont pas de structure osseuse proprement dite; ce sont des pétrifications amorphes. — (La pièce sera déposée au Musée.)

M. Houel. Les petits corps fibreux ne sont pas les seuls qui subissent la crétification; des tumeurs considérables peuvent subir cette transformation non-seulement dans leur coque mais dans toute leur masse. Il faut remarquer de plus ici que,

Digitized by Google

suivant la règle posée par Cruveilhier, l'utérus qui renfermait des corps fibreux n'est pas devenu cancéreux.

www.tbtool.com.cn

M. DESPRÉS. Le cancer de la plèvre avait été reconnu pendant la vie; on entendait à l'auscultation de gros craquements rudes analogues à ceux de l'arthrite sèche, distincts des frottements pleuraux ordinaires.

40. Tuberculose des voies urinaires; par M. DOLÉRIS, interne provisoire.

J. R..., 26 ans, garçon de pharmacie, entre le 29 janvier dans le service de M. Bouchard, à Bicêtre.

Sa mère est morte à la suite d'une affection chronique des organes thoraciques. Pas de syphilis ni de rhumatisme dans ses antécédents. Fluxion de poitrine à droite il y a deux ans. Le malade tousse depuis cette époque; mais principalement depuis six mois exacerbation de la toux, amaigrissement considérable, sueurs nocturnes, léger mouvement fébrile le soir.

A son entrée, on constate les symptômes d'une infiltration granuleuse des poumons, et l'existence d'une cavité dans le sommet droit. La température est très-élevée 39° 2. Le pouls petit et rapide. Le facies présente l'aspect typhoïde.

Les lésions pulmonaires ont fait de rapides progrès dans l'espace de quatorze jours pendant lesquels le malade a séjourné dans le service; la température s'est maintenue très-élevée, et nous avons vu les phénomènes généraux s'accroître progressivement jusqu'à la mort, à tel point que la maigreur est arrivée à un degré extrême, et que l'aspect typhoïde était devenu des plus caractéristiques.

Au milieu de cet ensemble de phénomènes qui paraissent sous la dépendance d'une granulie à marche rapide, quelques détails symptomatiques ont presque passé inaperçus. L'examen néroscopique nous ayant fait découvrir des désordres organiques que nous n'aurions pu que soupçonner, nous avons dû relever les indices qui auraient pu les déceler pendant la vie et qui sont consignés dans l'observation journalière de la maladie.

1° A son entrée, le jeune homme ne présentait aucun trouble du côté des voies urinaires. L'urine en quantité normale, ne contenait pas d'albumine.

2° Quelques jours après, il se plaignait de douleurs vives dans l'abdomen, et notamment dans les régions des hypochondres. Cette douleur pourrait être mise sur le compte d'une entérite tuberculeuse, ou d'une poussée de même na-

Digitized by Google

ture dans le péritoine, ce que d'ailleurs l'autopsie a démontré partiellement.

www.tbtool.com.cn

3° Jamais le malade ne s'est plaint d'hématurie ou d'hémorrhagie d'aucune sorte ; il n'avait jamais eu la moindre hémoptysie.

4° Enfin en examinant ses urines trois à quatre jours avant sa mort, nous fûmes surpris de leur couleur foncée, sans penser cependant qu'elles pussent contenir du sang; effectivement cette couleur paraissait plutôt due à l'énorme quantité de sédiments uratiques renfermée dans la proportion très-faible d'urine que le malade excrétait. C'était là un phénomène ultime, autorisé en quelque sorte par la rapidité de la désassimilation et l'élévation considérable de la température. C'est ainsi que pourrait aussi s'interpréter le délire violent qui marqua les derniers jours de la maladie.

L'autopsie pratiquée le 15 février nous fit découvrir, en dehors des lésions prévues : granulations dans tout le parenchyme pulmonaire, cavité dans le sommet droit, adhérences pleurales, etc., des altérations graves dans les voies urinaires (reins, uretères, prostate et vessie).

Le rein gauche est peu atteint, on n'y trouve que quelques granulations éparses dans le parenchyme ; l'uretère de ce côté, de calibre normal, s'ouvre librement dans la vessie.

Le rein droit, volumineux, présente dans son tiers supérieur un semis abondant de granulations à diverses périodes d'évolution, quelques-unes sont ramollies, et il existe en outre de petites cavités de volume variable, de un grain de mil à un grain de chenevis, dans le reste de l'organe.

Les deux cavités les plus importantes sont constituées par une sorte de poche vide, à parois épaisses, tomenteuses, tapissée d'une couche de matière caséeuse, épaisse, jaunâtre, qui occupe la partie moyenne du rein, plus rapprochée cependant de l'extrémité supérieure. Cette poche, qui paraît double au premier abord est cependant unique, en ce qu'il existe un point retréci par lequel les deux cavités communiquent. Elle est distincte du bassinet.

Le bassinet et la surface des calices sont tapissés par une muqueuse épaissie d'aspect grenu recouverte à la surface de matière caséeuse demi-liquide. Les cônes des pyramides sont déchiquetés, déformés et en partie détruits, de telle sorte que la cavité du bassinet est irrégulière et anfractueuse remplie de liquide jaunâtre. L'uretère du même côté présente les mêmes lésions : épaississement énorme des parois devenues comme fibroïdes. Cavité distendue et remplie de matière tuberculeuse ramollie, muqueuse boursouflée, grenue et très-indurée. Au niveau de son embouchure dans la vessie

Digitized by Google

existe une ulcération petite, irrégulière, taillée à pic, à surface chagrinée de couleur jaunâtre, qui borde le pourtour de l'orifice et est très-apparente sur la muqueuse vésicale; celle-ci présente en outre au pourtour du col trois plaques ulcérées séparées par des portions de muqueuse pâle et saine en apparence.

Deux de ces ulcérations, plus rapprochées du col, et situées sur la paroi inférieure ont une surface comme une pièce de 1 franc, à bords déchiquetés, à pic, dessinés par un liseré rouge vif; le fond est profond de 1/2 millimètre environ, grenu et de coloration jaunâtre, recouvert d'une mince couche de matière tuberculeuse. Ces points ulcérés se prolongent dans l'orifice du col et la cavité du canal à 1 centimètre environ.

La troisième ulcération plus petite, répond à la base du trigône, elle est en tout semblable aux deux premières et présente une surface de un centimètre de diamètre environ, tandis que les points ulcérés voisins du col de la vessie sont continus, d'une part avec l'embouchure de l'uretère droit, de l'autre avec le canal uréthral, le troisième est isolé des premiers. Le reste de la muqueuse n'offre point d'altérations visibles à l'œil nu, sauf quelques tubercules miliaires disséminés à la surface, dont deux ou trois seulement sont ulcérés.

La prostate est infiltrée de granulations non encore ramollies. — Testicules petits mais sains. Vésicules séminales également saines. Les lésions restent bornées aux voies urinaires et paraissent être la conséquence les unes des autres. L'infiltration tuberculeuse semble s'être faite par transport direct, du rein dans l'uretère et de celui-ci dans la vessie. Il y a, en effet, continuité des lésions de ces divers organes, sauf toutefois pour ce qui est des tubercules isolés de la muqueuse vésicale.

M. Charcot. On peut, sur cette pièce, suivre en quelque sorte les progrès de l'infection; les fragments détachés des masses caséeuses du rein se mettent en contact avec le bas-fond de la vessie et y déterminent des ulcérations.

M. Terrillon. Il faut noter ici l'absence des hématuries qui constituent parfois un des phénomènes initiaux de la tuberculose génito-urinaire, deux ou trois mois avant tout autre accident; des faits de ce genre sont rapportés dans la thèse de M. Stapfer.

Digitized by Google

41. Fœtus hydrocéphale avec vices de conformation des quatre membres. — Fracture du crâne; par Et. GOLAY, interne des hôpitaux.

Avant de décrire les pièces anatomiques, nous croyons utile pour la clarté du sujet, de résumer en quelques lignes les particularités qu'a présentées l'accouchement :

La nommée Guill..., lingère, 34 ans, est entrée à Beaujon le 23 février 1876.

La malade perdait du sang depuis 33 heures, la poche des eaux s'était rompue et avait donné issue à une grande quantité de liquide et le travail était suspendu depuis plusieurs heures; l'hémorrhagie continuait. Par le toucher, nous constatâmes une insertion vicieuse du placenta avec procidence de cet organe dans le vagin, une dilatation complète et l'impossibilité d'atteindre aucune partie fœtale. Dans ces circonstances, nous nous décidâmes à pratiquer immédiatement la version pelvienne. La main fut introduite dans l'utérus et constata une position occipito-iliaque droite postérieure; mais l'hydrocéphalie interne resta méconnue, à cause de l'ossification très-avancée des os du crâne dans sa moitié postérieure qui était seule accessible et de l'absence complète à ce moment d'épanchement extracrânien. La version fut longue et difficile, à cause du volume considérable de la tête, de l'écoulement complet des eaux, de la rétraction de la matrice sur le fœtus et de plusieurs petits accidents qui vinrent successivement compliquer l'extraction. Tels sont, pour ne nommer que les principaux : l'élévation des bras sur les côtés de la tête, trois circulaires autour du cou et la déflexion de la tête au détroit supérieur. L'accouchement put cependant être terminé sans ponction du crâne; mais on constata à l'autopsie que la tête n'avait passé à travers la filière du bassin (normal) que grâce au passage d'une partie du liquide céphalo-rachidien de l'intérieur à l'extérieur du crâne, et grâce encore à la fracture de l'apophyse orbitaire externe du frontal.

Nous pouvons maintenant aborder la description des pièces anatomiques.

Le fœtus est atteint d'hydrocéphalie et présente une malformation des quatre membres. Il mesure 55 centimètres du sinciput aux talons et pèse 3.500 grammes. Il présente un embonpoint remarquable; seul, le cou paraît un peu amaigri et présente un sillon circulaire peu sensible dû à l'enroulement du cordon que nous avons constaté pendant l'accouchement autour de cette partie.

La tête est volumineuse, mais cependant pas à un degré

Digitized by Google

excessif. Elle est molle et il est facile de reconnaître entre le cuir chevelu et les parois du crâne la présence d'un épanchement. La palpation y fait sentir une fluctuation très-manifeste et une mobilité anormale des os du crâne. Ceux-ci font entendre, lorsqu'on les comprime, une sorte de clapotement particulier. Ces sensations sont bien différentes de celles qu'on avait éprouvées, lors de l'introduction de la main dans l'utérus.

L'affaissement et l'aplatissement des os du crâne ne permettent pas d'en apprécier exactement les dimensions. L'augmentation de volume paraît s'être faite surtout du côté du diamètre biparietal, ce qui donne à la tête une forme plus arrondie que d'habitude. La circonférence passant par les extrémités du diamètre occipito-frontal mesure approximativement 40 centimètres.

La face présente son volume normal et contraste par sa petitesse relative avec l'augmentation de volume du crâne.

Le cuir chevelu étant incisé, il s'écoule par l'ouverture une assez grande quantité de sérosité, colorée en rouge par un peu de sang. Ce liquide, examiné par M. Gaffard interne en pharmacie, est riche en albumine et contient des phosphates et des chlorures.

La forme du crâne est régulière. On y remarque surtout la saillie des bosses pariétales. Les cavités orbitaires ne sont ni rétrécies, ni déformées; il n'y a pas d'exophthalmie.

L'orbite gauche est le siége d'une *fracture*, qui part du trou sus-orbitaire, s'étend d'abord directement en haut, puis changeant brusquement de direction, se dirige en bas et en dehors et gagne en passant à travers la fossette temporale du frontal, le bord inférieur de cet os. Les deux extrémités de cette solution de continuité sont réunies par un autre trait de fracture, qui passe à travers la face orbitaire du frontal, de manière à limiter un fragment osseux, comprenant toute l'apophyse orbitaire externe et intéressant la face orbitaire, la face antérieure et la fossette temporale du frontal. Nous avons cru devoir signaler cette fracture, parce qu'elle s'est produite en dehors de toute application de forceps, par la seule pression du crâne contre les os d'un bassin normal. Il est juste de dire que dans ce cas, l'amincissement des os du crâne explique leur fragilité plus grande et la production d'un accident généralement considéré, et à juste raison, comme rare.

Les os de la voûte du crâne sont amincis, atrophiés; leur diploé a disparu; ils sont translucides par le fait de la soudure des lames compactes. Ces os pris en particulier, et surtout les pariétaux, paraissent beaucoup plus larges qu'à l'état normal. Les os de la base paraissent normalement conformés.

Digitized by Google

Les os de la voûte ne sont pas séparés par des intervalles considérables, comme on le voit le plus habituellement dans l'hydrocéphalie congénitale. On n'y trouve pas d'os wormiens. L'espace membraneux qui sépare les deux pariétaux n'a que 3 millim. de largeur; les fontanelles postérieures et latérales sont normales. Ces circonstances expliquent pourquoi l'hydrocéphalie est restée méconnue au moment de l'accouchement. Seule la fontanelle antérieure qui n'était pas accessible pendant le travail, est beaucoup plus large que de coutume, surtout dans sa moitié antérieure. Cette fontanelle présente une déchirure, par laquelle s'est sans doute échappé, pendant l'accouchement, le liquide céphalo-rachidien pour se collecter sous le cuir chevelu. Cette ouverture correspond en effet avec une déchirure de la partie voisine de la dure-mère.

L'espace membraneux pariéto-frontal et la dure-mère étant incisés dans toute leur étendue transversale, la cavité crânienne est largement ouverte. A part la déchirure que nous venons de signaler, la dure-mère est saine dans toute son étendue. Ses replis sont au complet et normaux; la tente du cervelet en particulier est normale et limite entre elle et l'apophyse basilaire de l'occipital un espace, dans lequel nous sommes frappés de ne pas voir le cervelet.

Les sinus contiennent un peu de sang liquide, mais nous ne trouvons rien sur leur trajet de nature à amener leur compression. La cavité crânienne est à moitié vide et la base en est occupée par le cerveau et un liquide complétement semblable à celui que nous avons trouvé sous le cuir chevelu.

L'encéphale se présente sous forme d'une masse molle complétement affaissée sur elle-même, quoique avant l'accouchement il dût manifestement être distendu par la sérosité et s'appliquer exactement contre les parois du crâne. Ce liquide, ajouté à celui que nous avons précédemment recueilli sous les téguments du crâne, pèse 245 grammes.

Après avoir coupé les adhérences vasculaires et nerveuses qui réunissent le cerveau et la boîte crânienne, il est facile de reconnaître dans cette masse molle les deux hémisphères cérébraux primitivement distendus par un liquide intra-ventriculaire. Cette distension a été poussée si loin, que chaque moitié du cerveau ne forme plus qu'une vaste coque fluctuante et molle, dont la paroi n'a que 3 millimètres d'épaisseur. On ne pourrait mieux les comparer qu'à deux vastes kystes juxtaposés, qui, séparés l'un de l'autre par la grande scissure hémisphérique, communiquent à leur partie inférieure et interne par les trous de Monro, extrêmement dilatés.

Digitized by Google

La surface extérieure n'offre pas trace de circonvolutions ; on n'y trouve aucune anfractuosité, même légère. Elle est d'une teinte rosée un peu chagrinée et sillonnée par quelques vaisseaux rouges, qui, de la base montent en serpentant vers la partie supérieure. Nous n'avons pu détacher de cette surface aucune membrane. L'arachnoïde et la pie-mère si elles existent, sont fusionnées avec la substance cérébrale atrophiée.

Celle-ci déjà est, en effet, amincie à tel point, qu'elle est réduite, comme nous l'avons dit, à une couche périphérique de 3 millimètres d'épaisseur, dans laquelle il n'est pas possible de distinguer la substance grise de la blanche.

Au fond de la scissure interhémisphérique, on voit un vaisseau antéro-postérieur bien développé, accompagné d'un autre beaucoup moins considérable. Au-dessous de ce vaisseau on ne trouve aucun vestige du corps calleux ; les parois des hémisphères dilatés, toujours parallèles et juxtaposées, sont en ce point réunies par des filaments délicats qu'on déchire facilement. L'on voit alors, qu'en ce point, la paroi de chaque kyste n'est plus constituée que par une lamelle très-mince et translucide.

La surface interne des lobes cérébraux dilatés est blanche, lisse, sans trace de vascularisation et de granulations à sa surface, on n'y trouve pas l'épendyme épaissi, comme on l'a signalé dans quelques cas d'hydrocéphalie. On n'y trouve aucun relief et ce serait en vain qu'on chercherait la saillie ordinaire des couches optiques et des corps striés. Ces éminences, si elles ont existé à une certaine époque de la vie intra-utérine, sont complétement affaissées. Aussi, la base du cerveau est-elle tout aussi amincie que sa convexité. C'est même ce caractère qui nous paraît donner en partie à ce cas d'hydrocéphalie un intérêt tout particulier.

Les trous de Monro, par contre, sont facilement reconnaissables. Ils se présentent sur la paroi interne de chacun des hémisphères dilatés, sous forme d'une ouverture de la grandeur d'une pièce de 1 franc, et établissent entre eux une large communication. On y voit passer les plexus choroïdes qui se présentent sous forme de cordons jaunâtres.

En arrière des trous de Monro, se trouve une surface déprimée un peu jaunâtre. En ce point, la paroi de chaque hémisphère est très-mince et n'est constituée que par une sorte de membrane translucide.

Le bulbe paraît normal, mais le plancher du quatrième ventricule est élargi ; en outre il ne présente pas de paroi supérieure puisque, comme nous le verrons, le cervelet est absent. C'est avec facilité qu'on introduit un stylet dans l'aqueduc

Digitized by Google

de Sylvius. L'instrument pénètre aisément jusque dans une cavité, en quelque sorte virtuelle, formée par l'adossement des deux membranes minces que nous venons de décrire en arrière des trous de Monro. Si l'on pousse le stylet plus loin, on pénètre à volonté par les trous de Monro dans l'un ou l'autre des hémisphères dilatés.

La protubérance a subi un arrêt de développement; elle n'est représentée au-devant du bulbe que par deux petites saillies olivaires, oblongues, parallèles et antéro-postérieures, de quatre à cinq millimètres d'épaisseur. De leur extrémité antérieure partent deux cordons nerveux juxtaposés et un peu divergents qui représentent sans doute les pédoncules cérébraux. Ils n'ont guère que trois à quatre millimètres d'épaisseur. Les tubercules quadrijumeaux paraissent assez bien développés.

Quant au cervelet, au premier abord il paraît complétement absent. Cependant, en examinant avec attention, on trouve au-dessus du quatrième ventricule et en arrière des tubercules quadrijumeaux, un petit corps gros comme un pois, qui, se laisse déplisser sous forme d'une membrane mince transparente. Il est vraisemblable que cette membrane constituait primitivement la paroi d'un kyste développé au-dessus du quatrième ventricule et qui dans la suite s'est rompu. Au point où cette membrane adhère à la partie supérieure du bulbe, on rencontre quelques parcelles de substance nerveuse, grisâtre, finement sillonnée dans le sens transversal et qui sont peut-être un vestige du cervelet.

La glande pituitaire est restée attachée à sa loge, lors de l'extraction du cerveau. Elle est volumineuse et sa cavité est dilatée.

Quant au septum lucidum, au trigone et quelques autres parties constituantes de l'encéphale, ils paraissent devoir être absents ou du moins, il nous est impossible d'aller à leur découverte sans déchirer la pièce et compromettre le succès des recherches plus minutieuses, qui seront faites après durcissement du cerveau.

Canal médullaire. — Pas d'épanchement de sérosité dans la cavité arachnoïdienne, ni dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; l'hydropisie occupe exclusivement la cavité crânienne.

Nous trouvons sur la pie-mère à l'union des régions cervicales et dorsales de la moelle, un épanchement sanguin récent, qui s'est produit sans doute sous l'influence des tractions énergiques, qu'on a été obligé de faire pour terminer l'accouchement. La moelle, au point de vue macroscopique, ne présente rien de particulier à signaler.

Digitized by Google

Cavité abdominale. — On trouve des adhérences du colon avec le vésicule du fiel et la face inférieure du foie. Ces adhérences sont facilement rompues et montrent par leur peu de consistance qu'elles sont le résultat d'une inflammation aiguë et récente du péritoine. Cette acuité de l'affection est encore prouvée par le dépôt abondant de graisse dans le tissu cellulaire sous-cutané. Rien, dans les antécédents et l'état actuel de la mère ne peut nous donner la raison de cette péritonite partielle. Nous n'avons pu découvrir dans les viscères abdominaux aucune anomalie et aucun épanchement de liquides irritants sur la surface du péritoine. L'anus et le rectum sont normaux et terminent un colon descendant rempli de méconium. — L'œsophage et l'urèthre sont perméables.

Membres. — Ils sont tous les quatre atteints de déformation.

Le pied droit est un pied-bot varus très-prononcé. Son bord externe regarde directement en bas et la plante du pied en arrière ; le bord interne du talon est appliqué contre la malléole interne. Aussi la jambe droite mesurée du pli du jarret au talon, paraît-elle d'un centimètre plus courte que la gauche. — Le pied gauche est équin-varus.

Les deux genoux sont des genu valgum. Les deux jambes sont dans l'extension forcée et toutes deux un peu déjetées en dehors. On peut, en outre, leur imprimer des mouvements de latéralité assez considérables.

Les membres supérieurs paraissent assez bien conformés. Si leurs surfaces articulaires sont le siége de quelques déformations, elles doivent être fort légères. Ce qui frappe dans l'attitude de ces membres, c'est leur flexion générale et leur rigidité : les avant-bras sont fléchis sur le bras, les mains sur l'avant-bras, les doigts dans la paume de la main. Les muscles fléchisseurs sont le siége d'une rigidité considérable, qui empêche de ramener les parties dans leur rectitude normale. Les biceps surtout paraissent fortement rétractés et leur tendon forme au pli du coude une saillie sous forme d'un cordon très-dur. Il en résulte un élargissement antéro-postérieur considérable de l'articulation. N'est-il pas possible que cette déformation des membres supérieurs n'ait pas la même origine que celle des membres inférieurs, et que des convulsions intra-utérines aient amené cette rétraction permanente des muscles fléchisseurs? Il nous sera peut-être donné dans quelque temps d'être plus affirmatif, car l'état des muscles, des nerfs, de la moëlle et des surfaces articulaires sera l'objet d'une étude spéciale.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

42. Fracture oblique du tiers inférieur du fémur ; par M. Alph. Drouin, interne des hôpitaux.

Vieillard, âgée de 91 ans, entrée le 1er mai 1875, à l'infirmerie de la Salpétrière. (Service de M. Luys.) Elle n'a que de la débilité sénile. Elle ne peut marcher, quoiqu'elle ne soit pas paralysée; pas de souffle cardiaque, un peu d'emphysème pulmonaire. Ses fonctions digestives sont régulières; elle reste constamment dans son lit. Pas d'incontinence d'urine ni des matières.

Le 28 janvier 1876, la malade en voulant se lever, est tombée de son lit, on l'a relevée aussitôt, et l'on a constaté que dans sa chute elle s'est fracturé la cuisse droite : elle a dû tomber sur le genou, car les téguments présentent à ce niveau une ecchymose et l'épiderme est éraillé.

Quand nous voyons la malade, nous constatons un raccourcissement considérable du membre inférieur droit. Le pied droit repose sur son bord externe. La malade ne peut exécuter aucun mouvement de ce membre et accuse une douleur très-vive à la partie inférieure de la cuisse. En faisant l'extension sur la jambe on ramène facilement le membre à sa longueur normale, et on perçoit très-nettement la crépitation osseuse. En palpant la région on sent en avant sous la peau une pointe osseuse qui se continue avec le fragment inférieur du fémur. Le fragment supérieur situé en arrière est appliqué contre celui-ci : on peut en imprimant les mouvements de latéralité les sentir se déplacer un peu l'un sur l'autre. On diagnostique une fracture oblique siégeant au-dessous du tiers moyen. Les deux condyles ne présentent rien d'anormal, on peut les comprimer sans provoquer de douleur; l'articulation du genou n'est pas douloureuse.

On se contente de placer sous le jarret un appareil composé de plusieurs coussins, de telle sorte que le poids de la jambe fasse une extension modérée, pendant que le bassin fait la contre-extension. Deux alèzes fixées au lit maintiennent la cuisse et la jambe sur cet appareil. On applique des compresses imbibées d'eau blanche et d'eau-de-vie camphrée au niveau de la fracture et du genou.

Les jours suivants, le genou est devenu volumineux et l'on a reconnu l'existence d'un épanchement dans l'articulation. La malade continue à manger comme d'habitude, ses fonctions digestives ne sont pas troublées elle ne présente pas de réaction fébrile ; mais sa faiblesse va toujours croissante, et elle succombe le 22 février.

Digitized by Google

A l'autopsie nous trouvons que l'articulation du genou présente des mouvements de latéralité assez prononcés, en l'ouvrant on ne trouve que très-peu de liquide, le cartilage n'est pas altéré, la synoviale n'est pas injectée.

Au tiers inférieur de la cuisse, nous trouvons du sang épanché dans le tissu cellulaire environnant la fracture. Ce tissu cellulaire est épaissi mais facile à déchirer ; il n'y a pas encore de commencement de consolidation, les deux fragments se déplacent très-facilement l'un sur l'autre. On les sépare sans beaucoup de difficulté, et l'on constate que du sang coagulé est interposé entre eux et remplit le canal médullaire. Par le lavage on enlève le périoste et les exsudats qui se sont faits autour de la fracture. La disposition du trait de fracture est la suivante: Il est oblique de haut en bas et dedans en dehors.

Le trait de fracture commence sur le bord interne du fémur à 18 centimètres au-dessus de la surface articulaire. Il n'est pas rectiligne ; mais affecte une disposition nettement spiroïde dans une étendue de 12 centimètres, et vient se terminer à l'union de la face externe et du bord postérieur du fémur, par un biseau taillé en pointe très-aiguë. L'extrémité supérieure du fragment inférieur est également très-aiguë.

A l'extrémité inférieure du trait de fracture, il y a un fragment de la face externe du fémur qui est enfoncé dans le corps de l'os. Ce fragment de forme ovalaire mesure une hauteur de 7 centimètres et une largeur de 3 à sa partie moyenne ; il se termine immédiatement au-dessus du condyle externe. Ce fragment est encastré dans l'os, et semble avoir déjà contracté un certain degré d'adhérence, grâce au périoste épaissi et à un épanchement abondant de lymphe plastique.

La fracture ne se propage pas entre les condyles, et sur aucun point elle n'a ouvert la capsule articulaire du genou.

43. Ramollissement de la rate dans le cours d'une leucocythémie splénique. — Embolie de l'artère crurale gauche. — Endopéricardite ; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

F..., 26 ans, entré dans le service de M. Potain, à Necker (Saint-Jean, n° 17), mort le 17 février 1876.

Cet homme, malade depuis le mois de juin 1873, avait déjà été soigné dans le service de M. Potain pendant l'année 1873.

Voici quelle était l'observation de ce malade à cette époque.

Il se plaignait depuis six mois environ avant son entrée à l'hôpital, d'une pesanteur dans le flanc gauche, mais, ne souffrant pas, il ne s'était pas soigné, et ce n'est que six mois plus tard, que, perdant ses forces, ressentant un peu de fièvre tous les soirs avec frissons, et quelques douleurs dans le côté gauche, il se décida à entrer à l'hôpital. Il toussait

Digitized by Google

assez fréquemment l'hiver depuis deux ans, crachait un peu de sang de temps en temps.

www.biusl.com.fr

A son entrée, au mois de juin 1873, on constata, d'une part, une légère pleurésie sèche à la base gauche et quelques craquements au sommet du poumon correspondant, et d'autre part une hypertrophie considérable de la rate.

La rate occupait une grande partie du côté gauche de l'abdomen, elle était dure, peu douloureuse à la pression et n'occasionnait au malade qu'une gêne notable à cause de son poids; elle mesurait 28 centimètres de longueur sur 20 centimètres de large. Nulle part on ne trouva d'engorgement ganglionnaire. Le foie était de volume normal.

Les digestions étaient lentes, mais le malade n'avait pas de diarrhée, pas d'hémorrhagies intestinales. Pas d'œdème des jambes. Pas d'ascite. Quant aux antécédents, cet homme n'avait jamais eu de fièvre intermittente. Il faut noter cependant qu'il habitait depuis longtemps un pays où les fièvres paludéennes sont fréquentes, à Albert (Somme). Pas de syphilis. Il était déjà très-anémique à cette époque.

L'examen du sang fit constater la présence dans ce liquide d'une grande quantité de globules blancs. Il y avait un globule blanc pour trois globules rouges.

Cet état de la rate resta à peu près le même pendant le séjour du malade à l'hôpital; il y avait cependant certains jours où cet organe diminuait légèrement, et cette diminution de volume s'accompagnait d'un changement dans le nombre de globules blancs; ils étaient alors moins nombreux: 1/6 environ. (Il faut noter cependant que la diminution des globules blancs précéda la diminution du volume de la rate).

Pendant plus d'un an, on perdit ce malade de vue. Mais en 1875, il rentra de nouveau dans le service de M. le docteur Potain, se plaignant toujours d'une grande pesanteur dans le côté gauche. Lorsque M. Potain l'examina de nouveau à cette époque, il constata, comme par le passé, que la rate était toujours extrêmement volumineuse; mais au lieu d'être dure et résistante dans toute son étendue, il y avait alors une partie, la partie inférieure, qui était manifestement ramollie. *Ce ramollissement de la rate* était très-évident; à la palpation on sentait une tumeur à parois fort tendues, mais avec une fluctuation manifeste. Il ne paraissait pas y avoir là de signes d'inflammation, le malade souffrait peu, il n'avait pas de fièvre. Du reste, M. Potain fit une ponction, et le liquide évacué fut de la *boue splénique*, contenant peu de leucocytes.

Dans une seconde ponction faite quelque temps après, on retira de nouveau de la boue splénique, mais contenant alors un plus grand nombre de globules blancs. Enfin dans une

Digitized by Google

troisième ponction, on évacua du *pus*. Il ressort de là que, primitivement, le ramollissement n'était nullement de nature inflammatoire, puisque les deux premières ponctions ne donnèrent que les éléments normaux de la rate.

Ce ne fut qu'après la seconde, que la nature du liquide changea pour devenir purulent et resta tel dans une quatrième ponction. Disons que le malade était depuis quelque temps sujet à avoir des hémorrhagies gingivales assez abondantes. C'était du reste les seules manifestations hémorrhagiques présentées jusque-là.

Numération globulaire : le 3 janvier 1876, les globules blancs étaient, dans le rapport de 1/11 par rapport aux globules rouges.

6 *janvier*, le malade commence à se plaindre d'une douleur dans l'hypochondre droit. Le foie est volumineux, il mesure alors 17 centimètres de hauteur à la ligne du mamelon. La rate restait stationnaire et présentait toujours, à cette date, une portion supérieure dure et très-résistante, et une inférieure fluctuante.

8 *janvier :* hémorrhagie gingivale.

Le 11 *janvier* : on fait une nouvelle ponction, mais on ne retire rien. Cette ponction n'est suivie d'aucun accident.

A part quelques hémorrhagies buccales, et quelques troubles de la vue de l'œil droit, l'état du malade resta à peu près le même jusqu'au 5 février. Il eut cependant une bronchite, mais sans complications.

5 *février*, le malade a un peu de fièvre, il a des malaises, des vomissements, rien de nouveau du côté de la rate, ni du foie.

8 *février*, il est pris subitement d'une violente douleur dans le membre inférieur gauche, avec sensation de refroidissement depuis le genou jusqu'au pied. On constate en effet que la température est abaissée à la jambe gauche, et de plus que les battements artériels ne sont plus perçus dans les artères poplitée et pédieuse. Il n'y a pas d'œdème, pas de cordon douloureux sur le trajet des vaisseaux. M. Potain diagnostique une *Embolie de l'artère crurale gauche.* Ce jour-là, on trouve le foie augmenté de volume: 22 centimètres de hauteur. La rate ne change pas. Du côté du cœur, il y a un souffle systolique à la pointe.

Les *jours suivants*, la douleur du membre inférieur change de nature, elle se localise en s'accentuant davantage au genou gauche. Cette articulation devient le siége d'un épanchement très-manifeste ; la température y est plus élevée. M. Potain pense alors que l'on avait eu affaire à un rhumatisme articulaire à début tout-à-fait anormal. Cependant certains signes de l'embolie persistent, tels que l'absence de battements

Digitized by Google

artériels, le refroidissement très-marqué du pied avec insensibilité du gros orteil.

De plus le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner; il a de la polyurie, l'urine est claire, limpide sans albumine; et l'on trouve le cœur hypertrophié et présentant, outre le souffle d'insuffisance mitrale signalé plus haut, le triple bruit ou bruit de galop décrit par M. Potain dans le cours de la néphrite interstitielle.

Le 12 *février*, les douleurs du membre inférieur gauche ainsi que l'épanchement du genou diminuent, mais le malade a de la fièvre (39° 2), il se plaint d'un point de côté, à droite. Il est oppressé. On ne constate, à l'auscultation du poumon droit, qu'un peu de congestion pulmonaire. Mais les bruits du cœur sont assourdis, la matité précordiale a augmenté, il y a un léger frémissement cataire à la palpation. Il y a nettement une endo-péricardite.

On ordonne une application de 6 ventouses scarifiées, et l'on remarque qu'il est beaucoup plus difficile d'arrêter l'écoulement sanguin que de coutume.

13 *février*, persistance de la fièvre, urine fébrile sans albumine. Mêmes signes au cœur.

14 *février*, la fièvre est moins vive, mais on constate une éruption de varioloïde assez abondante.

Le lendemain, 15 février, le malade se sent un peu mieux, mais à partir du 16 février, l'état général s'aggrave, l'éruption pâlit, la température s'abaisse rapidement, le malade a du délire. On trouve au cœur les mêmes signes d'endopéricardite. Quant au foie et à la rate ils n'ont pas changé. On ne constate aucune hémorrhagie nouvelle. Le malade meurt le 17 février.

La numération des globules faite peu de temps avant sa mort avait donné pour résultat un globule blanc pour 8 globules rouges.

Autopsie. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule un peu de liquide dans lequel nagent quelques flocons fibrineux. Il n'y a pas de pus. Il y a une péritonite très-étendue. C'est surtout au niveau et autour de la rate que siégent les fausses membranes les plus considérables. *La rate* est reliée à la paroi abdominale, au foie, à l'estomac, aux intestins par des adhérences très-solides.

De plus, le sommet de la rate est adhérent au diaphragme.

La rate a les dimensions suivantes, *longueur* 34 centimètres, *largeur*, 13 centimètres. Elle présente à sa partie supérieure une portion dure, résistante, semblable comme couleur et comme consistance au tissu hépatique. Cependant tout le sommet n'offre pas le même aspect; il y a dans un point, un foyer de ramollissement, analogue à celui que nous allons

Digitized by Google

décrire plus loin. Au-dessous de la partie indurée de la rate, on trouve une vaste poche remplie en partie de pus et de matière ressemblant à un énorme bourbillon. La charpente fibreuse de la rate est détruite en grande partie ; ce qui en reste est très-peu adhérent à la capsule fibreuse.

La capsule fibreuse qui entoure la rate est considérablement épaissie. Sa rétraction en certains points donne à la rate un aspect lobulé.

L'artère splénique est peu volumineuse ; il n'y a pas de coagulations dans les branches de cette artère. Les vaisseaux courts sont très-développés.

La matière contenue dans la portion ramollie de la rate, examinée au *microscope* montre un épaississement considérable du tissu fibreux formant le réticulum splénique, ce tissu est recouvert de masses colorées en jaune, probablement par la matière colorante des globules rouges détruits ; de plus on y trouve des cellules fusiformes de la rate et des globules blancs granuleux en très-grande quantité.

Foie : longueur 29 centimètres, épaisseur 26 centimètres. La consistance du foie est normale ainsi que sa coloration. A l'œil nu, il semble simplement hypertrophié.

Les *ganglions* du hile du foie sont volumineux et présentent à la coupe un aspect assez analogue à celui de la portion ramollie de la rate, c'est-à-dire une masse grisâtre, caséiforme.

Les *poumons* sont légèrement congestionnés. Il n'y a pas de lymphangite pulmonaire. Les ganglions bronchiques sont normaux. Il y a quelques adhérences pleurales à gauche.

Les *ganglions médiastinaux* antérieurs sont volumineux et durs à la coupe, ils sont grisâtres et granuleux ; un d'eux est ramolli, suppuré.

Péricarde et Cœur : Le péricarde contient un peu de sérosité. Le *cœur* offre à sa surface quelques plaques de péricardite assez récente. Il est volumineux : long.: 15 cent.; large : 12 cent.

L'oreillette droite est entièrement remplie par un caillot fibrineux, grisâtre, se prolongeant dans le ventricule droit et de là dans l'artère pulmonaire. Ce caillot ressemble à du pus concrété. Pas d'endocardite du cœur droit. Dans le cœur gauche, on trouve un caillot semblable à celui du cœur droit. Sur la valvule mitrale, il y a une végétation du volume d'une aveline, à surface inégale et recouverte de fibrine en voie d'organisation. Le reste de la valvule mitrale offre des traces d'endocardite ; les tendons sont rétractés, épaissis, jaunâtres. Les caillots contenus dans le cœur contiennent une grande quantité de globules blancs. Des caillots analogues se

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

trouvent dans la veine cave inférieure et dans les veines crurales.

Les *reins* sont volumineux, et présentent à leur surface de petites masses blanchâtres qui sont en grande partie formées par des amas de globules blancs.

Enfin l'*artère crurale gauche* est oblitérée sur une longueur d'environ 5 à 6 c. par un caillot dont la partie inférieure est dure, et formée en presque totalité de fibrine, dont la supérieure au contraire est molle, grisâtre et semblable comme couleur, comme consistance et comme structure aux caillots trouvés dans le cœur. L'artère présente au-dessus et au-dessous du caillot des traces d'endartérite végétante. Cette altération n'existe pas au niveau du caillot lui-même, ce qui prouve bien que le caillot ne dépend pas d'une endartérite primitive. Il y a bien ici les caractères d'une embolie, dont les signes ont du reste été bien constatés pendant la vie. La fémorale profonde, est, elle aussi, oblitérée à son embouchure par un caillot fibrineux, consistant, se prolongeant assez loin dans l'artère.

Séance du 3 mars 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Sarcome de l'orbite. Exophthalmie ; par Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

Ch...., 12 ans, entre le 24 janvier 1876, à la Charité (service de M. le professeur TRÉLAT), pour une tumeur de l'orbite. — Dans les premiers jours de septembre 1874, la mère de cet enfant s'aperçoit un matin que l'œil droit du jeune garçon était un peu plus gros que le gauche. En quelques jours, la paupière supérieure augmente notablement de volume ; un médecin appelé à ce moment, examine l'enfant et constate l'existence d'une tumeur développée à la face interne de la paupière, de la grosseur d'une lentille, au dire de la mère. Deux mois après, malgré les différents traitements employés, la tumeur avait acquis le volume d'un œuf de pigeon. Elle distendait la

Digitized by Google

paupière supérieure, comprimait le globe de l'œil. Le 2 décembre 1874, on en fit l'ablation ; la paupière était conservée intacte, et bientôt le globe de l'œil recouvrait tous ses mouvements. La cicatrisation avait été rapide, et dès janvier 1875, l'enfant remuait sa paupière presque aussi aisément que du côté sain.

Pendant toute l'année 1875, l'état général et local restait excellent, la guérison paraissait absolue, lorsque subitement, le 25 décembre 1875, de nouveaux accidents apparaissent, sans cause appréciable, sans que les jours précédents il y eût la moindre rougeur, la plus petite douleur dans l'œil, la paupière supérieure prend ce jour un volume considérable.

Des douleurs violentes intra et périorbitaires se montrent, douleurs paroxystiques que l'enfant compare à des coups d'aiguille enfoncés profondément ; en trois ou quatre jours, la tuméfaction devient si considérable que la vue se trouble, l'œil projeté en bas et en avant par la tumeur qui progresse, commence à s'immobiliser, et la cornée devient blanchâtre. La vue disparaît dès le cinquième jour.

État actuel. — La paupière supérieure du côté droit distendue, violacée, porte la trace d'une incision transversale qui a été pratiquée vers la fin de décembre et a donné issue à une quantité notable de sang. Elle est irrégulièrement soulevée, offre des bosselures au niveau desquelles la peau a une teinte ecchymotique. Au dessous de la paupière ainsi soulevée, on aperçoit, dépassant l'arcade orbitaire de 2 à 3 centimètres, une masse rouge, comme charnue, au centre de laquelle se trouve une plaque opaque, sèche, d'un blanc grisâtre, arrondie très-régulièrement ; c'est la cornée sphacélée, ou plutôt durcie et desséchée. Tout autour, la conjonctive bulbaire boursouflée, œdémateuse, recouverte de quelques croûtes jaunâtres.

Le globe oculaire ainsi propulsé en avant et en bas dépasse de 1 cent. 1/2 environ le rebord orbitaire. La paupière inférieure est abaissée par le globe oculaire qui déprime, en le débordant son bord palpébral ; sa minceur, sa mollesse, contrastent avec le volume, l'épaisseur apparente et les bosselures de la paupière supérieure.

La palpation la plus légère éveille dans toute l'étendue de la paupière envahie ou paraissant envahie par le néoplasme orbitaire, des douleurs lancinantes et profondes ; la tumeur, examinée à travers la paupière supérieure trop tendue pour pouvoir être soulevée, paraît élastique, plus molle au niveau des bosselures. L'œil est absolument immobile, et quand les différents mouvements de l'œil gauche se produisent, c'est à peine si la cornée desséchée se déplace de 1 à 2 millimètres. Les douleurs spontanées sont peu vives et ne sont pas conti-

Digitized by Google

nuelles. Elles occupent la moitié droite du crâne, mais n'irradient pas dans la face; la pression sur les nerfs sus et sous orbitaires n'est pas douloureuse. Pas de battements dans la masse. Quelques nausées depuis plusieurs jours; pas de chute ni de perte de connaissance. L'air passe par les fosses nasales aussi aisément à droite qu'à gauche. Le voile du palais et l'arrière cavité des fosses nasales sont libres; pas de tuméfaction du maxillaire supérieur, ni de douleurs au niveau des sinus frontaux. L'état général est satisfaisant, pas d'antécédents diathésiques; le père et la mère se portent bien.

28 *janvier* la tumeur augmente rapidement de volume; tout mouvement du globe de l'œil est absolument impossible; légère tuméfaction de la paupière inférieure vers la commissure externe.

2 *février*. Enucléation de la tumeur orbitaire. Dès le début de l'opération, on constate l'intégrité parfaite de la paupière supérieure soulevée seulement par les masses bourgeonnantes du néoplasme qui est intraorbitaire. La cavité orbitaire est complétement vidée. On enfonce l'os planum de l'ethmoïde et l'on aperçoit les cellules ethmoïdales intactes.

Réflexions. Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en détail: Nous signalerons 1° l'apparition rapide d'un néoplasme chez un jeune enfant de 10 ans. 2° l'ablation de la tumeur primitivement développée selon toute probabilité aux dépens de la conjonctive palpébrale. 3° une longue période de onze mois pendant lesquels la guérison paraît complète. 4° les accidents foudroyants causés par la tumeur récidivée déterminant en cinq jours la perte complète de la vision et le sphacèle de la cornée. Cette augmentation subite dans le volume de la tumeur peut être expliquée par les hémorrhagies qui, se sont produites dans l'intérieur de l'orbite et dans l'épaisseur du néoplasme lui-même ;

5° l'intégrité parfaite de la paupière supérieure, point de départ, si l'on en croit les renseignements, de la tumeur originelle; en sorte qu'on pourrait voir dans ce cas une récidive à distance d'une tumeur de la paupière supérieure.

Examen de la tumeur, par M. Poncet. — La tumeur énucléée de la cavité orbitaire présente le volume d'une grosse mandarine, elle est constituée par une subtance jaune grisâtre, pâle, fort peu vasculaire, de consistance mollasse et rappelant exactement l'aspect, la densité, et la coloration même de l'encéphale d'un enfant nouveau-né. Sans forme bien limitée, s'affaissant sur la table, elle se trouve englober tous les organes intra-orbitaires. Sa situation par rapport au globe oculaire explique l'exophthalmie considérable et la propulsion de cet organe en bas et en dedans, car elle occupait toute la cavité

Digitized by Google

orbitaire et paraissait plus spécialement condensée vers la partie supérieure et externe de cette région.

Cette tumeur peu vasculaire par elle-même, se laissant facilement écraser par le doigt, se trouve cependant entourée par un certain nombre de petits foyers sanguins, hémorrhagies récentes, périphériques qui se prolongent d'ailleurs assez profondément dans l'épaisseur même du néoplasme. Le tissu cellulo-adipeux de l'orbite, qui a peut-être été le point de départ de la production néoplasique, se confond assez intimement avec le tissu mollasse et jaunâtre qui l'a envahi.

Les muscles moteurs de l'œil sont intacts et entourent la masse sans lui adhérer, mais en se laissant déborder par les bourgeonnements de la tumeur qui paraissait si tendue dans la cavité orbitaire avant l'opération. Les nerfs moteurs oculaires et la branche ophthalmique de Willis se dissèquent facilement au milieu du néoplasme ; de même pour les ramifications artérielles et veineuses qu'on peut suivre dans toute leur étendue.

Les parois fibreuses, l'aponévrose orbito-oculaire, ni les parois osseuses n'étaient envahies, car on a pu voir après l'opération la cavité orbitaire vide et intacte ; pour plus de sécurité on a ouvert les cellules ethmoïdales dans lesquelles on n'a trouvé aucun prolongement, non plus d'ailleurs que dans le sinus maxillaire dont la paroi supérieure était unie et très-lisse. La paupière supérieure qui aurait été, d'après le récit des parents du petit malade, le point de départ de tant d'accidents, n'adhérait pas à la tumeur sous jacente qui la refoulait en dehors.

La tumeur est un *myxo-sarcome de l'orbite* bien caractérisé, n'ayant pas envahi le globe oculaire. La sclérotique, la choroïde et la rétine ne sont pas dégénérées.

La papille est saillante et offre des dilatations variqueuses des fibres du nerf optique. Les autres parties du globe oculaire ne présentaient rien à noter.

Remarquons toutefois que l'on avait constaté avant l'opération l'opacité de la cornée, opacité progressive et rapide, comme l'exophthalmie du reste, et rappelons qu'au moment de l'opération cette cornée se desquamait par lamelles et menaçait de se sphacéler dans toute son étendue.

2. Carcinome du testicule ; par M. Letulle, interne des hôpitaux.

B.... V... 55 ans, maréchal ferrant, entre le 11 mars 1876, à l'hôpital de la Charité (service de M. Trélat). Un jour, en sautant sur un cheval, il y a dix ans, cet homme fit un effort

Digitized by Google

violent et se froissa le testicule; la douleur causée par cet accident dura une huitaine de jours.

Trois ans seulement après cet accident, le malade s'aperçoit pour la première fois que le testicule droit était un peu plus considérable que le gauche. Pendant trois ans il n'y a pas de modification appréciable dans le volume du testicule. Il y a quatre ans apparaissent des accès d'asthme, et le malade croit voir son testicule diminuer et reprendre ses dimensions normales. Bientôt le testicule augmente de nouveau, mais cette fois d'une manière lente et progressive, et en deux ans acquiert la moitié du volume qu'il présente aujourd'hui. Il y a un an environ la tumeur se met à prendre une marche rapide, des douleurs violentes se montrent, passagères au début, bientôt plus rapprochées. Ces douleurs sont sourdes, continues, partent de la région antéro-inférieure de la masse testiculaire, irradiant dans l'aine et la région dorso-lombaire droite. Ces douleurs durent pendant trois à quatre jours et cessent pendant trois à quatre semaines, ce sont de véritables accès. Fait intéressant à noter, les accès d'asthme cessent toujours absolument au moment où les douleurs testiculaires irradiées se montrent. Fatigué de ces crises douloureuses, inquiet de l'accroissement progressif de sa tumeur, le malade entre à l'hôpital pour se faire opérer.

Etat actuel. Homme maigre, encore vigoureux et assez bien musclé, porte dans le scrotum, à droite, une tumeur absolument mobile sous les téguments qui la recouvrent sillonnés de veines violacées et sinueuses. Considérée dans son ensemble la tumeur offre une forme assez régulièrement sphérique, un peu aplatie toutefois transversalement. Son poids est considérable, et le malade est obligé de la soutenir en marchant, son grand diamètre vertical mesure 13 à 14 cent.; son diamètre transversal 8 à 10 cent.

Les sensations fournies par un palper méthodique sont fort différentes suivant les diverses régions de cette tumeur: la partie la plus élevée de la face externe et la portion correspondante du bord antérieur sont le siège d'une élasticité, rénitente due évidemment à la présence d'un liquide épanché dans la vaginale.

Mais sur la moitié inférieure de la face et du bord mentionnés à cette sensation de liquide fluctuant, vient par places se substituer une consistance dure, résistante, presque ligneuse. On délimite ainsi dans cette région une sorte d'îlôt solide et dur, large de 2 cent. carrés au plus, envoyant deux prolongements, et autour duquel on retrouve l'élasticité et la fluctuation constatées plus haut. Le bord antérieur en bas, devient tout-à-fait dur, et la pression éveille en ce point une douleur vive.

Digitized by Google

C'est de cette région que partent d'ailleurs les douleurs irradiées. La face interne est dure et non dépressible. Le bord postérieur, dans toute son étendue, est légèrement bosselé et d'une consistance très-solide. Le canal déférent paraît se détacher de ce bord au niveau de son quart supérieur; c'est une corde dure, arrondie, bosselée à son origine, plus grosse et plus sensible que du côté gauche. Transparence dans la moitié supérieure et antérieure de la face externe, opacité dans le reste de la tumeur.

L'état général du malade est bon. Cependant, il y a souvent des palpitations et de la dyspnée, en dehors même des accès d'asthme. Les battements cardiaques sont énergiques, on trouve par instants un dédoublement très-net du deuxième bruit à la base, sans bruit de souffle.

Poumons. — Dépression marquée de la fosse sus-scapulaire droite, où l'on trouve une sonorité peu franche, une élasticité médiocre et une résonnance un peu forte des vibrations thoraciques. A gauche, au contraire, la sonorité est exagérée. En avant, sonorité exagérée, sous les clavicules. Râles sibilants et muqueux disséminés dans toute la hauteur des deux poumons. Varices considérables des veines de la jambe droite; phlébolithes nombreuse. — L'urine est normale.

Notons encore en passant que ce malade, maréchal-ferrant depuis sa jeunesse, offre une atrophie musculaire incontestable des muscles des éminences thénar et hypothénar, ainsi qu'une diminution de volume des muscles interosseux. Les différents mouvements de latéralité des doigts sont presque impossibles, quoique la flexion et l'extension se fassent bien. L'atrophie est surtout marquée pour les muscles du pouce. Pas d'atrophie de l'avant-bras ni du bras. Quelques fourmillements dans la main depuis trois ans. De plus, au niveau du poignet, en dehors du tendon du cubital antérieur, on trouve un kyste synovial articulaire, qui s'est produit subitement après un effort, il y a six mois.

Dans les antécédents pathologiques de ce malade, on trouve que la grand-mère maternelle et la mère du malade sont mortes asthmatiques âgées. Le père est mort à 79 ans, alcoolique. Il y a seize ans, première attaque de névralgie sciatique gauche qui dure 3 mois. Nouvelle sciatique, à droite cette fois, il y a six ans. Enfin des accès d'asthme bien caractérisés commencent il y a trois ans. Aucune affection cutanée, pas de migraines, excellent état des voies digestives. Pas trace de syphilis.

13 mars. Ponction de la vaginale au-dessus de la bride vaginale décrite plus haut, on ne vide que la partie correspondante de la vaginale. Deuxième ponction au-dessus de la bride,

Digitized by Google

on retire en tout 100 grammes d'un liquide citrin parfaitement clair et non sanguinolent.

14 mars. L'épanchement s'est reproduit presqu'aussi abondant.

15 mars. Castration, amputation du pédicule avec l'anse galvano-caustique ; mais la section se fait trop rapidement. M. Trélat jette au-dessus de l'eschare un fil à ligature et serre en masse les éléments du cordon.

Examen de la tumeur. — La tumeur enlevée offre les dimensions constatées avant l'opération. Elle est bridée dans son enveloppe, car sur une coupe antéro-postérieure elle fait immédiatement saillie au-dessus des bords de l'incision. La vaginale est épaissie dure et solide ; cloisonnée par une bande fibreuse qui part du néoplasme et soude les 2 feuillets de la vaginale dans une étendue de 2 cent. environ, elle est divisée en deux cavités qui paraissent distinctes. La cavité vaginale contient du liquide séro-sanguinolent et quelques caillots récents tapissent ses parois.

Le néoplasme a totalement envahi et transformé la glande testiculo-épididymaire dont on ne retrouve plus trace. Sur cette coupe, on aperçoit de grosses masses roses pâles, irrégulièrement lobées et séparées ainsi par des tractus d'aspect fibreux plus durs et plus déprimées que la substance interposée. Quelques petits foyers hémorrhagiques tranchent par leur rougeur vive sur l'aspect terni et pâle du tissu néoplasique, par place on aperçoit irrégulièrement dessinées de grosses masses jaunâtres, où le néoplasme a commencé à subir la dégénérescence granulo-graisseuse. Ces masses tranchant sur la tumeur par leur coloration d'un jaune ocre clair au moment de la coupe, par leurs aspect grenu, et par leur surface plane qui reste déprimée au-dessus des lobes de la tumeur. La plus large de ces plaques jaunâtres occupe la moitié inférieure de la tumeur et n'a pas moins, sur la coupe, de 4 cent. de hauteur.

Dans la moitié supérieure de la tumeur, dans la partie la plus postérieure de cette moitié, l'aspect du néoplasme change. C'est un riche réseau de tractus blanchâtres, nacrés et brillants qui s'entrecroisent dans tous les sens et limitent des aréoles où le néoplasme est constitué par une substance d'un gris rosé pâle. C'est en ce point que la consistance de la tumeur est le plus dure. Le canal déférent quitte la masse en haut du bord postérieur. *L'examen histologique* fait par M. Malassez, a montré qu'il s'agissait d'un carcinome.

RÉFLEXIONS. — Nous avons cru devoir rapporter en détails cette observation à cause de l'importance de l'histoire pathologique de notre malade. Elle nous montre, en effet, chez un homme atteint d'une maladie constitutionnelle, qui s'est

Digitized by Google

depuis de longues années révélée par des affections névralgiques, par des accidents asthmatiques, etc.; l'apparition d'une affection viscérale grave, le cancer du testicule; comme si les différentes manifestations herpétiques transmises par héritage à ce malade, avaient enfin atteint chez lui leur terme ultime en produisant le carcinome. L'influence diathésique, l'influence héréditaire nous ont paru ici inconstestables, elles nous ont permis d'avancer, peut-être d'une façon un peu hasardée, un diagnostic de la variété du néoplasme produit dans le testicule,

Aussi n'avons-nous pas craint, malgré tout, en face de ces manifestations douloureuses, intermittentes, alternant régulièrement avec des accès d'asthme, en face de ce malade herpétique, par hérédité directe de diagnostiquer cancer du testicule, alors que précédemment, dans deux cas de tumeur néoplasique évidente du testicule, communiqués à la Société anatomique, nous n'avions pu affirmer positivement la variété de la lésion, toute diathèse et toute hérédité nous semblant faire défaut, ou du moins ne nous permettant de poser aucune probabilité.

3. Pneumonie, endocardite végétante, embolie de l'artère iliaque primitive; par M. le Dr Coutv, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Vincent, 24 ans, tempérament lymphatique; pas de lésions scrofuleuses, pas de rhumatismes antérieurs, entre le 15 janvier, salle 24, n° 28, dans le service de M. Villemin. Pris de fièvre, avec frisson, il y a trois jours; il présente tous les signes d'une pneumonie droite, assez étendue: de plus, au cœur, le premier bruit est couvert par un souffle léger, maximum à la base.

La pneumonie suit une marche normale: la fièvre cesse le 19; l'appétit revient; mais le souffle cardiaque persiste, et on l'attribue à l'état d'anémie du malade: car les maladies fébriles peuvent souvent faire apparaître ou rendre appréciable chez un homme déjà anémié, un souffle cardiaque inappréciable auparavant. M. Villemin nous a montré dans ses leçons cliniques, plusieurs souffles de ce genre survenus pendant ou après des affections fébriles assez légères et peu durables, et où évidemment il n'y avait pas eu d'altération possible du myocarde ou des valvules.

Quoi qu'il en soit, l'état du malade était bon; sa nutrition convenable, et on s'apprêtait à l'envoyer en convalescence, quand le 6 février, la fièvre reparut sans cause appréciable.

Digitized by Google

Le 7, le souffle cardiaque toujours maximum à la base, devint plus rude, un peu plus prolongé.

Le 8 février. Température, matin : 38°,6; soir : 39°,8. Ce jour là, il y a au cœur un bruit de galop très-net surtout à la pointe; le premier bruit est toujours très-soufflant à la base et le deuxième est dédoublé : Le malade paraît très-affaibli, très-affaissé, mais la langue un peu blanche est humide, la céphalalgie n'est pas très-vive, l'intelligence est très-nette, et l'insomnie est très-incomplète : il n'y a donc pas de symptômes véritablement typhoïdes; diagnostic : rétrécissement et insuffisance aortique dus probablement à des végétations valvulaires.

Dans la nuit du 9 au 10, le malade se réveille subitement et s'aperçoit que son membre inférieur droit est comme « mort » : les mouvements dans la jambe surtout, sont très-limités, à peine possibles ; on fait cette nuit-là des onctions sur le membre, qui ne sont pas douloureuses.

10 février. Pas d'œdème, légère dilatation des veines de la jambe droite, anesthésie incomplète du gros orteil, hyperesthésie légère du mollet. Température, soir 38,4.

11. Le malade est examiné plus complétement : quelques mouvements du membre inférieur droit sont encore possibles, le malade peut se lever de son lit ; au lit, le membre inférieur droit est dans la flexion; le pied et le bas de la jambe droite sont légèrement violacés, après que le malade s'est levé pour uriner : pas d'œdème; les orteils droits sont complétement anesthésiés, la sensibilité du pied est seulement diminuée : la jambe est hyperesthésiée : la moindre pression, un mouvement communiqué suffit pour provoquer une douleur vive; mais il faut que la pression soit faite au niveau des muscles, si on comprime la peau sur la crête ou la face interne du tibia, l'hyperesthésie est presque nulle ; il y a donc surtout de l'hypéresthésie musculaire. Pas de trouble de la sensibilité à la cuisse.

Température, orteil droit 21°,5; gauche 34. Pas de différence de température des cuisses, appréciable à la main. Il est impossible de retrouver les battements, soit de l'artère crurale, soit de la poplité de la pédieuse dans le membre inférieur droit : l'artère crurale forme un cordon très-appréciable, sans trace de pulsation et peut être légèrement douloureux à la pression. Au contraire, l'amplitude des battements et le volume des artères du membre inférieur gauche est exagéré très-notablement, et on constate dans le genou gauche un épanchement dont il est difficile de fixer la date de l'apparition.

L'état général du malade est encore aggravé ; la maigreur,

Digitized by Google

la faiblesse est extrême, il y a une diarrhée abondante. Mais la langue est humide; les sens et l'intelligence intacts. Température axillaire 38,2.

www.ibtool.com.cn

Le souffle cardiaque au premier temps, à la base, est encore plus rude que précédemment, il y a toujours un triple bruit à la pointe.

12. Le membre inférieur droit est immobile dans le lit, la jambe fléchie à angle droit sur la cuisse, et aucun mouvement volontaire n'est possible : il y a toujours anesthésie des orteils, hyperesthésie de la jambe; mais hyperesthésie diffuse sans douleur localisée aux nerfs, aux articulations; seulement l'hyperesthésie a augmenté, elle est sensible même au niveau des points dépourvus de muscles qucique toujours maximum au niveau des muscles; il suffit de toucher le mollet pour faire crier le malade et au contraire le rebroussement des poils comme le fait remarquer M. Villemin, est à peine senti.

La cuisse est, elle aussi, un peu douloureuse.

Le réseau veineux du pied et de la jambe droite est toujours dilaté; pas d'œdème : il y a deux plaques ecchymotiques irrégulières : l'une sur le gros orteil, l'autre sur la face antérieure du tibia.

Température, matin : Plante du pied droit 29°,5; gauche 38. Cuisse droite 37,5, gauche 37°,3. Soir : cuisse droite 38°; gauche 37°, 8. Pied droit 26°,8; gauche 37°. L'état du cœur est toujours le même; mais la fièvre est plus vive, la face du malade est vultueuse, la respiration fréquente. Pouls plus ample que hier, 120. Température axillaire, matin : 38°,3; soir : 39°,8. On ausculte la poitrine avec soin; quelques gros râles muqueux à droite au niveau de l'ancienne pneumonie; respiration très-nette à gauche.

13. L'état reste à peu près le même. Température axillaire, matin : 38°,2; soir : 39°,8. Le malade laisse échapper dans son lit l'urine et les matières fécales.

14. L'hyperesthésie de la jambe droite a un peu diminué; l'anesthésie s'est étendue à presque tout le pied; il y a un œdème léger de la jambe et du pied, avec dilatation du réseau veineux; de plus, on constate un épanchement très-abondant, non douloureux, dans la tunique vaginale droite : gros orteil violacé, mais sans plaques gangréneuses. Le souffle cardiaque du premier temps est modifié; il est moins fort, moins rude, et s'entend bien à la pointe : de plus, il est impossible de retrouver le bruit de galop si sensible les jours précédents. La langue est toujours humide, la salive abondante. Température axillaire, matin : 39,8; soir : 39,5.

15. L'état local est le même, membre inférieur droit dans

Digitized by Google

la flexion, hyperesthésie moindre de la jambe, toujours peu marquée à la cuisse ; œdème léger de la cuisse et de la jambe, mais sans changement de coloration de la peau ; ecchymose tibiale un peu plus étendue ; pas de plaques gangrèneuses; étonné de ce que les symptômes de gangrène confirmée tardent aussi longtemps, nous voulons voir si la circulation s'est un peu rétablie et comparer, en numérant les globules par la méthode de M. Hayem, le sang contenu dans le membre inférieur droit dont l'artère est oblitéré et le sang normal. Nous faisons avec une lancette plusieurs piqûres sur la jambe et la cuisse droite ; ces piqûres profondes traversent la peau et pénètrent dans le tissu cellulaire, et cependant elles ne donnent pas une goutte, pas de trace de sang ; la circulation du membre inférieur droit est donc bien complétement arrêtée. De plus ces piqûres n'ont pas été senties à la jambe, elles ont été douloureuses à la cuisse. L'anesthésie s'est donc étendue aux téguments de la jambe.

Température. Creux poplité droit 37°, 8, gauche 36°, 7. Pied droit 33°2; gauche 36. L'état général s'aggrave, la cornée est ternie ; il y a eu des vomissements bilieux ; le malade est dans la somnolence, mais si on l'interroge, il répond facilement ; pas d'hébétude, pas de surdité comme dans le typhus. T. matin : 39°, 2; soir : 40°, 1 ; respiration très-fréquente. Au cœur, souffle au 1er temps, maximum à la base plus rude qu'hier ; pas de dédoublement du second temps ; le souffle au 1e temps se prolonge dans l'aorte, et a son maximum à 4 ou 5 centimètres du bord sternal droit, ce qui indiquerait une dilatation de l'aorte.

16. Toujours hyperesthésie diffuse de la jambe à la pression ou par les mouvements communiqués : hyperesthésie légère de la cuisse : toujours œdème léger sans changement de coloration de la peau, hormis au niveau de l'ecchymose : gros orteil et métacarpien secs, noirs grisâtres, sans plaque gangreneuse véritable. De plus, je constate que les muscles de la cuisse droite résistent à la pression : au lieu d'être mous et flasques, ils sont dans un état de semi-contracture permanente très-marquée : Pied droit 31°. Gauche 33°. Mollet droit 37°. Gauche 26°. Creux poplité droit 37°,8. Gauche 36°,7. La température du lit étant de 23°.

Le souffle cardiaque du 1er temps de la base est toujours très-fort, rude, prolongé dans l'aorte : à la pointe, on entend nettement un souffle double : le 2e bruit est maintenant couvert par un souffle.

L'état général s'aggrave, le malade est dans un état de somnolence complète : subdelirium ; par moment carphologie ou plutôt tremblement convulsif des membres supérieurs, etc.

Digitized by Google

Respiration très-fréquente. Temp. axillaire, matin : 38°,3 ; soir : 40°, 7. Cet état se prolonge toute la journée et le malade succombe le lendemain à 5 h. du matin.

AUTOPSIE. — Tous les viscères, cerveau, reins, foie, intestins et rate sont normaux ; pas d'infarctus. Le cerveau est légèrement congestionné ou mieux un peu œdématié.

Le poumon droit est encore induré à la base, son tissu, violacé, ne crépite plus en certains points, mais cependant surnage partout : le poumon gauche est légèrement congestionné. Il y a dans les deux plèvres des néo-membranes blanc-grisâtres, assez adhérentes, très-nombreuses surtout du côté gauche où elles recouvrent tout le poumon ; pas d'épanchement liquide.

Le *péricarde* contient 50 à 80 gr. de liquide citrin ; mais il ne présente aucune trace d'inflammation. Le cœur droit contient quelques caillots blancs ; sa séreuse est entièrement saine. L'*endocarde* du côté gauche est entièrement normal, hormis au niveau des valvules aortiques toutes trois altérées. Au niveau de la valvule droite, c'est-à-dire la valvule qui correspond au sens de la courbure de l'aorte, et en tenant lieu, on trouve une végétation volumineuse formée de deux parties : la portion la plus inférieure est arrondie, saillante, mamelonnée ; sa base est implantée au niveau de l'origine de la valvule, son bord libre convexe ne correspond pas au bord libre de la valvule ; car au-dessus de cette première partie, qui a le volume d'un petit œuf de pigeon, mesurant 23 millimètres dans son plus grand diamètre, et pesant 2 grammes 1/2, on voit une bride fibreuse infiltrée et altérée aussi, qui est constituée évidemment par le bord libre de la valvule dont la grosse saillie forme la base. La valvule sigmoïde droite a donc été convertie en une masse végétante, énorme relativement, convexe et saillante du côté du ventricule, excavée du côté de l'aorte ; masse végétante qui ultérieurement probablement au moment de l'embolus, s'est séparée en 2 parties distinctes. Le tissu de la végétation est gris-rose, assez dur ; il n'y a en aucun point aucune trace de perte de substance ulcéreuse et la végétation paraîtrait plutôt recouverte par une néo-membrane mince que l'on peut détacher. Les deux autres valvules sigmoïdes ont gardé leur forme et pourraient fonctionner : dans l'intérieur on trouve deux noyaux, l'un vers la base, l'autre vers le bord libre, noyaux de la grosseur d'un grain de chenevis, mais plus étalés : la valvule gauche est la moins atteinte et on ne constate qu'une légère infiltration au niveau de son bord libre.

Le *myocarde* est rouge, ferme et complétement sain à la vue, hormis au niveau de la base d'implantation de la végétation : en ce point qui correspond exactement à l'implantation commune

Digitized by Google

d'une portion des valvules sigmoïdes et mitrales, la paroi du cœur est épaissie et saillante: on fait une incision qui donne issue à 2 ou 3 centimètres cubes d'un liquide quasi purulent, jaunâtre, mais légèrement sanguinolent, épais : ce liquide examiné par M. Bochefontaine, préparateur du laboratoire de pathologie expérimentale, contient des globules de pus, des globules rouges et un assez grand nombre de granulations et de bâtonnets doués de mouvements, des bactéries.

La cavité une fois vidée, anfractueuse, irrégulière, correspond bien exactement à la base d'implantation de la valvule gauche, ou mieux de la masse végétante ; et un orifice assez large fait communiquer ce foyer de ramollissement myocardique avec la concavité de la végétation du côté de l'aorte.

L'aorte, au niveau même des valvules et au-dessus est manifestement distendue, dilatée, et la crosse est fortement déviée à droite du sternum : elle mesure 9 cent. de circonférence au-dessus les sigmoïdes : du reste, pas d'altération de ses tuniques. L'artère iliaque droite et ses branches sont disséquées avec soin :

On trouve un caillot qui commence presque immédiatement à la naissance de cette artère iliaque : ce caillot se prolonge de 2 à 3 centimètres dans l'artère hypogastrique et ses branches, il se prolonge de 7 à 8 cent. dans l'artère iliaque externe, jusqu'à peu près l'arcade de Fallope : au-dessus du caillot, les branches artérielles dépendant soit de l'hypogastrique, soit de l'iliaque externe, fémorales honteuses, etc., etc., sont vides de sang, du reste très-saines, et présentant un volume normal. Le caillot, hormis les points où il se termine, remplit exactement les artères iliaques : rouge violacé, peu consistant, ce caillot est divisé en deux parties très-inégales par une masse arrondie, allongée, tranchant par sa couleur grisâtre et sa consistance plus marquée sur le reste du caillot : c'est l'embolus ; il est arrêté juste au niveau de la bifurcation de l'iliaque primitive en iliaque interne et externe ; son sommet s'est en quelque sorte moulé sur l'artère et est légèrement échancré ; cet embolus long de 17 millimètres, épais de 7, et pesant 8 décigrammes, remplit exactement l'artère iliaque primitive : coupé en travers, son tissu très-dense est entièrement homogène, grisâtre.

Le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré à la coupe, surtout au niveau des points ecchymosés : nulle part, même aux orteils, il n'y a de gangrène vraie, la peau a sa coloration normale ; les muscles de la jambe droite sont plus rosés, moins foncés que ceux du côté droit ; dans la masse des muscles du mollet, ils sont gris jaunâtre par places, ramollis à la pression et il y a même deux ou trois points gros comme

Digitized by Google

une noisette où le ramollissement plus complet forme un amas puriforme.

www.libtool.com.cn

Ces muscles, examinés au microscope par M. Déjérine, ont présenté une dégénérescence encore incomplète ; les stries restent assez nettes en certains points, elles ont disparu dans d'autres, et toute la substance musculaire contient un très-grand nombre de granulations protéiques.

A la cuisse droite, les muscles sont aussi plus rosés que ceux du côté gauche, et je ne puis mieux comparer leur teinte qu'à ceux des muscles oxycarbonés : cette teinte rosée est uniforme, non mêlée de parties jaunâtres comme à la jambe. Le psoas iliaque droit est violacé, ramolli. Le membre inférieur droit avait donné à la mensuration 1/2 à 1 centimètre de circonférence de plus que le gauche.

RÉFLEXIONS. — Ce cas d'*endocardite végétante*, outre le volume et la forme remarquables de la végétation nous paraît présenter quelques particularités intéressantes, d'abord en ce qui regarde l'endocardite, endocardite légère coïncidant d'abord avec une pneumonie, puis se transformant brusquement et sans cause appréciable en endocardite végétante.

Maier, M. Raymond ont fourni d'autres observations où on voit une pneumonie être suivie aussi d'endocardite végétante.

Nous disons endocardite végétante et non pas ulcéreuse : car si on a observé dans ce cas ces variations, ces changements du timbre et de la forme des souffles cardiaques, variations signalées par M. Vulpian, M. Charcot, dans l'endocardite ulcéreuse vraie, d'un autre côté bien des symptômes sont différents : les altérations sont rigoureusement limitées à l'origine de l'aorte ou mieux à ses valvules sigmoïdes, sans qu'il soit possible de dire si le bord libre ou la base des valvules ont été primitivement atteints ; et même en ces points, il n'y a pas d'ulcérations appréciables : il n'y a pas eu d'infarctus multiples des viscères, et pas de symptômes véritablement typhoïdes, ce cas de végétation valvulaire aortique ne se rapporte donc pas complétement à la description classique des endocardites ulcéreuses.

Pour l'école allemande, ce serait un fait type d'endocardite diphthéritique, dénomination qui ne s'applique pas seulement à ces lésions valvulaires coïncidant avec la diphthérie des muqueuses, que M. Labadie Lagrave a étudiées chez les enfants, en en exagérant l'importance et la fréquence, comme l'a montré M. Parrot. L'endocardite diphthéritique des Allemands est une mycose, une endocardite bactéridique ; et avec un peu de volonté, il serait facile de faire du cas étudié plus haut une bonne preuve des hypothèses plus ou mois compliquées émises par Maier, Eberth, etc. Nous avons trouvé des bactéries dans

Digitized by Google

le foyer de ramollissement situé à la base de la végétation, et nous en aurions certainement trouvé, l'autopsie étant faite assez longtemps après la mort, soit dans le sang, soit dans le tissu de la végétation, si nous les avions recherchées : on pourrait même ajouter que les néo-membranes pleurales, formées tardivement, puisque, le 8, les poumons et les plèvres examinés ont été trouvés sains, sont constituées, comme la végétation endocardique, par une agglomération bactéridienne; étant donné l'orifice de communication du courant vasculaire et du foyer de ramollissement, on pourrait expliquer par des embolies capillaires bactéridiennes les troubles cérébraux, coma, carphologie, etc., observés les derniers jours.

Mais on conçoit sans peine que nous n'ayons aucune envie d'appliquer à ce cas particulier des hypothèses plus ou moins nuageuses, que leurs auteurs n'ont appuyées d'aucune preuve scientifique.

L'embolus, d'un volume exceptionnel, remplit exactement l'artère iliaque primitive et siége donc très-haut. Il n'y a pas eu de circulation collatérale, puisque nous voyons, 5 jours après, alors que la circulation aurait eu le temps de se rétablir un peu, des piqûres profondes de la peau, de la cuisse, ne pas donner une goutte de sang.

L'arrêt circulatoire a donc été complet, et cependant huit jours après, la peau avait encore sa couleur normale.

Il n'y a pas eu de congestion rétrograde; mais seulement une légère dilatation du réseau veineux, sensible dès le premier jour; compliquée quatre jours après d'un œdème léger qui a persisté jusqu'à la mort, puisque le membre droit était plus gros, à l'autopsie, que le gauche; et aussi d'un épanchement dans la tunique vaginale droite.

Deux jours après l'embolie, quelques mouvements volontaires du membre inférieur étaient encore possibles, preuve que le système moteur périphérique n'est pas paralysé immédiatement par la suppression de la circulation; nous avons aussi observé dans les muscles de la cuisse, six jours après l'embolus, cette contracture anémique des muscles souvent notée au membre supérieur; plus rare au membre inférieur où sa possibilité a même été niée.

Insistons aussi sur l'hyperesthésie de la jambe, coïncidant avec l'anesthésie des orteils et du pied : cette hyperesthésie à la pression, maxima 3 jours après l'embolus, porte surtout sur la substance musculaire. Les troubles sensitifs, très-considérables à la jambe, sont à peines marqués à la cuisse qui est encore sensible 7 jours après l'embolie.

Le membre privé de circulation ne s'est pas refroidi comme on l'admet généralement : 4, 6, 7 jours après l'arrêt circulatoire,

Digitized by Google

au moment où les muscles se dégénéraient, etc., la température du membre droit était égale et même supérieure à celle du membre sain, comme le prouvent les températures. Cette augmentation tardive notée dans l'observation de la température, ne saurait s'expliquer comme l'augmentation constatée par M. Broca, quelques heures après les ligatures d'artères, par une fluxion à la fois collatérale et rétrograde, admise par M. Vulpian, puisque la circulation a été bien complétement supprimée. Cette augmentation doit donc être attribuée aux fermentations sur place qui doivent s'établir peu à peu dans les tissus privés de circulation. Ces fermentations sont moindres dans les points dépourvus de muscles, et c'est ce qui explique qu'au pied droit il n'y ait pas eu d'augmentation de température comme au mollet et à la cuisse.

La température du membre inférieur sain paraît avoir aussi augmenté peu après l'embolus, et certainement sa circulation a été plus rapide, ses artères plus dilatées. Les températures de 34° pour l'orteil, 38°, pour la plante du pied obtenues le 11 et le 12 février paraissent supérieures aux températures normales. Mais ce dernier point est moins nettement établi que le précédent, et certainement aussi moins curieux.

4. Tumeur de la main. (Angiome avec hypertrophie fibreuse et dilatations lymphatiques) ; par M. DEVILLIERS, interne provisoire.

M..., 7 ans, est entrée dans le service de M. DE SAINT-GERMAIN, à l'hôpital des Enfants, le 13 mars 1876.

C'est une enfant frêle, délicate, d'une mauvaise santé antérieure, bien que ses parents paraissent jouir d'une excellente santé, et disent n'avoir jamais été malades.

La main droite, au dire des parents, aurait toujours été plus volumineuse que l'autre; il y a 4 mois, au commencement de l'hiver, débuta l'affection qui l'amène à l'hôpital, quelques-uns des doigts, entre autres le pouce et l'index, se tuméfièrent, les parents ne s'en préoccupèrent pas d'abord, ils prirent cette affection pour des engelures, mais le mal empira rapidement, la main se gonfla de plus en plus, elle devint douloureuse, elle ne tarda pas à s'ulcérer et à donner lieu à des hémorrhagies peu abondantes, mais fréquemment renouvelées. Aujourd'hui, bien qu'il n'existe pas de diarrhée, ni de toux, l'appétit est à peu près nul, la petite malade est très-pâle, très-faible, son état général est mauvais, presque cachectique. L'apyrexie est complète. Il existe dans l'aisselle quelques petits ganglions que l'on sent rouler sous les doigts; on ne sent point les ganglions sus-épitrochléens. En présence de cet état

Digitized by Google

général mauvais, de la marche croissante de l'affection, M. de Saint-Germain se décida à pratiquer l'amputation de l'avant-bras, au tiers inférieur.

www.libtool.com.cn

La tumeur présente les caractères suivants : elle occupe la main droite, qui est complétement envahie, à l'exception de l'auriculaire et du métacarpien correspondant ; la consistance de la tumeur présente une certaine fermeté, une certaine résistance, mais beaucoup moins prononcée que l'induration du phlegmon par exemple. La coloration de la peau semble normale dans la région dorsale du métacarpe, mais sur la face palmaire, elle n'est normale que dans son tiers interne. Au niveau des doigts, surtout du pouce et de l'index, la peau est altérée, détruite en partie. La coloration est loin d'être uniforme, grisâtre en certains points, noirâtre en d'autres ; mais ce qui domine surtout par larges plaques, c'est une coloration bleuâtre violacée.

Les parties grisâtres et noirâtres sont par points, ils forment en quelque sorte de petits îlots. La matière noirâtre de ces points qui, par leur disposition générale, rappellent les petites taches mélaniques de certains sarcômes, semble constituée, lorsqu'on y regarde de plus près, par du sang coagulé.

En outre, la peau est amincie et présente quelques petites ulcérations desquelles s'échappent une sanie grisâtre qui répand une odeur fétide, et fétide au point de gêner les malades voisins ; quant à la coloration de la peau des autres doigts, elle n'est point altérée. Les lésions que nous avons décrites se trouvent surtout au niveau des premières phalanges, notamment sur la face dorsale de l'index ; mais elles existent aussi et également prononcées sur toute la moitié externe de la face palmaire, et d'une façon générale sur toutes les parties dont le volume est le plus augmenté. En effet, toutes ces différentes parties sont notablement augmentées de volume, le pouce et l'index sont certainement quintuplés, le médius triplé, l'annulaire n'est que doublé, et quant à l'auriculaire, ainsi que nous l'avons dit, il n'est guère augmenté de volume ; mais l'augmentation de volume n'est pas uniforme. C'est ainsi qu'au niveau des plis des doigts, la tuméfaction présente des rainures, des dépressions circulaires assez marquées ; et qu'au niveau de la phalangette de chacun des doigts malades, il n'existe ni tuméfaction ni changement de coloration de la peau ; cette intégrité n'est cependant pas absolument complète pour le pouce et l'index ; ces parties sont encore altérées, mais à un degré beaucoup moindre et nullement comparable à celui des autres phalanges de ces mêmes doigts.

La tuméfaction s'étend encore dans les régions du carpe, du

Digitized by Google

métacarpe, aussi bien à la face palmaire qu'à la face dorsale, toutes ces régions semblent élargies, triplées pour le moins de volume, cependant c'est surtout à la face palmaire et dans la partie externe de cette région, que cette tuméfaction est prononcée.

L'amputation fut pratiquée le 16 mars 1876; la petite malade alla de jour en jour de mieux en mieux, et aujourd'hui, 23 avril, la cicatrisation du moignon est à peu près complète, à peine reste-t-il une petite surface ulcérée du diamètre d'une pièce de 50 cent. L'état général est excellent, les ganglions axillaires ont disparu, et l'on peut considérer la malade comme guérie.

L'examen histologique de la tumeur a été fait par M. MALASSEZ, au laboratoire du Collége de France. Le squelette, les muscles, les nerfs, sont sains. Le tissu adipeux sous-cutané et profond présente des noyaux de néoplasie; aux doigts, le derme est également atteint. Il s'agit d'un angiôme avec hypertrophie fibreuse et dilatations lymphatiques.

5. Altération probablement tuberculeuse des reins dans le cours de la tuberculose pulmonaire; par M. LEVRAT, interne des hôpitaux.

Marguerite M., 69 ans, entre à la Maison de santé (service de M. LABBÉ), avec des signes non douteux de tuberculose avancée au sommet gauche, gargouillement et souffle amphorique, a droite seulement de la respiration rude, crachats caractéristiques. Les urines sont examinées à plusieurs reprises, elles ne contiennent ni albumine ni sucre. Elles laissent déposer une couche blanchâtre très-peu considérable et qui n'a pas été examinée au microscope. La malade meurt au bout de 4 jours.

AUTOPSIE. On trouve au sommet du poumon gauche une caverne presque du volume du poing, dans laquelle s'ouvrent des bronches de près de 1 centimètre de diamètre. La paroi de la caverne, très-mince est infiltrée de tubercules; on rencontre également de l'infiltration tuberculeuse en différents points des deux poumons.

L'endocarde, la valvule mitrale, les valvules sigmoïdes, ainsi que l'aorte présentent quelques plaques athéromateuses.

Le foie et la rate sont un peu ramollis, mais ne présentent rien de remarquable. Les reins sont petits, mamelonnés, le rein gauche adhère fortement à la capsule surrénale. A la coupe des reins on trouve plusieurs petites cavités, qui paraissent dues au ramollissement de tubercules et contiennent une matière épaisse et caséeuse. Pas de traces de calculs. La vessie contient de l'urine blanchâtre; à droite du trigone deux

Digitized by Google

ulcérations voisines l'une de l'autre, à fond grisâtre. Les uretères sont libres, l'uretère droit présente quelques petits kystes de la grosseur d'un grain de millet.

Les reins, les uretères et la vessie sont mis dans un mélange d'eau et d'alcool, au bout de trois jours d'immersion, les dépôts caséeux situés dans les cavités du rein ont disparu, laissant une paroi dont la coloration ne tranche nullement sur le tissu voisin et semblable à des calices dilatés.

M. Liouville. J'ai observé des cas analogues dans lesquelles se rencontraient à côté des cavernes vides, des foyers caséeux intacts ou en voie d'élimination; les parois des cavernes présentent, en pareille circonstance, des fragments adhérents de matière caséeuse.

M. Cornil. Sur la pièce qui nous est présentée on peut voir autour des cavités de petits points blancs brillants et ressemblant à des amas salins beaucoup plus qu'à des granulations tuberculeuses. Les parois des véritables cavernes sont d'ailleurs revêtues d'une sorte de fausse membrane qui fait ici défaut: c'est pourquoi l'on peut hésiter à reconnaître ici des lésions tuberculeuses.

6. Plaie de la paroi abdominale suivie de guérison. Hernie de tout le grand épiploon 35 ans plus tard. Entérocèle étranglée. Mort; par M. Bide, interne des hôpitaux.

M... 44 ans, teinturier entre le 11 mars 1876. à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Le Fort. Le malade eut, à l'âge de quatre ans, le ventre ouvert d'un coup de canif; il y aurait eu alors issue des intestins au dehors.

Il existe sur la paroi abdominale à 5 ou 6 centimètres à droite et en bas de l'ombilic, une cicatrice curviligne de dix centimètres à peu près.

Vers l'âge de 35 ans, le malade vit, pour la première fois, apparaître au niveau de la cicatrice une petite tumeur qui alla grossissant, qu'on n'essaya jamais de réduire. Depuis 5 ou 6 mois le malade avait laissé de côté la ceinture de coutil avec laquelle il avait pris l'habitude de maintenir sa tumeur, lorsque le 9 mars il éprouva quelques coliques.

Le 10 au matin, à la suite d'une selle normale, des douleurs excessives se manifestèrent dans le ventre et 5 fois dans la journée le malade eut des vomissements bilieux et glaireux.

Le soir, purgatif suivi de selle. Ce fut la dernière. Depuis ce moment le malade ne rendit plus de gaz par l'anus.

Digitized by Google

Une consultation de médecins eut lieu. Le malade fut chloroformé, des tentatives de réduction furent faites, car on soupçonnait l'existence d'une entérocèle étranglée. Elles n'eurent pas de résultat.

Le 11 *mars*, on constate l'état suivant : tumeur du volume d'une tête de fœtus à terme, siégeant en dehors et en bas de l'ombilic du côté droit, tumeur un peu bosselée, mate dans toute son étendue, irréductible, douloureuse à la pression. Pouls petit, fréquent, facies très-légèrement grippé. Point de hoquet. Bouche amère. Langue saburrale. Météorisme dans toute la moitié supérieure de l'abdomen. Cataplasmes laudanisés. Purgatif. Glace en fragments et boissons glacées.

12 *mars*. Le météorisme augmente toute la journée et la dyspnée apparaît. Elle est attribuée au refoulement du diaphragme en haut. Coliques violentes, nouveau vomissement, n'ayant pas plus que les autres l'apparence fécaloïde. On ajourne jusqu'au lendemain une ponction capillaire ayant pour but d'évacuer l'air contenu dans les intestins et de faire ainsi diminuer la dyspnée et l'étranglement de l'anse intestinale qu'on soupçonne étranglée par les fibres du grand oblique comme par une boutonnière. Le malade succombe malheureusement dans la nuit.

Autopsie. — La paroi abdominale disséquée, on tombe sur une tumeur volumineuse divisée en deux lobes très-inégaux par une bride aponévrotique qui n'est autre chose qu'une bandelette du grand oblique. La tumeur est pédiculée sur l'aponévrose du grand oblique. Une tunique d'apparence fibreuse, plus lâche cependant sur quelques points et ressemblant là à du tissu cellulaire condensé, l'enveloppe. Cette tunique enlevée, on tombe sur une masse irrégulière qui est reconnue pour être de l'épiploon.

On ne trouve tout d'abord point de traces de péritoine à la face profonde de la tunique fibreuse qui constitue le sac herniaire. Mais près du pédicule, on trouve la séreuse qui d'ailleurs forme une enveloppe complète autour de la plus petite des tumeurs. A la base de la tumeur, la plus volumineuse et près de son pédicule, cachée sous les replis de l'épiploon hernié, on rencontre une anse intestinale de 7 à 8 centimètres de longueur. Cette anse est distendue, presque noire et tout autour d'elle se trouvent des exsudats fortement teintés de sang. La position même de cette entérocèle au milieu des masses épiploïques explique pourquoi la percussion n'avait donné aucun renseignement sur sa présence durant la vie.

Ceci constaté, on ouvre l'abdomen. Les anses de l'intestin grêle sont fortement météorisées, et leurs parois très-injectées

Digitized by Google

dans toute l'étendue du canal intestinal situé au-dessus de l'étranglement.

Le colon transverse est attiré en bas et intimement appliqué contre l'anneau par où se sont produites les hernies intestinales et épiploïques. Il est retenu dans cette situation fixe par cela même que le grand épiploon presque tout entier s'est engagé dans l'anneau ; quant à l'anneau lui-même il est elliptique ; le doigt ne peut y être introduit, son grand axe est dirigé dans le sens des fibres de l'aponévrose du grand oblique, ce qui peut rendre compte du mécanisme même de l'étranglement : celui-ci paraît être dû à la constriction exercée sur les lèvres de la boutonnière aponévrotique, constriction qui a dû aller croissant à mesure que le météorisme augmentait, car on a vu que les signes d'étranglement, insignifiants au début, n'ont pris quelques caractères de gravité qu'à la fin. En outre, après l'autopsie, alors que l'abdomen n'était plus distendu et les lèvres de la boutonnière étroitement serrées, il était possible quoique difficile, de faire refluer des gaz du bout supérieur dans le bout inférieur de l'intestin. Durant la vie, pareille chose n'avait pas lieu, aucun gaz n'ayant été rendu par l'anus durant les 3 derniers jours. Au niveau de l'anneau ou de la boutonnière, le péritoine se continue sans interruption des parois abdominales vers le sac herniaire. Cette présence du péritoine n'est pas de règle dans les éventrations. Cependant ici elle s'explique par l'apparition tardive de la hernie qui s'est faite longtemps après la cicatrisation, par le point le moins résistant de l'enceinte abdominale.

7. Fracture de la rotule; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Cette fracture est remarquable en ce qu'elle divise l'os en deux fragments par un trait transversal, et que les fragments sont eux-mêmes subdivisés en deux par un trait vertical. Il existe de petites esquilles très-nombreuses sur les bords de chacun d'eux. La pièce a été recueillie sur un homme de 34 ans qui, entré en médecine le 4 mars dans la journée (service de M. Woillez) fut pris subitement dans la nuit de *delirium tremens* et se jeta par la fenêtre vers 5 heures du matin. Le 5 au matin il fut apporté dans le service de M. GOSSELIN, et succomba le 6 vers 1 heure de l'après-midi. A l'autopsie, on trouva une méningite suppurée de toute la convexité du cerveau, un début de pneumonie dans le poumon gauche, et les traces d'une ancienne lésion de la valvule mitrale. M. Moutard-Martin soumet à l'appréciation de la société l'explication suivante qu'il adopte

Digitized by Google

comme pouvant rendre compte de l'enchaînement de différentes lésions. Ce malade, entré en médecine pour un point de pneumonie centrale, n'offrait à la visite du soir, le 4 mars, d'autre symptôme de maladie qu'une fièvre vive, et un souffle au 1er temps et à la pointe du cœur. Sous l'influence du développement d'une phlegmasie pulmonaire reconnue à l'autopsie, est apparue l'attaque de *delirium tremens*, pendant laquelle le malade s'est jeté par la fenêtre et fracturé la rotule. Quant aux lésions de méningite, elles étaient probablement préexistantes ; sous l'influence de la chute, la suppuration s'est développée dans les fausses membranes. La lésion ancienne du cœur explique le souffle constaté le jour de l'entrée du malade.

8. Lésions des voies génito-urinaires chez un sujet ayant depuis peu subi la taille périnéale ; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Ces pièces proviennent d'un malade qui a subi récemment la taille périnéale dans le service de M. GOSSELIN pour un calcul urinaire volumineux. La vessie présente à sa face interne des sortes de petits champignons dont le sommet renflé en forme de tête offre l'aspect de végétations ; toutes les parties saillantes sont ainsi recouvertes de ces productions. Sont-ce des incrustations calcaires ou des fausses membranes semblables à celles que M. Dolbeau signale dans son Traité de la pierre, le microscope le démontrera. Sur le rein, il existe en deux points de la muqueuse des bassinets, une lésion qui paraît être analogue. Mais ici, elle revêt l'aspect d'une ulcération à bords arrondis, à fond plat, assez semblable à celles que présente la vessie dans le cas de tuberculisation génito-urinaire. (Il n'existe aucune trace de lésion tuberculeuse dans aucun organe).

9. Fracture multiple du bassin ; perforation de la vessie ; infiltration de sang et d'urine dans le tissu cellulaire sous péritonéal ; par M. BARTH, interne des hôpitaux.

H. E., 25 ans, charretier, entre à la Charité le 9 mars 1876, service de M. Gosselin).

Cet homme est tombé le 9 mars, à huit heures du soir, sous les roues d'un haquet non chargé qu'il conduisait : l'une des roues lui a passé sur le ventre au niveau de l'hypogastre; relevé immédiatement et apporté à l'hôpital, il offre les signes ordinaires des hémorrhagies internes : pâleur de la face, refroidissement des extrémités, angoisse extrême ; mais il a toute sa connaissance et explique clairement les circonstances de son accident. L'intensité des douleurs et la gravité de

Digitized by Google

l'état général ne permettent pas un examen détaillé. Pendant la nuit le malade est pris de vomissements qui se répètent à plusieurs reprises; il n'a pas uriné depuis l'accident.

www.zdbook.com.cn

Le 10 mars, matin, l'état est le suivant: l'abattement a un peu diminué, mais la faiblesse est extrême; P. petit. à 120 — T. 37° 6.

Le ventre, tendu et légèrement ballonné, est très-douloureux à la palpation, surtout dans les régions inférieures; la percussion donne de la matité dans les fosses iliaques et à l'hypogastre; — il n'est pas possible de reconnaître si la vessie dépasse le pubis. Le malade n'ayant pas uriné depuis la veille, et ne pouvant y parvenir malgré des efforts énergiques, on pratique le cathétérisme, avec la sonde de gomme: on pénètre avec facilité jusqu'à la vessie, mais on n'obtient que 50 grammes environ d'urine dont les dernières gouttes sont fortement teintées de sang. Au niveau de la crête iliaque du côté gauche se voit une forte ecchymose, et toute la région avoisinante est le siége d'une vive sensibilité; la pression au niveau de la fosse ovale du même côté provoque une douleur aiguë; il en est de même en arrière sur la partie latérale du sacrum; en aucun point du bassin on ne peut constater de mobilité anormale ni de crépitation.

La sensibilité est intacte dans les membres inférieurs, mais les mouvements des deux jambes sont presque impossibles, surtout du côté gauche. Il n'y a pas de raccourcissement, pas de rotation du pied.

Ces divers symptômes font redouter une fracture multiple du bassin, acompagnée probablement d'une rupture de la vessie qui a engendré un épanchement d'urine dans le péritoine ou le tissu cellulaire sous-péritonéal. — Traitement: six ventouses scarifiées sur l'abdomen, glace à l'intérieur; — bouillons.

Dans la journée, les vomissements aqueux et verdâtres se répètent fréquemment; ils se font presque sans effort, par simple régurgitation. La faiblesse et l'abattement sont extrêmes.

Le soir, le malade ayant à peine uriné quelques gouttes, on répète le cathétérisme, et on n'amène comme le matin qu'une petite quantité d'urine sanguinolente. — Une injection d'eau tiède par la sonde est rendue immédiatement à peine teintée.

Le ventre est notablement plus tendu que le matin; il y a de la matité dans les parties déclives, qui sont très-douloureuses à la palpation. — P. très-petit 140; T. 37°5. Dans la nuit les symptômes s'aggravent avec rapidité; la faiblesse ne cesse d'augmenter; les vomissements verdâtres se répètent avec une grande fréquence. *Mort* le 11 mars, à sept heures du matin.

Digitized by Google

AUTOPSIE. L'aspect extérieur du cadavre ne présente rien à noter. A l'ouverture de l'abdomen, il s'écoule une grande quantité de liquide séro-sanguinolent, paraissant venir de la cavité péritonéale; mais en examinant de plus près, on reconnaît que ce liquide provient du tissu cellulaire sous-séreux de la paroi, qui est infiltrée et présente une énorme épaisseur.

La surface du péritoine est saine en apparence, légèrement hyperémiée par places, surtout au niveau des circonvolutions intestinales, mais sans aucune trace d'exsudats ni de fausses membranes.

Le tissu cellulaire du bassin est le siége d'une énorme infiltration qui paraît formée d'un mélange de sang et d'urine, et qui remonte latéralement jusqu'au niveau des reins. La vessie, rétractée et presque vide, est entièrement enveloppée par l'infiltration; une exploration attentive fait reconnaître l'existence d'une perforation arrondie, de 3 à 4 mm. de diamètre située à la partie latérale droite de la face antérieure de l'organe et qui a évidemment livré passage à l'urine.

Le canal de l'urèthre ne présente aucune lésion; les reins et les uretères sont intacts; il en est de même des intestins et des autres viscères abdominaux.

Le *squelette* du bassin présente des lésions importantes: en avant on trouve la symphyse pubienne disjointe, avec rupture du ligament antérieur et décollement du fibro-cartilage intra-pubien à droite, du côté gauche il y a une fracture de la branche horizontale du pubis non loin de la cavité cotyloïde et une fracture de la branche descendante non loin de l'ischion, avec large déchirure du périoste; du côté droit, mêmes lésions à peu près symétriques.

Les pubis détachés se déplacent en arrière, et il y a une saillie notable des fragments vers l'intérieur du bassin. — La perforation de la vessie correspond assez bien au fragment de la branche horizontale pubienne du côté droit, et on peut se demander si elle n'a pas été faite par lui.

En *arrière*, du côté gauche on découvre une fracture verticale du sacrum; passant par les trous sacrés antérieurs; l'aile gauche du sacrum est restée solidement unie à l'os iliaque correspondant, par les ligaments de la symphyse; le petit ligament sacro-sciatique a été arraché au niveau de son insertion sur l'épine sciatique; du côté droit il y a disjonction de l'articulation sacro-iliaque, avec rupture de tous les ligaments, sauf le ligament supérieur, et fracture du bord supérieur de l'ilion.

Ces diverses lésions n'ont produit que peu de déplacement: les parties molles et surtout les muscles maintiennent les fragments à peu près dans leurs rapports.

Digitized by Google

RÉFLEXIONS. — Si on cherche à s'expliquer le mécanisme de cette fracture multiple du bassin, l'hypothèse la plus rationnelle paraît être la suivante : le sujet étant tombé sur le côté droit, la voiture a pesé sur l'os iliaque gauche, en tendant à rapprocher les deux côtés du bassin dans le sens transversal. — Le symphyse a dû se disjoindre la première en formant un angle à sommet antérieur ; puis les pubis se sont rompus de chaque côté en sens opposé, et enfin le resserrement transversal continuant à se faire, les os iliaques ont rompu leur attache postérieure d'arrière en avant. Cette hypothèse semble confirmée par ces faits, que l'ecchymose occupait la crête iliaque gauche; que le ligament antérieur du pubis est rompu, le ligament postérieur restant intact ; enfin que l'angle de déplacement des fragments pubiens de chaque côté a son sommet en arrière.

M. HOUEL. La perforation de la vessie doit-elle être considérée comme ayant été directement produite par un des fragments ou bien l'agent traumatique, le passage d'une roue de voiture n'a-t-il pas causé la rupture de l'organe ? C'est ce qu'il me paraît difficile d'affirmer. Quel que soit le mécanisme, la déchirure peut être également étroite.

M. BARTH. Elle est ici fort petite et correspond exactement par son siége à la saillie d'un des fragments osseux.

M. DESPRÉS. Les fractures de ce genre sont d'un diagnostic difficile à la vérité, mais peuvent se reconnaître, en l'absence même de la crépitation, par un ensemble d'autres signes. Chez un malade que j'ai observé, le diagnostic dont il avait été d'abord difficile de démontrer l'exactitude, se trouva confirmé lors de la guérison par le développement d'un double cal saillant au niveau du pubis.

Dans certains cas, c'est par le toucher rectal qu'on peut reconnaître le déplacement.

10. Ulcère variqueux : Nécrose du tibia ; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Le 22 novembre 1875 est morte à l'infirmerie de la Salpétrière (service de M. CHARCOT), une femme de 58 ans qui portait depuis un vingtaine d'années sur chaque jambe un vaste ulcère indolent.

Cette malade niait tout antécédent syphilitique et ne portait aucune trace de la diathèse ; les médecins qu'elle avait consultés avaient attribué les ulcères aux varices ; elle eut une

Digitized by Google

affection thoracique qui la força à garder le lit pendant près de trois mois. Sous l'influence du repos, l'ulcère de la jambe droite guérit en laissant une cicatrice indélébile entourée de varices serpentines à dilatation irrégulière.

A la jambe gauche, la guérison ne fut que partielle : il resta vers le tiers inférieur de la jambe et sur sa face interne une ulcération de l'étendue d'une pièce de deux francs environ qui au lieu de se cicatriser, devenait plus profonde. Il s'était formé une véritable caverne aux dépens du tibia ; la malade ne se souvenait pas d'avoir jamais vu sortir de fragments d'os par la plaie, qui était parfois le siége de quelques élancements, mais jamais de douleurs vives et continues, aussi la marche ne fut jamais impossible.

Le fond de l'excavation du tibia était tapissé par une sorte de fausse membrane noirâtre, tomenteuse, qui empêchait le contact direct de l'os. A l'autopsie, on a pu voir que ce revêtement, d'une texture assez résistante, comme fibreuse, se continuait avec le périoste considérablement épaissi sur le pourtour de la cavité, et formait une sorte de sac qui s'est détaché tout d'une pièce.

Voici les deux os de la jambe ; on peut constater qu'ils sont le siége d'une hypérostose généralisée, mais surtout marquée dans les deux tiers inférieurs. Le péroné est hérissé d'aspérités nombreuses et soudé au tibia par une jetée osseuse, vers le tiers inférieur. Sur la face interne du tibia, à 6 centimètres au-dessus du sommet de la malléole interne, il existe une cavité ovalaire de 34 millimètres de long sur 28 de large et d'une profondeur de 18 millimètres. Les bords de l'orifice sont mousses et éburnés; sur la coupe longitudinale du tibia, on voit que l'os est aussi éburné tout autour de l'excavation et que le canal médullaire est oblitéré au-dessus et au-dessous.

Bien que la malade n'ait pas connaissance de l'élimination d'un séquestre, on doit penser cependant que cette cavité résulte d'une nécrose provoquée par la présence de l'ulcère.

(Pièce déposée au musée Dupuytren).

11. Sarcôme primitif du corps thyroïde ; — Compression du récurrent gauche ; — aphonie complète ; par A. Dolérus, interne provisoire.

B..., G.-Ad. présente tous les symptômes de la paralysie agitante ; il est âgé de cinquante-cinq ans, et le début de son affection remonte à l'année 1862. — Admis dans le service de M. Bouchard (infirmerie générale), à Bicêtre, on constate outre les signes ordinaires de l'affection dont il est atteint, une aphonie absolue qu'il fait dater de six mois, et qui se serait

Digitized by Google

produite d'une manière brusque, après quelques jours seulement de trouble de la phonation (raucité de la voix, faiblesse et discordance du son).

En présence de ce symptôme, en quelque sorte étranger à la maladie dominante, on put se demander s'il n'existait pas des lésions centrales dans l'origine des pneumogastriques, opinion que paraissait accréditer l'état dyspneïque habituel du malade, et les troubles cardiaques qui se montraient parfois : palpitations, irrégularités, etc.

L'état général s'est aggravé peu à peu et la mort est arrivée au milieu d'une cachexie arrivée à son dernier terme, le 11 mars 1876, moins de deux mois après l'entrée du malade dans le service.

L'AUTOPSIE nous a fait découvrir une lésion locale, coïncidant parfaitement avec le symptôme aphonie qui avait vivement excité notre intérêt pendant la vie et que, en présence de la *paralysie agitante* qui était l'affection primordiale, nous n'avons pas songé à rattacher à une cause locale.

Il existait au niveau de la région laryngo-trachéale, une tumeur irrégulière qui entourait les premiers anneaux de la trachée comme d'une demi-couronne; cette tumeur, dure, blanchâtre, et comme lardacée occupait surtout le côté gauche, s'avançant à peine jusqu'à la ligne médiane; elle était contiguë par en haut avec le lobe gauche de la glande thyroïde, qui présentait le caractère d'une altération réelle de même nature que la tumeur; par en bas et le long de la gouttière trachéo-œsophagienne, le néoplasme se continuait sur la chaîne ganglionnaire, de telle sorte que les deux ou trois ganglions supérieurs étaient confondus avec la masse et que les deux ou trois suivant se détachaient formant une chaîne de nodules semblablement dégénérés; l'altération s'arrêtait là du côté des sympathiques. — En considérant attentivement le corps du néoplasme, qui contournait la trachée à gauche, on pouvait nettement reconnaître, que cette masse demi-circulaire, de l'épaisseur du petit doigt, était constituée par l'infiltration de la cavité de la veine thyroïdienne inférieure par le tissu dégénéré; l'infiltration s'arrêtait sur la ligne médiane, ou plutôt se confondait avec le point où le vaisseau pénètre le corps thyroïde, et la masse paraissait unique.

Du côté de la trachée, on observait sur la muqueuse une sorte d'élevure en forme de champignon, de couleur blanchâtre, d'aspect rugueux, qui se continuait à travers la paroi du conduit aérien avec la tumeur extérieure.

L'œsophage était parfaitement sain; les cordes vocales ne présentaient aucune altération visible à l'œil nu, et l'appa-

Digitized by Google

reil phonateur n'était d'ailleurs ni déformé ni comprimé ; la cause de l'aphonie était encore à trouver, localement du moins.

www.libtool.com.cn

En cherchant le rapport des récurrents, on trouve que celui du côté gauche est complétement englobé dans la masse ganglionnaire qui fait corps avec le néoplasme. Celui du côté droit, au contraire, parfaitement libre, n'offre aucune lésion appréciable.

Telle était la cause réelle de l'aphonie ; bien que la lésion isolée d'un des nerfs laryngés rende mal compte de l'aphonie totale, et qu'elle ne produise le plus souvent que la discordance et la raucité de la voix. Inutile d'ajouter que la tumeur n'étant pas saillante au dehors, il eût été fort difficile d'en constater l'existence à moins d'un examen scrupuleux.

L'examen histologique a démontré que la tumeur était constituée par un *sarcome fibreux* ayant son origine dans l'isthme et le lobe gauche de la glande thyroïde ; ayant consécutivement infiltré la paroi trachéale et fait saillie à la surface de la muqueuse sous la forme du champignon dont nous avons parlé ; ayant encore infiltré les ganglions lymphatiques voisins, et s'étant enfin propagée à la veine thyroïdienne correspondante en distendant énormément sa cavité.

12. Adénopathie trachéo-bronchique ; par Alf. Jean, interne des hôpitaux.

Dam.., 56 ans, manœuvre, est entré à l'Hôtel-Dieu (Service de M. le Dr Frémy), le 13 mars 1876. Cet homme raconte qu'il est malade depuis deux mois et qu'il ne peut plus travailler ; peu à peu sa respiration a été gênée et il lui était impossible de faire quelques pas sans être forcé de s'arrêter : il tousse depuis cette époque, et expectore quelques crachats muco-purulents. Actuellement, il est dans un degré d'orthopnée complète ; le regard est fixe, l'œil terreux ; les respirations fréquentes et saccadées.

A l'auscultation de la poitrine, on trouve des râles ronflants, sibilants et sous-crépitants dans toute l'étendue des deux poumons ; on perçoit à peine les bruits du cœur. La voix est couverte, presque aphone. Les extrémités sont froides, cyanosées ; la température est normale 37,°6. La dyspnée va toujours en augmentant, et le malade meurt dans la nuit.

Autopsie. Les deux poumons sont très-congestionnés ; ils crépitent sous le doigt : les bronches sont rouges, injectées ; on ne trouve aucun tubercule dans le parenchyme. Près du hile du poumon droit existe un point de pneumonie scléreuse.

Le médiastin antérieur est rempli par une masse volumineuse

Digitized by Google

formée de ganglions indurés. Au devant de l'aorte on trouve une masse ganglionnaire de la grosseur d'une noix qui comprime ce vaisseau. De même les ganglions post-œsophagiens présentant aussi le volume d'une noix compriment ce canal. Les ganglions situés en avant et en arrière de la trachée forment une chaîne étendue depuis le cou jusqu'à la naissance des bronches. Le hile de chaque poumon offre au moins le volume du poing et les premières ramifications bronchiques sont pour ainsi dire incrustées dans cette masse indurée; sur la face postérieure du péricarde, on trouve aussi quelques ganglions de la grosseur d'une noisette, mais il n'en existe pas sur la face antérieure.

Tous ces ganglions sont noirs à la périphérie et offrent tous le même aspect; ils sont tous très-durs et tels qu'on peut difficilement les couper avec le scalpel. Ils sont formés à l'intérieur par une matière grisâtre contenant une quantité considérable de points noirs et ayant subi la dégénérescence calcaire;

L'artère pulmonaire gauche englobée dans la tumeur contient un caillot blanc de 6 centimètres de long, qui diminue beaucoup le calibre du vaisseau.

Le nerf récurrent gauche est compris dans la masse péribronchique; ses filets se dissocient sur les ganglions et il est impossible de les suivre jusqu'à leur émergence du pneumogastrique.

Les reins sont fortement congestionnés. Au cœur, on trouve une légère insuffisance mitrale, et une dilatation assez considérable du ventricule gauche.

L'intérêt de cette observation est purement anatomique, puisque le passage rapide du malade dans la salle, n'a permis de reconnaître que les signes d'une bronchite capillaire très-intense. Nous devons noter l'absence de tubercules dans les poumons; au reste les exemples d'adénopathie bronchique sans tubercules ne sont pas très-rares.

13. Anévrysme de l'hypogastrique; par M. Féré, interne provisoire.

Cette pièce a été trouvée à l'autopsie d'un dément âgé de 76 ans, mort de pneumonie (service de M. Berthier), à Bicêtre. Jamais aucun phénomène n'avait attiré l'attention du côté du bassin; on n'a pas observé de troubles circulatoires, moteurs ou sensitifs dans les organes pelviens ou dans les membres inférieurs. On voit que toute l'aorte et les iliaques primitives déformées et flexueuses, sont pavées de larges plaques calcaires Les iliaques externes sont relativement saines.

A droite, le tronc de l'hypogastrique est remplacé par une tumeur irrégulièrement ovoïde, longue de 5 centimètres et

Digitized by Google

demi environ et présentant une circonférence de 12 centimètres, à surface lisse et sans adhérence intime avec les tissus voisins. C'est un anévrysme sacciforme, dont le bord interne à peu près rectiligne représente la direction de l'artère. Sur la coupe, on voit que la paroi du vaisseau est peu altérée en dedans, et que la dilatation s'est formée aux dépens de sa demi-circonférence externe. La tumeur repoussait en dehors la veine hypogastrique qui ne présentait aucune altération, et n'adhérait que faiblement au sac.

Sur l'extrémité inférieure de la tumeur, naissent trois artères: l'ombilicale, la honteuse interne et l'ischiatique. Ces deux dernières étaient restées perméables, comme j'ai pu m'en assurer en introduisant de l'eau par l'aorte; et maintenant que le sac est ouvert, on peut facilement faire pénétrer une sonde cannelée dans ces vaisseaux par leur embouchure dans la cavité.

Le sac est tapissé à son intérieur par une couche de caillots fibrineux et denses, très-adhérents à la paroi, grâce à des aiguilles calcaires que l'on sent dans leur épaisseur, qui atteint presque 1 centimètre dans certains points, vers le fond de la dilatation. Sur le bord interne de la poche, où la paroi artérielle est relativement saine, on ne trouve que des caillots cruoriques mous, qui rendent compte de la persistance de la circulation dans les artères qui naissent de la partie inférieure du sac. La coagulation fibrineuse se prolonge en haut dans l'iliaque primitive, en s'amincissant, et se termine en pointe à peu de distance de la bifurcation de l'aorte. Dans l'iliaque externe, on ne trouve que des caillots cruoriques.

A gauche, l'hypogastrique ne présente pas de concrétions calcaires dans sa paroi, elle offre cependant une dilatation fusiforme qui contient un caillot fibrineux, dense, du volume d'une amande, adhérant seulement en arrière et n'arrêtant pas non plus la circulation dans les artères efférentes.

Cet anévrysme m'a paru remarquable par son siége et par son volume. M. Broca dit en effet dans son *Traité des anévrysmes* (p. 886) qu'il ne connaît pas d'exemple d'anévrysme de l'hypogastrique ou de ses branches dans l'intérieur du bassin. J'ai compulsé les *Bulletins de la Société anatomique* depuis l'époque de la publication du livre de M. Broca, et je n'ai trouvé que deux cas qui puissent être rapprochés de celui-ci: En 1856 (janvier), M. Foucher a présenté un anévrysme de l'hypogastrique du volume d'un gros pois découvert par hasard sur un homme de 55 à 60 ans; et en 1875, on voit signalées dans une observation de M. Doléris des *dilatations anévrysmales* de l'iliaque primitive et de l'hypogastrique. (Pièce déposée au Musée Dupuytren.)

Digitized by Google

14. Seconde communication sur l'état des nerfs des membres qui ont subi une amputation ancienne (1); par M. G. HAYEM, vice-président.

Après avoir fait l'étude des altérations que présentent ces nerfs, M. Hayem a cherché à se rendre compte du processus. Pour atteindre ce but, n'ayant à sa disposition que les pièces précédemment décrites, il a fait des sections à divers niveaux depuis l'extrémité supérieure des nerfs jusqu'au névrome terminal et, de plus, il a comparé les préparations obtenues dans le cas d'amputation relativement récente (5 ans) avec celles du cas ancien (24 ans). — On se rappelle que les nerfs lésés contiennent : 1° des tubes à myéline parfaitement sains et 2° des faisceaux de tubes petits, pour la plupart dépourvus de myéline.

Voici les conclusions de ces dernières recherches. 1° Le nombre des tubes nerveux isolés et à myéline est d'autant moins considérable qu'on approche plus du bout terminal devenu névromateux. 2° Le névrome terminal lui-même ne contient plus de tubes à myéline isolés ; il ne renferme que des faisceaux de petits tubes.

Dans le névrome du nerf sciatique un certain nombre de ces tubes contiennent de la myéline, ce qui est rendu très-évident en traitant la préparation par l'osmium.

Les tubes nerveux sectionnés par l'amputation ont donc très-probablement subi une dégénération lente, et ils ont été remplacés par des fascicules de tubes nouveaux.

Immédiatement au-dessus du névrome et même dans les parties supérieures de ce renflement terminal, aux faisceaux des tubes nouveaux viennent s'adjoindre des tubes à moelle, parfaitement sains, provenant du moignon et le nombre de ces tubes s'accroît au fur et à mesure qu'on s'élève et que le nerf contient par conséquent plus d'éléments fournis par le moignon.

3° En comparant les préparations des nerfs de l'amputation du poignet (5 ans) avec celles du nerf sciatique (24 ans) on voit que dans ces dernières les petits faisceaux de tubes supposés nouveaux contiennent quelques tubes à myéline, de dimension moyenne jusque dans le névrome terminal, tandis que dans les préparations des nerfs de l'amputation du poignet, il n'y a que des tubes fins paraissant tous dépourvus de myéline. On peut en conclure que les petits faisceaux de tubes ne sont pas dus à l'atrophie des tubes prédominants,

(1) Voir *Bulletin de la Soc. Anat.* 1875 ; p. 684.

Digitized by Google

car dans l'hypothèse d'une simple atrophie, c'est le nerf sciatique qui devrait contenir les tubes les plus atrophiés. Ce fait avait été déjà établi dans la première communication par la comparaison des nerfs amputés avec ceux du côté sain. On avait pu s'assurer aussi, en effet, de l'augmentation très-sensible du nombre des éléments dans les nerfs du côté amputé.

4° Le processus de dégénération et de régénération des tubes nerveux sectionnés, rendu extrêmement probable par ces diverses recherches, doit avoir une évolution très-lente, puisque dans les nerfs du bras, au bout de 5 ans, la régénération n'avait encore produit que des faisceaux de tubes embryonnaires et qu'au bout de 24 ans, elle était loin d'être complète dans le sciatique.

M. G. Hayem fait remarquer que récemment Westphal a trouvé dans la paralysie saturnine, des altérations du nerf radial, semblables à celles qu'il vient de décrire dans les nerfs des moignons. Il pense qu'il y a peut-être non seulement une analogie dans les lésions, mais aussi dans le processus. En effet, si l'on admet que le plomb agit primitivement sur les fibres musculaires, la destruction des plaques terminales des nerfs moteurs doit mettre un certain nombre de tubes nerveux dans des conditions comparables à celles qui résultent d'une amputation.

L'examen de la moelle fait dans le cas d'amputation du poignet a donné à M. Hayem des résultats analogues à ceux qui ont été énoncés par Dickinson et M. Vulpian. Il existait du côté correspondant à l'amputation une atrophie générale de la corne antérieure de substance grise. Un grand nombre de cellules multipolaires étaient plus ou moins atrophiées. On observait, en outre, quelques lésions irritatives non seulement du côté atrophié; mais également du côté opposé, lésions analogues à celles des myélites chroniques centrales.

Le maximum des altérations siégeait au niveau de la 8e cervicale et de la première paire dorsale; d'ou l'on peut conclure que ces deux paires nerveuses sont particulièrement en rapport avec la main; mais dans aucune préparation la corne atrophiée n'était complétement dépourvue de cellules normales.

L'état d'irritation chronique légère, mais sensible, existant dans la moelle et celà, des deux côtés peut rendre compte, très-vraisemblablement, de certains phénomènes cliniques observés quelquefois dans les moignons, car il est permis de penser que le processus essentiellement chronique et peu

Digitized by Google

intense dans les cas ordinaires acquiert, parfois, plus d'acuité et d'importance.

www.libtool.com.cn

M. CHARCOT. Les troubles nutritifs s'observent parfois chez les amputés, non-seulement du côté de l'opération, mais encore du côté opposé.

L'un des faits les plus intéressants que j'aie observés dans ce genre est le suivant : un homme depuis longtemps amputé de la cuisse commence à souffrir de douleurs et de soubresauts dans son moignon, puis, un jour, il est pris de paralysie vésicale et le membre du côté sain se paralyse. Après un certain temps, les mouvements reviennent, mais simultanément se produisent de la contracture et de la trémulation spasmodique qui, sans entraver absolument la marche, la rendent néanmoins fort difficile.

Il est à peu près certain qu'à la suite de l'amputation des lésions irritatives se sont développées dans la moelle, d'abord du seul côté de l'amputation, puis se sont généralisées sous forme de myélite transverse.

M. HAYEM. La congestion chronique d'un segment de la moelle prépare en quelque sorte dans ces cas le développement de la myélite, qui peut apparaître sous l'influence de causes relativement peu intenses.

Dans les expériences sur les animaux lorsque, comme je l'ai fait, on irrite ou détruit les nerfs d'un membre on remarque une tendance manifeste à la diffusion des altérations méningo-myélitiques, bien que le foyer d'irritation périphérique soit circonscrit.

M. CHARCOT. Il est des affections spinales qui semblent exister à l'état de germe pendant un temps très-long et qui se développent tout à coup sous l'influence d'une cause occasionnelle. Le fait suivant que j'ai observé avec M. Raymond est un exemple bien frappant de cette sorte d'accidents. Un jeune homme de 16 ans, atteint depuis l'âge de trois ans de paralysie infantile du membre supérieur droit, se livre pendant quelque temps à un travail très-fatigant pour le membre supérieur gauche, bientôt il ressent des frémissements fibrillaires dans les muscles de ce côté qui sont bientôt le siége d'une atrophie progressive à marche subaiguë. Dans ce fait la lésion première de la moelle a préparé de longue date le développement de la seconde.

Digitized by Google

15. Sarcôme à petites cellules du médiastin antérieur ; par MAURICE LONGUET, ancien interne des hôpitaux.

www.tiboot.com.cn

Cette pièce m'a été adressée par M. Sérigny, interne à l'hôpital du Havre, comme présentant un certain intérêt clinique et anatomo-pathologique. Voici l'observation qui accompagnait l'envoi de cette pièce.

A..., 25 ans est entré à l'hôpital du Havre, le 8 février 1876, salle Saint-Paul, n° 5 (service de M. LEMERCIER). Il paraît jouir d'une assez bonne constitution. Il dit avoir un point de côté persistant depuis 8 jours, et siégeant au-dessous du mamelon droit, et plus douloureux pendant les mouvements de la respiration et les secousses de la toux. Toux fréquente ; expectoration rare et difficile ; crachats aérés, blanchâtres, mousseux. Les différents organes successivement examinés sont trouvés dans l'état suivant :

Poitrine. — Ampliation très-prononcée de la partie postérieure et droite du thorax. Abolition des vibrations thoraciques dans le même côté. Matité absolue dans le tiers inférieur du poumon droit ; submatité dans les deux tiers supérieurs. A l'auscultation, abolition du murmure vésiculaire dans tous les points mats. Expiration prolongée aux deux sommets. — Voussure précordiale ; battements profonds et sourds mais nettement perceptibles ; pas de frottement ; matité étendue bien au-delà des limites du cœur. — Abdomen. — Rien de particulier à noter. La langue est saburrale, les selles sont régulières. Perte d'appétit.

Diagnostic : *pleurésie droite aiguë.*

Dans les jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital, l'épanchement n'a fait qu'augmenter malgré l'application successive de trois larges vésicatoires et de deux cautères (pâte de Vienne). La poitrine s'est accrue en volume ; les espaces intercostaux sont à peine visibles. La matité est complète dans toute l'étendue du poumon droit et dans le 1/3 inférieur du poumon gauche. La respiration est complétement abolie partout à droite et dans le 1/3 inférieur du poumon gauche ; — égophonie au niveau de l'angle de l'omoplate gauche. Respiration soufflante dans les 2/3 supérieurs du poumon gauche ; expiration prolongée au sommet du même côté, avec craquements humides. Puis, la dyspnée continue avec des intermittences dans l'intensité. La toux devient pénible, l'expectoration rare. Des sueurs profuses très-abondantes s'établissent et le malade meurt le 15 mars.

AUTOPSIE. — Adhérences multiples et généralisées dans les deux côtés de la poitrine, plus abondantes à droite ; liquide

Digitized by Google

citrin en grande quantité (2 litres dans la plèvre droite, 1,2 dans la plèvre gauche) ; poumons ratatinés et refoulés en haut vers la colonne vertébrale : tubercules miliaires aux deux sommets ; hypertrophie des ganglions bronchiques, et enfin la tumeur que j'ai l'honneur de mettre sous les yeux des membres de la Société.

C'est un vaste gâteau triangulaire, épais de 4 et 5 centimètres, qui se trouvait entre le cœur et la paroi thoracique. Son angle supérieur remontait jusqu'à la fourchette sternale, sa base reposait sur le diaphragme et de ses deux bords latéraux, le droit dépassait la ligne médiane d'environ 4 travers de doigt, et le gauche s'étendait jusqu'au-delà de la ligne mammaire. La face antérieure de cette tumeur n'adhérait que faiblement à la paroi sterno-costale, mais sa face profonde était intimement unie au feuillet antérieur du péricarde. Aussi peut-on à peine distinguer ce qui appartient au sac fibreux du cœur de ce qui appartient au tissu morbide. A l'œil nu, ce tissu est blanc, opaque, et paraît très-homogène. Il est résistant, se coupe et s'écrase difficilement : nulle part on ne trouve de points ramollis. Nulle part à l'œil nu on ne voit de vaisseaux sanguins.

L'existence de cette énorme tumeur du médiastin antérieur n'a pas été soupçonnée pendant la vie. On avait bien, il est vrai, remarqué et constaté une matité très-étendue à la région précordiale; mais la perception facile des bruits du cœur avait fait penser à la présence d'un peu de liquide dans le péricarde. Cette hypothèse était admissible en raison de la pleurésie pour laquelle le malade était entré à l'hôpital. J'ajouterai que la densité du tissu morbide rend parfaitement compte des deux phénomènes, simultanément perçus, qui semblent au premier abord incompatibles, à savoir, matité absolue et perception des bruits du cœur. Il se passait là un acte purement physique.

L'examen microscopique de la tumeur m'a montré qu'elle était constituée presqu'exclusivement par des cellules petites, ayant 10 millièmes de millimètre de diamètre, rondes, non nucléaires mais très-granuleuses. Ces cellules sont intimement unies entr'elles par une substance amorphe très-finement granuleuse. Des coupes soumises à l'action du pinceau ne subissent aucune modification; ce qui prouve d'une part l'adhérence intime des éléments entr'eux, et d'autre part l'absence de tissu conjonctif interstitiel.

Les éléments cellulaires ont une telle ressemblance avec ceux que l'on trouve dans les ganglions ou les tumeurs ganglionnaires, que j'ai longtemps hésité à ranger cette tumeur dans la classe des lymphadénômes. Mais, MM. Hayem et Gom-

Digitized by Google

bault ayant bien voulu en faire un examen histologique, pensent qu'elle appartient plutôt au groupe des sarcômes. Ils admettent que c'est un sarcôme à petites cellules : j'accepte parfaitement leur manière de voir.

M. DESPRÉS. La structure anatomique que M. Longuet attribue à la tumeur, suffit-elle pour faire absolument rejeter l'hypothèse d'une affection primitivement au moins ganglionnaire ?

M. CHARCOT. J'ai observé dans la région médiastine antérieure une tumeur fort analogue à celle-ci, aussi bien par les caractères extérieurs que par la structure.

16. Fibrôme vasculaire du doigt ; par M. Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

La nommée M..., âgée de 53 ans, entre le 13 mars 1876, à l'hôpital Cochin (service de M. DESPRÉS). Elle porte une tumeur du volume d'un gros œuf sur le médius de la main gauche. Cette tumeur recouvre la 2e phalange dans toute son étendue, elle empiète sur la 1re et la 3e. La peau qui la recouvre est tendue, lisse, violacée. La tumeur n'est pas fluctuante ; elle est plutôt molle que dure, résistante par places, offrant dans d'autres points une consistance élastique, notamment à la base. Cette consistance fait penser à un enchondrôme. Elle est mobile sur les parties profondes, sauf au niveau de l'articulation de la 1re phalange avec la deuxième, point qui paraît être le lieu d'implantation de la tumeur.

Le début de l'affection remonte à 33 ans. La malade à cette époque prenait son mal pour une petite verrue.

L'accroissement a été lent, régulier, absolument indolent ; cependant la marche paraît avoir été un peu plus rapide depuis cinq ans. Tous les mouvements des phalanges étaient conservés ; la malade éprouvait seulement un certain degré de gêne fonctionnelle en rapport avec le volume de la tumeur. Il y a trois semaines, sans cause appréciable, la tumeur devint rouge, douloureuse, et il ne tarda pas à se produire sur la partie culminante une large ulcération elliptique qui laissait suinter un liquide sanieux. La malade réclamant l'opération, M. Després pratiqua l'amputation du doigt dans la continuité.

Après avoir incisé la tumeur, on constate que la phalange est intacte ; le tendon de l'extenseur, très-aminci, est sous-jacent à la tumeur, qui ne lui adhère pas ; elle n'adhère pas davantage à la peau, et paraît être énucléable dans toute

Digitized by Google

son étendue, excepté à la partie postérieure, où elle semble se fusionner avec le tissu fibreux périarticulaire.

A la coupe, la tumeur présente deux aspects différents. La *périphérie* a l'apparence d'un tissu amorphe, d'un gris jaunâtre, dur, translucide, offrant une analogie d'aspect avec le cartilage, et parsemé de taches rougeâtres. La *partie centrale* est plus molle et souvent plus rouge; ce point ressemble à un véritable foyer hémorrhagique.

Examen histologique. — La pièce a été examinée au microscope par M. Charles Monod. Voici les résultats de cet examen. La tumeur présente deux aspects bien différents suivant la région qu'on examine. Sur un fragment pris à la surface de la tumeur, on reconnaît l'existence d'un tissu fibreux dense, pauvre en éléments cellulaires ; on ne trouve nulle part d'éléments cartilagineux. Par places apparaissent, dans les points qui correspondent aux taches rougeâtres signalées plus haut, de nombreuses dilatations vasculaires. En se rapprochant du centre, on voit des espaces sanguins reconnaissables aux globules rouges et blancs qui les remplissent ; ces espaces communiquent les uns avec les autres et constituent un véritable tissu caverneux. Enfin un autre fragment, détaché de la partie profonde de la tumeur, de celle qui paraît se fusionner avec les tissus fibreux du doigt, est constitué au microscope par un tissu fibreux jeune encore, formé par des faisceaux de tissu conjonctif présentant leur aspect ondulé caractéristique, avec des éléments cellulaires disséminés. A ce niveau, on constate également, mais dans une proportion beaucoup moins considérable, des capillaires dilatés restant partout indépendants. Il est clair que cette portion de la tumeur est à une période de développement moins avancé que la précédente.

En somme, de ces différents examens résulte que la tumeur est un *fibrôme*, subissant par places la transformation caverneuse. Ce fait est donc un exemple très-net de *fibrôme téandiectasique.*

M. Després. J'ai cru devoir faire ici l'amputation plutôt que l'ablation simple de la tumeur, parce que cette dernière aurait, sans aucun doute, fait courir de grands dangers de mortification du doigt.

17. Fracture du crâne.—Hémorrhagie méningée.—Contusion cérébrale. — Rupture du rein droit. — Contusion centrale du foie sans lésion superficielle; par Maurice Letulle, interne des Hôpitaux.

Lefort, Jean, 18 ans, entre le 16 mars 1876, à la Charité (ser-

Digitized by Google

vice de M. TRÉLAT). Il vient de tomber d'un quatrième étage, a eu trois vomissements alimentaires depuis l'accident, et est resté plongé dans le coma.

www.libtool.com.cn

1 heure 1/2. — Etat comateux, respiration lente et plaintive; immobile dans son lit, les yeux fermés, porte au niveau de la région orbitaire externe, à droite, une énorme ecchymose avec épanchement sanguin diffus. La paupière supérieure est tuméfiée et noirâtre. La région pariéto-temporale droite est également le siége d'un épanchement séro-sanguin considérable et profond.

Les pupilles sont inégales ; la droite est moyennement dilatée ; tandis que la gauche est largement dilatée, l'iris de ce côté forme une petite zone brunâtre large de 2 millimètres au plus. Toutes deux d'ailleurs sont absolument insensibles à la lumière. Epistasis abondante aussitôt la chute, le sang ne s'écoule plus ; rien par les oreilles.

Par instant le malade sort de son immobilité, surtout lorsqu'on lui ouvre les yeux, il soulève les deux mains et s'efforce de repousser la main qui le touche. En dehors de ces mouvements lents, la résolution des 4 membres est complète et paraît aussi marquée à gauche qu'à droite. Léger trismus. P. 84. Le pouls est large et plein, régulier. T. A. 36°,4— pas de convulsions apparentes.

5 heures. — A vomi du sang en caillots avec ses aliments. Le coma persiste ; respiration stertoreuse, 20 à 25 par minute. Le pouls est dur, bondissant P. 120 ; T. A. 37°,6. Anesthésie absolue. Par instant, la résolution cesse, la sensibilité paraît renaître, le trismus apparaît, une salivation assez abondante se fait, en même temps que se montre une contracture passagère dans les membres supérieurs et inférieurs. Légère contracture des muscles de la nuque. A rendu quelles gouttes d'une urine sanguinolente, pas d'érection. N'a pas rendu un lavement purgatif administré.

7 heures.— 38°,7; le pouls est inégal, irrégulier, à 132; même état.

A *8 heures.* — 38°,7. — Mort à 9 heures du soir, huit heures après l'accident.

AUTOPSIE. *Crâne.* Enorme épanchement sanguin sus-péricrânien, au niveau de la région pariétale droite. Le péricrâne qui recouvre la partie centrale du pariétal est soulevé par une collection sanguine abondante au milieu de laquelle on aperçoit une boue grisâtre constituée par de la substance rébrale.

Face convexe du crâne. Fracture étoilée, formée aux dépens du pariétal droit et partant de la base pariétale comme centre. De ce centre rayonnent sept à huit branches qui vont se perdre,

Digitized by Google

les unes au niveau de la suture occipito-pariétale, les autres en avant vers la suture fronto-pariétale ; enfin les dernières montent obliquement vers la suture bi-pariétale, qu'elles ne dépassent pas.

Base du crâne. Seconde fracture du crâne, mais fracture de la base, celle-ci, qui partant exactement de l'apophyse orbitaire externe du frontal droit, traverse obliquement la voûte orbitaire en décrivant une ligne brisée en forme de Z. Le trait de la fracture gagne ensuite la partie la plus reculée de la base de l'apophyse crista galli, divise en plusieurs petits fragments mobiles la lame criblée de l'éthmoïde, et passe alors à gauche de la ligne médiane.

Il détache de ce côté la petite aile du sphénoïde de la suture sphéno-frontale, traverse ensuite la fente sphénoïdale à sa partie la plus interne, passe transversalement dans la fosse sphénoïdale où il se perd, après avoir toutefois envoyé une branche qui traverse le petit trou rond et vient se terminer dans la suture pétrosphénoïdale qu'elle a écartée. Epanchement sanguin abondant dans le tissu cellulaire de l'orbite.

Encéphale. Hémisphère cérébral droit, sur la face convexe du lobe sphénoïdal à la partie la plus reculée de la scissure de Sylvius, plaque de la largeur d'une pièce de 2 francs où la couche corticale est le siége d'une contusion manifeste.

Hémisphère cérébral gauche, le lobe frontal porte, au niveau de la partie la plus élevée des première et deuxième circonvolutions frontales, un petit foyer d'hémorrhagie sous-arachnoïdienne de la largeur d'une pièce de 1 franc.

Le lobe sphénoïdal est le siége d'une énorme contusion qui s'étend de deux travers de doigts en arrière de la circonvolution marginale inférieure, à un centimètre à peine de la pointe du lobe occipital, remonte en avant, sur le lobe sphéno-occipital jusqu'à la circonvolution marginale qu'elle n'entame pas.

Le reste de l'encéphale est sain. Mais dans la cavité arachnoïdienne du côté gauche, on trouve, recouvrant toute la surface inférieure et la plus grande partie de la surface convexe de l'hémisphère cérébral, une collection sanguine abondante constituée par du sang noirâtre, coagulé, cruorique, dont la quantité totale a pu être évaluée à une centaine de grammes, et dont l'origine paraît être la méningée moyenne déchirée par le trait de fracture qui passe sur le trou petit rond.

Sur les différentes coupes on constate que la lésion pour les différents points contus, ne porte que sur la substance grise corticale, et encore la désorganisation n'atteint-elle pas toute l'épaisseur de la substance grise des circonvolutions.

Digitized by Google

Cavité thoracique. Adhérences anciennes de la base du poumon gauche. Au niveau du lobe inférieur droit, face pariétale, ecchymose sous-pleurale. On trouve sur le lobe moyen gauche, face extérieure de ce lobe, quelques points au niveau desquels le parenchyme pulmonaire sous-pleural paraît être le siége de petits foyers d'hémorrhagie.

La languette antérieure du poumon adhérente au feuillet pariétal du péricarde présente une large ecchymose dans les néo-membranes qui la rattachent au péricarde.

Légère congestion aux deux bases des poumons.

Un peu d'emphysème inter-alvéolaire au niveau du bord marginal inférieur du poumon gauche.

Au-dessous de la plèvre diaphragmatique, le long des vaisseaux qui sillonnent la face convexe du diaphragme, quelques ecchymoses à gauche; à droite énorme ecchymose occupant le quart de la surface diaphragmatique.

Cœur. Péricarde rien; cœur gauche absolument sain; au-dessus des valvules aortiques, quelques petites plaques blanchâtres, mollasses, ressemblant à des plaques d'athérome naissant. Aucune lésion des orifices.

Cavité abdominale. La cavité péritonéale est intacte et ne contient pas une goutte de sang. Mais le péritoine pariétal, au niveau du mésocôlon ascendant est soulevé en masse par une énorme collection liquide noirâtre, sang épanché qui a fusé en certains points sous le péritoine viscéral, formant ainsi de larges ecchymoses péri-intestinales. On voit cette collection formée par 800 à 900 grammes de sang cruorique en avant de la 2e portion du duodénum.

C'est le rein droit qui est le point de départ de cette hémorrhagie sous-péritonéale; l'atmosphère cellulo-adipeuse de cet organe est, en effet, infiltrée d'une quantité considérable de sang cruorique, en sorte que le rein se trouve noyé au centre d'un énorme caillot. Sur une coupe de cet organe, on constate qu'il a été absolument rompu, à peu près au niveau de sa partie moyenne; les deux fragments déchiquetés, irréguliers, sont séparés par un caillot volumineux qui remplit les calices et le bassinet, et se continue dans l'uretère.

Le sang collecté dans la région rénale a fusé le long du psoas iliaque, au-dessus du faca iliascia, et a rempli la fosse iliaque, soulevant le côlon ascendant et le cœcum. On trouve le long des vaisseaux spermatiques, jusqu'au fond du scrotum, une ecchymose qui s'arrête au-dessus de l'épididyme. Rien dans la vaginale; aucune lésion du testicule.

Foie. — La surface de la glande hépatique est intacte; mais, dans l'épaisseur même du parenchyme du lobe droit, on découvre, sur les différentes coupes, trois foyers d'hémor-

Digitized by Google

rhagie, au niveau desquels le tissu de l'organe est complétement désagrégé, et forme ainsi une cavité remplie par du sang et par le foie désorganisé, et dont les parois sont irrégulières, anfractueuses. Ces trois points de contusion profonde ne communiquent pas entre eux et sont séparés par des portions du parenchyme sain.

Au niveau de la vessie, quelques ecchymoses dans le tissu cellulaire sous péritonéal. La muqueuse vésicale est saine; la vessie contient une quantité considérable d'urine brunâtre, sanguinolente dans laquelle on trouve deux caillots assez volumineux.

Aucune fracture des côtés, ni du bassin.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru digne d'être rapportée en détails : Nous avons pu suivre en effet la marche de la température et nous l'avons vue monter de 36,4 au moment de l'accident à 38,7; l'état du pouls a été remarquable, de 84 il a atteint 132, et en même temps que cette ascension rapide, les irrégularités apparaissaient.

Notons enfin l'inégalité pupillaire, la résolution des membres et le coma, interrompu par instants par des contractures, ensemble symptomatique qui permit de penser à l'existence d'une hémorrhagie méningée. Signalons encore ce fait, l'hématurie qui devint l'indice d'une lésion viscérale profonde.

Sans vouloir insister sur les altérations constatées à l'autopsie, nous ferons remarquer : l'existence d'une double fracture du crâne, fracture de la voûte (région pariéto-temporale droite) et fracture de la base qui, partant également de la région susorbitaire droite, gagne obliquement le côté gauche et va rompre l'artère méningée moyenne, déterminant l'hémorrhagie intra-arachnoïdienne signalée.

Cette double fracture, les lésions hépatiques et rénales prouvent que le traumatisme, ou même les traumatismes ont porté tous à droite : Dans le récit de l'accident fait par les compagnons du malade, nous avons relevé ce fait que la chute s'était produite en deux temps, le corps ayant rebondi sur un toit voisin avant de toucher terre.

Les deux fractures du crâne paraissent en effet s'être produites en deux fois, par suite probablement du double traumatisme.

Nous ferons remarquer en terminant la rupture du rein droit, déterminée sans la moindre lésion des parois abdominales, la contusion profonde de foie, sans déchirure superficielle et sans épanchement dans la cavité péritonéale.

Enfin, les deux foyers de contusion cérébrale qu'on trouve aux deux extrémités d'un diamètre qui traverserait obliquement les hémisphères cérébraux, la contusion cérébrale droite

Digitized by Google

au niveau de la fracture de la voûte est la moins étendue, quoiqu'elle réponde au point où porte le traumatisme ; tandis que l'hémisphère cérébral gauche est le siége d'une contusion beaucoup plus considérable et déterminée vraisemblablement par le contre-coup supporté par la masse cérébrale.

18. Tumeur du foie.— Epithéliome adénoïde enkysté ; par DELAUNAY, interne des hôpitaux.

Willot, P.-A., 63 ans, entre le 11 mars à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. RIGAL.) — Le malade présente les symptômes d'une cachexie profonde, il est amaigri, les traits sont tirés, le teint est jaune-terreux ; le ventre contraste avec le reste du corps. Il est, en effet, fortement ballonné ; les intestins sont distendus par les gaz qu'ils contiennent, et l'ascite, qu'on avait cru au premier abord exister en assez grande abondance, est à peine appréciable. Le liquide épanché dans la cavité péritonéale peut être évalué tout au plus à un ou deux litres. Les membres inférieurs sont légèrement œdématiés.

Le malade ne se plaint que d'une légère douleur de côté existant à gauche et rapportée par lui à une chute qu'il fit il y a six semaines et dans laquelle il tomba sur une chaise. Depuis cette époque il n'a pu travailler. Mais, jusque-là, il avait continué, sans interruption, son état de cordonnier.

L'examen des divers organes nous révèle une insuffisance mitrale avec une légère congestion pulmonaire et une augmentation de volume du foie qu'on attribue tout naturellement à l'affection cardiaque. La rate paraît présenter un volume normal. L'œdème des membres inférieurs et l'épanchement abdominal furent considérés comme ayant la même origine. — Le diagnostic fut donc : *insuffisance* mitrale avec *cachexie sénile* précoce.

Les quelques jours qui suivirent l'entrée du malade à l'hôpital ne furent caractérisés que par une augmentation peu considérable de l'ascite ; mais le vendredi 17, à 5 heures du soir, le malade fut subitement pris de vomissements de sang très-abondants, qui continuèrent pendant la nuit et la journée du lendemain, sans qu'il fût possible de les arrêter ; le sang fut également rendu en abondance par les selles, et le samedi 18, à 3 heures du soir, le malade succombait à ces hémorrhagies incoërcibles.

AUTOPSIE.—Elle fut pratiquée le lundi 20, à 9 heures du matin, 36 heures environ après la mort. L'hémorrhagie qui avait enlevé le malade s'était faite dans l'estomac et le gros intestin. Ils étaient encore remplis de sang, tandis que l'intestin grêle

Digitized by Google

n'en contenait aucune trace. Le siége précis fut impossible à déterminer. On trouva de 3 à 4 litres de liquide dans la cavité abdominale.

Le foie était plus volumineux qu'à l'état normal. Son poids dépassait, en effet, 2,500 grammes.

Il était granuleux à sa surface, très-résistant et manifestement cirrhotique. Il n'adhérait pas aux organes voisins et n'offrait extérieurement rien d'anormal sauf la cirrhose.

A la coupe on trouva à 1 centimètre et demi de profondeur environ, enveloppée de tous côtés par le tissu sclérosé de l'organe, une masse jaunâtre, ramollie, ayant la consistance d'une masse caséeuse, se laissant pénétrer très-facilement par le doigt et présentant une grande tendance à s'énucléer. La couleur jaune n'existait qu'en certains points en raison des hémorrhagies qui s'étaient faites çà et là dans les autres parties et leur donnaient une coloration noirâtre.

Le volume de cette tumeur peut être évalué approximativement à celui des deux poings. Elle formait à peu près à elle seule le tiers du volume total de l'organe.

Située à l'union des deux lobes, elle est en grande partie contenue dans le droit et n'est séparée de la face supérieure que par une épaisseur de un à un centimètre et demi du tissu hépatique. Elle est séparée de la face inférieure par une quantité un peu plus considérable.

L'extrémité droite du lobe droit est uniquement formée par le tissu sclérosé de l'organe et peut comprendre le tiers de son volume total, le troisième tiers étant formé par le lobe gauche.

La tumeur est limitée à sa périphérie par une espèce de coque fibreuse épaisse de plusieurs millimètres qui envoie quelques prolongements de même nature dans son intérieur.

Cette enveloppe fibreuse qui isole la tumeur du tissu hépatique paraît pouvoir se séparer assez facilement de ce dernier au moins sur certains points dans le voisinage des coupes qui ont été faites. — La *vésicule biliaire* est saine et le pédicule du foie ne présente rien d'anormal.

La *rate* est sclérosée et offre à peu près son volume normal. Sa consistance et sa couleur sont seuls modifiées.

Le *cœur* n'est pas hypertrophié et présente une insuffisance mitrale peu prononcée.

Les valvules sont épaisses et un peu déformées, mais n'ont pas dû entraîner un trouble considérable du côté de la circulation.

Examen histologique de la tumeur. — La tumeur confiée à M. Gombaut, du laboratoire de M. Charcot, a été soigneusement examinée et le résultat de cette étude nous a été com-

Digitized by Google

muniqué dans les termes qui suivent : Le foie qui nous a été remis présentait dans une de ses parties une grosse masse ramollie, et entourée d'une membrane fibreuse intimement unie par sa surface à la substance hépatique et émettant dans l'épaisseur de la masse ramollie un certain nombre de grosses travées.

De la masse en question on n'obtenait par le râclage que des cellules infiltrées de granulations graisseuses mélangées avec des globules du sang.

Sur les coupes pratiquées après durcissement, on voit que cette masse est constituée essentiellement par des cylindres remplis de cellules en dégénération graisseuse. Ces cylindres sont limités par une membrane très-mince pourvue de noyaux de distance en distance. Ils sont assez réguliers, ne présentent que de très-légères ondulations, *mais parfois* on les voit s'anastomoser ou se ramifier. Dans une même région ils affectent par rapport les uns aux autres une direction parallèle, et dans bon nombre de coupes, ils apparaissent comme autant d'espace arrondis remplis par des cellules. Une très-faible quantité de tissu conjonctif est interposée entre eux.

En raison de la dégénération graisseuse très-prononcée qui les a envahies, les cellules qui remplissent ces canaux sont difficiles à distinguer les unes des autres et on ne peut pas se rendre compte de leur mode d'arrangement.

De distance en distance de grands tractus fibreux divisent le tissu morbide en îlots. Dans un grand nombre de points ce tissu est détruit par de vastes épanchements sanguins.

Dans le reste du foie, on ne rencontre pas d'autre tumeur distincte mais, on reconnaît qu'un grand nombre de canaux sont obstrués par une sorte de bouillie blanchâtre, qu'on fait sourdre par la pression à la surface de la coupe sous la forme de petits cylindres. Cette bouillie est constituée presqu'exclusivement par des cellules cylindriques à noyaux volumineux.

Le tissu du foie est manifestement granuleux comme dans la cirrhose avancée.

L'examen microscopique montre en effet une cirrhose très-prononcée et surtout périlobulaire, remarquable par la présence, au milieu du tissu conjonctif, d'un grand nombre de canalicules biliaires, pourvus d'un petit épithélium cubique. Les espaces conjonctifs périlobulaires sont en même temps infiltrés par une quantité considérable de leucocytes accumulés de distance en distance en amas distincts. Souvent ces amas paraissent contenus dans une lacune lymphatique dilatée.

Les ramifications de la veine porte sont en grand nombre

Digitized by Google

oblitérées. Cette oblitération est produite par un tissu formé de grosses cellules soudées les unes aux autres et assemblées de façon à former des cylindres. (On voit habituellement ces cylindres coupés transversalement.)

Ces cylindres paraissent pleins et on n'y distingue pas de cavité. Le bouchon épithélial n'a pas contracté d'adhérences solides avec la paroi veineuse, il s'en détache avec la plus grande facilité, et celle-ci ne paraît pas modifiée notablement dans sa structure.

Les gros canaux biliaires sont remplis par des cellules épithéliales, mais elles ne présentent ici, dans leur mode d'arrangement, aucune disposition particulière. Il semble qu'il s'agisse d'un simple catarrhe.

En résumé, tumeur volumineuse, entourée d'une sorte de membrane kystique, constituée suivant toute vraisemblance par des éléments épithéliaux en dégénération graisseuse et dont le tissu a été inondé dans une grande partie de son étendue par de vastes épanchements sanguins. Dans les ramifications de la veine porte, développement d'un tissu analogue à celui de la tumeur principale, et constitué manifestement par des cellules épithéliales, et d'un autre côté, catarrhe des voies biliaires, développement anormal du réseau des canalicules extra-lobulaires, cirrhose hépatique périlobulaire. Telles sont les altérations qui ont été constatées.

Quant à la nature de la tumeur, il paraît naturel de penser, en raison de son enkystement, de la disposition de ses parties constituantes, de la structure des bourgeons qui occupent les ramifications de la veine porte, qu'il s'agit, dans ce cas, de la variété de tumeurs épithéliales décrite sous le nom d'adénome du foie.

19. Dilatation du cœur gauche. — Insuffisance mitrale. — Disposition spéciale des cordages tendineux du cœur gauche, tendus en travers de l'orifice aortique, ayant donné lieu à quelques signes stéthoscopiques particuliers; par M. Cuffer, interne des hôpitaux.

V., 35 ans, entrée le 15 mars 1876 à Necker, salle Saint-Eulalie n° 1, (service de M. le professeur Potain); morte subitement le 26 mars 1876.

Jusqu'à l'âge de 27 ans, cette femme avait joui d'une bonne santé. A cet âge, sans rhumatismes antérieurs, elle fut prise, sans cause appréciable, de palpitations assez violentes, d'accès d'oppression. Ces accidents au début ne furent pas assez forts pour l'empêcher de travailler. Elle continua donc ses

Digitized by Google

occupations ordinaires jusqu'au mois de janvier 1876, n'ayant pas d'œdème des jambes, pas d'attaques d'asystolie.

Cependant les médecins qu'elle consulta à diverses reprises lui trouvèrent une affection cardiaque ; elle prit pendant longtemps de la digitale.

Au mois de janvier 1876, elle eut un refoidissement au milieu de grandes fatigues ; les palpitations augmentèrent notablement ainsi que l'oppression ; toutefois elle n'eut pas d'œdème, pas d'apoplexie pulmonaire. Elle résista à ces accidents encore quelque temps ; mais le 12 mars 1876, pouvant à peine respirer, ayant de très-fortes palpitations, elle se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, le 15 mars, on constate que cette malade a le facies cardiaque assez prononcé ; elle a une légère teinte subictérique sur toute la surface du corps ; elle urine peu, va difficilement à la selle. Cependant elle n'a pas d'œdème des jambes, pas d'ascite.

Le pouls est très-petit, irrégulier, intermittent ; il offre tous les caractères du pouls mitral. A l'auscultation des poumons, on trouve de la congestion aux deux bases.

Mais c'est surtout le cœur qui offre des particularités intéressantes.

Le cœur est volumineux ; la pointe bat dans le 6e espace intercostal, la matité cardiaque est très-étendue, longueur 18 c., largeur 12 c. A la palpation de la région précordiale, on perçoit nettement un frémissement très-accusé. Ce frémissement est systolique, ce qui exclut l'idée d'un frémissement dû à un rétrécissement mitral. Du reste à l'auscultation, on ne trouve aucun signe de rétrécissement, pas de dédoublement du 2e bruit. On ne trouve non plus aucun signe de péricardite qui aurait pu aussi donner un frémissement cataire systolique.

Ce que l'on constate, c'est un souffle au premier temps, à la pointe, se propageant vers l'aisselle gauche, ayant tous les caractères d'un souffle d'insuffisance mitrale. Mais en même temps que ce souffle, au même moment que lui, on entend un ronflement systolique extrêmement intense, ressemblant comme timbre à la vibration d'une corde assez fortement tendue. Ce bruit n'a pas le même maximum que le souffle ; il siége plus haut vers la droite.

C'est sur ce dernier phénomène que porte surtout l'attention de M. Potain. Après avoir porté le diagnostic : insuffisance mitrale ; il donne du frémissement et du bruit de ronflement l'explication suivante : Au moment de la systole ventriculaire, le sang refluant vers l'oreillette gauche produisait le souffle de l'insuffisance mitrale ; mais la colonne sal-

Digitized by Google

guine, grâce à une disposition spéciale des cordages tendineux de la valvule mitrale, devait faire vibrer ces cordages et donner lieu alors à ce bruit de ronflement qu'accompagnait le frémissement dû à la vibration des cordages, et que l'on sentait par la palpation du cœur.

M. Potain diagnostiqua donc, en outre, l'existence d'un cordage tendineux tendu en travers du courant sanguin, lequel le faisait vibrer en passant, c'est-à-dire à chaque systole ventriculaire.

Ce fait fut en tous points vérifié par l'examen nécroscopique. — (La malade mourut subitement dans la nuit du 26 mars).

Autopsie. — Le foie, les reins, les poumons ne présentent qu'une congestion assez accusée.

Cœur: Volumineux, 18 centimètres de longueur. — Le cœur droit est relativement petit. Pas d'altération de l'orifice pulmonaire; un peu d'épaississement des valves de la tricuspide, mais pas d'insuffisance tricuspidienne.

Le *cœur gauche*, au contraire, est très-volumineux, fort dilaté, à parois hypertrophiées, 2 centimètres d'épaisseur pour le ventricule.

L'orifice mitral est très-large, sa circonférence mesure 16 c. Chaque valve mesure 8 c. de longueur. Ces valves sont en outre très-étendues en hauteur, la valve aortique a une hauteur de 4 c., la valve auriculaire 2 c. 1/2.

Les deux valves sont très-épaissies surtout vers le bord libre, et ne présentent pas de recroquevillement comme dans l'endocardite ordinaire; elles ne sont nullement soudées l'une à l'autre.

La nature de cet épaississement semble beaucoup plutôt être athéromateuse.

Comme on le voit, la dimension de l'orifice mitral devait donner lieu à une insuffisance considérable; cependant la hauteur des valvules était telle qu'elles pouvaient se rapprocher presque complétement et empêcher par conséquent un reflux trop considérable du sang du ventricule vers l'oreillette. C'est, en effet, ce que l'on peut parfaitement constater de la façon suivante: après avoir rempli d'eau le ventricule gauche, on voyait très-nettement le reflux de l'eau vers l'oreillette à cause de l'insuffisance, lorsque l'on comprimait le ventricule, mais ce reflux n'était pas considérable. Tout reflux cessait, lorsque après avoir légèrement soulevé la pointe du cœur, on comprimait le ventricule gauche ainsi diminué de longueur. Dans ce cas, l'insuffisance disparaît; c'est que, par ce mécanisme, on permet aux valves de la mitrale de se rapprocher complétement l'une de l'autre.

L'orifice aortique est sain. — Mais, dans cette portion du

Digitized by Google

ventricule gauche, située en dedans de la valve aortique de la valvule mitrale, on trouve une disposition particulière et anormale des cordages de la mitrale ; de cette valve aortique partent deux cordages qui vont s'insérer à la cloison interventriculaire, et de ce point de la cloison interventriculaire part un autre cordage, de 6 centimètres de longueur, qui va s'insérer à environ 1 centimètre au-dessous de l'orifice aortique, Ce cordage est manifestement tendu en travers de la portion aortique du ventricule gauche ; c'est lui que l'ondée sanguine rencontrait à chaque systole et qu'elle faisait vibrer en se dirigeant vers l'aorte.

C'est cette disposition qui avait donné lieu aux signes stéthoscopiques particuliers observés pendant la vie, et dont M. Potain avait parfaitement déterminé la cause.

20. Kystes du foie ; par M. Baraduc, interne provisoire.

Ce foie provient d'une femme de 70 ans, atteinte d'hypertrophie cardiaque et morte d'une fièvre cérébrale, dans le service de M. Bernard, aux Ménages. Aucun phénomène particulier n'avait été constaté pendant la vie.

A l'œil nu, le foie se compose manifestement de deux parties, une saine et une morbide. Celle-ci est constituée par des kystes plus ou moins volumineux dont le siége principal se trouve au niveau du lobe gauche et de l'éminence porte postérieure, laquelle se trouve considérablement diminuée de volume, mais saine dans ce qu'il en reste.

Ces kystes semblent sortir du parenchyme et soulever la capsule de Glisson ainsi que le péritoine qui la double; ils sont très-rapprochés les uns des autres. Dans leur intervalle la glande est saine dans les points où deux kystes ne l'ont pas trop fortement comprimée. Dans le cas contraire, le tissu hépatique est raréfié.

Ils se composent d'une tunique externe fibreuse séparable de l'interne, beaucoup plus mince ; cette tunique fibreuse fait partie de la capsule de Glisson. Presque tous naissent de la face inférieure du foie le long des canaux biliaires, entre eux et la capsule de Glisson prolongée sur les vaisseaux portes.

Telle est la disposition des gros kystes ; parmi les plus petits, plusieurs ne sont séparés du péritoine que par une mince couche de substance hépatique légèrement décolorée; d'autres nés près des bords du foie émergent de suite du tissu hépatique. Ils sont souvent petits et prennent naissance également entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, mais sur la périphérie du foie.

Quant aux kystes variant de la grandeur d'un pois et moin-

Digitized by Google

dre à celle d'une orange bosselée par place, ils sont groupés, comme le montre leur dissection, le long des canaux biliaires et vont en diminuant de volume à mesure qu'on arrive vers des canaux plus fins.

Ces kystes semblent formés aux dépens des glandules biliaires dont les culs-de-sac sont réunis normalement à l'embouchure par un collet assez long, lequel serait oblitéré dans ce cas.

La tunique la plus interne est très-mince. Elle contient un liquide tantôt blanchâtre un peu visqueux, d'autres kystes sont formés par un liquide contenant des grumeaux d'une matière légèrement jaunâtre, dont l'aspect général approche du vert-clair.

Le liquide que j'ai examiné au microscope contient de l'épithélium granuleux, mais surtout de petits amas d'aspect graisseux, enfin des cristaux de cholestérine.

Les voies biliaires paraissent d'ailleurs être saines.

Les artères hépatiques étaient bien plus volumineuses dans tout le domaine kystique que dans la portion saine du foie, tandis que la veine sus-hépathique était par points comme un simple cordon fibreux.

En résumé, la dissection permet de constater: 1° le groupement des kystes autour des canaux biliaires ; 2° l'état d'intégrité du foie dans les portions dépourvues de kystes, son amincissement dans les portions kystiques allant jusqu'à la disparition, sans qu'il y ait en aucun point un tissu étranger; 3° le développement du kyste entre la paroi biliaire et la capsule de Glisson, le long des canaux biliaires ; l'ensemble représentant une grappe ; 4° la présence de cholestérine dans le liquide des kystes ; 5° le développement du système biliaire, du système artériel hépatique, le retrécissement du système veineux sus-hépatique dans le domaine des kystes sont aussi remarquables.

21. Pyélonéphrite ; hypertrophie des parois vésicales ; par M. Levrat, interne des hôpitaux.

Le nommé B..., âgé de 54 ans, est apporté à la Maison municipale de santé, dans un état désespéré : coma profond, respiration stertoreuse; pas de renseignements sur son état antérieur.

L'examen fait avec soin par l'interne de garde, permet de constater une distension considérable de la vessie.

Le cathetérisme est impossible. Une ponction capillaire donne issue à deux litres et demi d'urine alcaline, laissant déposer une couche purulente.

Digitized by Google

Le malade meurt dans la nuit.

L'*autopsie* faite par les internes de M. Cruveilhier, dans le service duquel se trouvait le malade, a fait constater les lésions suivantes :

Trois retrécissements de l'urèthre très-serrés.

La vessie, vide, présente le volume d'une tête de fœtus, les parois ont près de deux centimètres d'épaisseur, les fibres musculaires font sur les deux faces une saillie considérable, les faisceaux ont deux millimètres de largeur. La muqueuse est noirâtre, ramollie et friable.

Les uretères sont dilatés, présentent un centimètre de diamètre. Les bassinets, de forme conique à sommet inférieur, contiennent environ deux cents grammes de liquide. Le bassinet gauche contient du pus épais et d'aspect franc. Le bassinet droit contient de l'urine transparente.

Des deux côtés, les calices dilatés réduisent l'épaisseur de la substance rénale à un demi centimètre.

Les parois de ces dilatations, lisses et peu injectées à droite, sont rouges et comme tomenteuses du côté gauche.

22. Diabète. Accidents cérébraux. Apparence chagrinée du plancher du quatrième ventricule ; par M. HOMOLLE, chef de clinique adjoint.

Cette pièce provient d'un homme de 55 ans, mort dans le service de M. le professeur Lasègue, à la Pitié. Le malade, vieux diabétique, avait été déjà traité l'année dernière dans le service ; il fut amené, il y a trois jours, dans un état de délire qui ne lui permettait de fournir aucun renseignement. Il était facile de reconnaître les vestiges d'une ancienne hémiplégie du côté gauche ; on ne trouvait d'ailleurs aucun signe d'une affection viscérale ; l'urine était encore abondante, renfermait du sucre, mais pas d'albumine. Au bout de 24 heures, le coma succéda au délire et le malade mourut.

A l'AUTOPSIE, le foie et les reins furent trouvés volumineux et congestionnés. Le cerveau présentait seul d'ailleurs des altérations intéressantes. Les méninges étaient fortement hypérémiées sans trace d'exsudat inflammatoire. Une cicatrice presque linéaire ocreuse indiquait le siége de l'ancien foyer intéressant la capsule interne du côté droit.

Enfin, et c'est là le fait sur lequel je veux appeler l'attention, l'épendyme du quatrième ventricule était manifestement épaissi, un peu moins transparent qu'à l'état normal, et tout-à-fait chagriné, présentant une série de nombreuses petites élevures d'un demi millimètre de diamètre au plus. Convient-il d'établir entre cette lésion et le diabète une relation étroite ?

Digitized by Google

Je ne crois pas qu'on puisse l'affirmer, parce que cet état chagriné peut être observé sans qu'on ait jamais constaté de glycosurie. Il n'y a donc peut-être là qu'une coïncidence, mais qui n'est pas sans quelque intérêt.

23. Mort subite par rupture d'un anévrysme de l'aorte dans le péricarde ; par A. Drouin, interne des hôpitaux.

Le 29 mars 1876, la nommée Berrurier, âgée de 80 ans, est trouvée morte dans son dortoir, à la Salpétrière.

Les personnes du service me racontent qu'à six heures du matin, quand on a fait la première ronde dans les dortoirs, on n'a rien remarqué d'anormal, les voisines de la malade lui ont adressé plusieurs fois la parole et ne recevant pas de réponse, elles ont cru qu'elle dormait, car ses couvertures ne présentaient aucun désordre, et la position de la malade dans son lit est celle du sommeil.

Les bras allongés le long du corps, offrent déjà la rigidité cadavérique de même que les jambes ; la mort doit remonter à 4 ou 5 heures au moins. La mort a dû être instantanée, car la malade n'a pas crié et n'a pu faire aucun mouvement dans son lit. Les traits de la face n'expriment aucune contraction violente.

Les renseignements qu'on me donne ne permettent donc pas de prévoir quelle a été la cause la mort.

C'était une personne très-valide qui, depuis son entrée à la Salpétrière (1871) n'était pas encore venue à l'infirmerie ; elle se servait de ses membres, n'avait jamais eu d'attaques de paralysie, et n'avait présenté aucun des symptômes rationnels d'une affection cardiaque ; jamais de syncopes. Elle sortait en ville, se promenait dans les cours, montait les escaliers sans jamais être prise d'essoufflement. La malade ne toussait pas et n'avait jamais accusé de douleurs dans la poitrine ni dans les bras.

Autopsie. En faisant l'ouverture du thorax, on constate que le péricarde est distendu par du sang : on retire les viscères de la cage thoracique et on fait au péricarde une grande incision en recueillant dans un vase le sang et les caillots qui s'en échappent. Il renfermait 200 grammes de sang.

A l'origine de l'aorte, il existe un anévrysme du volume d'une grosse noix développé dans la paroi aortique qui est en rapport avec l'artère pulmonaire, celle-ci est très-écartée de l'aorte et refoulée un peu vers son côté droit.

Sur la partie convexe de l'anévrysme existe une déchirure sinueuse d'une longueur de 15 millimètres. Les bords sont déchiquetés, écartés seulement de quelques millimètres Des

Digitized by Google

caillots mous et noirâtres s'échappent par cette ouverture.

On incise cette partie et on se trouve dans une poche de la capacité d'un œuf de pigeon. Nous constatons que cette poche est formée par le péricarde décollé et refoulé de manière à former le sac anévrysmal. L'autre paroi de la poche est constituée par les tuniques de l'aorte qui présentent une perforation arrondie dont les dimensions et la direction ne correspondent pas à celles du feuillet péricardique. La première portion de l'aorte est très-dilatée, toute couverte de plaques athéromateuses. C'est au niveau d'une de ces plaques qu'une rupture s'est faite, et alors le sang s'épanchant entre l'aorte et le péricarde qui revêt cette première portion avait formé une sorte d'anévrysme faux consécutif dont la rupture dans la cavité péricardique a déterminé la mort de la malade.

24. Hémiplégie ancienne guérie ; foyer lîneaire correspondant dans la capsule externe à droite. — Hémiplégie récente. — Paralysies passagères de la langue, du pharynx, du voile du palais. — Restitution partielle. — Convulsions épileptiformes, contracture tardive. — Mort. — Foyer dans les circonvolutions pariétales gauches ; par M. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

Mme M..., 51 ans, est entrée le 31 janvier 1876 dans le service de M. Proust, à St-Antoine.

D'après les renseignements fournis par un homme qui connaît la malade depuis six mois et plus tard confirmés par elle, cette femme a été, il y a environ 3 ans, *paralysée du côté gauche*. Elle a perdu tout d'un coup l'usage du bras et de la jambe de ce côté et a commencé en même temps à éprouver un certain embarras de la parole ; mais son état s'est graduellement amélioré et au bout de peu de temps elle a commencé à marcher avec une canne. Depuis plus d'un an elle ne ressentait plus aucune gêne des mouvements et se servait également bien des membres des deux côtés.

On ne trouve rien d'autre à noter dans ses antécédents.

Le samedi 29 janvier 1876, vers trois heures de l'après-midi, étant assise dans sa chambre, M..., se sentit tout d'un coup très-mal à l'aise et s'écria : « Ah ! mon Dieu, je suis perdue » elle garda toute sa connaissance et ne tomba pas de sa chaise, mais il lui devint subitement impossible de parler et d'imprimer le moindre mouvement au bras ou à la jambe droite; elle comprenait ce qu'on lui disait et s'exprimait par gestes de la main gauche et de la tête.

Le lendemain aucun changement ne survint, elle resta couchée et ne fut vue par aucun médecin.

Digitized by Google

31 *janvier*. — Etat actuel. — La malade est très-abattue, elle est pâle, ses traits sont tirés, ses lèvres sèches. Elle présente une hémiplégie droite complète et absolue. Les muscles de la cuisse, de la jambe et du bras sont complétement flasques et inertes; il y a un très-léger degré de contracture des fléchisseurs des doigts.

www.libool.com.cn

L'hémiplégie faciale est très-nette : La région faciale inférieure droite reste immobile quand on excite la malade tandis que les muscles des parties correspondantes se contractent énergiquement à gauche; les rides sont également beaucoup plus marquées à gauche qu'à droite, mais il n'y a aucun degré d'entraînement du côté paralysé vers le côté sain et dans l'état de repos les traits restent symétriques.

Dans la région faciale supérieure les plis de la peau sont moins accusés que du côté opposé, l'œil est aussi un peu plus largement ouvert qu'à gauche, cependant M..., ferme complétement les paupières des deux côtés.

Il n'y a pas de rotation de la tête, pas de raideur des muscles de la nuque, pas de déviation des yeux.

La malade ne peut imprimer aucun mouvement à sa langue qui reste immobile sur le plancher de la bouche.

Elle ne peut prononcer aucun mot ni même émettre de son inarticulé quelque effort qu'elle fasse pour cela.

Il lui est impossible d'avaler même les liquides; on lui verse entre les lèvres quelques cuillerées de vin, il reste dans la bouche quelques instants, puis s'écoule peu à peu au dehors. La luette est immobile, non déviée; l'excitation directe avec un morceau de papier roulé ne provoque aucun mouvement du voile du palais ni des muscles du pharynx. — Les boissons versées dans la bouche ne provoquent pas de quinte de toux et ne sont pas rendues par le nez ; il est probable qu'elles ne dépassent pas la base de la langue.

Enfin la malade ne peut ouvrir la bouche que très-imparfaitement; elle n'écarte pas les dents de plus de deux centimètres. Elle semble bien comprendre ce qu'on lui dit, répond oui et non par gestes aux questions qu'on lui adresse et fait comprendre qu'elle est dans le même état depuis trois jours.

La sensibilité générale dans ses divers modes et les sensibilités spéciales (vue, goût, odorat ?) paraissent bien conservées et égales de deux côtés.

Rien à l'auscultation du cœur ni des poumons. — Respiration calme et régulière. — Rien à la palpation de l'abdomen. Il existe une légère ecchymose au lobule du nez.

2 *février*. — La malade demande toujours à boire en montrant son gobelet, elle peut avaler un peu depuis hier soir, les mouvements de déglutition s'exécutent régulièrement; mais

Digitized by Google

elle ne peut ni remuer la langue, ni crier, ni écarter largement les mâchoires.

3 *février*. — Quelques mouvements de la jambe droite. — Légère contracture des muscles de l'avant-bras. — Déglutition facile; la malade peut s'alimenter avec des potages, elle est moins abattue.

4 *février*. — La malade émet pour la première fois quelques sons faibles et inarticulés mais elle ne peut prononcer aucun mot et s'exprime toujours par gestes. Elle ouvre la bouche un peu plus largement et remue un peu la langue.

La région faciale supérieure droite est semblable à celle du côté opposé, la paralysie est aussi complète qu'au moment de l'entrée dans la région faciale inférieure.

Mouvements assez étendus de la cuisse, de la jambe et des orteils; aucun mouvement du bras droit sauf quelques très-faibles contractions du deltoïde.

Rougeur au niveau de la saillie du sacrum et sur la fesse droite.

5 *février*. — Un peu d'abattement, diminution de l'appétit, pas de chaleur à la peau. — Même état de la motilité à droite. Escharre peu étendue au sacrum et sur la fesse droite.

6 *février*. — Même état. — Escharre un peu plus étendue, mais paraissant peu profonde. — Très-petite escharre à gauche.

8 *février*. — Les mouvements du membre inférieur droit sont très-étendus et ont une certaine force; la malade peut soulever la jambe entièrement au-dessus du lit et la mouvoir dans toutes les directions. Quelques mouvements du bras, rien à l'avant-bras ni à la main, les fléchisseurs des doigts sont toujours un peu contracturés.

La malade commence à dire oui et non assez nettement pour être comprise; elle essaye de prononcer d'autres mots mais il est impossible de la comprendre.

L'escharre est très-superficielle, bien limitée et tend à se réparer sur les bords; la partie mortifiée forme une croûte qui reste adhérente aux parties sous-jacentes.

9 *février*. — Amélioration de la prononciation des mots. La motilité de la langue est presque complétement revenue; il n'y a pas de déviation quand elle est projetée en avant. L'escharre commence à s'éliminer et à se réparer. Même état pour le reste.

15 *février*. — La malade commence à se lever un peu dans la journée. Elle peut faire quelques pas seule en s'appuyant sur une canne. Les muscles du bras et de l'épaule se contractent assez bien. — Ceux de l'avant-bras et de la main sont toujours paralysés, les doigts sont maintenus dans la

Digitized by Google

flexion. L'hémiplégie faciale inférieure droite a diminué d'intensité mais elle est toujours sensible quand la malade parle ou remue les lèvres.

Les mouvements de la langue sont assez faciles; elle peut ouvrir largement la bouche; elle dit à peu près tous les mots mais l'articulation est toujours très-imparfaite et il est souvent difficile de la comprendre.

20 *mars*. — Depuis trois semaines, M... reste habituellement levée dans la journée. Elle va et vient dans la salle en s'appuyant sur une canne. Elle remue bien le bras droit mais ne peut se servir de sa main. Quand elle parle, on constate encore un peu de paralysie des muscles des lèvres à droite. La parole est toujours embarrassée et l'articulation des mots imparfaite. La malade a encore une certaine difficulté à tirer la langue et à la mouvoir latéralement.

22 *mars, matin*. — La malade a eu en notre présence une attaque convulsive ayant duré une minute environ.

Elle n'a pas perdu connaissance, mais a été prise brusquement de secousses se succédant rapidement et isolément dans les différents muscles du bras, de la jambe et de la nuque du côté droit. Dans l'intervalle de ces secousses les muscles sont contracturés, les membres sont dans l'extension forcée, il n'y a aucun mouvement des muscles de la face ni des yeux.

Une première attaque semblable a eu lieu subitement ce matin à 7 heures, de 7 heures à 9 heures, il y a eu deux autres attaques.

A midi, nouvelle attaque plus violente, convulsions toniques et cloniques limitées aux muscles de la jambe et du bras droit et aux muscles de la nuque du même côté. Cette attaque est accompagnée et suivie d'une perte de connaissance d'une demi-heure.

La malade est très-abattue et effrayée. Elle a perdu l'appétit, la langue est sale. La peau est chaude. T. Ax. 38°,2.

Pas de nouvelle attaque dans la journée.

22, *soir*. — Attaque de une minute de durée, à 5 heures, déviation conjuguée des yeux à droite. Convulsions toniques et cloniques des membres supérieurs des deux côtés prédominantes à gauche, contracture dans l'intervalle à gauche: résolution des muscles du bras et de la jambe à droite. T. Ax. 38°.

Incontinence d'urine et des fèces.

23 *mars, matin*. — Déviation de la tête et des yeux vers la droite; stupeur; flaccidité complète du bras et de la jambe droite; convulsions toniques de temps en temps dans les muscles du tronc à gauche, un peu de contracture du bras et de la jambe gauches. Hémiplégie faciale droite. T. Ax. 38°,8.

Rougeur au niveau des anciennes escharres cicatrisées.

Digitized by Google

Soir. Même état. T. Ax., 39°.

24 mars, matin. — Résolution des quatre membres plus complète à droite qu'à gauche. Respiration, calme. La malade entre ouvre un peu les paupières quand on lui parle très-fort, mais ne fait aucun autre mouvement. Un peu de raideur des muscles de la nuque à gauche. Petite escharre sur la saillie du sacrum et sur la fesse droite. T. Ax. 40°.

Soir. Coma. — Résolution complète. Respiration calme, un peu d'écume blanche à la bouche. Déviation peu marquée de la tête et des yeux à droite. Mort dans la soirée à 8 heures.

Autopsie faite le 26 mars, à 10 heures du matin.

Encéphale. — Rien aux méninges, sauf un peu d'injection de la pie-mère.

Les hémisphères cérébraux étant décortiqués et placés sur la table, on remarque du *côté gauche* une tuméfaction dont le point culminant est au niveau de la circonvolution pariétale ascendante vers sa partie moyenne. Toute cette région présente une teinte jaune-rougeâtre qui envahit les circonvolutions voisines où elle s'éteint insensiblement. Il n'existe aucune solution de continuité à la surface externe de la substance grise, mais en retournant le cerveau l'écorce grise amincie se rompt spontanément au point le plus saillant et laisse apercevoir un foyer hémorrhagique sous-jacent.

Le caillot, découvert par une coupe horizontale et une coupe verticale présente à peu près le volume d'une noix; sa forme est oblongue à grand axe antéro-postérieur; la partie la plus voisine de la surface est son extrémité antérieure qui occupe toute l'épaisseur de la substance blanche de la circonvolution pariétale ascendante au niveau de l'union de son tiers supérieur avec ses deux tiers inférieurs. Sa partie postérieure se dirige un peu en dedans dans la substance blanche de l'hémisphère à peu près au niveau de la scissure inter-pariétale.

Les contours du foyer sont irréguliers surtout en arrière où il existe deux ou trois prolongements filiformes. En dedans et en bas il reste éloigné d'au moins deux centimètres du noyau extra-ventriculaire du corps strié.

Autour de lui la substance cérébrale est ramollie et présente une teinte ocreuse très-marquée; le caillot lui-même est noir, consistant et adhérent.

A droite. — Au niveau de la capsule externe on trouve sur une coupe horizontale un foyer ancien, linéaire, ayant détruit la capsule et l'avant-mur sur une longueur de 3 cent. 1/2 et une hauteur de 2 cent. — En bas, la perte de substance intéresse légèrement le noyau extra-ventriculaire du corps strié. Les parois sont accolées; en les écartant on aperçoit quelques tractus cicatriciels traversant la lacune.

Digitized by Google

Les autres parties du cerveau, le cervelet, la protubérance et le bulbe ne présentent aucune lésion.

Cavités thoracique et abdominale. Rien à noter; les différents organes sont remarquablement sains

25. Fongus de la vessie; par M. LANGLEBERT, interne des hôpitaux.

J..., est entré à la Maison de santé dans le courant du mois d'octobre 1875. Cet homme, âgé de 68 ans, a commencé à souffrir de la vessie depuis un an environ. Ce fut d'abord une sensation de pesanteur, de gêne dans le bas-ventre ; les envies d'uriner devinrent plus fréquentes et commencèrent à être douloureuses, le sang se montra dans les urines quelques jours avant son entrée dans le service. En interrogeant le malade sur ses antécédents nous avons appris qu'il avait eu plusieurs fois des douleurs rhumatismales et que pendant sa jeunesse il avait contracté plusieurs blennorrhagies; jamais il n'avait souffert de la gravelle.

Quand nous vîmes ce malade au mois de janvier 1876, il présentait les symptômes suivants :

Les envies d'uriner sont très-fréquentes, elles sont impérieuses et le malade ne peut y résister, le jet d'urine est projeté dans le vase avec force et se fait par saccades.

Les douleurs dans le bas-ventre sont vives et persistent dans l'intervalle des mictions, la région lombaire est également douloureuse surtout du côté gauche, et un mois après, cette douleur rénale s'irradie sous forme de sciatique dans tout le membre inférieur gauche.

L'urine rendue en quantité normale pendant vingt-quatre heures offre des caractères très-importants; elle contient une notable quantité de sang, et cette hématurie a été persistante depuis le premier jour où elle s'est montrée jusqu'à la mort du malade; le sang rendu se présente sous deux formes, tantôt, c'est un liquide très-noir qui sort mélangé à l'urine et ne se montre guère que dans la deuxième moitié de la miction; tantôt, au contraire, ce sont des caillots noirâtres, allongés et qui séjournent souvent pendant plusieurs heures au niveau du col de la vessie, ainsi que le prouvent les épreintes douloureuses ressenties par le malade. Il y a aussi du catarrhe vésical, et quand l'urine sort chargée de muco-pus et de sang, elle ressemble à un liquide sanieux répandant autour de lui une odeur ammoniacale très-intense.

Le cathétérisme était assez facile, mais s'accompagnait d'un saignement abondant quand il était pratiqué avec un instrument métallique, en parcourant avec la sonde de Mercier les parois de la vessie M. le Dr Nicaise, alors chargé du service,

Digitized by Google

perçut dans la région droite, et en arrière des uretères dans le bas-fond la sensation du frottement de la sonde contre une masse molle et dépressible et il en conclut à l'existence d'une tumeur fongueuse dans cette région.

La vessie ne se laissait pas beaucoup distendre et le contenu d'une seringue à hydrocèle donnait au malade un besoin irrésistible d'uriner.

Les symptômes allèrent toujours en s'aggravant, le malade épuisé par ces pertes de sang incessantes, finit par tomber dans un état de faiblesse extrême et succomba le 29 mars 76.

AUTOPSIE *le 30 mars* 1876. — En ouvrant la vessie on constate l'existence d'une tumeur fongueuse occupant toute la portion droite de la vessie et s'avançant jusque sur la région antérieure; en haut, cette tumeur n'atteint pas tout à fait le sommet de la vessie, en bas elle est séparée par un intervalle de 1 centimètre environ de l'embouchure de l'uretère droit.

Dans ces régions, la muqueuse est friable, hypertrophiée et sa surface irrégulière et très-mamelonnée : c'est à ce niveau que la muqueuse est hérissée d'un nombre considérable de villosités très-longues qui, couchées les unes sur les autres forment par leur amas une tumeur saillante et assez bien limitée. Quand on examine la muqueuse vésicale sous l'eau, ces villosités se séparent et deviennent alors très-visibles; dans leur ensemble elles ressemblent au chevelu des racines d'un arbre, les unes sont simples, d'autres bifurquées ou trifurquées enfin elles présentent presque toutes une longueur considérable et quelques-unes ont près de trois centimètres de longueur.

Entre cette tumeur et la ligne qui réunit les orifices des uretères existe un espace d'un centimètre environ de largeur et sur lequel la muqueuse dépourvue de villosités est tuméfiée et fortement congestionnée ; on y constate un piqueté hémorrhagique assez abondants.

En arrière du col de la vessie près du bas-fond existe une houppe de villosités très-longues pour la plupart.

La muqueuse de la face postérieure est congestionnée et tomenteuse. La prostate peu volumineuse n'offre aucune lésion appréciable. La muqueuse uréthrale est saine, mais dans les régions prostatique et membraneuse, on voit un piqueté hémorrhagique intense.

Les reins sont volumineux et ramollis, les calices sont dilatés; il n'y a pas de pyélite.

On n'a trouvé aucun calcul dans la vessie ni dans les reins.

Digitized by Google

26. Fibro-myomes du rein et corps fibreux de l'utérus, chez une femme morte de gangrène sénile; par A. LAURENT, externe des hôpitaux.

Ces deux pièces ont été recueillies sur une femme de 75 ans, morte de gangrène sénile dans le service de M. CHARCOT. A l'autopsie l'un et l'autre reins furent trouvés parsemés de petits corps ovoïdes, durs, du volume d'une lentille, situés entre le parenchyme rénal et la capsule; en effet, la décortication fit voir que ces petits corps lenticulaires étaient inséparables de la capsule et nullement adhérents à la substance du rein, qui du reste était parfaitement saine.

La malade n'avait pas présenté d'accidents urémiques. Une coupe colorée au picro-carminate mit parfaitement en évidence l'élément musculaire et fit voir que l'on avait affaire à des fibro-myômes.

En examinant l'utérus, nous le trouvâmes très-volumineux, bosselé, induré dans toutes ses parties, sauf le col qui était resté intact. Des coupes pratiquées dans tous les sens firent voir une vingtaine de corps fibreux interstitiels dont le volume varie de celui d'une noix à celui d'une noisette. Une de ces tumeurs plus grosse que les autres et présentant un diamètre de 4 à 5 centimètres, occupe la paroi postérieure; enfin, la cavité utérine est presque réduite à néant.

27. Déformation particulière de l'utérus dans un cas de carcinome de l'ovaire droit. — Atrophie de l'ovaire gauche. — Absence des règles; par ET. GOLAY, interne des hôpitaux.

La nommée Hennberger, âgée de 30 ans, blanchisseuse, est entrée à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Monique, dans le service de M. MATTICE, suppléé par M. LÉPINE, le 21 mars 1876. Cette jeune femme a été soignée pour le carreau dans son enfance et depuis cette époque, son ventre sans être douloureux, a toujours été un peu volumineux.

Elle a de tout temps, dit-elle, toussé un peu; mais on ne trouve dans ses antécédents aucun autre signe rationnel de tuberculose pulmonaire. Elle a joui jusqu'à l'année dernière d'une bonne santé habituelle.

Elle n'a jamais été réglée et à aucune époque n'a eu d'hémorrhagies supplémentaires des règles; jamais elle n'a ressenti de douleurs de reins ou autre indisposition quelconque revenant à des époques périodiques; elle n'a jamais été affectée de leucorrhée.

Digitized by Google

La malade a commencé à s'apercevoir que son ventre augmentait de volume au mois de janvier 1875, mais elle ne peut pas nous indiquer de quel côté la tuméfaction a débuté. Celle-ci s'est faite graduellement sans déterminer aucun trouble du côté des organes abdominaux. La malade ne souffrant pas, ne s'en préoccupa que fort peu. Il y a 6 mois que le ventre a acquis le volume énorme que nous constatons aujourd'hui et depuis cette époque la malade a eu de temps en temps des accès d'oppression se montrant surtout quand elle marchait ou se fatiguait un peu. Les garde-robes sont toujours restées régulières; elle n'y a jamais aperçu de sang. Les fonctions urinaires sont toujours restées normales. Elle n'a jamais ressenti de douleurs dans l'abdomen, ou les membres inférieurs; sa tumeur n'a fait que la gêner dans la marche et la station debout. Parfois ses jambes ont enflé d'une manière passagère, mais depuis deux ou trois semaines, l'infiltration des membres inférieurs est devenue permanente. Ses digestions sont toujours restées bonnes et elle jouit encore aujourd'hui d'un appétit excellent. Il y a huit à neuf mois que la malade a commencé à maigrir et à perdre ses forces; aussi a-t-elle depuis cette époque cessé complétement de travailler. Elle n'a jamais consulté aucun médecin et encore aujourd'hui c'est à grand peine que, malgré l'énorme distension de son abdomen et l'état de cachexie avancé dans lequel elle est tombée, ses parents et amis ont pu la décider à entrer à l'hôpital.

A son entrée nous constatons : un amaigrissement considérable de la moitié supérieure du corps, réduite presque à l'état squelettique, contrastant avec l'énorme volume de l'abdomen et une infiltration considérable des membres inférieurs. La face est très-pâle, mais ne présente pas la coloration jaune paille des cancéreux. La respiration est très-accélérée (52 mouvements respiratoires par minute), et la malade se plaint de battements de cœur.

L'abdomen est très-volumineux, proéminent en avant, régulièrement arrondi, nullement étalé sur les côtés; la peau est très-tendue, luisante et les veines sous-cutanées s'y dessinent sous forme de nombreux cordons bleuâtres. Il est un peu plus développé à droite qu'à gauche. Au niveau de l'ombilic existe une tumeur molasse, rougeâtre, non douloureuse, dépressible, de la grosseur d'une noix.

Par la palpation on perçoit une résistance générale et considérable de l'abdomen. Il est très-dur dans presque toute son étendue; seuls quelques points paraissent légèrement dépressibles. D'une manière générale, on éprouve la sensation d'une énorme tumeur solide occupant toute la cavité ab-

Digitized by Google

dominale jusqu'au creux épigastrique et à laquelle on ne peut imprimer aucun mouvement de latéralité.

www.jiboot.com.cn

La percussion brusque en choc ne donne pas la sensation de flot, on ne perçoit de la fluctuation qu'en plaçant la main gauche à plat sur le ventre et en donnant de la main droite de légères chiquenaudes superficielles sur les parois abdominales. Et encore n'obtient-on pas cette sensation partout d'une manière manifeste et faut-il que les deux mains soient très-rapprochées l'une de l'autre. L'abdomen est mat dans toute son étendue et ce n'est que dans les flancs que l'on trouve un peu de sonorité. Ces résultats ne sont pas changés par les différentes positions imprimées à la malade.

Le toucher vaginal est rendu difficile par la présence de la membrane hymen parfaitement intacte, et par l'indocilité de la malade à qui ce mode d'investigation répugne énormément. Le toucher est douloureux, mais permet cependant de reconnaître que le vagin est normal, que le col est arrondi, élevé et légèrement dévié du côté gauche. Le doigt ne rencontre rien d'anomal dans le cul-de-sac ; le corps de l'utérus paraît petit et très-mobile.

Par le palper abdominal uni au toucher vaginal, on s'assure encore mieux de l'indépendance de la tumeur et de l'utérus. De l'absence des règles et de l'ensemble des signes que nous avons constatés, nous concluons qu'il existe dans la cavité abdominale une grosse tumeur moitié liquide, moitié solide ou peut-être plus solide que liquide, un kyste multiloculaire développé aux dépens des deux ovaires et s'accompagnant d'un peu d'ascite. Nous montrerons en relatant l'autopsie en quoi notre diagnostic était fautif.

Cœur. Rien à signaler, si ce n'est la fréquence des battements. — *Pouls* : 140, petit, presque insensible.

Poumons. Respiration très-accélérée (52 mouvements respiratoires par minute). L'auscultation pratiquée en avant ne révèle rien d'anormal. Nous ne pouvons pas examiner le thorax en arrière, vu l'état de faiblesse extrême de la malade. — L'état de la langue qui est satisfaisant, la conservation de l'appétit, le peu de chaleur de la peau nous indiquent une absence presque complète de fièvre.

22 *mars*. Même état. Pouls 136 ; respiration 60.

L'oppression considérable, qui menace de tuer rapidement la malade par asphyxie, nous décide à pratiquer une ponction dans la tumeur abdominale. Nous choisissons un des points les plus manifestement fluctuants et plongeons un trocart de grosseur moyenne au sein de la tumeur. Il ne sort d'abord que quelques gouttes de sang, mais en retirant un peu l'instrument, nous donnons issue à environ 500 grammes

Digitized by Google

de sérosité fortement sanguinolente et vraisemblablement ascitique ; puis l'écoulement s'arrête. Vu l'état alarmant de la malade, nous nous croyons autorisé à tenter une seconde ponction dans un autre point fluctuant, mais nous ne donnons issue cette fois qu'à du sang noir. En face d'une tumeur aussi vasculaire, nous cessons toute tentative d'évacuation du liquide. Du reste, la malade respire un peu moins difficilement, et par la palpation nous constatons que la peau est un peu moins tendue par places et qu'il est plus facile de distinguer les bosselures de la tumeur.

www.libtool.com.cn

Soir. La malade respire plus facilement ; elle ne souffre pas de l'abdomen. Pouls 124. Respiration 40.

25. La malade est morte la nuit dernière.

AUTOPSIE. — Epanchement pleurétique séreux, jaune citrin du côté droit. Pas de granulations tuberculeuses dans les poumons.

Cœur. Aucune altération de tissu ; les valvules sont saines ; des caillots rouges occupent les deux ventricules.

L'aorte est saine dans toute son étendue.

Abdomen. Dès qu'on incise les parois abdominales, il s'écoule par la plaie environ 500 grammes de sérosité ascitique fortement sanguinolente. La tumeur fait immédiatement saillie à travers l'ouverture et se trouve recouverte par l'épiploon fortement congestionné, rougeâtre, très-vasculaire. Il adhère par sa face profonde avec la face antérieure de la tumeur.

De nombreux plexus veineux existent à ce niveau et de riches anastomoses relient les vaisseaux de la tumeur à ceux de l'épiploon. Nous détachons cet organe et contournant la tumeur avec la main, nous constatons qu'elle remplit presque complétement la cavité abdominale en refoulant en haut et sur les côtés les anses intestinales. Quelques adhérences faciles à rompre réunissent la tumeur à l'intestin grêle. Cette masse pathologique énorme n'envoie aucun prolongement dans le petit bassin. Elle n'est reliée à l'utérus que par un pédicule gros comme un doigt, assez régulièrement arrondi, constitué par le ligament propre de l'ovaire droit, considérablement hypertrophié. Ce pédicule, une fois sectionné, la tumeur est extraite de l'abdomen. On voit alors qu'elle est régulièrement arrondie, très-volumineuse et mesure en moyenne 40 centim. dans ses différents diamètres. Elle est mamelonnée à sa surface et parcourue par des arborisations vasculaires nombreuses qui se dessinent en rouge sur un fond blanchâtre ou un peu jaunâtre suivant les points. Elle est dure, élastique dans presque toute son étendue ; seuls, quelques points limités ont une consistance un peu mollasse.

Son tissu, crie sous le scalpel et donne du suc par le grat-

Digitized by Google

tage. Les coupes sont également mamelonnées et présentent un aspect blanc, jaunâtre ou rosé, suivant les points. Elle est très-vasculaire. Elle présente tous les caractères macroscopiques des sarcômes; elle est solide dans toute son étendue et nous ne pouvons y découvrir aucune loge kystique; en aucun point nous ne lui trouvons de consistance gélatineuse malgré des coupes nombreuses pratiquées dans divers sens.

L'ensemble de la masse pathologique pèse 8,900 grammes. (Le résultat de l'examen histologique est donné à la fin de cette observation).

L'*utérus* comme nous l'avions constaté pendant la vie est très-mobile dans le bassin; il est déformé; il est plus long que d'habitude; (75 millimètres au lieu de 60 à 70 millim., longueur normale). Sa largeur, prise à sa partie moyenne, par contre, est diminuée (25 millimètres au lieu de 35 millimètres, largeur normale). Son fond s'incline du côté de son bord droit et l'angle supérieur droit paraît beaucoup plus développé que l'angle supérieur gauche, comme si la tumeur pathologique en augmentant de volume avait entraîné la matrice de son côté en l'étirant et l'allongeant; le col vu à l'extérieur paraît à peu près normal; cependant, il est plus cylindrique qu'il n'est d'usage de le rencontrer chez les vierges; son orifice externe est un peu dilaté et laisse facilement pénétrer une sonde jusque dans la cavité utérine. La mensuration de cette cavité par l'hystéromètre donne les résultats suivants :

60 millim. de l'orifice externe au fond, au lieu de:
52 millim. (Courty),
45 — (Richet).

En inclinant le bec de la sonde vers la trompe droite on trouve : 70 millim.

En inclinant le bec de la sonde vers la trompe gauche on trouve : 60 millim.

L'utérus étant incisé suivant sa face postérieure, il est facile de voir que la cavité utérine a subi une déformation correspondante à la déformation extérieure de la matrice. La cavité du col l'emporte d'un centimètre sur la longueur de la cavité du corps. Celle-ci est irrégulière; elle s'incurve du côté de la trompe droite sous forme d'un canal conique à sommet supérieur, tandis que l'angle qui correspond à l'insertion de la trompe gauche paraît diminué de capacité.

La trompe droite, indépendante, libre d'adhérences avec la tumeur, a ses parois rouges, épaisses, très-hypertrophiées, surtout au niveau de son pavillon.

Digitized by Google

Le ligament ovarien droit qui constituait le pédicule de la tumeur est rouge, épais, de la grosseur de l'index, considérablement hypertrophié et présente au niveau de sa section de nombreux vaisseaux béants, visibles à l'œil nu.

La trompe gauche ne paraît pas altérée ; les franges de son pavillon sont normales.

L'ovaire gauche n'existe pour ainsi dire pas ; il n'est représenté à l'extrémité du ligament ovarien gauche (normal) que par un kyste de la grosseur d'un gros pois, à aspect grisâtre, opalin, et renfermant un liquide un peu louche. Cette atrophie de l'ovaire gauche jointe à la tumeur développée dans l'ovaire droit, rend compte de l'absence des règles observée pendant toute la vie de la malade et de plusieurs des attributs du sexe mâle qu'elle présentait (l'absence presque complète de saillie des seins et la présence de poils nombreux autour de l'aréole, sur les joues, le menton et la lèvre supérieure). Quant aux organes génitaux externes, ils étaient bien conformés et la voix avait le caractère féminin. Les autres organes abdominaux : foie, rate, reins, sont normaux.

L'examen histologique de la tumeur ovarique, dû à l'obligeance de notre excellent collègue et ami, Raymond, a donné les résultats suivants :

Sur des coupes minces traitées par le picrocarminate d'ammoniaque et montées dans la glycérine, on note l'existence : 1° D'un stroma fibreux ; 2° De cellules nombreuses de formes très-variées.

Le stroma conjonctif limite des alvéoles très-nets dans lesquels se trouvent des cellules d'étendue variable, mais presque toutes de grandes dimensions et de formes très-variées. — Ces cellules renferment des noyaux en nombre variable.

De nombreux vaisseaux se montrent sur les coupes dans le stroma conjonctif.

La tumeur est donc de nature carcinomateuse.

Remarque. — Nous avons cru intéressant de signaler dans ses détails la mensuration de la cavité utérine, que nous avons pratiquée au moyen de l'hystéromètre, parce que les auteurs ont indiqué que, dans les cas difficiles où l'on hésite entre une tumeur de l'ovaire et une tumeur de l'utérus, la déformation, l'allongement de la cavité de la matrice, est un signe de corps fibreux utérin. Nous, ne doutons pas qu'il en soit ainsi dans la grande majorité des cas, mais l'exemple que nous avons sous les yeux, nous prouve aussi que dans certaines tumeurs de l'ovaire, qui tiraillent et allongent l'utérus, ce signe peut également exister.

Digitized by Google

28. Pneumonie du sommet droit avec coagula fibrineux dans les petites branches des veines pulmonaires. — Péricardite purulente. — Ictère; par GOLAY, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

R. B..., 27 ans, journalier, entre à l'hôpital Beaujon, dans le service de M. Matice, suppléé par M. Lépine, le 28 mars 1876. Ce malade, italien, ne peut nous donner de renseignements sur le début de sa maladie et sur ses antécédents. La personne qui l'a amené a déclaré qu'il était malade depuis huit jours et que le mal avait débuté par des frissons et un point de côté. A son entrée, nous constatons l'état suivant :

Le malade qui paraît par son aspect extérieur, devoir jouir habituellement d'une bonne santé, est dans un état de prostration considérable. Il a l'air étranger à tout ce qui se passe autour de lui. Sa figure est rouge, un peu cyanosée ; ses yeux expriment la stupeur ; ses lèvres et sa langue sont sèches et recouvertes d'un enduit noirâtre très-épais ; ses narines sont fuligineuses: il se présente en un mot avec un facies typhoïde très-accentué. Son pouls est absolument insensible ; sa respiration est très-accélérée et bruyante ; ses téguments présentent une teinte ictérique prononcée et sont couverts de sueur. La pression détermine de la douleur au-dessous du mamelon droit et l'on peut reconnaître en ce point les traces d'un vésicatoire appliqué ces jours derniers.

Poumons.— Submatité dans la moitié supérieure droite du thorax en arrière et sous la clavicule droite.

Augmentation des vibrations thoraciques dans les mêmes points: au même niveau, en avant comme en arrière, souffle intense tubaire et même un peu caverneux, mêlé à quelques râles sous-crépitants assez gros.

Ces derniers s'entendent dans toute l'étendue du poumon : Bronchophonie limitée au tiers supérieur du poumon.

Dans le poumon gauche, on n'entend que quelques râles sous-crépitants disséminés.

Le malade ne paraît pas tousser beaucoup ; les crachats sont peu abondants, visqueux, adhérents au fond du vase et fortement jaunâtres.

Cœur. — La pointe bat à sa place habituelle. L'étendue de la matité précordiale ne paraît pas augmentée. On n'obtient par la palpation aucune sensation de frémissement ni de frottement. A l'auscultation, on entend un double frottement péricardique intense.

Abdomen. — Pas de taches rosées lenticulaires ; pas de météorisme ; un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite ; pas de gargouillement.

Digitized by Google

Le foie est volumineux, il déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes ; il n'est pas douloureux à la pression. La rate paraît présenter un volume normal.

L'urine, traitée par la teinture d'iode, prend une belle coloration verte : traitée par l'acide nitrique et la chaleur, elle ne donne pas de précipité d'albumine.

29. Le malade geint continuellement ; sa respiration est très-accélérée, sa figure violacée ; la pulsation insensible.

Matin : Temp. rect. 39°,2.—Resp. 54.—Battements du cœur 140.
Soir : id. 39°,8.— id. 40.— id. 146.
Soir : id. 39°,6.— id. 48.— id. 132.

30. — Le malade est dans un collapsus complet et fait entendre à distance un râle trachéal très-intense. — Mort.

AUTOPSIE 24 heures après la mort :

Cœur. — Le péricarde étant incisé, il s'écoule une centaine de grammes de liquide légèrement opaque, de couleur blanchâtre, manifestement séro-purulent. La séreuse est, dans ses deux feuillets viscéral et pariétal, considérablement hypertrophiée par le dépôt d'une fausse membrane épaisse de deux millimètres au moins, dont la surface interne libre est hérissée dans toute son étendue de prolongements coniques filiformes qui lui donnent un aspect tomenteux. Le péricarde, revêtu de cette coque, justifie la comparaison classique qui en a été faite avec une langue de chat. La fausse membrane se laisse facilement détacher et ne paraît adhérente à la séreuse sous-jacente qu'en des points très-limités où il semble qu'un vaisseau (?) se détache de la séreuse pour pénétrer dans la fausse membrane.

Les cavités du cœur sont saines ; nous n'avons à y signaler que la présence d'un caillot rouge récent manifestement agonique, déposé dans le ventricule droit et envoyant un prolongement dans l'artère pulmonaire.

Poumon.— Le poumon droit, dans sa moitié supérieure, est augmenté de volume ; ses deux lobes supérieurs sont atteints de pneumonie passée à l'état d'hépatisation grise. Ils présentent à la coupe une teinte grisâtre uniforme sans aspect granuleux. Le tissu pulmonaire y est friable ; ce caractère est surtout prononcé dans le lobe supérieur où une légère pression produit des déchirures. Si l'on comprime latéralement le tissu hépatisé, il s'écoule de la surface de coupe un pus épais de couleur jaunâtre. On trouve, en outre, disséminés dans tout le tissu hépatisé, mais surtout dans le lobe supérieur, des dépôts jaunâtres assez nombreux que, par un examen minutieux, M. Lépine a reconnus être déposés dans le calibre des ramifications des veines pulmonaires et être constitués par des coagula sanguins fibrineux. Ces coagula peuvent être poursui-

Digitized by Google

vis avec des ciseaux pointus dans l'épaisseur du tissu hépatisé et se montrent après dissection sous forme de petits cylindres fibrineux canaliculés à leur centre. C'est bien dans les petites veines pulmonaires qu'ils sont déposés, car ils sont limités par des parois minces et lisses et d'une coloration plus foncée que celle des parois des petites artères qui leur sont contiguës.

www.libtool.com.cn

Le *poumon gauche* est sain; on n'y trouve pas de granulations tuberculeuses.

Le *foie* est un peu mou, facile à déchirer, graisseux, jaunâtre; il est volumineux et pèse 2,250 grammes. On ne trouve aucune lésion capable d'expliquer l'ictère observé pendant la vie du malade. La vésicule et les canaux biliaires s'ouvrent librement dans le duodénum.

L'*intestin* grêle est assez fortement injecté; il présente une teinte rosée; les plaques de Peyer sont un peu congestionnées, mais nullement ulcérées.

Les *reins* sont un peu volumineux, un peu congestionnés, mais sains. La *rate* est normale. Le *cerveau* ne présente rien de particulier à signaler.

29. Tumeur cancéreuse rétro-péritonéale; par le Dr. A. Severin, chef de clinique de la Faculté.

J, Annette, âgée de 35 ans, couturière, est entrée le 29 octobre 1875 à la Charité, salle Sainte-Anne n° 3 (service de M. le professeur G. Sée), pour des troubles dyspeptiques et surtout des douleurs extrêmement vives à l'épigastre. Une de ses sœurs est morte à 20 ans d'un « rhume négligé »; mais en dehors de ce fait, on ne trouve à noter dans les antécédents héréditaires rien qui se rapporte à sa maladie actuelle. Elle-même n'a jamais eu de maladie grave, et jusqu'à son mariage, à l'âge de 28 ans, elle avait toujours été assez bien portante. Depuis cette époque au contraire, elle a constamment été plus ou moins indisposée, ressentant tantôt des maux d'estomac qui surviennent irrégulièrement, tantôt des battements de cœur, de l'oppression, des essoufflements après des courses un peu longues ou un exercice un peu fort; mais les phénomènes les plus fréquents et ceux qui la tourmentaient le plus sans que cependant elle eût jamais été obligée de garder le lit, étant des troubles digestifs, consistant dans une douleur plus ou moins vive à la suite du repas et une lenteur des digestions; tous ces accidents datent de 6 ans environ, et ont été en augmentant progressivement d'intensité.

Au moment de l'entrée, la malade se plaint à peu près

Digitized by Google

exclusivement de ces *douleurs* qui occupent la région lombaire, et l'abdomen plus particulièrement au niveau de l'ombilic et de la région épigastrique. Ces douleurs sont comparées à des sensations de brûlure, de déchirure, de rongement; des lombes et de l'épigastre, elles irradient vers le bassin et les flancs, et d'autre part vers le thorax et la base du cou. Ces douleurs sont continues, mais présentent à certains moments des exacerbations très-violentes qui ne coïncident d'ailleurs ni avec les repas ni avec une autre circonstance appréciable; elles existent la nuit, et troublent le sommeil. La pression ne les exagère pas notablement, et l'on ne constate rien d'analogue à des points névralgiques.

L'appétit est diminué mais non aboli; les digestions se font bien moins lentement et l'ingestion des aliments est suivie d'une sensation de pesanteur que la malade distingue parfaitement des autres manifestations douloureuses. Cette sensation de plénitude persiste généralement pendant plusieurs heures. Il n'y a jamais eu de vomissements ni même de nausées.

La langue offre une teinte rouge écarlate, est dépouillée de son épithélium, fendillée et recouverte de papilles très-saillantes; le passage des aliments un peu chauds ou excitants détermine sur elle une sensation de cuisson très-vive.

Les selles sont rares, et depuis longtemps la malade a une constipation difficile à vaincre. Le ventre est un peu ballonné, et par la palpation on trouve au niveau de l'épigastre, disposée suivant une ligne horizontale et séparée par un intervalle de deux ou trois travers de doigt, trois tumeurs ayant la forme et le volume d'un gros marron; ces tumeurs sont indolentes.

Les autres fonctions ne présentent aucun trouble morbide. La malade est amaigrie, mais a conservé des couleurs et n'offre point l'aspect cachectique que l'on trouve habituellement dans les affections organiques. Néanmoins, en raison de la persistance et de l'intensité des douleurs, dont le siége correspond nettement à l'estomac, on penche vers le diagnostic de cancer de l'estomac; l'absence de vomissements et de troubles dyspeptiques bien marqués fait pourtant admettre quelques réserves; les tumeurs paraissent être des scybales contenues dans le côlon beaucoup plutôt qu'une lésion de l'estomac. — *Prescription.* Injections de morphine; purgatifs.

8 *novembre.* Les masses indurées que l'on percevait par la palpation de l'abdomen ont disparu à la suite de deux purgatifs; on en trouve aujourd'hui d'analogues dans la fosse iliaque gauche; il ne paraît donc pas douteux qu'il s'agit ici de masses stercorales.

Les symptômes sont du reste à peu près analogues. La dou-

Digitized by Google

leur est calmée à peine quelques heures par les injections de morphine, mais reparaît ensuite avec une intensité égale; elle a son maximum vers l'ombilic et le flanc droit, et de ces points, irradie dans tout l'abdomen et en arrière du côté de la région lombaire. Le ventre est un peu ballonné.

Pendant les *mois qui suivent*, on ne note rien autre chose que la persistance ou l'aggravation des mêmes phénomènes. La douleur devient de plus en plus intense et n'est que très peu soulagée par les injections de morphine dont la dose est cependant augmentée de jour en jour.

La constipation persiste et ne cède que difficilement à des purgatifs répétés. On trouve toujours, par la palpation, de temps en temps, et dans des points variables de l'abdomen, des tumeurs dures, analogues à celles qui ont été constatées au moment de l'entrée, tumeurs qui, généralement, disparaissent ou se déplacent à la suite des purgatifs.

Le ballonnement du ventre est plus marqué.

La malade ne présente, du reste, aucun trouble gastrique sauf l'anorexie, mais l'appétit est complétement perdu; elle se soutient seulement par l'usage de viande crue et d'un peu de lait. La langue est absolument dépouillée de son épithélium; aussi la plupart des liquides causent-ils de vives cuissons. Le dépérissement augmente de jour en jour et la malade est arrivée pour ainsi dire à un état squelettique.

Cet état s'accentue de jour en jour, à mesure aussi que les douleurs prennent une intensité horrible, et c'est ainsi que la malade succombe le 18 *février* 1876. Il n'y a jamais eu d'œdème.

AUTOPSIE. Amaigrissement considérable.

Le *cœur* est peu volumineux; le ventricule gauche est revenu sur lui-même, les valvules sont saines. La trachée et les *bronches* contiennent des mucosités assez abondantes; la muqueuse est congestionnée. Le calibre des bronches parût un peu supérieur à l'état normal sans qu'on trouve d'ailleurs de dilatation localisée. Au sommet du poumon, des deux côtés, on trouve quelques adhérences.

A l'ouverture de l'abdomen, on constate que l'estomac et les intestins sont distendus par des gaz; le colon transverse, vers sa partie moyenne, est étranglé par une bride fibreuse. En écartant ces organes, on arrive sur une tumeur située au-devant de la colonne vertébrale, et s'avançant entre l'estomac, le côlon transverse et la rate. De la partie antérieure de cette tumeur, se détachent des bandelettes fibreuses qui vont aux différents organes de l'abdomen. En un point, ces adhérences offrent la forme d'une bride résistante qui contourne de haut en bas puis d'avant en arrière la face antérieure du

Digitized by Google

côlon et détermine à ce niveau un retrécissement considérable, admettant à peine le doigt. La bride une fois coupée, la paroi de l'intestin se laisse étaler et l'on constate qu'elle ne présente aucune altération en dehors de son adhérence à la tumeur située en arrière d'elle. Il en est de même des autres parties de l'intestin, qui, en certains points, offrent des adhérences d'ailleurs peu solides. L'*estomac* au contraire est intimement soudé à la tumeur dans l'étendue de la paume de la main, vers la partie moyenne de sa face postérieure; il ne peut être isolé de la tumeur. — La muqueuse paraît, à l'œil nu, saine dans tous ses points.

Le *pancréas* est absolument confondu avec la tumeur et ne peut être isolé; on reconnaît ou plutôt on devine seulement son siége par quelques points jaunâtres disséminés au milieu d'un tissu fibroïde, et dans lesquels le microscope ne montre que des granulations sans cellules reconnaissables.

La *rate*, par sa face interne, adhère intimement à la production morbide qui se propage même dans le tissu splénique sous forme de traînées irrégulières d'un blanc jaunâtre pénétrant à une profondeur de 2 ou 3 centimètres. A la face externe, on trouve seulement un épaisissement de la capsule.

Le *rein* gauche, au niveau du hile est aussi confondu avec la tumeur, qui s'enfonce au milieu de l'organe. Le rein droit est sain.

Le *foie*, de volume normal, présente sur sa face antérieure. près de son bord, trois noyaux du volume d'une noix ou d'un petit œuf, noyaux qui, à l'œil nu, offrent tous les caractères des nodules cancéreux. Les conduits biliaires et le canal cholédoque sont un peu dilatés et remplis de bile, mais ils ne sont obstrués sur aucun point de leur trajet.

L'*utérus* et les organes génitaux sont sains.

Les corps des *vertèbres* ne présentent aucun noyau cancéreux, ni aucune altération appréciable à l'œil nu.

La *tumeur* qui nous reste maintenant à décrire est située, ainsi qu'il a été dit, entre l'estomac et le côlon transverse, entre le duodénum, la colonne vertébrale, la rate et le rein gauche. Elle comble tout l'espace compris entre ces organes, qu'elle réunit pour ainsi dire les uns aux autres, à la manière d'une substance qui aurait été coulée entre eux et se serait ensuite solidifiée; non-seulement elle envoie des prolongements entre les différents organes mais elle pénètre encore dans certains d'entre eux; ainsi, au niveau du hile du rein, se trouve un prolongement de la tumeur; de même au niveau du hile de la rate.

En outre, sur la rate comme sur le rein, la capsule fibreuse qui enveloppe ces organes, présente un épaississement qui va

Digitized by Google

en diminuant à mesure qu'on s'éloigne du hile. En somme, la tumeur rappelle absolument la distribution du tissu conjonctif. A la coupe, la tumeur présente une apparence fibreuse extrêmement nette sur laquelle on distingue çà et là des points jaunâtres; le tissu qui la constitue est extrêmement dur, crie sous le scalpel, et ne présente en aucun point de ramollissement; par le raclage, on obtient un suc peu abondant; le microscope y fait reconnaître des éléments cellulaires de forme et de volume variables, mais généralement arrondis et ovalaires, ayant des dimensions un peu supérieures à celles des globules blancs et contenant de gros noyaux pourvus, pour la plupart, d'un nucléole brillant.

Les *artères* qui traversent la tumeur ne présentent pas d'altération appréciable; elles sont, tout au plus, un peu affaissées; il en est de même de l'aorte qui est appliquée à sa partie postérieure et la sépare de la colonne vertébrale. Au contraire, les *veines* correspondantes et particulièrement la veine splénique, sont obstruées. La veine cave ne touchait à la tumeur que par un point très-limité. Quant aux *lymphatiques* (vaisseaux ou ganglions), ils sont perdus dans la tumeur, de telle sorte qu'il est impossible d'en retrouver des traces.

L'*examen histologique*, après durcissement, montre que la tumeur est constituée par un carcinome fibreux. Les alvéoles sont remplis des éléments cellulaires décrits plus haut, et les travées, qui sont très-épaisses, sont formées par un tissu fibreux très-dense, au milieu duquel on retrouve çà et là des traces de tissu graisseux. Bien que les coupes aient porté sur un certain nombre de points de la tumeur, on ne trouve nul part rien qui rappelle le tissu des ganglions. Le tissu morbide paraît avoir son origine dans le tissu conjonctif sous-péritonéal.

L'aorte, au niveau de la tumeur, et malgré une adhérence intime, ne présente aucune altération. La muqueuse de l'estomac, celle de l'intestin sont saines également, mais la tunique musculeuse est légèrement hypertrophiée à ce niveau. Les tumeurs du foie et de la rate sont constituées par du carcinome à larges alvéoles séparés par des cloisons très-minces.

Réflexions. L'observation qui précède me paraît être un exemple d'une lésion assez rare, et surtout mal connue, décrite par Lobstein sous le nom de *tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales* (1) et par Bayle et Cayol sous celui de *masses cancéreuses abdominales* (2). Développées dans le tissu cellulaire sous péri-

(1) Lobstein. — Traité d'anat. path., t. I p. 415.
(2) Dict. en 60 vol. t. III, p. 630.

Digitized by Google

tonéal, au-devant de la colonne vertébrale, ces tumeurs s'avancent ensuite vers la région antérieure de l'abdomen;

Elles peuvent être situées en différents points de la cavité ; le plus souvent, elles occupent la partie supérieure, et peuvent alors simuler un cancer de l'estomac ! ou bien elles ont pris naissance dans le bassin et troublent plus ou moins les fonctions des organes qui le traversent.

Au point de vue histologique, elles offrent une constitution assez variable. Les différentes variétés de carcinome ou de sarcome peuvent être observées ; on y trouve aussi des kystes, et, de plus, le tissu peut subir des altérations telles que les ramollissements, ou être le siége d'hémorrhagies ; aussi les apparences que présentent ces tumeurs à l'œil sont-elles extrêmement variables non-seulement suivant les cas, mais d'un point à un autre de la même masse.

Le point de départ de l'altération paraît également variable suivant les cas. Dans un certain nombre d'observations, il était évidemment dans les ganglions ; mais ailleurs, ainsi que dans le fait actuel, il semble qu'on doit le chercher plutôt dans le tissu conjonctif lui-même.

Du reste Virchow (1) admet expressément cette opinion pour les sarcomes et il discute seulement la question de savoir s'ils se développent dans le tissu graisseux ou dans les aponévroses.

J'ai présenté en 1872 à la Société (p. 529) un cas de tumeur retro-péritonéale qui paraissait être un lymphadénome et pour lequel M. Cornil agita aussi l'hypothèse d'un cancer ; malheureusement l'examen histologique de cette pièce, confiée à la commission des ganglions, n'a pas été publié.

Quoi qu'il en soit, il semble que l'on puisse établir deux classes de tumeurs cancéreuses rétro-péritonéales, les unes se développant primitivement dans les ganglions, les autres ayant leur point de départ dans le tissu cellulaire.

En outre, on peut observer dans la même région des tumeurs absolument analogues développées secondairement à des tumeurs d'autres organes plus ou moins éloignés (estomac, testicule, etc.)

Les *Bulletins de la Société anatomique* contiennent un certain nombre de faits de cancer rétro-péritonéal. Voici l'indication des observations les plus intéressantes :

1830, p. 127. — 1838, p. 7 ; p. 293. — 1850, p. 137. — 1855, p. 501. — 1857, p. 390. — 1858, p. 459. — 1863, p. 226. — 1864, p. 172. — 1868, p. 606, — 1869, p. 118. — 1872, p. 529. — 1874, p. 25 ; p. 628.

(1) Virchow. — Traité des tumeurs. Trad. française, t. II, p. 265.

Digitized by Google

Les *Archives de médecine* en renferment aussi deux faits : 1874, p. 106. — 1876, p. 213.

Dans le *Traité des maladies des enfants* de Rilliet et Barthez, on trouve un fait observé chez une fille de 13 ans 1/2. Enfin on trouvera dans le *Traité des tumeurs*, de Virchow, quelques indications que nous n'avons pu contrôler.

30. Otite moyenne suppurée. — Phlébite du sinus latéral. — Méningite cérébelleuse purulente. — Abcès du cervelet ; par M. GAUDERON, interne des hôpitaux.

M. K..., 35 ans, blanchisseuse, est entrée le 23 mars 1876, à Lariboisière dans le service de M. Guyot. L'état très-grave de cette malade, sa surdité complète au moment de l'examen, ne permettent de recueillir que les quelques renseignements suivants.

Pendant son enfance, cette malade a eu la rougeole, à la suite de laquelle elle est restée complétement privée de l'ouïe de l'oreille gauche.

Elle a toujours joui d'une assez bonne santé et ne présente pas de trace de scrofule.

Elle n'avait eu, avant sa maladie actuelle, aucune maladie grave et n'avait jamais souffert de l'oreille droite, quand vers le 14 mars, elle fut prise de violentes douleurs, d'élancements répétés dans cette oreille.

Le 18 *mars*, il se fit par le conduit auditif externe droit un écoulement de pus sanguinolent ; ce jour même les douleurs cessèrent complétement.

Le 19 *mars*, la malade se sentant très-soulagée voulut se lever, mais ne put rester debout à cause de la sensation de vertige qu'elle éprouvait.

Pendant les journées du 20 et 21 mars, la malade ressentit de violentes douleurs de tête et eut plusieurs vomissements bilieux ; en même temps elle avait de la fièvre, mais sans avoir eu de frisson.

Les vomissements cessèrent et la malade entra à l'hôpital, ne se plaignant plus que de céphalalgie diffuse et violente, d'un écoulement de l'oreille droite et d'une surdité absolue.

Le 23 *mars*, à la visite du soir, la malade avait le facies congestionné exprimant l'abattement.

L'intelligence de la malade est saine, ses pupilles sont égales, et il n'y a pas de paralysie ni de contracture des muscles de la face ou des membres. Elle accuse une céphalalgie diffuse très-intense.

La langue est assez nette, rien de particulier à noter dans

Digitized by Google

l'état du tube digestif ou de ses annexes; la malade n'a ni diarrhée, ni vomissement.

Quand on approche de la malade, on est frappé de l'odeur infecte répandue autour d'elle, par un liquide sanieux qui remplit le conduit auditif externe droit et se répand dans la conque de l'oreille.

La malade n'éprouve plus aucune douleur dans cette oreille. De ce côté, comme du côté gauche, la surdité est absolue, la montre approchée à 1/2 centimètre de l'oreille n'est pas entendue de la malade; la surdité est si complète que l'interrogatoire de la malade doit être fait par demandes écrites.

Il est impossible de constater, par les moyens habituellement employés, l'existence d'une perforation du tympan dont il est difficile de douter.

La respiration de la malade est calme, la percussion et l'auscultation de la poitrine ne dénotent aucune lésion pulmonaire, mais on est frappé de l'odeur fétide de l'haleine de la malade, odeur qui rappelle celle de la sanie qui s'écoule de l'oreille droite.

Il n'y a cependant ni carie, ni nécrose des os du nez; les amygdales et le pharynx sont très-injectés, et la face antérieure du pharynx est tapissée d'une couche grisâtre de pus.

La peau de la malade est chaude, sa température est de 39, 5, le pouls est fréquent, fort et régulier. P. 120.

Traitement. — Injections détersives dans l'oreille.
Potion avec extrait de quinquina et rhum.

A 6 heures du soir, la malade est prise d'un violent frisson qui dure une demi-heure; la malade n'en avait jamais eu auparavant.

Le 24 au matin, la malade est couchée dans le décubitus dorsal, la tête tournée à gauche, et fixée dans cette situation; la malade pousse des cris quand on veut faire tourner sa tête du côté droit.

Elle ne présente ni paralysie, ni contracture des muscles de la face ou des membres; elle accuse toujours une céphalalgie très-intense. L'écoulement sanieux de l'oreille droite a diminué considérablement peut-être à cause de la rotation de la tête à gauche.

Il s'écoule de la bouche de la malade, un liquide purulent jaunâtre et d'odeur très-fétide: on peut se demander si ce liquide ne provient pas de la caisse du tympan par la trompe de Fallope.

La respiration est ce matin, fréquente et pénible; on entend du râle trachéal et l'auscultation de la poitrine apprend que dans toute la hauteur des deux poumons, il y a des râles muqueux très-abondants.

Digitized by Google

La langue est assez nette, le ventre souple, indolent : pas de diarrhée. La fièvre est moins intense qu'hier ; le pouls est à 100 et la température à 38. Même traitement. La malade meurt à 3 heures du soir, sans avoir eu aucune convulsion.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. Le cerveau est tout à fait sain, même dans la partie qui est en rapport avec la face antéro-supérieure du rocher.

La dure-mère, sur la face antéro-supérieure du rocher, et dans un point correspondant à une perforation de la paroi supérieure de la caisse, a pris une teinte gris-noirâtre dans l'étendue d'une pièce de 20 centimes.

Sur la face postérieure du rocher, au niveau du sinus latéral la dure mère a pris une teinte vert-noirâtre, mais ne présente aucun exsudat à sa surface ; au niveau du sinus latéral, la dure-mère est décollée des os du crâne et on trouve entre le sinus veineux latéral et le crâne une matière noire, putrilagineuse et d'odeur fétide.

Le sinus veineux latéral, dans l'espace compris entre le golfe de la veine jugulaire et l'origine de la veine mastoïdienne, est rempli de cette même matière demi-liquide et putrilagineuse ; sur la face antérieure du sinus latéral, on peut constater une perforation qui le fait communiquer avec la caisse du tympan.

La veine jugulaire, à partir de son golfe, jusqu'à 3 centimètres au-dessus est oblitérée par un caillot adhérent aux parois, rouge et qui a évidemment empêché le transport dans le courant circulatoire de la matière putrilagineuse contenue dans le sinus latéral.

La face inférieure de la tente du cervelet, la face supérieure du cervelet sont tapissées d'une couche épaisse de pus concret (2 à 3 millimètres) ; cette couche de pus s'étend autant sur la moitié gauche que sur la moitié droite du cervelet et de sa tente.

Sur la circonférence du cervelet, à droite et dans le point le plus externe de cette circonférence, on constate l'existence d'une plaque gris-noirâtre à la surface du cervelet ; cette plaque correspond à un abcès superficiel du cervelet, qui a les dimensions d'une grosse noisette ; cet abcès contient un pus gris-noirâtre et d'odeur fétide.

Le rocher est enlevé par un double trait de scie et cette coupe découvre le pharynx à sa partie supérieure ; les parois du pharynx sont tapissées de pus blanc crèmeux de bonne nature, qui paraît sourdre de l'orifice interne de la trompe d'Eustache.

Le rocher présente sur sa face antéro-supérieure, dans un point correspondant à la paroi supérieure de la caisse du

Digitized by Google

tympan, un orifice qui fait communiquer la caisse avec la cavité crânienne; cette perforation du rocher laisse apercevoir le pus sanieux, noirâtre et fétide qui remplit la caisse.

A la surface postérieure du rocher, on peut constater une autre perforation du rocher qui fait communiquer la caisse du tympan et le sinus latéral.

Une coupe est pratiquée dans le rocher dans le sens de sa longueur; on aperçoit alors la caisse remplie de la matière putrilagineuse décrite précédemment; un autre foyer rempli de cette même matière existe au dessus du conduit auditif interne; ce foyer est de la grosseur d'un pois.

La membrane du tympan a presque complétement disparu, il n'en reste que quelques lambeaux. Pas de suppuration des cellules mastoïdiennes. Il est impossible de reconnaître les osselets dans l'intérieur de la caisse remplie de pus sanieux.

Les poumons ne contiennent pas d'abcès métastatiques; aux deux sommets des poumons, on trouve 20 à 30 granulations tuberculeuses grises, d'origine récente et dispersées par groupes le long des petites bronches; les bases des poumons sont fortement congestionnées. Pas de tubercules de la plèvre.

Le foie, les reins, la rate sont le siège d'une congestion assez intense, mais ne renferment pas d'abcès métastatiques.

31. Rupture d'une artère coronaire; par M. Robin, interne des hôpitaux.

M. Robin présente les pièces d'un sujet chez qui des troubles cardiaques fort graves avaient fait porter le diagnostic d'insuffisance mitrale et tricuspide avec rupture du cœur; on reconnut à l'autopsie une rupture d'une des artères coronaires.

32. Urine pathologique; par le même.

Cette urine provient d'un enfant de 8 ans, atteint de pneumonie; elle contient 45 gr. d'urée par litre au lieu de 4 à 10 gr. qui est le chiffre normal à cet âge; elle donne lieu, lorsqu'on la traite par l'acide nitrique, à un abondant précipité cristallin qui est constitué par du nitrate d'urée.

M. Rendu dit avoir observé deux fois le même fait, en 1870, à Saint-Antoine, chez deux malades atteints, l'un de pneumonie, l'autre de fièvre catarrhale; l'examen des urines fut fait par M. Patrouillard, pharmacien en chef de l'hôpital.

Digitized by Google

M. CHARCOT. C'est, je crois, un fait vulgaire chez les chiens fébricitants, dans les laboratoires par exemple, de voir ainsi l'acide azotique provoquer dans l'urine la formation de dépôts de nitrate d'urée.

www.libtool.com.cn

33. Dothiénentérie anomale; colotyphus; par le même.

L'affection à laquelle a succombé le malade de qui proviennent les pièces, ne différait d'une fièvre tiphoïde régulière que par l'absence bien constatée des taches rosées lenticulaires et des épistaxis. Les lésions ulcéreuses de l'intestin n'existaient pas dans l'iléum, mais dans le côlon; c'était donc un exemple de colo-typhus.

M. CHARCOT. Ces faits ont été étudiés par M. Leudet, dans un mémoire publié en 1854 dans la *Gazette hebdomadaire*.

34. Anévrysme de l'aorte abdominale; par M. REGNARD, interne des hôpitaux.

M. REGNARD présente un anévrysme de l'aorte abdominale rompu dans le tissu cellulaire sous-péritonéal.

M. CHARCOT fait observer que, chez ce sujet, la rupture du gros anévrysme en question a coïncidé avec celle d'un anévrysme miliaire qui donna lieu à une hémorrhagie cérébrale. Le diagnostic de la lésion abdominale avait pu être porté avec exactitude, parce que la tumeur était facilement accessible à la palpation et était le siége de battements expansifs très-nets.

35. Nécrologie.

M. DESPRÉS annonce la mort de M. Parmentier qui, pendant douze années, a été trésorier de la Société qu'il a dans des temps difficiles, souvent aidée de sa fortune privée. Il invite la Société à témoigner publiquement de la part qu'elle prend à ce deuil.

36. Election.

M. HUTINEL lit un rapport sur la candidature de M. Komorowski, au titre de membre correspondant. La Société adopte les conclusions du rapport.

M. Komorowsky est élu membre correspondant.

Digitized by Google

37. Troubles cérébraux analogues à ceux de la paralysie générale. — Atrophie des lobes frontaux; par BARADUC, interne provisoire.

M., 73 ans, entre aux Ménages à la suite de revers de fortune amenés par la bizarrerie de son caractère.

A passé six années dans la maison, où il était connu pour ne jamais parler et marcher toujours devant lui. Comme antécédents, n'a jamais eu d'attaques qui puissent faire penser à un ramollissement; du reste pas d'hémiplégie ni contracture.

Pendant les trois premières années, il a présenté quelques signes d'aliénation mentale. Caractère d'apparence joyeuse, volontaire dans ses désirs, vaniteux lorsqu'on le brave, comprend lorsqu'on se moque de lui, parle très-peu, oui ou non, mange seul, marche toujours. Puis, peu à peu, l'état psychique baisse, la parole disparaît complétement; lui qui était volontaire ne demande plus rien, ni par l'œil ni par le geste, n'a pas même la conscience de porter des aliments mis dans sa main jusqu'à sa bouche, passe à côté de ses compagnons sans jamais en rien requérir, ne les connaît pas, ignore le lieu de son lit (on le couche comme un enfant). En hiver, n'a pas la conscience du froid, jamais il ne s'approchait du poële. Enfin a perdu tout sentiment de sptonanéité, de volonté, de discernement, vit parce qu'on ne le laisse pas mourir de faim, gâte complétement.

Et cependant il n'est pas paralysé; sa force musculaire est très-développée, il oppose souvent aux infirmiers qui le changent une résistance assez énergique. S'échappe de plus dès que la porte est ouverte; une fois se sauve tout nu pendant que l'infirmier prenait la chemise qu'il devait lui mettre. Il marchait également toute la journée, au hasard devant soi, ramassait ce qu'il rencontrait sur son passage.

Entré à l'infirmerie en mars 1867 pour une bronchite. Décubitus dorsal, face pâle, tête immobile, remuant rarement, yeux fixés en l'air, sans expression; cependant il voit, l'approche du doigt lui fait fermer la paupière. Questionné, pas de réponse, pas de signe d'avoir compris: il n'ouvre la bouche ni ne tire la langue, bien qu'on le lui dise. Entend-il?

La sensibilité générale est conservée; il se défend, mais maladroitement, quand on le pince, en revanche, déploie une grande force musculaire, ne parle jamais; depuis trois ans, on ne l'a entendu dire aucun même des mots qu'il prononçait. Il s'éteint après quelques jours, durant lesquels il a toujours conservé la sensibilité à la pinçure, la motilité dans les

Digitized by Google

quatre membres, cet état de mutisme et de passivité absolue.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. — Liquide intra-arachnoïdien, quelques cuillerées. Œdème sous la pie-mère; hydropisie ventriculaire *ex vacuo* comme chez beaucoup de vieillards. Ici l'abondance du liquide (3/4 de verre) est peut-être expliquée par l'atrophie du lobe antérieur, qui apparait de suite dès qu'on a enlevé le cerveau de la boite.

Méninges normales et facilement enlevables dans les lobes occipitaux, pariétaux, sphénoïdaux.

Dans les deux lobes antérieurs, l'ablation de la pie-mère est quelquefois accompagnée de celle d'une membrane blanche faisant partie évidemment des circonvolutions, mais cela ne ressemble pas aux adhérences de la paralysie générale; du reste, avec un peu de soin, on énuclée parfaitement la pie-mère sans rien enlever des circonvolutions. Alors on trouve celles-ci atrophiées, plus petites, recouvertes de cette membrane plissée sur elle-même. Qu'est-ce que cette enveloppe? En la soulevant, elle a la forme d'une circonvolution. Elle circonscrit entre elle et la circonvolution résorbée un espace que la substance corticale du cerveau avait dû remplir autrefois; sur ses bords elle se continue directement avec la couche la plus superficielle de la circonvolution. En somme, cette membrane friable, légèrement adhérente par sa face externe avec la pie-mère, en rapport par sa face interne et tomenteuse avec la cavité qui la sépare de la circonvolution atrophiée, continue sur ses bords avec la substance la plus superficielle des circonvolutions, n'est autre que cette même membrane composée de tissu conjonctif pauvre en cellules, qui se trouve plissée, vidée de la substance grise par le fait de l'atrophie de la circonvolution dont elle mesurait les dimensions à l'état sain.

Cette lésion, que je vois pour la première fois, occupe les deux lobes antérieurs, c'est-à-dire première, deuxième, troisième circonvolutions frontales, ainsi que la face interne des lobes antérieurs, respecte la circonvolution frontale ascendante, pariétale ascendante, le lobe paracentral; quant aux autres circonvolutions, elles sont saines, sauf la pariétale *inférieure* droite. Etat sain des circonvolutions marginales de la scissure de Rolando et des autres circonvolutions.

Les artères ne sont athéromateuses en aucun point.

Celles qui correspondent aux points malades sont atrophiées, diminuées de moitié, paraissent cependant perméables.

Ce sont les frontales externes et les rameaux de la cérébrale antérieure qui vont à la face interne du lobe antérieur (lobe

Digitized by Google

paracentral indemne) et ceux qui se rendent à la première et deuxième frontales antérieures ; les artérioles de l'espace perforé antérieur sont très-volumineuses.

Cette observation paraît intéressante, car du rapport de certains symptômes à la présence de certaines lésions en des points déterminés, on peut conclure à leur localisation.

Ainsi, atrophie du lobe antérieur correspondant à la perte de la parole (3e circonvolution gauche), à l'absence d'idées volontaires, de spontanéité, de désirs traduits par un geste. En l'absence de langage, l'aphasique demande par signes ; ce malade n'en faisait pas le moindre. Etat sain des circonvolutions marginales de la scissure de Rolando ; faculté motrice conservée, le malade résistait, et marchait continuellement.

La sensibilité conservée est en rapport avec l'intégrité des lobes occipitaux.

Quant au genre de lésion, ce n'est pas un ramollissement ; il semble plutôt qu'elle consiste en une diminution de volume une atrophie en rapport avec la petitesse des artères qui s'y rendent. La lésion toutefois est superficielle, corticale.

38. Enchondrôme de la parotide ; par M. le Dr Reverdin, de Genève.

B. Al..., 23 ans, commis. Ce jeune homme présente une tumeur de la région parotidienne dont le début remonte à 18 mois environ.

Rien dans les antécédents ne se rapporte à la maladie actuelle ; il n'a reçu aucun coup sur la région, et ne se souvient pas d'avoir eu les oreillons ; sujet aux maux de dents, il s'en est fait arracher 3 ou 4 ; cependant la mâchoire supérieure et l'inférieure sont au complet du côté droit (côté affecté) sauf les dents de sagesse non encore poussées. Il est depuis assez longtemps dur d'oreilles, de l'une comme de l'autre. Pas de maladies vénériennes, sauf une blennorrhagie contractée il y a deux ans et non suivie d'orchite. A sa connaissance, personne dans sa famille n'a eu de tumeurs, ni dans cette région, ni dans d'autres.

Début de la maladie il y a 18 mois environ, sans cause apparente, par la formation d'une grosseur très-dure, du volume d'une grosse noisette, située immédiatement en arrière et au-dessus de l'angle de la mâchoire à droite, au-dessous de l'oreille.

Cette tumeur a augmenté de volume sans occasionner ni gêne, ni douleurs, et sans amener ni amaigrissement, ni altération quelconque de la santé ; l'appétit s'est bien conservé. La tumeur à peu près stationnaire pendant 10 mois

Digitized by Google

environ, a pris depuis lors une marche plus rapide. Depuis quelque temps le malade sent qu'il s'y produit une sorte de gros craquement quand il tourne la tête ; le craquement ne se produit pas dans les mouvements de mastication.

En examinant le malade, je constate l'existence d'une tumeur de la région parotidienne droite ; elle fait saillie surtout au-dessous et en arrière du lobule de l'oreille et s'étend également un peu en avant sur la branche montante du maxillaire inférieur ; cette tumeur forme des lobules gros comme de fortes billes à la surface ; l'un d'eux soulève un peu le lobule de l'oreille ; un autre est situé en arrière, il est plus volumineux ; un troisième plus étalé, plus large, moins arrondi, recouvre la branche montante. Ces lobules forment la partie extérieure et saillante d'une tumeur qui paraît assez volumineuse et qui s'enfonce derrière le bord postérieur de la mâchoire inférieure. Cette tumeur paraît cependant mobile sur les parties profondes ; la peau parfaitement intacte est mobile sur la tumeur.

La consistance des différentes parties de la masse est d'une dureté égale ; cette consistance à la fois très-dure et élastique est celle du cartilage. De plus et ceci me paraît un signe important, on produit artificiellement ce craquement dont parle le malade ; pour cela il suffit de faire basculer la tumeur en dehors par une pression sur son lobe postérieur, puis de rabattre la tumeur sur le maxillaire en reportant la pression sur le lobe sous-auriculaire ; le craquement qui se produit alors rappelle en petit celui d'une luxation qu'on réduit. Ce phénomène ne pourrait, je pense, se produire que dans le cas de tumeur osseuse ou crétacée, ou dans celui de tumeur cartilagineuse ; il me paraît donc important à noter ; car il serait pathognomonique dans les cas où on le rencontrerait, si ma supposition se vérifie. Ce craquement se produit-il par le jeu de deux des lobules l'un sur l'autre ou par le choc de la tumeur sur la branche montante ? L'examen de la pièce a montré que la seconde hypothèse était la bonne.

Disons pour compléter qu'on ne rencontre dans le voisinage aucun ganglion engorgé, qu'il n'y a aucune douleur ni spontanée, ni à la pression.

Le diagnostic porté fut : Enchondrôme de la parotide, variété sous-auriculaire ; cette variété n'est pas la plus commune d'après les auteurs ; dans ce cas, la tumeur empiétait bien aussi en avant, mais sa masse principale soulevait le lobule de l'oreille ; un gros lobule se trouvait un peu en arrière de l'oreille. Vu la consistance égale, la dureté de la tumeur, je pensais avoir affaire à un enchondrôme pur et

Digitized by Google

non à l'une de ces tumeurs mixtes si communes dans la parotide et dans le testicule.

www.libtool.com.cn

Je pratique l'extirpation de la tumeur le 24 novembre 1875; je passe sur les détails, mais je note la difficulté assez grande de l'énucléation; le tissu cellulaire qui enveloppe la tumeur est très-solide, très-résistant; quelques fibres du sterno-mastoïdien sont enlevées avec la tumeur. Je n'ai aperçu ni nerfs, ni vaisseaux importants. Immédiatement après l'opération, la moitié droite de la lèvre supérieure est paralysée; le soir la mobilité est revenue; il n'y avait probablement que contusion d'un filet du facial; le lobule de l'oreille et la partie inférieure de l'hélix ne sont plus sensibles, et la perte de sensibilité persistait encore le 22 janvier 1876. Ces parties ont été longtemps le siége de gonflement et d'une éruption pustuleuse peut-être due aux pansements (glycérine phéniquée). La réunion par première intention échoua. Néanmoins, le 21 décembre 1875, la cicatrisation était complète.

Examen de la tumeur.

La tumeur a le volume d'un œuf de poule; elle est lobulée à sa surface; les bosselures ont le volume de billes de collégiens : une petite partie du muscle sternomastoïdien a été réséquée avec la tumeur à laquelle il adhérait assez fortement.

La tumeur est du reste parfaitement entière; elle est dure et élastique. Sur la coupe elle est formée d'un tissu blanc, homogène, criant sous le scalpel, présentant toutes les apparences du cartilage; ce tissu est cependant moins dur et plus humide que celui des cartilages articulaires, sa cassure qui est possible est grenue, anfractueuse; on distingue des parties plus blanches, d'autres plus jaunâtres sous forme d'îlots.

A l'intérieur de la masse aucune ligne de séparation correspondant aux lobules extérieurs, on ne voit pas de vaisseaux sanguins apparents sur la coupe.

A l'état frais, l'examen microscopique fait reconnaître une substance fondamentale hyaline assez souvent striée, les stries parallèles forment des sortes de faisceaux courbes; dans cette substance hyaline sont contenues des corpuscules de forme irrégulière, que l'iode teint en jaune brun : quelques-uns sont arrondis ou ovalaires; la plupart sont ramifiés à deux ou trois prolongements; quelques-uns paraissent s'anastomoser. L'examen microscopique confirme le diagnostic : enchondrôme, ajoutons, à cellules ramifiées, ce qui classe cette tumeur dans une des variétés les moins communes.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

39. Pneumonie caséeuse double. Anomalie du poumon droit; par M. GOLAY, interne des hôpitaux.

L. D., 20 ans, journalière, est entrée à l'hôpital Beaujon, service de M. Matice, suppléé par M. Lépine, le 21 février 1876.

Cette jeune fille jouissait habituellement d'une bonne santé. On ne trouve pas d'antécédents tuberculeux dans sa famille et elle ne présente elle-même aucun des signes rationnels ou physiques de la tuberculose pulmonaire.

Depuis quelque temps, elle était employée à des travaux au-dessus de ses forces; elle était surmenée et se sentait continuellement fatiguée.

Il y a trois semaines que cette jeune fille a contracté une légère bronchite, puis depuis 8 jours il s'y est ajouté une angine et de l'enrouement. Malgré cela, elle continue son travail. Il y a quatre jours, c'est-à-dire le 18 février, elle a ressenti un frisson assez intense, bientôt suivi de malaise général, de céphalalgie, d'étourdissements, de courbature générale, de faiblesse extrême dans les membres. La respiration est devenue très gênée, la toux a augmenté et l'appétit a disparu. Ces phénomènes se sont en outre accompagnés de diarrhée, d'une épistaxis, de vomissements alimentaires et d'agitation la nuit.

Le lendemain, 19 février, nouvelle épistaxis; les vomissements sont devenus bilieux et se sont répétés tous ces jours derniers.

Le 20 février elle a ressenti une douleur sous le sein droit.

21 février. La malade à son entrée à l'hôpital, se plaint d'anorexie, de diarrhée, de céphalalgie, d'étourdissements et d'une douleur du côté droit de la poitrine au-dessous du sein. La malade est abattue. Le visage est pâle. La langue est recouverte d'un enduit jaunâtre épais.

L'abdomen un peu météorisé est légèrement douloureux à la pression dans toute son étendue; on sent un peu de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

La toux est fréquente; la malade rend des crachats aérés, non visqueux, non adhérents au fond du vase et mélangés depuis la veille seulement de sang rouge et liquide.

En examinant la poitrine, nous constatons:

En arrière, de la submatité à la partie moyenne du poumon droit avec conservation normale des vibrations thoraciques; des râles crépitants fins et du souffle à la partie moyenne du même poumon; pas de bronchophonie manifeste.

Nous ne constatons rien d'anormal dans le poumon gauche, En avant; quelques râles sonores de bronchite sous les clavi-

Digitized by Google

cules. Urines chargées, non albumineuses. Temp. vaginale 40°. 8 ; P. 120 ; Resp. 35.

23. Même état.—Potion avec 100 gr. de rhum; infusion d'ipéca. *Matin* T. V. 41°. — P. 114. *Soir*. T. 41° 5; P. 120; Resp. 36.

24. La malade a été très agitée la nuit dernière.

Ce matin, son visage paraît normal, un peu coloré et l'on observe quelques soubresauts des tendons dans les membres supérieurs. On ne constate pas de modification bien sensible des signes fournis par l'auscultation. Potion avec 100 gr. de rhum et sulfate de quinine, 1 gr. 50. On supprime l'ipéca.

Matin, T. v. 41°6; P. 125; R. 32.— *Soir*, T. 41°; P. 116; R. 34.

25. Gêne considérable de la respiration. Les crachats sont peu abondants, toujours spumeux et non adhérents; on n'y rencontre plus de sang.

La langue est blanche et un peu sèche. La malade est si faible qu'on ne peut la faire asseoir pour l'ausculter. On porte à 2 gr. la dose de sulfate de quinine. *Matin*, T. 41°, 8. *Soir*, 41°, 5.

On trouve ce matin la malade les yeux fermés et plongée dans un état de prostration considérable. Elle a déliré toute la nuit, son visage est blanc et bleuâtre par places; sa respiration est très-accélérée; des râles trachéaux sont entendus à distance.

Au niveau de la région sacrée s'est produite depuis hier une plaque bleuâtre large comme une pièce de 1 franc.

26. T. 42°; P. 140 très-mou; Resp. 32.

Grand vésicatoire à droite, potion au rhum, sulfate de quinine 2 gr.

La malade meurt dans l'après midi.

28. Autopsie. — *Cœur* : Gros caillots fibrineux dans le cœur droit s'enlevant facilement par de légères tractions; d'autres caillots plus petits occupent le cœur gauche. Rate un peu volumineuse. Foie, cerveau, intestin normaux. *Poumon droit.* Il n'a que deux lobes. Nous signalons en passant cette anomalie qui est très-rare, puisqu'elle n'est signalée dans aucun ouvrage d'anatomie. La scissure interlobaire unique y présente la même disposition que dans le poumon gauche. Ce poumon présente un foyer de pneumonie qui, par ses caractères extérieurs, paraît avoir pris naissance à sa partie moyenne et centrale, immédiatement au-dessus de la scissure interlobaire. De ce foyer central, le tissu hépatisé s'étend sous forme de deux prolongements cylindriques de 5 cent. de diam. environ, directement vers la surface du poumon. L'un d'eux se dirige en avant, l'autre en haut vers la partie externe du sommet. Le tissu pulmonaire au niveau du foyer est blanchâtre et même jaunâtre par places. Il paraît

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

évident à M. Lépine que les exsudats ont passé à l'état caséeux, ce que du reste l'examen histologique a confirmé comme nous le verrons un peu plus loin. La limite du tissu enflammé, nettement découpée et rectiligne, contraste fortement avec la rougeur foncée des parties voisines. Cependant le prolongement supérieur est limité en dehors par une ligne un peu sinueuse. Les granulations sont peu marquées; le tissu est dur, consistant et va au fond de l'eau.

Dans le lobe inférieur du même poumon, on trouve çà et là quelques foyers isolés de pneumonie sous forme de petits noyaux arrondis et présentant le même aspect caséeux.

Poumon gauche. On y trouve un foyer de pneumonie plus petit que celui du poumon droit et présentant les mêmes caractères de caséification mais à un degré moins avancé. Ce foyer occupe la partie la plus postérieure et la plus inférieure de l'organe. Cette pneumonie gauche manifestement plus récente que celle du poumon droit, n'a sans doute passé inaperçue pendant la vie que grâce à l'état de prostration dans laquelle la malade était plongée les derniers jours de sa vie et l'impossibilité où nous étions de l'ausculter. On ne trouve pas trace de granulations tuberculeuses dans les sommets.

Examen histologique. — Notre collègue Raymond a eu l'obligeance d'examiner attentivement au microscope différentes parties du tissu pulmonaire malade. Voilà le résultat de cet examen fait sur des coupes. Après durcissement convenable, les préparations étant colorées par le picro-carminate, on note :

1° La présence de granulations graisseuses très abondantes qui remplissent, en les distendant, les alvéoles pulmonaires.

2° Outre ces granulations graisseuses, il existe çà et là des débris d'épithélium et de petits éléments nucléaires.

3° On peut, avec le pinceau, chasser des alvéoles toutes les granulations ; on voit alors que les parois alvéolaires ne sont pas modifiées dans leur structure.

4° Nulle part on ne rencontre d'amas de granulations nucléaires comme dans les dépôts tuberculeux.

M. Charcot. Les masses supposées caséeuses ont une coloration jaune qu'il n'est pas très habituel d'observer et qui les fait ressembler aux figures dans lesquelles Lebert a fait représenter ce qu'il a décrit sous le nom d'hépatisation jaune ; en outre elles sont, quoique multiples, plutôt lobaires que lobulaires ce qui constitue une anomalie.

Digitized by Google

40. Brûlure étendue. Stéatose du foie. Thrombose des veines du membre inférieur (*Rapport sur la candidature de M. Coustou au titre de membre correspondant*) ; par M. PLANTEAU.

Dans le courant du mois d'octobre dernier, M. Coustou vous présentait des pièces provenant d'un malade mort dans le service de M. Verneuil à la suite d'une vaste brûlure du tronc, Ce malade, jeune et robuste, résista d'abord sans trop de peine à la suppuration, puis il s'épuisa peu à peu et finit par succomber au 43e jour de son accident, après avoir présenté depuis trois jours un œdème considérable du membre inférieur gauche; à l'autopsie, on trouva les poumons extrêmement congestionnés, un foie énorme (il pesait 2 kilog. 450 gr.), présentant à la périphérie du lobule un commencement de dégénérescence graisseuse; les veines profondes de la jambe, la fémorale et l'iliaque externe étaient oblitérées par un caillot fibrineux qui les remplissait complétement.

Deux choses dans cette présentation devaient éveiller l'attention : l'altération du foie, la coagulation sanguine; on devait, en effet, se demander devant ce foie énorme, si on n'avait pas affaire à une de ces lésions rapides, aiguës, qui surviennent si souvent et qu'on a décrites dans l'érysipèle, dans les suppurations prolongées, alors surtout que ces suppurations sont dues à une affection osseuse; quelques observations recueillies dans les auteurs, semblent démontrer qu'il en est de même dans la brûlure; au début, c'est une congestion intense du foie, puis, si le malade arrive à la période de suppuration, la dégénérescence graisseuse se montre. Dupuytren, bien que ne s'y arrêtant pas, en cite trois cas dans ses cliniques; Wilks (1), de son côté, en donne deux nouveaux cas; cette lésion fut enfin rencontrée chez trois des brûlés qui succombèrent à la suite de l'incendie du bagne flottant le *Sante-Piétré* (2). Chez le malade qui faisait le sujet de cette communication, la brûlure semble avoir été la seule cause à laquelle on puisse rapporter cet état graisseux du foie; les antécédents font repousser l'alcoolisme, la scrofule; les organes du malade ne présentaient pas trace de tuberculose.

La coagulation sanguine à distance dans la brûlure, a déjà été signalée par quelques auteurs; Wilks, dans le travail déjà cité, dit avoir fréquemment trouvé des concrétions sanguines dans divers organes et principalement dans les veines;

(1) WILKS. *Guy's Hospital Reports*, et Archives de médecine, mai 1861.
(2) Dr OLLIVIER. Archives de médecine navale, III, 334.

Digitized by Google

chez un autre brûlé, couché dans la même salle que celui qui fait le sujet de cette observation, et à quelques lits seulement de distance, le même phénomène se produisit; dans ce second cas, la thrombose veineuse s'accompagna d'une réaction fébrile intense, tandis que dans le premier cas, elle était survenue insidieusement, sans se traduire par aucun phénomène d'excitation ; il est vrai que le malade était tellement épuisé et tellement abattu, que l'absence de réaction peut facilement être mise sur le compte de l'état général.

Dans le courant de l'année dernière, M. Duret (1) avait eu l'occasion d'observer un malade qui, à la suite d'une brûlure assez étendue du thorax et du bras, avait eu des phénomènes d'hémiplegie et d'hémianesthésie passagères, qu'il ne put rattacher qu'à une embolie de l'artère sylvienne à son origine. Pour expliquer ces phènomènes si bizarres, M. Duret se basait sur les travaux de Wilks, et sur un mémoire de M. Baraduc (2) dans lequel l'auteur recherche les causes de la mort dans les brûlures étendues. Comme Wilks, M. Baraduc est amené par deux observations rigoureusement analysées, à admettre une altération du sang, le rendant plus apte à se coaguler, et il en cherche l'explication : au moment de la brûlure, une grande quantité de sérum serait enlevée au sang qui deviendrait ainsi plus épais, et aurait par conséquent plus de tendance à se coaguler. Or, le malade de M. Duret était alcoolique et la fréquence des altérations des parois artérielles dans l'alcoolisme jointe à l'altération du sang, explique parfaitement la formation de cette thrombose. Chez les deux malades de M. Coustou, c'est dans les veines que se sont faites les thromboses, mais on sait combien il est rare de trouver absolument saines les veines profondes de cette région ; le contact d'un sang épaissi avec la paroi interne des veines variqueuses, aura suffi pour déterminer un accident auquel le malade aurait probablement échappé, sans la brûlure qui était venue enlever au sang une notable quantité de son sérum, et le rendre ainsi plus facilement coagulable.

41. Elections.

A la suite de cette lecture et d'un rapport de M. Deffaux sur la candidature de M. Ladmiral, MM. Coustou et Ladmiral sont élus membres correspondants.

(1) H. Duret. *Gazette médicale de Paris*. 21 janvier 1876, et Société de biologie.

(2) H. Baraduc. —Des causes de la mort à la suite des brûlures superficielles et des moyens de l'éviter. — Paris, 1862.

Digitized by Google

43. Kyste multiloculaire de l'ovaire, sans adhérences ; suppuration après injections d'eau ; par L. SAINT-ANGE, interne des hôpitaux.

www.inbook.com.cn

V. A., 25 ans, entre à la Maison de Santé (service de M. Marc Sée) le 1er février 1876. Cette malade présente une tumeur abdominale considérable, fluctuante dans la plus grande partie de son étendue. Le début de son affection remonte au mois d'août 1874. A cette époque, à la suite d'une grossesse qui ne présenta rien d'anormal, elle s'aperçut de l'existence au côté droit de l'abdomen d'une petite tumeur. Cette tumeur acquit rapidement un volume assez considérable, sans s'accompagner d'ailleurs de symptômes subjectifs bien accusés. La menstruation était régulière : il existait à peine quelques douleurs à l'époque des règles. Les fonctions digestives n'étaient nullement troublées, et l'état général ne cessait pas d'être satisfaisant. Toutefois, le développement de plus en plus considérable du ventre finit par inquiéter la malade. Une ponction fut pratiquée à l'hôtel Dieu de Lyon, au mois d'octobre 1875, par M. Chavannes, qui retira dix-huit litres d'un liquide de couleur chocolat, de consistance visqueuse. Cette opération fut sans résultat durable. Le liquide se reproduisit rapidement et la tumeur reprit son volume primitif. La malade vint à Paris au mois de janvier 1876 et se livra aux soins d'un médecin qui pratiqua une seconde ponction, laquelle donna encore issue à un liquide visqueux. Afin de faciliter la sortie de ce liquide, une injection d'eau très-probablement, fut faite dans la tumeur. A partir de ce moment, on vit se développer des accidents très-graves : douleurs abdominales extrêmement vives rendant l'exploration presqu'impossible, vomissements répétés de matières bilieuses, abattement général, dyspnée très-pénible; altération des traits, amaigrissement, pouls petit et très-fréquent, température élevée, surtout le soir (38°,5). Tous ces symptômes indiquaient que la tumeur s'était enflammée et que du pus se formait. Elle avait, d'ailleurs, très-rapidement repris son volume, et les effets de la ponction avaient été à ce point de vue des plus passagers.

Alarmée de son état, la malade entra à la Maison de Santé. Outre les symptômes généraux que nous venons d'énumérer, nous constatons à l'exploration directe, que la tumeur abdominale était fluctuante dans la plus grande partie de son étendue et que la sensation du flot se transmettait facilement dans les points les plus éloignés ; toutefois, à la partie supérieure à droite, immédiatement au-dessous du foie, il exis-

Digitized by Google

tait une tumeur de consistance solide, du volume d'une rate normale, nettement séparée de l'organe hépatique. Les intestins étaient refoulés à la partie supérieure et en arrière : la percussion produisait un son tympanique que dans un espace très-restreint. Au toucher vaginal, on constatait que l'utérus était porté en avant et en haut. Mentionnons en outre la forme acuminée du ventre, tout-à-fait caractéristique, et le développement des veines abdominales. Le diagnostic ne pouvait être douteux : on avait affaire à un kyste multiloculaire présentant une partie très-volumineuse en voie de suppuration, et au moins une seconde partie à parois très-consistantes. Toute intervention était contre indiquée en présence de l'état général si grave de la malade : on ne pouvait qu'attendre la rémission des accidents qui étaient venus compliquer l'affection. Toutefois, la dyspnée croissante força M. Sée à pratiquer, le 21 février, une ponction à l'aide d'un appareil spécial imaginé par M. Terrier, et qui est un appareil aspirateur de Potain sous de plus grandes dimensions. Cette ponction donna issue à quinze litres de liquide non visqueux, évidemment purulent. La dyspnée ne s'amenda qu'en partie. La température baissa considérablement et arriva à la normale (37°) ; mais l'abattement devint chaque jour plus grand, les vomissements ne perdirent rien de leur fréquence, du hoquet survint; le pouls devint de plus en plus faible, et la malade, arrivée aux dernières limites de l'émaciation, mourut le 28 février, un mois après la ponction.

A l'AUTOPSIE nous avons constaté l'existence d'un kyste multiloculaire absolument libre d'adhérences sur toute son étendue, sauf en un point très-limité où on est obligé de sectionner l'épiploon. Pédicule assez mince aux dépens du ligament large du côté droit, poche principale très-volumineuse, à parois épaisses de cinq millimètres, traversée par des travées aplaties, vestiges de cloisons détruites. La paroi antérieure est épaissie par places, où elle contient de petits kystes du volume d'une amande renfermant un liquide visqueux. La paroi postérieure contient des poches beaucoup plus volumineuses et dont deux atteignent le volume d'une tête de fœtus : une de ces poches occupe le petit bassin. La tumeur solide du côté droit n'est effectivement qu'une poche à parois extrêmement épaisses et à contenu gélatiniforme. L'utérus et l'ovaire gauche sont sains.

Cette observation nous a paru intéressante : 1° au point de vue anatomo-pathologique : nous avions en effet un kyste multiloculaire exempt d'adhérences et dont l'extraction eut été relativement facile; 2° Au point de vue thérapeutique : c'est à la suite d'injections d'eau dans le kyste que sont sur-

Digitized by Google

venues l'inflammation et la suppuration de ce dernier, avec des phénomènes réactionnels tellement graves qu'ils ont pu rendre toute intervention impossible et entraîner la mort.

43. Gravelle phosphatique ; fongus de la vessie ; par LANGLEBERT, interne des hôpitaux.

R.... d'origine italienne, âgé de 65 ans, voyageant pour son commerce, est entré à la Maison de santé au commencement du mois de décembre 1875 pour se faire soigner d'une gravelle dont il souffrait depuis plus d'une année.

Le malade se plaint d'envies très fréquentes d'uriner et de douleurs assez vives accompagnant la miction; les urines pâles répandent une odeur ammoniacale et laissent déposer une couche épaisse de muco-pus ; enfin de petits graviers formés de phosphate de chaux du volume d'un grain de chènevis environ et d'une coloration grisâtre sont expulsés de temps en temps, mais quelques-uns de ces calculs plus volumineux que les autres, ayant à peu près la grosseur d'un pois, restent engagés pendant quelques jours dans le canal de l'urèthre et y provoquent de vives douleurs; on peut sentir un de ces calculs au niveau du sommet de la courbure antérieure de l'urèthre en promenant le doigt le long de ce canal.

Le cathétérisme est très-douloureux surtout au niveau des points où des calculs séjournent dans l'urèthre ; vers le col de la vessie on perçoit une sensation de frottement contre un corps dur qui est évidemment un calcul. Des injections d'eau sont poussées dans la vessie qui se contracte très-rapidement et ne peut admettre qu'une faible quantité de liquide; enfin, bien que, assez souvent, le cathétérisme amène un léger écoulement de sang, il n'y a jamais eu d'hématurie.

L'état du malade ne tarda pas à s'aggraver : aux envies fréquentes d'uriner succéda une véritable incontinence et à la fin de janvier une vive douleur commença à se faire sentir dans la région lombaire et en particulier du côté gauche, d'où elle s'irradia dans tout le membre inférieur correspondant. L'amaigrissement se fit très rapidement et bientôt il y eut de la diarrhée, une perte complète des forces et de l'appétit.

Le 1er mars cet homme tomba dans un état de torpeur, de sommeil presque continuel, d'où il ne sortait que pendant quelques moments recouvrant alors toute son intelligence; les douleurs étaient toujours fort vives et le moindre mouvement imprimé à la jambe gauche lui arrachait des cris; enfin la mort arriva le 7 mars.

AUTOPSIE *le 8 mars*.—La vessie est occupée par des fongosités, les unes petites forment des mamelons sur les parois, les au-

Digitized by Google

tres très-volumineuses, arborescentes, la remplissent presque complétement ; elles sont molles, très-friables, d'une coloration grisâtre et le moindre effort suffit pour rompre leur pédicule qui est généralement assez étroit ; un courant d'eau qu'on fait passer dans la cavité vésicale qui est baignée de pus détache plusieurs de ces fongosités. Parmi ces tumeurs fongueuses on en remarque deux ayant chacune au moins le volume d'une noix ; elles sont implantées par un pédicule étroit sur la paroi postérieure, leur consistance est un peu plus ferme que celle des autres fongosités.

Les parois vésicales sont hypertrophiées; sur une coupe on peut constater que la muqueuse a environ une épaisseur double de celle qu'on observe à l'état normal ; elle est très-friable et se laisse facilement arracher.

La tunique musculaire est aussi un peu hypertrophiée et forme au-dessous de la muqueuse des brides légèrement saillantes.

Au col de la vessie, on constate la présence d'un calcul de phosphate de chaux, ayant la forme et le volume d'une noisette coupée en deux; il est logé dans une dépression circulaire formée par une ulcération de la muqueuse ; cette loge communique avec un enfoncement dans lequel on peut facilement introduire le doigt et qui est creusé dans le lobe droit de la prostate qui, du reste, n'est pas hypertrophiée, si ce n'est légèrement du côté malade.

La muqueuse uréthrale est extrêmement friable et se laisse déchirer aux moindres tiraillements.

Le rein droit est sain.

Le rein gauche est au moins doublé de volume, en l'ouvrant il s'échappe un flot de pus du bassinet qui est dilaté ainsi que l'uretère correspondant.

On ne trouve aucun calcul dans les reins.

44. Cysto-sarcôme du périnée chez un nouveau-né, par MM. DÉJERINE et HUGONNEAU, internes des hôpitaux.

Cette tumeur du volume d'une tête d'adulte était implantée sur le périnée et la face interne des cuisses, elle présentait un aspect mamelonné. Plus dure par places, elle donnait au doigt la sensation d'une fausse fluctuation. Sa surface externe était formée par la peau avec sa coloration normale, parcourue cependant par des veines nombreuses et dilatées. En ouvrant la tumeur on vit qu'elle consistait, en partie, en une vaste poche, remplie d'un liquide séro-sanguinolent, riche en albumine. Les parois de cette poche formées par un tissu lardacé, présentaient, disséminées dans leur épaisseur,

Digitized by Google

des vacuoles contenant un liquide d'apparence puriforme, qui au microscope donnait les caractères du tissu embryonnaire.

Ces parois étaient en même temps recouvertes de bourgeons assez volumineux, faisant saillie dans la cavité de la tumeur. Ils étaient formés par des cellules embryonnaires, exactement semblables à celles qui constituent le sarcôme à petites cellules.

La tumeur ne présentait aucune trace de communication avec le canal rachidien. A l'ouverture de ce canal on constate une hémorrhagie, dans toute son étendue siégeant entre la dure-mère et les parois osseuses.

Cet enfant est venu au monde mort, mais à terme. Il s'est présenté par le siége, la tumeur est sortie la première et l'accouchement s'est fait rapidement.

La mère jouit d'une santé parfaite; c'est sa seconde couche, son premier enfant vit et est très-bien conformé.

M. Houel.— Dans une pièce analogue étudiée par M. Rayer la tumeur était un spina bifida et l'on trouva dans ses parois des éléments de la moelle.

M. Després. Certaines tumeurs analogues sont des monstruosités par accolement, des fœtus parasitaires atrophiés; un exemple de ce genre a été présenté à la Société de chirurgie.

M. Longuet. Arndt a observé une tumeur tout-à-fait comparable à celle-ci à la région sous-maxillaire.

M. Rendu. M. Duplay a publié dans les *Archives* une revue sur les tumeurs fœtales ano-coccygiennes.

45. Tuberculose généralisée. — Tubercules des voies urinaires; par M. Poisson, interne des hôpitaux.

Cette femme entre dans le service avec les symptômes d'une cystite intense dont il est assez difficile de préciser la nature. Toutefois depuis un an, elle a ressenti, à différentes reprises, des douleurs très-vives dans la région lombaire droite et a rendu quelques graviers; c'est à partir de cette époque que la miction est devenue plus fréquente, douloureuse et que l'urine s'est altérée.

La vessie est explorée, mais on n'y trouve aucun gravier ni rien d'anormal; on pratique des injections émollientes.

Peu de jours après son entrée à l'hôpital, la malade est prise d'érysipèle à la face, érysipèle intense qui gagne le cuir chevelu et ne s'arrête qu'au bout de 10 ou 12 jours.

Digitized by Google

A la suite de cet érysipèle, la malade ne se rétablit pas franchement; elle est prise d'oppression, de toux, expectore des crachats abondants. L'auscultation révèle dans la hauteur des deux poumons des râles sous-crépitants fins et abondants. En même temps le ventre se météorise considérablement et devient douloureux; il survient un peu de diarrhée, des sueurs nocturnes, un amaigrissement rapide, chaque soir, la malade est prise de fièvre qui ne cesse qu'au matin. L'ensemble de ces symptômes fait penser à une tuberculisation aiguë généralisée.

Les choses étaient dans cet état depuis environ trois semaines, quand le mercredi 9 mars, la malade meurt subitement. — La religieuse du service l'avait visitée dans le cabinet qu'elle occupait dix minutes auparavant; quand elle revint, la malade était morte.

Autopsie. — Les poumons sont farcis de tubercules; les uns miliaires, les autres à l'état caséeux; nulle part il n'existe de cavernes. Les poumons sont refoulés par le météorisme abdominal et la cavité thoracique se trouve singulièrement diminuée. — Dans le péricarde nous trouvons un verre environ de sérosité sans trace d'inflammation; enfin le cœur est graisseux. On s'explique dans ces conditions la mort subite par syncope.

Le péritoine est littéralement couvert de granulations miliaires, abondantes surtout au niveau du mésocôlon et des culs de sac recto et vésico-utérin. Mais les lésions les plus intéressantes sont celles des voies urinaires.

Le rein droit se présente avec un volume considérable; ses dimensions dépassent certainement d'un tiers les dimensions normales. La capsule est considérablement épaissie et, quand on l'enlève, on trouve la surface de l'organe bosselée, irrégulière.

La coupe nous offre de vastes foyers tapissés par la matière caséeuse et contenant un liquide épais et grumeleux. Le tissu rénal a presque complétement disparu et là où il existe encore, il est pâle, anémié; çà et là apparaissent quelques granulations miliaires, dures et transparentes.

L'uretère du même côté, gros comme le petit doigt, est remarquable par l'épaisseur de ses parois; à la face interne existent quelques rares granulations dont la nature tuberculeuse est beaucoup moins évidente que dans le rein.

La vessie, nous offre de nombreuses ulcérations, la plupart superficielles.

Dans les points où la muqueuse n'est pas dénudée, elle est d'un rouge vif et dans plusieurs points nous retrouvons les granulations miliaires dont les caractères sont très-nets.

Digitized by Google

Les autres organes ne nous offrent rien de particulier à noter.

www.libtool.com.cn

46. Cirrhose atrophique du foie, avec ictère chronique ; par M. Delaunay, interne des hôpitaux. (Examen histologique par M. Gombaut.)

L. E., 47 ans, gantier, est entré à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Rigal, le 22 janvier, avec les symptômes d'une cirrhose assez avancée. Il était malade depuis 8 mois environ et jusqu'à cette époque il n'avait jamais eu aucune autre maladie grave.

On ne retrouve pas de trace de syphilis dans ses antécédents et l'alcoolisme est très-douteux : le malade ayant mené une vie assez régulière et ne présentant aucun des signes qu'on trouve en pareil cas.

Ce qui frappa d'abord notre attention ce fut l'intensité de la coloration ictérique.

Au dire du malade, et ses renseignements sont précis, c'est par l'ictère qu'a débuté l'affection. Pendant quatre mois la jaunisse est allée se prononçant de plus en plus sans qu'il ressentît aucun malaise, aucun autre symptôme susceptible de l'inquiéter. A ce moment survinrent des douleurs dans l'hypochondre droit, de l'amaigrissement et la perte lente des forces ; Il ne fut pas pour cela obligé de suspendre son travail qu'il a continué jusqu'à son entrée à l'hôpital. Il n'y a eu pendant tout ce temps ni vomissements, ni diarrhée, ni perte d'appétit.

A son entrée, on trouve un épanchement péritonéal très-appréciable sans que le malade se soit aperçu de l'augmentation de son ventre.

Le foie et les organes sont difficiles à limiter ; cependant une percussion attentive nous fait constater une diminution du foie et une augmentation assez considérable de la rate. Les veines de la paroi antérieure de l'abdomen sont manifestement plus volumineuses qu'à l'état normal. On ne trouve rien au cœur ni dans les autres organes.

Mais ce qui frappe surtout, c'est l'intensité de l'ictère, et il dure depuis 8 mois. Depuis 4 mois sont survenues les douleurs mais elles ont toujours été légères.

A partir de l'entrée du malade à l'hôpital l'affection prit une marche plus aiguë ; l'épanchement augmenta rapidement et le 18 février en raison de la gêne respiratoire et de la distension de la paroi abdominale on se vit dans la nécessité de faire une ponction. On retira 7 à 8 litres de liquide, et, on put alors se convaincre que le foie était bien en effet diminué

Digitized by Google

de volume. La percussion pratiquée avec soin et plusieurs jours de suite par M. Rigal, donna pour la ligne axillaire une hauteur de 8 à 10 cent. de 6 à 8 pour la ligne mamelonnaire, et de 4 à 5 pour la ligne médiane.

La rate fut trouvée volumineuse et présentant à la percussion 15 à 18 cent. dans son grand diamètre, sur 8 à 10 dans le petit.

Le malade avait été pris de diarrhée dès les premiers jours de son entrée à l'hôpital et elle continua jusqu'à la mort qui arriva le 2 mars.

Dans les derniers jours de la vie, le malade tomba dans une somnolence continuelle dont il était assez difficile de le faire sortir. Il eut quelques épistaxis, d'ailleurs peu abondantes. Il n'y eut aucune autre hémorrhagie et pas le moindre symptôme du côté du système nerveux. A aucune époque il n'y a eu de fièvre ; la température a toujours été au-dessous de la normale.

AUTOPSIE. — Le foie a diminué de volume ; son poids était de 1,215 grammes. Son diamètre transversal mesurait 22 cent., l'antéro-postérieur 14. L'épaisseur était de 6 à 7 cent. Le foie était manifestement rétracté, surtout vers sa partie médiane ; la surface était mamelonnée, chagrinée et présentait quelques brides cicatricielles, pénétrant peu profondément dans l'intérieur de l'organe. Il adhérait intimement aux organes environnants, surtout au diaphragme. Certains points du foie paraissent au moins superficiellement beaucoup moins altérés ; notamment cette partie de la face supérieure située à l'union des deux lobes et une certaine étendue située à la partie inférieure de l'extrémité droite de l'organe. A la coupe, le tissu est ferme et crie sous le couteau dans les points rétractés ; mais, à une profondeur de deux à trois centimètres la consistance change absolument. Le tissu est ramolli et forme une véritable bouillie dans laquelle le doigt s'enfonce très-facilement. Il en est de même dans toute l'étendue des parties qui ne sont pas rétractées à la surface. Dans les parties superficielles et résistantes, la coloration est d'un blanc-jaunâtre ; jaune-verdâtre dans les parties profondes et ramollies.

Les voies biliaires : vésicule, canal cholédoque, canal hépatique et ses grosses divisions sont saines et perméables. Il en est de même de la veine porte. Aucune tumeur dans le voisinage du hile du foie.

La *rate* est ramollie et congestionnée ; très-aplatie et plus volumineuse qu'à l'état normal. Son poids est de 670 grammes. Reins congestionnés. Rien de particulier dans les autres organes.

Digitized by Google

L'examen histologique du foie a été fait par M. GOMBAUT, dans le laboratoire de M. Charcot.

www.libtool.com.cn

Les plaques qu'on remarquait à la surface du foie et qui lui donnaient l'aspect granuleux, sont constituées par un épaississement de la capsule fibreuse de l'organe.

On a vu que le foie, dans son ensemble, présentait deux portions bien différentes d'aspect, l'une corticale, formant une sorte d'enveloppe à la seconde et constituée par un tissu dense, résistant, de couleur blanc-jaunâtre; l'autre centrale, fortement coloriée par la bile, ramollie et presque diffluente en certains points. Dans l'une et l'autre portion, on constate sur les coupes l'existence d'une sclérose de l'organe, mais cette sclérose est plus prononcée dans la première que dans la seconde.

L'hyperplasie conjonctive n'affecte pas, du reste, de distribution régulière, elle est à la fois extra et intra-lobulaire. Elle se présente la plupart du temps, sous la forme de larges bandes constituées par de gros faisceaux de tissu conjonctif et limitant des îlots irréguliers de cellules hépatiques. Sur d'autres points, les lobules sont pour ainsi dire dissociés, et leurs cellules sont disséminées çà et là dans les espaces conjonctifs. Toutefois, sur certaines préparations, principalement au niveau de la zône corticale, le tissu scléreux est infiltré de nombreux éléments lymphatiques.

Les canaux biliaires sont manifestement altérés. La lumière de beaucoup de gros canaux paraît, sur les coupes transversales, complétement obstruée par des amas de cellules épithéliales, tandis que dans l'épaisseur des tractus fibreux, on constate la présence de nombreux canalicules dilatés, remplis de petits éléments cubiques et formant, dans certains points, de véritables réseaux.

Les cellules hépatiques étudiées, soit par dissociation, soit à l'aide des coupes, sont, pour la plupart, fortement colorées en jaune par la bile. Elles ne se colorent plus par le carmin et ne possèdent plus de noyau reconnaissable. Un grand nombre d'entre elles sont considérablement atrophiées et ne sont plus représentées que par un petit amas de granulations jaunes. Cette atrophie de cellules, porte principalement sur la portion centrale du foie, celle qui était jaune et ramollie.

Dans la zone corticale, au contraire, où la sclérose et la dilatation des canalicules biliaires sont plus prononcées, les cellules qui ont persisté sont moins profondément altérées et se colorent, pour la plupart, encore par le carmin.

En résumé : sclérose diffuse du foie; — catarrhe des gros canaux biliaires; — développement considérable, mais partiel, du réseau des canalicules; — atrophie et destruction

Digitized by Google

d'un grand nombre de cellules hépatiques, telles sont les principales lésions qu'a permis de constater l'examen microscopique.

Le Secrétaire,

G. HOMOLLE.

Erratum.

Page 200, au lieu de : *Séance du 3 mars* ; lisez : SÉANCES DE MARS.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

AVRIL.

Séance du 7 avril 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Fièvre typhoïde ; complication cérébrale, eschares, hyperesthésie, etc.; par le docteur COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Ech..., 26 ans, entré le 7 mars, lit n° 11, salle 24 (service de M. VILLEMIN), malade depuis 8 jours, présente les signes caractérisés d'une fièvre typhoïde. Son affection suit une marche assez régulière, comme le prouve la courbe thermométrique ; on remarquera seulement, la production d'une exacerbation fébrile de plus de un degré (au 17e et 24e jour), quand le malade, à la diète auparavant, reçoit du bouillon, et plus tard 120 grammes de vin de quina, c'est-à-dire des quantités très-faibles de nourriture.

L'*état général* resta relativement bon : pas de complication cardiaque ou pulmonaire, pas de symptômes cérébraux ; seulement, on constate, vers le 25e jour, l'existence d'un eschare au sacrum, encore peu étendue, et deux autres points légèrement escharifiés, au niveau des trochanters. La défervescence n'en continue pas moins : il y a 37° de température. Le 27 et le 28 avril, il commence à manger, et on le croyait guéri, quand surviennent brusquement, le 27 avril, des symptômes cérébraux qui augmentent les jours suivants. Le malade pousse des cris aigus, méningitiques, soit spontanément, soit dès qu'il est exposé à un choc, à une excitation quelconque ; sa face est de temps en temps le siége de soubresauts, de mouvements quasi convulsifs : les pupilles sont inégalement dilatées, la droite beaucoup plus large ; l'évacuation des matières fécales et de l'urine devient involontaire.

Enfin, la peau, sur toute la surface du corps, est considéra-

Digitized by Google

blement hyperesthésiée: la moindre pression, un pincement léger, ou même le simple contact, suffit pour provoquer des cris, et tous les symptômes d'une vive douleur, douleur que le malade accuse, du reste, subjectivement. Le contact d'un corps froid, ou la piqûre d'une épingle, est aussi très-douloureux en tous les points du corps. Il y a donc eu hyperesthésie considérable, surtout pendant les quatre ou cinq jours qui ont précédé la mort.

Or, en même temps, on constate la production d'*eschares multiples*, en différents points du corps; les eschares du sacrum et des trochanters sont devenues plus larges, sans cependant s'ulcérer, et il s'en est produit d'autres aux genoux, en différents points sur les pieds, et même au niveau du dos.

Malgré l'existence de troubles trophiques et sensitifs aussi marqués, l'intelligence reste relativement bonne, le malade, jusqu'à la veille de sa mort, a pu répondre assez facilement à différentes questions; de plus, la langue est assez humide, le malade prend avec appétit du lait, du bouillon: le facies n'est plus vraiment typhoïde.

La fièvre a reparu avec les symptômes cérébraux; elle atteint 40°,1 le 1er avril, descend à 38 le 3: ce jour-là l'hyperesthésie est à son maximum; la pupille droite est énorme, et cependant le pouls fréquent, mais assez fort; bruits du cœur très-nets; respiration peu gênée.

4 avril. Cyanose, pouls très-faible; respiration peu ample, très-fréquente. Depuis trois jours, il remuait seulement la tête, et ne pouvait plus parler qu'à voix basse. Cette faiblesse musculaire a dû s'étendre des membres aux muscles respiratoires: d'où les troubles d'asphyxie brusque qui ont entraîné la mort.

Autopsie. — 48 heures après la mort. — *Eschares multiples*; en tout 19: deux sont noires, sèches, dures, larges comme une pièce de 5 fr. au niveau et au-dessous du trochanter gauche; une autre plus large au niveau du trochanter droit; une autre très-étendue, irrégulière au niveau du sacrum: c'est la seule qui présente un commencement d'ulcération. Deux commencements d'eschares à la partie interne du genou, une à chaque malléole, d'autres multiples sur les bords internes ou externes du pied, sur le bord du tibia gauche, deux très larges au talon, s'étendant sous la plante du pied: trois points noirâtres au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et de la dernière côte gauche. En tous ces points, la peau est déjà desséchée, ou infiltrée de sang, souvent jusque dans les muscles. Large plaque érythémateuse au niveau du coude droit, lobe moyen du poumon droit, infiltré, légèrement induré, mais

Digitized by Google

surnageant. Cœur normal, tissu ferme, assez rouge. A l'ouverture du cerveau, il s'échappe un liquide légèrement rougeâtre, trouble; et il y a certainement augmentation de la quantité du liquide céphalo-rachidien.

Méninges : pie-mère congestionnée ; cette congestion est surtout très-considérable au niveau des parties postérieures du cerveau, tandis que les lobes antérieurs ont à peu près la coloration normale.

Moelle dorso-lombaire entièrement normale. Pas de lésion du foie, de la rate ou des reins; pas d'infarctus, ni de congestion notable. L'altération de l'*intestin grêle* a dû être assez considérable: les ulcérations sont nombreuses, mais elles sont détergées, à bords et à surface nets, et quelques-unes même en voie de cicatrisation. Il n'existe plus d'infiltrations appréciables des glandes agminées, soit au niveau, soit en dehors des ulcérations.

RÉFLEXIONS.—Cette observation nous a semblé présenter un certain intérêt. Le malade paraissait guéri de sa fièvre typhoïde et, de fait, il l'était (puisque à l'autopsie on a trouvé les lésions de l'intestin en voie de réparation), quand sont survenus brusquement des accidents cérébraux avec nouvelle exacerbation fébrile, entraînant la mort en 7 jours.

Il n'y a pas eu augmentation des phénomènes cérébraux typhoïdes : car le malade ne présentait pas ce facies, ce tuphos spécial, et son intelligence était relativement conservée. *Il y a eu une complication caractérisée surtout par des troubles sensitifs et trophiques* : *hyperesthésie* considérable, portant sur tout le corps ; *eschares multiples*, survenant brusquement, en des points très-divers, et n'aboutissant nulle part à l'ulcération : c'est-à-dire présentant une marche différente des eschares uniquement typhoïdes fébriles. — A l'autopsie, infiltration congestive du cerveau ou mieux des méninges, portant surtout sur les parties postérieures.

Quoique ces lésions anatomiques soient peu caractéristiques et même insuffisantes, nous croyons que la physiologie pathologique autorise à placer ce cas à côté de ceux rassemblés par M. Charcot et ses élèves ; et qui établissent l'existence de rapports intimes entre la nutrition des parties postérieures des parties sensitives du cerveau, et la nutrition des tissus périphériques principalement de la peau. La coexistence de *troubles trophiques à marche spéciale* et de troubles sensitifs très-marqués, nous paraît suffire pour légitimer cette assimilation.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

2. Insuffisance aortique. — Insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral. — Embolies multiples de la rate, des reins, de la pédieuse. — Pleurésie aiguë. — Mort; par M. Porak, interne des hôpitaux.

Le nommé X..., entré le 20 février (service de M. Moutard-Martin), couché au n° 7 de la salle Saint-François, est un homme de 60 ans, il a l'extérieur d'un alcoolique, bégaie et tremble; il dit n'avoir jamais fait de maladies sérieuses. Cependant il a la face légèrement déviée et on remarque une légère irrégularité pupillaire. Athérôme artériel.

Il n'a jamais eu antérieurement de rhumatisme articulaire aigu, mais il se plaint depuis cinq à six ans de douleurs vagues et continuelles, mal limitées.

Il vient demander des soins pour une douleur vive qu'il ressentit tout à coup, il y a deux mois, dans le pied gauche et qui ne disparut pas. Il a de l'œdème des pieds tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, œdème mobile. On trouve un refroidissement très-marqué du pied gauche, et on ne peut sentir les battements de la pédieuse; sur le dos du pied il existe une plaque à bords irréguliers, foncée et comme ecchymotique, où la sensibilité est émoussée. Les pulsations radiales sont très-irrégulières. A l'auscultation du cœur on ne constate que des irrégularités; pas de souffle.

M. Moutard-Martin fit le diagnostic suivant: Insuffisance mitrale, oblitération de l'artère pédieuse. Traitement: potion avec vingt gouttes de teinture de digitale, huile de camomille sur le pied, entouré de ouate, tenu continuellement chaudement à l'aide de bouteilles d'eau chaude.

Les jours suivants le refroidissement du pied disparaît peu à peu et la chaleur finit par être aussi marquée d'un côté que de l'autre. Les troubles circulatoires restent toujours les mêmes.

1er *mars*. Dans la nuit le malade a ressenti un violent point de côté à gauche; dyspnée, crachats visqueux, mais non colorés; matité à la base du poumon gauche; souffle très-marqué, pas de râles, pas d'égophonie. Vésicatoire, chiendent nitré.

2 *mars*. La matité est plus étendue, le souffle plus intense, la voix basse est entendue très-nettement dans toute la portion du thorax où la matité est perçue, diminution et en bas disparition des vibrations thoraciques; dyspnée intense. Diagnostic: *pleurésie aiguë*. On renouvelle le vésicatoire dès qu'il est sec.

12 *mars*. La dyspnée est très-intense. On décide la *thoracentèse*. On retire à peu près 1 litre d'un liquide citrin, trans-

Digitized by Google

parent. On aurait pu en extraire une plus grande quantité, mais le malade est pris de toux et de suffocation, ce qui engage à suspendre l'opération.

www.libtool.com.cn

Les jours suivants, l'amélioration obtenue ne persiste pas; la dyspnée reparaît rapidement, l'épanchement se reproduit et les signes stéthoscopiques (matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, résonnance skodique sous la clavicule, souffle intense, transonnance, suppression des vibrations), sont de nouveau constatés. La pointe du cœur déplacé bat à droite. A l'extrémité du 2e orteil du pied gauche apparaît une tache noire; il se forme certainement en ce point une escharre.

Depuis plusieurs jours le malade se plaint d'une démangeaison au sacrum; on constate en ce point une rougeur et une légère érosion.

15 *mars*. *Nouvelle thoracentèse*. A la première piqûre le liquide s'écoule mal; on est obligé de retirer le troquart pour l'enfoncer en un autre point. On retire un peu moins d'un litre d'un liquide transparent et citrin comme la première fois.

16 *mars*. Le malade n'urine pas. Les jours suivants, le malade n'urine pas ou urine peu, pas plus de 100 grammes.

22 *mars*. Anurie complète. La vessie n'est pas distendue. L'épanchement s'est reproduit, aussi abondant qu'au moment de la dernière opération, la pointe de cœur est déplacée, la dyspnée est intense.

Troisième thoracentèse. Le liquide coule goutte à goutte. On en extrait cependant à peu près un litre. Cette fois, il est louche, et évidemment purulent. On trouve dans le liquide analysé 0,20 centigr. d'urée pour 100 grammes du liquide. Depuis quelques jours le malade a de l'œdème de tout le côté gauche; à droite, le pied est seulement tuméfié.

23 *mars*. Pouls petit, dyspnée intense, le malade a uriné 100 grammes d'une urine albumineuse; pas de sucre. Subdélirium. — 24 *mars*. Mort à 11 heures du matin.

Autopsie faite 40 heures après la mort. Rigidité cadavérique. Œdème considérable de tout le côté gauche du corps et surtout dans la région thoracique.

Cœur hypertrophié; poids 650 grammes. — Le *péricarde* contient une petite quantité d'un liquide transparent. Sa surface, aussi bien sur la face viscérale, que sur la face pariétale, est rouge et recouverte de dépôts formant une couche peu épaisse, irrégulière de fausses membranes, dont la surface est villeuse et donne au doigt la sensation d'aspérités consistantes et dures que l'on peut comparer aux papilles de la langue du chat. L'hypertrophie porte sur le ventricule gauche, dont les parois épaissies mesurent plus de deux centimètres. Les parois du

Digitized by Google

ventricule droit sont normales. Les orifices tricuspide et pulmonaire sont sains.

Les orifices mitral et aortique sont altérés. Lorsqu'on fait jouer les valvules sur l'eau d'après le procédé de M. Durosiez, on reconnaît qu'il y a une insuffisance mitrale. L'eau versée dans l'aorte n'y reste pas ; il y a donc aussi une insuffisance aortique. Les valvules sygmoïdes de l'aorte sont en effet le siége de productions irrégulières et ossiformes, développées seulement dans le point où elles s'appliquent l'une sur l'autre ; deux de ces valvules sont adhérentes dans l'angle qui les sépare et c'est à cette lésion qu'est due l'impossibilité où elles sont de s'appliquer sur le reste de leur étendue et par conséquent l'insuffisance aortique. Ces mêmes lésions existent sur la valvule mitrale, mais elles y sont beaucoup plus accentuées elles y ont un développement exagéré et la même consistance: on ne peut pas introduire le pouce dans l'orifice. En résumé les lésions observées du côté du cœur sont : *péricardite récente*; *insuffisance et rétrécissement de l'orifice mitral*, *insuffisance aortique*.

Artères. — L'aorte présente des altérations athéromateuses peu marquées ; dans certains points la tunique interne est comme érodée par l'issue de la matière athéromateuse.

Toutes les artères de petit calibre observées sont dures ; on éprouve une certaine résistance pour en effacer la lumière ; cependant les artères cérébrales ne participent pas à ces altérations si généralisées.

L'artère tibiale antérieure gauche présente les mêmes altérations. Non-seulement on éprouve de la difficulté pour effacer son calibre, mais la pression fait reconnaître la rupture des petites plaques qui rendent en se cassant un petit son comme crépitant. Mais de plus, à sa partie inférieure, aux environs de l'articulation tibio-tarsienne, elle est oblitérée par une coagulation qui se prolonge dans la pédieuse jusque vers le milieu du dos du pied. A la coupe on reconnaît que ce caillot est blanc-jaunâtre, fait corps avec les parois du vaisseau, qu'enfin il est ancien. C'est évidemment la cause des symptômes si remarquables observés pendant la vie et de la gangrène du 2e orteil, qui les a suivi. En résumé, *athérome artériel généralisé*, *embolie de la tibiale antérieure et de la pédieuse gauche*.

Poumons. — A droite, adhérences anciennes à la base du poumon. Œdème pulmonaire et emphysème. A gauche, on trouve le poumon aplati dans la gouttière costo-vertébrale et repoussé en haut ; toute la partie appliquée contre la colonne vertébrale est complètement atélectasiée, et des portions de ce poumon jeté dans l'eau tombent au fond du vase. Dans la par-

Digitized by Google

tie supérieure, le poumon contient encore de l'air et surnage, mais à la pression on fait sourdre une quantité considérable de sérosité mousseuse. La cavité pleurale du côté gauche contient à peu près deux litres d'une sérosité un peu louche que nous nous proposions de faire analyser, mais qui a été jetée par inadvertance. Les feuillets pleuraux sont recouverts de très-abondants flocons fibrineux jaunâtres, mais qui forment surtout sur le feuillet pariétal et à la base une couche excessivement épaisse, d'au moins deux centimètres. C'est certainement cette circonstance particulière qui a fait échouer les tentatives de thoracentèse entreprises.

Sur une coupe du poumon, on trouve de dedans en dehors, au-delà du tissu pulmonaire la plèvre très-épaissie, mesurant à peu près deux millimètres, présentant d'abord une teinte blanchâtre, puis une teinte rouge foncé. Au-delà se trouve une couche de fausses membranes d'à peu près 15 millimètres. Il y a donc une *pleurésie aigue à gauche*.

Foie. La surface est légèrement mamelonnée et l'on trouve à la partie inférieure de la surface convexe, à droite et en avant un semis de petites saillies analogues aux tubercules semi-transparents, mais qui ne paraissent être que de la périhépatite. A la coupe on trouve l'aspect du foie dit muscade.

Rate. Très-irrégulière se trouve englobée dans un tissu cellulaire graisseux devenu assez dense et adhérant en arrière à la paroi, enveloppant aussi le rein gauche. On a de la peine à décortiquer ces deux organes. La rate est longue de 9 centimètres. Sur la surface on trouve une large plaque blanc-jaunâtre séparée du tissu sain par un sillon assez marqué et faisant saillie au-dessus de la surface de cette portion saine de l'organe. A la coupe, la plaque jaunâtre extérieure correspond à une altération nécrobiotique qui s'étend plus ou moins dans l'intérieur du viscère, formant des îlots irréguliers et contigus par leurs bords. La coloration jaunâtre de ces parties tranche vivement sur la coloration foncée de la rate. Les parties malades sont séparées nettement des parties saines, sans dégradation des teintes. L'une des branches de l'artère splénique est oblitérée par un caillot dont une partie est décolorée et adhère aux parois du vaisseau. En résumé, *infarctus nombreux de la rate*.

Reins. Le rein gauche, congestionné, présente une cicatrice d'infarctus ancien. Le rein droit présente des altérations analogues, son atmosphère celluleuse est plus dense et adhère au viscère, dont on ne peut enlever la capsule. Sa surface est irrégulière, dans un point il y a une cicatrice étoilée, profonde ne correspondant dans l'intérieur à aucune altération ; mais dans quatre autres points on trouve des îlots blanchâtres

Digitized by Google

convexes, saillants, nettement séparés du reste de l'organe par un sillon, tranchant moins par leur coloration quedans la rate, de forme pyramidale, ayant tous les caractères des infarctus. *Donc cicatrice et infarctus du rein.*

Pancréas, *estomac*, *intestins*, sains.

Cerveau. Ossification du sinus longitudinal supérieur; *dure mère* épaissie, opaque. *Arachnoïde* et *pie-mère* : œdème très-considérable faisant une saillie de plus de 1 centimètre; opacités, adhérences surtout entre les deux hémisphères au-dessus de corps calleux. On a de la peine à les séparer.

Dans le *lobe frontal gauche*, on trouve dans la substance blanche, en arrière, à la limite de la 2e et de la 3e circonvolution frontale une cavité remplie par un liquide jaunâtre et dont les parois sont jaune-ocreux. C'est probablement un ancien foyer d'hémorrhagie. Il n'existe pas de fausse membrane limitant, l'excavation; c'est une lacune et non pas un kyste. Elle est ovale, son grand diamètre dirigé suivant l'axe de l'hémisphère a tout au plus 1 centimètre 1/2. Elle est comprise entre deux coupes verticales passant l'une au milieu de la circonvolution frontale ascendante, l'autre à 1 centimètre 1/2 en avant de la précédente. Elle est contiguë à la substance grise sans empiéter sur elle, et ne s'étend pas jusqu'au corps strié dont la séparation en noyau intra et extra-ventriculaire n'est pas encore en ce point nettement établie.

3. Cancer pharyngo-laryngé; par Ferdinand DREYFOUS, interne des hôpitaux.

Capelle, Joseph, 65 ans, journalier, entré le 2 octobre 1875, mort le 31 mars 1876. Cet homme était dans le service de M. Vulpian, qui avait diagnostiqué chez lui un cancer du larynx lorsque M. DUMONTPALLIER prit le service. Son *état actuel* était le suivant : Mauvais état général, pâleur, amaigrissement, tuméfaction des ganglions cervicaux des deux côtés : gêne de déglutition et difficulté pour l'alimentation. Il parlait un peu lorsqu'on obturait l'orifice de sa canule. En effet, dans le courant du mois de janvier, l'interne de garde avait dû lui faire la trachéotomie pour le préserver d'une asphyxie imminente. Depuis cette époque on a essayé en vain de retirer la canule : on dut la remettre immédiatement. La vie se prolongeait ainsi : les aliments étaient digérés convenablement et la cachexie n'augmentait pas. Il avait la face pâle; tout le corps était amaigri, squelettique, mais ne présentait pas la teinte jaune paille caractéristique.

31 *mars*. A six heures et demie, il fut pris d'un crachement de sang rouge, rutilant qu'il rendit à pleine bouche. On lui fit

Digitized by Google

avaler quelques morceaux de glace, et l'hémorrhagie parut s'arrêter. Mais il était devenu d'une pâleur extrême et succomba au bout de quelques minutes.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE pratiquée vingt-quatre heures après la mort. — *Poumons :* adhérence du sommet droit dont le parenchyme est réduit en un véritable putrilage. Çà et là quelques noyaux blanchâtres, durs, criant sous le scalpel, se rencontrent dans l'épaisseur du poumon. Du sang dans les bronches. — *Cœur :* gras.

Larynx. Destruction d'une partie de la base de la langue, de l'épiglotte et des replis aryténo-épiglottiques. Le processus ulcératif semble avoir atteint l'artère laryngée supérieure, d'où l'hémorrhagie terminale. Le larynx proprement dit est complétement intact, sauf à la partie supérieure.

Ganglions cervicaux gros, creusés de cavités. A l'*examen microscopique* pratiqué sur un segment pris sur le thyroïde à la base des replis aryténo-épiglottiques, M. Ch. RÉMY a constaté « des alvéoles de tissu fibreux remplies de cellules épithéliales » pavimenteuses au milieu desquelles se trouvent quelques » globes épidermiques. Les cellules épithéliales sont plus » abondantes que le tissu fibreux. L'altération pénétrait jusque » dans le tissu cartilagineux. »

La tumeur était donc un épithélioma de la base de la langue envahissant le larynx.

RÉFLEXIONS. — Outre la rareté relative des cancers laryngés, il faut remarquer dans cette observation, la survie du malade pendant deux mois après la trachéotomie. On a, dans ces derniers temps, condamné absolument cette opération dans les cancers du larynx. Ce fait vient à l'appui des partisans de l'opinion opposée.

M. HOMOLLE. Il existe un cas dû à Décori dans lequel la trachéotomie a également prolongé pendant plusieurs mois la vie du malade.

M. RENDU. Le larynx est dans les pièces présentées, la partie la moins atteinte par le néoplasme. Est-il légitime d'intituler cette observation cancer du larynx?

M. DREYFOUS. Certainement, le cancer auquel a succombé notre malade n'est pas un cancer du larynx lui-même; mais c'est un de ces cancers pharyngo-laryngés, que M. Isambert assimile au point de vue des symptômes, du pronostic et du traitement à ceux du larynx.

Digitized by Google

4. Atrophie des circonvolutions cérébrales antérieures; par M. BARADUC, interne provisoire des hôpitaux.

www.libool.com.cn

M. BARADUC présente un cerveau dont les circonvolutions antérieures sont visiblement atrophiées; quant aux circonvolutions intermédiaires, elles ne sont pas modifiées. Cette lésion a coïncidé avec les phénomènes suivants constatés sur le malade: cet homme ne parlait pas, et n'offrait pas de phénomènes volontaires; au contraire, il marchait beaucoup, et sans difficulté. (Voir les séances de *mars*)

5. Rétrécissement infranchissable de l'urèthre. — Infiltration d'urine; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Les pièces que présente M. Moutard-Martin proviennent d'un malade de 59 ans, typographe, qui entra le 3 avril dans le service de M. GOSSELIN. Cet homme offrait tous les signes de l'infiltration urineuse du scrotum; un seul manquait, ainsi que le fit remarquer M. Gosselin: il n'existait pas de tumeur sur la ligne médiane du périnée. Il fut impossible, malgré tout le soin qu'on y apporta, de voir couler par les incisions qui furent faites une quantité même minime d'urine, et le malade continuait à uriner en jet par le canal. Néanmoins, aucune sonde ne put jamais pénétrer dans la vessie. Le malade succomba bientôt, et l'autopsie vint expliquer certains des phénomènes insolites: on rencontra au niveau de la symphyse pubienne un obstacle tel apporté à la perméabilité du canal qu'on crut d'abord se trouver en face d'une oblitération de l'urèthre. Mais on finit, grâce à une injection colorée poussée par le bout postérieur du canal, par découvrir un pertuis qui était l'orifice d'un rétrécissement long d'un centimètre et tellement étroit qu'une épingle y fut introduite avec peine à cause des sinuosités qu'il présentait. A gauche de ce rétrécissement était une fistule tellement étroite aussi qu'elle admit seulement une soie de sanglier.

RÉFLEXIONS. — Grâce à ces lésions, on conçoit facilement qu'une infiltration qui ne pouvait se faire que goutte à goutte ne put pas être constatée même au moment de la miction. On comprend également pourquoi aucune sonde ne put parvenir à la vessie. Mais il reste difficile d'expliquer comment l'urine après avoir franchi un rétrécissement si étroit pouvait encore former un jet.

Digitized by Google

6. Corps étranger du poumon ; méningite aiguë ; par M. Alf. Jean, interne des hôpitaux.

Fiset, âgé de 20 ans, homme de peine, entre le 31 mars 1876, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Martine, 17 (service de M. Frémy.)

Cet homme arrive à l'hôpital dans un état d'émaciation extrême, et ne peut répondre à aucune des questions que nous lui adressons ; c'est ainsi qu'il nous dit qu'il est malade depuis quinze jours, mais bientôt après il fait remonter à trois ans le début de sa maladie. Jamais, dit-il, il n'a craché de sang, mais on ne peut attacher que peu de valeur à ses réponses. Le regard est fixe, immobile, les pupilles égales, mais anormalement dilatées ; pas de convulsions ni de secousses musculaires.

La respiration est lente, très-faible ; la percussion de la poitrine dénote une matité assez étendue au sommet gauche, tandis que la sonorité paraît normale à droite. A l'auscultation, le murmure vésiculaire est très-faible, mais à gauche on entend un souffle tubo-caverneux au moment des grandes inspirations.

Rien dans les autres organes. Faiblesse très-grande. Peu de fièvre. Le malade reste dans cet état cômateux pendant deux jours et meurt le 2 avril.

Autopsie. — *Poumon droit.* Très-emphysémateux ; pas trace de tubercules. — *Poumon gauche.* Au niveau du hile, on remarque un ganglion blanchâtre ayant subi la dégénérescence caséeuse. Au sommet, la plèvre présente deux centimètres d'épaisseur. La consistance de ce poumon est très-dure. Au sommet, vaste caverne de la grosseur du poing ; elle n'est séparée de la surface du poumon que par une lame pulmonaire très-mince et très-dure ; les parois sont constituées à la partie supérieure par une membrane pyogénique de 2 millimètres d'épaisseur ; à la partie inférieure on trouve une néoformation conjonctive disposée sous forme d'aréoles, et offrant une grande analogie avec l'aspect des piliers du cœur. Le poumon tout entier présente un grand nombre de cavernes allongées communiquant avec les bronches, et qui sont formées par des dilatations bronchiques. Les parois de ces cavernes sont formées par la muqueuse des bronches désagrégée et gangrénée en partie. Au reste, la partie inférieure de la trachée et les bronches primordiales ont la même apparence ; à droite, cette altération ne descend que jusqu'aux premières ramifications bronchiques ; tandis qu'à gauche la lésion est beaucoup plus avancée ; la muqueuse est détruite ; elle est remplacée par une matière sanieuse, rougeâtre. Toutes

Digitized by Google

les bronches sont dilatées et aboutissent aux cavernes mentionnées plus haut.

Au niveau du bord inférieur de ce même poumon, dans la languette costo-diaphragmatique, on trouve dans une petite caverne un *corps étranger* en os. Ce corps, présentant la forme d'une petite sphère de 6 à 7 millimètres de diamètre et terminée par une extrémité effilée, ressemble à l'extrémité d'un porte-crayon, ou d'un porte-plume. Il est libre et mobile dans la petite caverne et devait monter et descendre dans les bronches à chaque inspiration et expiration. C'est ce qui permet d'expliquer cette altération profonde et générale de la muqueuse bronchique gauche, ainsi que la formation des cavernes ; au reste, pas de tubercules dans ce poumon, et carnification complète du parenchyme.

Le cœur, les reins, l'intestin ne présentent rien d'anormal. A la périphérie du foie, on trouve quelques lobules graisseux.

Encéphale. — Sous la dure-mère du côté gauche, épanchement purulent très-abondant. Le pus est louable, épais, crémeux. Cet épanchement est limité à la convexité; rien à la base. La pie-mère est très-épaisse et présente par places des ecchymoses nombreuses et un piqueté rouge.

La pie-mère se détache facilement des circonvolutions ; celles-ci sont grisâtres, surtout la frontale et la pariétale ascendantes. La face interne de la dure-mère est tomenteuse. Toutes ces altérations sont limitées à l'hémisphère gauche, rien à droite. A l'éclairage oblique on voit sur la pie-mère de petits points granuleux, mais à l'examen microscopique, rien ne rappelle l'apparence des tubercules. En résumé, la lésion pulmonaire a été très-probablement produite par la présence du corps étranger mobile dans les bronches, et la méningite franche de la convexité a hâté la terminaison fatale.

M. Després. — Les faits analogues à celui-là sont rares. Cependant j'ai vu un aliéné qui présenta pendant trois semaines des phénomènes d'asthme et de tuberculisation pulmonaire. A l'autopsie, on trouva dans le poumon un gros morceau de viande, encore adhérente à des fragments de tendons, à cheval sur la bifurcation des bronches.

M. Rendu. — J'ai rencontré à l'hôpital des Enfants un cas de pneumonie gangréneuse à symptômes obscurs, mal définis. L'autopsie révéla l'existence d'une dilatation bronchique avec gangrène à sa périphérie, et l'on trouva un petit morceau de bois hérissé dont la migration expliquait les lésions pulmonaires. Ici le corps étranger est mousse.

Digitized by Google

7. Cancer colloïde des ovaires et cancer consécutif du péritoine; par M. Cossy, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

Charp..., Jeanne, 30 ans, entrée le 17 janvier 1876 à la Charité (service de M. BERNUTZ), n'a jamais eu d'enfants.

Elle était très-bien réglée, mais peu abondamment. Le début de sa maladie remonte à 2 ans. A cette époque — et jusque-là elle s'était parfaitement bien portée — elle remarque dans le flanc droit une petite tumeur très-dure, qui augmente peu à peu. Quatre à cinq mois plus tard, ascite; la malade maigrit, mais elle a bon appétit, elle va bien à la garde-robe, ses règles continuent à venir comme d'habitude. Elle n'éprouve *aucune douleur dans le ventre*.

En *octobre* 1875 elle entre à l'hôpital Temporaire; on pratique la *ponction* abdominale qui donne issue à 12 litres de sérosité très-claire. Depuis cette époque ses règles se sont arrêtées et l'amaigrissement fait de grands progrès.

A son entrée dans le service, nous constatons les phénomènes suivants : Ascite considérable; lorsqu'on déprime la paroi abdominale, on sent, après avoir déplacé une épaisse couche de liquide, des tumeurs dures, mamelonnées, existant dans toute l'étendue de l'abdomen, mais surtout dans les parties latérales.

Toucher vaginal : Col refoulé en haut et en avant. Dans le cul-de-sac postérieur on sent deux ou trois tuméfactions dures, bosselées, donnant au toucher une impression analogue à celle fournie par le palper abdominal.

Grande maigreur : L'aspect de la malade fait penser au faciès ovarien de Spencer Wells. Les règles sont supprimées. Aucune douleur dans l'abdomen. Pas de constipation; pas d'enflure des extrémités, pas de palpitations ni de dyspnée. L'appétit est conservé. Râles sous-crépitants à la base des deux poumons, surtout à gauche.

Ponction de l'abdomen le 1er *février*. On retire plusieurs litres de sérosité rougeâtre.

10 *février*. Œdème de la jambe gauche.

29 *février*. 2e ponction : 12 litres de liquide clair-citrin.

13 *mars*. Œdème des deux membres inférieurs.

23 *mars*. 3e ponction; plusieurs litres de liquide rougeâtre. — Mort le 5 avril, à 6 heures du soir. Le diagnostic porté pendant la vie avait été : *Cancer généralisé du péritoine*.

AUTOPSIE le 7 avril 1876, 16 heures après la mort. — Cavité THORACIQUE. Epanchement abondant de sérosité sanguinolente dans la cavité pleurale gauche. Pas d'adhérences. — Poumons sains, ainsi que le péricarde, le cœur et l'aorte à son origine.

Digitized by Google

Cavité abdominale. A l'ouverture de l'abdomen il s'écoule une quantité énorme d'un liquide séro-sanguinolent.

Au-dessous du foie et de l'estomac, attenant à ces deux organes et surtout à l'axe du côlon, on découvre une *tumeur* jaunâtre, volumineuse, de forme triangulaire, à base supérieure, aplatie, et dont les dimensions rappellent celles du grand épiploon. Cette tumeur blanc-jaunâtre, sans être dure à la coupe, est cependant assez résistante; la pression fait sortir un liquide blanchâtre, dans lequel on découvre à l'examen microscopique de nombreuses cellules de formes variées. Nous avons affaire à un *sarcome du grand épiploon.*

On remarque de plus sur toute l'étendue du péritoine viscéral et pariétal, des granulations grisâtres ou blanchâtres, plus ou moins volumineuses, quelques-unes grosses comme des noisettes et plus, évidemment de nature cancéreuse.

Enfin le tiers inférieur de la cavité abdominale est rempli par deux énormes masses ovoïdes qui émergent du bassin. Ces deux tumeurs, situées l'une à droite l'autre à gauche, présentent de nombreuses bosselures fluctuantes. Lorsqu'on incise ces bosselures, il s'en écoule un liquide blanchâtre, très-épais, gélatineux ; leurs parois sont molles. En aucun point on ne remarque de partie indurée. Ces tumeurs sont évidemment formées aux dépens des deux ovaires, dont les vésicules de Grafe se seraient hypertrophiées et dilatées. Nous sommes en présence des *kystes multiloculaires* de l'*ovaire*, non pas de kystes simples, mais de kystes complexes, remarquables par l'épaisseur et la nature gélatineuse du liquide contenu dans les différentes loges. Ces caractères du liquide nous permettent d'affirmer la nature maligne de cette lésion ovarienne, et de la regarder comme ayant été le point de départ des productions cancéreuses du péritoine, qui sont évidemment secondaires.

L'*utérus* est remarquablement atrophié mais son tissu paraît sain, de même que les *trompes*, le *vagin* et la *vessie.*

Le *foie* est congestionné, les reins sont petits, jaunâtres.

Conclusion. Nous croyons avoir eu affaire à un cancer colloïde avec dégénérescence kystique des ovaires, ayant amené secondairement un cancer du péritoine.

8. Raréfaction du tissu osseux de la tête humérale dans un cas de cancer récidivant; par M. Reclus, interne des hôpitaux.

M. Reclus montre une tête humérale dont la forme est singulièrement altérée : son cartilage d'encroûtement offre une dépression qui paraît résulter du contact avec le bourrelet glénoïdien de l'omoplate. Au-dessous du cartilage, le tissu os-

Digitized by Google

seux est raréfié, et même en partie résorbé. Cette pièce provient d'une femme de 60 ans qui fut opérée pour une récidive de cancer au sein et dans les ganglions axillaires. A la suite de l'opération, il se développa une contracture du bras, et un thrysmus violent apparut. La section des nerfs qui innervent les parties contracturées fut faite ; mais la malade succomba bientôt à un érysipèle intercurrent.

www.libtool.com.cn

9. Rapport de M. Raymond sur la candidature de M. Féré au titre de membre adjoint.

Les recherches de M. Féré ont été faites à la Salpétrière dans le service de M. Charcot. Elles ont porté sur 54 têtes de femmes. Le premier chapitre du travail est consacré à l'étude des rapports des diverses parties du cerveau entre elles. Lorsqu'on examine l'encéphale hors du crâne, et reposant sur un plan, le sillon de Rolando paraît plus rapproché de l'extrémité antérieure du cerveau, parce que la convexité des hémisphères tend à se redresser surtout dans sa partie postérieure qui semble plus longue. Il n'en est plus ainsi quand on étudie le cerveau dans le crâne, la tête étant maintenue dans la situation qu'elle occupe dans la station verticale. C'est dans cette position qu'ont été pratiquées les mensurations, à l'aide d'un compas à glissière, à longues branches mobiles, imaginé à cet effet; la convexité des hémisphères était maintenue par la dure-mère incisée seulement au niveau des sillons. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

La longueur totale d'un cerveau de femme étant en moyenne de 16 cent., l'extrémité interne du sillon de Rolando est à 111 millimètres en arrière de l'extrémité antérieure du cerveau et seulement à 49 millimètres de son extrémité postérieure. L'extrémité antérieure du sillon est à 71 millimètres de l'extrémité antérieure du cerveau et à 89 millimètres de l'extrémité postérieure. Ces distances varient souvent de quelques millimètres d'un côté à l'autre, mais le sillon n'a pas paru plus souvent reculé à gauche qu'à droite.

Dans une communication ultérieure, M. Féré a signalé une anomalie remarquable du sillon de Rolando qu'il a trouvé deux fois interrompu par un pli de passage unissant les deux circonvolutions ascendantes. Cette disposition n'avait encore été signalée qu'une seule fois par Wagner.

Il insiste sur la forme de la troisième circonvolution frontale qui serait à peu près constamment constituée par deux anses à concavité inférieure, à cheval sur deux plis, l'un postérieur, branche antérieure de la scissure de Sylvius, oblique

Digitized by Google

en haut et en arrière; l'autre, antérieur, oblique en haut et en avant.

www.libtool.com.cn

Si, entre les origines assez rapprochées de ces deux plis sur la scissure de Sylvius, on pratique une coupe transverso-verticale de l'hémisphère, on entame légèrement la tête du noyau caudé.

Une autre coupe, parallèle à la première et passant par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando, passe un peu en arrière de la limite postérieure de la couche optique. On connaîtra donc les limites approximatives des masses grises centrales, si on remarque qu'elles ne dépassent pas en haut un plan horizontal passant à 35 millimètres environ au-dessous de la convexité des hémisphères. Ces données peuvent être utilisées pour la localisation exacte des lésions cérébrales.

Vient ensuite l'étude des rapports des plis cérébraux avec les sutures du crâne. Gratiolet, le premier, en 1857, avait cherché à déterminer ces rapports en faisant des moules de la cavité crânienne. Il crut reconnaître sur ces empreintes que chez l'homme, comme chez les primates inférieurs, le sillon de Rolando était parallèle et sous-jacent à la suture coronale. C'était une erreur que M. Broca a réfutée en imaginant de pratiquer des trous de vrille au niveau des points d'intersection des sutures et d'enfoncer dans le cerveau des chevilles qui indiquaient exactement le rapport de la suture avec le point où elles pénétraient. Par ce procédé, M. Broca a pu montrer que le sillon est de beaucoup postérieur à la suture et plus oblique qu'elle; il a indiqué aussi la correspondance assez fréquente du lambda avec la scissure perpendiculaire externe. (*Bull. Soc. anat.*, 1861, p. 340.)

En 1873, M. Heftler a fait, sous l'inspiration du professeur Landzerts, de Saint-Pétersbourg, des recherches sur le même sujet à l'aide d'un procédé de moulage très-compliqué; il n'a ajouté que peu de chose aux résultats indiqués par M. Broca.

Dans ces recherches, c'est le procédé des chevilles qui a été employé; il a donné les résultats suivants : La scissure perpendiculaire externe affecte des rapports assez constants avec le lambda : 35 fois sur 54, elle lui correspond exactement; 17 fois, elle est de 1 à 4 millimètres en avant; et 2 fois à 2 ou 3 millimètres en arrière. Le sillon de Rolando, plus oblique que la suture coronale, est situé à son extrémité interne à 45 millimètres en moyenne en arrière du bregma. A son extrémité externe il se rapproche de l'extrémité externe de la suture coronale, dont il s'éloigne seulement de 2 et demi à 3 centimètres.

Dans des recherches ultérieures, M. Féré a trouvé que sur l'homme, en raison sans doute du volume plus considérable

Digitized by Google

du cerveau, l'extrémité interne du sillon de Rolando est plus éloignée du bregma ; la distance est de 48 millimètres en moyenne. Ce résultat concorde avec celui qui avait été donné par M. Broca. Ces rapports du sillon de Rolando sont certainement des plus importants à connaître puisque c'est dans les circonvolutions qui le bordent qu'on localise les centres psycho-moteurs.

Dans certaines conditions pathologiques, la situation du sillon de Rolando peut présenter quelques variations. Dans une note communiquée à la société de Biologie, M. Féré les a rangées en deux groupes. Dans le premier, il y a réduction de volume de certaines parties du cerveau : Chez deux idiotes, le sillon de Rolando avancé symétriquement trahissait un arrêt de développement des lobes antérieurs. Chez une femme qui avait subi depuis 40 ans environ une amputation d'un membre supérieur le sillon de Rolando était avancé de 5 millimètres du côté opposé. Quand il existe une lésion destructive ancienne de la convexité du cerveau, le sillon peut encore se dévier du côté de la partie détruite.

Dans le deuxième groupe, le changement de rapport tient à des dispositions spéciales du crâne : S'il existe une déformation artificielle, comme celle qui est produite par le bandeau des Toulousains qui allonge le crâne en empêchant le développement de la région frontale, le sillon de Rolando peut être reculé, comme l'a indiqué M. Broca. Si la suture médio-frontale est restée ouverte jusque dans un âge avancé, on peut quelquefois voir le sillon se rapprocher du bregma.

La détermination des rapports normaux du cerveau avec les sutures du crâne ne pouvait avoir d'utilité pratique que si on donnait le moyen de les reconnaître sur le vivant. Dans la 3e partie du travail on trouve l'indication de quelques points de repère qui peuvent aider à atteindre ce but.

L'extrémité externe de la suture coronale est située à peu de chose près sur un plan horizontal passant par l'arcade sourcilière et à 18 millimètres en moyenne en arrière de l'apophyse orbitaire externe. Or, une cheville introduite en ce point pénètre dans le cerveau entre les deux plis de la 3e circonvolution frontale, à peu près sur le point où passe la coupe transverso-verticale qui entame la tête du noyau caudé. A 25 ou 30 millimètres en arrière de ce même point se trouve l'extrémité externe du sillon de Rolando.

Lorsque la tête est dans la position qu'elle occupe dans la station, un plan vertical qui passe par le conduit auditif externe, passe aussi par le bregma. A l'aide de ce point de repère on peut déterminer la position de l'extrémité postérieure du sillon de Rolando qui est à 45 millimètres en arrière du breg-

Digitized by Google

ma chez la femme et à 48 chez l'homme, et en même temps celle de l'extrémité postérieure de la couche optique qui est un peu en avant de la coupe transverso-verticale qui passe par l'extrémité postérieure du sillon de Rolando.

Quant au lambda qui correspond ordinairement à la scissure perpendiculaire externe il est souvent assez saillant pour être reconnu à la palpation, quelquefois même à simple vue chez les sujets chauves surtout dans certaines conditions pathologiques de l'ossification des sutures. M. Féré a en effet montré à la société un crâne recueilli dans les hôpitaux de Rouen, sur lequel on voyait le sommet de l'occipital proéminer de près de 2 cent. au-dessus du plan des pariétaux auxquels il était uni par un grand nombre d'os wormiens. On comprend l'utilité de ces données pour la localisation des lésions chirurgicales du cerveau. M. Féré a pu en faire récemment une application. Il a montré à la société de biologie un malade qui, il y a cinq ans, est tombé sur la tête, d'un 2e étage; le choc a porté sur le pariétal droit. Après être resté pendant 12 heures sans connaissance il s'est réveillé avec un tic non-douloureux de la face du côté gauche. Les mouvements convulsifs qui persistent prédominent dans l'orbiculaire des paupières et les muscles zygomatiques. La sensibilité et la motilité sont intactes dans les membres. Le crâne de cet individu présente encore la trace de sa chute : il existe une dépression de deux centimètres carrés à la partie postérieure du pariétal droit sur une ligne horizontale passant par le sommet de l'occipital et le diamètre transverse frontal minimum environ à 1 cent. en arrière d'un plan vertical passant sur la limite postérieure de l'apophyse mastoïde. En comparant la tête du malade avec les crânes présentés à la Société sur lesquels sont dessinées les circonvolutions dont les rapports ont été déterminés par le procédé indiqué plus haut on peut voir que le siége de la lésion correspond à la partie postérieure du pli courbe. Ce rapport déduit théoriquement a été vérifié en enfonçant des chevilles sur des cadavres dans le point désigné. Cette localisation est d'autant plus intéressante qu'elle concorde assez bien avec les recherches de Ferrier qui indique le pli courbe comme centre moteur des muscles de l'œil et des paupières.

10. De l'ascite congénitale. — Rapport sur la candidature de M. Porak, au titre de membre adjoint; par M. Sevestre.

Les présentations de M. Porak sont nombreuses; mais je vous demande la permission d'attirer votre attention plus particulièrement sur l'une d'elles; je veux parler d'un cas

Digitized by Google

d'ascite congénitale qui vous a été présenté au mois de décembre dernier (1).

www.libtool.com.cn

Les épanchements liquides de l'abdomen ne sont pas extrêmement rares chez le fœtus, et ils peuvent même être assez abondants pour apporter de graves obstacles à l'accouchement. C'est même ce fait de l'abondance du liquide qui a le plus frappé les accoucheurs, et dans les autopsies qui ont été faites on a souvent négligé d'examiner ou tout au moins de consigner dans les observations les autres altérations qui peuvent exister dans le péritoine ou les viscères abdominaux. Cette omission est regrettable ; car il est certain que les causes de ces épanchements abdominaux sont tout autres que chez l'adulte.

Les troubles dans la circulation de la veine porte, qui jouent un si grand rôle dans la pathogénie de l'ascite chez l'adulte, n'ont qu'une influence bien minime chez le fœtus. Là, en effet, la circulation de la veine porte est absolument rudimentaire, en raison de l'inertie fonctionnelle de l'intestin.

D'une autre part, le rôle des altérations du sang est assez mal connu, et les lésions du rein ne paraissent pas être bien fréquemment le point de départ d'hydropisies chez le fœtus. Sur 8 observations de dégénérescence rénale signalées par Kranyow, Vass, Wollf, Hecker, Bouchacourt, il existait une seule fois un léger degré d'ascite.

Au contraire des lésions du péritoine coexistent fréquemment chez le fœtus avec des épanchements abdominaux, et il semble que la plupart des cas indiqués dant la dénomination d'ascite seraient beaucoup mieux désignés sous le nom de péritonite ou d'épanchement inflammatoire.

Simpson dans un mémoire sur la péritonite intra-utérine du fœtus (2) relate 22 observations, dans lesquelles la péritonite fut nettement accusée. Il considère 18 de ces cas comme étant des péritonites aiguës, les 4 derniers comme étant des péritonites chroniques. Il signale même un cas de Petit-Mengin dans lequel il y avait à la fois ascite et péritonite ; ascite, probablement à cause de l'énorme épanchement liquide qui mesurait de 12 à 15 litres (?) ; péritonite, probablement parce qu'il y avait des adhérences. Cette distinction est cependant peut-être un peu subtile.

Dans les cas de péritonite aiguë signalés par Simpson, l'épanchement liquide était généralement peu abondant, une fois seulement considérable. Tantôt il ressemblait à de la lymphe plastique, tantôt il était séro-purulent, purulent, sé-

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1875, page 840.
(2) *Clinique obstétricale et gynécologique*. Paris, 1874.

Digitized by Google

ro-sanguinolent. Dans tous les cas, il contenait des flocons nombreux plus ou moins mous, quelquefois adhérents aux viscères abdominaux, pouvant même agglutiner les anses intestinales, que l'on séparait d'ailleurs toujours facilement.

Dans les cas de péritonite chronique, la seule différence consiste dans une résistance plus notable des adhérences que je viens de signaler. Enfin, dans huit de ces observations, on a trouvé des altérations des viscères : friabilité de l'intestin grêle, hépatite à la période de ramollissement ou de suppuration, rupture ou déchirure du foie, rate extraordinairement hypertrophiée, augmentation considérable des ganglions mésentériques.

Nous avons pu, d'autre part, rassembler un certain nombre d'observations de collections liquides de l'abdomen, que nous allons maintenant analyser rapidement.

Il importe tout d'abord d'établir ici une distinction. Dans un certain nombre de cas, ce sont des épanchements péritonéaux avec ou sans altération des viscères de l'abdomen, avec ou sans lésion du péritoine ; dans d'autres cas, qui ne sont pas rares, on trouve des rétentions d'urine, avec ou sans épanchement dans le péritoine. Nous avons rassemblé 21 observations du premier groupe et 10 du second ; sur celles-ci, l'ascite existait 7 fois.

La quantité de liquide épanché est très-variable, depuis 250 grammes jusqu'à 12 ou 15 litres ; en général, elle est de 4 à 5 litres. D'ailleurs, ces évaluations ne sont pas précises, car le plus souvent les opérateurs, après avoir ponctionné l'abdomen dans le but de faciliter l'accouchement, ne se préoccupaient pas de recueillir le liquide.

Aussi quelques auteurs ne font-ils aucune mention de la quantité du liquide qui existait ; ils se bornent à donner les mensurations de l'abdomen, dont la circonférence au niveau de l'ombilic a atteint dans certains cas 36 cent. ; 36 c., 5 ; 45 et même 51 centimètres.

Dans les cas de rétentions d'urine, le liquide ascitique était en général moins abondant et n'a pas dépassé 1 à 2 litres. Cependant dans une observation de Portal, l'épanchement péritonéal était de 5 pintes, tandis qu'il n'y avait qu'une chopine d'urine dans la vessie.

La quantité d'urine contenue dans la vessie distendue a été considérable ; ainsi, dans un cas de Kristeller, la circonférence de la vessie mesurait 45 centimètres.

Le liquide péritonéal peut être clair et citrin, mais dans d'autres circonstances il est brun-rougeâtre et tient en suspension des flocons fibrineux (Virchow) ; c'est un liquide brun (Mauriceau), roussâtre (Trenel père), sanguinolent (Depaul),

www.libool.com.cn

Digitized by Google

aqueux et rougeâtre (Fearn). Dans beaucoup d'observations on ne signale pas ses qualités.

www.libtool.com.cn

Pour le péritoine, nous trouvons signalées dans plusieurs cas, des lésions bien dignes de remarque. Voss, dit que les intestins agglomérés formaient une tumeur du volume d'un œuf, située au-devant du lobe droit du foie; Aubenas, que le liquide péritonéal était collecté dans une poche formée par les intestins adhérents; Rose, que de nombreuses fausses membranes réunissaient les intestins en une masse; Trenel père, que le péritoine était épaissi et couvert de granulations rougeâtres, et dans deux autres observations qu'il était blafard et blanchâtre. Dans l'observation de M. Porak le foie était adhérent au péritoine pariétal par des adhérences solides, nombreuses et déjà anciennes.

Dans les cas d'ascite compliquant la rétention d'urine, nous voyons encore des lésions inflammatoires très-nettes. Dans l'observation de Moreau, les parois vésicales étaient épaisses de 1 centim.; les tuniques externes de la vessie étaient disjointes en un certain point, par où la muqueuse semblait faire hernie, et la vessie elle-même était adhérente au côlon ascendant; des adhérences réunissaient le foie, la rate, l'estomac, l'intestin grêle en une seule masse. Dans l'observation de M. Depaul, les parois de la vessie étaient hypertrophiées et présentaient des adhérences en avant. Mêmes particularités dans les observations de Fearn et de Delbordier.

Enfin, de même que nous avons déjà indiqué la fréquence des altérations viscérales dans les observations de péritonite réunies par Simpson, nous retrouverons dans nos observations cette même coïncidence. Dans le fait de M. Porak, il y avait une altération des plus nettes du foie; le lobe gauche était très-hypertrophié, le lobe droit ratatiné, atrophié, adhérent en partie au péritoine, mamelonné sur le reste de son étendue; c'était, en un mot, une véritable cirrhose, caractérisée par des tractus fibreux, traversant et détruisant le tissu hépatique; au milieu de ce lobe, se trouvait un kyste sanguin.

Dans le cas de Voss, la rate était très-hypertrophiée; dans le fait de Petit-Mengin, il y avait une dégénérescence de la rate; dans un des cas d'Aubenas, on trouvait « des tractus crétacés partant des vaisseaux oblitérés du foie (?). » Un grand nombre de ces observations ne donnent pas de détails nécroscopiques suffisants, et très-peu d'entre elles signalent l'intégrité du foie et de la rate.

Toutes ees lésions s'accompagnent encore de malformations et de vices de conformations multiples. Les pieds-bots, le bec de lièvre, les adhérences vicieuses des doigts, les phalanges

Digitized by Google

supplémentaires ont été observées. Mais il est un vice de conformation tout-à-fait spécial à la rétention d'urine, qui l'explique et sur lequel M. Depaul a particulièrement appelé l'attention, c'est l'oblitération de l'urèthre s'accompagnant très-souvent d'imperforation de l'anus avec ou sans communication du rectum avec la vessie. Dans un cas, cependant, il n'y avait qu'une petite tumeur développée probablement dans une glande de Littré (Hartman). Cette dernière circonstance n'a pas seulement un très-grand intérêt pour l'explication de la rétention, mais elle a encore une importance physiologique capitale, car on peut en déduire que l'amnios ne serait qu'une poche dans laquelle urinerait le fœtus.

Sans vouloir atténuer toute la valeur de ces résultats qu'a si bien mis en relief M. Depaul, nous ajouterons cependant qu'il y a quelques observations où l'atrésie des organes génitaux ne compliquait pas la rétention d'urine (Deville).

En fait, la plupart des examens nécroscopiques sont très-insuffisants; et, de ce qu'on n'a pas signalé de lésions viscérales ou des adhérences péritonéales, il n'est pas permis de dire que réellement ces lésions n'existaient pas.

Dans quelques-unes de ces observations on les signale, on indique une coloration du liquide ascitique, caractères qui doivent faire soupçonner l'existence d'une inflammation. Il paraît donc au moins probable que plusieurs des cas considérés comme des ascites ne sont réellement que des péritonites ou des ascites inflammatoires.

Quelles sont les causes de l'ascite congénitale?

L'état sanitaire de la mère a-t-il une influence marquée sur les maladies qui apparaîtront chez son enfant? Ou bien celles-ci se développent-elles chez lui indépendamment des affections maternelles?

Un fait de Virchow établit d'une façon bien incontestable l'influence de la mère. Il s'agit d'une femme de 30 ans, enceinte pour la septième fois; ses trois derniers accouchements avaient eu lieu à terme, mais les trois enfants étaient morts peu de temps après leur naissance avec de l'ascite. Au 7me accouchement, il y avait de l'hydramnios et l'ouverture de l'abdomen du fœtus permet d'y constater la présence d'un liquide brun-rougeâtre assez abondant, les intestins étaient couverts de flocons et le mésentère était comme rétracté par un tissu cicatriciel; la mère avait une division du voile du palais.

De toutes les affections de la mère, celle dont les signes sont les plus faciles à constater, celle dont l'influence sur les avortements ou les accouchements prématurés est la plus nette, est certainement la syphilis, et l'idée qui s'impose tout d'abord à l'observation est de s'enquérir des antécédents de

Digitized by Google

la mère et de diriger l'interrogatoire dans ce sens ; aussi ne peut-on que s'étonner du silence des observations à ce sujet.

www.nbtoot.com.cn

Simpson est assez affirmatif relativement à l'influence de la syphilis, mais il nous semble avoir forcé la note, et parmi ses observations, il n'en est qu'une où des lésions syphilitiques aient été constatées. Dans toutes les autres observations que nous avons réunies, cette étiologie spéciale n'est pas indiquée. Dans des autopsies d'enfants de syphilitiques faites à Lourcine par M. Rafinesque (1), cet observateur n'a trouvé qu'une seule fois sur 19 cas un épanchement séreux du péritoine ; mais l'observation n'est pas publiée dans son travail.

Notre collègue, M. Pinard nous a rapporté un fait très-intéressant à cet égard. Il s'agissait d'une femme syphilitique, présentant au moment de son accouchement des plaques muqueuses vulvaires, dont le diagnostic ne prêtait pas à contestation, et qui a accouché de deux enfants atteints tous deux d'ascite.

Trenel eut la rare occasion d'observer trois cas d'ascite ayant occasionné des difficultés pendant l'accouchement. Ce médecin pratique dans la Bresse, pays de fièvres paludéennes et il se demande si l'intoxication maremmatique ne pourrait pas avoir une influence sur la santé du fœtus. L'ascite congénital est rare et lorsque des accoucheurs très-répandus ne voient pas dans toute leur carrière de cas d'ascite congénitale, on peut en effet se demander si des circonstances spéciales n'ont pas singulièrement favorisé Trenel.

Quant aux autres causes, elles sont très-rares.

La tuberculose qui occasionne si souvent l'avortement ne paraît pas avoir une influence marquée sur le développement de l'ascite.

Dans la grande majorité des observations, on ne trouve donc du côté de la mère, rien qui permette d'établir nettement la production de la maladie fœtale. Simpson signale l'influence d'un travail pénible (Obs. II), de la fatigue, du froid, de l'humidité (Obs. VII, XI), d'une lésion de cause physique (Obs. III, VI, VII), de mauvaise santé de la mère (VIII, XXIII). Mais lorsqu'on relit avec attention toutes ces observations, on ne trouve pas de détails suffisants.

Quelques autres observations sont plus probantes. De la Motte parle d'une femme qui aurait reçu un coup sur le ventre ; à partir de ce moment, les mouvements du fœtus auraient cessé d'être perçus, et des hémorrhagies continuelles se seraient produites. Un mois après, un enfant hydropique

(1) *Archives de tocologie*, 1874.

Digitized by Google

venait au monde. Trenel signale le cas d'une femme qui à la suite d'une vive frayeur, aurait constaté dans sa santé et dans la marche de la grossesse des modifications notables; il indique un second cas d'une femme qui aurait eu des troubles domestiques assez graves pour la porter au suicide, etc., etc.

Les causes d'ascite venant du fœtus, sont aussi très-obscures. Legonais et Dugès parlent d'un étranglement interne; enfin, on trouve dans un assez grand nombre d'observations des lésions viscérales. La plus commune de toutes est la rétention d'urine.

Le pronostic de la péritonite et de l'ascite congénitale est très-grave. Jusqu'à présent cette maladie n'a été constatée qu'à l'autopsie, ces lésions ont été des trouvailles d'amphithéâtre. Sommes-nous, cependant, autorisé à la considérer comme infailliblement mortelle? Evidemment non. Devant un cas d'hydropisie du ventre apportant à l'accouchement un obstacle insurmontable, sommes-nous autorisés à tenter toute opération qui délivrera le plus rapidement possible la mère, alors que l'enfant vit encore? Nous sommes dans l'impossibilité de connaître la nature de l'épanchement liquide de l'abdomen, et de cette connaissance dépendent essentiellement les notions pronostiques. Cette question, d'ailleurs, n'a pas l'importance qu'on pourrait lui attribuer. Certes, si l'enfant vit, s'il y a moyen de pratiquer la ponction du ventre, l'éviscération ne doit pas être faite, parce que, dans le premier cas, la vie de l'enfant n'est pas absolument compromise, et que nous ne sommes pas autorisés à la compromettre comme par le second mode opératoire. M. Depaul, à propos de la rétention d'urine compliquée ou non d'ascite, conseille de pratiquer avec la plus grande circonspection et la plus grande prudence la ponction abdominale afin de conserver la vie à l'enfant. Nous y reviendrons à propos du traitement.

Les *symptômes* et le *diagnostic* de cette affection sont bien obscurs. Les signes qui peuvent être enregistrés avant la dilatation complète du col sont fort incertains. Après cette dilatation, quelques signes physiques, particulièrement étudiés par M. Depaul et M. Guéniot, peuvent mettre sur la voie du diagnostic.

Ils se rapportent surtout aux cas où l'épanchement assez abondant constitue une tumeur abdominale notable. C'est généralement vers le 6e ou 7e mois qu'apparaissent les premiers symptômes, parfois plus tard, quelquefois dans le dernier mois de la grossesse. Ils s'accusent le plus ordinairement par une augmentation rapide du ventre qui prend un volume disproportionné avec l'époque de la grossesse. Ce premier symptôme est signalé dans plusieurs observations, il était très-

Digitized by Google

manifeste dans l'observation qui vous a été présentée par M. Porak; il frappe et inquiète même les personnes qui entourent la femme enceinte. Il s'accompagne des troubles habituels d'une distension exagérée du ventre : vergetures, fatigues faciles, malaises, hémorrhoïdes ou varices des membres inférieurs, inaptitude au travail, œdème des membres inférieurs.

Simultanément les mouvements spontanés ou provoqués du fœtus diminuent ou disparaissent; et il est très-probable que son volume disproportionné ne permet plus au phénomène du ballottement d'être provoqué et que, suivant la position, les battements du cœur deviennent moins perceptibles.

Dans le cas de M. Porak, la femme avait été examinée pendant le travail, et l'utérus étant contracté, la palpation abdominale ne permettait pas de percevoir la sensation de flot ou de fluctuation et de déterminer l'existence d'une tumeur liquide. Il ne nous paraît pas cependant impossible que cette sensation puisse être perçue dans les cas où l'épanchement prend les proportions considérables, presque incroyables, rapportées dans certaines observations, celles de Petit-Mengin, par exemple (15 litres).

On ne confondra pas l'ascite avec l'hydramnios, reconnaissable au ballottement qui est très-évident en pareil cas; mais on pourra le confondre beaucoup plus facilement avec toutes les augmentations considérables du volume du fœtus (Spina bifida, tumeurs diverses) ou avec les transformations du placenta.

Au moment du travail, le col étant largement dilaté, le diagnostic est plus facile.

Voici comment les choses se passent quelquefois : La dilatation du col se fait normalement, la tête s'engage et apparaît à la vulve; puis le travail s'arrête. On attend d'abord, puis on opère des tractions d'abord modérées, ensuite violentes sur la tête. Si l'épanchement abdominal est très-considérable, quelque violents que soient ces efforts, ils restent inutiles. Souvent même ils sont tellement exagérés qu'on arrache la tête. On dégage alors l'un des bras, on tire, on l'arrache. On dégage le second bras que l'on arrache aussi. Seulement alors, on cherche à faire la version, on introduit la main, ce que l'on aurait dû faire tout d'abord pour se rendre compte d'un obstacle aussi extraordinaire. A moins d'être bien inexpérimenté, ou bien ému, on reconnaît au toucher la distension fluctuante, mollasse du ventre. Cette sensation est tellement nette, qu'on ne peut l'oublier lorsqu'on l'a constatée une fois. Elle est pathognomonique et rend le diagnostic indiscutable.

Le spina bifida a un siége spécial, l'hydro-thorax est rare

Digitized by Google

et ne s'accuse pas par le même signe; ils ne peuvent donc pas être confondus avec l'ascite.

Quant au traitement de l'ascite, dans le cas où elle serait diagnostiquée avant le travail, il y a peu d'indication à établir à cause de l'ignorance où nous sommes de son étiologie.

L'accouchement commencé et l'ascite reconnue, il faut faire la ponction, si l'épanchement liquide est assez considérable pour être un obstacle au dégagement des parties fœtales. De là Motte a attaqué Mauriceau à ce sujet, le blâmant avec une violence injuste d'avoir recouru à la ponction, dans un cas où il n'était pas possible de terminer autrement l'accouchement. Il conseille de faire des mouvements de torsion, de latéralité, qui nous semblent parfaitement impuissants à faire passer une sphère de 40 à 50 cent. de périphérie à travers la filière pelvienne.

De nombreux accoucheurs ont fait l'éviscération et ont perforé le diaphragme pour vider la cavité péritonéale. Est-ce parce qu'ils craignaient d'introduire un instrument tranchant dans la matrice, qu'ils ne pouvaient pas suffisamment protéger avec leurs doigts? C'est, en effet, une crainte justifiée lorsqu'on se sert du bistouri, mais le trocart ne présente pas les mêmes inconvénients et est bien supérieur au couteau construit dans ce but, sous l'instigation de Mauriceau et que plaisante avec tant de persistance De la Motte.

Dans un seul cas, l'éviscération nous paraît autorisée; c'est lorsque en même temps que l'ascite il y a un rétrécissement du bassin, qui ne permet pas d'atteindre sûrement la paroi abdominale.

M. Guéniot indique les règles que l'on devra suivre pour faire la ponction dans les différentes positions du fœtus; nous renvoyons, à ce sujet, à l'article ascite du Dictionnaire encyclopédique. Nous voulons seulement appeler l'attention sur le point de repère que donne M. Depaul.

Il conseille, la pointe du trocart étant protégée par le doigt, de rechercher l'insertion ombilicale du cordon et de ponctionner le ventre près de ce point; on est sûr ainsi de ponctionner, soit la vessie distendue, soit la cavité péritonéale, tout en évitant les viscères importants et mettant le fœtus dans les conditions les moins mauvaises pour profiter du peu de chance qui lui reste encore de survivre à une pareille opération.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 21 avril 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

II. Lipome volumineux développé à la partie postérieure de la hanche du côté droit. — Ulcération et infiltration calcaire de la tumeur. — Ablation à l'aide du bistouri. — Guérison ; par le Dr DUPUY, ancien interne des hôpitaux.

Constantin R..., 48 ans, employé dans une fabrique de laine, présente à la partie postérieure de la hanche du côté droit une tumeur dépassant le volume d'une tête d'enfant, de consistance lipomateuse, bosselée. Les téguments recouvrant la masse graisseuse sont amincis en plusieurs points et sillonnés de ramifications veineuses considérables; à la partie inférieure de la tumeur se trouve une ulcération, de forme arrondie, ayant les dimensions d'une pièce de cinq francs.

Cette affection date de dix-huit ans; le malade en attribue la cause à une chute qu'il fit, à cette époque, sur la hanche droite. Tout d'abord, le développement de la tumeur se fit lentement, d'une façon presque insensible. Depuis quatre ans, la marche est devenue au contraire beaucoup plus rapide au point d'effrayer le malade et lui faire réclamer le bénéfice d'une opération. Celle-ci était décidée en principe; l'ulcération survenue, il y a 4 semaines environ, en fit hâter le moment.

28 *Janvier* 1876. Avec l'aide de MM. Leroy des Barres et Ulliac, je pratiquai l'*ablation du lipome* à l'aide du bistouri, après avoir préalablement chloroformisé le patient. L'opération se fit sans difficulté; la perte de sang resta insignifiante.

Le 30 *janvier* se déclara subitement un accès de délire alcoolique intense; à plusieurs reprises, le malade se leva de son lit, après avoir défait toutes les pièces de son pansement et sans qu'on pût le retenir. L'hydrate de chloral, à la dose de 6 à 8 grammes par jour, resta d'abord sans résultat.

1er février, nous administrâmes 100 grammes de sirop de chlorhydrate de morphine, et aussitôt une rémission salutaire se produisit.

Le pouls était à 120. Le malade resta jusqu'au 8 *février* dans un état de subdelirium avec exacerbations vers le soir.

Digitized by Google

Il ne recouvra sa connaissance complète que le 7 février ; à ce moment, la suppuration de la plaie ne s'était pas encore franchement établie. On fit un pansement au styrax sous l'influence duquel la suppuration s'établit franchement.

Trois jours après, nous remarquâmes une *fusée purulente*, décollant la lèvre supérieure de la plaie sur une certaine étendue. En même temps se déclarait un érysipèle assez étendu qui réveilla momentanément le délire alcoolique. Grâce à un régime approprié, ces divers accidents disparurent; le 20 février, tout accident inquiétant avait disparu, la plaie bourgeonnait activement. Le 15 avril, le malade reprenait ses occupations habituelles : la cicatrisation était complète.

Examen de la tumeur. — Elle pesait à l'état frais 1,000 gr. *A la coupe*, on put se convaincre qu'il s'agissait d'un lipome présentant les particularités suivantes :

La partie centrale de la tumeur est occupée par une masse volumineuse, ayant la consistance et l'aspect extérieur d'un os ; de cette masse centrale se détachent de véritables ramifications, parcourant le lipome dans divers sens et constituant ainsi un véritable squelette sur lequel semblent s'insérer les parties molles. En résumé, il s'agit d'un lipome volumineux et très-ancien, ayant subi la dégénérescence calcaire.

12. Cyanose et œdème aigu. — Eruption rubéolique.—Mort. — Caillots kystiques de la pointe du cœur. — Foyers d'apoplexie pulmonaire; par M. P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Le nommé Dufort, Albert, âgé de 19 ans, mouleur, entre le 22 mars 1876, salle Saint-Augustin, n° 4 (service de M. BROUARDEL, hôpital Saint-Antoine.)

Le malade est un grand et gros garçon vigoureux; il habite Paris depuis 9 ans, et n'a jamais eu un instant de maladie. Rougeole il y a 2 ans. Revacciné. Entré le 22 *mars* pour une légère courbature fébrile avec embarras gastrique, il se promène dans la salle dès le second jour de son entrée.

27 *mars*, il descend dans la cour et s'y promène un moment.

28 *mars*, à la visite du matin, le malade se plaint d'un violent point de côté sous le mamelon gauche; la respiration est suspirieuse, la voix haletante; la figure est très-pâle. L'appétit est nul; l'estomac ne garde aucun aliment; il existe un état nauséeux continuel; enfin, il y a depuis 2 jours un peu de diarrhée. — Pas de fièvre.

Dans les *poumons*, submatité dans le tiers inférieur du poumon gauche ; râles sous crépitants et crépitants gros dans la

Digitized by Google

même étendue. Pas de toux ni de crachats. Le poumon droit est libre.

Au *cœur*, pas de souffle anormal, pas d'extension de la matité précordiale. Pouls régulier, petit, précipité.

La *rate* est normale. — Le *foie* est descendu, mais non congestionné. — 20 ventouses sèches.

29 *mars*. Même état. — Les râles sont moins abondants. Respiration légèrement soufflante à la base du poumon gauche.—Matin, T. 36°,6. Soir, 37°.8 ; Matin. R. 60. Soir 72 ; Matin, P. 136. Soir, insensible ; Pot. XX. Teint. digitale.

Soir. La dyspnée a encore augmenté. La face est livide, le nez et les pommettes cyanosés ; les mains sont bleues ; les extrémités sont froides. Même état du poumon. Le poumon droit est toujours libre. — Le foie est très-douloureux à la percussion, sa limite supérieure est descendue à 4 travers de doigt, au-dessous du mamelon ; il mesure 15 centimètres sur la ligne mamelonnaire.

30 *mars*. En découvrant le matin la poitrine du malade, on aperçoit une éruption abondante sur la partie antérieure du tronc, et la portion supérieure des membres inférieurs. Elle est constituée par des taches d'un rouge lie de vin, tirant sur le bleu, irrégulières, de 2 à 3 millimètres de diamètre, très-rapprochées les unes des autres, disparaissant par la pression. Le malade a transpiré abondamment toute la nuit. Il éprouve bien la même dyspnée, mais son poumon gauche paraît presque entièrement libre ; on n'entend plus que quelques râles ronflants disséminés, mêlés à quelques râles humides. — Toux rare, rauque, sans expectoration. Pas d'angine. Pas de conjonctivite. Un peu d'œdème des membres inférieurs. Le foie très-douloureux mesure 0,16 ;

Matin. T. 36°,3, Soir. 37°,3 ; Matin, et soir P. innumérable ; Matin, R. 48. Soir, 50 ; Potion Todd. 4 grammes, acétate ammoniaque.

Soir. Même état. Quelques bouffées de râles crépitants à la base du poumon gauche.

31 *mars*. L'anxiété et la dyspnée ont fait encore des progrès. Le malade tourmenté par des nausées continuelles, s'agite dans son lit d'une façon désordonnée. Ses pupilles sont dilatées ; ses extrémités cyanosées et froides ; il pousse des gémissements, se plaignant surtout de la région hépatique, si sensible qu'il ne peut supporter même le contact des couvertures. — Rien ne peut expliquer une pareille dyspnée. Les poumons sont, à part quelques râles, tout à fait libres. Aucun souffle anormal au cœur, dont on ne peut compter les battements faibles et précipités. — L'éruption est toujours très-visible au tronc, sur les membres inférieurs et supérieurs.

Digitized by Google

L'œdème des membres inférieurs a augmenté ; la peau des cuisses est dure et tendue. — On ne constate dans l'urine qu'un simple nuage d'albumine.

Matin. T. 37°. Soir. 36°,8 ; Matin, R. 60. Soir : 0,50 sulfate de quinine.

1er *avril*. Même soif d'air, même anxiété contrastant avec l'intégrité du cœur et du péricarde, dans lesquels on n'entend rien, et des poumons où l'on n'entend que quelques râles sonores, surtout à gauche. Œdème considérable et très-dur des membres inférieurs. Le ventre est dur, extrêmement douloureux, surtout dans sa moitié droite.

Matin. T. 36°,4.—Soir. 36°. Pot. cordiale. Pot. 30 gr. S. Ether.

2 *avril*. Le malade a reposé une partie de la nuit. A partir de ce moment, se manifeste une amélioration qui persiste le 3 et le 4. L'œdème a diminué, et perdu de sa dureté ; le ventre est peu douloureux ; on le percute sans peine, et l'on peut constater la diminution progressive du foie. Le 3, il mesure 0,16, sur la ligne mamelonnaire ; le 4, il mesure 0,14. Il existe un peu d'ascite. L'éruption, très-pâle le 3 a complétement disparu le 4, et se termine sans desquamation. Un peu d'appétit. Le pouls est mieux frappé, lent, régulier; quelques râles sous crépitants fins avec submatité dans le 1/5 inférieur du poumon gauche. 1 verre eau de Sedlitz.

2.	T. matin,	36°,2 ;	soir,	36°,4.
3.	—	36°,	—	36°,2. P. 88.
4.	—	36°,	—	36°,6. P. 96.

5 *avril*. La nuit a été moins bonne. L'oppression reparaît le matin et, dès le soir même, elle a atteint toute l'intensité des jours précédents. Cyanose en partie revenue. Rien que quelques râles humides et sibilants dans les poumons. Pouls de nouveau petit et précipité. Le foie mesure 0,22. Matin, T. 36°,2 ; soir, T. 37°,2.

6 *avril*. L'œdème, très-dur, occupe les membres inférieurs et les parois abdominales ; les bourses et la verge sont extrémement œdématiées. Région du foie très-douloureuse. Gémissements et agitation continuels ; le malade se fait 10 fois par jour lever et asseoir dans un fauteuil. Foie 0,22. Calomel 0,02 c. 10 paquets. Matin, T. 35°,8 ; Soir, 36°,6.

7 *avril*. Même état. 3 selles. Foie 0,22. Matin, T. 35°,2 ; soir, 36°,4.

8 *avril*. Dyspnée moindre ; mais même cyanose, et œdème généralisé. Depuis hier, le malade n'a rendu que 50 gr. d'urine ; il éprouve un faux besoin d'uriner ; et le cathétérisme ne trouve pas d'urine dans la vessie. Il a joui jusqu'à ce jour de toute son intelligence ; mais il paraît ce soir un

Digitized by Google

peu surexcité; il cause beaucoup, avec animation. Foie, 0,19. Pas de selles. Matin, T. 35°,8; Soir, 36°,5.

9 *avril*. Même état. Le malade a uriné 1,000 gr. environ. La surexcitation a disparu. Foie 0,12 c. — Calomel supprimé.

Matin. T. 35°,4; Soir, 34°,8.

10 *avril*. L'oppression est toujours extrême. Agitation et gémissements sans repos. On lève plus de 30 fois par jour le malade dans un fauteuil; il ne peut supporter aucune couverture. L'œdème a gagné les membres supérieurs. La cyanose des extrémités et de la face, est plus foncée encore; le corps est froid. L'auscultation du cœur et des poumons ne donne aucun signe nouveau, le foie mesure toujours 0, 12 cent.

11 *avril*. Le malade meurt le 15, dans la journée, dans une anxiété toujours croissante; son agitation n'a pas permis de prendre sa température dans les derniers jours.

AUTOPSIE le 17 avril. A l'ouverture de la cavité abdominale, il s'écoule une grande quantité de liquide séreux. Le *foie* déborde de 8 cent. environ le rebord des côtes; il présente à son maximum l'aspect du foie muscade; congestion intense du centre du lobule, et dégénérescence graisseuse de la périphérie. Ecchymoses nombreuses et punctiformes sur la face péritonéale de l'intestin. La *veine cave*, disséquée et ouverte avec soin est gorgée de sang; elle ne contient que quelques caillots rougeâtres, tout-à-fait récents; les veines émulgentes sont également pleines de sang, et libres de caillots.

La *rate* est normale. Sur son bord supérieur, petit infarctus pyramidal, à base périphérique, blanc et dur. Le *rein droit* est de volume et de couleur normale; cependant la décortication de la capsule entraine avec elle quelques fragments de la couche corticale. Le rein gauche offre les mêmes altérations; pas d'infarctus.

A l'ouverture de la cavité thoracique, *les plèvres* sont distendues par une quantité considérable de liquide séreux; la cavité pleurale gauche est libre; dans la cavité droite, adhérences anciennes sous forme de fibrilles nombreuses, très résistantes, unissant le poumon à la plèvre costale.

Le *cœur*, enveloppé par le péricarde, mesure, en place 22 cent. dans son diamètre transversal; ce péricarde contient cependant à peine 35 grammes de liquide. Le cœur présente une hypertrophie considérable, surtout dans son diamètre transverse; sa forme est ovalaire à grand diamètre horizontal; il offre au toucher une sensation de dureté, de résistance prononcée surtout au niveau du cœur gauche, et beaucoup plus marquée que dans un cœur normal. Le ventricule droit, dont les parois mesurent 0,25 mm. d'épaisseur est absolument normal; seulement il contient, enkystés dans les loges musculaires de

Digitized by Google

la pointe du ventricule, 3 caillots dont la description est exactement semblable à celle des caillots du ventricule gauche. L'oreillette droite est saine; l'auricule, considérablement dilatée présente une couche de caillots fibrineux résistants, intriqués dans les anfractuosités de la paroi, de façon qu'il est difficile de les en détacher. Néanmoins l'endocarde ne présente à leur niveau ni rugosités ni colorations anormales.

Dans le cœur gauche, l'oreillette est dilatée ; le ventricule est absolument globuleux ; ses parois mesurent 2 cent. d'épaisseur, les valvules mitrale et aortique sont entièrement saines. Mais dans les loges que forment dans la moitié inférieure du ventricule. les fibres musculaires, sont enfermés des *caillots* blanchâtres, à forme sphérique. Ils sont au nombre de 2 dans le ventricule gauche, et leur volume varie de celui d'une noix à celui d'une noisette. Ils sont constitués par une paroi fibrineuse dans laquelle il semble qu'on découvre des plans de stratification ; cette paroi mince renferme une bouillie épaisse, blanchâtre, qui au premier abord ressemble tellement à du pus, que l'ouverture d'un de ces caillots kystiques au moment de la section du cœur a fait penser un moment à une myocardite suppurée. Cette bouillie est constituée par de la fibrine granuleuse. Ces kystes sont très adhérents à l'endocarde qui tapisse les loges musculaires; on peut cependant les en détacher, car il y a là simple accolement et l'endocarde ne présente à leur niveau ni rugosités, ni rougeurs anormales ; la fibre musculaire paraît également intacte à l'œil.

Le *poumon gauche* est absolument sain. Le *poumon droit* présente dans sa totalité les traces d'une congestion intense; de plus il est farci de noyaux apoplectiques, au nombre de 10 au moins, faisant saillie pour la plupart à la surface du poumon, du volume d'une noix en général, et rappelant tout-à-fait la truffe par leur coloration et par leur consistance.

13. Cancer primitif de la rate suivi de généralisation ; par MM. Affre et Moutard-Martin, internes des hôpitaux.

Banelet (Jean), menuisier, âgé de 51 ans, entre à l'hôpital de la Charité, salle Saint-Félix, n° 3, le 5 avril 1876. Il est malade depuis plusieurs mois, ses forces ont considérablement diminué ; il aurait, dit-il, rendu au début de sa maladie du sang par la bouche, sans qu'on puisse savoir si ce sang venait de l'estomac ou de l'appareil respiratoire. Les digestions sont devenues lentes, pénibles sans qu'il y eût de vomissements. Alternatives de diarrhée et de constipation.

M. Voillez constate un amaigrissement notable : le teint

Digitized by Google

est plombé, l'aspect cachectique. L'auscultation ne révèle aucun signe particulier. Le ventre parait volumineux ; la percussion donne une matité occupant les régions épigastrique et ombilicale. La palpation fournit une sensation particulière d'empâtement qui fait penser à une péritonite chronique.

On porte le diagnostic de *cancer abdominal* siégeant probablement à l'estomac. Le malade meurt dans le marasme par affaiblissement progressif le 13 avril.

AUTOPSIE. — Cavité crânienne; rien de particulier, la coloration et la consistance du cerveau sont normales, le liquide céphalo-rachidien n'est pas en excès.

Cavité thoracique. — Les *poumons* sont sains, ils ne contiennent pas de tubercules; au sommet du poumon gauche, il y a un peu d'induration, mais en aucun point on ne peut rencontrer de granulations tuberculeuses. — Les plèvres sont intactes. Le cœur n'offre aucune modification dans la consistance de son tissu, ses orifices sont sains.

Cavité abdominale. — Les intestins sont distendus par des gaz; on voit nettement à leur surface de petites granulations miliaires. Des adhérences et des fausses membranes forment entre l'estomac et les anses intestinales une vaste cavité que vide une incision qui donne écoulement à une quantité considérable de pus séreux, mal lié. Dans le premier moment, on crut avoir ouvert l'estomac, mais en réalité ce viscère était intact, et formait la paroi supérieure de la loge. L'*estomac* est alors enlevé et ouvert : On ne constate *aucune altération* de sa muqueuse ni de ses parois; ses deux orifices et notamment le pylore sont absolument sains. Les intestins sont également enlevés et incisés jusqu'à l'anus : il n'existe sur toute leur longueur aucune altération; le *rectum* est *intact* ainsi que l'anus. On trouve dans la substance du *foie* quelques petites granulations miliaires ; le diaphragme adhère à sa face supérieure, et un bourgeon, nettement cancéreux, fait saillie dans la cavité pleurale droite qui ne présente aucune trace de lymphangite cancéreuse. A peine est-elle injectée et vascularisée. Mais la rate et les ganglions prévertébraux de la région lombaire offrent des altérations profondes.

La *rate* dont le volume est singulièrement augmenté puisqu'elle mesure 20 centimètres de hauteur et de largeur, a une consistance ligneuse; elle est d'ailleurs absolument lisse, sans aucune saillie, sans aucun mamelon. Les coupes pratiquées en différents points offrent toutes le même aspect : sur un tissu de couleur rouge, presque hémorrhagique, se détachent des îlots d'un blanc jaunâtre, résistants à la coupe, dont quelques-uns sont légèrement ramollis à leur centre. Ils me-

Digitized by Google

surent de un centimètre à un centimètre et demi de diamètre, souvent moins, ils sont arrondis, et leur nombre est tel que sur une coupe ils occupent plus de place que les restes du parenchyme splénique. — La capsule adhère fortement au tissu du viscère.

Les *ganglions lombaires* forment trois groupes dont l'un supérieur, du volume d'une petite noix, est placé au dessus du corps du pancréas, en dehors et à gauche de sa tête. — Les deux autres sont disposés au devant de l'aorte qu'ils compriment, et placés à cheval sur le vaisseau de façon à former une tumeur bilobée assez analogue à celle que constituent souvent les lobes hypertrophiés du corps thyroïde, réunis par un pont moins volumineux.

Le tissu de ces ganglions dégénérés offre les altérations caractéristiques du cancer. A ce niveau le calibre de l'aorte n'admet pas le petit doigt. La tumeur ainsi formée, s'étend des piliers du diaphragme à la bifurcation de l'aorte et offre un volume équivalent à celui du poing.

Le cancer est généralisé : des coupes pratiquées sur le sternum, les côtes, les vertèbres, nous ont permis de constater de nombreux dépôts de matière cancéreuse.

Réflexions. — La relation de ce fait, quelqu'incomplète qu'elle soit, nous a paru mériter d'être publiée, à cause de la rareté des cancers primitifs de la rate dont l'histoire est, on peut le dire, entièrement ignorée. L'envahissement de cet organe par un cancer secondaire est déjà un fait rare et dans le cas présent il faut écarter l'hypothèse d'un cancer qui aurait débuté par les ganglions lombaires, car ceux-ci sont proportionnellement bien moins altérés que la rate. Encore plus rare est le cancer primitif, puisque M. Besnier, dans son article récent du Dictionnaire encyclopédique, n'en cite qu'un seul exemple. Ce cancer a-t-il une marche rapidement envahissante? Nous l'ignorons; constatons seulement que celui-ci était généralisé aux ganglions lombaires, au foie, à la plèvre, au péritoine, et aux os.

Il n'existait, et nous insistons sur ce point, *aucune altération cancéreuse de l'estomac ni du rectum*. Ces viscères ont été examinés minutieusement à ce point de vue, car la constatation du fait avait une importance capitale.

14. Hémorrhagie du cervelet; par M. Magnant, interne des hôpitaux.

La nommée L.... Marie, 54 ans, entrait le 11 janvier 1876 dans le service de M. Mesnet, à l'hôpital Saint-Antoine, pour une hémiplégie du côté gauche. Les accidents s'étaient mon-

Digitized by Google

trés d'une façon subite trois jours auparavant, le matin, au réveil, sans qu'aucun phénomène prémonitoire pût les faire prévoir.

En voulant se lever, cette femme était tombée à terre privée du mouvement dans le bras et la jambe du côté gauche. Il n'y avait eu ni perte de connaissance, ni troubles de la parole ou de l'intelligence.

Lors de son entrée dans le service nous constatons, en effet, une paralysie du côté gauche, limitée aux deux membres supérieurs et inférieurs de ce côté, sans paralysie de la face ou de la langue, sans troubles de la sensibilité sous aucune de ses formes. L'intelligence était parfaitement conservée; la réponse était précise et ne laissait pas de doute sur la manière dont les choses s'étaient passées.

Les jours suivants, les phénomènes commencent à s'amender, et permettent de porter un pronostic assez favorable, quant au présent. Dès la fin du mois le mouvement revenait un peu, et vers la fin de février l'état était tel que L.... pouvait se lever et se servir un peu de son bras. Au mois de mars elle pouvait aller et venir, n'accusant aucune gêne, aucun trouble nouveau. Cependant, dans les premiers jours, elle avait été prise subitement d'une perte de connaissance ayant duré dix minutes, et s'étant accompagnée de vomissements, mais sans troubles du mouvement ou de l'intelligence.

Le 16 *avril*, alors que rien ne faisait prévoir une pareille terminaison, après une journée assez bonne, cette femme était prise tout-à-coup, le soir, d'accidents nouveaux. Il était environ huit heures, lorsqu'elle se lève sur son lit, appelle à son secours, et dit qu'elle va étouffer. On lui fait respirer du vinaigre et on lui frictionne les tempes. A ce moment elle est prise de vomissements. La parole est lente, entrecoupée; mais on n'observe pas de paralysie.

Vers neuf heures la parole s'embarrasse, et la malade, qui s'était jusqu'alors tenue assise dans son lit, tombe sur le côté droit, et semble avoir tendance à s'incliner de plus en plus vers ce côté. Vers dix heures la parole et l'intelligence sont anéanties, et le stertor commence. Enfin elle succombe à une heure du matin.

Malheureusement les choses s'étant passées le soir, et l'interne de garde n'ayant pas été appelé, nous ne savons s'il y a eu paralysie, ni de quel côté elle aurait siégé. Les seuls faits observés se réduisent donc à trois : 1° Une anxiété et une dyspnée croissantes; 2° des vomissements spontanés, sans cause apparente; 3° une tendance à être entraînée dans le décubitus sur le côté droit.

Digitized by Google

AUTOPSIE. — Rien de remarquable dans les divers organes : *poumons, foie, reins*, etc., si ce n'est partout de la dégénérescence graisseuse.

Cerveau. — La *surface* ne présente rien au niveau de la face convexe. A peine un peu d'injection ou plutôt de congestion de la pie-mère. A la base, au niveau de la protubérance annulaire, un peu de sang infiltré sous l'arachnoïde. Partout ailleurs rien. En faisant des *coupes* de la substance cérébrale on trouve à la partie supérieure de la corne frontale droite, à un demi-centimètre environ au-dessous de la substance grise, dans la substance blanche, un foyer ocreux de 0,02 c. environ de longueur, linéaire et allongé, autour duquel la pulpe cérébrale est saine. Ce foyer paraît ancien, trop ancien même pour que M. Mesnet le regarde comme la cause des accidents paralytiques du mois de janvier. Cependant, quelque attention que l'on ait apporté à l'examen du cerveau, nulle part ailleurs on n'a trouvé d'autres traces d'hémorrhagie ancienne. Mais le point vraiment intéressant ici était la recherche du foyer, qui avait causé les accidents si rapidement mortels. Incisant alors le *cervelet*, on trouve ce dernier rempli de caillots rouges, absolument nouveaux, occupant tout le centre de l'organe, mais ayant envahi surtout le *lobe gauche*, lequel était comme converti en une coque de 0,015 à 0,020 m. d'épaisseur. Nulle part la surface du cervelet n'était altérée. Au contraire le centre était très-ramolli et infiltré. Les caillots avaient de plus envahi les ventricules, et même la corne occipitale du côté droit. Mais dans tous ces points la pénétration avait été consécutive et s'était faite par extension sans lésion de tissu. Enfin, les caillots s'étendaient encore sur les parties latérales gauches du *bulbe*.

Cette femme a donc succombé à une *hémorrhagie du cervelet*, et la mort est vraisemblablement arrivée quand le sang a fait irruption au niveau du bulbe. Malheureusement, les faits en tant que symptômes n'ont pu être suffisamment observés.

15. Kyste hydatique du Foie ; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Dag... (Jean), 49 ans, entre le 26 février 1876 dans le service de M. BUCQUOY (salle St-Jean, n° 14).

Cet homme s'est toujours bien porté, n'a eu comme toute maladie qu'une fièvre typhoïde en 1873. Son père et sa mère sont morts de vieillesse à 83 et 97 ans.

Il a l'habitude de boire assez d'alcool, et, si ses mains ne tremblent pas, il a eu du moins il y a 6 ou 7 ans, des pituites qui lui ont duré un an et se trouve encore tourmenté par des cauchemars continuels.

Digitized by Google

En 1872, il s'aperçoit d'une dureté douloureuse à l'épigastre ; son appétit ne change pas. Il n'a alors ni vomissements, ni diarrhée, ni ictère. — La grosseur augmente peu à peu. Il maigrit, surtout depuis six mois, et se trouve très-faible depuis 2 ans. — Il y a un mois et demi, son ventre enfle assez rapidement ; il apparaît quelques douleurs à l'épigastre, puis vers la vessie, sans qu'on observe de nausées, et trois jours après les jambes gonflent modérément.

Les urines, rares depuis trois semaines, sont rouges depuis 2 ans.

A son entrée, cet homme, bien bâti, est très-maigre, et sa teinte est très-légèrement subictérique. Il présente un léger œdème des jambes, et un abdomen très-développé. — C'est l'hypochondre qui est surtout distendu. Une veine assez grosse part de l'ombilic et se dirige vers l'aisselle droite. — La palpation donne une sensation de flot, seulement à la partie inférieure, vers l'épigastre, en déprimant la paroi; on sent là une *plaque dure*, lisse, douloureuse, se terminant par un bord tranchant qui remonte vers l'hypochondre droit, pour s'enfoncer sous les fausses côtes. Mais presque aussitôt la même surface reparaît, débordant de nouveau le bord de l'hypochondre. — La percussion donne du reste alors comme diamètres :

Diamètre *axillaire* 22 cent. 5 mm.
Diamètre *mammaire* 21 cent.
Diamètre *épigastrique* 13 cent.

La *rate* est alors grosse sans qu'on fixe exactement ses diamètres. Les urines sont rares, épaisses, rouge brique. — Pendant la durée de l'affection, les douleurs abdominales devinrent vives à plusieurs reprises. Les veines se dilatèrent de plus en plus. Les jambes et le ventre devinrent énormes, de manière à nécessiter la *ponction le 9 avril*. On obtint 12 litres de liquide citrin avec quelques flocons et après on sentit le *foie* qu'on ne trouvait plus auparavant à cause de l'ascite. Son bord, tranchant, sinueux descendait presque jusqu'à l'ombilic ; à l'épigastre et à droite de la ligne blanche on trouvait une saillie lisse, régulière comme un segment de sphère, à peu près du volume du poing. — La *rate* descendait presque jusqu'à la crête iliaque gauche. Il survint un affaiblissement progressif qui se termina par la *mort le 12 avril*.

A L'AUTOPSIE, outre le liquide ascitique on trouve tout le *paquet intestinal* réuni par des adhérences filamenteuses. Le *foie* fait à l'épigastre une saillie lisse adhérente à la paroi et qui formait la bosse sentie après la ponction ; il déborde énormément les fausses côtes.

Digitized by Google

Sa *surface convexe* offre par place avec le diaphragme des adhérences que des tractions détruisent facilement.

Le poids de l'organe ainsi extrait est de 3 k. 300 gr.; sur le milieu de sa face supérieure est une plaque grise dure, sans relief, attenant comme une tangente à une autre plaque ronde semée de mamelons peu saillants, irréguliers, du volume d'un pois à celui d'une noisette, et avoisinant le bord antérieur, à deux travers de doigts à gauche de la vésicule. Le reste de cette face a une couleur normale, teintée par places en gris opalin par suite de la péritonite, et a la consistance du foie sain.

A la *face inférieure*, le lobe droit, le lobule de Spigel et la fossette de la vésicule sont sains. A gauche du hile, apparaît une saillie médiane, blanchâtre, irrégulière, bosselée, presque de l'étendue de la paume de la main, tangente aussi à une autre saillie régulière, double d'étendue, fluctuante, touchant par sa limite circonférencielle au bord tranchant du foie.

A la jonction de ce bord et du bord gauche, petite tumeur rénitente, du volume d'un œuf de poule, légèrement lobulée, cachée à la face supérieure par une fausse membrane, et très fluctuante en même temps que très-tendue. La première tumeur, celle du milieu qui est irrégulière, est d'une dureté cartilagineuse *à la coupe*. La section est jaunâtre et présente des ilôts irréguliers de cette substance dure et élastique, séparés par une matière gris rosé, presque aussi dure, et d'aspect fibroïde, en même temps que plus enfoncée, ce qui constitue, selon la disposition de cette substance, ici des lacunes irrégulières, là des creux en forme de coupe longitudinale de canaux.

Les lacunes sont grosses comme un grain de millet ou une lentille. Nulle part on ne voit de grandes anfractuosités, et nulle part de substance colloïde remplissant ces lacunes.

Cette tumeur s'étend dans le parenchyme jusqu'aux deux saillies notées à la face supérieure, qui sont formées par elle. Elle pénètre jusqu'à l'embouchure des veines sus-hépatiques dans la veine cave, sans faire saillie dans le vaisseau; mais le doigt sent son tissu dur contigu à cette veine. La limite gauche est adossée contre la paroi du kyste que nous allons décrire et dont elle semble partir. Antérieurement et postérieurement, elle laisse à peu près 25 centimètres de tissu hépatique sain. Sur ces limites, à la coupe, elle est irrégulière et son tissu et celui du foie s'engrènent un peu mutuellement. La portion voisine de tissu hépatique est plus lisse et plus pâle.

L'autre saillie, plus étendue à la face inférieure, mais ne se voyant pas à la face convexe, est un *kyste* qui laisse échapper à l'incision un *liquide eau de roche* et une masse de vési-

Digitized by Google

ciles hydatiques du volume d'un pois à celui d'une petite prune, et il se détache de la paroi une membrane transparente, gélatineuse, qui la tapissait dans toute son étendue. Cette paroi est jaunâtre, un peu villeuse, très-dure, et d'une épaisseur de 3 à 4 millimètres dans ses parties les plus minces. A sa partie droite, elle se continue directement avec la tumeur dure déjà décrite, sans que la coupe montre de limites tranchées entre elles.

La petite tumeur du bord gauche montre à l'incision des hydatides flétries et séparées de la poche par une mince couche de liquide semblable à du lait caillé.

La *rate*, énorme, pesait 750 grammes; présentant une plaque fibreuse, jaune, épaisse, dure, limitée à son enveloppe, trace d'une ancienne périsplénite. Le reste de la surface est louche et opaque par place. *Petite rate surnuméraire* du volume d'une prune accolée à l'angle du colon descendant.

Tous les *autres viscères* ne présentent pas d'altération notable.

16. Péricardite hémorrhagique; par M. VALUDE, externe des hôpitaux.

X..., cocher, âgé de 40 ans, est né dans l'Yonne; il a eu la vérole il y a dix-sept ans environ; il avoue des habitudes d'alcoolisme dont il offre du reste divers symptômes, tels que cauchemars effrayants, vomissements pituiteux du matin, dyspepsie habituelle et tremblement caractéristique. Depuis trois ans au printemps la peau de la face dorsale de ses mains devient rouge, épaissie et se couvre de phlyctènes remplies d'une sérosité transparente. Ces phlyctènes se flétrissent et se dessèchent sans s'ouvrir, puis la peau prend un peu de coloration rouge mais reste épaisse, sèche et un peu fendillée.

A la même époque aurait paru pour la première fois, un œdème des jambes qui disparaissait peu à peu pour revenir l'année suivante.

Cet homme ne s'inquiétait pas autrement de ces accidents lorsqu'il y a dix mois environ, sans cause appréciable, il vit sa respiration s'embarrasser en même temps qu'un peu de toux et une expectoration spumeuse légère apparaissaient. La dyspnée, augmentée à chaque effort mais sans accès de suffocation nocturne, s'accrut peu à peu; l'œdème des jambes reparut pour ne plus s'en aller.

Enfin, il y a quinze jours environ, tous ces symptômes ayant subi une recrudescence considérable, cet homme ne pouvant continuer son travail entra à l'hôpital le 7 avril 1876,

Digitized by Google

(service de M. MOUTARD-MARTIN, salle Saint-François, n° 8).

A la visite du lendemain on se trouve en presence d'un homme paraissant vigoureusement constitué, et qui est en même temps un peu obèse.

Mais la face est bouffie et offre une coloration qui est un mélange de la teinte cyanotique marquée surtout aux lèvres et d'une teinte rouge brun, occupant le reste de la face et qui semble comme brûlée par le soleil. Le malade est en proie à une dyspnée extrême qui porte à examiner tout d'abord la poitrine. Celle-ci est globuleuse, arrondie et donne une sonorité exagérée à la percussion dans toute son étendue. L'auscultation révèle des râles sibilants et ronflants d'emphysème disséminés dans les deux poumons, et des râles sous-crépitants limités aux deux lobes inférieurs, en arrière ; l'absence de fièvre et de matité les fait rapporter à un œdème de la base des deux poumons.

La région précordiale ne semble pas déformée, et ses déformations, si elles existent, disparaissent au milieu de la forme globuleuse générale de la poitrine. Pas de douleur précordiale La percussion est très-gênée en haut et à gauche par la présence d'une lame pulmonaire emphysémateuse qui s'étend au devant du cœur ; cependant on peut constater que la matité dépasse le bord droit du sternum d'un bon travers de doigt, et qu'elle descend au-dessous de la sixième côte. Les battements du cœur ne sont pas perçus à la palpation. A l'auscultation les bruits sont sourds, voilés mais aucun bruit anormal ne semble en altérer le timbre. On diagnostique un épanchement dans la péricarde. On constate en outre les accidents cutanés qui ont été décrits plus haut, et sur lesquels nous ne reviendrons que pour dire qu'ils semblent limités à la partie de la face dorsale de la main qui n'est pas protégée par les vêtements, et qu'ils semblent dus à une brûlure causée par le soleil.

En découvrant le malade pour examiner l'œdème des jambes dont il se plaint, on constate en effet une infiltration séreuse remontant jusqu'au genou et assez prononcée: mais de plus sur la région antérieure du cou-de-pied apparaît une plaque d'un rouge brun ressemblant à celle de la face dorsale de la main mais sans phlyctènes. Elle est limitée aux malléoles d'une part sur les côtés, et d'autre part elle remonte de quelques centimètres sur la face antérieure de la jambe, tandis qu'elle descend jusqu'au niveau de la tête des métatarsiens et va en se dégradant.

La peau à ce niveau est dure, épaissie et sèche ; le malade a des varices. — Le ventre est gros, il y a un peu d'ascite. — Le foie volumineux déborde les fausses côtes.

Digitized by Google

Le malade a complétement perdu l'appétit, ne digère pas, et de plus, depuis quelques jours, il a une diarrhée séreuse très-abondante. Pas de fièvre, le pouls est petit, dépressible mais régulier. Pas de troubles intellectuels. Pas d'affaiblissement musculaire insolite. Les urines sont rares et très-colorées mais sans albumine ni sucre.

En présence de ces accidents insolites, de ces hydropisies et de la diarrhée séreuse, on aurait pu penser à une altération générale du sang et peut-être à la pellagre. Le traitement institué porte uniquement contre la diarrhée. Pendant quelques jours le malade offre un peu moins de dyspnée sous l'influence du repos; mais les signes stéthoscopiques du poumon et du cœur restent les mêmes. La diarrhée a disparu.

Dans la nuit du 11 au 12, probablement sous l'influence des variations atmosphériques, la dyspnée reparaît intense; et à la visite du 12 le malade est cyanosé, très affaibli, le pouls est petit, misérable, les bruits cardiaques semblent plus voilés.

La nuit du 12 au 13 est encore plus mauvaise : la dyspnée atteint son maximum d'intensité, le malade a conscience de sa fin prochaine; il meurt dans la journée du 13.

Autopsie, faite 24 heures après la mort :

Le cerveau est sain ; un peu de congestion méningée.

Le foie, très-volumineux, est également congestionné et légèrement cirrhotique. Hernie épiploïque droite congénitale.

Les deux *poumons* sont emphysémateux et offrent de l'œdème à la base en arrière.

Le *péricarde*, énormément distendu par du liquide, forme entre eux une masse grosse comme une tête d'adulte. La face externe est recouverte d'une épaisse couche de graisse.

Une incision pratiquée à sa partie inférieure laisse écouler plus d'un litre de liquide qui semble du sang pur, sans mélange de sérosité. L'incision prolongée du péricarde permet enfin de constater entre l'épaississement et l'imbibition du feuillet pariétal par le sang, une couche de fausses membranes peu marquées sur le péricarde pariétal, mais très-épaisse sur le cœur, où elles atteignent 1 centimètre d'épaisseur environ; de légers tractus que l'on détruit en écartant le péricarde relient les deux faces de la séreuse. Ces fausses membranes offrent une surface tomenteuse, et sont fortement imbibées par le sang. Elles offrent des dépressions, des enfoncements limités par des tractus plus saillants et le cœur, ainsi complétement enveloppé, ressemble exactement à une pomme de pin débarrassée de ses écailles.

Digitized by Google

Les tractus qui unissent le cœur au péricarde sont plus solides sur la face postérieure et surtout près de l'origine des vaisseaux.

www.lnlool.com.cn

Le *cœur* est lui-même hypertrophié ; son tissu offre une coloration jaunâtre et ses fibres ont subi une dégénérescence graisseuse très-marquée.

17. Cicatrices des reins ; par le Dr FERRAND, médecin des hôpitaux.

M. FERRAND présente deux *reins* dont la surface est sillonnée par une quantité de dépressions plus ou moins marquées. Ils ont été recueillis chez une malade atteinte d'affection cardiaque et emphysémateuse qui mourut de son emphysème pulmonaire. M. Ferrand se demande s'il y a lieu de voir là la trace d'abcès, d'infarctus, de kystes, où s'il a simplement affaire dans ce cas à un rein lobulé.

M. CHARCOT. Ces dépressions sont des traces d'infarctus qui remontent peut-être à 25 ou 30 ans et témoignent de l'existence d'une endocardite végétante heureusement guérie.

M. FERRAND. Cette femme avait 60 ans.

18. Ankylose du coude ; par M. A. HEYDENREICH, interne des hôpitaux.

Cette pièce provient d'un homme de 34 ans, entré dans le service de M. DUPLAY, à l'hôpital Saint-Louis, pour une fracture compliquée de l'avant-bras gauche, qui nécessita l'ablation du membre.

M. Duplay se disposait à faire la désarticulation du coude, lorsqu'il constata que cette articulation était ankylosée ; il fut obligé d'amputer le bras vers son extrémité inférieure. En interrogeant les antécédents de cet homme, nous avons appris qu'en 1870 il a été atteint de variole, et immédiatement après de fièvre typhoïde ; pendant la période de déclin de cette dernière affection, il a été pris d'une arthrite du coude gauche, arthrite qui dura deux mois et demi, s'accompagna de suppuration et laissa après elle des fistules qui persistèrent plusieurs mois. Depuis cette époque, les mouvements du coude sont totalement perdus.

. On remarque dans cette pièce, une fusion intime des trois os qui concourent à former l'articulation du coude. A l'extérieur, il est fort difficile de reconnaître d'une façon précise où est la limite de ces os ; toutefois le cubitus est manifestement déplacé en dedans et en bas, et les cavités olécrânienne et coronoïde de l'humérus sont libres. A la coupe, la fusion est tout aussi intime, et c'est à peine si une légère différence de coloration permet de délimiter les trois os.

Digitized by Google

19. Diphthérie. Expulsion de fausses membranes. Avortement. Enfant vivant; par M. MICHEL, interne des hôpitaux.

M. MICHEL montre deux fausses membranes tubulées, longues de plus de 10 centimètres, et ramifiées à leur extrémité la plus mince, comme la bronche qu'elles obstruaient. Elles ont été rendues par une femme qui bientôt avortait (au huitième mois de sa grossesse). L'enfant est vivant, et n'offre aucune trace de diphthérie.

20. Adéno-lymphocèle du mésentère; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

Marguerite G..., 70 ans, morte de cystite purulente, salle Saint-Michel, 8, Salpétrière, service de M. LE DENTU.

Sur la face droite du mésentère, dans l'angle de réunion avec le feuillet inférieur du mésocolon transverse, tout près de l'insertion vertébrale, on trouve *une poche liquide*, de couleur blanc de lait, de la grosseur d'un œuf de poule, entourée d'un tissu cellulaire très-lâche, qui permet son énucléation facile ; on ne trouve dans le voisinage aucune trace de vaisseau lymphatique dilaté, aboutissant à la poche ; on cherche le canal thoracique qu'on suit dans toute son étendue, il est parfaitement normal. Aucun des siéges des ganglions lymphatiques ne présente de tumeur. La poche ouverte donne issue à un *liquide* absolument *semblable à du lait*, qui s'écoule incomplétement comme s'il était contenu dans des poches isolées ; par des ouvertures multiples, on en recueille environ 30 gr.

La tumeur est disséquée : les *parois* sont minces, transparentes, la cavité est divisée en loges multiples par des cloisons incomplètes, circonscrivant des aréoles irrégulières, sur les parois desquelles s'ouvrent des loges plus petites ; c'est tout à fait l'aspect de la trame des tumeurs carcinomateuses. Le liquide est parfaitement homogène, demeure fluide ; *au microscope*, il présente seulement des granulations extrêmement fixes, toutes de même volume, que l'on reconnait être de nature graisseuse, en les traitant par l'éther. Avec cela, quelques rares globules rouges venant évidemment de rupture vasculaire ; mais aucune trace d'éléments figurés quelconques.

Digitized by Google

21. Hémiplégie gauche. Lésion du lobule paracentral droit; par M. PITRES, interne des hôpitaux.

M. PITRES présente un cerveau desséché par l'action d'une solution d'acide azotique au sixième et l'exposition à la chaleur solaire. Sur ce cerveau ont été figurées les lésions corticales que révéla l'autopsie d'une malade dont il rapporte l'histoire. Il s'agit d'une ataxique qui était entrée à l'infirmerie de la Salpétrière, pour une fracture. Elle présenta bientôt une *hémiplégie gauche*, le côté droit était absolument respecté. A l'autopsie, on trouva des lésions très-étendues sur les deux hémisphères, mais *seulement à droite*, les circonvolutions du cerveau moyen (lobule paracentral) étaient atteintes.

22. Elections

MM. LÉGER et GUYARD sont nommés *membres adjoints*.

Hommage est fait à la Société du Traité clinique des maladies de l'utérus, par MM. Demarquay et Saint-Vel.

Séance du 28 avril 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

23. Cancer du rein, avec cancer du foie; Corps fibreux de l'utérus; par M. A. SEVESTRE, chef de clinique de la Faculté.

X***, cuisinière, âgée de 47 ans, est entrée le 7 mars 1876 à l'hôpital de la Charité, salle Sainte-Anne, n° 24 (service de M. G. SÉE).

Cette femme se plaint de souffrir dans le ventre, et fait remonter à 8 jours seulement le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital. Toujours bien portante jusqu'alors, dit-elle, elle aurait été prise brusquement d'une douleur dans l'hypochondre droit, et depuis lors cette douleur a persisté d'une façon continue, sans s'accompagner d'autre chose que d'un certain malaise général.

Digitized by Google

Au moment de l'entrée, voici ce que l'on constate : La malade est un peu maigre, mais prétend n'avoir jamais été plus grasse ; sa figure exprime la souffrance, et en effet depuis 8 jours elle a dans le côté droit de l'épigastre et dans l'hypochondre droit une douleur modérément intense, mais continue, et qui de ces points se propage un peu vers l'ombilic. L'appétit est bien conservé ; il y a parfois quelques nausées, mais jamais de vomissements. La langue est normale ; les selles sont un peu rares. Il n'y a pas de fièvre ; enfin la malade présente sur la peau et les conjonctives une légère teinte ictérique ; les urines, sauf une faible coloration par la bile, sont normales.

L'abdomen est volumineux, et la main appliquée sur lui constate une sensation de flot qui indique l'existence d'un certain degré d'ascite ; mais ce n'est pas à l'ascite seule, d'ailleurs peu considérable, que tient cette augmentation de volume du ventre. La palpation permet en effet de constater l'existence de tumeurs solides en différents points de l'abdomen. A droite, au-dessous du rebord des fausses côtes, la palpation et la percussion font reconnaître une masse qui se continue directement avec le foie, sans que l'on puisse saisir de ligne de démarcation entre les deux. Le bord supérieur remonte au voisinage du mamelon et son bord inférieur descend jusqu'au niveau de l'ombilic. Ce bord n'est point absolument régulier, mais un peu festonné, et, en outre, sur la face antérieure de cet organe, on trouve des tumeurs arrondies, un peu déprimées au centre et donnant tout-à-fait la sensation de noyaux cancéreux. Le foie est aussi très-développé dans son sens transversal ; il recouvre l'épigastre et se prolonge jusque dans l'hypochondre gauche. On constate aussi par la palpation à ce niveau, des frottements péritonéaux extrêmement nets ; cet examen augmente un peu les douleurs que la malade accuse à l'épigastre.

Une autre tumeur existe à l'hypogastre. Cette tumeur paraît formée de plusieurs lobes dont le plus gros, du volume du poing environ, occupe le côté gauche de la région. En combinant la palpation hypogastrique et le toucher vaginal, on constate facilement que ces tumeurs sont réunies les unes aux autres et font corps avec l'utérus ; il est évident qu'elles ne sont point seulement accolées à cet organe, mais se sont développées dans son intérieur. En outre, au niveau du point où la grosse tumeur est appréciable par le vagin, on reconnaît aussi très-nettement que la muqueuse glisse sur elle.

Le col est d'ailleurs normal, mais seulement rejeté vers le côté gauche. La malade, interrogée au sujet de ses fonctions

Digitized by Google

menstruelles, répond qu'elle a toujours été bien réglée, et n'a jamais eu de pertes; elle a cessé d'être menstruée depuis quelques mois, sans le moindre dérangement. Enfin, dans le flanc droit, entre le bord inférieur du foie et la tumeur utérine, on trouve une résistance particulière assez difficile à définir, et qui paraît devoir être attribuée à l'existence d'une tumeur située profondément. Il semble également que la région lombaire de ce côté est plus résistante que du côté opposé.

La malade, interrogée de nouveau après la constatation de sa tumeur, affirme qu'elle ne souffrait pas avant ces huit derniers jours, et que son attention n'avait jamais été dirigée de ce côté. Elle avait seulement remarqué que depuis quelque temps, son ventre était un peu plus volumineux, mais ne s'en était nullement préoccupée; elle a, du reste, continué son travail qui est assez pénible, jusqu'à ces derniers jours. Sa santé a toujours été bonne; seulement depuis 2 ans, elle ressentait de temps en temps quelques douleurs dans la région lombaire du côté droit, douleurs qui étaient du reste bien différentes de celles qu'elle éprouve aujourd'hui dans le ventre, et qui ne l'avaient jamais inquiétée. C'est seulement à la suite de demandes réitérées sur l'existence de troubles antérieurs qu'elle donne ce renseignement.

Sous d'autres rapports, la santé est du reste parfaitement conservée; la malade ne tousse pas et l'examen de la poitrine révèle les caractères de l'état normal. Il en est de même pour le cœur.

En somme, tous les phénomènes morbides sont limités à l'abdomen. Il est tout d'abord bien certain qu'il existe un cancer du foie. L'augmentation considérable de volume de cet organe, les bosselures qu'il présente, ne peuvent guère s'expliquer dans une autre hypothèse. Mais n'y a-t-il pas dans quelque autre organe un cancer primitif, ou bien s'agit-il d'un cancer primitif du foie? La conservation parfaite de l'appétit et des fonctions digestives ne s'accorde guère avec l'hypothèse d'un cancer de l'estomac. Quant à la tumeur utérine, on ne peut en faire un cancer. Le col est absolument sain, et le cancer se fût-il développé seulement dans le corps, il y aurait eu quelques troubles utérins; enfin on n'aurait pas la sensation d'une certaine épaisseur de tissus glissant sur la tumeur, sensation qui, au contraire, rappelle absolument celle que donnent les tumeurs fibreuses.

Une autre hypothèse semble plus vraisemblable. Dans le flanc droit existe une tumeur située profondément dans la région du rein, et peut-être faut-il y chercher le point de départ des accidents? Sans doute, l'urine n'a jamais présenté, au

Digitized by Google

dire de la malade, d'altération appréciable, et particulièrement n'a jamais renfermé de sang ; mais, d'un autre côté, on trouve dans les auteurs un certain nombre de faits semblables, et de plus, l'existence depuis deux ans de douleurs sourdes dans cette région concorde assez bien avec l'hypothèse d'une lésion primitive du rein.

www.rnbook.com.cn

Il semble donc que le diagnostic puisse être ainsi formulé : *Cancer du foie et probablement cancer primitif du rein ; corps fibreux de l'utérus.*

Dans les jours qui suivent, les phénomènes prennent une gravité rapidement croissante : la malade s'amaigrit, la cachexie s'accuse de plus en plus et trois semaines après, la mort survient, sans autre symptôme. On avait seulement remarqué pendant quelques jours des tumeurs dures disséminées en différents points de l'abdomen, et par suite, on s'était demandé si l'on n'avait pas affaire à un cancer du péritoine : mais ces tumeurs, très-évidentes à un moment donné, l'étaient beaucoup moins quelques jours après, et avaient même disparu un peu avant la mort. Il s'agissait donc de matières fécales.

Autopsie. — L'ouverture de l'*abdomen* donne issue à une petite quantité de liquide ascitique. Le foie remplit la plus grande partie de la cavité abdominale et le bassin est occupé par la tumeur utérine ; entre ces deux tumeurs se trouvent tassés les intestins sur lesquels on ne constate aucune altération. L'épiploon est sain. Le *foie* présente un volume énorme il mesure 30 centimètres transversalement, et dans le sens de la hauteur 25 dans le point le plus large, et 17 au niveau du hile. Sur sa face antérieure, existent des brides fibreuses et des épaississements partiels de la capsule ; en outre il adhère au diaphragme dans la plus grande étendue de celui-ci. La surface du foie est parsemée de noyaux marronnés, déprimés à leur centre et qui offrent tous les caractères de noyaux cancéreux ; sur des coupes, on trouve aussi des noyaux analogues extrêmement nombreux, de sorte qu'ils constituent au moins les trois quarts du tissu de cet organe. Le raclage donne du suc très-abondant.

L'*estomac* et les *intestins* ne présentent aucune altération.

La *rate*, un peu grosse, présente quelques adhérences avec le diaphragme mais offre d'ailleurs les caractères de l'état normal.

Le *rein* gauche est sain, mais le rein droit présente au contraire des lésions fort intéressantes. Il a un volume double de l'état normal et semble transformé en une poche kystique ; lorsqu'on incise cette poche il s'écoule un liquide (240 c. c.) trouble, séro-purulent et qui donne par le repos un dépôt

Digitized by Google

grumeleux, paraissant au microscope constitué surtout par des globules de pus plus ou moins altérés. La poche elle-même est formée par la dilatation du bassinet et des calices, et par le refoulement de la substance rénale étalée sur la moitié externe de cette poche. En outre, dans le bout inférieur de ce rein, existe une masse blanche, assez dure, d'apparence squirrheuse et dont la présence à ce niveau rend compte de l'hydronéphrose signalée tout à l'heure. En effet, l'uretère est accolé à cette masse et se confond avec elle, de telle façon que son calibre est complétement oblitéré ; à quelques centimètres au-dessous seulement, on retrouve le calibre de ce canal. La vessie est saine.

www.imiool.com.cn

L'*utérus* présente le volume d'une grosse tête de fœtus ; sa surface est bosselée et sur cette surface comme à la coupe, on voit que ces bosselures sont dues à des tumeurs disséminées dans la masse du tissu utérin. La plus volumineuse, qui a le volume du poing, est située dans la partie postérieure du corps de l'organe et la cavité utérine est étalée sur sa face antérieure; le col est un peu aplati d'avant en arrière, et presque complétement libre. La tumeur est d'ailleurs parfaitement isolée dans le tissu utérin, et s'énuclée assez facilement. Le tissu qui la constitue est beaucoup plus dur que celui de l'utérus ; c'est en effet un corps fibreux calcifié par places, ainsi que le montre un examen à l'œil nu et au microscope. Outre ce gros corps fibreux, on en trouve quelques autres plus petits, du volume d'une noisette à un petit œuf disséminés en différents points de l'utérus. Les ovaires sont sains.

Le *cœur* est peu volumineux, et sans apparence de lésion quelconque. Les *poumons* sont libres d'adhérences ; la face pleurale du diaphragme, même du côté droit, ne présente rien de particulier. Dans les poumons, on ne trouve non plus aucune altération, si ce n'est quelques traces de congestion surtout à la base droite, et au sommet quelques points d'induration ancienne.

Réflexions. Je signalerai dans cette observation plusieurs points intéressants : 1° Le début du cancer par le rein n'a rien de bien rare, mais il est moins fréquent de voir ce cancer évoluer sans troubles de la sécrétion urinaire. Ici, l'examen du rein malade permet de comprendre pourquoi l'urine n'a point présenté de caractères anormaux. En effet, le cancer siégeant à l'origine de l'uretère, il est bien probable que ce conduit s'est trouvé presque de suite oblitéré, et que l'urine était fournie seulement par le rein du côté opposé resté sain.

2° Pendant longtemps, le cancert est resté limité au rein, puis le foie a été envahi, et c'est seulement lorsque s'est développée la péritonite périhépatique (accusée au moment de l'en-

Digitized by Google

trée par des frottements) que la malade a commencé à ressentir des douleurs.

3° Le développement de corps fibreux aussi volumineux, déjà calcifiés en partie, et ne donnant lieu à aucun trouble utérin, mérite aussi d'être signalé.

4° Enfin, ce fait démontre une fois de plus la possibilité de la coïncidence du corps fibreux et du cancer, coïncidence niée autrefois, mais démontrée actuellement par un certain nombre de faits.

24. Cancer primitif du foie; par M. DUSAUSSAY, interne des hôpitaux.

B..., Marc, 70 ans, orfèvre, est entré, le 16 mars 1876, à Lariboisière, et a été couché au n° 16 de la salle de Saint-Vincent, (service de M. MILLARD).

Aucun antécédent héréditaire. Les parents de B... sont morts à un âge avancé sans avoir jamais présenté aucun symptôme pouvant faire supposer chez eux une affection analogue à celle que nous trouvons chez notre malade. Ce dernier, de son côté, n'a jamais eu d'affection grave, et jusqu'à ces derniers temps, a joui d'une très-bonne santé.

C'est vers le milieu de novembre 1875, c'est-à-dire il y a 4 mois, qu'a débuté la maladie pour laquelle B... entre à l'hôpital. Ce début aurait été assez brusque et aurait consisté en un ictère survenant rapidement après une émotion morale vive. Quoi qu'il en soit, depuis cette époque le malade a conservé son ictère ; il a perdu ses forces et il a beaucoup maigri. Ce sont ces raisons qui le décident aujourd'hui à venir se faire traiter dans nos salles.

Etat à l'entrée. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'ictère généralisé. Tous les téguments présentent une coloration jaune-vert foncé et sont le siége de démangeaisons très-accusées qui empêchent souvent le malade de dormir.

Amaigrissement très-prononcé. Aucune trace d'infiltration œdémateuse. Ventre assez volumineux, avec développement notable des veines sous-cutanées. Le ventre est sonore partout, il est assez dépressible et n'est douloureux à la pression que dans la région hépatique. Il n'y a pas trace d'ascite.

Foie. Par la percussion, on trouve que la matité commence au mamelon droit pour descendre jusqu'à deux travers de doigt au-dessous des fausses côtes. Par la palpation, on sent très-nettement, à la limite de la matité, le bord antérieur du foie. Sur la ligne médiane, où l'on a sous la main une certaine étendue de la face supérieure de l'organe, on trouve celui-ci dur, inégal, mamelonné. Le foie n'a jamais été et n'est pas

Digitized by Google

le siége de douleurs spontanées ; mais il est assez sensible à la pression.

La *rate* n'est pas augmentée de volume. Jamais de troubles digestifs. L'appétit, sans être bien grand, a toujours été régulier, les digestions se font bien, le malade n'a jamais vomi, n'a jamais eu de diarrhée ; il est plutôt légèrement constipé. Ses matières sont décolorées.

Rien au cœur. Rien dans les poumons. Jamais d'hémorrhagies par aucune voie. Rien à noter du côté de l'encéphale.

10 *avril*. Pendant les premiers temps, l'état a persisté sans changement appréciable. Mais depuis quelques jours le malade décline visiblement. Il peut à peine se retourner dans son lit, a maigri davantage, mange à peine quelques cuillerées de potage, et mouche continuellement du sang. Rien dans la poitrine.

Pas de vomissements. L'ictère est encore plus foncé si c'est possible. Le foie est plus volumineux qu'à l'entrée ; il descend presque jusqu'à l'ombilic, et forme à la région épigastrique une voussure très-accusée. Il est dur et parsemé de nodosités très-rapprochées les unes des autres. Toujours pas d'ascite, mais un peu d'œdème des deux pieds.

20 *avril*. L'état général s'aggrave de plus en plus; l'amaigrissement est considérable. Le malade ne vomit pas, mais il a depuis 4 à 5 jours une diarrhée continuelle avec épreintes et ténesme anal. Les selles sont très-fréquentes, peu abondantes, formées de glaires sanguinolents. Les autres symptômes persistent tels qu'ils sont notés plus haut.

24 *avril*. Le malade s'affaiblit de plus en plus. Epistaxis continuelles. Dysenterie persistante. Même état du ventre ; en plus cependant un peu de matité dans les deux flancs (ascite modérée). — Mort le 25 avril.

Autopsie. Un litre et demi de sérosité ascitique ordinaire. Pas de péritonite.

Foie très-volumineux, recouvert de marrons cancéreux tellement abondants, qu'en certains points ces tumeurs laissent à peine entre elles une étroite bande de tissu hépatique. A la coupe, on retrouve ces noyaux partout, séparés par un tissu hépatique de couleur verdâtre foncée, un peu lobulé. Les canaux biliaires intra-hépatiques ne paraissent pas dilatés à l'œil nu. La vésicule biliaire renferme une petite quantité de mucus épais, grisâtre. Les voies biliaires sont normales.

La rate a son volume normal; elle renferme beaucoup de grains calcaires du volume d'un pois.

Les *deux poumons* sont parsemés de petits noyaux cancéreux du volume d'un pois à une lentille.

Digitized by Google

Dans les 15 derniers centimètres du *rectum*, nombreuses érosions tout-à-fait superficielles.

Aucun autre cancer. Rien dans le tube digestif examiné dans son entier, rien dans le pancréas, les reins, la prostate, les vésicules séminales, les testicules, le cerveau, etc.

25. Tumeur du noyau extra-ventriculaire de chaque côté. — Hemiplégie gauche, puis affaiblissement musculaire à droite.— Défaut d'équilibre.—Phénomènes d'impulsion en avant et en arrière. — Suicide par les vapeurs de charbon ; par M. L. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

Vié, Auguste, âgé de 38 ans, est trouvé sans connaissance dans une chambre le 5 avril 1876. Il présente les traces évidentes d'une tentative de suicide par les vapeurs de charbon. Transporté immédiatement à l'hôpital, il arrive vers huit heures dans la salle Saint-Eloi (Service de M. PROUST).

Il est dans le coma, la respiration est stertoreuse. et accélérée, le corps est couvert de sueur, les membres sont dans la résolution. On lui couvre la poitrine de ventouses sèches et on lui promène plusieurs fois pendant la nuit des sinapismes sur les cuisses.

6 *avril, matin.* Le malade est encore dans le coma. La respiration est stertoreuse, la face congestionnée, les veines du cou gonflées; à l'auscultation on n'entend rien de particulier, les râles trachéaux couvrent tout autre bruit. Rien à l'auscultation du cœur, le pouls est régulier, accéléré et assez fort. Les pupilles sont dilatées et peu sensibles à la lumière, en touchant la conjonctive, on provoque l'occlusion des paupières, mais la face reste inerte. Il n'y a pas de déviation des yeux ni de la tête; les deux côtés de la face sont semblables ; la bouche est entr'ouverte, et les deux joues sont un peu soulevées à chaque expiration ; l'haleine offre une odeur particulière.

Les quatre membres sont dans la résolution, et les excitations ordinaires ne provoquent aucun mouvement ; mais, en pinçant très-fortement la peau du côté gauche, on obtient quelques mouvements de retrait du bras et de la jambe, tandis que du côté droit rien ne se produit.

Saignée de 450 grammes, à la suite de laquelle le malade fait quelques efforts de vomissements et rend quelques mucosités rougeâtres. Même état comateux : râles abondants dans toute la poitrine.

Dans l'après-midi, inhalation d'oxygène pur avec un ap-

Digitized by Google

pareil Limousin. 20 litres environ sont dépensés, mais une notable partie en est perdue par suite de la difficulté qu'on éprouve à diriger les mouvements du malade.

Le pouls, très-faible avant l'inhalation, se relève, la respiration devient plus lente et plus profonde.

Le soir la respiration est de nouveau très-embarrassée; râle trachéal, écume rougeâtre à la bouche. T. R. 42° à 6 heures. A 8 heures, mort dans le coma.

Vié avait quitté l'hôpital le 4 avril après un long séjour dans le service de M. Mesnet, en manifestant l'intention d'en finir avec la vie. Le découragement causé par les progrès d'une affection du système nerveux, dont il souffrait depuis longtemps, l'avaient amené à cette résolution, qu'il exécuta le lendemain même de sa sortie.

Nous devons, à l'obligeance de M. Mesnet, de pouvoir rapprocher des lésions constatées à l'autopsie, l'observation de ce malade : Vié était entré le 19 octobre 1875, salle Saint-Hilaire, lit n° 40, service de M. Mesnet. Il donnait alors les renseignements suivants :

Dans sa jeunesse, cet homme dont la constitution était assez forte, a toujours joui d'une bonne santé, quoique pendant un certain temps il ait été atteint d'une teigne faveuse très-tenace. En 1854, il eût un chancre suivi de bubon, mais il affirme n'avoir point eu depuis de manifestation cutanée de la syphilis.

Il y a cinq ans environ que sa santé a commencé à s'altérer sérieusement. Il est vrai que depuis plusieurs années déjà, il se plaignait de douleurs vives dans les jambes, douleurs qui atteignaient parfois un degré d'acuité tel que le sommeil devenait impossible pendant plusieurs nuits consécutives; mais l'état général n'était pas altéré, et le malade ne suspendait point ses travaux. En avril 1870 et en janvier 1871, il fut atteint d'affections thoraciques aiguës sur la nature desquelles nous ne sommes pas fixés; nous savons seulement que des vésicatoires furent appliqués sur le côté droit de la poitrine. C'est à la suite de cette maladie qu'un affaiblissement musculaire notable se manifesta dans le bras gauche; ainsi le malade éprouvait plus de peine qu'à l'ordinaire à supporter des fardeaux, et il remarquait qu'un poids médiocre soulevé avec la main gauche le forçait promptement à lâcher prise. Un peu plus tard, au mois de mai 1871, il constata un affaiblissement égal de la jambe du même côté, et conséquemment de la gêne dans la démarche.

Il importe de noter que ces troubles de la motilité ne se produisent pas brusquement, mais au contraire insensiblement. Pendant tout ce temps, les douleurs profondes des membres

Digitized by Google

continuaient à se faire sentir fréquemment sans augmenter d'intensité et sans se montrer plus vives d'un côté ou de l'autre.

Depuis ce temps les symptômes ont été en s'aggravant lentement, présentant parfois des temps d'arrêt, mais sans jamais rétrocéder. Bientôt les mouvements des doigts de la main gauche sont devenus très-difficiles, au point que le malade ne pouvait plus saisir solidement les objets, que ses instruments lui échappaient en travaillant et que sa fourchette lui glissait des doigts pendant les repas. De plus, quand l'action musculaire entrait en jeu, la main devenait agitée d'un tremblement involontaire plus ou moins accentué.

Malgré cela, l'état général se maintenait à peu près satisfaisant, l'appétit était conservé quoique troublé de temps à autre par des crampes d'estomac et des vomissements.

Vers le *milieu de l'année* 1874 la parole à son tour s'est embarrassée, la prononciation des mots devint malaisée, si bien que le malade qui habituellement parlait avec une certaine volubilité, éprouva dès lors de la peine à s'exprimer et parfois même une réelle difficulté à se faire comprendre.

Au *commencement de l'année* 1875 tous les troubles signalés plus haut sont arrivés à un degré tel qu'il a fallu renoncer à tout travail. Déjà, l'année précédente, pendant un court séjour à l'hôpital Lariboisière (service de M. Siredey), un traitement à l'iodure de potassium et au sirop de Gibert fut entrepris. Vers le mois de juillet dernier le malade est entré de nouveau à Lariboisière et a été traité par le bromure de potassium et l'électrisation. Il dit en avoir éprouvé une amélioration sensible. Voici l'*état constaté à l'entrée* du malade dans le service :

La physionomie est immobile, la bouche ordinairement entr'ouverte, le regard fixe. Les pupilles sont inégalement dilatées, celle de gauche l'étant notablement plus que celle de droite. De plus la vue est obscurcie, les objets placés à quelques pas sont vus comme dans un nuage et leurs contours sont mal dessinés. — Il y a rarement de la céphalalgie. — Le goût et l'odorat sont intacts. — Il n'y a pas d'accès épileptiformes.

La *sensibilité cutanée* est parfaitement conservée sur tous les points du corps et elle est égale d'un côté à l'autre. Les mouvements réflexes sont aussi conservés; si on appuie la pointe d'une épingle sous la plante des pieds on détermine un mouvement de retrait instantané des membres. La sensibilité à la chaleur paraît intacte. Toutefois la main et l'avant-bras gauche sont notablement plus froids que le côté opposé, ce qui n'exclut pas, d'ailleurs, la sensibilité thermométrique.

Les *troubles musculaires* sont très-accentués. Si, le malade

Digitized by Google

étant couché, on lui ordonne de lever la jambe gauche, on voit qu'il l'élève lentement et péniblement au-dessus du lit ; le même mouvement s'exécute mieux du côté droit. En outre, en se soulevant au-dessus du lit, la jambe et le pied gauches sont pris d'un tremblement continuel qui ne s'arrête que quand le membre trouve un point d'appui. Même affaiblissement du bras gauche; toutefois un objet peut être maintenu avec une certaine force entre les doigts fléchis; mais si le bras n'est pas appuyé sur le tronc ou sur un point fixe extérieur, il est agité de la même trémulation que la jambe et à un degré plus accentué.

www.libtool.com.cn

La *marche* n'est pas celle d'un hémiplégique ordinaire ; pour conserver son équilibre, le malade est obligé de s'incliner fortement en avant et de courir en sautillant pour ne pas tomber, comme dans la paralysie agitante. Dans cette progression rapide en avant, le pied gauche ne quitte pas le sol sur lequel il glisse, appuyé sur la pointe et non sur le talon. En même temps le bras gauche prend un point d'appui sur le tronc. Si on arrête la marche tout à coup et qu'on cherche à redresser le corps, celui-ci s'incline alors en arrière et le patient marche à reculons avec la même allure sautillante, mais l'équilibre est alors fort instable, et au bout de quelques pas le malade tomberait si on ne le soutenait.

Le bras droit lui-même perd depuis quelque temps de sa force musculaire, en sorte que les actes journaliers de la vie, tels que celui de s'habiller, de se déshabiller, de se coucher, de manger, etc., deviennent de plus en plus difficiles et exigent même l'aide d'autres personnes.

Du côté des *organes génito-urinaires*, on observe d'une part l'impuissance, d'autre part une fréquence de la miction voisine de l'incontinence.

Depuis environ 4 mois, Vié prend de l'iodure de potassium d'une manière régulière, d'abord, à la dose de 1 gramme, puis à la dose de 2 grammes.

Ce malade qui a conservé toute son intelligence s'inquiète de plus en plus de son état, nous demande fréquemment, pendant nos visites, de lui donner d'autres médicaments, devient de plus en plus soucieux de notre impuissance devant son mal qui fait des progrès, et insiste tout particulièrement sur l'emploi de l'électricité dont il nous dit avoir éprouvé déjà de bons effets.

Nous cédons à ses sollicitations, et pendant cinq semaines il est soumis, chaque matin, à des électrisations. — Aucune amélioration n'étant survenue il s'attriste de plus en plus, et demande à quitter l'hôpital en manifestant à ses voisins le découragement et le dégoût de l'existence. — A ce moment la

Digitized by Google

paralysie s'est étendue du côté droit, d'une manière fort appréciable, quoique l'hémiplégie gauche soit notablement plus accusée. Hémiplégie faciale gauche. La station debout est impossible si le malade n'a pas un point d'appui, mais il peut aller d'un bout de la salle à l'autre, aux lieux d'aisance sans canne ni soutien, à la condition qu'une fois debout il se lance en avant comme s'il courait après son centre de gravité.

www.libnet.com.cn

Autopsie. — *Encéphale.* Congestion très-considérable des vaisseaux de la pie-mère. Méninges saines, non adhérentes. — Rien à la surface des circonvolutions.— Sur une série de *coupes horizontales* comprenant les deux hémisphères, on ne constate aucune lésion jusqu'au moment où on arrive au niveau des corps striés. Ceux-ci étant découverts on voit *deux corps ovoïdes* ayant à peu près la grosseur d'une amande et placés symétriquement de chaque côté à cheval sur le noyau lenticulaire et la partie antérieure de la couronne rayonnante. Ces deux productions ont à peu près le même volume ; toutes deux ont leur grand axe dirigé d'avant en arrière dans le sens de la longueur du noyau extraventriculaire dont ils occupent la partie interne antérieure et supérieure. Leur couleur est grisâtre, ils sont couverts de fins vaisseaux tortueux, leur surface est un peu mamelonnée. Autour d'elles la substance blanche de la couronne rayonnante et la substance grise du noyau lenticulaire semblent tout-à-fait saines ; en versant doucement un filet d'eau sur les points altérés on constate que la substance se détache facilement des productions nouvelles tandis qu'en dehors la substance grise du noyau lenticulaire y adhère asse intimement. — Les seules différences qu'on puisse constater entre ces deux tumeurs sont un volume un peu plus considérable et une situation un peu plus externe et postérieure de celle du côté droit Encore ces caractères distinctifs sont-ils très peu accusés (1).

L'examen *à l'état frais* montre que ce sont des *gliomes* avec vaisseaux très-nombreux et très-développés.

Congestion considérable des enveloppes de la moelle, rien de particulier d'ailleurs à l'œil nu.

Cavité thoracique. — Cœur rempli de caillots rouges de formation récente. Poumons très congestionnés dans toute leur étendue. — Emphysème du bord antérieur des deux côtés. — Hépatisation grise du lobe inférieur droit.

Congestion du *foie*, des *reins* et des autres organes. — *Sang* noir, fluide.

M. Charcot. Quelques expériences physiologiques montrent

(1) Voir l'Album de la Société.

Digitized by Google

que la lésion des points atteints dans le cas précédent produit en effet un entraînement soit en avant, soit en arrière.

www.nbtool.com.cn

26. Corps étranger de la vessie. Taille médiane. Guérison ; par M. LETULLE, interne des hôpitaux.

S... Jacques, 41 ans, entre le 14 avril 1876 à l'hôpital de la Charité, service de M. TRÉLAT. Ce malade raconte que, il y a six mois, pris subitement de rétention d'urine, il se plongea dans l'urèthre, afin de rendre le canal perméable, un porte plume en os long de 7 à 8 centimètres; l'instrument lui ayant échappé, malgré tous ses efforts, fut avalé par l'urèthre et disparut tout-à-coup. D'après l'aveu du malade, il paraîtrait que ces manœuvres sont fort usuelles au régiment, et il ne nous cache pas que maintes fois déjà il avait procédé de cette façon au traitement de rétentions d'urine problématiques pour nous. Quelle que soit la raison qui poussait notre malade à glisser dans son urèthre ce corps étranger, il est certain que la miction se faisait d'ordinaire fort bien et qu'il n'avait jamais eu de blennorrhagie.

Durant les trois premiers mois qui suivirent l'accident, l'urine continua d'être expulsée journellement avec un jet aussi facile et aussi vigoureux que par le passé; toutefois elle contenait par instants de petits graviers blanchâtres qu'il considérait comme autant de fragments du porte-plume. Mais bientôt les graviers disparurent; les urines devinrent de plus en plus troubles, et le sang y apparut à certains moments. Les douleurs ne furent jamais bien vives; cependant la miction est toujours suivie d'une sensation de pesanteur au périnée assez pénible et qui dure quelques minutes. Le malade entre à l'hôpital.

Le canal est franchi sans difficulté par le cathéter explorateur; il n'y a pas le moindre rétrécissement. Aussitôt dans la vessie, on sent le corps étranger à droite et en haut. Il est absolument immobile.

Les urines sont chargées de phosphates et de mucus. Le malade est mis au repos et aux bains pendant une quinzaine.

26 *avril*. — M. Trélat refuse de faire la moindre tentative d'extraction par les voies naturelles. Il préfère profiter du bon état des organes, afin d'utiliser toutes les chances possibles en faveur de la taille. Taille médiane, dilatation moyenne.

Il arrive sur une couche épaisse de phosphates qui tapissent la vessie en entourant le calcul. Enfin, ayant reconnu le corps étranger obliquement situé dans la vessie, il le place dans l'axe du canal et l'enlève.

Digitized by Google

Le malade quitte l'hôpital *vingt jours après* l'opération, sans avoir présenté le moindre accident. Dès le sixième jour, l'urine avait cessé de s'écouler par la plaie, et le jet était aussi fort qu'avant l'opération.

Le corps étranger est un manche de porte-plume en os, long de 8 centimètres, légèrement conique, lisse, mais entouré d'une masse considérable de phosphates qui a été enlevée par fragments avant l'extraction du corps du délit. Les concrétions phosphatiques les plus volumineuses ont été recueillies et pèsent une centaine de grammes. Il en est sorti encore une certaine quantité par la plaie. Au moment du départ du malade, l'urine est encore assez trouble et riche en phosphates.

27. Epithélioma du nez ; par M. E. MONOD, interne des hôpitaux.

Le nommé M..., âgé de 56 ans, est entré le 25 mars à l'hôpital Cochin, dans le service de M. DESPRÉS. Il ne présente pas d'antécédents héréditaires ; on ne trouve pas chez lui de traces de scrofule ni de syphilis. — Il y a *sept mois* apparut sur le nez un petit bouton, siégeant à la partie la plus reculée de l'aile droite de cet organe. A la suite des démangeaisons qu'il lui causait, le malade l'écorcha bientôt ; la petite plaie suppura quelque temps, puis se couvrit d'une croûte rougeâtre. L'excroissance augmenta régulièrement de volume ; lorsqu'elle fut grosse comme une amande, la croûte se détacha et laissa à sa place une ulcération.

Actuellement le nez offre l'aspect d'une grosse masse d'un gris rougeâtre, mesurant environ 5 centimètres dans tous les sens. La surface de l'ulcération est bourgeonnante et criblée de petits points gris jaunâtres sur un fond rouge. Par la pression qui est douloureuse on fait sourdre de ces points du pus et de petits cylindres jaunâtres. La tumeur est peu douloureuse spontanément ; elle saigne de temps en temps. On constate sous l'angle de la mâchoire du côté droit un ganglion du volume d'une noisette. L'état général paraît très-bon ; cependant le malade dit avoir maigri depuis quelque temps. M. Després fait avec l'instrument tranchant l'ablation totale du nez.

RÉFLEXIONS. L'intérêt de ce fait réside dans le diagnostic. A ne considérer que l'aspect extérieur de la tumeur, on songeait tout d'abord à un acné hypertrophique ; la présence de ces petits cylindres jaunâtres qu'on faisait sourdre de chaque orifice glandulaire aurait légitimé cette supposition. Mais en tenant compte de la marche du mal, le seul fait de la rapidité de son évolution conduisit à l'idée de tumeur maligne.

Digitized by Google

Ce diagnostic porté par M. Després a été confirmé par l'*examen histologique*. Il résulte de cet examen, qui a été fait par M. MALASSEZ, que la tumeur est uniquement composée de cellules épithéliales pavimenteuses. D'après les symptômes que nous avons signalés, il est très-probable que le siége primitif se trouvait dans les glandes sébacées de la région. On a constaté au microscope que les culs de sac glandulaires sont envahis par la prolifération des cellules épithéliales et détruits par places. — En résumé nous avons affaire à un *épithélioma pavimenteux, d'origine probablement glandulaire*.

Le Secrétaire,

R. MOUTARD-MARTIN.

www.jnbpl.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

MAI 1876

Séance du 5 mai 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Myo-myxôme de la grande lèvre; par M. LÉON CHARDIN, externe des hôpitaux.

Cette tumeur provient d'une femme de 35 ans, soignée par le Dr CHARDIN, à Bar-le-Duc, et opérée à l'hôpital de cette ville. La malade réclame les soins du médecin le 17 *février* 1876 pour un accouchement prochain. Mariée depuis plusieurs années, elle a toujours joui d'une excellente santé. Rien de particulier à noter dans ses antécédents. Elle a toujours été bien réglée et a eu, à la suite de couches régulières deux enfants morts en bas-âge. C'est vers le mois de *septembre* 1875, second mois de sa grossesse, que cette femme a remarqué une petite tumeur du volume d'une cerise, mobile, non douloureuse, et siégeant vers la partie moyenne de la grande lèvre gauche. Elle ne serait la conséquence d'aucun traumatisme. L'accroissement de la tumeur qui avait marché graduellement était déjà assez notable au mois de décembre pour que la malade ne pût s'asseoir sur une chaise.

Au mois de février 1876, elle commença seulement à prendre les conseils du médecin. A cette époque, on constate une tumeur du volume d'un gros œuf de poule occupant la partie moyenne de la grande lèvre, et l'entraînant par son poids vers la partie déclive. Sa forme est ovoïde à grosse extrémité regardant en arrière. La coloration diffère de celle de la lèvre voisine par un aspect plus rosé, quelques veines se dessinent à la surface. La peau ne glisse point sur la tumeur, elle est adhérente et fortement tendue. La tumeur ne remonte point dans le vagin, mais présente un bord postérieur un peu tran-

Digitized by Google

chant. Sur sa face interne ou vaginale, la muqueuse s'est escharifiée et présente une solution de continuité arrondie du diamètre d'une pièce d'un franc. Au palper, la tumeur est rénitente, mate à la percussion.

Au commencement de *mars* 1876, une *ponction exploratrice* est faite dans la tumeur avec le trocart capillaire. Une goutte de sang se montre à l'orifice de la canule. La mobilité de la canule permettait de croire à une tumeur liquide et probablement à un thrombus : la canule retirée, il s'échappa un jet de sang qui fournit environ 100 grammes. Dans les premiers jours d'avril, quelques hémorrhagies légères se firent par les téguments ulcérés de la tumeur.

Dans la nuit du *4 avril*, il survint, pendant le sommeil, une hémorrhagie qui dépassa 1,500 grammes. Un pansement provisoire mit fin à l'hémorrhagie et la malade entra le lendemain à l'hôpital en vue d'une extirpation. Une incision est pratiquée verticalement sur la face externe et parallèlement à la fente vulvaire. La tumeur est énucléée avec les doigts. Les portions sphacélées de la grande lèvre sont régularisées et une hémorrhagie veineuse abondante est arrêtée. Un travail suivi d'un accouchement normal se déclare 48 heures après l'opération. Aujourd'hui, la malade est complétement rétablie.

L'*examen histologique* de la tumeur a été fait dans le laboratoire de M. Ranvier : c'est un *myo-myxôme* ou plutôt un myôme-myxômateux. Elle pèse 310 grammes.

2. Fœtus humain monstrueux du genre paracéphale ; par M. E. Nitot, interne des hôpitaux.

Le fœtus humain monstrueux que nous allons décrire est né à l'hôpital Necker, le 3 mai 1876, à huit mois et demi de gestation d'une grossesse gémellaire, dont l'autre fœtus était né vivant, bien conformé et du sexe masculin. Il appartient au genre paracéphale décrit par M. Isid. Geoffroy Saint-Hilaire.

Ce monstre est né quelques heures après le fœtus normal qui l'accompagnait. Son accouchement fut difficile et dura plusieurs heures. La mère, âgée de 26 ans, primipare, était en travail depuis le matin : elle accoucha à deux heures de son premier enfant et de l'autre à neuf heures. L'utérus était demeuré à peu près inerte dans l'intervalle. Le placenta fut décollé et arraché en entier après l'expulsion du dernier fœtus pour soulager la mère qui, aussitôt après l'accouchement, eut une violente attaque d'éclampsie. Le placenta, unique pour les deux sujets, n'a rien montré de particulier, et cha-

Digitized by Google

que fœtus avait une poche des eaux séparée. Le monstre avait le cordon ombilical grêle, long de 0,15 centimètres environ, de la grosseur d'une plume d'oie et inséré sur les membranes à quelques centimètres du bord placentaire. On ne lui distinguait que deux vaisseaux par suite de la présence d'une seule artère ombilicale au lieu de deux.

Quant au monstre lui-même, voici les caractères qu'il présente extérieurement : La *forme générale* est celle d'une énorme raie dont la partie renflée serait constituée par une masse céphalo-thoracique fluctuante, dont la queue représenterait les membres abdominaux étroitement soudés entre eux sans rainure intermédiaire, indice de séparation. Cette union intime a lieu jusqu'à la partie moyenne des pieds ; seule leur extrémité est libre et distincte. On y remarque une particularité intéressante : c'est que les pieds sont soudés entre eux par leur bord externe et non par leur bord interne, les gros orteils étant situés en dehors. A la partie moyenne de cette masse informe s'insère le cordon ombilical, et plus bas apparaissent une verge et un scrotum bien constitués. Le scrotum ne renferme pas de testicules.

La *peau* est d'apparence ordinaire, sauf celle des membres inférieurs qui apparaît beaucoup plus rouge ; mais le corps est en partie œdématié, principalement dans la région céphalo-thoracique, et la masse totale s'y affaisse sur elle-même. L'on y voit à la partie supérieure des poils courts, clairsemés et fins ayant en moyenne un centimètre de long qui rappellent les cheveux d'un fœtus normal de même âge. Au centre de cette partie renflée se dessine à peine la forme d'une *tête* ; mais celle-ci devient très-apparente quand on comprime les parties fluctuantes entre les mains. On ne voit pas d'yeux ; seulement deux saillies molles, bleuâtres, laissant apparaître du liquide par transparence; entre les deux est le bourgeon nasal fortement relevé et que l'on peut abaisser pour donner à la tête une apparence de figure humaine. La bouche et les fosses nasales semblent être confondues. De chaque côté de la tête, à une petite distance, sont des rudiments d'oreilles externes. Il n'existe qu'un seul membre supérieur à gauche, moitié inclus dans la poche, moitié au dehors, et la main est bien conformée. Celui du côté droit fait défaut.

La face postérieure du corps ne présente rien à noter, ni pour la partie supérieure dont nous avons déjà signalé la surface répondant au cuir chevelu, ni pour la partie inférieure qui ne montre nulle part de trace de perforation anale. Quant aux membres inférieurs, ils sont soudés à la face postérieure comme à la face antérieure sans la moindre apparence de

Digitized by Google

sillon médian. — La longueur totale est de 38 centimètres, dont 22 pour la masse céphalo-thoracique et 16 pour les membres inférieurs jusqu'à leur naissance. La plus grande largeur est de 23 centimètres et correspond à la partie moyenne de la masse supérieure.

En considérant cette masse informe, il était intéressant de se demander si cette vaste poche céphalo-thoracique n'était pas doublée à sa partie interne par les méninges étalées, s'il ne s'agissait pas, en un mot, d'un énorme hydrocéphale. Il n'en est rien. En incisant le fœtus sur la ligne médiane à la partie postérieure, on arrive sur le squelette, sur la colonne vertébrale parfaitement bien formée au niveau des apophyses épineuses et surmontée d'une boîte crânienne tout-à-fait distincte. Si maintenant l'on incise la face antérieure sur la ligne médiane depuis le menton jusqu'au pubis, on arrive sur la colonne vertébrale en dédoublant plusieurs plans celluleux superposés. De chaque côté sont deux vastes poches subdivisées chacune en deux poches secondaires par de minces cloisons celluleuses. chacune de ces poches est isolée, et celles de droite ne communiquent aucunement avec celles de gauche. Elles sont séparées en avant par une mince cloison ; mais en arrière, la séparation est plus épaisse, et à la partie supérieure s'intercale la masse crânienne. Ces poches n'ont aucune communication avec le thorax ; elles remontent aussi haut que la masse générale et s'étendent sur les parties latérales du cou et du thorax, donnant au fœtus sa déformation apparente. Leur intérieur renferme un liquide abondant, citrin, séro-albumineux ; aucune trace de membrane kystique.

Il résulterait de ce simple exposé que notre fœtus ne serait pas aussi difforme qu'il paraîtrait à première vue, si l'on ne constatait les faits les plus intéressants dans la structure intime.

Autopsie. — Nous avons constaté l'absence du thymus, du cœur, ainsi que celle de l'œsophage, du foie, du diaphragme ; la cavité thoracique communique largement avec la cavité abdominale. Le *tube digestif*, relégué dans la partie abdominale proprement dite, est formé d'un intestin manifestement dilaté à sa partie supérieure et terminé des deux bouts au cœcum. Ce renflement rappelle assez bien la forme de l'estomac, et l'on y voit au niveau de la petite courbure un commencement d'œsophage terminé en cul-de-sac. A l'estomac fait suite le duodénum et une partie d'intestin grêle. Ce rudiment de tube digestif forme des anses réunies par un mésentère et la longueur totale est de 15 centimètres une fois l'intestin dévidé. Cet appareil digestif est complétement isolé dans la cavité abdominale : du côté inférieur, ni anses, nirec-

Digitized by Google

tum, ni gros intestin ; du côté supérieur, pas d'œsophage. Seulement tout en haut, faisant suite à la cavité buccale, est un pharynx qui se termine à sa partie inférieure en cul-de-sac et toute cette partie intermédiaire située au-devant de la colonne cervicale est comblée de tissu cellulaire lamelleux.

La langue, formant le plancher de la cavité buccale, s'attache à un os hyoïde rudimentaire. Un large ligament unit l'os hyoïde à un larynx incomplet et microscopique ; puis vient un rudiment de trachée de 3 à 4 millimètres de long qui présente une disposition ascendante. Tel est l'appareil respiratoire ; mais plus bas, dans l'intérieur de la cage thoracique, tapissant la face interne des côtes dont les sépare un feuillet pleural bien manifeste, sont deux organes symétriques complétement isolés, larges et aplatis qui représentent les poumons. A la partie moyenne de la cage thoracique, au-dessus de l'estomac, entre les deux poumons, est un organe coudé à angle droit, à sinus inférieur, situé sur la ligne médiane. Il représente une sorte de besace dont la grosse extrémité est tournée à droite et forme un organe creux rempli d'une boue noirâtre qui, soumise à l'*examen microscopique* qu'a pratiqué notre collègue Cuffer, ne laisse percevoir qu'une multitude de petits corps arrondis ressemblant à des cellules embryonnaires. Rien qui rappelle la cellule hépatique ; pas de cloisons celluleuses. Est-ce un foie rudimentaire ? n'est-ce que la rate ? Nous restons dans le doute à cet égard.

L'*appareil urinaire* est des mieux conformés. Au-dessous des poumons, de chaque côté de la colonne vertébrale sont deux organes glanduleux, rougeâtres, dont le droit, plus petit, est situé un peu plus haut que le gauche, et se coiffe d'une capsule surrénale. A la coupe, on distingue une surface tubulaire et une substance corticale. De la face interne de ces deux reins partent deux conduits ou uretères qui descendent en convergeant vers la ligne médiane, et ne tardent pas, après un court trajet, à se réunir en un conduit unique qui vient se jeter dans la vessie. Celle-ci, située dans le petit bassin et remplissant presqu'à elle seule la cavité pelvienne, présente une forme allongée. A sa partie inférieure, elle se continue avec le canal de l'urèthre ; sur sa partie supérieure s'attache l'ouraque qui monte vers le cordon.

L'*appareil circulatoire* est assurément le plus remarquable. Il n'existe pas de cœur, mais seulement deux gros vaisseaux dont l'un, veine ombilicale, volumineuse, part du cordon, remonte au-devant de la colonne vertébrale et se divise au niveau de la partie inférieure du cou en deux branches qui cheminent sur les parties latérales pour se diviser en de nombreux rameaux. L'autre vaisseau est une artère de même

Digitized by Google

volume à peu près, située sur la partie antérieure de la colonne vertébrale et s'étendant à toute la longueur. Il semble prendre naissance par de nombreuses ramifications qui se réunissent pour former deux troncs, gauche et droit. Ces deux troncs, à peu près au même niveau où s'était divisée la veine ombilicale, se réunissent en un seul vaisseau qui représente l'artère aorte. L'aorte, qui ne montre dans son trajet aucune trace de dilatation, fournit en descendant de nombreuses branches, l'artère du membre supérieur gauche, de nombreuses intercostales et lombaires, puis se divise au niveau des dernières vertèbres lombaires en deux artères iliaques qui descendent dans les membres inférieurs, mais que je n'ai pu suivre faute d'injection. L'artère ombilicale, unique, naît de l'artère iliaque du côté droit et se rend au cordon portant au placenta le sang du fœtus.

Le *système nerveux*, central et périphérique, est bien conformé. Le cerveau existe en entier; il en est de même du cervelet, du bulbe et de la moelle; mais le tout est complétement diffluent, nageant dans un liquide sanguinolent peu abondant. Les nerfs périphériques sont bien marqués. On remarque le plexus brachial du côté gauche; celui du côté droit fait défaut comme le membre du même côté. Les plexus lombaires sont manifestes, et l'on voit les nerfs intercostaux s'anastomoser avec les ganglions du grand sympathique. Le nerf sciatique est d'abord commun aux deux membres inférieurs et situé dans la cloison médiane qui les réunit ; mais bientôt il se divise en deux branches qui, chacune, pénètrent dans le membre inférieur correspondant.

Les *muscles* de plusieurs régions sont bien développés; tels sont en particulier ceux de la colonne vertébrale, et ceux d'une partie des membres. Le *squelette* présente des particularités intéressantes à noter. A première vue, il semblerait régulièrement conformé, mais en l'examinant de plus près on constate des anomalies.

La colonne vertébrale est complète, et close en arrière au niveau des apophyses épineuses, sans la moindre apparence de spina bifida ; le cou est cependant disproportionné, et paraît compter des vertèbres supplémentaires. De chaque côté sont les côtes au nombre de douze, s'attachant en avant au sternum. Au-dessous de la colonne vertébrale, le bassin, est régulièrement formé. Les *membres supérieurs* diffèrent à droite et à gauche; à gauche, membre supérieur complet: clavicule, omoplate, humérus, radius, cubitus et la main ; à droite rudiment de membre supérieur : omoplate mal conformée, et rudiment d'humérus. Les *membres inférieurs* complets sont remarquables. Les fémurs sont normaux, mais les jambes paraissent

Digitized by Google

avoir subi sur les fémurs un mouvement de demi-rotation. Les rotules manquent. Les tibias présentent en avant leur face postérieure ; leur extrémité supérieure s'articule avec le fémur, leur extrémité inférieure est libre. A leur face interne sont les péronés qui seuls s'articulent en bas avec les pieds ; mais ici les pieds ont un tarse commun, et l'on voit à la partie antérieure le calcanéum. A ce tarse unique succèdent deux métatarses distinctes qui montrent en avant leur face plantaire. C'est ce mouvement de demi-rotation des jambes qui nous montre les membres inférieurs soudés par leur bord externe et non par leur bord interne.

Surmontant la colonne vertébrale est un occipital régulièrement conformé sous forme d'une large écaille à peu près symétrique qui occupe la face postérieure du crâne. Sur les côtés sont les pariétaux plus ou moins rudimentaires, de la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Au-dessous les temporaux plus complets. Le frontal est représenté par deux plaques cartilagineuses de la grandeur d'une pièce d'un franc formant les bases frontales, et manque sur sa partie médiane. Aucun de ces os ne sont au contact, et tous sont réunis par une membrane fibreuse résistante doublée de la dure-mère, formant une seule et vaste fontanelle. A la base du crâne est le sphénoïde mieux formé. Les deux maxillaires sont entièrement développés, mais soudés complétement ensemble, en sorte qu'il n'existe pas d'ouverture buccale. Au centre sont les fosses nasales qui communiquent en arrière avec la cavité du pharynx, en bas avec la bouche par absence de voute palatine. Au-dessus des fosses nasales et de chaque côté sont les cavités orbitaires qui ne sont formées que dans leur moitié inférieure, car le frontal manque à la partie supérieure.

Remarques : Nous mettrons en regard de cette observation un cas fort intéressant et tout-à-fait analogue qu'il nous a été permis de recueillir dans l'ouvrage de Vrolik grâce à la bienveillance de M. Gervais. Il s'agit ici d'un acéphale proprement dit ; mais c'est là toute la différence : « Le cordon » contient l'ouraque, la veine ombilicale et une seule artère » ombilicale. L'aorte naît de nombreuses ramifications qui » viennent de toutes parts et accroissent son volume. Dans le » thorax cette artère fournit de nombreuses intercostales avec » espaces intercostaux. L'artère ombilicale naît de l'iliaque » gauche et remonte le long de la vessie jusque dans le cordon. » Le thorax contient deux corps spongieux ayant la forme des » poumons sans apparence de vaisseaux. Ces organes sont » entourés par la plèvre et séparés par un intervalle rempli de » tissu conjonctif ne renfermant ni cœur ni gros vaisseaux.

Digitized by Google

» En sorte que la circulation se fait sans cœur par le seul » concours des vaisseaux » (1).

www.libtool.com.cn

3. Anévrysme de l'aorte; oblitération complète du tronc brachio-céphalique et incomplète de la carotide primitive et de la sous-clavière gauches; par M. GERMONT, externe des hôpitaux.

Galien, 49 ans, est entrée à la Salpétrière (service de M. CHARCOT, salle des Incurables), il y a quatre ans, à la suite d'une attaque d'apoplexie qui l'avait rendue hémiplégique du côté gauche. Le 30 *avril* 1876, elle est morte subitement, après avoir ressenti, pendant dix minutes environ, des douleurs sourdes à la région précordiale. Six heures après la mort, la température du bras gauche était encore visiblement supérieure à la température ambiante, tandis que celle du bras droit était au même degré, bien que les deux bras fussent dans les mêmes conditions extérieures.

AUTOPSIE. On trouve dans l'hémisphère droit du cerveau un vaste foyer hémorrhagique ancien ; les artères de la base étaient d'apparence normale, sans trace d'athérome, de volume égal des deux côtés. Le foie, les reins, les poumons ne présentaient aucune lésion appréciable à l'œil nu. Dans la plèvre, il y avait de chaque côté un épanchement de liquide citrin, de la capacité d'un litre environ. Le *cœur* est un peu hypertrophié, mais il ne présente aucune lésion valvulaire. Rien dans le péricarde. L'*aorte* est le siége d'un anévrysme, du volume du poing, à peu près, ne contenant pas dans son intérieur de caillots stratifiés, mais simplement des caillots agoniques. La poche anévrysmale ne présente aucune solution de continuité; elle est tapissée de quelques plaques calcaires. L'origine du tronc *brachio-céphalique* est complétement obstruée par un tissu dense, résistant, qui se continue sans ligne de démarcation avec les parois de l'anévrysme. La *carotide primitive* et la sous-clavière gauches sont, immédiatement à leur origine, rétrécies par une sorte de voile qui se continue également avec les parois de l'anévrysme et qui est percé au centre d'un orifice de deux millimètres de diamètre au plus.

Des circonstances étrangères ont empêché de poursuivre l'autopsie et de rechercher de quelle manière la circulation s'était rétablie dans le territoire du tronc brachio-céphalique.

---

(1) Kolik. *Tabula quadragesima nona.*

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

4. Molluscum adipeux; par M. G. DECAISNE, interne des hôpitaux.

X..., 32 ans, non mariée, n'ayant jamais eu d'enfants, se présente à la consultation de M. TRÉLAT, le 27 avril 1876. La santé générale a toujours été bonne et jamais elle n'a eu de maladies sérieuses. Il y a dix ans, elle s'aperçut d'une petite tumeur indolente, de la grosseur d'une noisette, siégeant au niveau du pli de l'aine du côté droit. Déjà à cette époque, la petite tumeur était pédiculisée : la malade lia elle-même le pédicule avec un fil de soie. Mais la douleur devint très-vive; bientôt elle coupa le fil constricteur et abandonna la maladie à elle-même. La tumeur grossit de plus en plus pendant trois années ; et, plus elle grossissait, plus le pédicule allait s'allongeant. Depuis sept ans, elle est restée stationnaire et n'a subi de modifications dans aucun sens. Cependant, fatiguée à la longue par la gêne considérable qu'elle éprouvait, la malade vint consulter.

M. Trélat constata l'existence d'une tumeur, du volume d'une grosse poire, dont le pédicule, long de 7 à 8 centimètres s'insérait à l'union du tiers externe et des deux tiers internes du pli inguinal droit. La tumeur était extrêmement mobile, et l'on a peine à concevoir comment cette femme a pu, sans bandage d'aucune sorte, se livrer impunément aux travaux des champs pendant sept ans. La tumeur était d'ailleurs molle à la palpation, sans changement de coloration de la peau, et donnait à la pression une sensation de lobulation tout à fait évidente. M. Trélat diagnostica un *molluscum adipeux* parvenu à un état de développement considérable. L'*opération* fut des plus simples, grâce à la minceur du pédicule que l'écraseur eut bientôt sectionné. La malade ne perdit pas une seule goutte de sang. Elle n'a éprouvé depuis aucun accident. L'eschare s'est détachée et il ne subsiste qu'une petite plaie qui marche rapidement vers la cicatrisation.

RÉFLEXIONS. Cette tumeur est insolite en raison de son développement, de son siége et de la longueur de son pédicule. Elle pesait 360 grammes. Une *coupe* pratiquée suivant son plus grand diamètre a montré qu'elle était presque exclusivement formée de tissu graisseux. Mais l'élément vasculaire y tenait aussi une grande place, et il s'en écoula une quantité considérable de sang.

5. Insuffisance aortique; par M. MAGNANT, interne des hôpitaux.

X..., âgé de 35 ans, entre le 21 mars 1876 à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET). Cet homme avait déjà été

Digitized by Google

soigné du 1er juillet au mois de *septembre* 1875 dans le service, pour un rhumatisme articulaire aigu et une lésion aortique. L'état reste satisfaisant jusqu'au 11 mars 1876. A cette époque, le genou droit fut de nouveau pris de rhumatisme, en même temps que survenaient des vomissements alimentaires et bilieux. Les douleurs durèrent environ huit jours. Quant aux vomissements ils persistèrent avec opiniâtreté, et le malade se vit contraint d'entrer à l'hôpital.

Etat à l'entrée. Facies très-altéré, pâle, anémié. Amaigrissement et perte des forces. Vomissements incoercibles, verts, porracés. Diarrhée sans douleurs abdominales. Pas de troubles cérébraux ; pas d'hémorrhagie. Léger œdème des membres inférieurs. Voici ce que nous révèlait l'examen de la poitrine : A l'auscultation du poumon, signes évidents d'une tuberculose pulmonaire arrivée à la période d'excavation. Du côté du cœur, signes également évidents d'une lésion aortique : bruits de souffle à la base et au deuxième temps, doux, aspiratif, couvrant presque tout le grand silence, ayant son maximum au niveau du deuxième espace intercostal droit, ne se prolongeant pas dans les vaisseaux du cou, mais s'entendant tout le long du bord droit du sternum, jusqu'à l'appendice xyphoïde. En même temps, l'inspection nous permettait de reconnaître une impulsion exagérée du cœur, et par la percussion nous constations une augmentation notable de la matité cardiaque : il y avait une hypertrophie du ventricule gauche. Enfin l'impulsion des artères était exagérée, donnant lieu au cou à ce qu'on a appelé la danse des artères, à l'avant-bras au pouls bondissant et rétrocédant ce Corrigan, et, dans les crurales à un souffle rude. Au contraire, l'examen de la pointe du cœur, bien qu'on l'eût répété fréquemment, ne révélait aucun bruit de souffle, et faisait rejeter toute idée de lésion mitrale, ne permettant que le diagnostic d'insuffisance aortique.

Quant aux vomissements, à la diarrhée, ils étaient évidemment liés à un ramollissement aigu de l'estomac, sous la dépendance tout à la fois et de la tuberculose avancée, et probablement aussi de la lésion cardiaque. Sous l'influence de la glace et du régime lacté, les troubles digestifs s'atténuèrent un peu jusqu'à la fin du mois d'avril. A cette époque, le malade ne voulant plus prendre de lait, ses vomissements reparurent, et ne cessèrent plus jusqu'à la mort, qui arriva le 17 avril. Pendant ce temps les troubles cardiaques restèrent les mêmes. Palpitations, anxiété précordiale, et bruit de souffle de la base, etc., voilà tout ce qu'on put constater.

AUTOPSIE. — Cœur. Ventricule gauche hypertrophié, pâle, graisseux. Symphyse cardiaque. *Orifice aortique.* Dimensions

Digitized by Google

normales. Valvules peu modifiées dans leur épaisseur, mais à leur bord libre petites végétations polypiformes, formant çà et là de véritables grappes. Les plus petites avaient environ la grosseur d'une petite tête d'épingle, les plus grosses celle d'un gros grain de millet. De plus, la dernière valvule (vers le bord gauche de l'organe) présentait une *perforation* ovalaire à base tournée vers le bord libre de la valvule à sommet vers le bord adhérent. Cette perforation avait environ 0,007 dans son plus grand diamètre. Elle était entourée à son pourtour de petites productions en tous points semblables à celles que nous avions trouvées sur les autres points des valvules aortiques. Que penser de cette solution de continuité? Tout d'abord nous devons dire qu'elle était absolument pathologique, et ne peut être imputée à l'autopsie. Nous pensons, quant à nous, qu'elle a dû avoir son point de départ dans les petites végétations mentionnées, que celles-ci ont dû exister antérieurement, et subir une véritable destruction consécutivement, dont le résultat a été la déchirure partielle de la valvule en ce point. Ce serait donc une insuffisance aortique liée à une endocardite végétante, et devenue ulcéreuse. La présence des végétations autour de la solution de continuité nous semble du reste en faveur de cette manière de voir.

Outre ce point déjà intéressant, nous trouvions aussi du côté de l'*orifice mitral* des altérations auxquelles nous ne nous attendions pas, en l'absence de tout phénomène pendant la vie. Cet orifice avait ses diamètres habituels ; sa valvule était saine, mais au niveau du bord adhérent de cette dernière, c'est-à-dire au niveau de l'orifice lui-même, nous trouvions encore une couronne de végétations, en tous points semblables à celles que nous avions trouvées d'autre part. Ces végétations de dimensions analogues, avaient le même aspect, et formaient un véritable cercle continu. Elles étaient surtout visibles du côté de l'oreillette, mais çà et là assez saillantes dans l'orifice uriculo-ventriculaire lui-même pour pouvoir être vues en partie par le ventricule. Il n'y avait nulle part ailleurs d'autres lésions de ce genre, mais seulement une teinte généralement pâle de l'endocarde. Voici donc une lésion étendue de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, qui n'avait, la vie durant, donné lieu à aucun signe stéthoscopique. L'examen cependant avait été fait avec assez d'attention pour qu'un bruit morbide ne pût échapper, s'il eût existé. Eh bien ce fait, tout étonnant qu'il semble d'abord, nous paraît pouvoir s'expliquer assez bien si on considère comme nous l'avons dit, que l'orifice avait ses diamètres, et que les deux valves de la valvule avaient leur poli et leur

Digitized by Google

minceur habituelle. Le sang trouvant le passage suffisant et d'autre part le jeu de la valvule mitrale n'étant pas entravé, il n'y avait pas de raison pour qu'un bruit morbide se produisit en ce point. Une lésion même étendue d'un orifice du cœur peut donc exister sans signe sthétoscopique appréciable.

Le reste de l'autopsie présentait peu de particularités. *Poumons* détruits en partie par la tuberculose. *Foie* gras. *Reins* gras aussi. L'*estomac*, dont les troubles fonctionnels avaient été si accusés, ne présentait, ni ulcérations, ni érosions. La muqueuse était simplement épaissie, çà et là boursoufflée, un peu ramollie.

M. TURNER. Les perforations valvulaires que présente la pièce de M. Magnant ne me paraissent pas dues à une endocardite. Je crois qu'il s'agit ici de la disposition qui a été décrite sous le nom de *valvule perforée*.

6. Election.

M. LEDOUBLE est nommé membre correspondant de la Société.

Séance du 12 mai 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Corps étranger périarticulaire de la hanche droite. Extraction ; par MM. BAZY et LATASTE, internes des hôpitaux.

Ma..., 33 ans, terrassier, entre à l'hôpital temporaire, salle Saint-André, n° 35, le 25 février 1875. — Pas d'antécédents personnels ni de famille, pas de rhumatisme. Il y a 3 ans, il commença à ressentir du côté droit des douleurs occupant la hanche, la partie interne de la cuisse, la fesse, les lombes, le sacrum ; la marche était gênée, pénible. Il entre à la Charité dans un service de médecine où on diagnostique une sciatique qui est traitée par les courants interrompus et les bains sul-

Digitized by Google

fureux ; amélioration. Le malade part pour l'asile de Vincennes. Un jour, en allant au bain, il ressentit une *douleur très-vive au niveau de la hanche* ; à partir de ce moment, les douleurs cessèrent pendant 8 mois, puis, elles reparurent et allèrent en augmentant pendant 3 mois. Le malade entre alors à Saint-Antoine (en médecine), et y est traité par les badigeonnages iodés, vésicatoires, pointes de feu, appareils inamovibles. Il est examiné par trois médecins et un chirurgien qui diagnostiquent, les uns une sciatique, d'autres une coxalgie. Il sort après six mois, mais trois jours après sa sortie, il est obligé d'entrer à l'hôpital temporaire où il est traité par des vésicatoires, les pointes de feu, les cautères sur la région trochantérienne, les appareils inamovibles et aussi par l'iodure de potassium à l'intérieur. Au mois de *décembre* 1875, en tâtant sa cuisse, le malade crut s'apercevoir d'un corps mobile au niveau de l'articulation et en fit la remarque au chef du service qui, après beaucoup de recherches, le sentit à son tour.

Etat actuel. Homme bien constitué. Douleurs sourdes, contusives, apparaissant seulement dans la marche qui est difficile et occupant l'aine, la fesse, la partie interne de la cuisse, le genou et quelquefois la jambe ; jamais le malade n'a ressenti ces douleurs subites et très-aiguës, caractéristiques des corps étrangers articulaires. Pas d'amaigrissement du membre malade. Les mouvements de l'articulation sont conservés et ne sont pas douloureux quand le malade est au lit ; pas de craquements ni dans cette région ni dans d'autres, pas de déformation. Le *corps* mobile ne peut être mis sous la main du chirurgien que par le malade qui fléchit sa cuisse, presse les muscles dans tous les sens et place ce corps à la racine du membre sous le muscle couturier, soit à son côté interne, soit à son côté externe ; il l'y maintient en pressant de dedans en dehors. Quant cette pression cesse, il fuit dans les interstices musculaires et deviendrait très-profond au dire du malade : il semblerait fuir vers l'insertion inférieure du psoas. Quand on l'a sous la main, ce corps paraît avoir la forme d'une petite noix ; il a une consistance cartilagineuse, il est très-mobile et quelquefois la pression à son niveau détermine des douleurs assez vives.

Le diagnostic posé par le chef du service, M. GILLETTE et par M. TILLAUX qui a vu le malade, fut *corps étranger extra-articulaire de la hanche.* Du reste, l'état général est bon. Aucun trouble du côté des autres organes.

L'opération réclamée par le malade est faite sans anesthésie, le 11 mai 1876, par M. Gillette : La cuisse étant fléchie sur le bassin, le malade place sous la main du chirurgien le corps

Digitized by Google

étranger qui est fixé au moyen d'un trocart. On fait à son niveau une incision de 6 centimètres environ, parallèle au bord externe du muscle couturier. Au moment d'être atteint, le corps fuit, il est ramené et saisi avec des pinces de Museux, on achève de le découvrir ; ce dernier temps de l'opération est très-laborieux et aussi très-douloureux. Pendant l'opération, il s'est écoulé un liquide jaune rougeâtre, comme battu avec le sang, un peu filant ; sa quantité est évaluée à 40 grammes environ. Il provient probablement d'une poche kystique dans laquelle se mouvait le corps étranger ou de la bourse du psoas anormalement dilatée. En explorant le fond de la plaie, l'opérateur sent sur la ligne qui joint en avant le grand et le petit trochanter, une série de mamelons analogues à ceux du corps étranger.

Ce corps a le volume d'une petite noix et a grossièrement la forme d'un prisme triangulaire ; la surface est parsemée de petits mamelons d'une dureté cartilagineuse. A la *coupe*, on voit qu'il est composé de deux parties : une interne, qui en est comme le noyau, est ossiforme et creusée d'une cavité ; l'autre, externe, l'entoure complétement et ressemble à du cartilage ; la partie ossiforme se prolonge en un point du côté de la surface qu'elle atteint, de sorte qu'on pourrait croire que là était le pédicule de ce corps étranger qui se serait détaché deux ans auparavant, au moment où le malade ressentit une si violente douleur. L'opération terminée, la cuisse est allongée ; l'incision occupe alors l'axe du couturier de telle sorte qu'on a une plaie oblique, puisque l'incision de la peau ne correspond plus à celle des parties profondes. Pansement ouaté.

8. Cancer du corps et du col de l'utérus ; par M. Weiss, interne des hôpitaux.

Nog...., 50 ans, est entrée le 8 mars dans le service de M. Guérin pour divers accidents pouvant se rapporter dès l'abord à une affection utérine. Avant la maladie qui l'amène aujourd'hui à l'hôpital, cette femme s'est bien portée, quoiqu'elle fût toujours faible et délicate. Réglée à 15 ans, elle a cessé de l'être à 45 ans. Deux ans après, en 1873, elle avait eu assez brusquement des fleurs blanches abondantes, puis elle avait commencé à souffrir du ventre ; les douleurs qu'elle ressentait avaient le caractère de celles qui précèdent les époques menstruelles. Néanmoins, *à aucune époque elle n'eut de métrorrhagie ;* c'est à peine si à trois reprises différentes elle avait vu apparaître un peu de sang. Cet état dura

Digitized by Google

pendant trois ans, tout en s'aggravant insensiblement. La malade entre à l'hôpital.

On constate alors l'état suivant : La malade est considérablement amaigrie ; elle présente la teinte jaune-paille caractéristique de la diathèse cancéreuse. Pas de fièvre, mais le pouls est assez fréquent. Anorexie. Pas de constipation ; au contraire, la malade a souvent de la diarrhée. La miction n'est pas modifiée ; la malade accuse seulement parfois une brûlure en urinant. Mais ce sont surtout les signes objectifs fournis par la malade qui présentent de l'intérêt. Le *toucher vaginal*, en effet, révèle l'existence d'une tumeur arrivant jusqu'à l'entrée de la vulve et obstruant presque complétement le canal du vagin ; de telle sorte qu'il est impossible de reconnaître le siége du col utérin, de dire s'il est envahi par le néoplasme ou s'il constitue la tumeur. Celle-ci était du reste dure, bosselée, donnait la sensation d'un enchondrome. On ne pouvait pas la contourner, parce qu'elle paraissait absolument adhérente à la paroi antérieure du vagin. On n'y trouvait pas davantage avec le doigt un orifice ressemblant à celui du museau de tanche. Et comme l'introduction du spéculum était absolument impossible, on ne pouvait se renseigner à cet égard. La palpation du ventre combinée avec le toucher vaginal ne permettait pas de sentir au-dessus du pubis une tumeur bien appréciable ; du reste cette exploration était assez douloureuse. Le *toucher rectal* révélait l'existence d'une tumeur dure, remontant au-delà des limites que le doigt pouvait atteindre, et paraissant remplir toute l'excavation pelvienne. Cette tumeur paraissait absolument immobile malgré les mouvements que l'on cherchait à lui imprimer, de telle sorte qu'elle paraissait adhérente aux parois du bassin. L'autopsie démontra plus tard qu'il n'en était rien. En présence de ces signes, le diagnostic resta en suspens.

L'idée d'une tumeur de mauvaise nature fut cependant parfaitement admise, quoiqu'il fut difficile de dire si elle avait son point de départ dans l'utérus ou les parois du bassin.

Les jours suivants l'état de la malade resta stationnaire, cependant elle s'amaigrissait de plus en plus. Mais, vers le 10 *avril*, les choses changèrent de face ; la malade éprouva de vives douleurs dans le ventre en même temps que celui-ci commençait à se ballonner et qu'une constipation opiniâtre se déclarait.

Quelques gaz cependant étaient encore rendus par l'anus. Pendant plusieurs jours cet état persista malgré l'emploi de purgatifs répétés. En présence de ces signes d'obstruction intestinale, on devait songer à établir un anus artificiel ; mais la malade s'était tellement affaiblie, qu'il était

Digitized by Google

difficile de songer à une opération pareille et que l'on se contenta de lui donner des lavements, des purgatifs drastiques, et à lui pratiquer l'insufflation du rectum. Rien ne put vaincre la constipation, ni arrêter les vomissements qui s'étaient également montrés. Le ballonnement du ventre devint énorme, les douleurs très-vives; en même temps des eschares se produisaient au sacrum. La malade succomba le 7 mai.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du corps, on constate d'abord les lésions de l'*obstruction intestinale;* les anses intestinales, même celles de l'intestin grêle, sont distendues d'une façon énorme. Les tuniques sont si friables, qu'il se fait en plusieurs endroits des perforations accidentelles. Les organes du bassin sont enlevés avec le plus grand soin. On constate l'existence d'une *tumeur* ovoïde, très-manifestement formée par l'utérus tout entier, corps et col; en effet, en détachant de la tumeur toutes les anses intestinales qui ont contracté des adhérences avec elle, on retrouve les différents culs-de-sac qui normalement entourent l'utérus. Sur les parties latérales de la tumeur, on trouve les ovaires englobés dans la masse du néoplasme et paraissant également altérés; les trompes sont dilatées et remplies d'un liquide purulent. En pratiquant une coupe antéro-postérieure de la tumeur, on constate que dans la partie supérieure, le tissu morbide a un aspect caséeux; il est très-ramolli et le doigt s'y enfonce avec la plus grande facilité. Le col utérin, au contraire, est déformé et constitué par une masse dure où l'état primitif du tissu morbide paraît s'être conservé. La cavité utérine est conservée; elle communique par l'orifice du col, resté perméable, avec celle du vagin, mais on n'y trouve pas de matières sanieuses (ce qui est en rapport avec la petite quantité de pertes blanches qu'a eues la malade). Le néoplasme s'est propagé à l'intestin au niveau de la partie supérieure du rectum; mais les tuniques extérieures seules sont envahies. La muqueuse est légèrement ecchymosée et ne présente pas d'autre altération; il y a là un véritable rétrécissement circulaire qui obstrue complétement le calibre de l'intestin. Indépendamment de ces lésions on constate l'existence de ganglions dégénérés, sur les parties latérales du bassin, un peu en arrière et au-dessous du trou sous-pubien; ce sont ces ganglions, qui sont le point de départ de l'adéno-lymphite périutérine récemment décrite par M. Guérin. On ne trouve en nul autre point du corps de dégénérescence de même nature. Pas de ganglions lombaires, pas de lésions viscérales, pas de cancer de la colonne vertébrale.

L'*examen microscopique* a été fait par M. LONGUET; il a

Digitized by Google

montré que la tumeur était un carcinôme proprement dit, mais un *carcinome dégénéré*; car dans la plus grande partie de la tumeur, on constatait une transformation graisseuse de tous les éléments anatomiques. Au niveau du col seulement, le tissu morbide conservait ses caractères primitifs, et on y constatait nettement l'existence des cellules cancéreuses.

www.libool.com.cn

M. LONGUET. La face interne de la muqueuse utérine est rarement le point de départ des tumeurs cancéreuses. Il est également assez rare de voir les tumeurs utérines subir la dégénérescence graisseuse. Cette observation est intéressante à ce double point de vue.

2. Rétrécissement mitral. — Cirrhose alcoolique. — Infarctus pulmonaires et rénaux. — Gangrène pulmonaire; par F. BALZER, interne des hôpitaux.

Sp. Marie, 47 ans, blanchisseuse, entre à la Charité le 14 février 1876, salle Sainte-Marthe n° 3 (service de M. EMPIS). Elle raconte qu'elle a été obligée de renoncer à son métier de blanchisseuse depuis deux ans et demi, à cause des battements de cœur. Elle entra deux fois l'année dernière à l'hôpital Beaujon dans le service de M. Moutard-Martin, et M. Maunoury, interne du service, nous a fourni les renseignements suivants : Avant son entrée à l'hôpital Beaujon, elle avait déjà eu deux fois de l'œdème des membres inférieurs et du tronc. Elle avait même eu, six mois auparavant, des vomissements de sang qui se répétèrent pendant six semaines. Elle présentait à cette époque un ictère peu intense avec un œdème généralisé, et une ascite très-prononcée ; le foie était douloureux, et débordait les fausses côtes. On entendait à la pointe du cœur, un bruit de souffle au premier et au second temps : le second bruit était net. On diagnostiqua une lésion mitrale, s'accompagnant de cirrhose cardiaque. Promptement améliorée par la digitale, elle partit pour le Vésinet le 27 septembre, après un mois de séjour à l'hôpital. Elle y revint le 9 novembre, enflée de nouveau et après avoir eu encore des vomissements de sang précédés de quintes de toux. On diagnostiqua un *rétrécissement mitral* très-prononcé ; elle fut de nouveau remise à la digitale et plus tard à l'acétate de potasse. Sous l'influence de ce traitement, les urines devinrent très-abondantes, l'œdème disparut promptement et elle sortit le 30 décembre.

Au moment de son entrée à la Charité, elle a les jambes très-enflées et érythémateuses, principalement la droite. Le ventre est extrêmement gonflé tant par le liquide ascitique que par les gaz intestinaux. Aussi la dyspnée est elle très-intense : la

Digitized by Google

malade est toujours assise sur son lit, la face cyanosée, et presque entièrement aphone. Par instants, la dyspnée devenait tellement intense qu'une ponction fut jugée nécessaire. Elle évacua 5 litres de liquide clair, citrin; la malade se trouva soulagée immédiatement, bien que le volume du ventre n'eût pas beaucoup diminué à cause de l'abondance des gaz intestinaux. On prescrivit donc en même temps un lavement purgatif et l'application de 30 ventouses sèches sur la poitrine. Les battements du cœur sont tumultueux; on entend cependant un souffle au premier temps et à la pointe. Le pouls est extrêmement petit. Râles d'œdème pulmonaire, très-nombreux aux deux bases. Les veines sont très-développées sur tout le corps et principalement sur le ventre. Celui-ci est douloureux à gauche, du côté opposé à la ponction. Le foie, difficile à limiter à cause des gaz, paraît assez gros. Les urines sont très-chargées, et renferment une notable quantité d'albumine. La malade affirme qu'elle n'a jamais eu de rhumatisme. Mais il est à peu près certain qu'elle abusait des boissons alcooliques, bien qu'elle ne l'avoue pas.

15 février. Elle se sent mieux. Les battements du cœur sont toujours tumultueux, et le bruit de souffle est difficile à entendre nettement. La dyspnée est encore assez intense. Teinte ictérique très-prononcée des conjonctives. Les veines du cou sont extrêmement gonflées. M. Empis prescrit: un vésicatoire à la région précordiale, une potion avec 0,15 centigrammes de digitale, enfin une infusion de 4 grammes de jaborandi, à prendre demain matin à jeun.

16. Le jaborandi produit des nausées, mais pas d'effets sialagogues ni sudorifiques. Elle urine fort peu.

17. Elle a repris ce matin une nouvelle infusion de 6 grammes de jaborandi. La diaphorèse a commencé un quart d'heure après l'ingestion du médicament. Sécrétion salivaire considérable: nausées; la parotide droite est un peu tuméfiée et douloureuse. La gêne de la circulation et de la respiration diminue.

18, 19. La malade est remise à la digitale. Elle va mieux. L'œdème est toujours considérable et elle continue à souffrir dans la fosse iliaque gauche. Les mêmes symptômes se maintiennent jusqu'à la fin du mois de mars, en diminuant graduellement d'intensité.

Dans la première quinzaine d'avril, la malade se trouve mieux: le ventre est toujours gros, mais l'œdème des jambes a disparu. Elle conserve toujours une légère teinte ictérique des conjonctives avec une dyspnée peu intense. Les digestions sont pénibles, et l'intestin toujours distendu par les gaz. Les urines sont abondantes et moins chargées: elles renferment toujours de l'albumine. — A partir du 15 avril, surviennent

Digitized by Google

des hémoptysies fréquentes, presque continues. Les crachats sont rouillés, visqueux, prenant parfois une teinte plus foncée, ils sont mêlés tantôt à des crachats de bronchite, tantôt à du sang presque pur. A l'auscultation, on entend des deux côtés du souffle tubaire doux et des râles crépitants. La malade a souvent de la fièvre. Elle s'affaiblit rapidement: on est obligé de cesser l'emploi de la digitale qu'elle vomit presque constamment.

24 *avril*. On prescrit de nouveau de la digitale et la malade semble de nouveau aller mieux pendant quelques jours.

1er *mai*. Les crachements de sang recommencent avec une nouvelle intensité. La cyanose augmente ainsi que la gêne de la respiration. On prescrit de nouveau une infusion de jaborandi pour le lendemain.

2 *mai*. Cette infusion ne fait que provoquer des vomissements, la malade ayant pris de la nourriture avant l'administration du médicament.

4 *mai*. On voit tout-à-coup apparaître des crachats abondants, diffluents et fétides, d'une couleur brunâtre. L'haleine a une odeur gangréneuse. On trouve du souffle et des râles crépitants au côté droit. La malade s'amaigrit et s'affaisse rapidement ; sa face a pris une teinte terreuse. On prescrit des badigeonnages de teinture d'iode sur le côté droit, et des inspirations de chlorure de chaux. Le 5, mêmes crachats ; la fétidité de l'haleine a augmenté. La malade est dans une grande prostration, le pouls est petit, filant. Gargouillements en arrière, à la partie supérieure du poumon droit. Prescription: Potion avec 4 gr. d'extrait de quinquina. Mort le 6 mai 1876.

Autopsie. — Les deux poumons sont congestionnés et présentent des foyers d'apoplexie pulmonaire anciens et récents à leurs bases et sur leurs bords tranchants principalement à droite. Au sommet du poumon droit, on trouve une pneumonie à la période d'hépatisation rouge et à son centre deux cavernules renfermant un liquide fétide de même couleur que les crachats expectorés pendant la vie.

Le *cœur* est gras, dilaté, rempli de caillots de formation récente. L'oreillette gauche présente, en outre, un certain nombre de petits polypes qui siégent principalement dans l'auricule et proéminent entre les muscles papillaires. L'un de ces polypes, plus gros que les autres, présente une surface irrégulière, à facettes pour ainsi dire, et remplit presque tout l'auricule. L'examen microscopique a montré plus tard que ces caillots étaient formés par une agglomération de globules blancs, encore facilement reconnaissables ou parvenus déjà à l'état de désintégration granulo-graisseuse. L'oreillette gauche est très-

Digitized by Google

dilatée, et amincie ; l'orifice mitral est rétréci et laisse à peine passer l'extrémité du doigt indicateur. Cet orifice est induré, on trouve sur ses bords des nodosités extrêmement dures. L'induration se continue sur les cordages tendineux de la valvule. L'aorte est très-athéromateuse.

Le *foie* présente à peu près son volume normal, mais il est congestionné et sa surface est irrégulière et granuleuse. Le péritoine est très-épaissi à sa face supérieure jusqu'au niveau du bord tranchant. Sur la coupe, on voit de larges et nombreuses travées de tissu conjonctif qui s'entrecroisent d'une manière irrégulière et circonscrivent des îlots de tissu hépatique, au milieu duquel on voit ces tractus se continuer en s'amincissant graduellement. Sur beaucoup de points, on voit les lobules isolés proéminant sur la coupe. En même temps, le foie a subi une dégénérescence graisseuse déjà très-avancée, ce qui, joint à la dilatation des veines sus-hépatiques, contribue à lui donner un aspect spécial, tenant à la fois de la cirrhose commune et du foie cardiaque. Les veines sus-hépatiques sont très-dilatées et paraissent épaissies. La vésicule biliaire est petite ; elle ne renferme pas de calculs. Ses parois sont extrêmement épaisses et l'on distingue facilement les différentes couches qui les composent. Les canaux biliaires sont également épaissis, quoique parfaitement perméables. La *rate* est grosse, sa capsule est épaissie. Le rein droit est atrophié, il renferme quatre infarctus déjà anciens, fibreux, qui ont amené une grande rétraction du tissu voisin. Le rein gauche est plus gros ; il ne présente que deux infarctus également anciens. Il a été impossible de retrouver les caillots dans les artères oblitérées. L'intestin et l'estomac sont congestionnés Les organes génitaux sent sains ; la trompe droite est oblitérée à ses deux extrémités ; elle est remplie de liquide, amincie, et présente à peu près le volume du pouce.

Examen microscopique. — Sur les coupes du foie pratiquées après durcissement dans l'alcool, on voit, comme à l'œil nu, des travées de tissu conjonctif de volume variable, et entourant des groupes de lobules hépatiques tassés à leur périphérie. On voit encore de nombreuses cellules hépatiques, demeurées intactes au milieu du tissu de nouvelle formation. Les lobules sont gros à leur périphérie. La veine centrale est dilatée, mais il n'y a pas de sclérose du tissu conjonctif péri-vasculaire. On voit encore sur la coupe quelques canaux biliaires dilatés et remplis de bile. En résumé, il s'agit d'une cirrhose annulaire avec dégénérescence graisseuse de la périphérie du lobule. La *vésicule biliaire* présente des faisceaux musculaires hypertrophiés, séparés les uns des autres par des couches épaisses composées de faisceaux de tissu conjonctif. Les parois des

Digitized by Google

aisseaux sont entourées d'une large zone de tissu conjonctif. On trouve enfin une notable quantité de graisse, principalement au-dessous de la couche péritonéale.

Conclusions. — Ces lésions multiples nous paraissent s'être développées sous l'influence de l'alcoolisme, et sans doute, aussi à la suite des refroidissements. La malade a toujours affirmé, aussi bien à Beaujon qu'à la Charité, qu'elle n'avait jamais eu de rhumatismes. Parmi les lésions, les unes sont primitives et ont succédé aux causes que nous venons de signaler ; les autres sont consécutives. A l'alcoolisme, nous rattacherons la cirrhose et la stéatose du foie, les lésions valvulaires et l'athérôme. Les infarctus, l'anasarque et l'ascite, l'hypertrophie de la rate sont sous la dépendance des lésions précédentes. Les infarctus pulmonaires sont dus sans doute aux polypes de l'oreillette gauche, les infarctus rénaux, à l'arrachement des nodosités signalées sur les bords de la valvule mitrale. De même les petits foyers de gangrène pulmonaire peuvent avoir succédé à des embolies des artères bronchiques, ou peut-être encore à la pneumonie survenue dans la période terminale, au moment où l'épuisement et la cachexie étaient extrêmes.

10. Dégénérescence athéromateuse du système artériel ; hypertrophie considérable du ventricule gauche. — Saillie notable de la symphyse pubienne en arrière ; par M. Porak, interne des hôpitaux.

Mart... Amb..., 56 ans, laveuse, entre le 20 décembre 1875, salle Sainte-Claire, n° 28 (service de M. Moutard-Martin). Réglée à 13 ans, et régulièrement depuis, ce fut à 33 ans, à la suite d'un accouchement, que la malade remarqua pour la première fois, à la partie inférieure du cou et à droite, une petite tumeur du volume d'un œuf. Elle n'a pas augmenté de volume depuis, déjà elle était animée des mêmes battements que l'on peut constater aujourd'hui ; d'ailleurs, la malade n'a jamais reçu de coups ni de blessure en cette région. Aucun signe d'alcoolisme ; négation absolue de la malade à ce sujet. C'est une femme courageuse, négligeant sa santé ; elle ne peut pas nous donner des renseignements exacts sur le début de l'affection dont elle souffre. C'est à la suite de troubles considérables, de symptômes graves qu'elle se vit obligée de réclamer son admission à l'hôpital.

Le 1er *décembre* 1875, M... fut prise subitement, au milieu de la nuit, d'accès d'étouffements de durée très-variable, s'accompagnant de dyspnée anxieuse, de bouffées de chaleur, de sueurs abondantes, et de violentes palpitations. Les nuits

Digitized by Google

suivantes, les accès se reproduisirent, tantôt ne durant qu'une dizaine de minutes, tantôt se prolongeant pendant une heure. Dans le jour, tous ces symptômes s'apaisaient et elle se portait à peu près bien. Cependant, au bout de quelque temps, sa santé subit le contre-coup de ces accès nocturnes; elle maigrit et ses forces diminuèrent beaucoup.

Etat actuel. Nous constatons tout d'abord une dilatation générale des artères. Au cou, la carotide, surtout à droite, fait une saillie appréciable à l'extérieur et reconnaissable aux battements dont elle est le siége. La dilatation n'est pas régulière. On constate à sa partie inférieure près la clavicule, et en haut près l'angle du maxillaire, deux dilatations, dont la première est très-considérable; les battements dilataient les deux poches dans tous les sens; bien évidemment, ce ne sont pas des mouvements transmis. A gauche, la dilatation de la carotide est beaucoup moins prononcée. Les deux artères radiales sont dilatées, flexueuses; elles sont dures, mais ne présentent pas de lésions athéromateuses ou calcaires suffisamment épaisses pour être reconnues avec évidence à la palpation. Les deux fémorales sont très-dilatées, mais surtout à gauche, et, de ce côté, on peut même reconnaître que l'épigastrique et la circonflexe iliaque, à son origine, participent à cette dilatation générale. Il n'y pas de voussure thoracique sur le trajet des gros troncs vasculaires du médiastin antérieur, et l'on ne peut reconnaître à l'inspection attentive des espaces intercostaux l'existence de battements; mais à la percussion, on constate une matité très-nette qui s'étend à deux centimètres du bord droit du sternum et que l'on peut suivre sous la clavicule de ce côté à une certaine distance.

A l'*auscultation*, on trouve un double bruit de souffle, le premier étant surtout très-intense; son maximum siége au niveau de la crosse de l'aorte et s'atténue sur les artères plus éloignées, mais on le perçoit encore très-nettement sur le trajet du tronc brachio-céphalique, de la sous-clavière droite et des carotides. A la *palpation*, on sent un frémissement cataire. Le pouls est plein, fort, sans intermittence; il est plus fort à gauche qu'à droite.

Au *cœur*, la matité cardiaque est plus étendue que de coutume, la pointe du cœur est déplacée en dehors et bat sous le mamelon; le choc cardiaque est violent. A l'auscultation, on entend un bruit de souffle intense à la base et au premier temps. Le diagnostic fut donc: Dilatation générale du système artériel, hypertrophie du ventricule gauche, athérôme des valvules sygmoïdes de l'aorte; la force des battements artériels ne nous autorisait pas à dire, rétrécissement aortique.

Digitized by Google

Etat général. Œdème considérable des extrémités inférieures, céphalalgie continuelle, accès d'étouffement fréquents pendant la nuit, pas d'appétit, digestions difficiles, pas d'expectoration, pas de fièvre, pas d'inégalité pupillaire, un peu de toux pendant le jour et pendant les accès nocturnes, amaigrissement. Par le repos prolongé, par l'administration de purgatifs drastiques et de diurétiques, surtout de la digitale, tous les symptômes s'amendèrent. L'œdème disparut presque complétement, les suffocations s'éloignèrent et devinrent peu intenses. Enfin, l'état général devint un peu meilleur et la malade demanda son exeat le 15 février 1875.

A peine chez elle, les accès de suffocation revinrent aussi intenses, et elle entra de nouveau dans le service le 1er *mars* 1876. Elle présentait tous les signes de l'asystolie la plus marquée : œdème très-prononcé des membres inférieurs, oppression continuelle, palpitations moins marquées, insomnie et accès d'étouffement nocturnes. Le pouls est plus faible qu'auparavant, mais il est moins marqué d'un côté que de l'autre. Les jours suivants, elle eut plusieurs fois, dans le courant de la journée, des accès de suffocation accompagnés d'une douleur poignante dans la région cardiaque avec irradiations vers le cou, pâleur et sueurs froides. Ces accès d'angine de poitrine ne se renouvelèrent que quatre ou cinq fois.

L'œdème fit depuis ce jour des progrès incessants. Il s'étendit aux parois abdominales, des phlyctènes se formèrent sur les cuisses, s'ouvrirent et furent le siége d'un écoulement sanieux continuel. Une eschare se forma au sacrum. La dyspnée devint de plus en plus marquée. La malade était toujours assise, et lorsqu'elle était vaincue par le sommeil, sa tête, au lieu de reposer sur ses oreillers, retombait en avant et elle s'appuyait sur ses genoux demi-fléchis. Dans les derniers jours, l'anasarque se généralisa, sa face devint bouffie à tel point que la malade était à peine reconnaissable. Les paupières étaient tellement infiltrées qu'elle ne pouvait ouvrir les yeux. Et par la pression que subissait sa face en s'appuyant sur ses genoux, il se forma, au niveau de la paupière supérieure droite, une eschare, et un écoulement sanieux en fut la conséquence. Consécutivement à l'embarras toujours de plus en plus marqué de la respiration, les symptômes asphyxiques apparurent et finirent par occasionner la mort de cette malade le 16 avril.

On n'a trouvé de l'albumine dans l'urine que pendant les derniers jours. Le traitement prescrit à cette malade a consisté en diurétiques, chiendent nitré et digitale et de temps à autre, julep diacode, sirop d'éther, suivant que l'insomnie était plus ou moins marquée.

Digitized by Google

AUTOPSIE, 24 heures après la mort. — Le *cerveau* est sain ; pas d'athérôme artériel. Adhérences généralisées et anciennes des deux plèvres. Œdème et congestion pulmonaires. Les *reins* sont notablement augmentés de volume et très-hyperémiés. *Foie* très-congestionné.

Nous devons surtout insister sur les lésions présentées par le *système artériel*. Il est dilaté dans toute son étendue, et pour rendre plus frappantes les mensurations que nous avons obtenues en différents points, nous les avons comparées avec les mensurations analogues du système artériel d'une femme de 28 ans, morte de péritonite puerpérale et dont l'endartère n'était pas d'ailleurs absolument saine.

Aorte immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes.....	131 mm.	au lieu de	60 mm.
Aorte immédiatement à l'origine de la sous-clavière gauche...	119 mm.	—	48 mm.
Aorte à sa bifurcation.....	400 mm.	—	300 mm.
Iliaque primitive gauche à sa bifurcation.....	380 mm.	—	220 mm.
Iliaque primitive droite à sa bifurcation.....	350 mm.	—	220 mm.
Tronc brachio-céphalique à sa bifurcation.....	650 mm.	—	330 mm.

Sur toutes les grosses artères que nous avons seulement examinées, on trouvait des plaques irrégulières, tantôt athéromateuses, tantôt calcaires, mais d'autres fois constituées seulement par des masses semi-transparentes. L'endartère était légèrement rosée, ne présentait pas la coloration jaune normale. Les *plaques calcaires* étaient d'autant plus abondantes que l'on examinait l'aorte plus près de son orifice cardiaque et là, immédiatement au-dessus des valvules sygmoïdes, on trouvait une véritable couronne de plaques épaisses, calcaires, criant sous le doigt et rugueuses. L'existence de ces plaques ossiformes nous rend parfaitement compte du bruit de souffle intense que nous entendions au premier temps et à la base du cœur. Il n'y avait pas de rétrécissement aortique.

En rapport avec l'immense obstacle apporté par ces lésions à la circulation artérielle, on trouvait au cœur une hypertrophie considérable du ventricule gauche sans lésion des orifices. Le *cœur* pèse 575 grammes, les parois du ventricule gauche ont plus de 2 centimètres, tandis que les parois du ventricule droit n'atteignent pas un demi-centimètre.

Enfin, nous devons signaler une dernière lésion qui est

Digitized by Google

très-intéressante au point de vue de l'obstétrique. C'est une *saillie postérieure considérable de la symphyse du pubis*. Cette saillie est surtout très-prononcée à la partie supérieure et s'atténue graduellement de haut en bas. L'épaisseur de la symphyse est à l'union de son 1/3 supérieur avec ses 2/3 inférieurs de 3 centimètres. Une pareille crête diminue d'autant tous les diamètres antéro-postérieurs de l'excavation pelvienne.

11. Tumeur blanche du genou. — Mouvements de latéralité. Intégrité des ligaments latéraux ; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Revert Am., 46 ans, entra le 19 janvier 1876, dans le service de M. GOSSELIN. Il offre au genou gauche les lésions d'une tumeur blanche ancienne, avec mouvements de latéralité très-nets : aucun craquement articulaire ou osseux ne peut être perçu lorsqu'on imprime à l'articulation les mouvements dont je viens de parler. Toute intervention chirurgicale est contrindiquée par l'état des poumons qui sont atteints de tuberculisation au 3e degré. — Il succombe le 14 avril aux progrès des lésions pulmonaires.

AUTOPSIE. Tuberculisation pulmonaire au 3e degré. Rien dans les testicules ni dans les viscères.

Genou gauche. Une fusée purulente fait communiquer la séreuse de la patte d'oie (atteinte de synovite fongueuse) avec l'articulation du genou au travers d'une simple éraillure des fibres du ligament latéral interne. Une autre fusée s'est propagée à la partie postérieure de l'articulation, dans le creux poplité.

Articulation. 1° *Surfaces articulaires du fémur.* Il y a disparition du cartilage en différents points et ulcération du cartilage à la partie moyenne des condyles du fémur. La partie dépourvue de cartilage a environ deux centimètres sur le condyle interne, et affecte la forme d'un rein. Sur le condyle externe, elle est arrondie, et a environ un centimètre de diamètre. Le cartilage qui recouvre le reste des condyles est usé, aminci, ramolli, et plus facile à décortiquer que normalement. La lamelle sous-cartilagineuse a disparu ; 2° *Surfaces articulaires du tibia.* Il y a destruction du cartilage au côté externe de la facette articulaire externe et à la partie postérieure de la facette interne. Les altérations du cartilage sont d'ailleurs les mêmes que celles que nous avons notées sur le fémur, mais ici l'amincissement est encore bien plus marqué ; la couche cartilagineuse est transparente, facile à décortiquer, on peut voir au-dessous d'elle le tissu osseux. La lamelle

Digitized by Google

sous-cartilagineuse a également disparu; 3° *Rotule* : son cartilage est ramolli, mais non détruit.

Fibro-cartilages. Ils ont presque entièrement disparu, sauf au côté externe où il reste un tiers environ de celui qui correspond à ce côté. Encore est-il très-ramolli et diminué d'épaisseur. Il est impossible de trouver trace du fibro-cartilage interne. — Les *ligaments croisés* ne sont pas profondément altérés, mais ils sont couverts de fongosités.

Les ligaments périphériques (interne, externe et postérieur) *sont intacts*, cependant l'interne offre l'éraillure dont j'ai déjà parlé, formée par un simple écartement de ses fibres. — Le grand cul de sac de la synoviale est fongueux, très-épaissi. L'articulation contient une quantité notable de pus. Le *tissu osseux* paraît moins dur qu'à l'état normal : il se laisse pénétrer plus facilement par le scalpel. — Le périoste est épaissi et plus facile à détacher qu'il ne devrait l'être, notamment au niveau du fémur.

RÉFLEXIONS. Cette pièce fournit une nouvelle occasion d'étudier les mouvements de latéralité dûs à la disparition des cartilages d'encroûtement et des fibro-cartilages inter-articulaires, *avec intégrité des ligaments périphériques de l'articulation.* On s'explique facilement pourquoi les craquements n'ont jamais pu être perçus : les parties dépourvues de cartilages ne pouvaient frotter l'une contre l'autre par suite de la saillie du cartilage persistant qui les entourait, et les convertissait en dépression. Il en résulte que les craquements peuvent manquer, et les altérations cartilagineuses être néanmoins assez profondes pour permettre des mouvements de latéralité comme dans le cas présent et, cela *alors même que les ligaments* sont *intacts*.

12. Election.

M. AUGER est nommé membre correspondant de la Société.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 19 mai 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

13. Tuberculose pulmonaire. — Cancer du pancréas, de la deuxième portion du duodénum et de l'ampoule de Vater. — Dilatation considérable des canaux biliaires. — Communication très-étendue de la vésicule biliaire avec le côlon transverse. — Péritonite chronique adhésive ; par M. L. DREYFUS, interne des hôpitaux.

Pen... L., 33 ans, entre le 10 avril 1876, à l'hôpital Temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 26, (service de M. HAYEM).

Il a toujours joui d'une excellente santé : jamais d'accidents syphilitiques. Mais il a fait autrefois quelques excès alcooliques et a travaillé pendant tout l'hiver dans des caves humides. La maladie débuta, il y a sept mois, par l'ictère, qui, des conjonctives, s'étendit rapidement à tout le corps. Un mois après, il eut un premier accès de colique hépatique (douleurs très-vives dans l'hypochondre droit, vomissements, accès de fièvre). Huit jours après, nouvel accès ; après un intervalle d'une semaine, troisième accès. L'ictère persistait, les selles étaient décolorées, les urines rougeâtres. La santé était cependant encore assez bonne.

Il entra à Saint-Antoine, d'où il sortit amélioré après un séjour d'un mois. Mais le jour même de sa sortie, il fut repris de fièvre avec frissons répétés, courbature, grande faiblesse, douleurs dans l'hypochondre droit, phénomènes qui s'amendèrent au bout de douze jours. Au commencement d'avril, il alla à Vincennes; mais, l'ictère devenant de plus en plus intense, il se décida à entrer à l'hôpital.

Etat actuel, 16 avril. Malade de constitution robuste, mais amaigri. Ictère intense, verdâtre, généralisé. Selles régulières, blanchâtres. Urines rouge-acajou, avec reflet verdâtre, riches en pigment biliaire, sans trace d'albumine (2 litres). — Fonctions digestives peu altérées. Appétit diminué; assez fréquemment, vomissements après ses repas. Toux assez fréquente la nuit depuis quelques jours. Douleur assez vive, continue, exaspérée par la pression, à 3 travers de doigt au-dessous des fausses côtes, dans l'hypochondre droit. A la pal-

Digitized by Google

pation, sensation d'empâtement, sans saillies ni bosselures, au niveau de l'hypochondre et de l'épigastre. — Impossibilité de préciser les dimensions du foie. — Sonorité dans tout l'abdomen, tympanique au niveau de l'estomac qui paraît dilaté. Rate normale.

L'auscultation et la percussion du thorax ne donnent pas de renseignements bien précis. Aux deux sommets, en arrière, un peu de submatité ; quelques râles disséminés dans la poitrine. Rien au cœur. Le pouls est assez fort, 90. La température, normale le matin, s'élève le soir à 38°, 5. *Traitement :* vésicatoire sur la région hépatique. Pot. Iod. pot. 1 gr. Extrait thébaïque 0,05.

Jusqu'à la fin d'avril l'état du malade ne se modifia pas sensiblement ; cependant l'ictère devint plus intense, et les urines de plus en plus rouges. L'appétit resta assez satisfaisant : tendance à la constipation. Selles presque entièrement décolorées. La région hépatique est moins douloureuse.

Du 1er au 8 mai. L'ictère paraît sensiblement diminuer. On applique successivement deux vésicatoires sur la région hépatique. Les urines renferment des traces d'albumine ; l'urée des 24 heures, au début de 20 gr. est tombée le 7 mai à 17 gr. 4, et le 10 mai à 13 gr. 7. Léger bruit de souffle systolique à la pointe.

8 *mai*. Le malade raconte que ses selles renfermaient de petits corps durs, qui avaient causé une assez vive douleur pendant la défécation.

Du 8 au 11 mai. L'ictère est beaucoup moins intense, bien que les urines et les selles n'aient pas subi de modifications. L'état général ne s'est pas sensiblement modifié ; toutefois le malade se dit mieux portant. Les signes fournis par l'examen de la région hépatique n'ont pas varié.

11 *mai*. Le malade se plaint d'une diarrhée extrêmement abondante. Cette diarrhée l'affaiblit considérablement.

13 *mai*. Il est très-faible, très amaigri ; les selles sont devenues de plus en plus nombreuses. Le 14 mai au matin, le malade est très-affaissé ; la mort survient dans l'après-midi.

Autopsie. — Granulations miliaires disséminées dans les deux poumons : au centre des poumons, petits foyers caséeux. Granulations sur la plèvre diaphragmatique. Rien au cœur.

Foie. — Au niveau du bord droit et de la face inférieure du foie, nombreuses adhérences péritonéales, minces et finement vascularisées. Par leur intermédiaire, le foie adhère à la paroi abdominale sur une étendue d'un centimètre environ. Les ganglions à la face inférieure du foie sont noirâtres, très-volumineux, comprimant légèrement le canal cholédoque et le

Digitized by Google

canal cystique. On trouve à la face inférieure du foie *deux masses* entourées d'adhérences péritonéales. La première est formée par le pancréas la seconde portion du duodénum et l'extrémité du canal cholédoque, la seconde par le côlon transversal de la vésicule biliaire. Le pancréas, dans toute son étendue, est criblé de petites tumeurs marronnées, en partie molles et en partie dures, ayant l'aspect de l'encéphaloïde et surtout développées au niveau de la tête de l'organe. En ouvrant le duodénum dans sa seconde portion, on constate que la paroi en est occupée par des masses fongueuses de même nature que les tumeurs des pancréas. Quelques-unes pénètrent dans l'orifice de l'ampoule de Vater et viennent faire saillie dans le canal cholédoque qui est presque entièrement oblitéré. En un point des masses cancéreuses du duodénum, on voit sourdre d'un petit orifice une certaine quantité d'un liquide séreux. C'est l'orifice du canal pancréatique considérablement dilaté dans toute son étendue. En suivant les *conduits biliaires* vers le foie, on constate une dilatation considérable du canal cholédoque et des petits conduits biliaires dans l'intérieur de la glande hépatique. Celle-ci, non modifiée dans son volume, a une coloration verdâtre très-prononcée. Le canal cystique est également très-dilaté. Les adhérences péritonéales ne permettent pas de séparer la vésicule biliaire du côlon transverse. En l'incisant, on constate qu'elle communique par une large ouverture avec le côlon transverse. Dans son intérieur est un magma semi-liquide, brunâtre, dans lequel flotte, appendue à la paroi, une membrane grise, noirâtre, qui paraît constituée par la muqueuse gangrénée. Pas de calculs dans la vésicule. — *Aucune autre lésion*, sauf une dégénérescence graisseuse peu marquée des reins, dans leur portion corticale.

L'*examen microscopique*, fait par M. GOMBAULT, a démontré l'existence des tubercules dans les poumons : la tumeur duodénale était un cancer alvéolaire. Quant aux lésions du foie, ce sont celles qu'on observe à la suite de la rétention biliaire : dilatation des canaux biliaires, qui ne semble pas dans ce cas s'étendre jusqu'aux plus fins canalicules ; hypertrophie du tissu conjonctif périlobulaire.

RÉFLEXIONS. Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Notons d'abord la coexistence chez un homme encore jeune, des deux diathèses tuberculeuse et cancéreuse. Malgré les lésions du poumon et du canal intestinal, malgré l'ictère permanent, l'état général est resté assez bon jusqu'aux derniers jours de la vie. Quant à l'existence des calculs biliaires, elle n'est pas démontrée, bien que fort probable en raison des accès de colique hépatique et de la présence, signalée par le

Digitized by Google

malade, de petits corps durs dans ses fécès. Il est permis de croire que les phénomènes se sont enchaînés de la manière suivante : oblitération du canal cholédoque par le cancer du duodénum et du pancréas, rétention de la bile, formation des calculs qui, parvenus dans la vésicule, y ont déterminé une inflammation aiguë ; adhérence, puis communication de la vésicule avec le côlon transverse.

M. LONGUET. Les urines ont-elles été examinées au point de vue de la coloration bleue ? Cette coloration pathologique a été attribuée récemment à des affections du pancréas.

M. DREYFUS. L'examen n'a pas été dirigé dans ce sens ; on a seulement constaté une diminution du chiffre de l'urée.

14. Arthrite sèche du coude. — Hernie scrotale double : rapport anormal de la vessie ; par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

Quand le nommé P..., âgé de 75 ans, est entré à la salle Sainte-Foy (service de M. BOUCHARD, à Bicêtre), il venait de tomber en apoplexie et était dans une résolution complète, dans un coma profond dont aucune excitation ne pouvait le tirer. La face était pâle, les lèvres cyanosées ; on ne remarquait aucune déviation des traits, mais une dilatation pupillaire bilatérale très-prononcée. La respiration stertoreuse présentait des arrêts momentanés pendant lesquels la face devenait turgide. Ces sortes de menaces d'asphyxie revenaient presque toutes les cinq minutes.

On n'observe pas de mouvements convulsifs. Tous les membres sont flasques ; on peut les étendre ou les fléchir sans la moindre difficulté ; sauf le *bras gauche*. Les mouvements du coude de ce côté sont peu étendus : l'extension ne peut se faire complétement, et dans la flexion on ne peut dépasser l'angle droit même avec effort ; dans ces limites les mouvements sont aisés ; la pronation et la supination s'exercent à peu près comme à l'état normal. Il n'y a pas de déformation bien appréciable du coude ; l'épaisseur au niveau du pli articulaire paraît cependant un peu plus considérable que du côté sain. La peau de la région ne présente aucune cicatrice. Toutes les autres articulations paraissent saines.

Le scrotum est distendu par deux hernies du volume du poing environ, la droite un peu plus grosse.

Six heures après son entrée, le malade meurt sans être sorti du coma.

AUTOPSIE. — *Cerveau*. Les circonvolutions paraissent apla-

Digitized by Google

ties sur les deux hémisphères. Les artères de la base sont très athéromateuses. Les quatre ventricules sont distendus par un épanchement sanguin qui paraît avoir eu son origine dans la couche optique gauche dont la partie antérieure est détruite. Les organes splanchniques ne présentent rien de spécial, sauf une congestion considérable des deux poumons et une induration des valvules aortiques avec un peu d'insuffisance.

La *vessie* fortement distendue remonte jusqu'à un peu moins d'un travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Malgré cette distension du réservoir urinaire, le péritoine descend jusque sur le pubis, et en rasant la symphyse avec un scalpel à plat, on touche le fond du cul-de-sal qu'il forme en avant de la vessie. Cette disposition anormale paraît due à ce que le péritoine attiré en bas de chaque côté de la ligne médiane pour former deux sacs herniaires considérables, bridait pour ainsi dire la vessie en avant, et n'a pu se laisser refouler qu'en arrière. Au point de vue de la ponction hypogastrique, il serait intéressant de rechercher si cette disposition exceptionnelle existe fréquemment ou toujours dans les cas de hernies scrotales doubles et volumineuses.

Coude gauche. Les parties fibreuses qui entouraient l'articulation ont paru seulement un peu épaissies. Le liquide qui s'écoule de la cavité articulaire semble être de la synovie normale.

Bien que tous les ligaments aient été coupés, ce ne fut qu'après de longs tâtonnements et un certain effort que je pus parvenir à séparer les surfaces articulaires, ce qui tenait à une disposition spéciale des apophyses de l'extrémité supérieure du cubitus. Tout autour des surfaces articulaires, on trouve des végétations osseuses plus ou moins proéminentes. L'olécrâne déformé et rugueux est fortement recourbé en crochet et se rapproche du sommet de l'apophyse coronoïde qui est assez notablement allongée, de sorte que les deux sommets des deux apophyses du cubitus ne s'éloignent plus que de 11 millimètres, et pincent pour ainsi dire la trochlée humérale sur laquelle le cubitus ne pouvait plus exécuter que des mouvements très-limités. En arrière de la petite cavité sigmoïde du cubitus, on trouve encore une saillie assez considérable dans la direction du ligament annulaire. Sur certains points la surface articulaire est dépourvue de cartilage et comme éburnée; sur d'autres le cartilage est sain.

La demi-circonférence interne de la cupule du radius présente une usure assez considérable qui semble avoir été destinée à compenser en quelque sorte les autres déformations

Digitized by Google

de l'articulation pour permettre aux mouvements de pronation et de supination de continuer à s'effectuer. L'extrémité inférieure de l'humérus présente aussi des déformations, mais moins considérables. On remarque surtout en avant quelques saillies qui comblent en partie la cavité coronoïdienne et s'opposaient encore à la flexion. En dehors, on trouve une surface irrégulière comme rongée, comme s'il y eût eu une perte de substance aux dépens de l'épicondyle (1).

M. Després. Les lésions de l'humérus ne revêtent pas ici le caractère de l'arthrite sèche : l'épicondyle a disparu, et ce fait montre qu'il s'agit d'une fracture ancienne de l'épicondyle autour de laquelle se sont formés des dépôts osseux. On sait en effet que dans les fractures articulaires, et surtout chez les sujets âgés, on voit souvent se développer dans la suite une véritable arthrite sèche.

M. Houel. Je ne puis partager l'opinion de M. Després. Je regarde cette pièce comme un type d'arthrite sèche développée sans fracture antérieure. Elle en offre tous les caractères. La disparition de l'épicondyle n'infirme pas mon opinion : le condyle est en rapport normalement avec le radius qui, dans le cas qui nous occupe, ne jouait plus aucun rôle; dès lors les parties de l'os situées au-dessus de l'articulation immobilisée et l'épicondyle se sont atrophiées.

M. Després. Je ferai remarquer que ni l'épicondyle ni l'épitrochlée ne sont des surfaces articulaires, et que néanmoins l'épitrochlée persiste alors que l'épicondyle a disparu.

15. Fistules cysto-duodénales ; par M. Quenu, interne des hôpitaux.

Le nommé Guill., 71 ans, tailleur, entre le 12 mai 1876, dans le service de M. Després, à l'hôpital Cochin, pour une rétention d'urine. En outre, il tousse, et son habitus est celui d'un vieil emphysémateux. Guill... est gros, sa poitrine est globuleuse. A l'auscultation des poumons, on entend des râles sibilants et sous-crépitants; rien au cœur. La prostate n'est pas grosse, on pénètre facilement dans la vessie avec une sonde de trousse. Le malade a pris froid il y a quelques jours ; il est donc probable que sa rétention d'urine est due à une paralysie de la vessie à frigore et que du même coup une bronchite est venue s'ajouter à un emphysème ancien. On

(1) La pièce est déposée au Musée Dupuytren.

Digitized by Google

ne peut d'ailleurs obtenir aucun renseignement sur les maladies que Guill... a pu faire antérieurement.

Le 13, lendemain de l'entrée à l'hôpital, le malade est pris de dyspnée, les râles se généralisent, et malgré les moyens employés pour combattre la congestion pulmonaire (ventouses sèches, purgatifs, etc.), la mort survient le 15 au matin.

AUTOPSIE le 16. — On trouve les deux poumons congestionnés et emphysémateux. Le droit présente une splénisation de tout un lobe; un morceau du tissu congestionné jeté dans l'eau surnage. Cœur hypertrophié. Valvules saines. Lobes de la prostate peu développés. Sur le bord antérieur du *foie*, au niveau de l'échancrure qui répond à la fossette de la vésicule biliaire, on aperçoit des brides péritonéales qui font adhérer le côlon transverse au foie; on soupçonne par suite une communication du côlon transverse avec la vésicule biliaire, mais en ouvrant l'intestin on voit que cette communication n'existe pas. On ouvre alors le duodénum, et on constate sur la première portion l'existence d'un orifice par lequel sort une matière caséeuse analogue à de la craie délayée. Cet orifice siége au fond d'une sorte de petit entonnoir qui résulte du déplacement qu'ont fait subir à l'intestin les adhérences au bord antérieur du foie. Derrière et au-dessus du duodénum on sent une petite *tumeur* dure et du volume d'un œuf de pigeon. On pénètre dans la *vésicule biliaire* par sa partie supérieure et postérieure en coupant le foie par tranches et on tombe alors sur un calcul unique. La capacité de la vésicule du fiel est bien moindre que sur un sujet sain; elle offre juste de quoi loger le calcul plus un peu de la matière blanche que nous avons vu sourdre à l'orifice duodénale. La muqueuse présente les altérations d'une muqueuse enflammée. Le tissu hépatique au voisinage de la vésicule n'est pas resté étranger à l'inflammation : une cicatrice rayonnée atteste une hépatite interstitielle antérieure.

RÉFLEXIONS. Il s'agit donc ici d'une fistule cysto-duodénale consécutive à une inflammation ulcérative de la vésicule causée par un calcul unique. En examinant la muqueuse duodénale avec plus de soin, on reconnaît l'existence d'un second orifice, et une sonde cannelée qu'on y introduit arrive dans la vésicule biliaire. Il existe donc deux trajets fistuleux. Le canal hépatique et le canal cholédoque sont parfaitement sains et ont gardé leur calibre normal. Nous n'avons pu retrouver les traces du canal cystique. Le calcul trouvé dans la vésicule biliaire a le volume d'un œuf de pigeon environ, sa surface est jaune, grenue et le fait ressembler aux calculs mûriformes de la vessie; son poids est de 11 grammes et, rap-

Digitized by Google

proché du volume, doit nous faire penser qu'il est composé d'une substance légère, de cholestérine.

Nulle trace de cancer dans l'épaisseur du foie; aucun calcul dans l'intestin.

16. Cancer de l'estomac. — Syphilis hépatique. — Tubercules pulmonaires; par M. DUSAUSSAY, interne des hôpitaux.

J.... Antoine, 43 ans, comptable, entre le 28 avril 1876 à l'hôpital Lariboisière (service de M. MILLARD), salle Saint-Vincent, n° 22. L'histoire de J... est assez compliquée; mais ce malade est très-intelligent et donne avec précision tous les renseignements qu'on lui demande. A l'âge de 18 ans, il contracte un chancre infectant suivi bientôt d'éruptions sur le corps; il suit un traitement approprié et reste guéri en apparence pendant sept ans. A 25 ans, nouvelle éruption limitée aux bras et qui cède assez facilement à un traitement institué par M. Puche. En 1864 le malade est pris brusquement de maux de reins, de douleurs en ceinture et de paraplégie; il ne peut plus se tenir debout, mais il remue encore ses jambes dans le lit. Il prend de l'iodure de potassium, et au bout de trois semaines il peut recommencer à marcher. Depuis cette époque il se fatigue plus facilement qu'auparavant. A la fin de 1864, pleurésie gauche.

En 1866, J.... est pris d'étourdissements, sans perte de connaissance et sans paralysie; il constate en même temps la présence dans le cuir chevelu d'un certain nombre de petites tumeurs indolentes qui finirent par s'ouvrir spontanément et donnèrent issue à une matière jaunâtre et filante. Ces tumeurs ont laissé dans le cuir chevelu des cicatrices multiples très-nettes, et l'on constate facilement qu'une partie de la lame superficielle du pariétal droit s'est exfoliée. A ce niveau, on sent une dépression manifeste avec adhérence des téguments convertis en tissu cicatriciel.

A la fin de 1868, et à deux reprises différentes, le malade est pris d'étourdissements dans la rue et tombe, mais sans perdre connaissance et sans présenter de mouvements convulsifs. (Vésicatoire à la nuque et iodure de potassium).

Le 15 février 1869, J... entre à l'hôpital Dubois et est soigné pendant 2 mois et demi par M. Jaccoud pour des étourdissements et une céphalalgie persistante.

En 1871, malgré de grandes privations pendant la guerre, le malade avait repris complétement. Mais en février 1872 il entre dans le service de M. Siredey pour une faiblesse croissante sans phénomènes particuliers. Pendant deux mois et demi, on lui fait prendre de l'iodure de potassium et il sort amélioré.

Digitized by Google

Le jour même de sa sortie, il crache le sang à pleine bouche pendant 48 heures. J... avait déjà eu une hémoptysie en 1856, et s'enrhumait très-facilement depuis sa pleurésie. La toux et la faiblesse allant croissant, il est obligé d'entrer en mai 1872 à la maison de Santé (service de M. Besnier) avec de l'enflure des jambes et un purpura généralisé.

A partir de ce moment, l'état du malade s'est aggravé de plus en plus. J... a perdu ses forces, a maigri ; la toux est devenue continuelle, l'oppression très-grande. Des hémoptysies fréquentes se sont produites pendant tout l'été dernier. Enfin, trois semaines avant l'entrée à Lariboisière le ventre à commencé à enfler.

État actuel. Le malade est *pâle*, tellement faible qu'il se tient difficilement sur ses jambes. L'amaigrissement considérable de la partie supérieure du corps forme un contraste frappant avec le développement du ventre et l'œdème des membres inférieurs. Du côté de la poitrine on trouve : aux deux sommets en arrière de la matité et de la respiration soufflante ; au sommet gauche seulement de gros râles, presque du gargouillement. Rien aux bases.

Le ventre est très-développé ; il contient une grande quantité de liquide qui se déplace facilement. Le palper ne révèle l'existence d'aucune tumeur, d'aucune plaque, et l'abondance de l'ascite ne permet pas de se rendre compte du volume du foie. — Depuis quelque temps les digestions sont pénibles ; mais le malade n'a jamais vomi, n'a pas de renvois acides ni de douleurs épigastriques. Il est constipé et urine très-peu. Œdème notable des membres inférieurs.

Au niveau du cartilage de la 7e côte gauche, on trouve une tumeur, du volume d'une amande, mobile, un peu douloureuse, qui paraît située dans le tissu cellulaire sous-cutané. — Iodure de potassium, 1 gramme.

2 *mai.* L'état général est plus mauvais ; l'oppression augmente, le ventre est plus tendu, les digestions plus difficiles. Un peu de matité et d'obscurité de la respiration à la base gauche en arrière. Mêmes signes aux sommets. Iodure de potassium 1 gr. 50. Vin diurétique.

5 *mai.* Même état, plutôt plus grave. Oppression extrême. Urines toujours rares. On ponctionne l'abdomen et on retire 7,200 grammes d'une sérosité qui laisse déposer des flocons fibrino-albumineux sanguinolents. Cette paracenthèse permet de constater les détails suivants. Le foie déborde les fausses côtes de 3 à 4 travers de doigt. Il est dur, un peu inégal, douloureux à la pression. Immédiatement au-dessous du foie, sur la ligne médiane un peu au-dessus de l'ombilic on sent une

Digitized by Google

autre tumeur, indépendante du foie, irrégulière, dure et très-douloureuse.

9 *mai*. Le malade a été très-soulagé par la ponction. Mais aujourd'hui le liquide est en grande partie reproduit, l'oppression est aussi marquée qu'avant ; le malade ne peut pas rester couché.

11 *mai*. On constate la formation, au niveau de l'angle postérieur de la 11e côte gauche, d'une petite tumeur analogue à celle que nous avons décrite au niveau de la 7e. Les jours suivants, tous les symptômes s'aggravent de plus en plus, l'oppression est extrême, l'appétit disparaît complétement et le malade meurt le 14.

AUTOPSIE le 16 mai. — La cavité péritonéale contient 5 à 6 litres de sérosité transparente. On trouve un semis de petits marrons cancéreux disséminés sur la face postérieure de la paroi abdominale, sur le mésentère, sur le péritoine viscéral, sur le *diaphragme*. Celui-ci est envahi dans toute son épaisseur et le cancer fait saillie dans la plèvre gauche qui contient une certaine quantité de liquide rougeâtre. Ces noyaux cancéreux varient depuis le volume d'une lentille jusqu'à celui d'une grosse noix. Au niveau de la partie gauche du diaphragme, ils forment une masse volumineuse, bourgeonnante.

En ouvrant le *tube digestif*, on constate au niveau de la petite courbure de l'estomac une grosse masse cancéreuse, irrégulière, non ulcérée qui occupe toute cette région. Le cardia et le pylore sont sains. Rien non plus dans le reste du tube digestif.

Foie. Cet organe est hypertrophié surtout dans le sens vertical ; le lobe gauche a disparu. Comme aspect, c'est exactement la cirrhose à gros lobes telle que Frerichs la décrit dans son chapitre consacré au foie syphilitique.

Cœur sain ainsi que le péricarde. — Les altérations des plèvres ont été décrites plus haut.

Quant aux *poumons*, voici ce qu'on trouve. Le *poumon* droit est sain. Le gauche présente au sommet une petite caverne en partie cicatrisée et contenant en un point un gros dépôt crétacé. Autour de la caverne quelques tubercules non ramollis, quelques autres crétacés.

Quelques petites masses cancéreuses à la partie inférieure du bord antérieur de ce poumon.

Les deux petites tumeurs sous-cutanées étaient situées en partie dans les muscles. Elles étaient formées d'éléments carcinomateux.

Examen microscopique fait par M. RENDU. — Le *foie* présente les caractères suivants :

Les lobules, soit isolément, soit par groupes de lobules,

Digitized by Google

sont entourés d'une travée de tissu conjonctif considérablement augmentée de volume et d'épaisseur : ces travées interstitielles sont constituées comme du tissu fibreux, sans interposition d'éléments cellulaires ni de noyaux en quantité appréciable.

Sur quelques lobules, on voit partir de ces travées des prolongements qui occupent la périphérie du lobule et sont constitués par des éléments nucléaires très-fins et des cellules embryonnaires englobées dans une masse fondamentale à peu près amorphe ou vaguement fibrillaire. Cette substance s'infiltre au travers des cellules du foie, les dissocie et les écarte, sans pourtant que les cellules hépatiques soient très-altérées.

Cette lésion se voit par points sous forme de petites masses circonscrites : ailleurs, il y a une infiltration diffuse du tissu néoplasique, sans qu'il y ait prédominance bien marquée pour la périphérie des lobules, comme dans la cirrhose alcoolique, ni pour le centre du lobule, comme dans le foie muscade des cardiaques. Cette apparence d'hépatite interstitielle est celle que l'on observe ordinairement dans le foie syphilitique.

Quant à l'*estomac*, les lésions qu'on y rencontre sont de tout autre nature. Il s'agit d'un carcinôme ayant débuté dans le tissu muqueux ou sous-muqueux, et ayant consécutivement infiltré les autres tuniques de l'estomac. On observe une augmentation considérable du tissu fibreux aux points indurés et homogènes : là, on constate de distance en distance la présence d'îlots de cellules volumineuses; c'est le premier degré de la lésion. En se rapprochant des parties altérées, le tissu diminue de consistance, et se montre sous l'aspect du carcinôme classique; larges alvéoles remplis de cellules plus ou moins irrégulières formant un réseau délicat; cellules volumineuses, la plupart fusiformes, quelques-unes ressemblant à de l'épithélium cylindrique.

Il est impossible de rattacher cette apparence à une lésion syphilitique.

17. Péritonite chronique et épanchement purulent dans la cavité abdominale ayant perforé le diaphragme et décollé la plèvre pariétale droite, et reconnaissant pour cause la perforation du cœcum par une arête de poisson ; par M. Cossy, interne des hôpitaux.

Bourr... J.-B., 32 ans, garçon de café, entré le 3 avril à la Charité, salle Saint-Ferdinand, n° 2. (Service de M. Bernutz.)

Le malade se plaignait depuis quelque temps, avant son entrée à l'hôpital, de malaises et de douleurs abdominales. Il y

Digitized by Google

a 4 jours, coliques très-violentes, sans vomissements, mais suivies d'une diarrhée abondante. Il y a 3 jours, grand frisson avec claquement de dents, point *douloureux dans la région lombaire droite.* La veille de son entrée, épistaxis. Le malade, lors de son entrée, présente une oppression considérable et des crachats de sang pur, mêlés à des crachats blancs, mais pas d'expectoration franchement pneumonique. Matité au niveau des deux tiers inférieurs du poumon droit, en arrière et dans l'aisselle. Quelques râles sans signification. La diarrhée existe toujours ainsi que la sensibilité à la pression de la moitié droite de l'abdomen, mais les douleurs spontanées qu'il ressentait en cet endroit ont disparu. Aussi l'attention est-elle portée plutôt du côté du thorax. Teint jaunâtre. T. Ax : 40°,9.

4 *avril, matin.* Râles plus nombreux ; sauf cela, mêmes signes qu'hier. T. 40°,4. 12 ventouses scarifiées sur la moitié droite et postérieure du thorax. Sirop d'opium. — *Soir* : Au niveau de la matité déjà indiquée : souffle tubaire doux, *lointain, avec égophonie.* En avant, son clair sous la clavicule. Crachats blancs. Diarrhée. Prostation. T. 40°.

5 *avril.* T. matin, 39° ; soir, 39°,9. Matité et souffle. Crachats sanglants, mais non pneumoniques. On diagnostique : *épanchement pleurétique* ou *peut-être pleuropneumonie.*

6 *avril.* T. m. 39°,2 ; s. 39°,6. Souffle tubaire très-évident, possédant plutôt les caractères du souffle pneumonique que ceux du souffle pleurétique.

Bronchophonie qui a remplacé l'égophonie. Crachats visqueux, avec des filets de sang. *Vésicatoire.* — Les jours suivants même signes, la température est environ à 39° le matin, 40° le soir. La diarrhée et les douleurs abdominales ont disparu.

10 *avril.* Potion avec tartre stibié, 0,25. Le malade n'a ni vomissements, ni garde-robes.

28 *avril.* Même état : T. 39° le matin, 40° le soir. Matité, un peu de souffle avec bronchophonie en certains points ; égophonie en d'autres. Râles nombreux à la base du poumon gauche. Le malade est beaucoup plus affaissé que ne l'indiqueraient les signes locaux. Peau jaunâtre, teint cachectique, sueurs abondantes. Oppression très-marquée. Crachats blancs. Constipation.

19 *avril.* Matin, 38°,7 ; soir, 39°,8. Mêmes signes à droite. A la moitié inférieure du poumon gauche en arrière, souffle tubaire très-évident avec bronchophonie et râles sous-crépitants. Y a-t-il simple congestion au poumon gauche ou pneumonie double ? Le soir on ne retrouve ni le souffle ni la bronchophonie du côté gauche.

20 *avril.* — M. 38°,7 ; S. 39°,8. Poumon droit : mêmes signes,

Digitized by Google

souffle tubaire très-fort, bronchophonie et râles assez gros à l'inspiration seulement. Poumon gauche : souffle tubaire évident avec bronchophonie et quelques râles à l'inspiration.

On diagnostique : *pneumonie double*, mais pneumonie anormale en l'absence d'expectoration caractéristique. Affaissement. Oppression. Constipation.

24 *avril.* — Poumon gauche : le souffle a disparu ; râles sous-crépitants nombreux. A droite : mêmes signes que précédemment. — Quelques filets de sang dans les crachats. — La température oscille toujours entre 39° et 40°.

26 *avril.* Souffle tubaire des deux côtés. Grande faiblesse. Langue sèche. — Depuis quelques jours, on a vu se produire vers la partie inférieure latérale et droite de la poitrine, au niveau du vésicatoire, de l'œdème de la paroi thoracique mais sans fluctuation.

28 *avril.* L'œdème thoracique est plus prononcé et plus étendu ; vers le centre de la partie œdématiée existe une assez vaste ulcération de la peau. De plus, on observe à ce niveau une dilatation partielle très-évidente de la cage thoracique : la percussion y donne, au lieu d'un son mat, une sonorité exagérée avec timbre amphorique, métallique. A l'auscultation, pas de tintement métallique, mais respiration amphorique, et surtout voix et toux amphoriques, enfin bruit d'airain très-net.

Il existe évidemment ici un pneumothorax partiel ; de quelle cause ? probablement il y a eu perforation de la plèvre par un abcès du poumon. — A la partie moyenne du poumon droit : souffle tubaire très-fort et matité. — Poumon gauche : pas de souffle.

Même état général que précédemment, grande faiblesse ; oppression plus marquée aujourd'hui, mais le malade n'a ressenti ces jours derniers ni sensation de déchirures, ni violente douleur dans la poitrine. Il n'a eu aucune expectoration purulente. Quelques crachats blancs. T. M. 39°,2 ; S. 40°,1.

29. Mêmes signes. Crachats plus abondants que de coutume, les uns jaunes, purulents, les autres sanguins.

30. M. 37°,4. ; S. 39°,3. Ce matin les signes du pneumothorax ont complétement disparu et sont remplacés par du *souffle tubaire* et de la broncho-égophonie.

1^er^ *mai.* M. 38°,9 ; S. 39°,6. Poumon droit : souffle tubaire avec broncho-égophonie. Pas de signes de pneumothorax. En avant, diminution du murmure vésiculaire avec quelques râles. Crachats en partie purulents, en partie rouge-brunâtres. L'œdème thoracique est considérable, pas de fluctuation ; nous faisons à ce niveau une ponction thoracique : il s'écoule par la canule quelques gouttes de sang noirâtre et des gaz d'une odeur très-fétide, mais pas de pus. — Le soir les signes du

Digitized by Google

pneumothorax ont réapparu. Oppression, grande faiblesse.

2 *mai*. Les signes du pneumothorax existent comme hier — mais le soir ils ont disparu de nouveau et sont remplacés par du souffle tubaire avec broncho-égophonie. Langue très-sèche. Les jours suivants mêmes signes. L'état général devient de plus en plus mauvais, la langue de plus en plus sèche. La température oscille entre 37°,8 et 39°.— Le 5 mai, mort dans la nuit.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. Le 7 mai, 36 heures après la mort. — *Abdomen*: L'ouverture de la cavité abdominale donne lieu à un dégagement de gaz infect. Du côté droit, le péritoine est noirâtre et d'un aspect gangréneux, ainsi que l'intestin dont les anses présentent entre elles de nombreuses adhérences. Entre les anses intestinales revêtues de fausses membranes noirâtres ainsi que le rein droit et la face inférieure du foie, on trouve du pus en abondance. Dans la région iléo-cœcale, on constate un petit épanchement de matières stercorales et au niveau du cœcum on découvre une *perforation* à travers laquelle passe une arête de poisson. Cette arête présente une extrémité effilée, pointue et une autre extrémité volumineuse, en forme de tête, qui était contenue dans la cavité du cœcum, tandis que la pointe faisait saillie au dehors. — On remarque, de plus, au niveau du duodénum, une deuxième *perforation* très-vaste et paraissant s'être produite de dehors en dedans ; en effet, l'intestin grêle présente en trois ou quatre autres points des ulcérations revêtues de fausses membranes noirâtres au niveau de sa surface externe, la surface interne de l'intestin étant en cet endroit parfaitement saine. Cette tendance à la perforation de l'intestin de dehors en dedans paraît être due à la macération de cet organe dans le pus qui baigne tous les viscères de la moitié droite de l'abdomen. — La surface interne de l'intestin grêle et du gros intestin, si ce n'est au niveau des perforations signalées, est saine partout; pas traces de tubercules ni d'ulcérations tuberculeuses. Le *rein droit* est comme perdu au milieu du pus et des fausses membranes noirâtres très-épaisses qui l'entourent. Il est petit, très-anémié, mais sa structure paraît normale.

Plus haut le foyer purulent est en contact avec le *foie*, dont une partie forme la limite du foyer et présente une teinte gris-noirâtre.

Au-dessus du foie, le pus a perforé le diaphragme. Ce muscle présente en effet à droite, dans sa partie périphérique, une large ouverture, à travers laquelle le pus a pénétré dans le thorax. Au-dessus du diaphragme on trouve la plèvre pariétale droite décollée dans une assez grande étendue par le pus qui s'est réuni en un foyer ayant pour paroi antérieure

Digitized by Google

la plèvre pariétale, et pour paroi postérieure les côtes et les muscles intercostaux. Ce foyer purulent, qui s'étend jusqu'au niveau du tiers supérieur du poumon, simule au premier abord un abcès du poumon ou une pleurésie purulente. La cavité pleurale droite ne contient pas de liquide. Pas d'adhérences entre les deux feuillets de la plèvre.

Poumon droit. Très-congestionné et œdématié, surtout à la base, mais pas trace de pneumonie ni de tubercules. — *Plèvre gauche* normale ; ni liquide, ni adhérences. — *Poumon gauche.* Vive congestion, pas de pneumonie, pas de tubercules. — *Cœur et péricarde* sains. — *Rate* et *rein gauche* normaux. — *Foie* de volume normal, graisseux. — *Bassin.* Le pus a fusé aussi dans cette cavité et remplit le cul-de-sac vésico-rectal. — *Vessie* et *organes génitaux* sains.

Les fibres des muscles *psoas* et *carré lombaire* droits sont très-ramollies et en voie de destruction sous l'influence du contact du pus. — *Encéphale* sain.

Réflexions. — La cause du foyer purulent abdominal et thoracique qui a amené la mort est évidemment la perforation du cœcum par l'arête de poisson. Cela est d'autant plus certain que quelques jours après la mort du malade, il nous a été raconté qu'environ six semaines avant son entrée à l'hôpital il avait avalé en déjeunant une arête de merlan, et qu'à la fin du repas il avait ressenti une douleur excessivement forte dans le ventre. Nous ferons remarquer dans cette observation : 1° l'absence presque complète de symptômes abdominaux pendant le mois que le malade a passé à l'hôpital, malgré la grande étendue du foyer purulent dans l'abdomen ; — 2° la situation particulière du foyer dans la cavité thoracique, ainsi que les signes de pleuro-pneumonie et de pneumo-thorax auxquels il a donné lieu ; — 3° la production du pneumo-thorax par des gaz provenant de l'intestin ; — l'apparition du souffle tubaire très-fort et de la bronchophonie, phénomènes dus à une simple congestion pulmonaire, et observés non-seulement dans le poumon droit, qui était comprimé par le pus, mais même dans le poumon gauche.

M. Cossy fait voir l'*arête de poisson* dont la piqûre amena la perforation du colon ascendant et la formation de ce pneumo-thorax singulier par épanchement de gaz intestinaux et de pus entre la plèvre pariétale décollée et la paroi thoracique.

M. Cartaz rappelle que M. Budin a présenté il y a quelque temps un fait de kyste hydatique du foie qui avait donné lieu à des phénomènes analogues.

Digitized by Google

18. Fracture du crâne avec contusion du cerveau et issue de matière cérébrale; par M. O. HERPIN, interne des hôpitaux.

Tau..., Aug., 63 ans, journalier, entre à la Charité le 8 mai salle Sainte-Vierge, n° 25 (service de M. GOSSELIN). Voici ce que nous ont appris les renseignements recueillis sur l'accident dont cet homme a été victime : Il travaillait dans un atelier de reliure. Une pile de livres, pressée à faux ou trop fortement par une presse hydraulique, fut renversée sur lui. Il tomba sur une barre de fer coudée et se fit sur l'angle de cette barre la blessure dont nous allons parler. Cette chute n'occasionna pas de perte de connaissance, si bien que le malade put aller à pied se faire panser chez un pharmacien. C'est presque de force qu'on le fit monter dans une voiture pour venir à la Charité.

A l'entrée, l'interne de garde constate à la région temporale, immédiatement au-dessus de l'arcade zygomatique, une plaie transversale de trois centimètres d'étendue. Depuis l'accident, le malade a perdu beaucoup de sang, l'hémorrhagie continue et il est nécessaire de pratiquer un tamponnement avec de l'amadou. Deux fois, on doit resserrer le pansement et ajouter de l'amadou pour arrêter l'écoulement sanguin qui tend à se reproduire. Du reste, c'est à une hémorrhagie en nappe que l'on a affaire, ou tout au plus à une artère de tout petit calibre, soit une des branches de la temporale superficielle, soit une des temporales profondes.

A la visite du 9 au matin, il n'y a aucune raison de croire à une lésion osseuse ou cérébrale. Le malade a toute sa raison et explique autant qu'il le peut la façon dont il a été blessé. S'il est un peu absorbé, somnolent, d'une grande pâleur, on attribue ce fait à l'abondance de l'hémorrhagie qui s'est reproduite à plusieurs reprises dans le courant de la journée du 8. Pas trace de fièvre. Le malade ne se plaint de rien. Rien non plus du côté, soit de la sensibilité, soit de la motilité, soit des différents sens. Pas de paralysies. M. GOSSELIN se contente de remplacer la bande qui maintient la compression et ne défait pas complétement le pansement dans la crainte de voir se renouveler l'hémorrhagie. Rien de particulier le 9 ni le 10, si ce n'est un peu de somnolence. Ni fièvre ni agitation.

C'est dans la nuit du 10 au 11, à 2 heures du matin, qu'éclatent brusquement les accidents cérébraux. Le malade est pris d'une violente agitation avec délire. A la visite du 11, la première idée de M. Gosselin est de songer à un délire alcoolique. On a été obligé de maintenir le patient avec des draps

Digitized by Google

en écharpe. Le pansement est défait pour la première fois, et au-dessous il y a de la *substance cérébrale*. La présence de tubes nerveux est prouvée par l'examen microscopique. Dans la plaie, en même temps que cette substance blanchâtre, on observe un liquide auquel se transmettent nettement les mouvements en totalité de la masse encéphalique et les battements de ses artères. La grande agitation dont nous avons déjà parlé ne s'est accompagnée ni de paralysie d'aucune partie du corps, ni de symptômes du côté des organes des sens, et des yeux en particulier, ni d'hyperesthésie manifeste. Le pouls est accéléré ; la température est élevée. Le diagnostic de méningo-encéphalite consécutive, à une fracture du crâne, est évident. Vers le milieu de la journée, le délire et l'agitation sont remplacés par le coma, et le malade meurt dans la soirée.

AUTOPSIE faite 36 heures après la mort. Le crâne étant scié avec précaution, on constate les lésions de la méningite aigüe, surtout à la base, et dans les parties correspondant à la lésion cutanée. L'arachnoïde est vascularisée, ainsi que la pie-mère, mais des fausses membranes n'ont pas encore eu le temps de se former. Dans la *cavité arachnoïdienne,* au niveau du lobe gauche du cervelet, est un épanchement de sang dû probablement au décubitus dorsal du malade et du cadavre.

Au niveau de la face inférieure du *lobe sphénoïdal du cerveau* existe une contusion au troisième degré d'une étendue assez considérable. En avant, la contusion commence à un centimètre du sommet du lobe, et occupe un espace de cinq centimètres d'avant en arrière. Elle longe le bord externe de ce lobe dans une étendue semblable ; et correspond à la circonvolution externe et à la circonvolution moyenne de cette région.

Le diamètre transversal est ainsi de trois centimètres à peu près. En profondeur, elle ne dépasse pas l'épaisseur des circonvolutions dont nous parlons. A la partie la plus antérieure du foyer de contusion est un caillot de la dimension d'une fève. Cette contusion correspond à une *fracture esquilleuse* de quatre centimètres de longueur, sur trois de hauteur, atteignant la portion écailleuse du temporal au-dessus de l'arcade zygomatique, et une partie de la grande aile du sphénoïde.

RÉFLEXIONS. L'observation qui précède nous a paru intéressante pour deux raisons : 1° Jusqu'au jour de la mort, le malade n'a présenté aucun signe de quelque sorte que ce soit qui pût faire songer à une fracture du crâne, et surtout à une contusion cérébrale (il n'y a jamais eu de contracture); 2° elle montre encore une fois que la destruction des circonvolutions

Digitized by Google

que nous avons mentionnées ne produit pas de phénomènes appréciables sur le vivant.

www.libtool.com.cn

M. CHARCOT. L'existence de contractures est souvent donnée par les chirurgiens comme dénotant la contusion du cerveau. Il y a ici une contusion étendue et profonde du cerveau, et ce phénomène a manqué.

M. DESPRÉS. Il pourrait y avoir eu au début quelques phénomènes passagers qui ont échappé.

M. CHARCOT. Je ne crois pas qu'il en ait existé dans le cas qu'on nous présente : il faudrait pour cela que le point touché fût en rapport avec des centres moteurs : or dans la région blessée, il n'en a pas été décrit. Ce fait est donc, par ses caractères négatifs, très-probant en faveur de la doctrine de la localisation.

19. Fracture de la base du crâne; par Q. HERPIN, interne des hôpitaux.

Grand... Aug... 20 ans, garçon plombier, entre le 6 mai 1876, à 10 h. du matin, à la Charité, salle Sainte-Vierge, n° 25, (service de M. GOSSELIN).

Cet homme a voulu monter dans un ascenseur hydraulique dont il ne connaissait pas la manœuvre. Au premier étage de la maison, il avance imprudemment la tête, et se heurte l'occiput avec violence. La tête restant pendante, et l'ascenceur continuant sa course le même choc se reproduisit à chaque étage. Pour dégager ce malheureux il fallut faire descendre l'ascenseur et un choc de haut en bas, sur le frontal remplaçait à la descente au niveau de chaque étage, le choc de bas en haut de la montée.

Le blessé est dans un état d'agitation extrême. Il se plaint et se débat. Plusieurs personnes sont nécessaires pour le maintenir dans son lit. La connaissance est tout-à-fait perdue. Le cuir chevelu est détaché dans ses deux tiers postérieurs, suivant une ligne courbe qui a pour centre la bosse occipitale externe. Il se rabat sur le visage dans les mouvements de la tête. Une notable quantité de sang s'écoule, on doit même lier une petite artère. Quelques points de suture maintiennent en place cet immense lambeau. Il s'écoule par le nez un liquide séro-sanguinolent qui confirme le diagnostic de fracture de la base du crâne. On ne constate pas de fracture de la voûte. La face est véritablement écrasée, sans fracture pourtant du maxillaire inférieur. — Mort à 1 heure de l'après-midi.

Digitized by Google

Autopsie, 24 heures après la mort. Les méninges sont congestionnées. Il y a au-dessous de la dure-mère tapissant la fosse cérébelleuse gauche de l'occipital un épanchement de sang que l'on peut évaluer à deux cuillerées environ. Pas de contusion du cerveau. La base du crâne est le siége d'une fracture d'arrière en avant ainsi disposée : Elle part de deux centimètres au-dessus de la bosse occipitale interne, n'atteignant d'abord que la table interne de l'os. Au-dessous de la bosse occipitale, elle en occupe toute l'épaisseur à droite de la ligne médiane. Elle suit le côté droit du trou occipital, de la gouttière basilaire, de la selle turcique, du corps du sphénoïde à sa jonction avec la petite aile, le bord droit aussi de la lame criblée de l'ethmoïde, et ne s'arrête qu'au trou borgne. — Rien à la voûte. — Les os de la face sont presque tous brisés, sauf le maxillaire inférieur. Mais ces dernières fractures ne présentent rien de particulier.

M. Petit. J'ai eu l'occasion de voir dans le service de M. Richet une fracture de la base du crâne semblable à celle-ci. Mais elle était consécutive à une chute sur le côté.

20. Hépatite suppurée ; par MM. Poignè et Poirè, élèves du service.

Cosson, 33 ans, clerc d'huissier, entre à l'Hôtel-Dieu (service de M. Béhier) le 23 avril 1876. Il donne les renseignements suivants :

Sa mère est morte à 59 ans d'une affection probablement pulmonaire ; son père est âgé de 72 ans et bien portant. Il n'a qu'un frère, d'une robuste santé. Le malade a les meilleurs antécédents : il n'a *jamais* fait aucune maladie ; point de fièvres intermittentes ; point de syphilis. Sa vie a toujours été sage et réglée, sa nourriture convenable. Il porte sur le côté droit de la poitrine, immédiatement au-dessus du foie, les traces d'un vésicatoire qui lui fut appliqué il y a environ deux mois pour une affection pulmonaire dont la durée fut d'une douzaine de jours, et qui réunit, dans le récit qu'en fait le malade, tous les signes d'une pneumonie (point de côté, fièvre, dyspnée, crachats rouillés).

Il y a 18 jours, il fut pris subitement, après un dîner ordinaire, de coliques violentes qui occupaient tout le ventre et furent immédiatement suivies de diarrhée. Ces coliques ont duré huit jours environ : tolérables pendant le jour, elles devenaient insupportables pendant la nuit et s'accompagnaient de selles abondantes (sept à huit dans le courant de chaque

Digitized by Google

nuit). Ces selles étaient séreuses, d'une couleur jaune d'œuf, mélangées quelquefois de quelques points noirâtres; il y a cherché du sang et n'en a pas trouvé. Aucun symptôme n'a précédé ces coliques; le malade avait toujours eu de bonnes digestions, jamais de pesanteurs ni de maux d'estomac, jamais de vomissements. Huit jours après, les coliques ayant un peu diminué, le malade partit de Bordeaux pour venir à Paris. Pendant le voyage, la diarrhée le reprit, sa faiblesse devint extrême, et c'est alors seulement qu'il s'aperçut d'un léger gonflement vers l'hypochondre gauche. — Arrivé à Paris, il entre immédiatement à l'hôpital.

Etat actuel. Le 25 avril. — Le malade, très-amaigri, pâle, un peu anémique, présente sur tout le corps une *très-légère* teinte sub-ictérique. La langue humide et large est recouverte d'un enduit blanchâtre assez épais, surtout au centre. L'appétit est nul. Il n'a plus de coliques, mais il se plaint d'une douleur sourde et constante, qu'il localise bien à l'hypochondre gauche; par moment cette douleur occupe l'épigastre, et le malade est pris alors d'accès de suffocation de peu de durée (une ou deux minutes), mais qui reviennent au moindre mouvement qu'il fait dans son lit. Quand il se couche sur le dos la suffocation ne tarde pas à venir, aussi se couche-t-il tour à tour et indifféremment sur chaque côté. Le ventre est météorisé dans toute son étendue; pas d'ascite. L'hypochondre gauche est fortement soulevé et fait une vaste saillie à limites diffuses, qui a son maximum d'élévation sur le rebord des fausses côtes, et se termine dans le flanc gauche et vers l'ombilic. — On remarque à l'épigastre un bouquet de veinules dilatées. — La percussion du *foie* est indolore à droite et ne révèle aucune modification dans le volume de l'organe. — A gauche, la matité du lobe gauche descend à trois travers de doigt au-dessous du rebord des fausses côtes; à cet endroit, la palpation limite très-exactement une tumeur dure qui occupe tout l'hypochondre gauche, déborde les fausses côtes de trois travers de doigt en descendant vers l'ombilic. — Là elle finit par un bord net et remonte vers la région épigastrique où elle se termine en se confondant avec le reste de l'organe, auquel elle est manifestement fixée et dont elle partage les mouvements. Point de fièvre au moment de l'examen. Rien dans la poitrine; rien au cœur. Depuis l'entrée la diarrhée a cessé. — Etat général assez bon.

26 *avril.* — Aujourd'hui, l'état général du malade s'est aggravé. Il a eu pendant la journée d'hier plusieurs petits accès de fièvre, qui se sont répétés pendant la nuit et ont été suivis de sueurs abondantes (cinq chemises mouillées). Il n'a pris absolument aucune espèce de nourriture; aussi la faiblesse

Digitized by Google

est devenue extrême. Au moment de la visite, la température est à 37° et le pouls à 100. Le malade urine souvent, mais peu à la fois; les urines sont très-rouges et laissent déposer un précipité abondant d'un beau rouge violacé. Pas de douleurs de tête, point d'épistaxis.

État local. — Il est beaucoup modifié, la tumeur reconnue et limitée la veille existe toujours, mais il s'y est joint un œdème très-prononcé de la peau qui la recouvre. Cette peau est blanche, lisse, et donne à la main qui la palpe une sorte de crépitation emphysémateuse; les dilatations veineuses que nous signalions hier ont aussi augmenté. M. Richet, appelé à donner son avis, reconnaît la tumeur et pense que le foie est le siége d'une suppuration qui tend à se faire jour vers la peau : il propose d'aller au-devant en ouvrant un chemin par une application de pâte de Vienne; son conseil est suivi. Le soir du même jour la température est de 39°.

27 *avril* — 2 *mai.* — Point de modification dans l'état local les jours suivants; l'état général va s'aggravant, en ce sens que la faiblesse augmente toujours; le malade peut à peine se remuer dans son lit. Il a de temps à autre quelques petits accès de fièvre, peu marqués, sans frisson; il dort généralement bien; les sueurs continuent et l'appétit est toujours absolument nul. Le météorisme du ventre a un peu diminué, mais l'épanchement ascitique qui était à peine sensible les premiers jours est devenu très-appréciable. La diarrhée, qui avait complétement cessé, tend à reparaître : depuis trois jours en effet, il a eu chaque jour deux garde-robes; celles d'hier étaient surtout liquides, jaunâtres et striées de quelques filets de sang.

On a fendu et disséqué l'eschare produite par la pâte de Vienne et appliqué dans la solution de continuité ainsi produite une couche de pâte au chlorure de zinc, puis une autre après avoir enlevé l'eschare produite par la première. Nous sommes aujourd'hui dans le tissu cellulaire graisseux sous-cutané, sur la ligne blanche, et on fait une nouvelle application.

3 *mai.* — Pendant la journée d'hier le malade a rendu subitement et presque coup sur coup six selles abondantes et entièrement composées de sang; facilement reconnaissable, ce sang est d'un rouge un peu noir et en partie coagulé en gros caillots noirâtres. En même temps il s'est produit du côté de la tumeur un changement notable; l'œdème de la peau a considérablement diminué; sa surface, de lisse qu'elle était, est devenue plissée; la tumeur existe toujours et ne s'est en rien modifiée; elle est seulement plus facile à limiter. Le malade s'est affaibli considérablement. Il n'a pas de fièvre,

Digitized by Google

plus de sueurs, et ne se plaint absolument que de son extrême faiblesse. M. Richet, appelé de nouveau pour constater ces modifications, est d'avis qu'en raison de l'état général grave, et de la fuite de la tumeur, qui semble maintenant s'éloigner de la peau, il faut cesser de marcher vers elle.

On cesse donc de mettre de la pâte au chlorure de zinc et on applique des cataplasmes sur l'ulcération qu'elle avait produite.

4 *mai*. Le malade a rendu hier 17 selles, toutes composées de sang et d'un liquide séreux. Aujourd'hui, il est impossible de les compter ; elles sont toujours sanguinolentes, mais renferment davantage de sérosité. A aucun moment, il ne nous a été donné, malgré l'examen le plus minutieux, d'y voir la moindre trace de pus.

5 *mai*. Depuis hier, les selles ne contiennent plus trace de sang, elles sont purement séreuses et continuelles. Il nous semble que le ventre a un peu diminué, mais la tumeur est toujours là. L'examen est rendu d'ailleurs très-difficile par la gravité de l'état général et la faiblesse.

Le malade ne souffre toujours pas. La chaleur du corps est normale ; le pouls petit, filiforme, mais nullement fébrile.

Dans la journée, les évacuations redoublent, le malade commence vers midi à n'en avoir plus conscience : vers 3 heures de l'après-midi, il est pris d'un subdelirium léger ; il meurt enfin à 4 heures, sans autres troubles généraux.

AUTOPSIE. — *Cavité thoracique*. Pas de liquide dans la plèvre. Les *poumons* sont emphysémateux et légèrement œdématiés. Le *cœur* est petit, il pèse 200 grammes, ses fibres musculaires sont pâles. Pas d'altérations des valvules.

Cavité abdominale. Il y a environ trois litres d'un liquide clair, citrin, dans le péritoine. L'eschare produite par la pâte de Vienne et la pâte au chlorure de zinc au-dessous de l'appendice xiphoïde, n'ayant pas atteint la couche profonde de la paroi abdominale, il n'existe en ce point aucune trace d'adhérences entre le foie et cette paroi. Vers le ligament falciforme et sur la portion antérieure et supérieure du lobe gauche, il existe entre le foie et le diaphragme des adhérences anciennes et très-résistantes. — Le *foie* volumineux pèse 3 kil. 700. Tout d'abord on reconnaît sur sa face convexe deux saillies fluctuantes, situées l'une à la partie inférieure du lobe droit, l'autre occupant presque tout le lobe gauche. A la coupe, il s'échappe de ces tumeurs environ 1500 gram. d'un pus épais, blanc, jaunâtre. Après avoir lavé ces cavités, on reconnaît que la cavité gauche est de beaucoup la plus considérable et pouvait à elle seule contenir 1200 gr. de pus. Sa surface interne est blanchâtre, fongueuse, comme tapissée de fausses mem-

Digitized by Google

branes ; une cloison médiane et verticale la sépare en deux parties communiquant entre elles. La cavité droite, du volume d'une orange, est assez régulièrement ronde et ne présente pas de cloison. Au-dessus existe un troisième petit abcès du volume d'une petite noix.

L'*examen microscopique* du pus n'y a pas fait découvrir des crochets provenant d'hydatides ; il est composé uniquement de globules purulents, de graisse, de cristaux d'acides gras. Le *tissu du foie*, dans ses parties les plus saines, c'est-à-dire à la partie supérieure du lobe droit paraît très-scléreux et présente çà et là des points blanchâtres pouvant faire croire à d'anciennes cicatrices. Sur le bord gauche notamment une coupe montre une traînée de tissu conjonctif, blanc, résistant, d'une longueur de 6 centimètres, et ayant tout-à-fait l'aspect d'une cicatrice ancienne. La vésicule est pleine de bile, les canaux biliaires sont normaux et perméables. Les veines caves, la veine porte sont parfaitement saines, nulle part on n'a trouvé de traces d'inflammation ancienne ou récente.

La rate, de grosseur normale, est un peu scléreuse; sa capsule est épaissie en certains points, adhérente au diaphragme et au tissu cellulaire environnant. Les reins sont normaux. Rien à signaler dans l'estomac ou le petit intestin. Mais, au niveau de la valvule iléo-cœcale et sur toute l'étendue du *gros intestin*, on trouve un grand nombre d'*ulcérations* d'autant plus nombreuses qu'elles se rapprochent davantage de la valvule. Ces ulcérations longues de 2 ou 3 centimètres pour quelques-unes ont leur grand axe dirigé perpendiculairement à l'axe de l'intestin. Leurs bords sont déchiquetés et dans le côlon ascendant empiètent sur les ulcérations voisines. Nul épaississement sur les bords, pas plus que sur les parties saines environnantes. C'est une simple destruction de la muqueuse dont les replis et les villosités ont complétement disparu dans les endroits ulcérés.

21. Péritonite tuberculeuse sans grande altération de la santé. — Mort 14 jours après le début des accidents; par M. Avezou, interne des hôpitaux.

Nathalie O., 48 ans, entrée le 10 mai 1876 à la Maison de Santé. (Service de M. Labbé.) Décédée le 14 mai.

Antécédents. — Cette femme d'un fort embonpoint est encore réglée. Elle est mère de trois enfants. De ces trois enfants l'un, âgé de 17 ans, est très-bien portant, les deux autres sont morts en bas âge, le dernier d'une méningite tuberculeuse. Pas d'antécédents du côté des parents. La dernière couche date de 8 ans. Quelques mois après, la malade fut

Digitized by Google

prise d'accès de coliques, et rendit de petits graviers dans les urines. Bonne santé depuis cette époque. Par intervalles, surtout dans ces derniers temps, la malade éprouvait seulement quelques douleurs vagues dans tout l'abdomen. Il y avait un peu de constipation.

www.lpbool.com.cn

1er *mai*. Dans l'après-midi, elle fut prise subitement d'une douleur très-vive au niveau de l'hypochondre droit.

Cette douleur s'irradia peu à peu dans tout l'abdomen. En même temps, vomissements d'abord alimentaires, puis bilieux. Les coliques étaient si vives que la malade se roulait sur le parquet. Les vomissements persistèrent toute la nuit. Un médecin, appelé le lendemain, crut à un empoisonnement. Les jours suivants mêmes phénomènes.

10 *mai*. — *Etat actuel*. — A la visite du soir, la malade se présente avec un facies grippé caractéristique. Langue sèche. Pouls petit. Pas de teinte ictérique. Dyspnée marquée. Respition costo-supérieure. Le ventre est ballonné et très-sensible. Constipation. A la pression on sent au pourtour de l'ombilic un empâtement profond. La palpation est un peu plus douloureuse au niveau de la région hépatique. Vomissements verdâtres. Pas de fièvre. T. vaginale 38°. Il n'y a rien dans les urines. Du côté de la poitrine, matité et absence de murmure vésiculaire à la base du poumon droit. — 11 *mai*. Même état.

M. Labbé croit à une péritonite qui, d'abord développée dans la région hépatique, s'est ensuite généralisée.

12 *mai*. Les vomisseements ont cessé. La malade est plus calme. Après avoir pris du calomel, elle a eu deux selles.

13 *mai*. Les vomissements verdâtres ont recommencé. Dyspnée plus intense. Pouls filiforme. Sueurs sur tout le corps. T. vaginale 37°,8. — 14 *mai*. Mort à 9 heures du matin.

Autopsie. — 48 heures après la mort. *Thorax*. — Un épanchement assez abondant existe dans la plèvre droite qui contient environ un litre de liquide grisâtre, épais et d'aspect purulent.

Le *poumon droit* ratatiné est atélectasié dans toutes ses parties. Les deux feuillets de la plèvre, surtout le pariétal, sont tapissés de dépôts fibrineux purulents qui s'enlèvent facilement. Le *poumon gauche* est simplement congestionné. Le *cœur* est sain. Le péricarde est graisseux.

Abdomen. — Le grand épiploon, circonscrit entre l'estomac et les anses supérieures de l'intestin grêle auxquelles il adhère, présente, disséminés à sa surface et dans son épaisseur, une multitude de petits noyaux blanchâtres.

Des noyaux analogues plus volumineux se rencontrent dans la péritoine qui tapisse les parois abdominales. A la coupe, ils ont un aspect moitié caséeux et moitié lardacé. Au micros-

Digitized by Google

cope, on ne reconnaît que de la matière tuberculeuse. Trois foyers purulents existent dans le péritoine et contiennent une matière sanieuse. L'un occupe l'épiploon gastro-splénique ; le second se trouve derrière le côlon descendant et le troisième est situé entre les deux feuillets du mésentère. Le mésentère est garni de noyaux tuberculeux non encore ramollis et qui, par leur agglomération, forment de véritables paquets. Au niveau du foie le *péritoine* qui recouvre la face inférieure du diaphragme, est tapissé de fausses membranes récentes. Ces fausses membranes sont les seules qui existent dans tout l'abdomen. Le *foie* simplement ramolli n'offre pas de lésion apparente à l'œil nu. La vésicule biliaire contient un seul calcul. Les reins paraissent sains aussi.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante au point de vue de l'évolution des tubercules péritonéaux : car malgré la gravité des lésions constatées à l'autopsie, lésions déjà anciennes, la santé de la malade avait été parfaite jusqu'à une époque voisine de la mort. Il n'y avait pas d'amaigrissement, et pour ce motif on pouvait pendant la vie considérer la péritonite comme d'origine cancéreuse.

22. Elections.

MM. SEVESTRE et TERRILLON sont nommés membres honoraires de la société.

23. Kyste sébacé de la petite lèvre ; par le Dr. A. GONDOUIN, d'Argentan.

Cette tumeur occupe la petite lèvre gauche d'une femme de 40 ans.

La petite lèvre renferme un kyste dont les dimensions, avant qu'il fût ouvert, s'élevaient au volume d'un gros œuf de dinde ; un petit kyste de même nature, de la grosseur d'une aveline, se remarque à la partie inférieure de la petite lèvre. Ce kyste, qui paraît d'origine glandulaire, renfermait un liquide blanc, opaque, épais, visqueux. La malade portait depuis 4 ans cette tumeur qui faisait saillie à l'extérieur, entre les grandes lèvres, et constituait pour elle une difformité, et une très-grande gêne. L'opération a consisté dans l'excision complète de la petite lèvre.

24. Entérite ulcéreuse à forme spéciale ; par P. OULMONT, interne des hôpitaux.

Champel Joseph, âgé de 27 ans, employé d'octroi, entre le

Digitized by Google

23 avril 1876, salle Saint-Augustin n° 46 (service de M. BROUARDEL). Le malade a toujours été d'une bonne santé, sa constitution est vigoureuse, il fait parfois des excès de boissons, mais il n'est pas manifestement alcoolique. Le dimanche 23 avril, après une journée de garde aux barrières, il est pris subitement d'une diarrhée abondante accompagnée de sensibilité abdominale vive et de douleurs vagues dans les coudes et dans les mollets. Les selles sont au nombre de 7 à 8 par jour, liquides et, dès le début, de couleur noirâtre. Le malade fait cependant en partie son service, mais à la fatigue qui augmente, viennent se joindre dans les deux jours qui précèdent son entrée quelques vomissements bilieux, et le malade entre à l'hôpital :

24 *avril*. On constate à son entrée les symptômes précédemment décrits. Les selles sont liquides et manifestement sanguinolentes. Le ventre est modérément tendu, douloureux; le malade se plaint surtout d'une sensation de brûlure au niveau de l'épigastre, sensation qu'il cherche à calmer par l'application de corps froids (son verre, son crachoir); la langue est humide, à peine chargée. Les douleurs des jointures et des mollets sont vagues; elles ont les caractères d'une courbature intense. De plus on remarque sur la peau du malade, sur les membres, et en particulier aux membres inférieurs, des petites tâches rouges, disséminées, saillantes, ne disparaissant pas sous le doigt, à teinte hémorrhagique, à peine grosses comme une tête d'épingle, et siégeant à la base des poils. Dans quelques points des fesses existent quelques ecchymoses légères. Le foie est normal; il existe une dilatation de l'estomac assez marquée. L'apyrexie est complète.

24 *avril* — 4 *mai*. — Malgré le régime et malgré le traitement (pilules d'extrait d'opium, lavements de ratanhia, potion au perchlorure de fer), la diarrhée persiste avec la même intensité et les mêmes caractères. Le nombre des selles varie de 4 à 8 par jour; elles sont toujours sanguinolentes. Une nouvelle poussée de purpura se fait dans les premiers jours de l'entrée; puis toutes les ecchymoses disparaissent peu à peu pour ne plus se reproduire. Le malade se lève une partie de la journée. — Apyrexie.

5-7. Un peu d'amélioration. Les matières commencent à se mouler et le sang disparaît des selles.

8. La diarrhée et le melœna reparaissent. Le malade s'affaiblit et s'anémie rapidement. Il a beaucoup maigri depuis quelques jours. Les coliques sont plus fortes et l'empêchent de dormir. Douleurs dans les épaules. Souffle anémique à la base.

9-12. Un peu d'amélioration. Coliques moins fortes, diar-

Digitized by Google

rhée moins abondante. Un peu d'appétit. Le malade demande une portion.

13-16. La diarrhée reprend la même intensité ; les selles ne sont plus noires, mais grisâtres, le malade ne quitte plus son lit.

19. Diarrhée plus abondante que jamais après quelques alternatives. Le sang a totalement disparu. Le malade, qui prend 0,20 à 0,30 cent. extr. opium, est assoupi presque toute la journée.

20. Diarrhée profuse, vert-clair, amaigrissement énorme, figure excavée, un peu cyanosée, rappelant celle d'un cholérique. Sueurs visqueuses. Pouls à peu près insensible. Assoupissement continuel.

21-23. Même état. Les selles sont plus rares, mais très-abondantes à la fois, comme si l'on enlevait brusquement un bouchon formant l'intestin. Langue sèche.

24. Râle trachéal. Subdelirium. Mort à 5 heures du soir.

Autopsie le 25 mai. — Les plèvres sont saines. Les poumons ne présentent qu'un œdème modéré de leur base et de leur bord postérieur. Le *cœur* est mou, aminci, décoloré ; la paroi du ventricule droit mesure à peine 2 mm. Pas de lésions valvulaires ; mais l'endocarde est complétement imbibé, et le tissu musculaire est de couleur feuille morte. Dans la partie ascendante de la crosse de l'aorte trois plaques gélatineuses d'endartérite du volume d'une lentille.

Le *foie* est un peu petit, très-mou, mais élastique comme du caoutchouc, il se déprime sous le doigt, sans se laisser pénétrer, sa couleur est jaunâtre sur une coupe. La lobulation a disparu. Les *reins* sont mous comme le foie, congestionnés et œdémateux. La *rate* est diffluente. Pas de liquide dans le *péritoine*, pas de ganglions mésentériques. La muqueuse du *gros intestin* est rouge et vascularisée. Pas d'autres lésions; pas de saillies des follicules clos. L'*intestin grêle* est ardoisé dans toute son étendue, cette teinte noirâtre est manifeste même à l'inspection de sa face péritonéale. Après section de l'intestin dans toute sa longueur, la muqueuse apparaît couverte d'ulcérations confluentes qui lui donnent l'aspect d'une étoffe moirée. Ces ulcérations existent dans toute l'étendue de l'intestin grêle, nombreuses surtout à partir du premier tiers du jéjunum. Les plus étendues siégent dans cette partie de l'intestin : trois ou quatre ont de 3 à 4 centimètres de diamètre, d'autres ont de 2 à 3 centimètres, le plus grand nombre est de 1 à 2 centimètres; leur forme est des plus irrégulière : quelques-unes, et ce sont les plus petites, ont une forme ovoïde ou allongée relativement régulière ; mais la plupart ont l'aspect de polygones très-irréguliers, et à angles

Digitized by Google

entièrement aigus ; leur forme est celle d'ulcérations serpigineuses. Ces ulcérations sont très-peu profondes, entamant seulement la couche la plus superficielle de la muqueuse, et ne dépassant jamais le chorion muqueux. Leur couleur est ardoisée mais d'un ton plus clair que celui de la muqueuse environnante. De plus, elles en sont nettement délimitées par un bord festonné de coloration noirâtre.

Dans la partie inférieure de l'intestin grêle existent, en dehors des ulcérations, de nombreuses suffusions sanguines. Les follicules clos sont invisibles ainsi que les plaques de Peyer. Rien dans l'estomac.

Température et dosage quotidien de l'urée.

				Urée (quantité totale)..			
7 mai	Temp.	m..					
		s...	38°,4	—	—		
8 —	—	m..	37°,4	—	—		
		s...	37°,4	—	—		
9 —	—	m..	36°,6	—	—		
		s...	36°,8	—	—		
10 —	—	m..	36°,4	—	—	30	grammes.
		s...	37°,2	—	—		
11 —	—	m..	36°,6	—	—	38	—
		s...	37°,4	—	—		
12 —	—	m..	36°,8	—	—	70	—
		s...	37°,4	—	—		
13 —	—	m..	36°,8	—	—	22	—
		s...	37°,4	—	—		
14 —	—	m..	36°,4	—	—	48	—
		s...	37°,4	—	—		
15 —	—	m..	36°,8	—	—	42	—
		s...	37°,8	—	—		
16 —	—	m..	38°	—	—	36	—
		s...	37°,8	—	—		
17 —	—	m..	37°,6	—	—	27	—
		s...	37°,4	—	—		
18 —	—	m..	37°,6	—	—	29	—
		s...	36°,8	—	—		
19 —	—	m..	36°,6	—	—	24	—
		s...	36°,8	—	—		
20 —	—	m..	37°,2	—	—	20	—
		s...	37°	—	—		
21 —	—	m..	37°,4	—	—	19	—
		s...	37°,6	—	—		
22 —	—	m..	38°,4	—	—	x	—
		s...	38°,6	—	—		
23 —	—	m..	39°,2	—	—	15	—
		s...	38°,6	—	—		
24 —	—	m..	37°,6	—	—	13	—
		s...	38°,8	—	—		

Digitized by Google

25. Dilatation aortique avec oblitération de la sous-clavière gauche. — Tumeur fibreuse avec kyste de la trompe ; par M. Léger, interne des hôpitaux.

www.libool.com.cn

X..., âgée de 53 ans, couturière, a toujours joui d'une bonne santé et avait même un embonpoint très-marqué, quand il y a 18 mois a débuté ce qu'elle appelle sa bronchite. Les crachats ont alors contenu quelques filets de sang. Depuis, elle a gardé le lit presque constamment. Des palpitations sont survenues trois mois après le commencement de sa maladie et ont bientôt été accompagnés d'accès d'oppression terribles. Enfin après de nouveaux crachements de sang, plus abondants cette fois, elle est entrée à l'hôpital le 8 mai 1876 (service de M. Bucquoy).

Les jambes étaient très-infiltrées, la figure amaigrie, le cou agité de battements artériels très-forts, surtout visibles à droite. Le pouls radial droit était bondissant et offrait tous les caractères du pouls de Corrigan. Le pouls gauche était beaucoup plus faible quoiqu'encore très-perceptible. Il n'existe pas de dilatation veineuse.

La pointe du cœur bat dans le 6e espace, sur la ligne mammaire. A ce niveau les battements sont sourds, sans bruit de souffle. Un peu au-dessus et vers la droite se perçoit un bruit de souffle au second temps, aspiratif, qui est bientôt accompagné, à mesure que l'oreille monte vers l'épaule droite, d'un bruit de souffle au second temps. Au-dessous de la clavicule droite, l'oreille perçoit un bruit de va-et-vient très-net sans aucune impulsion. La matité dépasse d'environ 4 centimètres le bord du sternum à ce niveau. Il n'existe en même temps aucun signe de compression.

L'examen des poumons fait reconnaître à droite une pleurésie avec épanchement assez abondant.

Le 12, les battements sont toujours sourds à la pointe et il existe au-dessus un léger frottement. Le lendemain, l'assourdissement des bruits est encore plus prononcé et fait admettre de la péricardite. Tous ces signes ont persisté, en même temps que plusieurs accès de suffocation, jusqu'au 21 mai où la malade qui se sentait mieux ce jour là, et avait même les jambes un peu moins enflées, mourut subitement.

Autopsie.—Outre la pleurésie du côté droit et quelques adhérences avec un peu de liquide dans la plèvre gauche, on trouve un cœur énorme, globuleux, présentant quelques plaques opalines à sa surface.

Le *péricarde* contient environ deux cents grammes de liquide. Sa portion viscérale au niveau de l'origine de l'aorte a des adhérences filamenteuses avec sa portion pariétale et les deux feuillets sont à ce niveau sillonnés d'arborisations roses

Digitized by Google

très-nombreuses. L'*aorte* fait dans sa portion péricardique une saillie globuleuse très-marquée qui repousse à droite l'origine de l'artère pulmonaire. Cette dilatation se continue en forme d'ampoule au dehors du péricarde jusqu'au niveau de la bronche gauche. — Le ventricule droit ouvert est très-petit, avec ses valvules et ses orifices en bon état. Au ventricule gauche tenait presqu'entièrement le volume du cœur. L'orifice et la valvule mitrale n'offrent aucune altération. L'orifice aortique est dilaté sans grande altération valvulaire. La valvule de droite est pourtant raccourcie et un peu épaisse sur son bord libre. Mais au-dessus commence une altération aortique très-marquée. La crosse est dilatée presque dans toute sa longueur, jusqu'à mesurer 20 cent. 3 millim. de circonférence. Les parois en sont dures, rigides et parcheminées. La surface interne est rugeuse et s'écaille quand on retourne les parois de l'artère. La couleur en est jaune sale, légèrement brunâtre avec des plaques d'un jaune plus franc. Il n'existe pas de points rouges, vascularisés, comme dans certaines aortites. Enfin on ne retrouve pas de vestige dans l'aorte du point où existait l'embouchure de la *sous-clavière gauche*. Celle-ci est remplie à son origine par un coagulum solide que ne peut pénétrer le stylet faisant corps avec l'artère même, de couleur jaunâtre et transformant l'artère en une tige pleine et rigide.

Le poumon droit contenait à sa base un noyau résistant gros comme un œuf de poule et ne surnageant plus. Sur la coupe compacte, rouge-brun, se détachaient deux îlots très-irréguliers, gris-rosé, limités par une bande d'un noir ardoisé de 3 millimètres de large et formés par un infarctus qui avait été la source des hémoptysies. Il n'existait aucune trace de tubercules.

Dans le bassin, on voyait au-dessus de l'*utérus* une tumeur assez régulière, mais légèrement bosselée, dure au toucher, sans adhérences avec les parties voisines. Après avoir enlevé les organes génitaux, on voit qu'elle se prolonge derrière l'utérus, accolée à sa face postérieure, qu'elle est un peu étranglée à la jonction de son tiers inférieur avec ses deux tiers supérieurs, simulant ainsi la forme de l'utérus avec lequel on aurait pu la confondre à première vue. Sa hauteur est de 10 centimètres, sa face antérieure répond à la face postérieure de l'utérus sur laquelle elle glisse un peu. La coupe en est ferme, gris blanc, traversée de bandes fibreuses très-serrées qui font faire hernie à la substance qu'elles comprennent dans leurs mailles. — Au-dessous et à gauche est une autre tumeur, visible seulement par la face postérieure, et quand on a un peu disséqué et rejeté le rectum vers la droite. Elle est très-régulièrement sphérique, rénitente, gris rosé à la coupe sur

Digitized by Google

laquelle le tissu est légèrement saillant, surtout à son centre. Cette tumeur glissait aussi sur les tissus environnants. A gauche de l'utérus, on voit de plus une tumeur liquide, ronde, fluctuante, grosse comme le poing. On voit la trompe de ce côté ramper sur elle en devenant sinueuse et se dilatant progressivement jusqu'à son pavillon dont l'élargissement forme en réalité la tumeur. La pression de celle-ci fait refluer le liquide dans le corps de la trompe, mais ne peut le faire sourdre jusque dans l'utérus. La poche contenait dans l'épaisseur de sa paroi, à la partie intérieure et inférieure un petit amas de tissu grisâtre un peu gélatineux, représentant les restes de l'ovaire qui ne faisait aucune saillie à la partie interne.

L'*S iliaque*, était reporté à droite vers la terminaison par ces tumeurs multiples et le rectum situé ainsi à droite dès son origine ne se portait vers la ligne médiane qu'au-dessous de la tumeur fibreuse sphérique en formant un coude assez brusque sur la partie supérieure duquel appuyait cette dernière.

Il n'était jamais résulté pour la malade aucune gêne de cette disposition.

26. Rétrécissement cancéreux de l'œsophage avec perforation de la plèvre droite; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le malade, âgé de 40 ans, paraissait encore vigoureux quoique assez maigre quand il est entré dans le service de M. BUCQUOY. On ne trouvait dans ses antécédents personnels aucune trace de syphilis, ni aucune circonstance qui pût permettre de se rattacher à l'idée d'une lésion cicatricielle. Pas de traces de brûlures œsophagiennes ni d'empoisonnement antérieur. La gêne de la déglutition avait commencé six mois auparavant, existant au début seulement pour les premières bouchées du repas qui passaient en buvant coup sur coup. Les solides ont été bientôt complétement arrêtés et depuis trois semaines les liquides ne passaient plus.

Cet homme a présenté comme particularité intéressante une constriction telle au niveau de l'orifice supérieur du larynx que le passage de la sonde œsophagienne a été impossible les premiers jours, si bien que l'on pensait alors à un rétrécissement situé au niveau de l'orifice inférieur du pharynx. Si on passait une fois la sonde avec grand peine, le passage était impossible une seconde fois. Mais bientôt cette sorte de spasme devint moins énergique. Les boules œsophagiennes de gros calibre y passaient plus facilement que les petites et l'on constata nettement que le véritable point où s'arrêtait la sonde

Digitized by Google

répondait à la 7e dorsale. L'erreur du début sur le siége véritable pouvait encore être favorisée par une sensation de picotement que le malade rapportait au niveau du larynx, tandis que jamais il ne s'est plaint d'un autre point sur le trajet de l'œsophage. L'arrêt des liquides n'a jamais été absolu. Le passage paraissait plus facile de haut en bas que de bas en haut, puisqu'il y avait quelquefois des vomissements stomacaux assez abondants, vomissements que le malade différenciait bien des vomituritions œsophagiennes qu'on remarquait aussi, et dont il peignait exactement les caractères. L'affaiblissement faisait des progrès assez rapides. Le malade toussait depuis quelque temps, avait la pommette rouge et un mouvement fébrile le soir, quand un jour, à la visite du matin, on le trouva haletant et sur le point de suffoquer. La mort arriva quelques minutes après.

www.libool.com.cn

Autopsie. — On trouve dans la *plèvre droite* un épanchement d'air qui refoule complétement le poumon en haut et en dedans. Il n'existe pas encore de liquide dans cette cavité; mais çà et là quelques détritus grisâtres, probablement venus de l'œsophage seulement posés sur la plèvre et facilement enlevés par le doigt principalement sur toutes les parties inférieures. Les deux *poumons* présentent à leur sommet quelques adhérences et une cavernule irrégulière.

L'*œsophage* enlevé se déchire longitudinalement au niveau de la 7e dorsale, de sorte que le point précis de la perforation n'a pu être noté. Il adhère fortement au même niveau aux parois de l'aorte, sans que ce vaisseau présente d'altération à sa surface interne. Ce point altéré de l'œsophage, sensible au toucher par sa dûreté, ne se trahit à l'extérieur par aucune tuméfaction. Au-dessus de lui, il ne s'est pas établi de poche œsophagienne. En incisant cet organe, on trouve sa partie supérieure et le pharynx intacts, de sorte que l'arrêt qu'on y avait senti quelquefois, tenait bien uniquement à un spasme. A 14 cent. du cricoïde, au-dessous de la bronche gauche, commence une ulcération grisâtre, calleuse, non bourgeonnante, comprenant tout le calibre qui va se rétrécissant en entonnoir. Le point le plus étroit a une longueur de 2 cent. Au-dessous, existent encore quatre centimètres de parties saines avant le cardia, au niveau duquel on sent dans l'épaisseur de la paroi une plaque dure, criant sous le scalpel, grisâtre à la coupe, ayant envahi la moitié droite de l'œsophage à sa terminaison. Mais au-dessus du rétrécissement, à 7 cent., 5 du cricoïde, il existe encore sur la paroi antérieure de l'œsophage deux petites saillies très-régulièrement arrondies, symétriques, se touchant presque par leur bord interne dont la séparation répond à la ligne médiane. Ces deux petites bou-

Digitized by Google

les, grosses comme un pois, d'un blanc laiteux, rénitentes, glissent sur la tunique musculeuse qui leur est sous-jacente et peuvent presque s'énucléer après avoir été incisées sur la ligne médiane. La coupe en est un peu mollasse, semblable au centre à un fromage blanc.

L'*examen microscopique* au niveau du point rétréci ne fit plus retrouver aucune trace de muqueuse. Au milieu d'un tissu fibreux, à faisceaux parallèles, on voyait des cellules polyédriques, toutes égales en volume, le plus souvent rangées bout à bout en longues traînées qu'on trouvait ainsi insinuées dans l'épaisseur des fibres musculaires de l'œsophage. Plus loin se trouvaient, dans l'épaisseur même de ces fibres, quelques îlots de cellules embryonnaires. Il n'y avait que peu de globes épidermiques se dessinant sans grande netteté. Au niveau des deux petits mamelons de la paroi antérieure de l'œsophage, la coupe donnait à peu près les mêmes résultats; seulement la couche musculaire n'était que très-peu altérée, et les globes épidermiques s'y trouvaient beaucoup plus nombreux et plus nets.

27. Ecrasement du pied droit. Ulcération de la cicatrice du talon. Résection partielle, puis extirpation totale du calcanéum. Amputation de jambe au tiers inférieur; albuminurie chronique; par M. Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

Ben..., 32 ans, eut, en 1871, le pied écrasé par une roue de voiture; la peau du talon fut le siége d'une large plaie qui mit huit mois à se cicatriser. Au bout de quelques mois, la cicatrice, correspondant à la face inférieure du calcanéum, commença à s'ulcérer; enfin, le 27 septembre 1873, M. TRÉLAT pratique une résection partielle du calcanéum dont la face inférieure était le siége d'une périostite chronique.

Au bout d'un an environ, l'ulcération de la cicatrice qui avait récidivé rapidement ne permettait plus au malade de marcher. M. Trélat se décide à l'ablation totale du calcanéum, (fin de 1874). Le malade guérit rapidement par ankylose du pied, à angle obtus sur la jambe; il put marcher sur l'extrémité antérieure des métatarsiens. La cicatrice, résultant de cette opération, ne tarda pas à s'ulcérer et le malade rentrait à l'hôpital au commencement de l'année 1876.

On trouve, au moment de son entrée (*avril* 1876), au niveau de la région postérieure du pied, une cicatrice fibreuse, épaisse, adhérant profondément aux surfaces osseuses, au centre de laquelle on aperçoit un point osseux, recouvert par une ulcération rosée, dont les bourgeons un peu fongueux lais-

Digitized by Google

sent sourdre un pus séreux peu abondant. Cette saillie osseuse paraît appartenir au bord postérieur de l'astragale immobile sous le tibia.

Les mouvements du cou-de-pied sont impossibles, les orteils se fléchissent assez bien. Quelques douleurs sourdes mais non continues dans la cicatrice, l'état général est assez bon. Toutefois, on apprend que depuis l'âge de 18 ans, le malade, par instants, éprouve de violentes palpitations, surtout à l'occasion de grands efforts. Souvent léger œdème des pieds, surtout le soir.

On essaie quelques greffes épidermiques; deux greffes prennent sur le sommet même de la saillie osseuse. Toutefois, pendant que le centre de l'ulcère se cicatrise, les bords se creusent peu à peu; quelques douleurs continues s'établissent dans la plaie. L'urine offre tous les caractères d'une albuminurie chronique; quantité considérable d'albumine. Cylindres hyalins.

24 *mai. Amputation de jambe* au tiers inférieur, lambeau postérieur, torsion des artères. Sous l'influence du chloroforme, délire violent, agitation.

Examen du pied amputé. La *peau* du pied, au niveau de la cicatrice résultant de l'ablation du calcanéum, est très-adhérente aux tissus sous-jacents. On dissèque cette peau et on constate que la saillie osseuse signalée plus haut et constituée, en effet, par le bord postérieur de l'astragale immobilisé dans une légère flexion sur la jambe, en sorte que l'avant-pied forme avec la jambe un angle obtus à sinus antérieur. On trouve les deux *nerfs* plantaires qui sont absolument enserrés dans la peau cicatricielle et qu'on dissèque fort difficilement; ils passent de chaque côté de l'ulcération de la peau, mais n'ont pas de rapports immédiats avec la plaie; l'*artère tibiale postérieure* est également comprise dans le tissu de cicatrice. Les *tendons* du jambier postérieur et du fléchisseur commun des orteils se perdent dans la cicatrice, leurs *synoviales* de glissement n'existent plus. Le tendon du fléchisseur propre du gros orteil se trouve incomplétement soudé à son canal fibreux au niveau de la cicatrice; sa synoviale est incomplétement soudée à la face plantaire; cependant, on retrouve le tendon et sa synoviale, mais immobile et ne servant plus à rien. Les *muscles* de la région plantaire s'attachent au tissu de cicatrice qui comble la cavité inférieure de l'astragale. On arrive facilement à dénuder cet os : sa face articulaire calcanéenne a son aspect normal quand le tissu fibreux de cicatrice est enlevé; sa face tibio-péronière est incomplétement soudée aux surfaces du tibia et du péroné; on retrouve cependant un rudiment de synoviale en avant et en

Digitized by Google

arrière au niveau des bords antérieur et postérieur du tibia.

www.libtool.com.cn

29 *mai*. Quatre jours après l'opération, les neuf fils de suture sont enlevés. La réunion primitive se fait cependant dès le 4 *juin*, une hémorrhagie veineuse apparaît, sans cause connue; bientôt les cicatrices des fils s'ulcèrent et les deux extrémités du moignon, qui avait été traversé par un tube à drainage, mettent un temps considérable à se cicatriser.

13 *juin*. Un petit abcès périostique se montre au niveau du bord antérieur du tibia dans le moignon même. Le 15, un décollement du lambeau se montre et la fluctuation se reconnaît à la partie postérieure du moignon; on passe un tube à drainage qui reste quinze jours.

Enfin, ce n'est que le 15 juin que le malade peut être considéré comme guéri complétement. L'albuminurie persiste toujours très-marquée, et le malade très-impressionnable, n'est enfin rassuré sur son état que le jour où on lui permet de sortir et de marcher.

RÉFLEXIONS. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : 1° L'ulcération persistante et progressive de la cicatrice cutanée résultant d'une plaie par écrasement; 2° les nombreuses opérations tentées contre cet accident de si longue durée, et toujours sans résultat favorable; 3° l'albuminurie chronique méconnue pendant quatre ans, et qui pourrait sans doute expliquer le travail ulcératif de la cicatrice; 4° le peu de vitalité de la région cicatricielle dont la peau était continuellement pressée contre la saillie osseuse de l'astragale; 5° Enfin les doutes qui doivent subsister au point de vue de la guérison définitive, quoique aujourd'hui, deux mois après la cicatrisation absolue, l'état local du moignon soit excellent.

M. DESPRÉS. Je désire faire remarquer que, malgré la fusion des vaisseaux et des nerfs dans la cicatrice, il n'existe aucune ulcération à la face correspondante des orteils.

28. Dégénérescence amyloïde du foie chez un tuberculeux; par le Dr COUTY, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

S... Eugène, 45 ans, entré le 11 mai 1876, lit 33, salle 25, service de M. VILLEMIN.

Pas d'antécédents scrofuleux ou diathésiques; pas de maladies antérieures. Vers *janvier* 1875, ce malade aurait été pris sans cause appréciable, sans symptômes fébriles, d'une toux légère qui est devenue plus violente et a persisté depuis; en juin 1875, il aurait eu quelques hémoptysies; en fé-

Digitized by Google

vrier 1876, la voix est devenue rauque, puis de plus en plus éteinte ; depuis quelques semaines, il est survenu de la diarrhée, d'abord passagère, puis presque constante : enfin le malade est sourd surtout de l'oreille gauche, et y a de ce côté un écoulement purulent.

12 *mai*. On constate un amaigrissement considérable et un état cachectique avancé : sueurs abondantes nocturnes ; cependant la fièvre est peu appréciable, et le malade a conservé jusqu'à ces derniers jours assez d'appétit. Pas d'ictère, pas de vomissements.

Les *lésions pulmonaires* sont considérables : matité et gargouillements aux deux sommets dans une assez grande étendue : peu de résonnance à la percussion, râles cavernuleux et bronchiques dans le reste des poumons. Ventre volumineux, bombé, douloureux à la pression en certains points ; *foie* débordant les fausses côtes de deux travers de doigt ; épanchement ascitique peu considérable. Les lésions pulmonaires ayant surtout attiré l'attention, les organes abdominaux sont peut être incomplétement examinés.

Les jours suivants l'état général s'aggrave : la diarrhée est considérable ; le malade perd tout appétit, et il meurt le 22 mai dans la nuit, sans qu'il soit survenu aucun accident nouveau.

Autopsie le 23 avril. — Le larynx et le rocher n'ont pas été examinés. — *Cœur* légèrement décoloré. Un peu de liquide dans la plèvre gauche.

Poumons très-congestionnés : infiltration tuberculeuse généralisée, formant de tout le parenchyme comme un bloc de tubercules : foyers de ramollissement et cavernules dans les parties supérieures ; pas de cavernes de grosseur moyenne ; mais deux vastes cavités, presque similaires, de la grosseur d'un œuf de poule, occupant complétement le sommet de chaque poumon, coiffées par la plèvre épaissie à ce niveau et adhérente. La caverne gauche fuse en quelque sorte vers le bord antérieur du poumon, par un trajet secondaire long de 2 à 3 centimètres assez large, qui paraît aboutir à une bronche assez grosse.

Cavité abdominale : Liquide ascitique légèrement trouble, assez abondant ; péritoine épaissi, surtout au niveau des reins qui sont recouverts par une coque épaisse, dure ; le rein droit est adhérent au côlon. *Intestins* congestionnés : on les ouvre, ulcérations tuberculeuses nombreuses, à diverses périodes. *Rate* volumineuse, double de volume, mais ayant conservé sa consistance et sa couleur normale ; à la coupe, tissu rouge violacé, uniforme. *Reins* normaux, à la surface et à la coupe.

Foie énorme, pesant 3 kil. 500 : l'hypertrophie porte sur

Digitized by Google

toutes ses parties et sa surface est régulière : la capsule n'est pas épaissie; vésicule biliaire assez distendue par un liquide verdâtre, sans calculs. La consistance du tissu est augmentée, il est dur, résistant et le doigt n'y laisse aucune empreinte; la couleur est jaune brun uniforme à la surface. A la *section*, tissu dur et très-anémié : coloration brun rouge uniforme, sans interposition de parties autrement colorées, dans tout le parenchyme; immédiatement au-dessous de la capsule, il y a une couche jaunâtre de 1 à 2 millim., et au-dessous encore une zone intermédiaire assez étroite où quelques parties jaunes sont mêlées au tissu rouge. Ce tissu traité par l'iode prend une coloration rouge brun plus foncé tirant au marron; si on ajoute alors de l'acide sulfurique, la coloration devient plus terne, plus foncée, pour aboutir tardivement à un bleu sale, grisâtre, sans passer par le violet. L'examen histologique, qui sera complété, a montré que les cellules hépatiques n'ont pas disparu, mais leurs contours sont irréguliers et quelques-unes n'ont plus de noyau.

RÉFLEXIONS. — Ce fait est un cas type de dégénérescence amyloïde du foie; pas de trouble hépatique, pas d'ictère, ni de vomissements; la diarrhée et l'ascite paraissent devoir être attribuées aux lésions tuberculeuses. L'infiltration amyloïde était complète, uniforme; c'est à peine si, suivant la disposition décrite par Frérichs, quelques lobules périphériques étaient atteints de dégénérescence graisseuse. C'est donc un cas à ajouter à tous ceux déjà connus de dégénérescence amyloïde chez des tuberculeux. Celui-ci nous paraît intéressant et à cause du degré considérable d'hypertrophie : 3 kil. 500, et aussi parce que, chez cet individu, dont presque tous les tissus étaient atteints par la lésion tuberculeuse, la dégénérescence amyloïde est restée limitée au parenchyme hépatique. Tous les autres organes, rein, rate, nous ont paru indemnes de cette altération.

Le Secrétaire,
R. MOUTARD-MARTIN.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

JUIN 1876

Séances de juin 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Embolie cérébrale. Endocardite végétante, Pellagre. Hypertrophie du système lymphatique; par M. Ch. RÉMY, interne des hôpitaux.

Un jeune homme de 19 ans, charretier, est apporté, le 29 mai 1876, à l'hôpital de la Pitié (service de M. LABBÉ) pour une contusion supposée de la tête.

29 *mai*. Le malade présente une hémiplégie gauche. Les membres supérieurs et inférieurs gauches sont flasques et inertes. La face est déviée à droite, mais le malade peut ramener la tête à gauche, quand on l'interroge et l'excite. Les yeux, convulsés à droite, sont susceptibles de redressement dans les mêmes conditions; la pupille gauche est dilatée, la droite contractée; orbiculaire de l'œil droit contracturé, celui de l'œil gauche inerte. La commissure buccale droite est élevée et attirée vers l'oreille du même côté, la gauche abaissée et rapprochée de la ligne médiane. — La mobilité des membres droits persiste; ils sont incessamment agités, mais ne présentent aucune contracture. Le malade est dans un coma incomplet puisqu'il peut en être tiré par quelques excitations. L'ouïe persiste, et on peut arriver à obtenir des réponses exactes quoique paresseusement données. La sensibilité à la douleur persiste des deux côtés du corps. Le malade n'accuse aucune douleur spontanée.

La face présente une rougeur congestive. Elle est couverte d'une éruption squammeuse comparable, sauf l'étendue, à la terminaison d'un coup de soleil; mais en même temps il existe sur le dos des mains une altération semblable, à la fois congestive et squammeuse, avec hypertrophie et induration de la peau qui fait songer à la pellagre.

Digitized by Google

Le malade présente un trouble cardiaque : impulsion très-forte, pointe du cœur abaissée et portée sur la ligne axillaire dans le sixième espace intercostal. — Souffle rude au premier temps avec maximum à la base, s'étendant de la pointe du cœur jusqu'à la crosse de l'aorte. Le bruit des valvules aortiques claque nettement. Le pouls est régulier et vibrant, plein, égal aux deux radiales. — L'examen des autres organes ne révèle aucune autre lésion. L'examen du crâne en particulier soigneusement fait ne permet de constater ni une contusion superficielle ni une déformation osseuse.

Voici, d'après les renseignements que put nous fournir le malade et ceux qui nous ont été donnés par les assistants, l'accident dont ce jeune homme fut victime : Deux jours avant son entrée à l'hôpital, le 27 juin 1876, au moment où il faisait un violent effort pour soulever un fardeau placé sur la voiture qu'il conduisait afin de le décharger, il tomba comme écrasé par le poids et sa tête porta sur la voiture. A ce moment il se sentit le nez rempli d'eau (*sic*) et perdit connaissance. Immédiatement il fut pris de convulsions épileptiformes et les assistants crurent à une véritable attaque de grand mal.

Hésitant entre le diagnostic : ramollissement cérébral embolique et compression cérébrale par hémorrhagie méningée, mais rassurés par le retour des facultés intellectuelles, nous abandonnâmes le malade en recommandant l'emploi de quelques sinapismes. — Dans la nuit du 30 juin, il mourut sans avoir présenté de nouveaux accidents.

Autopsie. Pas de contusion visible sur le cuir chevelu. En enlevant le cuir chevelu on trouve sur la face profonde de l'aponévrose épicrânienne, une ecchymose qui siége sur la partie gauche du frontal un peu en avant de la suture pariétale, à égale distance de la suture sagittale et du temporal. La calotte du crâne, examinée après décollement du péricrâne, ne présente aucune trace de fracture ni de contusion osseuse. Le *cerveau* ne présente extérieurement dans sa consistance et sa coloration aucune modification appréciable. A cheval sur l'angle de bifurcation de la sylvienne et de la cérébrale antérieure, se trouve un caillot fibrineux dur. Toutes les ramifications de ces deux branches artérielles en aval jusqu'à la communicante antérieure sont remplies par un caillot mou noirâtre.

Le *cœur* ne présente qu'une légère hypertrophie du ventricule gauche. Le cœur droit est sain ; le cœur gauche fait voir à l'ouverture du ventricule une masse framboisée qui recouvre les valvules aortiques. La valvule mitrale est saine. — En ouvrant l'aorte par son extrémité supérieure, on constate

Digitized by Google

qu'il n'existe plus que deux valvules aortiques en nid de pigeon, une droite et une gauche, qui est plus grande. La valvule droite dilatée, normale à sa partie postérieure, est épaissie sur son bord dans sa partie antérieure et présente quelques *végétations* verruqueuses à sa face ventriculaire. — La valvule gauche est constituée par l'union des deux autres valvules, dont la soudure est attestée par une bride qui la divise en deux. De chaque côté de cette bride prennent naissance les artères coronaires. Cette valvule, à peu près normale à sa partie postérieure, est très-altérée en avant : elle présente à sa face inférieure une végétation polypeuse mollasse de la forme et de la grosseur d'une framboise. La valvule est perforée par sa face supérieure sur un diamètre de 2 millimètres, et cette perforation conduit dans l'intérieur de la végétation, qui est également rompue à son fond. Il existe donc un véritable anévrysme valvulaire rompu.

Foie volumineux, gras dans quelques points. — *Rate* volumineuse contenant une quantité considérable de petits lymphomes. — *Ganglions mésentériques*, hypertrophiés, très-volumineux. — L'*intestin* est dans toute son étendue, parsemé de grains saillants qui ne sont autres que des follicules clos hypertrophiés. Les glandes de Peyer participent à la même altération.

Le mécanisme de la mort paraît avoir été le suivant : rupture sous l'influence d'un effort de l'anévrysme valvulaire, d'où embolie cérébrale.

Nous ferons remarquer la coïncidence de l'endocardite végétante avec une altération généralisée du système lymphatique et une lésion cutanée semblable à la pellagre. Le mode de la mort nous semble un peu exceptionnel : la mort ne résulte pas d'une encéphalite. Elle ne peut pas non plus être mise sur le compte de l'anémie cérébrale, car les accidents dus à cette anémie auraient dû être à leur maximum au moment de l'accident. — Enfin, malgré leur altération les valvules étaient encore tout-à-fait suffisantes, grâce à leur dilatation.

2. Infarctus pulmonaires. — Tumeur du foie ; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le 29 mai 1876, entrait à l'hôpital Cochin, (service de M. BUCQUOY), un homme présentant toutes les apparences d'un asystolique : cyanose, respiration très-fréquente, parole entrecoupée, turgescence des veines du cou, surtout à droite et, malgré ces symptômes, peu d'œdème des membres inférieurs. — L'anxiété rendait difficile l'interrogatoire du

Digitized by Google

malade. Il disait que cette gêne de la respiration était venue progressivement depuis un mois et ne paraissait être au début qu'un simple rhume. Pendant la guerre, il avait eu des douleurs dans les jointures et quelques palpitations. — On n'a pas recherché s'il avait eu des accidents syphilitiques. Il n'a présenté pendant son séjour aucune coloration ictérique.

Le *cœur* ne présentait aucun bruit anormal. Du côté gauche de la poitrine, il n'existait aucun phénomène morbide. A droite, la percussion donnait en arrière une matité de quatre travers de doigt tout-à-fait à la base et, dans un point de cette étendue, on percevait du souffle voilé et de l'égophonie. Ceci, joint à une saillie considérable du foie au niveau de l'épigastre, fit admettre un épanchement pleurétique entre le poumon et le diaphragme. — Mais si une ponction faite dans le 8e espace intercostal fit bien obtenir 1,500 gr. de liquide citrin, elle n'eut pas pour effet de diminuer la saillie hépatique. Le foie descendait jusqu'à l'ombilic et présentait sa face supérieure à l'épigastre et sous les fausses côtes sans irrégularités ni tuméfactions en aucun point. Cette persistance de l'abaissement du foie fit penser qu'il pouvait bien aussi exister une lésion de ce côté sans qu'on pût en préciser la nature.

Le lendemain, le malade eut des crachats hémoptoïques manifestes qui durèrent jusqu'à sa mort (6 juin). Quelques râles sous-crépitants disséminés ont été les seuls signes stéthoscopiques observés pendant la courte durée de son séjour à l'hôpital.

Autopsie. — Epanchement abondant dans la plèvre droite sans adhérence au poumon qui pût expliquer la localisation des signes à la base, lors de l'entrée du malade. — *Infarctus* très-considérable comprenant tout le lobe inférieur du côté droit. Le poumon gauche avait aussi à sa base un noyau noirâtre, mais gros seulement comme une prune. — Le *cœur* assez volumineux, flasque, n'avait aucune lésion d'orifice ; mais, à deux centimètres au-dessus des valvules aortiques, commençait une lésion de l'aorte caractérisée par des plaques dures, rugueuses, jaune-crayeux, saillantes à la surface interne de l'artère, et ressortant sur un fond uniformément rouge.

Le *foie* était saillant comme on l'avait noté pendant la vie. Il n'offrait aucune adhérence avec les tissus voisins et on ne trouvait aucune trace de péritonite. Le volume de l'organe était très-augmenté et son poids atteignait 1,840 grammes. La face supérieure était un peu granulée, présentant un fond gris-rose légèrement opalin, sur lequel se détachaient des

Digitized by Google

points jaunes... A la face inférieure, ces points plus volumineux étaient circonscrits par de petites lignes rouges donnant l'aspect de certains marbres. A droite du col de la vésicule, on voyait un petit mamelon dur, jaune, caséeux, faisant peu de saillie, reposant sur une base légèrement bosselée, et de même couleur. Cet îlot avait en tout l'étendue d'une pièce de 5 francs et se trouvait séparé en arrière par un sillon assez profond, d'une saillie régulière grosse comme la moitié d'une pomme et n'offrant à l'intérieur aucune altération notable de la couleur du foie qui était cependant rouge-brun à ce niveau sans aucun pointillé. — *A la coupe*, on voit le mamelon jaunâtre s'enfoncer dans le tissu hépatique et y former une tumeur grosse comme le poing qui déterminait la saillie régulière située en arrière de l'îlot jaunâtre? Cette production est constituée par un tissu dur, un peu élastique, jaune pâle, rappelant un peu la couleur de la substance blanche du cerveau et disposée en îlots irréguliers se touchant presque par leurs bords que sépare un tissu gris-rosé fibroïde, plus enfoncé que la partie voisine. Ce tissu forme aussi en certains endroits des points au lieu d'y être disposé en bande et se trouve alors isolé sur le fond jaunâtre plus saillant qui forme la plus grande partie de la tumeur. Le *tissu hépatique* attenant à cette production est un peu plus brun comme vascularisé et dans une étendue qui ne dépasse pas un demi centimètre. Mais, à part ce changement de coloration, les limites respectives des deux tissus sont très-tranchées.

Un petit îlot de la substance jaunâtre, gros comme une noisette, se trouve isolé en arrière de la masse principale et voisin de la paroi inférieure de la veine cave, au niveau de son sillon hépatique, dans l'intérieur de laquelle il aurait pu faire saillie s'il s'était développé ultérieurement. Il existait de plus vers la limite droite de la tumeur un point ramolli et formant à ce niveau un détritus caséeux, peu abondant. Les voies biliaires et la vésicule ne présentaient aucune altération.

L'*aspect macroscopique* de cette production morbide qui s'était développée dans le tissu hépatique est exactement semblable à celui de la tumeur intra-hépatique qui aurait pris naissance au niveau de le paroi d'un kyste hydatique et que j'ai présenté le 21 avril dernier, à la Société. — L'examen microscopique, montrera s'il s'agit d'une même lésion.

8. Avortement spontané. — Intégrité de membranes de l'œuf; par M. le Dr Leblond, ancien interne des hôpitaux.

Mme F..., est âgée de 27 ans; elle a eu une première gros-

Digitized by Google

sesse, il y a deux ans, qui est parvenue à terme et qui n'a présenté aucune complication. Mme F..., bien réglée habituellement et d'une bonne santé; elle a eu ses dernières règles le 6 mars de cette année. Depuis lors, il est survenu quelques nausées et même quelques vomissements, sensation de pesanteur à l'hypogastre, picotements dans les seins. Il existait aussi une leucorrhée assez abondante. Elle est venue me consulter dans le courant d'avril. J'ai alors trouvé le col légèrement augmenté de volume. La pression sur le col était un peu douloureuse et il existait une petite érosion au pourtour de l'orifice du museau de tanche. A cause du retard qui existait et des divers symptômes accusés par la malade, je pensai immédiatement que nous étions au début d'une grossesse; aussi me contentai-je d'instituer un traitement peu actif: quelques grands bains, quelques injections détersives. Je touchai l'ulcération du col à deux ou trois reprises différentes avec un pinceau imbibé de teinture d'iode.

J'avais cessé de voir Mme F... depuis plus d'un mois, quand je fus mandé chez elle en toute hâte, le 9 juin au matin. Elle me raconta alors qu'elle avait fait il y avait environ un mois une promenade assez longue à la campagne, ayant déterminé une certaine fatigue, et que quelques jours après, il était survenu un léger écoulement sanguinolent qui, du reste, n'avait pas eu de suite. Hier, toute la journée, sans qu'il soit possible d'en déterminer la cause, elle éprouva des douleurs intenses vers la région sacrée et le soir, vers minuit, elle fut prise de douleurs hypogastriques qui se reproduisaient à des intervalles de temps assez réguliers et qui, ayant continué toute la nuit, déterminèrent vers 6 heures du matin l'expulsion du produit de la conception. Lorsque j'arrivai chez la malade à 6 heures et demie, je trouvai le produit expulsé depuis une demi-heure et resté entre les jambes de la patiente dans les linges qui garnissaient le lit.

Le produit recueilli est formé d'un fœtus présentant 8 centimètres de longueur (dimensions prises du sommet de la tête à l'extrémité du tronc), et entouré d'une membrane très-mince et tellement transparente qu'il était possible de distinguer parfaitement les divers détails de la surface du petit fœtus. Cette membrane, qui ne présentait aucune solution de continuité, contenait une certaine quantité de liquide amniotique. Lisse sur toute sa surface, elle est formée par la membrane amniotique détachée du chorion. Le cordon ombilical est rompu juste à son point d'insertion au placenta comme il a été facile de le reconnaître sur le placenta qui fut extrait quelques instants plus tard. La rupture du cordon juste au niveau de l'insertion placentaire nous expli-

Digitized by Google

que l'intégrité de la membrane amniotique. Quant au placenta, il fut extrait avec une certaine difficulté, une fraction du tissu était engagée dans le col tandis que le reste était tombé dans le vagin. La partie tombée dans le vagin fut extraite à l'aide de deux doigts, mais le placenta s'étant déchiré, une portion resta dans la cavité utérine et ne pût être extraite que quelques heures plus tard. L'index porté profondément dans la cavité utérine rencontrait encore une portion saillante mais qui me parut être le point d'insertion du placenta.

RÉFLEXIONS. — La seule circonstance qui nous paraisse intéressante à noter dans ce fait d'avortement pour ainsi dire classique, c'est l'*intégrité de la membrane amniotique*, et sa séparation de la membrane choriale. En effet, à cause de la minceur considérable de cette membrane, il est tout à fait extraordinaire qu'elle ne se soit pas rompue sous l'influence des contractions utérines.

Nous avons réuni depuis un certain temps seize cas d'avortement spontané dans ces premiers mois de la grossesse, et quinze fois nous avons noté que l'avortement était fait en bloc, c'est-à-dire que le fœtus avait été expulsé entouré de ses membranes intactes. Une seule fois, les membranes ont été trouvées rompues. Cette intégrité des membranes nous semble très-importante au point de vue médico-légal, aussi nous nous sommes cru autorisé à tirer les conclusions suivantes dans un mémoire que nous avons publié il y a quelques mois (1) : « Dans l'avortement spontané des premiers mois de » la grossesse, lorsque les membranes sont rompues, mais » lorsqu'elles sont saines, on doit en conclure que *très-proba-* » *blement* l'avortement a été provoqué. »

4. Thrombus de l'artère cardiaque gauche. — Rupture du cœur; par M. A. DOLÉRIS, interne provisoire.

P..., 75 ans, est admis dans le service de M. BOUCHARD, à Bicêtre, le 27 mai 1876. — Ce malade est arrivé dans un état de subdelirium qui ne permettait pas d'obtenir de lui des renseignements précis; il se plaignait seulement d'une douleur vague dans la région épigastrique, s'irradiant à la base du thorax et vers les hypochondres; cette douleur s'exaspérait par moment; à cette exaspération s'ajoutaient des accès dyspnéiques. — Au moment de son arrivée, les phénomènes douloureux étaient mal accusés; le malade, peut-être en raison de son état de subdélire se plaignait peu, et de plus le contact

(1) Sur l'avortement spontané dans les premiers mois de la grossesse in *Annales de gynécologie*, août 1876.

Digitized by Google

ou la pression ne provoquait aucune sensation bien vive; la face était colorée; le pouls petit et fréquent; la radiale portait des marques d'athérome; à la main la température paraissait normale et rien ne donnait à penser qu'il y eût de la fièvre sinon très-modérée; la langue était humide et saburrale.

A l'*auscultation* de la poitrine on ne constatait que des signes de catarrhe bronchique chronique; au cœur, on constatait que les bruits existaient quoique lointains, mal frappés par moments et d'une irrégularité remarquable: à des séries de battements précipités succédait une suite de battements très-lents; quelques intermittences et des faux pas assez fréquents. En un mot on trouvait des symptômes accusant un cœur vieux dont les orifices devaient être altérés, dont l'exercice était, de plus, troublé par une dégénération du tissu. La *percussion* dénotait une matité augmentée à la région cardiaque et faisait supposer une hypertrophie qui concordait bien, en apparence, avec les lésions présumées d'une part, et avec le trouble chronique de l'appareil respiratoire d'autre part. — Pas de phénomènes accusés du côte du système digestif, à moins que l'on n'eût voulu rapporter, à l'estomac la douleur qui occupait la région correspondante; pas de renvois, pas de vomissements. Perte absolue de l'appétit. Fonction urinaire normale.

Les renseignements rétrospectifs puisés à différentes sources nous ont permis d'établir quelques antécédents de nature à compléter l'histoire de la maladie : le début remontait à une huitaine de jours environ, et avait été marqué par l'invasion de la douleur seulement. L'interne de garde appelé près du malade ne constata rien de particulier du côté du cœur, sinon quelques irrégularités et un peu d'hypertrophie. Dans la même journée les douleurs s'étaient calmées, mais vers le soir survint une syncope. A partir de ce moment, l'appétit diminua sensiblement; la douleur apparaissait de temps à autre sous forme d'oppression très-pénible dans la région orbiculaire, mais le malade n'en resta pas moins dans sa salle durant les huit jours qui suivirent le début. Il fut pris la veille de son entrée, d'un commencement de délire. L'interne de garde ne constata rien de particulièrement grave du côté du cœur et du poumon; il existait toujours un état de malaise et d'endolorissement général mal défini. La température était franchement fébrile (38°6). Le malade entra à l'infirmerie où nous le retrouvions à la visite du soir dans l'état déjà mentionné.

Durant toute la nuit du 27 au 28, douleur violente, délire intense. Au matin un peu de calme, mais il y a encore une agitation marquée pendant la journée du 28. — Apyrexie.

Digitized by Google

— Pendant la nuit du 28 au 29, la douleur et les crises dyspnéiques reparaissent avec l'exacerbation du délire; le malade dit des paroles incohérentes, il change à chaque instant de position, il veut se lever.

29 *mai*. Il se plaint un peu moins que pendant la nuit, et son agitation se modère notablement; il parle cependant et remue pendant toute la journée. Vers huit heures du soir il expire tout à coup. — On n'avait constaté aucune modification dans l'état local depuis la date de l'entrée.

AUTOPSIE : ***Estomac*** très-aminci au niveau du grand cul-de-sac : Coloration rouge vineuse intense, arborisations et ramollissement de la muqueuse. — ***Poumons*** sains, un peu diminués de volume; ils semblent avoir subi une certaine compression. Quelques dilatations bronchiques, infiltration et inflammation chronique de la muqueuse des bronches. ***Reins***: volume à peu près normal, quelques zones rares et disséminées de dégénérescence graisseuse; il y a des pyramides dont le volume est diminué et la coloration pâle. ***Encéphale*** : lésions multiples disséminées dans les centres moteurs, la cause corticale, etc ....

Le ***péricarde*** contient un énorme caillot sanguin qui remplit entièrement sa cavité... La face externe du caillot est homogène, lisse et n'adhère qu'en quelques points au feuillet péricardique pariétal. En ces points il existe à la surface de la séreuse un exsudat peu épais, jaunâtre, assez adhérent, composé de fibrine et de quelques noyaux; au pourtour et au-dessous de l'exsudat, le péricarde est nettement arborisé : il existe encore quelques vascularisations en différents points de la séreuse pariétale. Du côté du cœur, le caillot est doublé d'une fausse membrane épaisse, non adhérente à la paroi cardiaque, et uniquement constituée par de la fibrine précipitée. Le péricarde viscéral est enflammé par places : exsudat mince et arborisations vasculaires. Il est doublé d'une couche de tissu graisseux, assez considérable.

Il existe au niveau de la pointe du cœur sur le bord gauche une ***solution de continuité*** linéaire, déchiquetée, de 2 cent 1/2 à 3, oblique de haut en bas et de gauche à droite. La solution de continuité apparente à l'extérieur est complète, et occupe toute l'épaisseur de la paroi cardiaque, d'ailleurs fort mince en cet endroit, ce que démontre la facile introduction d'un stylet dans le ventricule gauche. Tout autour de la rupture, le tissu du cœur est noirâtre ramolli, et forme comme une auréole d'infiltration sanguine, les fibres musculaires y sont enflammées, ce que l'on constate par l'état granuleux et vitreux qu'ont subi la plupart des éléments. Examinée du côté du ventricule la rupture n'apparaît à l'intérieur de la cavité,

Digitized by Google

qu'après qu'on a enlevé une sorte de caillot concrétré et très-adhérent à la paroi, formant comme un bouchon dans l'extrémité conique du ventricule gauche. Autour du caillot intérieur, le tissu cardiaque est ramolli au point qu'on détache en les arrachant les travées de troisième ordre qui font saillie sur la paroi et qui adhèrent intimement au bouchon fibrineux.

Par la dissection de l'*artère coronaire antérieure* on arrive, au point correspondant, à la limite de la zône d'infiltration, sur un rameau artériel de deux millimètres d'épaisseur, oblitéré sur une longueur de 7 à 8 millimètres par un thrombus dur, de couleur blanc jaunâtre qui bouche complétement la lumière du vaisseau. — Le thrombus paraît être composé uniquement de fibrine concrète.

Réflexions. — C'est dans l'existence de ce caillot, et dans le fait de l'oblitération d'une branche artérielle assez considérable, que nous trouvons l'explication du ramollissement cardiaque et de la rupture de l'organe consécutive. — Comment, et à quel moment, s'est produite la rupture? L'organisation d'une partie du caillot intra-péricardique, et les traces d'inflammation de la séreuse, semblent dire que la rupture n'a pas été complète tout d'abord et qu'elle a débuté par la face externe du cœur, tandis que la face interne, soutenue du côté du ventricule par le caillot intérieur, provoqué par la myocardite environnante, a été rompue par un effort ultime qui a dû marquer le moment de la mort. La syncope du début correspondait-elle à la formation du thrombus? Cela est probable. — En tout cas les symptômes du côté du cœur constatés pendant la vie ne donnaient point l'idée d'un épanchement péricardique assez considérable pour être diagnostiqué. Et s'il a existé des signes généraux d'une phlegmasie ils étaient probablement dus à la péricardite développée sur la fin de la maladie, correspondant à l'apparition de la fièvre et du délire.

5. Kyste du vestibule de la vulve. — Ablation. — Guérison; par M. le Dr P. Fournaise, membre correspondant de la Société.

B... âgée de 40 ans, multipare, bien constituée, a eu son dernier enfant, il y a 8 ans. Ses accouchements, bien que laborieux n'ont pas nécessité l'emploi de la force. Pas de maladies antérieures. Hémorrhoïdes moyennement développées. Peu après son dernier accouchement, cette dame s'aperçut de l'existence d'une tumeur de la grosseur d'une lentille, située un peu à gauche et au-dessous du point où les petites lèvres se réunissent pour former une sorte de capuchon au clitoris. Pensant que cette tumeur pouvait disparaître d'elle-même, la

Digitized by Google

dame B... hésita toujours à s'en faire délivrer. Comme la tumeur augmentait de volume d'une manière croissante et apportait par son poids et les douleurs dont elle était le siége une gêne manifeste à l'accomplissement des rapports sexuels, la malade consulta son médecin qui se borna à faire une ponction exploratrice et remit l'opération à une époque ultérieure.

Le 27 janvier, la dame B... se présenta à notre consultation. La simple inspection de la région nous fit reconnaître un kyste de la grosseur d'un œuf de dindon pendant au-devant de la vulve. La forme était parfaitement ovoïde; la grande circonférence avait $0^m,155$, la petite un peu moins de $0^m,13$ c.

Le pédicule, d'une longueur moyenne de $0^m,06$ c., avait un diamètre de $0^m,01$ c. au niveau de la racine; il atteignait environ $0^m,025$ à son insertion sur la poche kystique. La petite lèvre gauche, doublée de volume et adhérente au pédicule dans la presque totalité de sa face interne, ne présentait dans toute sa longueur qu'une crête libre de $0^m,003$ à $0^m,004$ de largeur. La paroi du kyste était manifestement enflammée surtout au niveau de sa grande courbure, comme l'indiquaient d'ailleurs une rougeur vive et une hyperesthésie des plus marquées. Le simple toucher arrachait des cris à la malade.

Nous priâmes notre confrère le dr Troisier de visiter cette dame et de nous assister dans l'opération. La malade fut anesthésiée avec le chloroforme. Nous fîmes alors sur le kyste, immédiatement au-dessous du bord libre de la petite lèvre, deux incisions ovalaires, circonscrivant une calotte sphérique, puis, après avoir à l'aide des doigts et d'une sonde cannelée énucléé le pédicule, nous appliquâmes en un point très-rapproché de son insertion une ligature avec un gros fil ciré. La section fut faite avec des ciseaux. Il ne s'écoula pendant l'opération qu'une faible quantité de sang. On bourra la plaie avec des fragments d'amadou et des bourdonnets de charpie imbibée d'eau alcoolisée.

Le cinquième jour eut lieu la chute de la ligature. La suppuration était peu abondante. Quelques bourgeons charnus un peu trop exubérants sont réprimés avec le nitrate d'argent. Le huitième jour la malade se lève pendant une heure et prend un bain de siége. Vers le quinzième jour, la guérison était définitive et la dame B... reprenait ses occupations habituelles.

Examen histologique. — Le kyste immédiatement ouvert laissa échapper une certaine quantité de matière filante, albuminoïde, mélangée à du pus verdâtre, bien lié et d'une odeur très-fétide. Les enveloppes furent conservées dans l'alcool. Nous avons fait avec le concours de M. Troisier, l'examen microscopique de la paroi de ce kyste. La partie que nous

Digitized by Google

avons étudiée après durcissement dans une solution de gomme arabique et d'alcool, et coloration par le picro-carminate, a été prise au niveau de la région cutanée ou externe de la tumeur. Elle est recouverte par l'épiderme, dont la couche cornée, ne présente rien à noter. La couche de Malpighi a près d'un millimètre d'épaisseur; les cellules épithéliales qui la constituent sont granuleuses ; quelques-unes de celles qui avoisinent la couche cornée ont leurs noyaux vésiculeux. Au-dessous de l'épiderme, le derme, le tissu cellulaire sous-cutané et la paroi kystique d'une épaisseur de 5 à 6 millimètres, se confondent en un seul tissu dont la structure est celle d'un tissu conjonctif jeune, dans lequel on trouve une certaine quantité de fibres élastiques et un grand nombre de vaisseaux sanguins, surtout au voisinage de la face interne du kyste. Celle-ci est tapissée par une couche unique de cellules cylindro-coniques, à laquelle adhèrent çà et là des amas de globules de pus. On trouve aussi une assez grande quantité de ces éléments infiltrés dans la paroi du kyste.

RÉFLEXIONS. — Les organes génitaux externes de la femme sont comme on le sait, pourvus de glandes variées qui peuvent être le siége de nombreuses altérations ou productions pathologiques. Il n'est pas rare surtout d'y rencontrer des kystes, qui se développent de préférence dans les follicules et les glandes des grandes et des petites lèvres ou dans le tissu dartoïque de celle-ci.

La région vestibulaire bien qu'abondamment pourvue de glandes, ne paraît guère être le lieu d'élection des kystes; du moins, la lecture des traités spéciaux de *Velpeau*, *Huguier*, *Ch. West*, *Courty*, *Alph. Guérin*, etc., et nos informations personnelles ne nous ont appris aucun fait de ce genre.

Il est à noter toutefois, d'après M. *Alph. Guérin*, que les kystes de la vulve se développent toujours dans les glandes. D'après la structure et le contenu du kyste que nous avons observé, nous avons lieu de penser qu'une des glandes du vestibule en a été le point de départ.

Manuel opératoire. — Divers procédés opératoires peuvent, comme on le sait, être mis en usage pour des cas de cette nature. On a proposé : 1° l'incision simple de la poche kystique avec suppuration consécutive obtenue à l'aide de la charpie introduite dans la plaie; ce procédé peut être suffisant pour des kystes de petit volume, mais il a l'inconvénient de nécessiter un long repos au lit et d'amener parfois des phlegmons de la vulve.

2° La simple ponction avec le trocart, suivie d'une injection irritante de vin ou de teinture d'iode ; mais ce moyen ne peut

Digitized by Google

être suivi de résultat que dans le cas de kyste à contenu séreux.

www.libtool.com.cn

3° La section du pédicule à l'aide de l'écraseur. Nous avions songé à utiliser ce procédé, mais désireux de conserver intacte la petite lèvre et d'enlever la plus grande partie du pédicule, nous avons dû choisir le procédé combiné de l'incision bilatérale et de l'excision qui nous a donné un bon résultat.

6. Fracture ancienne de l'extrémité inférieure du radius pénétrant dans l'articulation du poignet; par le Dr Ch. H. Petit, ancien interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie à l'amphithéâtre sur un cadavre de femme adulte, destiné à la médecine opératoire: c'est l'extrémité inférieure d'un radius droit, qui offre les traces d'une fracture ancienne ayant intéressé la surface articulaire. Malgré l'absence de tous renseignements, cette pièce m'a paru intéressante, non par la rareté de la lésion, mais à cause du peu d'occasions qu'on a de l'observer anatomiquement, et aussi en raison de quelques particularités sur lesquelles j'insisterai plus loin.

Une déformation très-manifeste en dos de fourchette attirait tout d'abord l'attention sur le poignet droit et faisait aussitôt penser à une fracture de l'extrémité inférieure du radius. L'os, mis à nu, on constatait en effet les particularités suivantes, qui indiquaient que l'os avait été anciennement le siége d'une solution de continuité pénétrant dans l'articulation du poignet.

A la face antérieure du radius, on remarque une convexité assez marquée dans le sens longitudinal, au lieu de la surface légèrement concave qui existe normalement en ce point; deux saillies transversales peu considérables, distantes l'une de l'autre de 6 à 8 millimètres, et se perdant insensiblement vers les bords de l'os, se voient au niveau de cette convexité; la plus inférieure de ces saillies est située à 1 centimètre environ au-dessus du rebord articulaire. Du côté de la face dorsale, à part une très-faible incurvation à concavité postérieure dans le sens de la longueur de l'os, on ne remarque pas de vestiges appréciables de fracture. En dehors, la base de l'apophyse styloïde fait peut-être, au-dessus du niveau du bord correspondant du radius, une saillie un peu plus accentuée qu'à l'état normal; mais cette apophyse elle-même ne paraît pas remontée par rapport au bord interne de la facette articulaire inférieure de l'os. Cette surface articulaire regarde en bas et un peu en arrière, au lieu de regarder, comme normalement, en bas et un peu en avant, de telle sorte que son bord

Digitized by Google

postérieur n'est plus situé au-dessous du niveau de l'antérieur, mais est au contraire plus élevé que celui-ci; la pointe de l'apophyse styloïde, entraînée par ce déplacement, est sensiblement déviée en arrière de sa place habituelle. Le cartilage articulaire présente deux fissures assez semblables à celles que l'on pourrait déterminer en l'entamant avec la pointe d'un stylet, si ce n'est que leurs bords sont macérés; ces fissures partent de l'extrémité dorsale de la crête antéro-postérieure qui partage en deux la facette carpienne du radius. L'une suit cette crête, sur laquelle elle se perd insensiblement après un trajet de quelques millimètres. La seconde, plus marquée que la précédente, se porte sur le bord interne de la surface cartilagineuse, qu'elle rencontre à peu près vers sa partie moyenne, et au niveau duquel elle cesse d'être appréciable; un repli de la synoviale est engagé et solidement maintenu entre les deux lèvres dans l'étendue de 4 à 5 millimètres du côté dorsal de l'os.

Diverses coupes (une transversale et deux longitudinales) montrent une sorte de condensation du tissu spongieux de l'extrémité inférieure du radius; on n'aperçoit nulle part de traces des deux traits de fracture; seulement il existe à la partie dorsale (sur les coupes longitudinales) un épaississement du tissu compacte qui permettrait de penser que la fracture a eu lieu par pénétration à la partie postérieure du radius.

Réflexions.—L'intérêt principal de cette pièce réside dans ce fait, qu'elle est un bel exemple du peu de tendance à la réparation que présentent les solutions de continuité des cartilages: en effet, dans cette fracture, qui date peut-être de fort loin, les lésions cartilagineuses sont restées très-manifestes, tandis que, du côté de l'os, la cicatrisation s'est faite sans laisser de traces. Il est un autre point qui me paraît également mériter de fixer l'attention, c'est cet enclavement d'un repli de la synoviale entre les deux fragments; il est permis de supposer qu'un semblable accident, impossible d'ailleurs à reconnaître pendant la vie, serait susceptible de déterminer à lui seul une gêne plus ou moins persistante des mouvements, indépendamment des autres causes qui peuvent amener le même résultat à la suite d'une fracture articulaire; malheureusement, l'absence complète de renseignements cliniques nous oblige à nous borner à une hypothèse à cet égard.

7. Encéphalite suppurée primitive à foyers multiples et circonscrits; par M. Maurice Raynaud, médecin des hôpitaux.

L'histoire de l'encéphalite spontanée, et en particulier celle des abcès du cerveau, d'origine non traumatique, est encore

Digitized by Google

assez obscure à l'heure qu'il est, pour qu'il ne faille négliger aucune occasion de l'étudier. L'observation suivante en est un bel exemple.

Serre, âgé de 24 ans, maçon, se présente le mardi 15 mai à la consultation de l'hôpital Lariboisière. — Il apporte une lettre de son médecin, qui le considère atteint de tubercules cérébraux et demande son admission d'urgence. Il est pâle, titubant comme un homme ivre et ne pourrait évidemment se tenir debout s'il n'était soutenu par la personne qui l'amène à l'hôpital.

Interrogé le lendemain à la visite, le malade qui, au premier abord paraît plongé dans le coma et incapable de parler, contre toute attente répond parfaitement aux questions qui lui sont adressées. Il tousse, dit-il, depuis quatre mois et a craché le sang à plusieurs reprises, mais il n'est véritablement malade que depuis une huitaine de jours. — Il a depuis huit jours une migraine très-violente, portant principalement sur la région des yeux, ainsi que des vomissements fréquents. Il dit n'avoir pas eu de convulsions; il n'a pas non plus de constipation. Ses ongles sont hippocratiques.

Voici les signes fournis par l'examen actuel du malade. Son visage représente un masque immobile, la bouche est entr' ouverte, les paupières à moitié closes; en somme, il paraît plongé dans un demi coma.

Si, par des excitations, on oblige le malade à sortir un instant de sa stupeur et à ouvrir les yeux, on voit que la paupière supérieure droite se relève incomplétement, l'œil droit est aussi un peu dévié en dehors. Lorsqu'on présente au malade un doigt à suivre, les deux yeux le suivent par un mouvement simultané du côté droit, tandis que du côté gauche ils ne dépassent pas la ligne médiane. Les deux pupilles sont très-dilatées, mais ne paraissent pas inégales; alternatives de contractions et de dilatation de ces pupilles. — On voit donc qu'il s'agit dans le cas présent d'une paralysie conjuguée des yeux. (Paralysie de la 3e paire droite et paralysie légère de la 6e paire gauche.)

Faiblesse sans paralysie des membres inférieurs. Rien du côté des membres supérieurs; le malade serre également bien avec les deux mains. Pas d'altération de la santé: ni anesthésie, ni hyperesthésie. Pas de trismus, pas de raideur du cou. — Ventre déprimé et excavé en bateau.

On provoque très-facilement l'*apparition de raies méningitiques*. Le malade a uriné aujourd'hui sous lui, mais c'est la première fois que la chose lui arrive. Rien de bien net à l'auscultation des poumons. Quelques râles fins au sommet droit en arrière. P. 50. T. 36°,4.

Digitized by Google

Le malade reste toute la journée dans un demi coma, la parole devient plus difficile à midi et impossible à 4 heures du soir. Il expire la nuit suivante vers 2 heures du matin sans avoir présenté de convulsions.

D'après les renseignements donnés sur le malade, il aurait eu de la paralysie de la jambe droite et de l'affaiblissement du membre supérieur droit avant son entrée à l'hôpital. Cette hémiplégie, si elle a réellement existé, n'a pas été du moins appréciable pour nous.

Autopsie. Pas de tubercules au sommet ni ailleurs. — Poumon droit très-congestionné; le poumon gauche l'est beaucoup moins. Il existe à la base du poumon gauche de petites dilatations ampullaires des bronches de la grosseur de très-petites noisettes. — *Cœur* sain. *Reins* très-congestionnés et très-durs. Pas de traces de contusions du cuir chevelu.

Méninges. La dure-mère est très-congestionnée, la pie-mère l'est beaucoup moins.

Cerveau. Pas d'exsudats à la base du cerveau, pas de granulations tuberculeuses. Rien à signaler au niveau de l'origine apparente de la 3e paire droite, ni de la 6e paire gauche. Rien au niveau des pédoncules cérébraux et de la protubérance. Les vaisseaux de la base du cerveau sont sains.

Hémisphère droit. Les circonvolutions de la partie antérieure de la convexité de l'hémisphère droit sont comme aplaties. Au niveau de la 3e circonvolution frontale du côté droit, on trouve un abcès très-superficiel, de la grosseur d'une petite noix. Cet abcès arrive jusque sous la pie-mère qui présente un épaississement blanchâtre dans une largeur de un centimètre sur deux centimètres de long. Le pus qu'il contient est violacé, crémeux et filant. En pénétrant plus profondément dans la substance du cerveau on découvre un 2e foyer, situé au-dessous du précédent, de même grosseur et n'ayant avec ce dernier aucune communication. Ce second abcès n'intéresse ni les circonvolutions ni le corps strié. Il existe au niveau du prolongement postérieur du ventricule latéral droit du cerveau, un 3e foyer, de la grosseur d'une très-grosse noix et pénétrant dans ce ventricule. Au voisinage de ce foyer la substance cérébrale est ramollie et ce ramollissement s'étend jusqu'à la corne d'Ammon.

Hémisphère gauche. Foyer diffus de 5 à 6 centimètres occupant toute la corne postérieure de l'hémisphère gauche et pénétrant dans le prolongement postérieur du ventricule latéral de ce côté. Peu de pus, véritable inflammation de la substance cérébrale au voisinage. Enfin il existe un 5e foyer très-circonscrit, de la grosseur d'une aveline, situé dans la circonvolution paracentrale, à l'union de la face interne avec la

Digitized by Google

face convexe de l'hémisphère gauche. Autour de chacun de ces foyers purulents, la substance cérébrale a, dans un espace de plusieurs centimètres, un aspect jaune-serin. Pointillé hémorrhagique autour de ces foyers. Remarquable intégrité de la substance cérébrale partout ailleurs.

En résumé, sur les 5 foyers décrits plus haut, trois sont nettement circonscrits, deux sont plus ou moins diffus. Le pus qui s'en écoule est violacé, filant et comme crémeux. Examiné au microscope, il a présenté des globules de pus des corps granuleux et des cristaux d'hématoïdine.

RÉFLEXIONS. Le diagnostic porté pendant la vie a été celui de méningite tuberculeuse. Il était difficile qu'il en fût autrement indépendamment des phénomènes cérébraux que l'on est habitué à considérer comme caractéristiques de cette maladie, céphalalgie intense, vomissements, lenteur du pouls, paralysie oculaire, coma. Cet individu disait tousser depuis quatre mois, avoir craché du sang. Si à ces commémoratifs on joint la forme hippocratique de ses ongles, on conviendra que tout se réunissait pour faire croire que nous avions affaire à un tuberculeux. D'après les renseignements recueillis sur son compte il ne peut pas être question d'un traumatisme, dont les téguments ne portaient d'ailleurs aucune trace.

On ne peut pas non plus penser à l'infection purulente. Il n'existait sur le corps aucune plaie pouvant en avoir été le point de départ. Le malade n'avait pas de fièvre. Ni les poumons ni le foie ne présentaient de traces d'abcès métastatiques. Nous sommes donc amenés, par exclusion, à conclure à une encéphalite primitive.

Nous ne trouvons aucune raison anatomique qui puisse nous expliquer la distribution des foyers. Ils semblent jetés comme au hasard dans la substance cérébrale. Les particularités cliniques suivantes méritent d'être notées.

1° Quoique la 3e circonvolution frontale *droite* fût en grande partie détruite, il n'existait pas d'aphasie ; sous ce rapport, ce fait rentre dans la règle.

2° Avec toutes les apparences du coma, le malade présentait une remarquable conservation de l'intelligence, et nous surprenait par la netteté de ses réponses. Cette circonstance n'a rien d'extraordinaire puisque la substance corticale n'était atteinte, en somme, que dans une très-minime partie de son étendue. On ne doit pas moins en tenir soigneusement note. Ce désaccord entre l'apparence et la réalité, ce *faux coma* coïncidant avec la conservation de l'intelligence devrait peut-être, dans un cas semblable, servir puissamment au diagnostic.

3° Des désordres très-étendus existaient du côté des lobu-

Digitized by Google

les occipitaux des deux hémisphères. Une observation attentive ne nous a montré, pendant la vie, ni anesthésie, ni hyperesthésie. Ce fait paraît donc aller à l'encontre des théories qui attribuent aux parties postérieures du cerveau des fonctions en rapport avec la sensibilité (1).

M. LANDOUZY : M. Raynaud a parlé d'une chute de la paupière supérieure droite, sans strabisme et sans mydriase; peut-être trouverait-on dans l'un des abcès notés sur la convexité de l'hémisphère gauche la raison du ptosis inexplicable qu'il a signalé. L'intérêt de cette recherche est tout entier dans ce double fait, que M. Raynaud s'est assuré de l'intégrité du moteur oculaire commun à la base du cerveau, et que M. Grasset (2) a, récemment, fait l'autopsie d'un malade chez lequel il trouva, avec une chute de la paupière supérieure gauche, un petit foyer de meningo-encéphalite tuberculeuse situé sur la partie supérieure de la scissure parallèle droite. Cette observation vient d'être publiée en entier avec un dessin.

Nota. L'examen détaillé de la pièce n'a pas permis de reconnaître une lésion qui puisse rendre compte de la chute de la paupière observée chez le malade de M. Raynaud. Il n'y a rien d'analogue à la lésion décrite récemment par M. Grasset.

8. Cirrhose atrophique avec ictère; par M. C. MAGNANT, interne des hôpitaux.

Le nommé L...., entrait le 3 mai 1876 à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. MESNET). Il présentait tous les signes d'une gêne dans la circulation biliaire et dans la circulation veineuse. Ictère intense, ascite énorme, avec œdème des membres inférieurs et dilatation exagérée des veines sous-cutanées de l'abdomen.

Il racontait que deux mois auparavant, il était tombé accidentellement dans l'eau. A la suite de cet accident, qui lui avait causé une grande émotion en même temps qu'il lui avait fait éprouver un violent refroidissement, il était devenu subitement jaune. C'était du reste la deuxième fois que cela lui

(1) La pièce a été présentée dans la séance du 19 mai.

(2) Voyez *Progrès méd.*, mai 1876, et *Contribution à l'étude des convulsions et des paralysies liées aux méningo-encéphalite fronto-pariétales*, par L. Landouzy. Th. inaug., 1876.

Digitized by Google

arrivait et, un an auparavant, il avait déjà été soigné dans le service pour une pneumonie compliquée d'ictère. Six semaines après, c'est-à-dire quinze jours avant son entrée à l'hôpital, apparaissent des troubles circulatoires, provoquant d'abord l'ascite, puis l'œdème des membres inférieurs.

Le 3 mai, lors de l'entrée du malade, ces phénomènes étaient des plus marqués. Le ventre était énorme, dilaté tout à la fois par le liquide et par des gaz. A la diarrhée qui avait marqué le début des accidents, avait succédé de la constipation. Du reste, pas de douleurs spontanées dans l'hypochondre, pas d'élancements, pas de vomissements, pas d'hémorrhagies. Toutefois, quelques taches de purpura sur les jambes et à droite un ulcère. L'ictère était des plus intenses. Peau, muqueuses, conjonctives, tout était jaune, et l'examen des urines par l'acide nitrique, y décelait des quantités de biliverdine. L'examen du foie, rendu très-difficile par la distension énorme de l'abdomen, permettait cependant de reconnaître une notable augmentation de l'organe, qui dépassait d'environ deux travers de doigt, le rebord des dernières fausses côtes. La palpation n'était pas pénible, mais la percussion un peu forte que nécessitait cet examen, provoquait quelques douleurs. — L'état général était du reste des plus graves.

Les renseignements étaient peu nombreux. Le malade avouait avoir eu des habitudes alcooliques, ce que favorisait du reste sa profession de garçon marchand de vins. Mais il affirmait aussi y avoir renoncé depuis un an, époque à laquelle il avait eu sa pneumonie.

Quoi qu'il en soit, en présence de l'ascite et de l'œdème des membres, et en l'absence de tout symptôme cardio-pulmonaire, on diagnostiquait une cirrhose, et comme le foie dépassait les fausses côtes, on pensait à cette hypertrophie, qui marque, au dire de certains auteurs, le début de la cirrhose atrophique. Quant à l'ictère, on le considérait comme une complication exceptionnelle, due probablement ici à la chute dans l'eau.

Du 3 mai au 11, l'état ne fait que s'aggraver. Le 6, épistaxis assez abondante. Expectoration sanglante. Apparition d'une rougeur érysipélateuse sur tout le côté droit du tronc et la face postéro-externe des cuisses. Pouls petit et lent, mais régulier. Somnolence continuelle.

7 mai.— Légère épistaxis. Disparition de la rougeur et desquamation épidermique.—Du 8 au 11, somnolence continuelle.

Enfin, dans les huit derniers jours, l'adynamie devient de plus en plus profonde. La respiration est presque impossible. Les épistaxis se répètent à chaque instant. Apparition d'un peu d'albumine dans les urines. Pendant tout ce temps, l'ic-

Digitized by Google

tère, loin de s'atténuer, s'accentue chaque jour davantage, et donne aux téguments une teinte bronzée. La salive est teinte en jaune. Le malade a du subdélirium, et finit par succomber, présentant tout à la fois les symptômes d'une cirrhose atrophique arrivée à sa dernière période et d'un ictère grave.

AUTOPSIE. — *Foie*. Petit, ovoïde et lobulé, en même temps que granuleux. Véritable cirrhose atrophique. Teinte uniformément d'un gris jaune. Pas d'obstacles extérieurs pouvant gêner l'excrétion biliaire. Malheureusement, à ce point de vue un peu d'insuffisance dans l'examen. Vésicule biliaire distendue par la bile. Poids, 1190. Tissu hépatique présentant une consistance notablement augmentée. — *Rate*. Triplée de volume, de couleur grise, et présentant absolument sur une coupe l'aspect du tissu hépatique. Consistance assez grande. P. 580. Rien du côté des autres organes, sauf un peu de congestion des reins. Rien du côté du cœur. Pas d'obstacles non plus à la circulation veineuse, pas de compression des troncs de la veine porte ou de la veine cave inférieure. Coloration jaune de tous les tissus.

En résumé, le diagnostic avait été exact, sauf l'hypertrophie que l'autopsie n'avait pas confirmée. Du reste, loin de nous l'idée d'avoir voulu faire de tout ceci une cirrhose hypertrophique. La présence de l'ascite énorme, dont l'absence fait la caractéristique de cette dernière forme d'hépatite chronique, (MM. Hanot et Charcot) devait faire rejeter ce diagnostic.

C'était bien une cirrhose atrophique accompagnée d'ictère. L'autopsie et l'examen histologique fait dans le laboratoire de M. Charcot, sont venus le confirmer absolument. M. Gombaud, qui a fait cet examen, a parfaitement constaté le siége des productions nouvelles autour des veines, sans autre altération qu'un peu de congestion des voies biliaires.

Nous pensons donc pouvoir conclure en disant que la cirrhose existait déjà probablement — mais à l'état latent — lorsque l'accident survenu au mois de mars est venu, en provoquant une congestion générale du foie, accélérer tout à la fois les accidents de la cirrhose, et provoquer une hypersécrétion biliaire dont le résultat a été l'ictère intense constaté jusqu'à la mort. Le cirrhose n'a pas ici provoqué l'ictère, mais une même cause les a produits l'un comme l'autre.

M. CHARCOT. — Il est difficile de dire quel a été, dans le cas présent, le point de départ de l'altération que nous offre ce foie. Il est profondément ictérique et la vésicule biliaire ne contenait pas trace de bile. Au contraire, elle était remplie d'épithélium cylindrique, et sa muqueuse était rouge, couverte

Digitized by Google

de papilles très-saillantes. En outre il existait de la péritonite péri-cholé-cystique. Il est probable que le point de départ de l'ictère se trouvera, dans ce cas, dans les parties profondes et constituantes du tissu hépatique.

9. Atrophie des circonvolutions de l'avant-coin droit, chez un vieillard atteint d'atrophie de l'avant-bras et de la main du côté gauche; par M. BAZY, interne des hôpitaux.

Marmet Claude, 79 ans, entré le 5 mai 1876, à l'hôpital Temporaire (service de M. GILLETTE), atteint de gangrène sénile du pied gauche. Mort le 7 juin.

Ce malade avait eu une fracture de deux os de l'avant-bras gauche, mal consolidée. Les deux fragments du cubitus s'étaient soudés; il n'en était pas de même du radius : le fragment inférieur se dirigeait du côté de l'espace interosseux et touchait presque au cubitus; le fragment supérieur avait sa direction normale, mais se perdait dans l'épaisseur des parties molles. La main était dans une flexion forcée et ne pouvait être étendue; elle était notablement plus petite que l'autre; les doigts étaient dans une extension modérée, mais à peu près complétement immobiles. L'avant-bras gauche était de quatre centimètres plus court que le droit.

Etant donnée une incapacité fonctionnelle si longtemps prolongée, une atrophie d'un segment de membre datant de si longtemps, on pouvait se demander si la perte de la fonction n'aurait pas amené la perte de l'organe qui y préside ou pour mieux dire, si on ne trouverait pas une atrophie correspondante du côté des centres moteurs de l'avant-bras et de la main, ainsi que cela arrive pour les cerveaux appartenant à des sujets qui ont depuis longtemps perdu un de leurs membres par l'amputation. Or, l'examen du cerveau nous a montré une intégrité complète des circonvolutions pariétale et frontale ascendantes dans toute leur étendue, mais l'avant-coin droit vu par sa face supérieure était notablement déprimé au-dessous des circonvolutions voisines et des circonvolutions de l'autre côté. De plus ces circonvolutions avaient une épaisseur beaucoup moindre que leurs homologues du côté opposé. Vu toujours par en haut, cet avant-coin était légèrement déprimé du côté de la face interne de l'hémisphère.

Vu par cette face interne, le cerveau ne présentait pas les mêmes particularités que celles qui sont signalées plus haut; les circonvolutions de ce côté ressemblaient à celles du côté opposé, leur arrangement néanmoins n'était pas le même. Du reste pas de changement de consistance.

Digitized by Google

10. Fractures de deux côtes consolidées. — Réunion des deux cals par une fausse articulation ; par M. Avezou, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été trouvée à Clamart sur un sujet paraissant âgé de 65 à 70 ans. La cinquième et la sixième côtes du côté gauche présentent à leur partie moyenne des traces d'une fracture déjà ancienne. La consolidation paraît normale: sur la face externe de la sixième côte, il y a une légère dépression au niveau de la fracture. Entre les deux côtes fracturées s'avancent deux jetées osseuses qui sont unies par une articulation mobile, simulant une arthrodie et pourvue d'une sorte de ligament capsulaire (1).

11. Anomalies du cerveau ; par M. Féré, interne provisoire.

Voici un certain nombre de cerveaux durcis par la macération dans l'acide nitrique dilué et la dessication. Ces pièces me permettront d'appeler l'attention de la Société sur quelques dispositions peu décrites ou anomalies des sillons et des circonvolutions du cerveau.

Sur la face interne de l'hémisphère, et dans la moitié antérieure, il n'existe, chez la plupart des sujets, que deux circonvolutions parallèles: la circonvolution crétée qui borde le corps calleux, et la circonvolution frontale interne, qui est séparée de l'autre par la scissure calloso-marginale. D'ordinaire, cette scissure n'est pas interrompue, elle présente seulement, dans la profondeur, des plis peu saillants qui la traversent. Assez souvent cependant (1 fois sur 7 ou 8), ces plis s'élèvent au niveau des circonvolutions voisines et forment alors de véritables *plis de passage entre la circonvolution crétée et la frontale interne*. Le plus fréquemment, il existe un pli de passage unique situé au niveau de la partie moyenne du corps calleux, c'est-à-dire un peu en avant.

Ce pli d'union est vertical et court, ou oblique et allongé. Quand il est oblique, c'est presque toujours de haut en bas et d'arrière en avant, c'est-à-dire qu'il a son origine antérieure sur la circonvolution crétée. Quelquefois on le voit naître sur la circonvolution crétée en avant du bec du corps calleux, dans quelques cas même, son origine se confond sous ce bec avec celles de la circonvolution crétée et de la frontale interne;

(1) La pièce a été déposée au musée Dupuytren, et le dessin dans l'album de la Société.

Digitized by Google

puis, il chemine d'avant en arrière entre ces deux circonvolutions, et va enfin s'anastomoser avec la frontale interne à peu de distance du lobule ovalaire. Dans ces cas, ce n'est plus un pli de passage que l'on voit, c'est une véritable ***circonvolution frontale interne accessoire***, aussi longue et aussi haute que la frontale interne normale, mais généralement moins épaisse. Cette deuxième frontale interne peut à son tour être amincie à la première par un pli direct. Sur la série de 9 cerveaux que je présente, on peut voir représentés tous les degrés que je viens de décrire, depuis le pli de passage vertical et court jusqu'à la circonvolution frontale accessoire complète, constituée par l'allongement progressif du premier. Cette disposition n'est pas toujours symétrique, elle existe rarement au même degré des deux côtés.

Sur la face convexe, il n'est guère de circonvolution ou de sillon qui ne puisse présenter quelque anomalie : La ***scissure de Sylvius*** peut se prolonger en arrière et en haut jusqu'à la scissure interpariétale en restant profonde dans toute son étendue. Voici deux cerveaux qui présentent cette anomalie qui n'est symétrique que sur un seul. La ***scissure parallèle*** peut ainsi se continuer jusqu'à la scissure interpariétale en conservant sa profondeur. On voit bien cette disposition sur ces trois autres cerveaux ; elle est symétrique sur deux seulement. Dans ces cas, le pli courbe n'existe pas à proprement parler.

On rencontre encore une autre particularité beaucoup plus fréquente de la scissure parallèle : c'est son interruption par des plis de passage unissant les deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales. Ces plis, dont la forme est variable, se rencontrent le plus souvent dans la moitié antérieure de la scissure : on les voit parfaitement nets sur ces quatre cerveaux. Ordinairement, ils sont assez courts et inclinés de haut en bas et d'avant en arrière ; on les retrouve souvent sur les deux hémisphères, mais ils ont rarement la même forme. — Ces diverses anomalies se sont rencontrées sur des cerveaux de vieillards, dont l'état intellectuel n'avait rien présenté de particulier à noter.

Voici maintenant le *cerveau d'un idiot* de 4 ans, mort de tuberculose péritonéale et pulmonaire. Cet enfant n'avait que quelques mots à sa disposition et ne marchait pas encore, bien que ses membres fussent normalement conformés. Le crâne ne présentait pas de déformations (diamètres maxima : longitudinal, 125 millimètres ; transversal 102). Les fontanelles étaient fermées ; la suture médio-frontale ne laissait aucune trace. Pas d'hydrocéphalie. La pie-mère adhérente n'a pu se laisser détacher que quand la substance cérébrale a été un peu

Digitized by Google

solidifiée par quelques jours de macération dans l'acide nitrique. Les deux hémisphères présentent un grand nombre d'anomalies.

www.libtool.com.cn

Hémisphère droit (poids : 380 gr.) : Face interne : le *lobule paracentral* irrégulier est relié à la circonvolution crétée par un pli saillant. Le *lobule quadrilatère* extrêmement volumineux (41 millimètres de long) était à l'état frais plus considérable que celui d'un adulte qui lui était comparé. — Face convexe : le *sillon de Rolando*, très-irrégulier, est traversé par un pli de passage volumineux et aussi saillant que les circonvolutions voisines. Dans une communication antérieure (février 1876), j'ai déjà indiqué que ce pli de passage pouvait se rencontrer aussi chez des sujets sains d'esprit.

En avant, les circonvolutions frontales sont mal délimitées. En arrière, on voit trois sillons inégaux en longueur, le médian plus long semblant continuer la direction de la scissure sylvienne. Tous trois naissent sur le bord de la scissure interhémisphérique et se dirigent parallèlement au sillon de Rolando en séparant des circonvolutions très-simples, presque rectilignes, qui semblent se continuer avec les circonvolutions marginales. La *scissure parallèle* est presque rectiligne : son extrémité postérieure dépasse de 2 centimètres en arrière celle de la scissure sylvienne qui est courte. — De cette disposition particulière de sillons et de circonvolutions presque parallèles qui parcourent obliquement d'avant en arrière toute la convexité de l'hémisphère, il résulte qu'il n'existe *pas de scissure interpariétale*, *pas de pli courbe*, et qu'il est impossible de déterminer un lobule pariétal supérieur ou inférieur.

La *scissure perpendiculaire externe* très-longue et presque rectiligne, s'avance sur la convexité de l'hémisphère jusqu'au niveau de la partie moyenne de la scissure sylvienne. De cette disposition résulte l'*absence de plis de passage pariéto-occipitaux*. On remarquera en outre que la scissure perpendiculaire externe est portée très en avant : une cheville qui a été introduite à travers le crâne au niveau du lambda, a pénétré dans le cerveau à 9 millimètres en arrière de cette scissure au lieu de tomber sur elle comme dans les cas ordinaires. Cette position de la scissure perpendiculaire indique un développement exagéré du lobe occipital qui fait encore ressembler davantage ce cerveau à ceux des primates inférieurs.

Hémisphère gauche (poids : 375 gr.), face interne : le lobule paracentral est indistinct de la circonvolution frontale interne. Le lobule quadrilatère présente le même développement exagéré qu'à droite.

Face convexe : le sillon de Rolando est un peu irrégulier, mais il n'est traversé par aucun pli saillant. Il est situé plus

Digitized by Google

en avant que celui de l'hémisphère droit, il n'est en effet qu'à 11 millimètres en arrière du point qui correspondait au bregma, l'autre s'en éloignait de 25 millimètres. En avant, on voit les circonvolutions frontales assez mal délimitées, la troisième est du double dans le sens longitudinal. En arrière du sillon de Rolando reconnaissable par ses rapports avec le lobule paracentral et les plis de la troisième circonvolution frontale, on voit deux autres sillons qui lui sont parallèles et qui naissent en haut au niveau de la partie antérieure du lobule quadrilatère. Le plus antérieur de ces deux sillons est divisé par un pli très-saillant.

La scissure de Sylvius et la scissure parallèle se continuent en arrière jusque sur le bord de la scissure interhémisphérique. Elles sont seulement interrompues dans le milieu de leur trajet par un pli peu saillant et que l'on ne voit qu'en écartant les circonvolutions qui limitent ces scissures. Il n'existe par conséquent pas non plus sur cet hémisphère de scissure interpariétale ni de pli courbe. La scissure perpendiculaire externe occupe la même situation que sur l'autre hémisphère. Elle est très-courte et se trouve entre les deux extrémités postérieures des scissures sylvienne et parallèle. Les extrémités de ces trois scissures sont contournées par un pli assez grêle qui constitue le seul pli de passage pariéto-occipital que l'on voit sur ces hémisphères.

12. Pneumonie, péricardite purulente; par le dr Couty, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Laurent, 6e bat. chas., 25 ans, vigoureux, entre le 25 mai à l'hôpital du Val-de-Grace, (service de M. Villemin).

Il a été pris le 19, sans cause appréciable, de frissons violents, avec fièvre, puis point de côté, toux etc. Le 26 au matin, on constate tous les signes d'une pneumonie droite: matité complète au sommet droit se prolongeant vers la base, en devenant plus incomplète : souffle intense jusqu'au niveau de l'angle de l'omoplate; etc., etc., à la base du poumon, la respiration est seulement rude et ronflante. En avant, du côté droit, submatité; pas de souffle net., disparition presque complète du murmure vésiculaire. Du reste, gêne respiratoire peu considérable; pouls bon; facies pneumonique franc; on entend les bruits cardiaques; peut-être cependant l'examen de cet organe a-t-il été fait un peu rapidement.

T. matin 39° 6, soir 40° 2.

27 *mai*. T. matin 39° 2, soir 39° 8 même état: 28 *mai* T. 38° 8, soir 39° 2. Potion avec 40 g. alcool. 29 *mai*. T. matin 38° 3, soir 38° 7. La fièvre persiste au-delà les limites ordinaires, et de

Digitized by Google

plus la gêne respiratoire au lieu de diminuer a augmenté; le pouls est devenu plus fréquent et moins fort. On constate l'existence d'un épanchement péricardique assez considérable: les bruits du cœur très-lointains sont à peine entendus; la matité mesure 5 à 6 travers de doigts; et on ne peut sentir la pointe du cœur à la palpation. — Du reste pas de douleur locale ou irradiée; pas de symptômes objectifs accusés par le malade.

30 *mai*. T. matin 38°2, soir 38°8; 31 *mai*. T. matin, 38° soir 38°4. L'état général est plus grave : le malade urine involontairement; sans distension de la vessie; constipation, pouls irrégulier, gêne respiratoire augmentée.

1^er^ *juin*. T. matin 37°2, soir 37°. Oppression considérable; respiration très-fréquente: pouls très-irrégulier de force et de fréquence: cependant la respiration dans le poumon gauche est très-nette et même augmentée: pas de congestion pulmonaire. —2 *juin*. T. matin 37°, soir 38°2.

3 *juin*. T. matin 37°2, soir 38°. 4 *mai* T. matin 37°, soir 37°2. On remplace la potion alcool. par une pot. avec 3 décig. poudre de digitale.

4, 5, 6 *juin*. L'état général s'est amélioré; l'oppression a beaucoup diminué; le pouls toujours un peu irrégulier est assez fort: le malade parle, demande à manger; soupe, lait à partir du 5. Cependant l'épanchement persiste et paraît même avoir augmenté. 5 *juin*. T. matin 37°2, soir 38°. 6 *juin*. T. matin 37°2, soir 38°. 7 *juin*. T. matin 37°4. soir 38°. 8 *juin*. T. matin 37°1; soir 38°.

9 *juin*. La fièvre reste la même, mais l'état général s'est aggravé; dyspnée considérable; cœur très-irrégulier; il y a des intervalles pendant lesquels le pouls est à peine senti; et des pulsations très-faibles sont suivies d'une ondée assez forte; les veines sont légèrement dilatées; la face, la peau du corps est pâle et n'a pas l'aspect cyanosé.

10 *juin*. T. 37°,2, soir 37°,4. Toujours même état; face toujours pâle.

11 *juin*. Le malade paraît sur le point de mourir; le pouls très-fréquent, irrégulier, est très-faible, à peine senti; cependant il ne meurt que dans la nuit.

AUTOPSIE le 13 *juin*. *Rate*, *reins* normaux peut être un peu congestionnés; *foie* volumineux, congestionné et offrant déjà l'aspect type du foie muscade. *Poumon* gauche un peu congestionné: poumon droit encore très-infiltré surtout au sommet qui, placé dans l'eau, ne surnage pas. *Plèvre* gauche saine: adhérences néo-membraneuses très-intimes, sans liquide dans toute la plèvre droite, hormis à la base où l'on trouve un foyer

Digitized by Google

enkysté, plus large en avant où il a 6 à 8 centimètres, foyer qui contient un pus très-épais.

Péricarde distendu, volumineux, ouvert pendant l'autopsie, il laisse échapper du pus jaune verdâtre épais; ce pus est en très-grande quantité, 500 à 700 gr. au moins. — Péricarde pariétal épaissi, à surface irrégulière; péricarde viscéral recouvert d'une couche jaunâtre, friable mais assez consistante, très-irrégulière; épaisse en certains points de 6 à 8 mill. sur la face antér. du cœur; elle existe à peine sur la face postérieure.

Cette couche fibrineuse irrégulière, se détache facilement et au-dessous on trouve le péricarde épaissi, couvert en avant de petites saillies végétantes irrégulières; beaucoup plus régulier sur la face postér. du cœur.

Au-dessous du péricarde, entre lui et la couche musculaire légèrement décolorée, couche jaunâtre graisseuse, sans aucune apparence de tissu musculaire, couche épaisse de un à deux millimètres, et correspondant à une transformation graisseuse complète du tissu musculaire superficiel. Cette couche paraît même un peu plus épaisse au niveau du ventricule droit, si bien que, en certains points, la paroi musculaire de cette cavité est réduite à moins d'un millimètre.

J'ai fait au laboratoire de M. Vulpian, avec M. Bochefontaine, l'*examen microscopique* de différentes parties du cœur. Dans la couche jaunâtre sous-péricardique, on ne trouve plus que des faisceaux de tissu conjonctif, et des amas de vésicules adipeuses; c'est à peine si quelques points présentent une apparence de stries irrégulières. Si on compare le tissu musculaire des parois droites et gauches dans ses parties restées saines en apparence, on voit à droite toutes les fibres être plus ou moins granuleuses, plus ou moins altérées, les stries sont irrégulières, et même par places ont complétement disparu. Dans la paroi gauche, certains faisceaux de fibres paraissent entièrement sains, d'autres sont granuleux, mais partout les stries sont visibles et assez nettes. Nous avons comparé les muscles papillaires droit et gauche, tricuspidien et mitral : l'altération est plus grande que dans les parois, mais là encore il y a une grande différence entre les muscles droit et gauche. Dans le muscle valvulaire gauche examiné, toutes les fibres sont plus ou moins granuleuses, les noyaux sont plus volumineux, quelques fibres sont fragmentées, mais nulle part l'aspect strié n'a disparu. Dans le muscle valvulaire droit, il y a une disparition presque complète de certains faisceaux musculaires : ce n'est plus que par places qu'on trouve des amas granuleux, offrant un aspect strié assez net.

Digitized by Google

RÉFLEXIONS. — Ce cas de pneumonie droite compliquée de péricardite nous a paru présenter quelques particularités intéressantes : d'abord, sa marche rapide. L'épanchement péricardique, qui n'existait pas le sixième jour de la maladie, était déjà très-abondant le dixième. Cet épanchement devint rapidement purulent, sans qu'aucune cause diathésique ou autre, pouvant expliquer cette transformation ait été reconnue, et la mort est survenue quinze jours à peine après l'inflammation séreuse. Notons que cette complication a coïncidé avec une pneumonie droite; notons aussi que l'inflammation du péricarde, cependant très-néoplasique, n'a entraîné qu'une fièvre très-légère, variant de 37° à 38°. Mais, il n'y a pas eu, au moment où s'est produit l'épanchement, d'abaissement de la température, comme l'ont constaté dans des cas analogues MM. Charcot et Joffroy; c'est même la persistance anormale de la fièvre pneumonique qui a fait rechercher la complication.

L'examen histologique du cœur a présenté des particularités intéressantes; la dégénérescence de la fibre cardiaque a été beaucoup plus marquée dans le ventricule droit, et pour les deux ventricules, beaucoup plus considérables dans les muscles tenseurs valvulaires et moindre dans les parois. La dégénérescence du cœur n'a donc pas été, dans ce cas, un effet direct local de l'inflammation péricardique; cette dégénérescence est un résultat fonctionnel, dû au surcroît de travail produit par la présence d'un épanchement dans le péricarde, et à la modification consécutive des conditions du cours du sang à travers les orifices cardiaques.

M. JOFFROY. La température du malade a-t-elle été prise? Cette recherche a une véritable importance, car M. Charcot a signalé la modification que subit la courbe thermique et permet de reconnaître le développement d'une péricardite. Cette modification consiste en un abaissement de la température.

M. COUTY. La température du malade a toujours été basse; quant à la courbe, elle n'a pas été faite, car la température fut prise irrégulièrement.

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

13. Purpura hémorrhagica, symptomatique d'une cirrhose; par M. Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

Homme de 47 ans, entré le 24 mars 1876, dans le service de M. DESPRÉS à l'hôpital Cochin. — C'est un ancien soldat, qui a toujours joui d'une bonne santé; cependant il a été atteint, en Afrique, par la fièvre intermittente.

On ne peut rien affirmer de positif sur l'existence d'habitudes alcooliques.

Ce malade faisait remonter le début de son mal à cinq ou six mois avant son entrée à l'hôpital. Il présentait les symptômes suivants : Affaissement considérable, qui est allé toujours en augmentant; Amaigrissement progressif; Pâleur extrême, qui était arrivée dans les derniers temps à une teinte de cire uniforme, avec décoloration des muqueuses; Existence d'un bruit de souffle intense au cœur, dont le maximum était au premier temps et à la base, et qui se propageait dans les vaisseaux du cou. Signes d'anémie cérébrale, tels que bourdonnements d'oreilles, vertiges dans la station assise, obnubilations subites et passagères de la vue.

On notait chez lui une perte complète de l'appétit, avec constipation qui, pendant les derniers jours, a fait place à de la diarrhée; un peu de toux, avec absence de signes physiques à l'auscultation; de l'ascite qui s'est développée pendant les deux derniers mois, avec œdème consécutif des bourses et des membres inférieurs; — enfin, des hémorrhagies multiples qui se sont fait jour par diverses voies et qui ont été le symptôme dominant de la maladie. Ce sont : d'abord des hémorrhagies *sous-cutanées* (la partie antérieure du tronc et les membres, les inférieurs surtout, étaient couverts de pétéchies); des *hémorrhagies intestinales*, peu abondantes, mais qui ont donné lieu, à plusieurs reprises, à du mélœna; des *hémorrhagies gingivales*; une *hémorrhagie par l'oreille gauche*, qui ne s'est produite qu'une fois; des *épistaxis* continuelles et très-abondantes qui ont nécessité trois fois le tamponnement des fosses nasales.

Le malade succombe le 14 juin 1876 avec les signes de l'anémie la plus profonde.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale.* On trouve dans le péritoine onze litres d'un liquide jaune citrin assez foncé, contenant en suspension des flocons albumineux.

Le *foie* a son volume normal; il est complétement décoloré; sa surface est lisse et uniforme; sa consistance est ferme,

Digitized by Google

ressemblant à celle du cuir bouilli. Il pèse 1,450 grammes. A la coupe on trouve une surface grenue blanchâtre, et très-pâle ; en un mot tous les caractères macroscopiques sont ceux de la cirrhose à la première période. L'examen histologique sera fait dans le laboratoire de M. Charcot.

La *rate*, d'une couleur rouge pâle, est volumineuse; elle pèse 675 grammes. — Les *reins*, le gauche surtout, sont très-anémiques. Ils pèsent 170 grammes. L'examen des urines pendant la vie n'avait fait constater la présence ni d'albumine ni de sucre. La *muqueuse intestinale* est extrêmement pâle dans toute son étendue; on ne trouve pas de tache ecchymotique à sa surface.

Cavité thoracique. Très-petite quantité de liquide dans les plèvres. Les poumons sont congestionnés. Quelques cuillerées de liquide dans le *péricarde*. Les *cavités du cœur* ne renferment pas de caillots. — L'*endocarde* présente une teinte rouge hortensia qui se prolonge sur toute l'étendue du système vasculaire. Cette couleur rouge ne s'efface pas sous un filet d'eau ; elle est vraisemblablement due à l'imbibation sanguine. Le *muscle cardiaque* lui-même est flasque et décoloré.

Le *sang* est très-peu abondant ; très-liquide, rose plutôt que rouge, offrant une couleur gelée de groseille.

L'examen microscopique fait pendant la vie n'avait pas permis de constater une diminution des globules rouges. — Les *muscles* ont une consistance molle, se déchirent facilement. Au toucher, le tissu musculaire est comme poisseux. *Cerveau.* Les méninges et la substance cérébrale sont pâles, peu vasculaires.

M. Charcot. Les altérations de ce foie sont bien en effet celles de la cirrhose à sa première période. Il serait très-intéressant de rechercher si des lésions semblables ne se rencontreraient pas dans un grand nombre de cas de purpura.

M. Hayem. Y a-t-il eu chez ce malade des hémorrhagies viscérales? S'en est-il produit dans les séreuses? Les ganglions lymphatiques étaient-ils altérés ?

M. Després. Il n'y avait pas de ganglions apparents ou accessibles sous la peau. Il n'en existait pas dans le mésentère. Le sang du malade a été examiné au microscope; la numération des globules n'a pas été faite il est vrai, mais l'examen a montré que les globules blancs étaient plus pâles qu'à l'état normal et contenaient quelques granulations fines.

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

14. Abcès miliaires du rein, sans lésion des voies urinaires ; par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

Le 21 mars 1876, entre dans le service de M. BOUCHARD, à Bicêtre, un malade qui paraît dans un état de cachexie avancée. L'examen de la cavité thoracique n'indique aucune lésion des organes qui y sont contenus. L'exploration de l'appareil urinaire ne donne pas non plus de résultats: la miction est facile, régulière, les urines sont claires sans albumine ni sucre. La palpation de la région rénale ne donne lieu à aucune douleur. Comme les symptômes observés sont plutôt des troubles de l'appareil digestif (inappétence sans nausées ni vomissements) quoiqu'il n'y ait pas de selles ni de vomissements caractéristiques, quoique la palpation ne fasse découvrir aucune tumeur, on se rattache à l'idée de cancer de l'estomac. Le malade se plaignant de fièvre, on prend pendant plusieurs jours sa température rectale.

La plus haute température que l'on trouve est 37° 7, la plus basse 37° 1. Le 28 mai au soir elle est encore de 37° 5.

4 juin. On examine de nouveau les urines. Elles sont parfaitement limpides, plutôt décolorées, ne contiennent pas de sucre. Mais l'addition d'acide nitrique donne un très léger précipité d'albumine.

7 juin. Le malade se plaint de nouveau d'avoir de la fièvre. Cette fois la langue est sèche, fuligineuse; la peau est chaude. La température rectale est de 38° 2. Le soir, elle monte à 38° 8. Le lendemain matin, on trouve le malade dans un état de demi coma. Il n'y a pas de symptôme nouveau du côté des voies digestives ni du côté des voies urinaires. La température est toujours élevée ; mort dans l'après-midi.

AUTOPSIE. — On vérifie d'abord le diagnostic: cancer de l'estomac. Mais en examinant les reins on les trouve comme farcis de petits abcès de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noisette, occupant presqu'exclusivement la substance corticale et assez superficiels pour que l'un d'eux, siégeant dans le rein droit, ait pu s'ouvrir dans le tissu cellulaire périnéphrétique. Cette ouverture a dû se faire peu de temps avant la mort, car la pénétration du pus dans le tissu cellulaire n'a provoqué de la part de celui-ci aucune réaction. Le *bassinet* ne contient pas de pus. Sa muqueuse est à peine injectée, les uretères sont sains. Ils ne contiennent aucun calcul, pas plus que le bassinet ni que la vessie. Celle-ci présente une muqueuse qui paraît absolument saine. La couche musculeuse n'est point hypertrophiée, comme elle le serait dans le cas où il y aurait eu un obstacle à l'émission de l'urine. La prostate n'est nullement hypertrophiée.

Digitized by Google

Dans la *vessie* se trouve une certaine quantité (cent cinquante centimètres cubes environ) d'une urine un peu concentrée, à peine trouble; par le repos, elle laisse déposer un sédiment blanchâtre de dix centimètres cubes.—L'examen microscopique de ce sédiment montre qu'il est formé : en grande partie de cellules épithéliales aplaties appartenant à l'épithélium de la vessie; en second lieu d'une assez grande quantité de globules de pus; en outre de cylindres rénaux de trois espèces : les uns hyalins, les autres granuleux, à granulations disparaissant par l'acide acétique, enfin la plus grande quantité colloïdes.

L'examen des autres organes n'a montré nulle part ailleurs que dans le rein l'existence de collections purulentes.

Le *rein* présentait donc tout à fait l'aspect du *rein chirurgical :* abcès miliaires siégeant surtout dans la substance corticale, apparaissant à la coupe au milieu de cette substance congestionnée. Et cependant on ne trouvait dans ce cas aucune des causes ordinaires de cette affection : pas d'obstacle à l'émission de l'urine, pas d'introduction d'instruments dans l'urèthre ni dans la vessie, pas de cystite, pas de pyélite.

M. Charcot. Ce sont là les lésions que présentent les reins désignés en Angleterre sous le nom de *reins chirurgicaux*, lésions qui se produisent à la suite d'opérations sur les voies urinaires. Rayer les avait signalées comme caractérisant l'affection qu'il décrit sous le nom de pyélo-néphrite ; néanmoins il n'est pas nécessaire que la pyélite existe pour qu'on rencontre dans le parenchyme rénal ces petits abcès tout-à-fait caractéristiques.

M. Hayem. J'ai eu occasion d'observer des altérations analogues à celles que l'on nous présente, chez un alcoolique mort d'un ulcère simple de l'estomac. Les urines de cet homme étaient muco-purulentes, et, bien que le malade n'eût jamais été sondé, elles contenaient une quantité considérable de bactéries. Il n'y avait aucune altération apparente des uretères ni des bassinets, et cependant, les petits abcès rénaux contenaient de véritables colonies de bactéries.

M. Charcot. Klebs désigne cette lésion sous le nom de *rein parasitaire*. Pour cet auteur, les bactéries se rencontrent dans les *tubuli* droits ou contournés, et autour d'elles se développent les abcès, en dehors du tube qui les renferme. Des abcès miliaires semblables se rencontrent encore dans des cas de cancer de l'utérus et leur production s'explique de la façon suivante : rétention d'urine, apparition des bactéries, qui remontent vers le rein et s'arrêtent dans les tubuli, puis

Digitized by Google

formation des abcès par le mécanisme que j'indiquais tout à l'heure.

www.libtool.com.cn

M. JOFFROY. Dans un cas de fièvre typhoïde, je me rappelle avoir constaté des abcès semblables. Peut-être y avait-il eu rétention d'urine, mais je ne saurais l'affirmer.

M. CHARCOT. Dans certains faits, il existe bien une altération des voies urinaires (rétrécissement de l'urèthre, hypertrophie de la prostate), mais il est impossible de suivre le processus inflammatoire depuis le point altéré jusqu'aux lésions rénales. Dans ces cas on a proposé l'explication suivante, et sans invoquer avec Beckmann le rôle des voies mystérieuses de la circulation, on a dit qu'il suffisait d'admettre une dilatation des uretères telle que l'urine pût ne former qu'une seule colonne liquide depuis les calices jusqu'à l'urèthre. La décomposition de l'urine suffit peut-être à leur production; l'altération de cette urine et l'apparition de bactéries pourrait alors expliquer la production de ces abcès.

Quant à moi, dans un cas où un cancer utérin avait amené une rétention d'urine semblable à celle que je viens de supposer, je n'ai pas pu rencontrer de bactéries.

15. Rétrécissement mitral. — Ramollissement embolique du bulbe; par M. le Dr HALLOPEAU, ancien interne des hôpitaux.

M. HALLOPEAU (1) montre à la Société le cœur et le bulbe d'une femme qui a succombé dans le service de M. MILLARD, aux progrès d'une affection cardiaque après avoir présenté les signes d'une hémiplégie alterne. — La paralysie occupait les membres du côté droit et le côté gauche de la face dans toute son étendue. On avait constaté en outre une paralysie du moteur oculaire externe du même côté ; — on percevait dans la région de la pointe un souffle nettement diastolique. Le diagnostic porté avait été : *rétrécissement mitral* ; *ramollissement embolique du bulbe intéressant le noyau facial abducteur gauche ou les cordons nerveux qui en émanent* ; on peut constater que l'autopsie a pleinement justifié ce diagnostic.

AUTOPSIE. — *L'orifice mitral* est rétréci par de nombreuses végétations implantées sur la face auriculaire de la valvule, non loin du bord libre ; les unes sont sessiles et ressemblent à des condylômes, d'autres sont plus volumineuses et polypiformes ; l'une d'elles, qui mesure environ deux centimètres de long sur un de large, forme une sorte d'opercule par

(1) L'observation complète sera publiée ultérieurement.

Digitized by Google

lequel l'orifice est en partie bouché; on n'y peut introduire que le petit doigt.

www.libtool.com.cn

Sur le plancher du 4e *ventricule*, au niveau de l'éminence teres du côté gauche, dans la partie qui correspond au genou du facial on voit une ecchymose. Une coupe pratiquée perpendiculairement au plancher montre dans le même point un *foyer de ramollissement* qui mesure environ 5 millimètres de diamètre et a dû détruire le noyau facial abducteur. L'extrémité supérieure de la vertébrale gauche renferme un caillot ancien. Ce caillot se continue en haut avec un coagulum également ancien qui oblitère incomplétement l'extrémité inférieure du tronc basilaire; il paraît occuper surtout les parties gauche et antérieure de ce vaisseau; la cérébelleuse inférieure gauche qui naît précisément en ce point est bouchée par un caillot qui, selon toute vraisemblance, s'est formé consécutivement à l'oblitération de la vertébrale; il en est probablement de même pour les artères médianes que l'on voit se détacher au même niveau du tronc basilaire; l'examen microscopique permettra seul de s'en assurer.

M. JOFFROY. Y avait-il des troubles dans la motilité de la langue ?

M. HALLOPEAU. Il n'en existait pas de notables.

M. JOFFROY. D'après le siége de la lésion, je pensais qu'il devait en être ainsi : le ramollissement est, en effet, situé à la partie supérieure du bulbe, près de la protubérance. Cette localisation explique en même temps l'absence de paralysie notable dans les muscles de la langue, et l'existence de phénomènes paralytiques dans les muscles moteurs des yeux.

Je profite de cette présentation pour répondre à une critique que m'a faite M. Hallopeau dans sa thèse d'agrégation sur les paralysies bulbaires (1875). — J'ai publié en 1872, dans la *Gazette Médicale*, et dans les mémoires originaux de la Société de Biologie, un travail sur un *Cas de paralysie labio-glosso-laryngée à forme apoplectique d'origine bulbaire*. Ce travail se trouve complété par une *Note pour servir au diagnostic différentiel des paralysies labio-glosso-laryngées d'origine bulbaire ou d'origine cérébrale*. (Comptes-rendus de la Société de Biologie, 1873, page 9). M. Hallopeau pense que dans le cas dont je parle, il y a une lésion « dans les pédoncules cérébraux ou plutôt » dans la protubérance; que cette altération peut rendre » compte des phénomènes observés, et qu'il n'est pas démon- » tré dès lors qu'il y ait eu une lésion du bulbe. »

Digitized by Google

Pour répondre à la critique de M. Hallopeau, il suffit de se reporter à l'observation qu'il vient de présenter et l'on voit qu'une lésion de la partie supérieure du bulbe ne suffit pas à paralyser notablement la langue. Que faut-il donc pour cela ?

Il est nécessaire que les noyaux des nerfs hypoglosses, ou les filets nerveux qui en partent, soient atteints par la lésion, c'est-à-dire que le siége de la lésion soit dans le bulbe inférieur. C'est uniquement par cette localisation que l'on peut expliquer la ***paralysie absolue*** de la langue « collée sur le plancher de la bouche, complétement immobile et à laquelle le malade ne pouvait imprimer aucun mouvement. »

D'uu autre côté, on trouve dans l'observation que vient de rapporter M. Hallopeau, des paralysies des muscles de l'œil, phénomène en rapport avec le siége de la lésion à la partie supérieure du bulbe, c'est-à-dire au niveau des noyaux des nerfs moteurs oculaires. Dans notre cas au contraire il n'y a pas eu de strabisme, parce que la lésion siégeait dans le bulbe inférieur. —Le seul trouble moteur qui ait existé temporairement, c'est la difficulté et parfois l'impossibilité du clignement volontaire des yeux, symptôme qu'il serait difficile de rapporter à une lésion bien localisée, chez ce malade qui avait évidemment des embolies nombreuses de l'encéphale.

Je continue donc à penser que, chez mon malade, il existait bien une lésion bulbaire, indiquée d'une manière formelle par la ***paralysie absolue*** de la langue, paralysie absolue que ne peuvent produire ni les lésions de la protubérance, ni celle des pédoncules cérébraux, ni celles du cerveau.

M. Hallopeau. Les conducteurs par lesquels les incitations motrices sont transmises aux noyaux bulbaires devant nécessairement traverser tous la protubérance, une lésion de cet organe pouvait rendre compte aussi bien qu'une lésion du bulbe des symptômes qui ont été observés par M. Joffroy. Je ne pouvais dès lors considérer ce fait comme un cas authentique de foyer bulbaire et j'ai pu dire « qu'il n'est pas démontré » qu'il y ait eu une lésion bulbaire. »

M. Joffroy. Le raisonnement de M. Hallopeau est fort juste, mais c'est là de la théorie. En clinique, on ne trouve pas mentionnée la paralysie absolue de la langue dans les lésions limitées à la protubérance, quoique ces faits soient fort nombreux et bien étudiés.

Digitized by Google

16. Élections.

www.libtool.com.cn

MM. MARTINET et FIOUPPE sont nommés membres correspondants de la Société.

17. Asystolie. Entérite hémorrhagique; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

Vadot, couturière, 56 ans, entrée à l'hôpital Beaujon (service de M. MOUTARD-MARTIN), le 23 mai 1876, présentait les symptômes de l'asystolie la plus marquée.

C'était une femme forte et grasse, peu cyanosée, mais pâle; elle était assise sur son lit, sa respiration était précipitée et ses paroles sans cesse arrêtées par un essoufflement que provoquait le moindre effort. Sa peau était couverte d'une sueur froide, ses lèvres légèrement bleuâtres. Pas de pouls veineux, pas d'ascite. A *l'auscultation* de la poitrine, on trouve dans les poumons des râles sibilants et muqueux très-abondants, au cœur des battements faibles et très-irréguliers; pas de bruit de souffle. Œdème généralisé et très-considérable; peu d'albumine dans l'urine. — Traitement. Macération de 30 centig. de feuilles de digitale dans 250 gr. d'eau à prendre tous les jours.

24 *et* 25 *mai*. Même traitement. *Statu quo*.

26 *mai*. Toujours même irrégularité et même petitesse du pouls. La dyspnée est très-intense. La malade est dans l'orthopnée. Douleurs abdominales très-vives, diarrhée; selles constituées par des débris épithéliaux mêlés à du sang. Vomissements verdâtres. — On supprime la digitale; lavements laudanisés.

27 *mai*. Les vomissements persistent, les selles ont été très-fréquentes, les débris épithéliaux sont mêlés à une plus grande quantité de sang; pas de ténesme. — Même traitement, potion de Todd. Le *soir* elle rend plusieurs selles contenant du sang pur, parfaitement reconnaissable, peu altéré par les sucs intestinaux. Dans la nuit, algidité, dyspnée très-marquée.

28 *mai*. Les extrémités sont très-froides, la face est cyanosée, les lèvres sont violettes, le pouls est imperceptible. — Mort à 10 heures.

AUTOPSIE le lendemain 29 mai. On constate une dilatation cylindrique de la crosse de l'*aorte*. Les parois de ce vaisseau sont athéromateuses et ont subi en certains points la transformation calcaire; elles sont irrégulières et présentent en certains points de petites dilatations ampullaires; le calibre de l'artère est augmenté; pas de caillots feuilletés. — Les

Digitized by Google

valvules auriculo-ventriculaires et sygmoïdes sont épaissies ; mais il n'y a ni rétrécissement ni insuffisance des orifices.— Le *cœur* est surtout dilaté ; ses parois ne sont pas probablement augmentées d'épaisseur. — *Foie* hypertrophié, gras. — *Rate* hypertrophiée. — *Poumons* emphysémateux ; bronchite. — Le *cerveau* n'a pas été examiné.

C'est surtout l'*intestin* qui est le siége de lésions marquées. Toutes les valvulves conniventes de l'intestin grêle sont œdématiées, elles forment des bourrelets sur la surface de l'intestin grêle étalé. Elles sont assez épaissies pour s'appliquer les unes aux autres. La muqueuse est tuméfiée dans toute l'étendue de l'intestin grêle et du cœcum, elle est saine dans les côlons. Son tissu est ramolli et peut être facilement enlevé en lambeaux. Toutes les tuniques intestinales sont rouges, infiltrées, friables ; on les déchire avec la plus grande facilité. L'altération cadavérique est très-prononcée et l'on trouve sur toute la surface de la muqueuse des bulles de gaz résultant de cette altération. Au niveau du duodénum et de l'estomac on constatait une suffusion sanguine intra et sous-muqueuse qui donnait à toute cette portion de tube intestinal une coloration rouge foncé. Dans les dernières portions de l'intestin grêle, le sang au lieu de se présenter sous cet aspect était réuni en petits foyers de volume très-irrégulier soulevant la muqueuse. Ces foyers étaient saillants et pouvaient avoir de quelques millimètres à un centimètre et demi de large. Ils étaient ordinairement ovales.

Réflexions. Comment expliquer ces accidents si rapidement mortels, ces lésions si peu communes? Soupçonner un empoisonnement prémédité, cela ne nous paraît pas probable. Cette femme n'était entrée à l'hôpital que parce que nous l'y avions vivement engagée. Rien ne pouvait dans son attitude, dans son langage, dans sa manière d'être justifier ce doute. Ne trouvant pas d'autre explication, nous sommes obligé d'incriminer la macération de digitale. Les feuilles de digitale contenaient-elles des quantités inaccoutuméas de principe actif? Ou bien avions-nous affaire à l'un de ces cas si rares d'idiosyncrasie? Ce sont des questions que nous ne pouvons pas résoudre. Il arrive fréquemment dans le service qu'à la deuxième ou à la troisième prise de macération de digitale on constate de l'intolérance gastrique, mais jamais de pareils symptômes si promptement graves.

18. Vagin et utérus doubles ; par M. Porak, interne des hôpitaux.

Observation I. En faisant l'autopsie complète de cette fem-

Digitized by Google

me (1), nous fûmes frappé d'altérations notables des organes génitaux. Les deux trompes étaient hydropiques. La trompe droite surtout très-volumineuse, à parois amincies, formait une masse recourbée, ayant au moins un centimètre et demi de diamètre; l'hydropisie de la trompe gauche, était moins considérable. L'ovaire droit était transformé en kystes volumineux comme une noix, l'ovaire gauche était sclérosé. La trompe droite au point où elle pénètre dans le tissu utérin présentait une augmentation anormale de volume, ce qui donnait au fond de l'utérus l'apparence bicorne et ce n'est que par un examen attentif que je découvris qu'il y avait en ce point une accumulation de petits kystes du volume d'un grain de chènevis.

Le *vagin* était séparé en deux compartiments par une paroi épaisse de plusieurs millimètres, absolument médiane. Aussi l'urèthre était-il logé dans la partie antérieure de cette paroi. En avant et en bas cette paroi commence en arrière du méat urinaire, en arrière au-dessus des caroncules myrtiformes. Elle vient s'insérer sur le col utérin qui présente *dans chacune* des cavités vaginales un museau de tanche perméable. Dans toute son étendue cette paroi a la même épaisseur; nulle part elle n'est plus forte. Les deux cavités vaginales de même calibre simulent assez exactement un double canon de fusil.

L'utérus est globuleux; à peine constate-t-on sur sa partie médiane une très-légère dépression. On y trouve deux cavités communiquant avec le vagin en bas, avec une seule trompe en haut. Cet organe est d'ailleurs peu volumineux.

Réflexions : Ce vice de conformation a été désigné dans la thèse de M. Lefort sous le nom d'uterus bipartitus globularis. Si nous nous reportons aux réflexions dont M. Budin fait suivre le cas qui lui est personnel (*Progrès médical*, 1875) nous voyons que c'est une très-rare anomalie. D'après M. Budin, il n'y en aurait que quatre cas connus, le sien, ceux de Eisenmann, de Liepmann et de Spœth.

Cette femme devait avoir eu des relations sexuelles peu fréquentes, elle n'a pas dû non plus être enceinte. Je n'ai malheureusement pas eu de renseignements précis à ce sujet. Je ne base mon opinion que sur les faits suivants: Les caroncules myrtiformes formaient, par leur réunion, un anneau continu; les plis des colonnes antérieures et postérieures très-nettement marqués sur les deux vagins se réunissaient en se continuant sur la paroi intermédiaire; le périnée était

(1) Voir l'observation ci-dessus.

Digitized by Google

large, et la fourchette vulvaire formait une saillie très-évidente il n'y avait ni vergetures, ni de pigmentation des seins.

OBSERVATION II. — *Utérus bicorne*. Nous rapprochons de cette dernière observation l'examen d'une phthisique autopsiée le 24 mars 1876. Cette femme avait été probablement enceinte si nous en jugeons par les vergetures dont le ventre est stigmatisé et par la pigmentation du mamelon. Son accouchement ne devait pas avoir présenté de notables difficultés, car la vulve n'est pas déformée et l'on ne constate aucune déchirure, ni aucune cicatrice de la commissure postérieure. — L'*utérus* était peu volumineux, le col unique ne présentait pas de déchirures évidentes. Le corps de l'utérus était très-nettement bicorne. A la section, suivant le grand diamètre de cet organe, on constatait seulement à la partie supérieure une large cloison triangulaire à la coupe et qui se terminait en pointe au niveau de l'orifice interne du col de l'utérus. Donc il y avait deux cavités du corps utérin et une seule cavité cervicale. Pas d'autres vices de conformation.

RÉFLEXIONS. Ces deux observations ont un véritable intérêt, surtout si l'on veut bien remarquer que j'ai examiné seulement sur 34 femmes décédées les organes génitaux depuis le 1er janvier 1876. Cette proportion donnerait certainement une idée très-exagérée de la fréquence des anomalies des organes génitaux. Nous croyons cependant qu'elles sont plus communes qu'on le suppose ordinairement, et qu'elles passent souvent inaperçues dans les autopsies.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Il est souvent arrivé dans des cas analogues à celui-ci que l'on a été victime d'une illusion et que le toucher pratiqué alternativement par deux orifices vaginaux différents faisait sentir deux cols alors qu'il n'en existait en réalité qu'un seul. Cela tient à ce que la cloison qui, dans ces cas, divise le vagin en deux loges cesse souvent avant le fond de la cavité. La section de cette cloison a été conseillée par quelques accoucheurs dans le but de faciliter l'accouchement.

M. DESPRÉS. Sur 1200 ou 1300 malades que j'ai examinées à l'hôpital de Lourcine, je n'en ai rencontré que cinq dont le vagin et le col utérin fussent doubles. Dans un cas, la cloison offrait la disposition que signalait tout à l'heure M. Lucas-Championnière.

Digitized by Google

19. Cancer de l'estomac généralisé : noyaux cancéreux dans les viscères, les muscles et la peau ; par M. MERKLEN, interne provisoire des hôpitaux.

Defl....., cultivateur, 68 ans, entre le 31 mai 1876, à l'hôpital Lariboisière (service de M. MILLARD). Cet homme n'a jamais eu de maladie grave. Il souffre depuis trois semaines d'une douleur sourde et persistante siégeant dans le côté droit de la poitrine, nettement localisée au pourtour du mamelon ; il se plaint aussi d'avoir perdu l'appétit depuis quelques mois. La langue est sèche et fuligineuse, mais il n'existe aucun trouble appréciable des fonctions digestives, ni diarrhée, ni vomissements, et il n'y en a jamais eu dans le cours de la maladie. — L'exploration du thorax ne révèle aucune lésion grave des poumons et de la plèvre. — L'abdomen, à la palpation, ne présente aucune production pathologique : pas d'augmentation de volume du foie ni de la rate, pas de matité ni de tumeur dans la région de l'estomac. Le malade n'a pas de fièvre, mais est abattu ; son teint est cuivré mais n'a rien de cachectique. — L'intelligence est intacte.

1er *juin*. La douleur constante accusée par le malade dans le côté droit, l'état adynamique et son âge avancé font soupçonner l'existence d'une pneumonie latente des vieillards ; cependant l'auscultation et la percussion ne fournissent aucun signe. — Le diagnostic est réservé. — Vésicat. vol. sur le point douloureux.

2 *juin*. Même état. — Anorexie absolue. — Café. — Extrait de quinquina : 2 gr. — H. de ricin.

5 *juin*. La douleur et l'état de prostration persistent. Léger mouvement fébrile sans grande élévation de la température. Sulfate de quinine 0,40 mat. et soir. — Extrait de quinquina

8 *juin*. La fièvre a disparu, mais sans amélioration de l'état général.

12 *juin*. M. Millard découvre au niveau du thorax, de l'abdomen et du dos des petites nodosités dures du volume d'une lentille, mobiles avec la peau et paraissant siéger dans son épaisseur. Il les considère comme de nature carcinomateuse et en raison de la douleur qui persiste dans le côté droit, conclut à l'existence d'un cancer intra-thoracique. L'état de cachexie se prononce de plus en plus ; il existe un œdème assez notable des membres inférieurs ; les urines renferment de l'albumine. La langue, toujours sèche, est couverte d'un enduit noir et épais.

14 *juin*. Le malade éprouve une difficulté extrême à prendre les aliments, même liquides. — Pot. de Tood.

Digitized by Google

16 *juin*. Mort dans un état d'adynamie profonde.

AUTOPSIE. *Thorax*. — A l'ouverture du thorax, on constate un grand nombre d'îlots cancéreux de la grosseur d'un pois, siégeant sous la plèvre, à la face supérieure du diaphragme du côté droit, dans l'épaisseur du péricarde ; il en existe également à la face interne des côtes et des muscles intercostaux ainsi que cela avait été soupçonné pendant la vie. Le *cœur* présente, au niveau de sa face postérieure, quelques noyaux de même nature siégeant sous le péricarde viscéral et empiétant sur le myocarde. On sent dans l'épaisseur de la paroi postérieure du ventricule gauche, près de sa base, un demi-cercle dur et pierreux qui paraît dû à une ossification incomplète de l'anneau fibreux de l'orifice mitral ; pas de lésion valvulaire appréciable. Les *poumons* sont congestionnés à leur base ; une seule nodosité cancéreuse à la face interne du lobe moyen du poumon droit. Plusieurs *ganglions* cancéreux au-devant de la trachée.

Abdomen. — *Péritonite* avec exsudats fibrineux et un peu de liquide louche dans les parties déclives ; les lésions inflammatoires sont plus accusées autour de la vésicule biliaire. Le *mésentère* est criblé de ganglions cancéreux. L'*estomac* est le siège d'une tumeur très-volumineuse située en dehors de l'orifice œsophagien et empiétant sur les organes situés au niveau de la petite courbure qui sont confondus en une même masse. Cette tumeur, formée d'un tissu blanchâtre et lardacé, profondément ulcérée sur plusieurs points, paraît avoir été le point de départ de la généralisation. Sa situation profonde la rendait inaccessible à la palpation de l'abdomen, même sur le cadavre. Le *foie* est farci, surtout dans son lobe droit, de noyaux carcinomateux dont quelques-uns atteignent le volume d'une noix. Stase biliaire dans les canaux intra-hépatiques. Vésicule peu tendue renfermant une bile claire et très-fluide. La *rate* est petite, diffluente. Le *rein* gauche présente un nodule cancéreux près du hile. La paroi postérieure de la vessie renferme dans son épaisseur plusieurs îlots de substance cancéreuse ; le péritoine, à leur niveau, figure des plis radiés simulant de petites cicatrices. Les *testicules* et les *vésicules séminales* ne présentent aucune lésion. La prostate, quoiqu'hypertrophiée, ne paraît pas altérée dans sa structure.

Muscles. Indépendamment du diaphragme et du cœur envahis par la généralisation cancéreuse, on trouve dans l'épaisseur du muscle biceps brachial du côté droit un noyau olivaire de même nature, du volume d'un gros pois. Cette tumeur, au premier abord, paraissait superficielle comme les grains carcinomateux de la peau du tronc.

Rien du côté de la cavité crânienne, si ce n'est un peu

Digitized by Google

d'épaississement des méninges de la convexité et une quantité exagérée de liquide céphalo-rachidien.

www.nlm.nih.gov

M. MILLARD. Ce malade m'a pendant longtemps vivement intrigué : je ne pouvais, et personne avec moi ne pouvait trouver la cause des douleurs qu'il ressentait au niveau du thorax. L'examen de l'abdomen ne révélait aucun symptôme particulier. Alors, on remarqua dans l'épaisseur de la peau du malade, la présence de quelques nodules ; je constatai moi-même l'apparition et le développement rapide de plusieurs autres. Dès lors, le diagnostic de cancer intra-thoracique fut posé. Mais j'étais loin de m'attendre à ce que l'autopsie montrât une généralisation aussi étendue. Les nodules de la peau ont été en quelque sorte le seul symptôme qui pût faire présumer la nature de la maladie, car tout, chez ce malade a été latent. Le même symptôme avait permis de faire le diagnostic dans un cas que M. Dussaussay vous a présenté dans la séance du 19 mai. Ce signe a donc une importance réelle, incontestable ; il peut dans certains cas être unique, mais suffisant pour permettre de porter le diagnostic d'un cancer viscéral.

M. CHARCOT. Je me rappelle un cas analogue : il s'agissait d'un malade qui présentait les signes d'une affection spinale bizarre, anomale. Je constatai la présence de deux petits nodules cutanés, semblables à ceux dont vient de parler M. Millard. Dès lors, le diagnostic fut certain : il existait un cancer vertébral. Chez la femme, il ne faut pas manquer de rechercher s'il n'existerait pas de cancer au sein : le squirrhe indolent est fréquent, et les malades n'en parlent pas dans bon nombre de cas. Cet examen des seins m'a permis de rapporter à leur véritable cause, c'est-à-dire à un cancer vertébral, des douleurs spinales bizarres sur lesquelles l'opium n'avait aucune prise : la malade avait à la fois un squirrhe du sein indolent, et des noyaux cancéreux vertébraux excessivement douloureux.

M. RENDU. M. Maunoury a présenté, en 1875, à notre Société, un cancer de l'estomac, ulcéré, qui n'avait donné lieu à aucun vomissement comme cela arrive assez souvent. Ce cas était remarquable en ce que la malade portait une petite nodosité cancéreuse à la partie droite du cou, et que des noyaux vertébraux donnaient également lieu aux phénomènes d'affection spinale anomale que vient de signaler M. Charcot.

Digitized by Google

M. CHARCOT. Hénocque, dans son traité, conseille d'examiner avec soin le côté gauche du cou des malades que l'on suppose atteints de cancer stomacal. Son attention avait probablement été attirée sur cette particularité par quelque fait analogue à celui que vient de citer M. Rendu. Je n'ai jamais pu rencontrer ce signe, bien que je l'aie recherché souvent. S'il existait, il aurait bien évidemment toute la valeur que M. Millard lui attribuait tout-à-l'heure.

M. LONGUET. J'ai examiné les pièces que l'on vient de voir. Il s'agit d'un carcinôme nettement alvéolaire.

20. Fracture du crâne avec enfoncement : Irradiations multiples. Contusion du cerveau ; par M. Mossé, interne provisoire.

S. Victor, 40 ans, conducteur d'omnibus entre le 7 juin 1876 dans le service de M. BENJAMIN ANGER à l'hôpital Saint-Antoine. D'après les renseignements fournis, cet homme, dont l'extérieur annonce une constitution robuste, se livrerait parfois à des excès alcooliques : sous cette influence il a déjà eu deux attaques, qui, d'après la description, se rapprocheraient assez de celles déterminées par une congestion cérébrale intense.

Dans la soirée du 7 juin, se trouvant en état d'ivresse, il est tombé en montant un escalier. La chute a eu lieu de la hauteur de trois marches seulement ; il a perdu aussitôt connaissance et a été conduit immédiatement à l'hôpital. A cet instant, on voyait du sang suinter par l'oreille droite, et l'écoulement s'est maintenu pendant quelque temps, mais sans grande abondance : plus tard sont survenus des vomissements alimentaires.

8 *juin. Etat actuel.* Le matin, le malade est dans un coma complet, sans contracture, ni déviation de la tête : le membre supérieur gauche soulevé retombe inerte sur le lit ; ce phénomène existe aussi, mais à un degré moindre pour le membre inférieur du même côté. A droite, point de signe de paralysie des membres : la sensibilité est conservée des deux côtés du corps mais la perception est retardée. Paralysie faciale, très-légère si elle existe : le malade fume sa pipe, mais la commissure est normale, il n'y a pas de déviation des traits, les paupières demeurent fermées. Ecchymose de la paupière supérieure droite, n'existant qu'à la surface cutanée : en faisant basculer le cartilage tarse on trouve la conjonctive palpébrale avec sa coloration rosée habituelle : légère ecchymose sous-conjonctivale très-limitée au-dessous de la pupille, très circonscrite, et n'ayant aucun rapport avec la précédente. Il ne s'écoule ni

www.tiptool.com.cn

Digitized by Google

sang ni sérosité par les ouvertures de la face, mais les narines et le pavillon de l'oreille droite portent encore les traces d'une hémorrhagie récente. Pas de plaie sur la face ou le cuir chevelu, rien qui puisse indiquer avec certitude sur quelle région du crâne a porté le traumatisme au moment de la chute: toutefois, en arrière et à droite au-dessus du vertex, une sorte d'œdème, d'empâtement des tissus qui cesse à 5 ou 6 centimètres environ au-dessous de la ligne courbe supérieure et n'existe pas du côté opposé: Ni crépitation ni enfoncement. *Traitement.* Saignée du bras: 4 sangsues aux tempes: lavement d'ipéca.

9 *juin.* Le malade est toujours dans le coma: il ne répond à aucune question. *Traitement:* lavement d'ipéca.

Le *soir*, le pouls est petit, rapide: le coma paraît avoir augmenté, les pupilles sont inégales: la droite est normale, la gauche dilatée, toutes deux sont sensibles à la lumière; mais celle qui est dilatée conserve toujours un certain degré de dilatation, même quand on ouvre largement la paupière.

10 *juin.* Même état; pouls à 104, petit, rapide. *Traitement*: lavement d'Ipéca : deux larges vésicatoires à la partie inférieure des cuisses. T. soir: 37°8.

11 *juin.* Le malade qui n'avait encore rien pris depuis son entrée parvient à boire un peu de bouillon: cependant l'état ne change pas. Même traitement que la veille.

12 *juin.* Le coma diminue, le malade a pu se lever sur son lit: par moment il parvient à ouvrir les yeux, il aurait même prononcé quelques paroles (?) mais l'état d'affaissement général persiste.

13 *juin.* Dans la soirée, le malade a de l'agitation, il repousse ses draps, veut quitter son lit. On est obligé de l'attacher.

14 *juin.* Coma redevenu complet; pas de contractures, résolution générale; pupilles dilatées. Depuis son entrée le malade n'a pris que du bouillon et en petite quantité: les lavements purgatifs sont restés sans effet. Mort à 6 h. du soir: Température au moment de la mort, 37° 8.

Autopsie le 16 juin. — Ecchymose violacée en arrière de la région mastoïdienne droite, se prolongeant vers la nuque: elle occupe l'endroit où l'on a pu sentir de l'empâtement aussitôt après la chute, mais le dépasse en avant et en bas. Epanchement sanguin abondant sous le cuir chevelu, occupant toute la moitié droite sur les parties latérales, s'avançant au-delà des limites du frontal en avant; le muscle temporal du même côté est infiltré de sang, surtout dans sa partie postérieure, ses fibres profondes sont en parties dissociées.

Les téguments du crâne, une fois incisés et rabattus, on découvre une *fracture* avec enfoncement, s'étendant par des ir-

Digitized by Google

radiations multiples de la voûte à la base. Un peu en avant et au-dessus de l'apophyse mastoïde deux petites esquilles: De ce point sur lequel a dû porter principalement le choc, divergent à la manière des rayons d'une étoile les 4 traits principaux de la fracture: Un *antérieur* se dirige vers la fosse temporale et sépare presque totalement du reste du crâne, les 3/4 environ de l'écaille du temporal. Le *postérieur* se dirige vers l'occipital, et limite avec le *supérieur*, dont la direction est presque perpendiculaire aux deux précédents, une portion du squelette ayant subi un enfoncement notable. Le *trait inférieur* descend sur l'apophyse mastoïde, pénètre dans le conduit auditif externe, traverse le rocher et arrive sur le corps du sphénoïde.

Ces quatre irradiations de la fracture peuvent être ramenées à deux directions, l'une *verticale* allant du vertex à la base du crâne en passant sur le frontal, le pariétal, le temporal, et arrivant sur le corps du sphénoïde en passant à travers le conduit auditif externe et le rocher (cette partie terminale est cachée par un épanchement de sang soulevant la dure-mère); l'autre transversale va de l'occiput à la partie antérieure et inférieure de la fosse temporale. Plusieurs fissures se rattachent à la fracture principale; la plus importante, est étendue de l'occipital au frontal en empiétant sur ces deux os (1). Les deux fragments inférieurs, constitués l'un par le temporal, l'autre par l'apophyse mastoïde et la portion attenante de l'occipital, sont très-mobiles.

Epanchement de sang, entre la dure-mère décollée et la paroi du crâne. Le caillot principal occupe tout le plancher de la fosse sphénoïdale, un autre moins important est situé plus haut et plus en dehors. Déchirure de la dure-mère au point de convergence des traits de la fracture. Epanchement de sang considérable à ce niveau entre la dure-mère et la pie-mère. Pas de sang liquide ou en caillots dans les ventricules.

Le *cerveau* porte de nombreuses traces de contusion; la portion inférieure du lobe sphénoïdal droit, dans sa portion périphérique est réduite en une sorte de bouillie. L'attrition est surtout complète au point en rapport avec la déchirure de la dure-mère; là, la pulpe cérébrale paraît avoir été primitivement atteinte par les fragments osseux enfoncés. Sous la portion de la pie-mère qui entoure le cervelet, plusieurs petits épanchements de sang; ramollissement superficiel de la substance nerveuse sous-jacente.

M. Petit. Il est regrettable que les irradiations de cette

(1) Voir le dessin déposé dans l'album de la Société.

Digitized by Google

fracture n'aient pas été suivies sur l'autre côté du crâne. J'ai vu dans des cas analogues à celui-ci des fêlures qui s'étendaient très-loin, jusqu'à la face, et même jusqu'au maxillaire.

21. Fracture de côte compliquée. Plaie contuse du rein; par G. MAUNOURY, interne des hôpitaux.

. Cheval.... Jean, employé, 27 ans, entré le 12 juin 1876 à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Louis, n° 49 (service de M. VERNEUIL).

Cet homme, habituellement bien portant, a été tamponné par un wagon le matin même de son entrée; lorsqu'il arrive à l'hôpital il est extrêmement oppressé et se plaint de douleurs vives dans le côté droit; il est facile, en effet, de constater qu'il existe de ce côté une fracture de plusieurs côtes, mais en raison de la dyspnée on préfère laisser l'examen incomplet plutôt que de remuer le malade. Le lendemain 13 *juin*, le malade n'ayant pas uriné, on le sonde; il s'écoule un litre d'urine parfaitement limpide.

14 *juin*. Crachats sanglants. Le malade souffrant un peu moins, il est possible de l'ausculter, et l'on constate l'existence d'un pneumothorax avec épanchement à la base, du côté droit. Le malade urine seul, mais il éprouve un syptôme insolite : de temps en temps il est pris d'un besoin extrêmement vif d'uriner, et l'urine s'échappe malgré lui. L'urine est toujours parfaitement limpide, mais elle a subi une diminution remarquable dans sa quantité : le premier jour, avons-nous dit, on retire un litre d'urine avec la sonde, le deuxième jour le malade ne rendit que 350 gr. d'urine, le troisième 500 gr. Les jours suivants la quantité augmente un peu, le quatrième cette quantité fut de 600 gr., le cinquième de 800, le sixième de 900. M. Verneuil se basant sur cette *diminution brusque de la quantité de l'urine*, diagnostiqua une contusion du rein malgré l'absence d'hématurie, et il émit cette opinion que si cette quantité allait en augmentant chaque jour, c'est que le rein sain suppléait peu à peu le rein blessé.

Le malade mourut le 19 juin, sept jours après l'accident.

AUTOPSIE. — *Pneumothorax* avec épanchement de deux litres environ d'un liquide séro-sanguinolent dans la plèvre du côté droit. Il existe une *fracture* des 4e, 5e, 6e, 7e, 8e et 9e côtes; les fragments postérieurs de ces côtes font saillie dans la cavité pleurale et viennent par leur extrémité taillée en biseau embrocher la face correspondante du poumon, qui est rétracté le long de la colonne vertébrale.

Le *rein* du côté droit présente sur sa face postérieure une

Digitized by Google

déchirure transversale allant du hile au bord externe, d'une profondeur de près d'un centimètre ; cette déchirure n'intéresse que le parenchyme rénal et n'atteint nullement le bassinet ni les calices dont la surface ne présente aucune trace de lésions. Toute l'atmosphère celluleuse qui entoure ce rein est infiltrée de sang noirâtre. — Le rein du côté gauche est complètement sain, ainsi que le foie et la rate.

www.biblio-rcim.ch

22. Dilatation considérable de la seconde moitié du côlon par pneumatose après étranglement incomplet sans trace de perforation spontanée ; par M. J. Gauché, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie, dans le service de M. Voisin à la Salpétrière ; elle provient d'une malade, âgée de 70 ans, atteinte de démence et morte après une attaque apoplectique.

Il y a deux semaines environ et durant un septénaire, la malade qui était gâteuse, a présenté un tympanisme abdominal très-considérable, accompagné de diarrhée sans vomissements. Le volume de l'abdomen ayant diminué, il est devenu facile de constater à droite des bosselures dues probablement aux fécès. Depuis lors jusqu'au jour du décès, cessation de la diarrhée, le tympanisme offrant des alternatives d'augmentation et de diminution.

Autopsie. — Nous avons trouvé que la portion dilatée du gros intestin répondait à la paroi antérieure sur la ligne médiane. Toute la masse intestinale, ainsi que le foie, l'estomac et la rate était refoulée. Vers la portion initiale du rectum, se trouvait une masse fibreuse épiploïque d'un centimètre de diamètre, qui donnait lieu à la dilatation de la partie sus-jacente sans oblitération complète, car la circulation de matières n'était pas impossible. Cette dilatation porte sur l'S iliaque entièrement déformée, sur tout le côlon descendant et sur la partie terminale du côlon transverse. Il n'y a plus trace de bosselures ni de sillons. Enfin dans toute cette moitié du côlon, la circonférence maximum qui, d'après M. Cruveilhier est de 16 centimètres, atteint 35 centimètres et même 40 au point le plus dilaté, c'est-à-dire à l'union des portions transverse et descendante du côlon. Malgré la tension excessive de la paroi il n'y a pas eu de perforation.

Réflexions. — *La rupture de l'intestin par suite de la distension des gaz et des matières fécales est un phénomène assez rare.* — « L'S iliaque, nous dit Cruveilher, est une des » parties du gros intestin qui est le plus susceptible de dila- » tation. Dans un cas, cette S iliaque avait pris un dévelop- » pement tel, qu'elle recouvrait la totalité de l'intestin grêle » et atteignait la région épigastrique d'une part, et d'une

Digitized by Google

» autre part, la fosse iliaque et la région lombaire droites.
Dans un autre cas, l'S iliaque avait perdu sa disposition
» sinueuse et ses courbures étaient effacées; elle se prolon-
» geait en haut jusqu'au diaphragme, sans qu'il fut possible
» d'établir une démarcation entre le rectum et l'S iliaque,
» entre l'S iliaque et le côlon descendant. »

» Nous ne faisons que signaler avec réserve un cas consigné dans le *Journal de médecine et de chirurgie pratiques* (Juin 1876). Il est extrait du *Chicago medical journal and examiner*. Il s'agit d'un jeune homme mort à l'âge de 26 ans, dont le Dr Strung avait publié l'observation en 1874. Ce malade était sujet à une constipation rebelle. La durée la plus longue de rétention fut de *huit mois et demi*. A l'autopsie, on trouva le gros intestin sans bosselures et largement dilaté, puisque sa circonférence mesurait sans distension 42 centimètres.

23. Méningite cérébro-spinale chez une femme en couches; par M. Ferdinand Dreyfous, interne des hôpitaux.

Coulon, Fanny, 32 ans, domestique, entre le 17 juin dans le service de M. Dumontpallier.

Antécédents. — Il y a six ans, au moment de la guerre, elle fut soignée par M. Lasègue. Elle avait à cette époque une « *main rétractée.* » Depuis, elle a eu successivement les autres membres atteints, et elle est restée, à dater de ce moment, toujours assise avec les cuisses rapprochées du corps et fléchies sur le tronc, et les jambes fléchies sur les cuisses. A certains moments toutefois, il y avait des améliorations. Et même dans ces derniers temps, il y eut, dit le mari, une amélioration assez marquée pour que la malade pût porter les bras au-dessus de la tête.

Elle tousse depuis un mois seulement et n'a jamais craché de sang, mais elle expectorait en toussant des crachats blanchâtres. Il y a 4 ans, elle eut, pour un temps seulement, les mâchoires serrées; il fallait la faire manger. Depuis, elle avait pu, d'une main, trier des chiffons avec son mari. L'intelligence était restée intacte. Elle a toujours bien mangé, jusqu'aux derniers jours. Pas de vomissements. Constipation habituelle durant 8 ou 15 jours; sauf dans les derniers temps, miction régulière. Elle avait repris un peu, et si ses membres étaient toujours aussi maigres, son corps avait paru gagner en embonpoint. Mais depuis quelque temps, elle avait maigri de nouveau.

Elle n'a jamais eu une menstruation bien régulière. Elle eut, il y a 18 mois, un enfant qui vit sans que cette grossesse

Digitized by Google

ait retenti sur son état, sans qu'elle ait eu, ni pendant, ni avant, ni depuis, des convulsions, ou des attaques de nerfs d'aucune espèce. Elle fut de nouveau enceinte et arriva à terme sans accident. Cependant, il y a environ 8 jours, elle eut une révolution : un homme la menaça, voulut « lui faire du mal » et depuis cette époque elle a toujours eu de violents maux de tête, tantôt au front, tantôt à l'occiput (peut-être, plutôt à gauche). Elle s'est plainte aussi de maux de dents atroces.

La nuit du 15 au 16, elle cessa de parler, et perdit connaissance le 16 au matin. Le même jour, à 4 heures, elle accoucha. L'accouchement se passa régulièrement, comme la grossesse. Mais dans la journée du 16 au 17, elle fut prise de vomissements bilieux. C'est dans ces circonstances que son mari la fit transporter à l'hôpital. Cette femme était dans un état de maigreur extrême. Elle portait les marques de la misère la plus profonde; je n'ai sur elle aucun autre renseignement, que ce qui suit: Elle est accouchée hier à 4 heures du soir. L'accouchement s'est bien passé, mais un peu avant terme (huit mois).

17 *juin*. Soir. *Etat actuel* : Décubitus dorsal ; perte complète de connaissance, regard fixe, pas de strabisme, mâchonnements fréquents.

Face rouge, la tête légèrement inclinée à gauche est appuyée sur l'oreiller, et difficile à soulever à cause de la roideur du cou, de sorte que la tête et le tronc se soulèvent tout d'une pièce. Les *membres supérieurs* sont rapprochés du corps, les mains et les avant-bras reposent sur la poitrine. Les avant-bras, fléchis à angle droit, ne peuvent être étendus. Le long supinateur forme une corde dure, si on essaie de les étendre. A droite, la main est dans une légère flexion, avec flexion forcée des quatre doigts et une légère abduction des mêmes doigts. Le pouce est dans l'extension et simplement appliqué sur les autres doigts; il n'est point raide et se laisse écarter des autres. Au contraire, dès qu'on cherche à étendre ou à écarter de la main les autres doigts, on provoque un cri de la part de la malade, gémissement qui s'accompagne d'un mouvement du membre. A gauche, la main est simplement étendue; pas de roideur.

Membres inférieurs. Cuisses toutes deux fléchies sur le tronc. Genoux écartés. Jambes fléchies sur les cuisses dont on ne peut les écarter; pas de paralysie appréciable, pas de contractures aux pieds, pas de trépidation provoquée ; sensibilité peut-être moindre à l'avant bras et au bras gauche. *Ventre* ni gros, ni ballonné. *Sens*. La vue ne paraît pas complétement abolie ; la lumière, l'approche d'un objet quelconque, du doigt par

Digitized by Google

exemple, la font gémir. Pupille gauche dilatée. La malade ne paraît rien entendre, même quand on lui crie dans l'oreille.

De temps en temps survient une sorte d'attaque convulsive; la main droite se relève, et l'avant-bras devient vertical pendant quelques minutes. Le membre inférieur droit entrer en mouvement et cependant le membre supérieur revient à sa position première et s'applique à nouveau sur le tronc. Tonique au membre supérieur, le mouvement convulsif est plutôt clonique au membre inférieur. L'accélération de la respiration complète cette petite attaque. Elle se produit à intervalles fréquents, mais sans régularité. Rien d'appréciable au cœur ni aux poumons, sauf de la matité au sommet droit. Respiration accélérée, irrégulière, tantôt forte et fréquente, tantôt lente et plus faible. A certains moments, il semble même qu'elle s'arrête complétement. Pouls fréquent: 140. Température : 40° 5. On sonde la malade; on retire environ 200 gr. d'urine qui, examinée avec l'acide nitrique, seul ou combiné à la chaleur, d'une part, de l'autre avec la liqueur de Bareswil n'offre pas de trace d'albumine ni de sucre. En présence de ces symptômes, me fondant sur l'examen négatif des urines et de la température élevée, je diagnostique: *Méningite cérébro-spinale.*

Autopsie faite trente heures après la mort. — *Aspect général.* La putréfaction est peu avancée; l'état de contracture des membres supérieurs et inférieurs a fait place à une rigidité cadavérique très-marquée, qui maintient les membres dans la situation où elle les a trouvés, les doigts des mains dans une flexion forcée, surtout à droite, les pieds rapprochés, les cuisses fléchies sur le tronc et les jambes sur les cuisses. Cette roideur est telle qu'on ne peut, sans une grande force et sans produire de violents craquements dans les genoux, mettre le cadavre en position pour l'ouverture.

Cavité thoracique. Plèvres : quelques gouttes de liquide séreux des 2 côtés; à gauche, au sommet, des adhérences. *Poumons*: Des deux côtés aux sommets on trouve d'abord au simple palper une portion indurée, limitée en hauteur dans une étendue de 5 à 6 centimètres. Rien à la surface même. A la coupe, on y voit de petites cavités contenant un pus concret: en le détachant on aperçoit sur les parois des granulations tuberculeuses. De même, dans les parties voisines, sont des granulations tuberculeuses reconnaissables par leur transparence, leur facile isolement d'avec les tissus qui les entourent ; elles infiltrent des deux côtés le sommet du poumon. Quant au reste de cette organe, il y a simplement de la splénisation hypostatique. — *Cœur*. Péricarde : pas de liquide, pas d'altération. Le cœur a gardé sa consistance, et à la simple vue, la fibre

Digitized by Google

ne paraît pas altérée. — Valvules saines : coloration rouge de tout l'endocarde due à l'imbibition cadavérique. La cloison inter-ventriculaire, dans sa partie supérieure, au-dessus des sigmoïdes, est mince, transparente et réduite aux deux feuillets de l'endocarde adossés.

Cavité abdominale : Pas de liquide dans le péritoine. ***Rate*** : Un peu friable. ***Foie*** : N'est pas augmenté de volume, n'offre qu'une coloration un peu pâle (femme nouvellement accouchée) et point d'altération jaune paille si fréquente chez les phthisiques. ***Reins*** : Pas d'abcès. Coloration pâle de la substance corticale des deux reins; elle est en même temps affaissée, si bien que les pyramides font saillie sur la surface de section. — Pas de tubercules. ***Estomac*** : Çà et là, quelques plaques rougeâtres. Glandes très-saillantes; en un point une légère érosion. ***Intestin grêle*** : Rien d'appréciable. ***Gros intestin*** : De nombreuses ulcérations, dont une large de 0,03 et longue de 4 ou 5, occupant le bord libre, à direction transversale, à bords abruptes, occupent le cœcum et le côlon ascendant. ***Utérus*** : Bien revenu sur lui-même; à sa face interne encore à nu, la muqueuse nouvelle est encore molle, blanchâtre, friable; on reconnaît l'insertion placentaire.

Pas de pus aux angles de l'utérus. Un kyste des trompes. — Veines utéro-ovariennes volumineuses, contenant du sang très-noir. Pas de pus. On n'en trouve pas la moindre trace dans la veine circulaire du col de l'utérus.

Cavité crânienne : Os d'épaisseur normale, faciles à couper; dure-mère non adhérente à la table interne de l'os. ***Arachnoïde*** : Le liquide arachnoïdien n'est pas augmenté; le feuillet viscéral paraît encore transparent, et au-dessus de lui se voit dans les différents sillons la coloration verdâtre du pus. L'espace sous-arachnoïdien est rempli de pus sec, encroûté, qui dissèque les circonvolutions cérébrales; pie-mère encroûtée de pus (adhérente).

Siége de l'altération : Si l'on compare d'une façon générale les surfaces de la base, et de la convexité du cerveau, on voit que, entre toutes les circonvolutions de la surface convexe, les sillons sont occupés par le pus et les fausses membranes.

A la base, les circonvolutions cérébrales ne sont pas atteintes; la lésion s'est réfugiée à la face inférieure de la protubérance, du bulbe et du cervelet et aussi à la face supérieure du cervelet, où l'on voit toutefois moins de pus qu'à sa face inférieure. En résumé tous les confluents du liquide sous-arachnoïdien sont les lieux d'élection des lésions, mais surtout le confluent antérieur ou inférieur. Si l'on écarte les circonvolutions qui forment les lèvres supérieure et l'inférieure de la scissure de Sylvius, ce que l'on fait avec une

Digitized by Google

grande facilité, on ne voit à ce niveau que du pus et des fausses membranes flottant dans le liquide, et pas de tubercules. En isolant ces différentes parties, on remarque un ramollissement des couches tout-à-fait superficielles des circonvolutions, ce qui contraste avec la consistance générale du cerveau qui, au contraire, est augmentée.

Cavités ventriculaires : En enlevant le cerveau on vit un pus liquide, sortant au niveau de la fente de Bichat. La coupe pratiquée en arrière du chiasma des nerfs optiques, verticale et transversale, fait voir ce qui suit :

Du liquide louche et du pus dans les ventricules latéraux, venant surtout de la partie postérieure de la corne occipitale. En ouvrant les ventricules, on trouve les plexus choroïdes épaissis : quant au septum lucidum et à la voûte à 3 piliers, leur consistance est ferme et plutôt augmentée que diminuée. Le 4e ventricule est sain. Rien à la coupe du cervelet ni du bulbe ou de la protubérance.

Cavité rachidienne : En enlevant la moelle, un liquide purulent s'écoule à l'extrémité inférieure du canal. Il suffit de toucher du doigt la moelle pour constater une induration très-nette ; elle rappelle presque la dureté du cordon enflammé et paraît encore plus marquée au renflement cervico-dorsal. En incisant la dure-mère, on constate que des fausses membranes encroûtées de pus et du pus recouvrent la surface de la moelle. Isolée au niveau de sa portion dorsale, cette surface paraît saine et se laisse séparer facilement des parties qui la recouvrent. A la coupe, la moelle paraît saine.

RÉFLEXIONS. Ce fait de *méningite cérébro-spinale suppurée* chez une femme enceinte et tuberculeuse nous paraît intéressant d'abord à cause de la rareté même de l'affection chez les femmes en couches. On trouve un exemple analogue dans une thèse de 1875 intitulée : *Un cas de méningite cérébro-spinale suppurée, chez une femme en couches* par M. Larregui. Avons-nous affaire à une méningite chez une tuberculeuse, ou à une méningite tuberculeuse proprement dite? Il n'est pas possible, en effet, de rattacher cette méningite suppurée à une infection purulente, puisqu'il n'y a d'abcès dans aucun des viscères et surtout rien dans l'utérus.

Le siége de la lésion plus marquée à la convexité, et l'absence de ramollissement de la cloison et de la voûte à trois piliers, sont-elles des raisons suffisantes pour refuser de reconnaître toute relation entre la lésion pulmonaire et les lésions cérébro-spinales? Et, dans le cas où ce serait une méningite tuberculeuse, quelle part a eu la grossesse sur son développement? Quant au diagnostic topographique, il est impossible, dans un cas pareil, de rien préciser. — Remarquons tou-

Digitized by Google

tefois l'absence du délire, qui serait, suivant les classiques, le signe d'une méningite de la convexité du cerveau. Enfin je rappellerai ces phénomènes bizarres de contracture datant de six ans. — il nous est impossible de savoir à quoi les rattacher. Y a-t-il quelque rapport à établir entre les accidents anciens et les accidents récents? Nous posons seulement ces questions sans chercher à les résoudre.

24. Urines chyleuses; par M. Alb. Robin, interne des hôpitaux.

M. Robin présente des urines chyleuses. — Il s'agit d'une dame qui depuis trois ans rend, le matin seulement, des urines de cette nature. Le décubitus paraît avoir une influence réelle sur leur production. Le microscope montre que ces urines sont constituées par des débris cellulaires, des granulations très-fines animées de mouvement brownien, mais on n'y reconnaît aucune gouttelette graisseuse. Elles ne contiennent ni albumine ni sucre, et seulement $\frac{1}{3}$ de la proportion normale d'urée.

M. Rendu. La malade n'aurait-elle pas eu auparavant des hématuries? Dans une thèse récente, M. Crevaux a signalé que la chylurie des pays chauds alterne souvent avec l'hématurie.

M. Renaut. Dans les cas d'urines chyleuses, il semble qu'il y ait eu une diapédèse très-marquée : l'urine contient, en effet, des globules blancs et rouges, mais dans une proportion inverse de la normale.— Je voudrais, en outre, savoir si M. Robin a examiné de cette urine au point de vue des parasites qu'elle pourrait peut-être renfermer.

M. Robin. Cet examen sera fait. En attendant, la quantité de sels que contient cette urine semble la rapprocher beaucoup du chyle.

M. Homolle. Cette malade a-t-elle des dilatations lymphatiques ? Quelques médecins des pays chauds ont attribué la chylurie à l'existence de varices lymphatiques. Des médecins de l'Inde ont signalé la coexistence de chylurie, de varices lymphatiques de l'aine et du scrotum, et même de l'éléphantiasis. Ils ont attribué ces altérations lymphatiques à la présence d'un parasite du genre filaria.

25. Kyste hydatique du foie, ouvert dans le canal cholédoque; par MM. Butruille et Vinache, externes des hôpitaux.

La femme qui fait le sujet de cette observation est entrée le

Digitized by Google

9 juin 1876, dans le service de M. G. Sée, à la Charité (salle Sainte-Anne, n° 1); c'est une femme de 26 ans, mécanicienne, qui fait remonter au dimanche 4 juin, le début de son affection. Ce jour-là, elle fut prise de frisson et de point de côté et présenta en même temps une toux peu intense et une gêne assez légère de la respiration.

Cette femme, enceinte de six mois, déclare avoir toujours présenté un ventre plus gros que ne le comportait sa grossesse et, vers la fin du mois de mai, la sage-femme qu'elle consultait pour des douleurs de reins lui faisait remarquer qu'elle avait la jaunisse et quelques troubles gastriques attribués à la grossesse.

La dyspnée s'accentuant, le point de côté devenant de plus en plus insupportable, la toux plus fréquente amenant des crachats visqueux et sanguinolents, la malade garda définitivement le lit le *7 juin*.

Le 8, on lui posa 28 ventouses sur la poitrine et elle entra à l'hôpital le *9 juin*. Le soir de son entrée, on constate une dyspnée extrêmement intense, qui donne de suite l'idée d'une pneumonie étendue ; la malade se plaint d'une douleur très-accusée, siégeant à la base du thorax et à la partie antérieure du flanc droit et de là irradiant dans tout l'abdomen, douleur que la moindre pression provoque ou exagère. Les urines contiennent une forte proportion de pigment biliaire dont la présence est décélée par l'acide nitrique et la teinture d'iode. Depuis quinze jours, au dire de la malade, les matières sont décolorées et présentent la teinte du café au lait. — T. A. 41°7; P. 100.

Outre ces signes fonctionnels, on constate les signes physiques suivants : le ventre est volumineux, plus volumineux qu'il ne l'est ordinairement chez les femmes enceintes de six mois ; l'exploration du foie permet de constater une augmentation de volume de l'organe qui est dur et peut être légèrement bosselé.

Par l'examen de la poitrine, on constate du côté droit une matité absolue remontant jusqu'au niveau de l'épine de l'omoplate ; les vibrations thoraciques sont abolies, mais ne se perçoivent pas non plus du côté opposé, en raison de la faiblesse de la voix. Le bruit respiratoire fait complétement défaut à la base ; plus haut, au niveau de la limite supérieure de la matité, on trouve un souffle bronchique très-fort, et lorsque la malade parle, un retentissement très-fort de la voix qui est légèrement chevrotante. Le souffle s'entend presque jusqu'au sommet, mais c'est simplement le fait de la propagation. En avant, la respiration est à peu près normale.

Il ne semble donc pas douteux qu'il existe une affection

Digitized by Google

aiguë de l'appareil respiratoire ; mais si l'accablement de la malade et l'ensemble des phénomènes généraux et des troubles fonctionnels semble indiquer une pneumonie, l'examen physique fait admettre qu'il s'agit plus probablement d'une pleurésie affectant la région diaphragmatique.

10 *Juin.* La malade garde le décubitus dorsal, toute autre position augmentant la dyspnée ; elle tousse peu, mais sa toux amène quelques crachats visqueux, sanguinolents, en un mot des crachats de pneumonie. La malade se plaint aussi de constipation. Coloration ictérique très-intense, douleurs très-vives à la région hépatique ; T. 39° 2, *soir*.

11 *Juin.* T. 39°,2. — La pleurésie ne semble pas pouvoir être mise en doute ; il y a même ce matin de l'égophonie très-nette. La malade est prise de douleurs utérines : le col de l'utérus est légèrement dilaté.

12 *Juin.* La malade fait une fausse couche et expulse un fœtus d'environ six mois... tout se passe normalement. L'ictère est toujours aussi marqué, ainsi que tous les signes mentionnés précédemment.

13 *et* 14 *juin.* Même état ; la température oscille entre 38° et 39°.

15 *juin.* La malade est réveillée dans la nuit du 15 au 16 par un violent accès de colique hépatique, crise qui se prolonge presque pendant la journée du 16, qui augmente singulièrement la douleur abdominale et rend impossible l'examen de cette région.

16 *juin.* Vomissements répétés plusieurs fois pendant la journée ; la dyspnée ne se calme nullement. La douleur de l'hypochondre rend difficile l'examen de la poitrine.

17 *juin.* La crise de colique hépatique a cessé, mais la malade vomit encore plusieurs fois, pendant la journée ; elle éprouve du dégoût et de la répugnance pour toute espèce d'aliment.

18 *juin.* La malade a une nouvelle colique qui dure quelques heures. De plus, elle perd par le vagin une quantité abondante de sang, mêlé de caillots, qui répand une odeur fétide. Douleurs de côté, dypsnée, toux, T. 38°.5. La malade a eu une selle très-décolorée, dans laquelle on trouve une sorte de fausse membrane qu'on soupçonne être un débris de membrane hydatique.

19 *juin.* Même état ; la dyspnée augmente, l'ictère est plus marqué, quelques frissons pendant la journée, douleurs très-vives dans l'hypochondre ; ascite. — 20 *juin.* La malade meurt.

Autopsie. 24 heures après le décès. Teinte ictérique de toute la peau, ventre considérablement distendu et sillonné de veines nombreuses. A l'ouverture de la cavité abdominale,

Digitized by Google

il s'écoule une grande quantité de sérosité colorée en jaune ; tous les tissus sont imprégnés de pigment biliaire.

Le *foie* est extrêmement volumineux ; il est aplati, déformé : son extrémité gauche se trouve dans l'hypochondre correspondant et refoule les autres viscères. Dans le lobe droit on trouve un kyste énorme ayant presque le volume de la tête d'un adulte, refoulant en haut le diaphragme et faisant une saillie très-prononcée sur la face convexe de l'organe. Ce kyste est adhérent aux parties voisines ; il faut le disséquer pour le séparer du diaphragme.

Dans son intérieur nage, au milieu d'un liquide purulent et fétide, d'une coloration rappelant celle du pus de mauvaise nature, une quantité innombrable de vésicules hydatiques de volume variable ; quelques-unes suppurent ; l'une d'elles présente le volume du poing ; leur enveloppe est colorée par le pigment biliaire.

Les conduits biliaires communiquent avec ce kyste ; la vésicule, considérable, distendue et épaissie, ne paraît pas contenir d'hydatides ; mais le canal cholédoque présente à quelques centimètres avant son embouchure dans le duodénum, une membrane implantée sur la muqueuse et qui offre quelques vésicules très-petites.

Les *poumons* et surtout le droit, sont ratatinés d'une manière remarquable. La plèvre droite ne présente pas de liquide, mais le poumon est le siége d'une congestion très-manifeste.

Le *cœur* est flasque comme le cœur des femmes enceintes. Les autres organes ne présentent d'autre particularité que celle d'être imprégnés de pigment biliaire. Le *rein* droit adhère au foie, mais ne présente pas d'hydatide.

M. Sevestre. Ce fait est intéressant à plusieurs points de vue sur lesquels je demande la permission d'attirer l'attention. Je signalerai tout d'abord le contraste entre les signes physiques constatés pendant la vie et les résultats de l'autopsie. Ainsi que l'a dit M. Butruille, on trouvait à la base droite une matité absolue dont il est facile aujourd'hui de se rendre compte ; mais il y avait aussi un souffle bronchique très-net et du retentissement de la voix ; quelques jours après l'entrée de la malade, on trouvait une *égophonie* des plus nettes, et cependant, à l'autopsie, on ne put constater la plus petite quantité de liquide dans la plèvre. L'égophonie aurait-elle été due, dans ce cas, aux vibrations communiquées au liquide du kyste, de sorte que la voix aurait produit une sorte de frémissement hydatique ; c'est une opinion que l'on peut émettre,

Digitized by Google

mais qui reste à l'état d'hypothèse. Il est dit dans l'observation que la malade rendit par les garde-robes des membranes.

En effet, l'infirmière me montra un soir des membranes qui avaient été expulsées avec les matières fécales; je plaçai ces membranes dans un verre avec de l'eau, et elles me parurent présenter tous les caractères des membranes hydatiques. Je me proposais de les examiner au microscope le lendemain matin; malheureusement elles avaient été jetées et la malade n'en rendit pas d'autres. Aujourd'hui il ne me semble pas douteux qu'il s'agissait en effet de membranes hydatiques, et que le kyste commençait alors à se vider par les voies biliaires et l'intestin. Les coliques hépatiques ressenties par la malade n'avaient probablement pas d'autre cause. J'ai présenté en 1873 un cas dans lequel le kyste se vidait dans l'intestin; la membrane était en quelque sorte à cheval sur le canal cholédoque, son extrémité antérieure flottait dans le duodénum alors que sa partie postérieure était encore dans la poche hépatique. Plusieurs autres faits analogues avaient été rappelés à cette occasion.

Dans le fait actuel, le diagnostic de kyste hydatique n'avait pas été fait, si ce n'est au moment où j'avais vu les membranes évacuées avec les matières fécales.

La complexité des phénomènes rendait la diagnostic très-difficile, et ces difficultés étaient encore augmentées par l'état d'affaissement dans lequel se trouvait la malade, dont on pouvait à peine tirer quelques renseignements.

26. Cancer généralisé; par M. J. DAVE, interne des hôpitaux.

Donat..., Marie, 61 ans, entre le 16 avril 1876, salle Sainte-Mathilde, lit n° 19, à l'hôpital Lariboisière (service de M. RAYNAUD).

Cette malade, depuis longtemps dans les hôpitaux, où elle avait fait plusieurs séjours, présente les phénomènes suivants : Le palper abdominal révèle la présence dans la fosse iliaque gauche d'une tumeur dure, multilobée, très-douloureuse à la pression. Elle est du volume d'une tête d'enfant à peu près et ne peut être nettement délimitée à cause de l'empâtement de voisinage. Néanmoins il est certain qu'elle s'est développée aux dépens de l'ovaire gauche. Le ventre est rouge, tendu, très-douloureux, et présente une dilatation considérable du réseau veineux sous-cutané, dilatation qui s'étend jusqu'aux veines de l'aisselle.

Digitized by Google

Par le toucher vaginal, on constate que le col utérin est normal, mais que le fond de l'utérus est enclavé dans une masse solide qui remplit tout le petit bassin.

L'exploration, tant par le toucher que par le palper, est extrêmement douloureuse. En outre, la malade accuse des douleurs spontanées, lancinantes, continues, qui empêchent le sommeil d'une façon absolue. Pas de diarrhée, pas de pertes utérines. Facies cachectique au plus haut degré. L'ensemble de ces phénomènes fait poser à M. Raynaud le diagnostic suivant : *Cancer du petit bassin* ayant son point de départ dans l'ovaire gauche et généralisé à la plupart des organes internes.

Bientôt à ces phénomènes s'en ajoutent d'autres : œdème du membre supérieur gauche; puis, le 1er *mai*, on constate dans la jugulaire externe gauche l'existence d'un caillot qui occupe toute sa longueur et qui persistera jusqu'à la mort de la malade en se rétractant. Il se termine inférieurement à l'abouchement de la veine dans la sous-clavière et est divisé en deux parties par le cordon du bonnet de la malade.

Les jours suivants, l'œdème envahit la moitié gauche du corps, puis la partie droite de la face, puis enfin l'ensemble du tissu cellulaire.

Le 13 *juin*, on constate la présence d'un épanchement pleural à gauche. — Le 15 *juin*, mort.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, on trouve le petit bassin occupé par une *tumeur* volumineuse, blanchâtre, dure, irrégulière, englobant la plupart des organes et soudée en outre aux anses intestinales voisines par de nombreuses adhérences. Pas de liquide dans la cavité péritonéale. La symphyse étant fendue, on enlève la masse cancéreuse et avec elle, qu'ils soient contenus dans son épaisseur ou simplement adhérents à sa surface, le vagin, l'utérus, les ovaires, la vessie, le rectum, l'S iliaque.

La dissection de la pièce montre les faits suivants : il est impossible de retrouver l'*ovaire gauche* ainsi que la trompe correspondante, au milieu de la masse cancéreuse. A la coupe, cette dernière est dure, comme cartilagineuse, blanchâtre, et présente à sa partie postérieure, dans son épaisseur même, deux kystes : l'un du volume d'une orange est rempli de pus; l'autre, gros comme un œuf, renferme un liquide blanchâtre qui doit sa couleur à des paillettes de cholestérine qu'il tient probablement en suspension.

La masse, tout en envahissant le fond de l'*utérus* par sa corne gauche, ne l'a pas tellement englobé qu'on ne puisse l'en distinguer. Il présente dans l'épaisseur même de sa paroi une tumeur de même nature que la tumeur principale et de

Digitized by Google

la grosseur d'une aveline; il en existe une autre, toujours dans la paroi utérine, à l'union du corps et du col. Enfin il en existe plusieurs autres pédiculées et faisant saillie sous le péritoine qui recouvre l'utérus.

Le *vagin*, *l'ovaire droit* et la *trompe droite* sont absolument sains. — La vessie présente quelques petits noyaux dans son épaisseur. — Pas de noyaux dans le péritoine ni dans les ganglions pelviens ou abdominaux.

Les deux *reins* présentent des lésions analogues: on y remarque une hydronéphrose assez marquée, sans qu'il y ait de dilatation de l'uretère, et sans que la fonction urinaire ait paru troublée pendant la vie. Tous deux sont envahis par la dégénérescence cancéreuse: la moitié supérieure du rein droit, divers points du rein gauche, sont envahis par des noyaux de grosseur variable; en outre, il y a au hile du dernier une masse de la grosseur d'une noix, développée probablement aux dépens d'un ganglion lymphatique, et qui paraît avoir comprimé l'uretère à sa sortie même du bassinet. Le *foie* présente au niveau de son hile un ganglion cancéreux de la grosseur d'une noix: il existe en outre quelques noyaux dans son parenchyme. Dans le lobe droit, il en est un de la grosseur d'un pois; dans le lobe gauche, un autre atteint les dimensions d'un petit œuf.

Le *cœur* est sain dans sa moitié gauche; dans le cœur droit, au niveau de l'orifice auriculo-ventriculaire il y a une masse de même nature que les précédentes, du volume d'un œuf de pigeon, masse qui se prolonge dans l'épaisseur des fibres du ventricule, fort dure à la pression et d'un blanc jaunâtre. Le *péricarde* renferme un peu de sérosité. — Epanchement séreux d'un litre environ dans la *plèvre gauche*; rien du côté droit. Dans le *poumon gauche*, un peu d'emphysème vers le bord tranchant; nombreux noyaux cancéreux, gros comme un pois au plus, disséminés dans le lobe inférieur surtout. Un noyau d'*apoplexie pulmonaire* gros comme une aveline, dans le même lobe. Au devant du hile du *poumon droit*, masse grosse comme une pomme, assez irrégulière.

Enfin la *veine jugulaire externe* gauche est occupée toute entière par un caillot; c'est le seul que le système veineux ait présenté. Faut-il n'y voir qu'une de ces thromboses si fréquentes dans les cachexies, la cancéreuse surtout? Ou bien, dans ce cas particulier, son apparition n'est-elle pas liée à la gêne que devait apporter à la circulation veineuse le noyau trouvé dans l'épaisseur du ventricule droit? Il serait alors peut-être permis de se demander si, dans un cas analogue, une thrombose fixe, non mobile comme la plupart des

www.jbloot.com.cn

Digitized by Google

thromboses cachectiques, ne ferait pas soupçonner que la généralisation a atteint le cœur droit.

www.libtool.com.cn

M. HOMOLLE. On peut rencontrer des thromboses de la jugulaire dans différents cas de cachexie alors même qu'il n'existe aucune cause locale qui explique leur production.

27. Pleurésie purulente droite chez un tuberculeux. Empyème de nécessité. Mort. Tuberculose unilatérale des voies urinaires supérieures; par M. GAUDERON, interne des hôpitaux.

Vend..., 19 ans, entre à la salle Saint-Henri (service de M. GUYOT) le 26 avril 1876. Ce jeune homme est né de parents vivant encore et bien portants : il a un frère et une sœur dont la santé est excellente, et lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse. Il ne présente pas de traces de scrofule et n'accuse pas d'excès alcooliques. Venu à Paris en 1874, il y gagnait avec peine sa vie comme journalier.

En *octobre* 1875, il entre à l'Hôtel-Dieu pour une pleurésie du côté droit, qui ne nécessite pas de thoracentèse. Le 30 *novembre* 1875, il est envoyé à Vincennes où il contracte, le 14 décembre, une variole qui exige vingt jours de séjour au lit. Après cette variole, il prend une seconde pleurésie à droite, pour laquelle il rentre à l'Hôtel-Dieu le 25 janvier 1876. Cette pleurésie est traitée par les toniques, l'huile de foie de morue; il n'est pas question de thoracentèse. Le malade n'avait jamais eu d'hémoptysie mais, depuis sa variole, il avait maigri beaucoup, perdu ses forces et son appétit; il avait un mouvement fébrile tous les soirs, et expectorait des crachats muco-purulents. Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, le malade avait commencé à remarquer qu'une tumeur molle se formait sur la face antérieure droite de la poitrine. Le malade sortit de l'Hôtel-Dieu le 19 avril et, à partir de ce jour, commença à avoir la voix enrouée et la déglutition difficile.

Le 26 *avril* 1876, il entre dans le service. *Etat actuel.* Le jour de son entrée, le malade présentait tous les signes d'un épanchement pleural occupant toute la hauteur de la cavité pleurale. Il y avait de plus sur la face antérieure du thorax, à droite et un peu en dehors de la ligne mamelonnaire, une tumeur molle, fluctuante, mate à la percussion, réductible dans la poitrine, ayant le volume d'un œuf et présentant à sa surface un point un peu plus mince que les autres. Ces signes, joints aux symptômes généraux très-graves, aux symptômes d'une suppuration profonde, firent établir le diagnostic de pleurésie purulente avec perforation de la plèvre et formation d'un abcès sous-cutané communiquant avec la

Digitized by Google

cavité pleurale. Le malade présentait, outre cela, les signes d'une excavation tuberculeuse au sommet du poumon gauche.

www.libtool.com.cn

Il avait la respiration fréquente, pénible, ses ongles étaient cyanosés. L'abaissement du foie au-dessous du rebord chondro-costal témoignait de l'abondance de l'épanchement. Il avait une fièvre continuelle, qui redoublait d'intensité vers le soir. Son appétit était à peu près nul : il n'avait ni diarrhée, ni vomissement. Les urines examinées au moyen de la chaleur et de l'acide nitrique ne contenaient pas d'albumine, le malade ne se plaignait d'aucune souffrance, d'aucune gêne dans l'urination ; aucun symptôme n'avait attiré antérieurement son attention du côté des organes génito-urinaires.

Opération. Je lui pratiquai, au niveau de son abcès thoracique, un empyème de nécessité, il s'écoula environ 2 litres 1/2 de pus assez bien lié, sans flocons pseudo-membraneux et sans aucune odeur. Après un lavage de la plèvre à l'eau tiède, un siphon Potain fut installé à demeure, des lavages de la plèvre furent faits chaque jour au nombre de trois, avec un liquide désinfectant composé de :

Eau.....	1.000 g.
Chloral.....	1 g.
Teinture d'eucalyptus..	1 g.

Les forces du malade furent soutenues au moyen de préparations, dans lesquelles entraient le rhum, le café et l'extrait de quinquina. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre diminua, les forces et l'appétit se relevèrent, l'état général s'améliora beaucoup, mais pour un temps seulement. Dès le 1er *mai*, la température remonta à 40°, le pus devint fétide, et continua à s'écouler en assez grande quantité (quatre à cinq cuillerées par lavage).

Vers le 10 *mai*, le malade eut des hémorrhagies pleurales qui obligèrent à suspendre les lavages pendant 24 heures. Dans la suite, ces hémorrhagies se renouvelèrent et contribuèrent à épuiser le malade.

A partir du moment de son entrée, les urines furent examinées tous les quatre jours ; on n'y trouva pas trace d'albumine avant le 16 mai. L'urine était recueillie chaque jour et jamais elle n'eut la coloration d'une urine renfermant du sang.

Le malade ne se plaignit jamais, ni d'envies fréquentes d'uriner, ni de douleurs pendant la miction. L'attention ne fut par conséquent jamais attirée du côté des organes génito-urinaires.

Digitized by Google

14 *mai*. Le malade fit remarquer que ses jambes étaient œdématiées.

16 *mai*. L'urine traitée par la chaleur et l'acide nitrique contenait de l'albumine en quantité assez considérable pour donner un nuage très-épais. — A partir de ce jour, le malade alla en s'affaiblissant, sans jamais présenter aucun symptôme nouveau du côté des voies urinaires. La mort arriva le 26 *mai*, juste un mois après l'opération d'empyème.

Autopsie. — La *plèvre droite* est remplie de pus gris-noirâtre, dont la coloration est due sans doute au mélange de sang et de pus. Au milieu du pus flottent d'épais flocons pseudo-membraneux. Les parois pulmonaire et costale de la plèvre sont séparées par un intervalle assez considérable et sont tapissées d'une couche épaisse de fausses membranes gris-noirâtres et mamelonnées à la surface. La cavité pleurale communique avec l'extérieur par un orifice de la dimension d'une pièce de 50 cent. limité par les 5e et 6e côtes qui sont dénudées. Le *poumon droit* a environ le quart de son volume normal : il crépite encore et peut être insufflé incomplétement. A son sommet, plusieurs petites excavations tuberculeuses, autour desquelles on trouve des tubercules en voie de ramollissement. Au sommet du poumon droit, on trouve également une caverne tuberculeuse du volume d'un petit œuf de poule, et entourée d'une zone d'infiltration tuberculeuse. — Rien à noter du côté du *cœur*. — Le *foie* est volumineux et a subi la dégénérescence graisseuse.

C'est sur l'appareil urinaire que je désire surtout appeler l'attention. Le *rein gauche* est volumineux, son enveloppe fibreuse s'enlève facilement : sa coupe est lisse, luisante, avec un aspect graisseux de la substance corticale et une congestion intense des pyramides de Malpighi. Il est coupé en fragments très-petits et, ni dans son intérieur ni à la surface, il n'est possible de trouver une seule granulation tuberculeuse. Les calices, le bassinet, l'uretère gauches sont examinés avec soin, ouverts dans toute leur longueur et il n'est pas possible d'y trouver une seule granulation tuberculeuse.

Le *rein droit*, avec le même volume et le même aspect général, à la surface et à la coupe, que le rein gauche, présente en outre, à sa surface, environ dix granulations tuberculeuses. Sur une coupe longitudinale du rein, on peut apercevoir quinze à vingt tubercules en voie de ramollissement; aucun n'est encore arrivé à former une excavation. Les calices, le bassinet, l'uretère sont fendus dans le sens de leur longueur ; la muqueuse est tapissée de granulations tuberculeuses grises confluentes et séparées l'une de l'autre par de petits intervalles de coloration rouge très-intense; en outre sur chacun de ces

Digitized by Google

segments des voies urinaires, on constate l'existence d'un assez grand nombre d'ulcérations tuberculeuses arrondies, entourées d'un cercle rouge, présentant à leur surface une coloration gris-jaunâtre et tapissées de petites concrétions calcaires. A quelques centimètres du bassinet, l'uretère a pris, sur une longueur de 4 cent. environ, l'épaisseur et la consistance d'un fort tuyau de pipe; à cet endroit sa paroi est blanche à la coupe, épaisse de 5 millimètres; la surface de l'uretère, en cet endroit, n'est qu'une grande ulcération gris-jaunâtre et tapissée de concrétions calcaires très-abondantes.

La *vessie* est de petit volume, ses parois sont très-épaissies et sa muqueuse présente à sa surface vingt à vingt-cinq ulcérations tout-à-fait comparables comme aspect à des pustules ulcérées de variole: leur dimension varie entre celle d'un pois et celle d'une pièce de 20 centimes; elles sont entourées d'une auréole rouge, leurs bords sont élevés au-dessus de la muqueuse; leur surface est gris-jaunâtre, et on retrouve sur cette surface les même concrétions calcaires signalées dans les ulcérations des uretères.

Une de ces ulcérations, la plus étendue, siége au niveau du col et se prolonge sur la face inférieure de la portion prostatique de l'urèthre. — L'*urèthre*, fendu dans toute sa longueur ne contient pas d'autre ulcération. Les *vésicules séminales* disséquées avec soin, examinées à leur surface et sur des coupes, ne présentent pas de tubercules. La *prostate* coupée par tranches transversales minces ne renferme pas non plus de tubercules.

28. Mal de Pott; compression de la moelle; paraplégie, troubles trophiques et symtômes de myélite; phlegmatia. Mort rapide; par M. le Dr Coutv, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Le cas suivant de compression de la moelle nous paraît se distinguer, par la marche rapide et la nature des accidents, de l'affection classique si bien décrite par M. Charcot et d'autres observateurs; mais ce fait ne pouvant être discuté utilement qu'après l'examen histologique de la moelle, nous allons simplement le résumer.

X..., vigoureux garçon de 25 ans, entré le 25 *février* 1876, dans le service de M. Villemin. Ses membres inférieurs engourdis et affaiblis depuis le 10 février, sont notablement parésiés; il marche en traînant, ne peut supporter aucun fardeau, etc.; légère diminution de la sensibilité des membres inférieurs; pas de troubles trophiques ou autres; déviation en arrière, anguleuse mais régulière, de la colonne dorsale, ayant son sommet à la 6e vertèbre; le malade ne s'était jamais aperçu

Digitized by Google

de cette saillie anormale, il n'a jamais eu de douleurs névralgiques ou d'autres symptômes.

Du 1er au 15 *mars*, la marche devient complétement impossible ; l'anesthésie augmente ; la miction est lente, paresseuse; l'excitabilité réflexe plantaire est abolie ; les extrémités sont froides, et les sueurs y sont légèrement augmentées ; aux extrémités supérieures, les mains seulement sont congestionnées par place, légèrement cyanosées.

Du 15 au 30 *mars*, il n'y a plus de mouvement volontaire des membres inférieurs : la sensibilité aux températures persiste seule, et les autres excitations provoquent à certains jours des sensations associées.

Du 1er au 15 *avril*, les mouvements d'ensemble, imprimés au tronc ou membres inférieurs paralysés, provoquent quelquefois dans les membres des contractures passagères durant 30 à 60 secondes. La contractilité des muscles des membres inférieurs, examinée avec les courants faradiques, est diminuée. La miction est plus difficile : le jet, tardif, se fait lentement, en plusieurs fois. Les membres sont toujours froids. Temp. plantaire 26°, 28° etc ; temp. palmaire 24° 8, 26° etc ; les pieds sont devenus secs ; les mains sont toujours cyanosées et suantes.

Du 15 au 30 *avril*, les contractures momentanées sont plus fréquentes et surviennent même spontanément ; elles portent toujours sur tout un membre, ou sur les deux, et non sur un seul groupe musculaire. L'anesthésie jusqu'à l'ombilic est complète. La miction devient involontaire ; mais le malade peut encore, les premiers jours, quand il sent l'urine couler goutte à goutte, en provoquer volontairement l'expulsion. A cette période, la vessie a été d'abord distendue pendant quelques jours, puis elle a repris son volume normal.

Du 1er au 15 *mai*. Il y a encore des contractures complètes, momentanées ; mais, même dans leur intervalle, les membres sont dans un état de semi-contracture permanente, sans secousses fibrillaires: l'excitabilité reflexe plantaire est devenue considérable. Les pieds, les jambes sont secs et comme pytiriasiques ; les mains sont toujours congestionnées et suent abondamment par le moindre effort. T. plantaire 30°,31° T. palmaire 25°. L'écoulement involontaire de l'urine est continuel ; ce liquide, dont la composition était toujours restée normale, est devenu trouble, louche, alcalin. Dès sa sortie de la vessie, qui n'est pas distendue, et avant qu'on ait eu recours à la sonde, il contient au moment de son émission des cristaux d'urate d'ammoniaque et de phosphate ammoniaco-magnésien abondants. L'*état général* du malade, son appétit, sa nutrition étaient jusque là restés convenables, normaux, malgré le sé-

Digitized by Google

jour au lit; quand le 7 mai surviennent des frissons, de la fièvre vespéral; le 12, toux sans point de côté, ni gêne respiratoire notable. On constate un épanchement pleurétique gauche, qui, augmentant les jours suivants, nécessite la thoracentèse. Le 15, on extrait 3 litres 1/2 d'un liquide limpide, légèrement hémorrhagique, très-riche en gaz.

La résolution de la pleurésie est déjà complète quand, le 17, on constate un œdème de tout le membre inférieur gauche devenu considérable les jours suivants ; et, malgré l'absence de symptôme douloureux, M. Villemin diagnostique une phlegmatia alba dolens, siégeant dans la veine iliaque ; car l'œdème remonte jusqu'à la fesse. On constate qu'à cette période les urines, toujours involontaires, sont devenues très-peu abondantes : 1/2 litre par jour en moyenne; et surtout elles ont cessé d'être alcalines; plus de phosphates ni d'urates.

Vers le 25 *mai*, les symptômes musculaires et anesthésiques étant toujours les mêmes, la contracture permanente des membres inférieurs plus marquée, l'œdème du membre gauche est maximum : les urines deviennent abondantes, et même augmentées : 2 litres 1/2 à certains jours ; de plus la vessie se distend pour la seconde fois, si bien que le 1er juin, pour la première fois, on sonde le malade ; les jours suivants, le malade urine en comprimant lui-même avec ses mains sa vessie distendue, qui remonte 3 ou 4 cent. au-dessous de l'ombilic. Le 7 juin, la distension de la vessie a cessé d'être appréciable, l'écoulement involontaire, qui a toujours persisté, suffisant à la miction. L'urine pendant cette période a toujours été acide, limpide, couleur citron.

Pendant les premiers jours de juin, l'œdème a envahi le membre inférieur droit, en commençant par le pied ; mais il a été plus lent, et est resté moindre que du côté gauche.

Le 7 *juin*, on a constaté une rougeur vésiculeuse au niveau du sacrum; le 8, deux plaques rouges érythémateuses aux épines iliaques postérieures; des plaques d'eschares, avec zone d'élimination et véritables clapiers purulents, se forment les jours suivants en ces points et en d'autres. En même temps, sur la cuisse droite distendue par l'œdème, se forme, probablement par suite du contract de l'urine, une inflammation quasi érysipélateuse qui s'étendra à toute la cuisse, à la fesse et même sur les côtés de l'abdomen.

Sous l'influence de ces lésions, la fièvre a augmenté; l'état général du malade est devenu grave : nausées, vomissements, inappétence complète, facies tiré, etc. ; le 13 juin, l'urine est noirâtre, fétide; les autres jours elle est acide, jusqu'au 20, où elle redevient et reste alcaline jusqu'à la mort, avec dépôt de phosphates et d'urates, etc., la vessie gardant du reste son vo-

Digitized by Google

lume normal ; le 21, surdité incomplète, hébétude ; de plus diarrhée abondante ; le 23, arthrite du coude droit, regardée comme pyohémique ; tous les symptômes s'aggravent ; le 26 mort.

La température axillaire était devenue fébrile depuis le 8 mai, variant entre 38° et 39° jusqu'au 22 mai ; entre 37 et 38 jusqu'au 5 juin ; elle était ensuite remontée entre 39° et 40°. La température palmaire et plantaire a été prise presque chaque jour depuis le 13 mai et voici ce que l'on a constaté : pendant la pleurésie, la température palmaire au lieu de varier entre 26° et 30°, s'est élevée entre 34° et 37° : la température plantaire est restée à peu près stationnaire ; au contraire, pendant les lésions inflammatoires et gangréneuses du bassin et de la cuisse, la température palmaire est restée à peu près stationnaire entre 30° et 34°, et la température plantaire s'est élevée entre 34° et 40°.

Autopsie faite près de 40 heures après la mort. — Membres inférieurs distendus par l'œdème, surtout le gauche ; *eschares* très-larges, la plupart ulcérées, au niveau du sacrum, des épines iliaques postérieures, des saillies trochantériennes et ischiatiques, et même aux angles inférieurs de l'omoplate.— Pus assez abondant dans l'articulation humérocubitale gauche.

Foie volumineux ; poids 1,950 gr. ; déprimé par le doigt, jaune à la surface et à la coupe. Sur cette coupe jaune uniforme tranchent des foyers noir foncé, multiples, de la grosseur d'une noisette à une noix, sans variation appréciable de la consistance. *Rate* poids 280 gr.; assez consistante ; surface pâle, anémiée; à la coupe, larges foyers noirâtres, tranchant sur le tissu normal, sans forme spéciale, conique ou autre. *Reins* anémiés : petits points hémorrhagiques répandus irrégulièrement dans la substance corticale et tubuleuse, et dont les caractères comme ceux des autres lésions pyohémiques du foie et de la rate, n'ont pu être étudiés complétement à cause de l'état de putréfaction déjà avancée du cadavre.

Les bassinets, les uretères, étaient énormément distendus ; leurs tuniques amincies, mais normales ; la vessie assez petite avait une muqueuse entièrement saine, et ses tuniques musculeuses paraissaient peut-être épaissies.

La *veine iliaque* gauche est disséquée avec soin ; elle contient un caillot volumineux, noir foncé, consistant à son centre, remplissant complètement le calibre de la veine, mais sans adhérer intimement à ses parois. Ce caillot descend dans l'hypogastrique et assez bas vers la crurale ; il remonte dans la veine cave sur une longueur de 5 à 6 centimètres, en s'effilant. Assez volumineux au niveau de la bifurcation, même à ce

Digitized by Google

niveau, il ne remplit qu'incomplétement le calibre de la veine cave, dont les parois distendues sont séparées du caillot par un espace assez large ; ce caillot se prolonge aussi dans la veine iliaque droite sur une étendue de 4 à 5 centimètres, mais sans oblitérer complétement son calibre.

Pas d'abcès par congestion dans la cavité abdominale ; au niveau de la face antérieure des vertèbres dorso-lombaires, le périoste est très-épaissi, décollé par places, et recouvre des collections peu volumineuses, rénitentes sans fluctuation bien nette. La poche la plus volumineuse, située au niveau de la douzième dorsale et de la première lombaire, est ouverte. Elle contient quatre à cinq cuillerées d'une matière semi-liquide, jaunâtre, crémeuse, épaisse : il y a quelques autres collections, moins importantes, le long des vertèbres dorso-lombaires. Le corps de toutes les vertèbres, de la deuxième dorsale à la troisième lombaire, est altéré; il n'y a pas d'exostoses, ni des lésions profondes diffuses. La face antérieure du corps de ces vertèbres est seule creusée de petites cavités anfractueuses, très-nombreuses, peu profondes, grosses comme une amande environ ou moins; cavités remplies pour la plupart de matière caséeuse, jaunâtre, plus ou moins adhérente. La surface antérieure des corps vertébraux étant seule ainsi creusée irrégulièrement, le reste du tissu osseux paraît sain, rouge par places, et peut-être un peu plus consistant.

Les cartilages inter-vertébraux paraissent sains, hormis celui situé entre la sixième et la septième vertèbre dorsale, qui a complétement disparu ; les deux corps vertébraux correspondants, au lieu d'être simplement érodés sur leur face antérieure, ont disparu en partie, et ont perdu la moitié au moins de leur hauteur par usure de leurs surfaces osseuses en contact. Ces surfaces, surtout celle qui correspond à la sixième dorsale, sont obliquement taillées en biseau, d'avant en arrière, de telle sorte que ces deux vertèbres, faisant saillie vers le canal vertébral, servent de sommet à un angle très-obtus formé par l'incurvation en arrière de toute la colonne dorsale. — Les articulations costo-vertébrales ou vertébrales paraissent saines, ainsi que les surfaces osseuses et le périoste intra-vertébral ; pas de collection purulente faisant saillie dans le canal rachidien. Les méninges sont saines, non adhérentes et seulement légèrement épaissies et rouges au niveau de la sixième vertèbre dorsale. La moelle, à la surface et à la coupe, paraît normale dans ces différents points comme consistance et coloration. Elle est placée dans une solution d'acide chronique et sera examinée au microscope après durcissement.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

JUILLET 1876.

Séance du 7 juillet.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Atrophie sénile symétrique des pariétaux ; par M. FÉRÉ, interne provisoire des hôpitaux.

M. FÉRÉ montre à la Société quatre calottes crâniennes qui proviennent de vieilles femmes de la Salpétrière, âgées de 79 à 88 ans ; elles présentent toutes la même lésion, un amincissement symétrique de la partie postéro-supérieure des pariétaux.

Sur deux de ces crânes, l'ossification des sutures est très-avancée, et on peut à peine distinguer quelques dentelures au niveau des sutures antérieures ; sur les deux autres les sutures coronales sont très-apparentes, et on trouve encore des traces de la suture métopique ; sur tous, les artères méningées ont tracé des sillons profonds à la surface interne.

Sur un de ces crânes qui appartenait à la femme la moins âgée (79 ans), l'atrophie est moins avancée : à gauche, elle se présente sous la forme d'une plaque transparente presque circulaire de 30^{mm}. de diamètre ; à droite, la plaque amincie est plus étendue, elliptique ; le grand diamètre antéro-postérieur est de 43^{mm}.

Sur un autre crâne (80 ans), la plaque transparente a 45^{mm}. dans son plus grand diamètre à gauche ; à droite 70^{mm}.

Sur un troisième (84 ans), la plaque atrophiée présente un diamètre antéro-postérieur de 38^{mm}, à gauche ; ce diamètre atteint 60^{mm}. à droite.

Ces trois pièces présentent la forme ordinaire de l'atrophie sénile symétrique des pariétaux. Sur toutes l'amincissement est produit aux dépens du diploé qui disparaît (Rokitansky) et de la lame externe qui s'atrophie (Virchow) : aussi la défor-

Digitized by Google

mation porte-t-elle exclusivement sur la face externe de l'os qui est déprimée, tandis que la face interne ne présente aucune modification. Au niveau de l'atrophie, l'os est devenu transparent, son épaisseur est souvent de moins d'un millimètre et il est constitué seulement par la table interne et une mince lamelle de la table externe qui nulle part ne disparaît complétement, à moins de perforation totale, de sorte que la surface de la dépression extérieure présente toujours un aspect lisse et analogue à celui des parties voisines.

Autour de la dépression, on remarque un épaississement en forme de bourrelet qui paraît d'autant plus saillant que l'atrophie est plus prononcée ; ces bourrelets paraissent formés par l'épaississement du diploé. Sur ces trois crânes, on voit bien aussi la forme elliptique des plaques d'atrophie, dont le grand axe est dirigé d'arrière en avant et en même temps de dedans en dehors. Jamais on ne voit l'atrophie s'avancer en dehors jusqu'à la ligne courbe temporale qui ordinairement est marquée par un bourrelet saillant; en dedans, elle s'arrête au moins à un centimètre de la ligne médiane.

Sur le quatrième crâne (68 ans), la lésion s'éloigne un peu du type ordinaire : elle est à peu près aussi étendue d'un côté que de l'autre ; mais ces plaques transparentes ont une forme irrégulière qui prête mal à la mensuration ; de chaque côté, l'atrophie se présente comme une traînée d'un peu plus d'un centimètre de large qui se dirige d'abord de dedans en dehors et un peu d'arrière en avant vers la ligne temporale, et qui, arrivée à un centimètre de cette ligne représentée par une crête saillante, se recourbe pour lui devenir parallèle et se dirige directement en arrière.

Sur toutes ces pièces, comme sur celles qui ont été décrites déjà, le degré d'amincissement et de transparence paraît en raison directe de l'étendue de la plaque atrophiée.

On observe assez rarement la perforation complète de l'os; et quand elle existe, elle se produit le plus souvent au niveau d'une branche de la méningée moyenne qui use la table interne. On peut voir cette particularité sur la 4e pièce.

L'atrophie des os du crâne dans la vieillesse était bien connue des anciens : Oribase l'attribuait à la calvitie qui aurait permis le dessèchement des parties molles et de l'os ; Fallope a accepté plus tard cette interprétation. Mais l'atrophie limitée des pariétaux n'a été bien décrite que depuis Béclard et Cruveilhier ; l'étude histologique et chimique des os atrophiés a été faite plus tard en Allemagne par Rokitansky, Virchow, etc.

Dans ces dernières années, on a présenté isolément à la Société anatomique un certain nombre de pièces analogues à

Digitized by Google

celles-ci. On a attribué la production de cette atrophie limitée à des causes très-diverses. La trophonévrose faciale produit assez souvent des troubles de nutrition des os ; mais l'atrophie en masse d'un segment d'un os est bien plus fréquente que l'amincissement localisé. Et, en outre, dans cette maladie qui se présente avec des caractères spéciaux et est ordinairement unilatérale, la lésion osseuse se prolonge rarement jusqu'à la région pariétale et n'y est jamais limitée.

M. Desprès (*Soc. anat.*, janv. 1870) a donné une autre explication qui pourrait rendre compte de la symétrie de la lésion. Il fait jouer un rôle aux contractions du muscle occipito-frontal qui produirait une usure de la surface externe de l'os. Mais l'état de la lame externe qui n'a jamais complétement disparu nous empêche d'admettre cette action de la contraction musculaire qui d'ailleurs n'expliquerait pas la localisation exclusive de la lésion sur la partie postérieure du pariétal. L'atrophie sénile symétrique des pariétaux occupe en effet toujours la même région. Sauvages (*Recherches sur l'état sénile du crâne.* Th. Paris, 1869) avait déjà fait remarquer qu'elle paraissait débuter et prédominait ordinairement au niveau de l'espace interforaminal, et les quatre pièces que je présente viennent à l'appui de son dire. Cette localisation exclusive, et la symétrie de la lésion m'ont porté à chercher sa cause dans le développement et l'évolution de l'os.

Le développement du pariétal a été étudié dans ces derniers temps par M. Broca (*Bull. Soc. anthrop.*, 18 mars et 20 mai 1875). Cet os se développe par un point d'ossification unique qui apparaît au 45e jour de la vie intra-utérine à l'endroit où sera la bosse pariétale. De ce point partent de nombreuses aiguilles divergentes disposées en deux couches représentant les 2 lames compactes. Les fibrilles de la couche profonde s'allongent plus vite que celles de la couche superficielle et arrivent plutôt à la périphérie. Quand les deux couches de fibrilles sont arrivées à la limite de l'os elles se réunissent pour former un épaississement en bourrelet déjà indiqué par Albinus et décrit par Breschet. Ce bourrelet est plutôt complet vers l'angle antéro-inférieur ; il reste plus longtemps interrompu un peu en avant de l'angle postéro-supérieur. Sur des fœtus de 5 à 6 mois on trouve toujours les fibrilles divergentes moins serrées au niveau de ce point où le bourrelet périphérique se forme.

Ce détail de l'ossification du pariétal explique la localisation des arrêts de développement qu'on y observe, et qui siégent toujours dans le même point, à 2 centimètres ou un peu plus en avant du lambda : telles sont les incisures pariétales et les fontanelles sagittales accessoires.

Digitized by Google

M. Broca a démontré que les trous pariétaux, qui peuvent offrir des dimensions considérables et présenter jusqu'à trois centimètres de diamètre, comme dans le cas de M. Larrey, sont une trace de ces arrêts de développement. On peut voir quelquefois chez de jeunes sujets ces trous reliés à la suture sagittale par une fissure rectiligne. Mais, qu'il y ait arrêt de développement ou non, c'est toujours dans la région des trous pariétaux, ***région de l'ombélion*** (entre les trois cinquièmes antérieurs et le cinquième postérieur de la suture sagittale), que le travail d'ossification est le moins énergique; et ce défaut d'énergie se traduit par la simplicité de la suture à ce niveau et sa soudure précoce au moins dans les races blanches. L'atrophie sénile symétrique des pariétaux a son siége constant dans cette région. Cette localisation exclusive et la symétrie montrent que la lésion est en rapport intime avec l'évolution du pariétal, dont l'atrophie commence par les points où le développement a été le plus pénible.

Cette série de phénomènes de l'évolution du pariétal n'est d'ailleurs pas spéciale à cet os, on la retrouve dans toutes les parties du squelette: toujours la soudure des extrémités et des épiphyses des os longs se fait dans un ordre inverse de celui de l'apparition de leurs points d'ossification; et on voit, sur le fémur par exemple, comme sur le pariétal, que la raréfaction du tissu osseux se manifeste d'abord et surtout dans la région où les soudures se sont effectuées les premières, sur le col.

Il est encore une circonstance qui vient à l'appui de l'opinion que je soutiens : M. Sauvage (***Recherches sur l'état sénile du crâne***; Th. Paris, 1869) a déjà indiqué la prédominance de l'atrophie des pariétaux à droite : sur 26 cas dont les dimensions ont été notées, 24 fois elle était plus prononcée à droite, 7 fois elle l'était plus à gauche, et 5 fois seulement elle était égale des 2 côtés. Sur trois des pièces que je présente, la lésion est aussi plus marquée à droite. Il est important de remarquer qu'à cette prédominance de l'atrophie du côté droit correspond une fréquence plus considérable du trou pariétal à droite.

J'ai passé en revue les statistiques de MM. Barkow, Broca et Augier (***Recherches sur le développement des pariétaux à la région sagittale***, Th. Paris, 1875), qui donnent la relation de 1,000 crânes environ. J'ai tenu compte seulement des cas bien nets. De cet examen j'ai pu tirer les conclusions suivantes;

Dans un tiers des cas il n'existe pas de trous pariétaux : dans un autre tiers environ il en existe un seul; dans le dernier tiers il y a deux trous pariétaux; exceptionnellement il y en a trois.

Digitized by Google

Quand il existe un seul trou pariétal, 164 fois sur 265 il est à droite. Quand il existe deux trous inégaux, 53 fois sur 82 le plus grand est à droite. Quand il y a trois trous pariétaux, 9 fois sur 12 il y en a 2 à droite.

Un autre point important de l'histoire de ces atrophies symétriques, est la fréquence bien plus considérable chez la femme. M. Sauvage dit que sur 28 cas dont le sexe a été noté, 22 étaient des femmes ; nos observations viennent à l'appui de ce dire : sur 175 autopsies faites à la Salpétrière, j'ai rencontré 7 fois cette lésion ; à Bicêtre, où j'ai fait ou vu faire environ 60 autopsies, je ne l'ai jamais rencontrée, bien que je l'ai cherchée avec soin. Il serait intéressant de savoir si l'arrêt de développement du pariétal n'est pas aussi plus fréquent chez la femme ; mais je n'ai trouvé à cet égard dans les auteurs que des données insuffisantes.

On peut, quand elles sont très-marquées, reconnaître ces atrophies à travers les téguments ; mais la notion du siége, de la forme et de la symétrie ainsi que l'âge du sujet empêcheront de la confondre avec une lésion traumatique.

2. Cancer encéphaloïde de l'estomac avec intégrité des orifices ; par M. J. Baronoff, externe des hôpitaux.

Trembl... Marg., 57 ans, entrée, à l'hôpital Lariboisière (service de M. Jaccoud), le 28 juin.

Elle n'avait aucun antécédent pathologique, sauf quelques accidents dyspeptiques et quelquefois un sentiment de pesanteur stomacale. D'après son dire, le début ne remontait pas au plus d'un an. Elle était amaigrie, mais le facies n'offrait aucune teinte cachectique. En pratiquant la palpation, M. Jaccoud avait diagnostiqué un cancer des faces de l'estomac, car on sentait à la région épigastrique, une énorme tumeur résistante, très-dure, s'étendant jusque dans l'hypochondre gauche. Cette tumeur était douloureuse, surtout à la pression, et la malade n'avait eu dans le cours de cette affection ni vomissements, ni mélœna ; tout-à-fait au début il y avait eu quelques nausées, et le seul vomissement qu'elle ait présenté avait eu lieu l'avant-veille de sa mort ; ce fut un vomissement noirâtre, dont les produits remplirent environ deux crachoirs d'hôpital. La malade avait de la constipation, mais l'appétit était conservé, la langue était bonne ; pas de mauvaise haleine.

A l'auscultation, le cœur et les poumons ne présentaient rien de remarquable à signaler. Le foie paraissait augmenté de volume ; il y avait en outre de l'œdème cachectique aux

Digitized by Google

membres inférieurs. La malade est décédée le 3 juillet, à 4 heures du matin.

www.ibtool.com.cn

AUTOPSIE. A l'ouverture de l'abdomen, on voyait dans l'hypochondre gauche et à la région épigastrique une tumeur extrêmement volumineuse qui englobait l'estomac, et le côlon transverse, une anse de l'intestin grêle et le pancréas; sur la face postérieure de cette masse se trouve le pancréas très-réduit de volume mais sain. L'anse intestinale qui était prise dans la tumeur était le duodénum. Au milieu du canal cholédoque, on trouvait un noyau de nature encéphaloïde; à la partie supérieure passait le canal cholédoque, qu'il comprimait; de là, dilatation de la vésicule biliaire. Toutes les branches du tronc cœliaque étaient dilatées; le pancréas paraissait sain, mais il était tellement entouré de parties malades qu'il était difficile que son fonctionnement n'eût pas été troublé. Le cardia était sain; la grande courbure aussi; elle dépassait à gauche la masse de la tumeur, qui commençait au niveau du bord inférieur de cette courbure. L'intérieur de l'estomac, réduit de moitié, était ulcéré; l'orifice pylorique était très-dilaté. Le cancer envahissait la portion inférieure du bord de l'intestin adhérente à l'estomac et avait rétréci le calibre de celui-ci. La dégénérescence cancéreuse avait envahi de même l'arrière cavité de l'épiploon et la face postérieure de l'estomac.

Poumons. Epanchement pleural du côté droit et adhérences à gauche. Le poumon était couvert de fausses membranes, mais le parenchyme était absolument sain. *Cœur*. Le cœur était petit, il y avait à la surface quelques plaques de péricardite laiteuse, décolorées; quelques indurations légères au bord libre de la valvule mitrale. Il y avait en outre quelques plaques d'athérome au bord des valvules aortiques. Le cœur était vide de sang. Les ganglions bronchiques et trachéaux étaient volumineux, noirâtres, marbrés de blanc.

Utérus. Rien de particulier dans l'utérus, ni dans les ovaires. — *Rate*. La rate était très-petite, de consistance normale. — *Reins*. Les reins paraissaient sains. — *Foie*. La vésicule biliaire avait plus de 20 centimètres de longueur, ressemblait à une énorme poire allongée dans le sens longitudinal remplie par une bile noirâtre, graisseuse, extrêmement épaisse, cette bile était à l'état boueux avec des reflets mordorés. L'examen microscopique a montré qu'elle était formée d'une grande quantité de paillettes de cholestérine, de pigment biliaire et de graisse. Le foie était d'une couleur de cuir, très-gros et très-large; les canaux biliaires très-dilatés ne contenaient pas de noyaux cancéreux.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

3. Plegmatia alba dolens ; par M. PITRES, interne des hôpitaux.

M. PITRES fait voir à la Société les pièces relatives à une embolie pulmonaire consécutive à une thrombose cachectique de la veine fémorale. On constatait sur la même malade un œdème du membre supérieur droit, sans douleur, sur le trajet des vaisseaux. L'autopsie montra qu'une masse cancéreuse enveloppait le paquet vasculo-nerveux de la région, mais tandis que l'artère avait été respectée, la veine avait presque complétement disparu.

M. HOUEL. Ce fait rentre dans la règle, car il est rare qu'une masse cancéreuse envahisse une artère.

M. PITRES. Ce qui n'est pas classique dans ce fait, c'est de ne rencontrer aucun caillot dans la veine qui est englobée par la masse cancéreuse, et dont le département vasculaire en amont est vide de sang.

M. CHARCOT. Dans bien des cas semblables à celui que vient de relater M. Pitres, j'ai cru à l'existence d'une thrombose, et néanmoins à l'autopsie je n'ai rencontré aucun caillot. Sur la même malade, dont la veine axillaire avait disparu, il existait une thrombose de la fémorale.

M. PITRES demande s'il est possible de désigner l'altération qu'il vient de montrer sous le nom de *phlegmatia alba dolens*. Il ne le pense pas, car dans la phlegmatia la membrane interne du vaisseau est saine, et en outre on trouve un caillot étendu plus ou moins suivant son âge vers l'extrémité du membre.

M. CHARCOT répond que la phlegmatia alba dolens est une espèce clinique et non une espèce nosologique. On désigne sous ce nom la réunion de différents symptômes dont la cause peut être très-variable.

4. Aphasie et hémiplégie droite.—Foyer profond de la 3e circonvolution frontale gauche. — Petit foyer de ramollissement dans la protubérance ; par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

Couet, 43 ans, entré le 29 mai, dans le service de M. BOUCHARD. Le malade a eu une seule attaque apoplectique il y a trois ans.—Il est resté paralysé des membres du côté droit et aphasique. — La face est à peine déviée. La langue ne l'est nullement, elle jouit de tous ses mouvements. — Le malade ne se sert plus pour s'exprimer que des mots oui et non qu'il em-

Digitized by Google

ploie du reste très à propos et en les accompagnant des gestes de la tête qui correspondent à l'affirmation ou à la négation.— En outre, il répète souvent la syllabe *tié*. — L'intelligence paraît absolument conservée. Il faut fatiguer beaucoup le malade par des interrogations successives pour arriver à obtenir un signe d'affirmation tandis qu'on lui présente un objet auquel on donne un nom qui n'est pas le sien. Après un court séjour à l'infirmerie, ce malade présente quelques troubles digestifs. En même temps, on constate la présence d'albumine dans l'urine; peu à peu des signes de sclérose des reins apparaissent assez nets, de l'œdème se montre, d'abord dans les membres paralysés, puis des deux côtés. — Enfin des accidents urémiques l'emportent.

Autopsie. On trouve un rein petit, contracté, et les diverses lésions qui accompagnent cette forme de la maladie de Bright. — Du côté de l'encéphale, on remarque les faits suivants : Les artères de la base sont extrêmement athéromateuses. Les circonvolutions paraissent au premier abord absolument saines. —Mais en faisant des coupes du cerveau, on trouve dans l'hémisphère gauche un ancien foyer de ramollissement siégeant dans le centre ovale de Vieussens en un point correspondant à la partie postérieure de la 3e circonvolution frontale. — Dans la partie moyenne de la protubérance, au niveau de l'étage moyen et du côté gauche, mais très-près de la ligne médiane, on trouve une petite lacune celluleuse de la grosseur d'un grain de chenevis.

Cette dernière lésion explique l'hémiplégie droite. — Quant au premier foyer de ramollissement qui donnait lieu sans doute à l'aphasie, il ne trahissait nullement son existence à la surface de la circonvolution, et il était assez peu étendu d'avant en arrière pour qu'à la rigueur il eût pu se trouver contenu dans l'intervalle de deux coupes et échapper ainsi à l'examen.

5. Cancer du médiastin. — Propagation au péricarde et aux oreillettes. — Péricardite hémorrhagique. — Propagation à la plèvre droite et pleurésie; par M. A. Dolléris, interne provisoire.

Ber.., 55 ans, entre à l'infirmerie de Bicêtre (service de M. Bouchard), le 3 juillet 1876.

Depuis plusieurs jours, il souffrait d'une dyspnée considérable, accompagnée d'accès de toux avec expectoration très-abondante de matières purulentes et épaisses. Il ne signale pas d'autres troubles.

4 juillet. On constate une élévation thermique anormale 41°;

Digitized by Google

le pouls est rapide, la langue sèche, tout le corps est couvert d'une sueur profuse, le faciès est cyanosé et la dyspnée est extrême. La toux amène le rejet de crachats très-opaques d'aspect purulent. On entend nettement en approchant du malade des bouffées de gros râles humides qui paraissent provenir des racines des bronches et couvrent à la fois les bruits respiratoires et les deux temps du cœur.

La percussion dénote uniquement de la matité dans les 2/3 inférieurs de la poitrine, à droite ; en ce point comme partout ailleurs la respiration est voilée par des rhonchus d'une abondance extrême. Malgré la difficulté de l'exploration, on finit par percevoir vers la pointe du cœur le rhythme normal des bruits assez nettement frappés; pas de souffle. Parfois quelques irrégularités. — La matité transversale de la région cardiaque est augmentée et fait supposer une hypertrophie modérée.

L'*urine* contient des proportions notables d'albumine ; l'examen microscopique y fait découvrir une quantité énorme de tubes hyalins, englobant çà et là quelques cellules épithéliales granuleuses. En raison, de la chronicité de la toux depuis plusieurs années, et de l'existence des râles dans tous les organes respiratoires, le diagnostic s'établissait naturellement ainsi : « Catarrhe bronchique chronique, hypertrophie du cœur, albuminurie ». Il faut cependant noter que la température anormale ne trouvait d'autre explication que dans l'abondance de la secrétion purulente de la muqueuse des bronches.

5 *juillet*. L'expectoration est modifiée, plus diffluente que la veille et mélangée par places de légères proportions de sang qui lui communiquent une couleur rougeâtre. — On y constate en outre la présence de quelques grumeaux plus opaques et d'aspect blanchâtre.

Comme la veille on perçoit la matité à droite, les rhonchus dans toute la hauteur et des deux côtés, l'existence des bruits du cœur, nets, sans signes anormaux. Mêmes accès de suffocation ; pas de points douloureux. Dyspnée extrême. T. 39°,2. Urines comme le jour précédent. Le malade meurt dans cet état à deux heures de l'après-midi.

Autopsie le 7 juillet. — Le poumon droit est refoulé en haut et en dedans par une poche remplie de liquide pleurétique citrin, limitée par une fausse membrane et épaisse, de formation déjà ancienne ; le long de la colonne vertébrale, la fausse membrane doublée de la plèvre est épaissie et irrégulière ; elle a subi par places la dégénération cancéreuse en raison de sa contiguïté à la tumeur qui occupe le médiastin postérieur. Cette *tumeur* est volumineuse, portée un peu à

Digitized by Google

droite, où elle s'insinue jusqu'au hile du poumon correspondant; elle occupe les ganglions du médiastin qui sont réunis en une masse molle, blanche à la coupe et laissant écouler un suc laiteux caractéristique. — Tous les organes de la région, œsophage, trachée, origine des bronches et des gros vaisseaux sont entourés par le tissu dégénéré. L'œsophage occupe sa situation normale et ne paraît pas avoir éprouvé d'altérations; sa muqueuse est saine. La trachée est légèrement déformée au niveau de sa bifurcation. Quant aux bronches primitives, elles ont subi des deux côtés une réduction de calibre notable ; celle du côté droit surtout, est déformée, et la masse cancéreuse la comprime fortement. En l'ouvrant, on constate, à peu près au niveau du point où elle se bifurque dans le poumon, une ulcération, qui paraît récente, et qui permet l'introduction du tissu cancéreux dans sa cavité ; on en retrouve des parcelles déposées sur la muqueuse. Cette ulcération répond aux ganglions bronchiques du hile, qui font corps avec la tumeur. Du côté des gros vaisseaux, on constate une altération cancéreuse formant tumeur à la surface des veines pulmonaires sans intéresser la tunique interne.

A l'ouverture du *péricarde*, il s'écoule un litre environ de liquide fortement teinté en rouge par des proportions de sang assez considérables, et tenant en suspension quelques caillots. La séreuse est injectée, épaissie et porte çà et là des plaques pseudo-membraneuses. A la surface externe des veines caves et sur la paroi de l'oreillette droite, la tumeur se prolonge le long du péricarde viscéral sous forme de plaques molles, blanchâtres, irrégulières, surélevées et présentant à la coupe le même aspect que la masse cancéreuse du médiastin ; l'auricule droite est intéressée, et les plaques dégénérées, qui se retrouvent également sur la paroi de l'oreillette gauche, ne dépassent pas d'ailleurs le sillon inter-auriculo-ventriculaire.— Les cordons nerveux de la région pneumogastrique et sympathique, sont isolés, en arrière de la tumeur, entourés de tissu cellulaire en couche mince mais intact. — Les *poumons* ne présentent pas d'autres lésions que des zônes de congestion prédominante vers les bases.

Remarquons que l'absence à cette période de troubles fonctionnels du côté de la voix, de la vue, des fonctions respiratoires, etc., en un mot de tous les organes que la tumeur devait gêner dans leur fonctionnement, et d'autre part le début subit des accidents dyspnéiques, leur intensité en même temps que l'obscurité des signes des lésions réelles, étaient de nature à détourner le diagnostic de l'idée d'une tumeur dont la marche ordinaire est toute différente.

Les seuls phénomènes restés inexpliqués : l'état général

Digitized by Google

et l'élévation de la température, trouvent à l'autopsie leur interprétation dans l'existence des phlegmasies ultimes secondaires, et en première ligne de la péricardite. Il faut ajouter que la force, l'intensité, le nombre des rhonchus qui existaient aux origines bronchiques ont seuls pu, par leur retentissement dans tous les points de la cavité thoracique, faire méconnaître l'existence d'un épanchement, que la matité du côté droit semblait accuser.

www.libnnl.com.ch

6. Anomalies du cerveau ; par M. Fauré, interne provisoire.

La *scissure interpariétale* qui naît un peu en arrière de la scissure perpendiculaire externe qu'elle contourne, et dont elle est séparée par le pli de passage supérieur, décrit une courbe à concavité inférieure sur la convexité de l'hémisphère, et vient se jeter en avant dans le sillon *postrolandique* parallèle au sillon de Rolando et limitant en arrière la circonvolution ascendante postérieure. Cette scissure interpariétale est une de celles qui présentent le plus de variétés. Dans les trois quarts des cas, elle est interrompue par un pli de passage qui réunit les deux lobules pariétaux. Ces plis partent le plus ordinairement du pli courbe, moins souvent de son lobule ; plus rarement encore les deux existent à la fois ; fréquemment ils continuent la direction des circonvolutions marginales. On a exagéré en disant que ces plis de passage transversaux sont constants chez l'homme et ne manquent que chez les sujets faibles d'esprit qui se rapprocheraient par là des primates inférieurs.

Quelquefois on trouve, comme sur l'hémisphère gauche de ce cerveau, un pli de passage parallèle à la circonvolution ascendante postérieure et situé immédiatement derrière; la scissure interpariétale n'arrive pas jusqu'au sillon postrolandique et il existe une 3e circonvolution ascendante.

On a signalé récemment cette variété comme une anomalie rare, bien qu'elle ait déjà été décrite et avec raison comme assez fréquente (Gromier : th. p. 96 et suiv.). On lui a attribué aussi une signification qu'elle n'a pas, car on peut la retrouver à tous les âges, même chez le fœtus ; il existe au laboratoire d'anthropologie plusieurs moules d'enfants en bas âge sur lesquels on la voit nettement.

Sur l'hémisphère droit du même cerveau, on voit une disposition plus exceptionnelle, mais qui n'est pas non plus excessivement rare, c'est la présence de quatre circonvolutions ascendantes. Cette variété est constituée par le développement considérable de deux plis de passage transversaux disposés parallèlement aux circonvolutions ascendantes normales.

Digitized by Google

La scissure interpariétale n'existe plus qu'à l'état de vestige et est représentée seulement dans sa partie postérieure par un sillon très-court qui sépare les deux premiers plis de passage pariéto-occipitaux; il est impossible de limiter les lobules pariétaux. Cette variété ne se rencontre pas seulement sur des cerveaux riches, comme celui-ci qui appartenait à un vieillard n'ayant jamais présenté de troubles intellectuels; on peut aussi la rencontrer chez des idiots, comme j'en ai montré dernièrement un exemple. On ne peut donc pas accorder une valeur absolue à ces plis qui peuvent manquer ou être très-développés chez des idiots comme chez des sujets d'une intelligence normale.

Il existe en outre sur ce cerveau une disposition symétrique qu'on a signalée comme une simple variété, mais qui certainement est exceptionnelle, c'est le renversement sur la face interne du premier pli de passage pariéto-occipital qui réunit, non plus le lobule pariétal supérieur au lobe occipital mais le lobule quadrilatère au coin. Il résulte de ce renversement qu'il n'existe point sur ce cerveau de scissure perpendiculaire externe.

Voici l'hémisphère gauche d'un autre cerveau qui présente une anomalie remarquable de la circonvolution pariétale ascendante antérieure. Ce pli est interrompu vers le milieu par un sillon aussi profond que le sillon de Rolando qui semble se bifurquer à ce niveau. L'incisure accessoire se dirige obliquement d'avant en arrière et de bas en haut jusque vers la scissure interhémisphérique dont elle est seulement séparée, à son extrémité, par un pli peu épais; elle est bordée en avant et en bas par la racine de la 2e circonvolution frontale qui se continue avec la moitié inférieure de l'ascendante antérieure, et par un pli saillant qui unit la 2e à la 1re frontale. En arrière, on trouve un petit lobule triangulaire à sommet inférieur, relié, en haut et en avant, avec la 1re frontale par le pli qui sépare l'incisure accessoire de la scissure interhémisphérique, et, en haut et en arrière, par un petit pli semblable, à l'extrémité supérieure de la circonvolution pariétale ascendante postérieure, dont il est séparé plus bas par la partie postérieure du sillon de Rolando. Cette partie du sillon de Rolando est moins profonde que la moitié inférieure et comblée en partie par un pli assez saillant, mais n'arrivant pas jusqu'à la surface. Le lobule triangulaire représente la moitié supérieure de la circonvolution ascendante antérieure.

Sur la face interne, on voit que le lobule paracentral est absolument rudimentaire et n'est représenté que par l'extrémité assez grêle d'une circonvolution frontale interne accessoire

Digitized by Google

qui se recourbe en haut au niveau de l'extrémité interne du sillon de Rolando.

www.libtool.com.cn

L'autre hémisphère ne présentait point ces anomalies.

M. CHARCOT. Ces anomalies sont assez fréquentes pour que l'on doive moins s'occuper de la configuration des départements cérébraux que de leur structure. L'anatomiste doit imiter le géologue qui s'attache moins au relief qu'à la configuration des terrains.

Séance du 14 juillet.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Tumeur blanche du genou avec mouvements de latéralité; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Loich..... Marie, 38 ans, domestique, entre le 28 mai dans le service de M. GOSSELIN pour une tumeur blanche du genou droit dont le début remonte à quatre années. L'articulation qui est suppurée offre des mouvements très-nets de latéralité. La présence de tubercules pulmonaires arrivés à leur troisième période interdisant toute opération, le traitement fut limité à l'application de topiques destinés à calmer les très-vives douleurs que ressentait la malade. Elle succomba le 2 juillet aux progrès de la tuberculisation pulmonaire, et l'autopsie nous montra les altérations suivantes :

FÉMUR. Condyle interne: le cartilage d'encroûtement a disparu sur les deux tiers de la surface articulaire; là où il persiste, il est ramolli, et se laisse facilement pénétrer par le scalpel. Condyle externe : il a entièrement disparu à ce niveau. Le périoste qui recouvre l'épiphyse du fémur est très-notablement épaissi, mais il ne présente pas de fongosités et le tissu osseux ne paraît pas sensiblement altéré. — La *rotule* est pourvue de cartilage, mais on constate son altération profonde, et sa décortication facile.

TIBIA. Le tissu de l'os est raréfié, vascularisé, et gras en différents points. Surfaces articulaires : elles sont dépourvues de cartilage sur presque toute leur étendue ; le cartilage ne

Digitized by Google

forme que des îlots peu épais et très-peu étendus là où il persiste. La lamelle sous-cartilagineuse n'existe plus.

Les ligaments périphériques ne sont pas envahis par les altérations : ils ont conservé leur coloration, leur brillant, leur solidité, tandis que les parties molles voisines sont très-altérées. Les ligaments croisés sont très-solides, très-résistants ; en outre, des adhérences fibreuses qui unissent l'espace inter-condylien au tibia, divisent en deux parties absolument indépendantes l'articulation : il y a là une cloison complète.

8. Fibrome situé au niveau du genou ; par M. Ch. Rémy.

Leur..... Adrien, 54 ans, marinier, se présente dans le service de chirurgie de M. Labbé, remplacé par M. Nicaise, pour y être opéré d'une petite tumeur très-douloureuse.

Cet homme très-grand et très-vigoureux n'a aucun antécédent pathologique. Il n'a jamais eu de névropathies et nous l'avons vu supporter l'opération stoïquement. — Il présente une petite tumeur sous-cutanée, du volume et de la forme d'une lentille ordinaire, située à la face externe du genou gauche, à peu près au niveau de l'interligne articulaire et un peu en avant du ligament latéral externe.

Cette nodosité repose sur un tissu aponévrotique auquel elle n'adhère pas. Elle est mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané, mais elle paraît assez étroitement liée à la peau dont elle suit le déplacement ; appréciable à l'œil, elle fait une légère saillie. — Sa consistance est très-dure. Le plus léger choc de cette nodosité provoque une vive douleur locale avec des irradiations et des élancements dans toute la partie externe de la jambe. Cette tumeur subit l'influence des modifications du temps. Elle devient alors violacée et beaucoup plus douloureuse. — Le malade ne connaît ni la cause originelle de cette tumeur, ni l'époque de son début. Il en souffre depuis trois ou quatre ans, et réclame l'opération.

La tumeur est énucléée très-facilement par une petite ouverture de la peau. Elle est blanchâtre, très-dure, de la forme et du volume que nous avons indiqués.

Les recherches faites sur des pièces préparées pour l'examen microscopique nous ont appris que cette tumeur est constituée *uniquement* par des fibrilles très-tenues et très-rapprochées de tissu fibreux. Elles constituent par leur rapprochement des faisceaux qui s'entrecroisent, de sorte que les uns se présentent obliquement et les autres sectionnés parallèlement. Au milieu du tissu quelques orifices vasculaires. Mais par aucun moyen nous n'avons pu découvrir de tubes nerveux.

Digitized by Google.

Les pièces ont été successivement traitées par la dissolution de carmin, le picro-carminate d'ammoniaque, l'acide osmique, le chlorure d'or et de platine. — Il s'agit dans ce cas d'un *fibrôme pur*, dont la constitution n'explique pas du tout la susceptibilité douloureuse de la tumeur.

www.libtool.com.cn

M. DURET. — J'ai eu occasion d'observer un cas analogue en 1872 dans le service de M. Duplay. Un premier examen n'avait pas révélé l'existence de nerfs dans la petite tumeur, mais je finis par y découvrir un petit nerf ramifié et divisé au centre en tubes à myaline plus petits qu'à l'état normal. Cette tumeur avait été enlevée à un jeune enfant; elle s'était développée au niveau d'une cicatrice.

9. Hématocèle vaginale; — Asystolie; — Mort par hémorrhagie cérébrale; par M. GARCIA.

S..., berger, 77 ans, entre le 29 juin 1876 à l'hôpital Beaujon (service de M. FERRAND). — Sauf une fluxion de poitrine qu'il a eue étant jeune, ce malade dit avoir été toujours d'une bonne santé jusque dans ces derniers temps. Pas de rhumatisme antérieur. Depuis quelques années il éprouvait des palpitations lorsqu'il se fatiguait, si bien qu'il avait cessé de travailler. Il se plaint de constipation, d'avoir la gorge sèche et de souffrir des deux côtés au niveau des hypochondres droit et gauche. Ses jambes enflent par la marche ou la station debout, puis désenflent par le repos au lit. — Apyrexie, langue tout à fait sèche; pouls irrégulier. — Poumons emphysémateux, congestionnés aux bases — cœur gros, très-irrégulier; — congestion spléno-hépatique; pas de pouls veineux. Urine normale.

En découvrant le malade pour examiner l'état de ses jambes, on constate qu'elles ne sont pas enflées; mais en même temps on est frappé des dimensions que présentent les bourses; on a devant soi une tumeur énorme, régulièrement ovoïde et symétrique, de 50 centimètres de circonférence; dont la grosse extrémité regardant en arrière repose sur le plan du lit, tandis que la petite extrémité dirigée en avant est représentée par une ouverture ombiliquée, l'orifice du prépuce. Le pénis tout entier a disparu au sein de cette tumeur pesante et mobile que l'on peut faire basculer au-dessus du pubis. La tumeur est rénitente, mate à la percussion, non transparente; on a la sensation de flot. La peau irrégulièrement lisse est épaissie, très-brune et sillonnée par de grosses veines superficielles. La peau du pubis a été entraînée en bas. Du côté droit, il existe une hernie inguinale réductible. De chaque

Digitized by Google

côté, on sent le cordon et l'on reconnaît l'intégrité des canaux déférents. Interrogé sur l'origine et la marche de sa tumeur, le malade nous dit qu'il y a vingt ans, à la suite d'un violent effort, il avait vu ses bourses enfler subitement; elles acquirent en peu de temps, prétend-il, le volume qu'elles présentent aujourd'hui. Il dit n'en avoir jamais souffert.

La ponction avec l'aspirateur donne issue à 1 litre 300 grammes d'un liquide chocolat épais, se recouvrant d'une sorte de crème, de nappe chatoyante, constituée par des cristaux de cholestérine. Après la ponction, la poche s'affaisse en formant des plis. En haut et à gauche l'on voit et l'on sent le testicule gauche qui paraît sain. Du côté droit et à la partie supéro-postérieure de la poche, on sent un épaississement considérable de la paroi; nous verrons plus loin que là se trouve le testicule. Durant les jours qui ont suivi la ponction, on a vu l'épanchement se reproduire d'une façon rapide quoique graduelle, si bien que le 10 juillet l'état des bourses était à peu près le même qu'à l'entrée du malade. Pendant ce temps l'état du malade persiste toujours le même — le cœur est aussi irrégulier. De plus on remarque que sa mémoire faiblit, si bien qu'il ne se rappelle pas toujours ce qu'il a fait la veille; mais néanmoins ses réponses sont raisonnables. Enfin, il s'assied tout seul sur son lit. La journée du 10 juillet s'était passée comme les précédentes, lorsque subitement, le 11 juillet, à 4 heures du matin, il s'affaisse et meurt.

Autopsie. — *Poumons*. Œdème avec emphysème. Adhérences pleurales lâches et multiples. — *Cœur*. Valvules toutes suffisantes. Ventricule gauche considérablement hypertrophié. L'aorte ne présente pas de dilatation notable. La surface interne est chagrinée, athéromateuse. La surface interne du cœur gauche est également athéromateuse surtout au niveau des cordages tendineux et de la valvule mitrale épaissie et dont les bords libres des valves présentent une collerette. Oreillettes non dilatées; la droite présente un caillot fibrineux jaunâtre, rougeâtre à sa surface et adhérant à la face interne de l'auricule. L'oreillette gauche renferme un caillot de même apparence que le précédent, libre dans sa cavité. — *Foie* relativement petit. Rate consistante. — *Reins*. Le droit a une surface un peu mamelonnée et sa substance corticale est un peu atrophiée. — Le gauche, même aspect quoique moins accusé. Dimensions normales. — *Cerveau*. Artères athéromateuses. — Foyer hémorrhagique du côté droit ayant détruit la partie postéro-interne de la couche optique et la queue du corps strié tout à fait à sa partie postérieure et ayant fait irruption dans le ventricule moyen.

La vessie est attirée en bas; quoique remplie d'urine c'est

Digitized by Google

à peine si son sommet atteint le bord supérieur du pubis; structure normale. Prostate nullement hypertrophiée. Urèthre normal.

En ouvrant la poche de l'hématocèle, on donne issue à une grande quantité de liquide dont l'aspect a été décrit, et dans lequel flottent des caillots fibrineux, gélatiniformes, imbibés de liquide. La néo-membrane qui entoure le liquide se laisse détacher facilement; sa surface interne irrégulière, en partie brunâtre, en partie verdâtre, présente des noyaux d'apparence et de consistance cartilagineuses; on y observe trois orifices conduisant dans de petits diverticules. Au-dessous se rencontre une coque fibreuse épaisse, qui acquiert surtout une épaisseur considérable à sa partie postéro-supérieure; c'est au sein de ce bloc fibreux que se trouvent englobés et le testicule et l'épididyme et la portion contournée du canal déférent. Enfin, tout autour de cette coque fibreuse et la séparant du scrotum, se voit un tissu cellulaire lâche renfermant un lacis veineux extrêmement développé. Quant à la tunique vaginale gauche, elle renferme environ une cuillerée de liquide citrin. Le testicule gauche ne présente rien à signaler.

M. Després. Ce fait doit être rangé parmi les hydro-hématocèles de Velpeau.

10. Endocardite végétante à symptômes typhoïdes. Mort. — Infarctus rénaux et spléniques. — Analyse de l'urine; par M. Albert Robin, interne des hôpitaux.

Flam..., Pauline, 29 ans, lingère, entrée le 28 juin 1876, dans le service de M. Jaccoud, habite Paris depuis 10 ans. Elle n'a fait d'autre maladie qu'un catarrhe utérin qui a nécessité son séjour à l'hôpital pendant deux mois, à la fin de l'année dernière. Il y a 9 jours, elle a été prise sans cause connue d'une violente céphalalgie; pas d'épistaxis ni de vomissements, ni de diarrhée.

Au *jour de l'entrée*, elle se plaint surtout de mal de tête, d'insomnie, de sensation de malaise général avec localisation particulière sur l'abdomen. La langue est rouge, sèche, enduite de fuliginosités noirâtres; pas de diarrhée, pas de météorisme, pas de gargouillement dans la fosse iliaque qui est pourtant douloureuse à la pression. La rate est très-volumineuse; le foie est normal. Stupeur peu accusée: la malade répond bien, paraît assez gaie, mais son facies a une expression d'abattement fort marqué. Respiration sèche et rugueuse aux deux bases de la poitrine: pas de bruits anormaux. Il existe cependant un peu de dyspnée. La malade est courte

Digitized by Google

d'haleine. L'auscultation du cœur révèle un souffle présystolique à la pointe, et des frottements péricardiaques disséminés aux alentours des orifices vasculaires ; aucune douleur ou gêne précordiale ; pouls dicrote.

Sur l'abdomen existent plusieurs taches que l'on pourrait prendre pour des taches rosées lenticulaires, mais qui en diffèrent par leur sommet acuminé et surmonté d'une petite vésicule blanchâtre, visible seulement à la loupe T. S. 40°.

29. T.M. 40°2. T.S. 40°8. Même état symptomatique particulier ; l'état général est moins bon qu'hier. *Urine* couleur de bouillon, pâle et sale, très-acide : bouche sédimenteuse : odeur fade. — Urochrome, diminué. Indigose, considérable. Matières ternaires, normales. Sulfates, augmentés. Phosphate de magnésie, diminué. Sulfate de chaux, normal. Albumine, très-petite quantité. Acide urique, doublé. Pas de sucre. — On ordonne un lavement purgatif et une potion avec 50 grammes d'alcool.

30. T. M. 39°2. T. S. 40°4. Météorisme considérable : diarrhée depuis hier matin, ayant continué l'action du lavement purgatif. Pas de délire. Même état général. Douleurs rhumatoïdes dans les masses musculaires des cuisses et des mollets.

1^er^ *juillet*. T. M. 40°2. T. S. 40°6. Délire pendant toute la nuit : Ce matin grande excitation cérébrale. Le météorisme a augmenté ; la diarrhée est persistante ; la langue est sèche, noirâtre, rôtie. Un peu d'œdème de la main droite. Le souffle cardiaque de la pointe a pris une grande intensité : il couvre toute la révolution du cœur. Pas d'oppression ni de dyspnée, ni de douleur précordiale. — 1 gr. de sulfate de quinine. Vésicatoire sur la région précordiale.

Urine 850 gr. Densité 1.014.5 — *Matières solides* 33 gr. 40 par litre. 28 gr. 06 dans les 24 heures. Couleur de bouillon mais très-foncée, et donnant par transparence des reflets jaunes hémaphéiques. Odeur urineuse aromatique. Sédiment floconneux constitué par des gouttelettes de graisse, quelques leucocytes, des cellules détachées des voies urinaires, depuis les tubes de Bellini jusqu'à l'uretère, cellules dont le protoplasme et le noyau sont teintés de noir.

Urée. 10.48 par litre, 8.91 par 24 heures.

Acide phosphorique : 1.22 par litre, 1.04 par 24 heures.

Chlorures : 4.60 par litre, 3.01 par 24 heures.

Urochrome, diminué. Indigose, id. Matières ternaires, id. Hémaphéine, traces. Matières azotées, normales. Uroérythrine 0. Sulfates, normaux. Phosphate de magnésie, diminué. Chaux, un peu augmentée. Acide urique, doublé. Albumine, notable. Pas de sucre.

L'acide nitrique fonce l'urine en jaune mais sans colorations

Digitized by Google

anormales. Le fond du verre, traité par l'éther, donne une teinte jaune peu marquée; ce qui confirme l'hémaphéine.

2. T. M. 40°,4. T. S. 40°,6.

3. T. M. 41°. T. S. 41°. Aggravation de l'état général. La peau est brûlante, aride, sèche, rugueuse. Le ballonnement du ventre est énorme. Sur la peau de l'abdomen on voit cinq à six taches semblables à celles qui ont été notées à l'entrée de la malade. La diarrhée a diminué. — A l'auscultation du cœur, frottements péricardiaques légers à la base; souffle mitral rude, râpeux, sifflant, perceptible dans la région dorsale. — Stupeur. Langue tremblotante. Etat de subdélirium. — On supprime le sulfate de quinine; 0 gr. 80 d'acide salycilique.

4. T. M. 40°,8. T. S. 41°.6. Le délire est continu : La parole est très-embarrassée : dans ses instants de calme, la malade se trompe de mots et répond à tort et à travers. — Dans la journée, le délire s'apaise, mais l'embarras de la parole n'a pas varié : il dépend évidemment d'une altération cérébrale. Même état du cœur. Les frottements sont perceptibles. Pouls 132. — 1 gr. d'acide salycilique.

5. T. M. 41°,4. Agonie, œdème des membres inférieurs, taches de purpura sur les membres inférieurs.

Urine 300 gr. Densité 1,014. — Matières solides : 30.50 par litre. 9.15 par 24 heures, trouble, très-acide, jaune très-pâle, couleur de bouillon très-étendu : Sédiment abondant, lourd, blanc, floconneux, constitué par une desquamation rénale abondante et par quelques cylindres muqueux et épithéliaux.

Urée : 7 gr. 19 par litre. — 2.16 par 24 heures.

Acide phosphorique : 0.68 par litre. — 0.200 par 24 heures.

Chlorures : 1.00 par litre. — 0.300 par 24 heures.

Urochrome, normale. Indigose, normale. Matières azotées, diminuées. Sulfates, normaux. Phosphate de magnésie, diminué. Chaux, id. Matières ternaires, normales. Albumine, très-abondante. Sucre, 0. Acide urique, diminué. *Mort* à midi.

AUTOPSIE. *Poumons*. Splenisés aux deux bases. A la coupe des sommets, il s'écoule une quantité très-abondante de sérosité spumeuse. — *Cœur*. Le péricarde ne contient pas de liquide. Le cœur a son volume normal; il y a de la surcharge graisseuse du ventricule droit.

Le *péricarde pariétal* a un aspect laiteux vers la base du cœur; le bord du ventricule gauche, et les parties adjacentes au sillon auriculo-ventriculaire, surtout à la face antérieure, sont couverts de petites ecchymoses punctiformes.

Dans le *cœur gauche*, l'endocarde est très-pâle, sauf au pourtour de la valvule mitrale, où il prend une teinte rouge foncé. — L'orifice mitral est très-rétréci et l'index éprouve une certaine résistance en le traversant. La valvule est couverte

Digitized by Google

de végétations polypiformes, friables, fort adhérentes, implantées sur toute sa surface, proéminant vers le bord libre et s'étendant jusque sur les cordages tendineux les plus voisins de ce bord. — L'*orifice aortique* est sain : les valvules sigmoïdes sont un peu plus épaisses qu'à l'état normal ce qui leur donne une certaine rigidité. — La face interne de l'*aorte* est couverte de petites plaques jaunes, saillantes, premier degré des altérations athéromateuses. Les parois du *ventricule gauche* sont légèrement hypertrophiées.

Le *cœur droit* ne présente aucune altération. Les cavités du cœur contiennent de petits caillots fibrineux et quelques amas de caillots cruoriques, très-friables et constitués surtout par des globules blancs.

Foie. Volume normal, couleur de cuir fauve pointillé de rouge, vide de sang. Consistance ferme. Très-gras. La *vésicule biliaire* est remplie par une bile d'un jaune acajou. — *Rate*. Extérieurement volumineuse. Un peu de périsplénite très-molle à sa partie supérieure. Tout son tissu est criblé d'infarctus de volumes divers, noirâtres, assez durs, tranchant sur la coloration et sur la mollesse de la rate. Rien dans l'artère splénique.

Pancréas. Assez congestionné. — *Estomac*. Toute la muqueuse de l'estomac est couverte de points ecchymotiques, confluents au niveau de la grande courbure. — *Intestins*. L'intestin grêle n'est congestionné qu'au niveau du duodénum et de la partie supérieure du jéjunum. Dans tout le reste de son étendue, il est plutôt anémié.

Les *plaques de Peyer* sont complétement indemnes à tous les points de vue, mais les follicules sont hypertrophiés et forment des saillies milliaires à la surface de la muqueuse. Les tuniques intestinales sont considérablement amincies et le calibre du conduit paraît avoir un peu diminué. — Congestion de la muqueuse du cœcum; pâleur du gros intestin. Saillies nombreuses formées par les follicules clos. Rien dans les artères mésentériques; *les ganglions mésentériques* sont à peine plus gros qu'à l'état normal. — *Reins*. Volumineux, lobulés. ils ont une teinte jaunâtre striée de rouge par les étoiles de Verheyem. Ils sont criblés de petits infarctus au-dessus desquels la capsule est très-adhérente. A la coupe, on voit la substance médullaire séparée de la substance corticale par une zone rougeâtre. Sauf cela, les deux substances sont jaunes, et plutôt anémiées qu'hypérémiées. Les infarctus ne sont pas tous du même âge : les uns sont jaunes, les autres ont une teinte violacée. Rien dans l'artère rénale.

Encéphale. Les méninges sont congestionnées à la partie supérieure de la troisième circonvolution frontale; la pie-mère

Digitized by Google

est le siége d'une extravasation sanguine de la longueur d'une pièce de un franc, conséquence probable d'une embolie capillaire. Rien dans le reste de l'encéphale.

L'Utérus et ses annexes sont complétement sains.

M. HAYEM. La minceur de l'intestin constatée à l'autopsie peut s'expliquer par le seul fait d'une diarrhée prolongée.

M. CHARCOT. L'absence de relation entre le chiffre de l'urée et l'élévation thermique a été déjà signalée par M. Regnard. Il semble même que le fonctionnement défectueux du foie soit une des causes qui détruisent le rapport qui unit la courbe de l'urée à celle de la température. Cette observation paraît plaider en faveur de l'opinion de quelques auteurs qui regardent l'endocardite typhoïde comme infectieuse. C'est dans des cas semblables que plusieurs articulations peuvent être envahies et contenir du pus.

11. Lésions corticales du cerveau; par M. PITRES.

M. PITRES montre à la Société 10 cerveaux atteints de lésions corticales sans lésions centrales. L'examen de leur localisation et des symptômes concomitants lui permet de conclure; 1° Que la destruction du pli courbe ne s'accompagne d'aucun symptôme moteur du côté des paupières; 2° Que la destruction des deux tiers supérieurs des circonvolutions ascendantes s'accompagne de paralysie des membres sans paralysie de la face; 3° que les lésions destructives du tiers inférieur des circonvolutions ascendantes déterminent une paralysie du facial inférieur sans paralysie des membres.

12. Lipôme intra-musculaire, développé dans la gaîne du vaste interne; par M. Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé. Il y a un mois il s'aperçut par hasard, en portant la main sur la cuisse gauche, qu'il portait à la partie antérieure et interne de cette région une tumeur de la grosseur d'un gros poing d'adulte. Il n'en avait jamais souffert. La tumeur était molle fluctuante ou pseudo-fluctuante; elle faisait manifestement corps avec le vaste interne, car elle devenait immobile en même temps que plus saillante, pendant la contraction de ce muscle. La consistance n'était pas égale dans tous les points; on sentait en palpant profondément des parties plus résistantes. M. Desprès, d'accord avec le médecin de M. X... n'hésita pas à lui proposer une opération dans la crainte qu'on eût affaire à une tumeur fibro-plastique. Malgré cette crainte, que

Digitized by Google

justifiait le développement rapide de la tumeur, M. Despres avait émis d'autres hypothèses sur la nature possible du mal, c'est-à-dire celle d'un *kyste hydatique*, d'un *lipôme*, et enfin d'un *hématome* transformé, en raison d'une chute violente que le malade avait faite quelques années auparavant. M. Richet, que M. X... consulta, diagnostiqua un lipôme fibreux et conseilla également l'opération. Celle-ci ne présenta aucune difficulté; après avoir incisé la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, M. Després arriva sur la gaine du vaste interne, qui fut ouverte; c'est seulement après l'incision d'une couche fibro-musculaire que la tumeur apparut, elle s'était creusé une vaste loge dans l'épaisseur même du muscle; elle se composait de deux lobes, superposés, dont l'inférieur se prolongeait profondément dans le muscle, tandis que le supérieur formait seul la saillie appréciable à l'extérieur. La tumeur enlevée entièrement par énucléation pesait 430 gr. A la surface de la membrane d'enveloppe adhéraient quelques fibres musculaires disséminées. Elle avait tous les caractères d'un lipôme franc ; l'examen histologique fait par M. Charles Monod, a confirmé ce diagnostic.

RÉFLEXIONS. — Ce fait est remarquable par le siége de la tumeur. Les cas très-rares de lipômes observés dans la gaine d'un muscle se rapportent à des lipômes de la langue (*Bull. de la Soc. anatom.*, 1854 et 1866).

Rappelons cependant que M. Farabeuf a présenté à la Société un lipôme développé dans la gaine du muscle couturier. La présence d'un lipôme dans la gaine du muscle vaste interne est assez explicable suivant M. Desprès, car entre les insertions de ce muscle sur le fémur il y a normalement une notable quantité de graine.

13. Ramollissement du cervelet et du bulbe. — Rupture de l'aorte. — Epanchement sanguin entre la plèvre pariétale et les muscles intercostaux. — Mort; par M. J. NAU.

La pièce provient d'une malade du service de M. BERNARD, aux Ménages. — L'histoire de cette malade, intéressante au point de vue des lésions observées à l'autopsie, ne peut malheureusement pas être faite d'une manière très-exacte : cependant, d'après les renseignements pris dans la salle des infirmes où elle était placée, cette femme, âgée de 84 ans, n'était pas malade à proprement parler. On remarquait seulement chez elle des bizarreries de caractère. Ses dépravations d'appétit l'avaient rendue célèbre. Quoi qu'il en soit, depuis un mois à peu près, elle perdait la mémoire; son intelligence diminuait; elle était sujette à des douleurs erratiques qui

Digitized by Google

firent penser à de l'angine de poitrine. Ces attaques d'angine de poitrine ayant augmenté, jeudi 6 juillet, on la fit entrer à l'infirmerie où elle se rendit, seule, le soir à 5 heures. — La nuit fut bonne jusqu'à 1 heure du matin. A ce moment, elle s'assit sur son lit et continua à dormir paisiblement jusqu'à 4 heures. Tout-à-coup on l'entendit crier et l'infirmière accourue la trouva morte.

www.retro.com.ch

AUTOPSIE. *Cerveau.* — Les méninges ne présentent rien à considérer. Les circonvolutions sont petites et déprimées. Un peu de liquide dont on évalue la quantité à une dizaine de cuillerées est épanché dans les ventricules, comme on l'observe très-souvent chez les vieillards.

Cervelet. — Les enveloppes du cervelet sont adhérentes à cet organe qui est ramolli manifestement dans toutes ses parties. Les substances blanche et grise sont peu distinctes l'une de l'autre : c'est à peine si l'on voit l'arbre de vie.

Bulbe. Le bulbe est ramolli dans ses 2/3 supérieurs. Les vaisseaux de l'encéphale sont peu athéromateux.

Thorax. En ouvrant le côté gauche de la poitrine, nous voyons sortir du liquide jaune citrin : un litre 1/2 environ. Malheureusement nous ne pouvons pas en recueillir, et le peu qui reste dans la cavité pleurale se mélange au sang.

Rien à noter du côté droit : Le sternum enlevé, nous apercevons le poumon gauche diminué de volume, et refoulé vers le sommet. Il n'est pas congestionné. Nulle trace d'emphysème ; il est crépitant et perméable à l'air. — En le soulevant, nous voyons une *tumeur* placée au-dessous de lui et le débordant en bas et en dehors. Elle mesure environ 20 centimètres de haut sur 12 de large à sa partie inférieure.

Sa forme est prismatique et triangulaire, à sommet supérieur tronqué. Sa couleur est rouge noirâtre. Elle est renfermée entre la plèvre pariétale d'un côté, de l'autre entre les muscles intercostaux. Sur sa face externe des stries blanchâtres sont dirigées de bas en haut et de dehors en dedans. — Ces lignes correspondent exactement à la face interne des côtes excepté des 3 premières. Cette tumeur est formée par un vaste caillot sanguin, qui refoule le poumon en haut et en dedans.

Cœur. Le cœur est sain, ne renferme pas de caillots. Il est un peu refoulé à droite et en haut.

Aorte. L'aorte est saine à sa naissance, mais elle présente une exagération de calibre au niveau de sa crosse. Sur la portion descendante de la crosse et sur sa face gauche, on trouve une plaque d'athérome, véritable plaque calcaire ; quelques parcelles sont conservées sur la pièce, le reste ayant été entraîné par le courant sanguin. Là, en effet, s'est produite une rupture de 5 centimètres par où s'est épanché dans la

Digitized by Google

poitrine le sang qui forme le volumineux caillot que j'ai déjà décrit.

www.libtool.com.cn

Le point de l'*aorte* où s'est faite la rupture correspond exactement à la partie supérieure et interne du caillot. De plus, le sommet du poumon gauche est intimement uni à ce même point perforé de l'aorte, et pour l'enlever, nous sommes obligé de le couper suivant la longueur du vaisseau.

RÉFLEXIONS. — Le cas que nous venons de rapporter nous semble d'autant plus intéressant que l'histoire de la malade est plus obscure. S'agit-il ici d'un anévrysme ou d'une simple rupture de l'aorte sous l'influence de l'altération athéromateuse observée sur ce vaisseau ? C'est à la première opinion qu'il faut se ranger, selon nous. En effet, comment pourrions-nous expliquer l'adhérence de la partie supérieure de la plèvre pariétale avec le poumon et l'aorte sans la présence de la tumeur anévrysmale qui, par suite de frottements répétés, a amené une inflammation adhésive ? D'ailleurs, la présence du liquide épanché dans le côté gauche du thorax vient à l'appui de cette opinion. Un autre point non moins intéressant est la présence d'un épanchement sanguin entre la plèvre pariétale et les muscles intercostaux. Malgré de nombreuses recherches, nous n'avons pas trouvé de cas qui concordât avec le nôtre.

Le volume de l'anévrysme qui nous occupe était-il considérable ? Nous ne le croyons pas, et voici les raisons sur lesquelles nous nous appuyons : L'abondance de l'épanchement pleurétique, l'abondance du sang épanché, la présence du cœur dans le côté gauche du thorax ainsi que celle du poumon devaient suffire pour remplir ce côté de la poitrine. Avec un anévrysme un peu important, le cœur aurait dû présenter de l'hypertrophie ventriculaire.

Quel a été le mécanisme de la mort ? Tout d'abord la solution paraît simple : l'aorte s'est rompue en un point malade à la suite d'un travail inflammatoire, qui a détruit à la fois sa paroi et la plèvre pariétale à laquelle elle adhérait. Mais nous pensons que le ramollissement du bulbe, constaté à l'autopsie, nous donne la véritable explication de la mort : laissé à l'influence seule du grand sympathique le cœur a battu énergiquement, puisque le pneumograstique se trouvait lésé à son origine et ne pouvait plus servir d'antagoniste au grand sympathique. Ces battements énergiques du cœur ont chassé vivement le sang qui a frappé avec force les parois enflammées de l'anévrysme encore moins résistants par suite des plaques calcaires que nous avons déjà signalées, et la poche s'est rompue.

M. HOUEL. Les décollements de la plèvre semblables à celui que présente cette pièce ne sont pas très-rares; ils occupent

Digitized by Google

tantôt la plèvre pariétale, tantôt la plèvre viscérale, et constituent ce qu'on a désigné sous le nom d'anévrysmes kysteux de l'aorte.

www.libtool.com.cn

Séance du 21 juillet.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Tumeur blanche du genou avec mouvements de latéralité; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

C..... lingère, 36 ans, est entrée le 7 avril dans le service de M. GOSSELIN pour une tumeur blanche ancienne du genou droit. Le traitement consista dans l'application d'appareils silicatés, car l'état des poumons, envahis par les tubercules, interdisait toute intervention radicale. L'articulation offrait des mouvements de latéralité; je les rapportai à une altération profonde des cartilages et je pensai que les ligaments étaient ou intacts ou peu altérés. Les faits que j'ai déjà présentés à la Société (janvier et mai 1876) me permettaient de prévoir ces lésions. — A l'autopsie faite le 7 juin, nous avons trouvé les lésions suivantes.

Tibia. Surface articulaire externe: le cartilage d'encroûtement a complétement disparu: à ce niveau le tissu osseux est recouvert d'une couche pulpeuse et molle. Il n'existe aucun vestige du fibro-cartilage inter-articulaire. — Surface articulaire externe: il ne reste de cartilage qu'en certains points; là il est moins épais qu'à l'état normal, ramolli et facile à décortiquer; sur une coupe, on voit que le tissu osseux de l'épiphyse est densifié à la partie moyenne et en arrière de la surface articulaire. La lamelle sous-cartilagineuse a disparu; il ne persiste qu'un fragment du ménisque situé à la partie postéro-interne de l'articulation: tout le reste a disparu.

Rotule. Le cartilage, qui manque au niveau de toute la facette supérieure de cet os est en bas plus épais qu'à l'état normal, et ramolli en ce point.

Fémur. Condyle interne; le cartilage a presque entièrement

Digitized by Google

disparu. A la coupe on voit que le tissu osseux est épaissi, décoloré, en certains points. — Condyle externe: le cartilage manque en différents endroits; là où il persiste, il est facile à décortiquer. En un point, il y a une perte de substance qui semble taillée à l'emporte-pièce. La lamelle compacte sous-cartilagineuse a disparu.

Les ligaments périphériques (antérieur, postérieur et latéraux) ne sont pas relâchés; ils ont conservé leur aspect nacré, et les fongosités qui ont envahi les parties molles les ont respectés. Les ligaments croisés sont conservés, et paraissent intacts.

15. Anévrysme de l'aorte ouvert dans les bronches sans autres accidents que des hémoptysies persistantes pendant plusieurs mois et terminé par une hémoptysie foudroyante; difficultés du diagnostic; par M. A. Sevestre, chef de clinique, et M. V. Cornil, directeur du laboratoire de la Charité.

Cette observation bien que déjà un peu ancienne, mérite cependant d'être rapportée en raison de l'intérêt qu'elle présente à plusieurs points de vue.

Il s'agit d'une femme âgée de 54 ans, qui entra le 10 octobre 1874 à la Charité, dans le service de M. G. Sée, remplacé alors par M. Damaschino. (Salle Sainte-Anne, n° 4.)

Cette femme entrait à l'hôpital pour une hémoptysie qui avait débuté quelques jours auparavant, et donnait sur sa santé antérieure les renseignements suivants:

Elle n'avait jamais eu de maladie grave, sauf un rhumatisme dont elle avait eu en 1849 une première attaque, et en 1859 une seconde attaque qui avait envahi toutes les articulations et l'avait tenue au lit pendant six semaines. Depuis cette époque, elle avait souvent des douleurs, mais qui n'avaient jamais été assez violentes pour la forcer à garder le lit. — Elle n'a jamais eu ni palpitation, ni oppression, ni œdème des membres inférieurs, en un mot aucun symptôme pouvant révéler une affection cardiaque.

Au mois de *janvier* 1874, la malade a eu une bronchite qui l'a tenue trois semaines au lit; elle avait des frissons tous les soirs, une toux fatigante, une expectoration abondante formée de crachats verdâtres et jaunâtres; à partir de cette époque, elle a commencé à éprouver une altération manifeste de la santé, elle a maigri, perdu ses forces, et a continué à tousser et à rendre des crachats parfois striés de sang; elle dort mal et transpire toutes les nuits, surtout depuis quatre semaines. Le teint est devenu jaunâtre, sans qu'il y ait jamais eu d'ictère. Elle est essoufflée et a des palpitations au moindre effort. De-

Digitized by Google

puis plusieurs mois, les digestions sont difficiles et la distension de l'estomac qui suit l'ingestion des aliments oblige la malade à desserrer ses vêtements.

www.jbtool.com.cn

Depuis le commencement de *septembre*, elle a eu à quatre reprises différentes des vomissements (?) de sang, et en même temps elle a remarqué que les selles étaient noires.

Le 2 *octobre*, en particulier, elle a rendu du sang mousseux dont elle évalue la quantité à 4 litres; il y en avait, dit-elle, plus d'une cuvette. (Bien que le sang ait été rendu par des efforts de vomissements, il paraît bien probable qu'il s'agissait ici d'une hémoptysie, et, même en accordant une large part à l'exagération, d'une hémoptysie abondante.) Quelques heures après ce vomissement de sang, la malade a eu des selles liquides très-abondantes, et formées de matières noires comme de l'encre. — Le 8 *octobre*, elle a rendu encore deux verres de sang rouge battu d'air. — Effrayée de ces hémorrhagies, elle entre à l'hôpital, le 10 *octobre*.

Au moment de l'*entrée*, on est frappé tout d'abord de l'amaigrissement que présente la malade, ainsi que de la teinte jaune bistre des téguments, sans coloration ictérique, même aux conjonctives.

Il n'y a pas eu depuis deux jours d'hémoptysie abondante, mais la malade a continué à rendre en assez grande abondance des crachats sanguinolents.

Ces crachats ont une coloration foncée qui rappelle celle de la gelée de groseille brûlée ; ils sont visqueux, et s'attachent au fond du vase ; ils présentent une odeur alliacée. La toux est peu fréquente, et ne survient guère qu'à l'occasion des crachats.

A l'examen de la poitrine, on constate un réseau veineux assez développé à la partie supérieure du thorax du côté gauche, et quelques veines un peu dilatées à droite.

La percussion de la poitrine n'offre rien d'anormal à droite. Il n'en est pas de même à gauche : en avant, on trouve une matité très-prononcée et très-étendue, avec résistance au doigt, et une diminution des vibrations thoraciques. En arrière, il existe une matité absolue dans toute la hauteur du thorax à gauche.

A l'auscultation, on trouve en avant un souffle bronchique très-net, surtout dans l'expiration, et quelques râles dans l'inspiration. En arrière le murmure vésiculaire s'entend à peine dans toute la hauteur du côté gauche, et au sommet on perçoit un souffle lointain qui ne paraît être d'ailleurs que le retentissement du souffle existant en avant. Il y a du retentissement de la voix, mais pas de pectoriloquie. Du côté droit,

Digitized by Google

en avant comme en arrière, le murmure vésiculaire est normal, ou un peu exagéré.

A l'auscultation du cœur on trouve à la pointe un souffle systolique très-rude. Le pouls est fort, un peu vibrant et régulier. Il existe un léger œdème aux malléoles.

Il n'y a pas d'ascite ; le ventre n'est pas ballonné, si ce n'est à la région épigastrique à la suite du repas. Le foie est un peu petit, la rate est normale. Il n'y a pas d'albumine dans les urines. — L'appétit est assez bien conservé ; les selles sont rares, mais liquides et encore noirâtres. En ce moment, la malade n'a pas de sueurs la nuit.

14 *octobre*. Après avoir observé la malade pendant plusieurs jours, et après avoir discuté l'hypothèse d'une induration pulmonaire simple, d'une induration tuberculeuse, d'une apoplexie pulmonaire ou d'un cancer intra-thoracique, M. Damaschino se rattache à cette dernière opinion, et pense qu'il faut admettre un cancer pleuro-pulmonaire avec épanchement pleural. *Prescription* : Ergotine 2 gr. 50 ; 15 ventouses sèches.

15 *octobre*. La respiration s'entend un peu mieux en arrière, et l'on perçoit en outre quelques frottements vers la partie moyenne du thorax. On ne retrouve plus en avant le souffle perçu ces jours derniers, mais seulement une grande faiblesse du bruit respiratoire.

La matité persiste, et les crachats offrent les mêmes caractères. T. A. 37°,2 le *soir*. On remplace l'ergotine par des capsules de térébenthine (6).

19 *octobre*. Les frottements ont presque complétement disparu. La malade se trouve mieux, les gardes-robes sont régulières et de coloration normale. Il n'y a pas de fièvre, plutôt un léger abaissement de la température qui oscille depuis plusieurs jours entre 36°,3 et 37°, 2.

22 *octobre*. La respiration s'entend mieux dans le côté gauche qui est toujours aussi mat à la pression. — La malade pèse 85 livres.

24 *octobre*. Selles diarrhéiques sans caractère particulier. Les crachats ont meilleur aspect et ressemblent à de la gelée de groseille ordinaire et non plus à de la groseille brûlée. — On supprime la térébenthine.

26 *octobre*. La diarrhée a cessé. Les frottements sont très-peu marqués. On trouve quelques râles sibilants à droite. — Ventouses sèches.

31 *octobre*. La malade pèse 86 livres. Elle se plaint d'avoir depuis hier des étouffements. Les crachats ont toujours les mêmes caractères. A l'auscultation, on trouve sous la clavicule gauche quelques frottements surtout à la fin de l'inspiration. 5 *novembre*. La malade pèse 89 livres.

Digitized by Google

12 *novembre*. 88 livres. Etat stationnaire. Mais les crachats sont plus foncés, et ressemblent à ceux du début. Ils sont peu abondants et visqueux. M. Sée, qui a repris le service, pense qu'il s'agit d'une apoplexie pulmonaire consécutive à l'affection cardiaque.

22 *novembre*. Même caractère des crachats. La matité a diminué en avant et en arrière vers le sommet ; elle persiste à la base. Le souffle est très-marqué sous la clavicule gauche; en arrière on trouve quelques frottements à la partie moyenne. A la base, le bruit respiratoire est à peine perceptible. L'apparence cachectique s'accuse davantage, cependant l'appétit est conservé.

29 *novembre*. La malade s'est réveillée ce matin avec une violente douleur ayant son maximum d'intensité dans l'épaule droite, et s'irradiant jusqu'à l'extrémité des doigts, douleur qu'elle attribue à une mauvaise position du bras pendant le sommeil. En même temps, le bras est très-faible et la malade est incapable de se servir de sa main.

30 *novembre*. La douleur et la faiblesse du bras droit ont diminué. L'œil droit semble plus saillant que le gauche, et la pupille de ce même côté est très-contractée, tandis que la gauche est à peu près normale.

3 *décembre*. Depuis quelques jours la malade est très-fatiguée et a perdu l'appétit ; elle a la langue sale. Elle a de la fièvre le soir et une céphalalgie persistante. Elle tousse davantage et crache abondamment. Les crachats ont d'ailleurs toujours les mêmes caractères.

4 *décembre*. Les phénomènes signalés hier ont notablement diminué. La malade se trouve beaucoup mieux.

Le *soir*, à 4 heures, elle est prise d'un violent frisson, suivi d'une fièvre intense. Elle accuse une douleur très-vive dans la région lombaire et les deux régions fessières. Cette douleur se propage aussi à la base de la poitrine et empêche la malade de respirer. La soif est vive.

T. ax. 40°,3. La matité du côté gauche en arrière est très-marquée, et la respiration s'entend à peine en ce point. En avant, matité et souffle. — 4 ventouses scarifiées sur la région lombaire du côté gauche.

5 *décembre*. La malade a été très-soulagée par les ventouses. La respiration est plus libre. Pas de fièvre ce matin.

Soir. T. 38°,8. Sueurs abondantes.

6 *décembre*. La malade semble moins fatiguée, mais se plaint de douleurs dans les genoux et dans les épaules. Pas de fièvre. — Sulfate de quinine (0,75). *Soir*. T. 37°.

8 *décembre*. Les douleurs n'existent plus dans les épaules, mais la malade accuse dans les deux jambes depuis les ge-

Digitized by Google

aoux jusqu'aux orteils des douleurs vives, lancinantes. La dyspnée est intense. Il y a eu cette nuit deux vomissements, que la malade attribue au sulfate de quinine. T. 37°,6 le soir.

9 *décembre*. La malade n'a pas dormi et a ce matin une fièvre assez forte (39°4). La langue est sale, la bouche pâteuse. Vomissements cette nuit. On ne trouve rien pour expliquer ces accès de fièvre. En effet, il n'y a plus de douleurs dans les membres. Les phénomènes thoraciques ne sont pas plus marqués, mais plutôt moins accusés. Au cœur on trouve toujours un bruit systolique à la pointe, très-rude, mais rien autre chose. — *Soir*. T. 36°,6.

10 *décembre*. T. 38°,2. Mêmes phénomènes.

11 *décembre*. T. 39°,3. — *Soir*. T. 38°,3.

12 *décembre*. T. 37°,5. La malade continue à vomir de temps en temps des matières verdâtres. Elle n'a pas d'appétit. Elle est très-affaissée et sue abondamment. La teinte cachectique se prononce de plus en plus. Les crachats sont plus visqueux et ont un peu changé d'aspect. Les uns sont gelée de groseille, même assez clairs, les autres ressemblent à une bouillie de chocolat, quelques-uns sont tout-à-fait noirs, les uns et les autres ont d'ailleurs la même constitution histologique. Au microscope on y trouve des globules rouges, des globules blancs en assez grande abondance, et de grandes cellules contenant des granulations graisseuses et pigmentaires. Dans aucun d'eux on ne trouve de fibres élastiques.

19 *décembre*. Les phénomènes thoraciques sont un peu modifiés. En arrière on entend mieux le bruit respiratoire. En avant le souffle est moins étendu et se perçoit seulement au-dessous de la clavicule dans un point très-limité. Les crachats contiennent aussi beaucoup moins de sang : ils sont jaunâtres, visqueux, analogues aux crachats de la pneumonie. Quelques-uns seulement sont teints en rouge. — Diarrhée toute la nuit.

20 *décembre*. Persistance de la diarrhée. Le souffle a décidément diminué d'intensité et d'étendue en avant. Là aussi la matité a diminué et fait place à de la submatité ou à une une sorte de son skodique.

22 *decembre*. La malade se trouve beaucoup mieux. Elle se lève et se promène dans la salle. Les crachats sont moins abondants et moins colorés ; rarement ils ont l'apparence gelée de groseille. Le souffle a notablement diminué en avant ; il a complétement disparu en arrière, où l'on trouve seulement quelques râles et quelques frottements.

27 *décembre*. La malade a eu cette nuit une hémoptysie abondante. On trouve dans la cuvette un demi-litre environ

Digitized by Google

de sang rouge spumeux. La malade dit en avoir rendu au moins autant aux cabinets, avant de pouvoir réclamer la cuvette. Ce matin, elle est très-abattue ; le pouls est petit, dépressible, à 92 ; T. 36°,4.

A l'auscultation, on trouve du côté droit des râles sibilants et muqueux surtout à la base. A gauche en avant on constate au sommet un souffle assez fort pendant l'inspiration, et plus bas, une grande faiblesse du murmure respiratoire. Il n'y a pas de matité vraie en avant.

En arrière, dans toute la hauteur on retrouve de la submatité plus prononcée au sommet. A l'auscultation on note une grande faiblesse du bruit respiratoire. Dans l'aisselle gauche, quelques frottements. Le bruit de souffle du cœur est notablement moins fort que les jours précédents.

Soir. La malade est mieux et a rendu seulement une douzaine de crachats gelée de groseille.

29 *décembre*. Depuis cette nuit, selles diarrhéiques noirâtres, du reste rien de nouveau.

31 *décembre*. La malade se sent très-fatiguée, a encore la diarrhée. Les crachats sont noirs, modérément abondants. La percussion donne en avant et à gauche une matité presque absolue au sommet jusqu'à la 2e côte ; et au-dessous de la submatité, en arrière il y a seulement de la submatité.

A l'auscultation, on trouve au sommet en avant un souffle très-fort, à timbre presque amphorique. Retentissement de la voix, mais pas de pectoriloquie. En arrière, faiblesse du murmure respiratoire.

4 *janvier* 1875. La malade se trouve mieux ; elle se lève, mange avec appétit. Le soir il existe un peu d'œdème des membres inférieurs, qui disparaît pendant la nuit. Les crachats sont d'un rouge-brun foncé, couleur chocolat.

8 *janvier*. La malade a craché hier en petite quantité du sang rouge vermeil ; du reste, elle a bien dormi, et a rendu pendant la nuit seulement quelques crachats gelée de groseille.

9 *janvier*. Ce matin, à 8 heures la malade a eu une hémoptysie extrêmement abondante, et est morte de suite.

Autopsie, faite par M. Cornil. A l'ouverture de la poitrine, on trouve une grande quantité de liquide citrin dans la plèvre gauche, et à la surface de la membrane pleurale quelque fausses membranes fibrineuses.

Le poumon droit est très-tuméfié, emphysémateux et gorgé de sang surtout à la base de ses lobes. Le foie de la couleur de la noix muscade. Les autres organes abdominaux sont sains.

Signalons seulement un petit kyste appendu à l'ovaire droit, et dans la corne gauche de l'utérus un petit polype ayant la forme et le volume d'un haricot.

Digitized by Google

Le poumon gauche, l'aorte et le cœur offrent à considérer des altérations très-remarquables. Il existe en effet à la voûte supérieure du thorax, entre la colonne vertébrale et la paroi antérieure de la poitrine, une tumeur considérable à peu près aussi grosse que les deux poings, constituée par un *anévrysme de la crosse de l'aorte*. L'aorte à son origine, au-dessus des valvules sigmoïdes qui sont normales, est dilatée, et présente dans toute sa portion ascendante des plaques d'athérome avec des points calcifiés et une surface irrégulière. L'origine des vaisseaux du cou et de la sous-clavière est libre; mais aussitôt après la naissance de cette dernière, l'aorte présente une dilatation plus considérable et elle est tapissée par des couches épaisses de lamelles de fibrine décolorée, dense, grise, translucide.

Les couches de fibrine interposées à la partie antérieure de l'anévrysme, entre la cavité et la surface extérieure de la dilatation, ne mesurent pas moins de 4 à 5 centimètres La cavité interne de la dilatation anévrysmale est régulière, et présente la forme d'un ovoïde commençant au niveau de la crosse, et occupant, dans une étendue de 10 centimètres environ, la portion descendante de l'aorte. Au-dessous de la dilatation, la surface interne du vaisseau est athéromateuse; mais elle ne présente plus de dépôts fibrineux.

Si la surface intérieure de la cavité que parcourait le sang est régulière, il n'en est pas de même de la surface extérieure de l'aorte au niveau de la dilatation: celle-ci montre, en effet, plusieurs bosselures, dont deux surtout sont assez considérables, l'une siégeant en avant et à la partie supérieure de la tumeur, l'autre en arrière et à la partie inférieure de la tumeur, où elle se met en rapport avec la bronche gauche. Toutes ces bosselures sont mastiquées à leur intérieur par des couches plus épaisses de fibrine, de telle sorte qu'il n'y a pas de concavité à l'intérieur de la poche qui corresponde à la convexité de leur surface extérieure. Toute la portion antérieure de l'anévrysme est recouverte par le lobe supérieur du poumon gauche, qui est aplati sur lui et qui lui adhère intimement par le tissu fibreux.

La bosselure inférieure de l'anévrysme en rapport avec la division de la *bronche gauche* présentait une *perforation* ouverte dans la seconde division de cette bronche. La perforation est ovoïde, à grand diamètre vertical, mesurant un centimètre. Les bords sont formés par un tissu fibreux dense; ils sont lisses et amincis. L'ouverture de la perte de substance est obturée complétement par les caillots fibrineux décolorés et denses qui forment là une couche d'un centimètre au moins.

L'aspect et la structure du bord de la perte de substance,

Digitized by Google

aussi bien que son étendue assez considérable, témoignent de son ancienneté, et il est certain que ces hémoptysies qui ont eu lieu pendant plusieurs mois de suite venaient de cette perforation. Les couches de fibrine qui la tapissaient ont suffi dès le début de la perforation et pendant longtemps pour empêcher la mort subite par hémorrhagie. En cherchant par où devait se faire l'écoulement sanguin, on ne voit aucun trajet évident entre les couches fibrineuses, et le sang devait s'infiltrer par un trajet sinueux et compliqué entre les couches fibrineuses déçollées par lui. De là le sang s'écoulait dans les bronches au-dessus et au-dessous de la perte de substance, de telle sorte que le *poumon* droit, comme le poumon gauche, étaient le siége de noyaux hémorrhagiques, le sang pénétrant, en certains points, jusque dans les alvéoles pulmonaires en même temps qu'il était expectoré ou vomi.

Le *cœur* est un peu hypertrophié, mais non autant que dans la majorité des anévrysmes de l'aorte. La valvule mitrale est épaissie et indurée à son bord libre, et l'anneau que forme ce bord est rétréci, en même temps que la valvule est insuffisante.

Examen histologique. — Il s'agissait d'une dilatation formée par les trois tuniques. Dans ce cas, comme dans la majorité des faits d'anévrysme aortique, la dilatation assez régulière était due à la disparition par places de la tunique moyenne de l'artère. Si l'on compare, en effet, une section comprenant les trois tuniques normales de l'aorte avec la paroi modifiée de la dilatation, on reconnaît que, dans cette dernière, la tunique interne et la tunique externe sont plus épaisses qu'à l'état normal, ce qui est dû à la multiplication des éléments du tissu cellulaire par artérite chronique. La membrane interne présente en même temps des points où sa surface est infiltrée de granulations graisseuses et calcaires. Sous l'influence de cette inflammation qui confine aux deux surfaces interne et externe de la membrane moyenne, celle-ci est atrophiée; partout, elle est réduite à une lame mince, infiltrée de granulations graisseuses ; ses fibres ont en grande partie disparu. Il existe même nombre de points où l'on n'en trouve plus de vestige. Or, la membrane moyenne ou élastique de l'aorte est celle qui résiste à la pression sanguine, et sa disparition par place a amené la distension du vaisseau. Dans les dilatations secondaires de la tumeur, la paroi est extrêmement amincie. Là, la membrane élastique a complétement disparu, et la paroi est constituée par des lames de tissu conjonctif séparées par des cellules aplaties.

Réflexions. Ce fait est très-intéressant aussi bien au point de vue clinique que sous le rapport anatomo-pathologique.

Digitized by Google

Les résultats de l'autopsie rendent bien compte des difficultés, et l'on peut presque dire, de l'impossibilité de faire un diagnostic exact. En effet, le tumeur anévrysmale située à la partie postérieure de la poitrine, et constituée par une paroi artérielle doublée de couches de fibrine extrêmement épaisses, ne pouvait donner de battements. L'intégrité des valvules sigmoïdes de l'aorte explique aussi l'absence de souffle à la base du cœur. Il n'y avait compression d'aucun organe et par suite aucun symptôme particulier, pas de troubles de la voix, pas de cornage; on avait bien constaté à un moment (30 novembre) une inégalité des pupilles, mais ce phénomène n'avait point attiré l'attention sur l'existence d'un anévrysme; tous les autres symptômes étaient peu en faveur de cette hypothèse.

L'expectoration sanguinolente elle-même ne pouvait que contribuer à égarer le diagnostic. Les crachats avaient tous les caractères que l'on décrit à l'expectoration du cancer du poumon, ou à celle de l'apoplexie pulmonaire, et l'on n'avait aucune raison de soupçonner un anévrysme communiquant avec les bronches d'une façon permanente. Sous ce rapport, c'est là un fait absolument insolite, et dont on se rend d'ailleurs très-bien compte en examinant la disposition des couches de fibrine au voisinage de la perforation. Le sang avait en effet à suivre un trajet très-compliqué et passait dans les voies aériennes par une sorte de filtration plutôt que par une communication directe.

16. Anévrysme d'un rameau de l'artère pulmonaire au voisinage d'une caverne; par le dr A. Sevestre.

Ce fait a été observé sur une femme de 40 ans, entrée à l'hôpital de la Charité, (service de M. G. Sée) pour une hémoptysie datant de quelques jours. Cette hémoptysie s'arrêta dès le lendemain de l'entrée à l'hôpital, puis reprit à différentes reprises pendant deux ou trois jours, sans présenter jamais une grande intensité; au bout de trois semaines, il survint subitement une hémoptysie très-abondante et la malade mourut en quelques instants.

A l'autopsie, on trouva les lésions d'une tuberculose aux 2e et 3e degrés, et dans une caverne du volume d'un œuf de pigeon, un caillot de sang. Ce caillot enlevé, je cherchai si je ne trouverais pas sur les parois de la caverne un de ces petits anévrysmes dont j'ai déjà présenté un cas à la Société en 1875, et dont plusieurs exemples ont aussi été rapportés par MM. Lépine, Rendu, Liouville.

Je ne pus en constater, mais je trouvai un orifice un peu

Digitized by Google

allongé, à bords déchiquetés, qui semblait fait comme à l'emporte-pièce sur un vaisseau dont on trouvait d'ailleurs la paroi opposée et les deux extrémités.

www.imool.com.cn

Examinant alors plus complétement le caillot, et après l'avoir dilacéré, je trouvai dans son intérieur un petit sac du volume d'un pois, et dont l'orifice correspondait exactement à l'orifice existant sur le vaisseau. Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici d'un anévrysme développé sur un vaisseau avoisinant la caverne. C'est un fait de plus à ajouter à ceux que j'ai signalés tout-à-l'heure, et ce fait présente une particularité intéressante; en effet, la malade cracha du sang pendant plusieurs jours avant d'avoir l'hémoptysie terminale. Il est probable qu'il existait sur l'anévrysme une petite fissure par laquelle le sang coulait en petite quantité; puis, à un moment donné, le sac s'est trouvé détaché tout d'un coup et il y a eu alors une hémoptysie très-abondante.

17. Elections.

M. Ch. MONOD est nommé *membre honoraire*; MM. LONGUET et Alb. ROBIN, *membres titulaires*; et MM. DUSSAUSSAY, FÉRÉ, LEBLOND et PORAK, *membres adjoints* de la Société.

Séance du 28 juillet.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

18. Fièvre typhoïde. Perforation intestinale. Lésions presque nulles des plaques de Peyer; par M. L. DREYFUS, interne des hôpitaux.

Laugier, 18 ans, entré, le 12 juillet 1876, à l'hôpital temporaire, salle Sainte-Hélène, n° 28 (service de M. LÉPINE).

Lorsque cet homme entra à l'hôpital, il présentait les caractères de la fièvre typhoïde: langue blanche au centre, rouge sur les bords, fièvre vive, pouls rapide: grand abattement, céphalalgie, insomnie, ballonnement du ventre avec douleur dans la fosse iliaque droite. Il raconte qu'il était malade de-

Digitized by Google

puis une douzaine de jours environ; au début il avait ressenti un peu de malaise, et de la céphalalgie ; puis ses forces avaient rapidement décliné sous l'influence d'une diarrhée jaunâtre abondante. Pas d'épistaxis.

Le lendemain de son entrée, on put voir quelques taches rosées sur le ventre. Toux assez fréquente : râles sous-crépitants aux bases. Hypertrophie de la rate.

Les jours suivants la maladie suivit la marche d'une fièvre typhoïde de moyenne intensité. Température le soir de 39°6 à 39°3, le matin de 38°6 à 39°.

Du 15 *juillet* au 18, l'état général s'améliora : le malade demanda à manger un peu, la diarrhée était moins abondante, la fièvre moins vive.

Le 18 *juillet* le malade se vit beaucoup plus souffrant, se plaignit d'une douleur très-vive, dans la fosse iliaque droite ; le ventre se ballonna : il y eut quelques vomissements verdâtres. Le pouls s'éleva à 120°. Malgré l'application de la glace sur le ventre, les lavements laudanisés, l'opium à haute dose, les phénomènes de collapsus s'accrurent les jours suivants et le malade succomba dans la nuit du 20.

Autopsie. En ouvrant la *cavité abdominale*, on voit au milieu des intestins, au niveau de la fosse iliaque droite, sourdre d'un orifice d'un demi centimètre de diamètre environ, une quantité considérable de matières jaunâtres. Tout autour les intestins sont agglutinés par des pseudo-membranes verdâtres, molles ; la séreuse est rouge par places et présente les caractères de la péritonite aiguë. En ouvrant l'intestin grêle, on constate que l'orifice par où s'écoulaient ces matières occupe le sommet d'un diverticulum, long de 7 cent. environ, large de 1 cent., et situé sur le paroi de l'iléon à 15 centimètres environ du cœcum. Ce diverticulum ne semble pas renfermer à son intérieur de plaque de Peyer, ni de follicules clos. L'ouverture est ronde, à bords taillés à pic.

Sur toute l'étendue de l'intestin grêle, on ne trouve aucune lésion des plaques de Peyer qui paraissent être entièrement saines, quoique un peu plus saillantes peut-être qu'à l'état normal. Au centre de la dernière plaque, la plus rapprochée du cœcum, légère exulcération peu profonde de 2 millimètres environ de diamètre. Rien dans le cœcum, ni dans le côlon.

Glandes mésentériques volumineuses, ramollies. *Rate* grosse, très-ramollie. Congestion à la base des deux poumons.

M. Hayem. Il faudra étudier la structure de ce diverticulum : il peut contenir une vaste plaque de Peyer, comme cela

Digitized by Google

se rencontre pour le diverticulum normal qui a été appelé appendice iléo-cœcal.

www.ertongtool.com.cn

M. LÉPINE. Les faits semblables à celui-ci sont rares; un des derniers exemples de perforation d'un diverticulum intestinal a été présenté en 1862 à la société médicale de Londres. L'absence de tuméfaction des plaques de Peyer rapproche le fait de M. Dreyfus d'une observation publiée par MM. Cazalis et Renaut dans les *Archives de Physiologie*. Il existe aussi d'autres observations anciennes plus ou moins semblables.

M. CHARCOT. Je me rappelle avoir recueilli l'observation d'un jeune homme qui succomba à une perforation intestinale après avoir présenté des symptômes de fièvre typhoïde, et chez lequel on ne trouva également que des lésions insignifiantes des plaques de Peyer.

19. Rétrécissement congénital de l'aorte; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

La pièce a été trouvée à l'autopsie d'une femme qui succomba aux suites d'un étranglement herniaire (Dub..., 42 ans, entrée le 17 mai dans le service de M. GOSSELIN).

L'orifice aortique, mesurait 7 cent. L'aorte avant la naissance du tronc brachio-céphalique 7 cent. 1/2. Immédiatement après le point d'abouchement du canal artériel, c'est-à-dire au siége du rétrécissement, le vaisseau ne mesurait plus que 5 cent., et 4 cent. 1/2 seulement à 9 centimètres au-dessous du rétrécissement.

La coarctation se présentait sous la forme d'un repli falciforme dont l'arête était tournée vers la partie postérieure. En avant et en arrière du rétrécissement se voyaient deux ou trois petites plaques d'athérome. — La valvule mitrale présentait deux plaques laiteuses, sans saillie appréciable. Il existait des plaques limitées d'athérome à l'entrée des deux artères coronaires.

Le siége du rétrécissement au lieu d'élection qu'occupent ceux dont l'origine est congénitale, nous permet de le ranger dans cette variété. La malade qui était âgée de 42 ans, n'avait présenté aucun symptôme particulier. Elle n'offrait notamment aucune de ces dilatations artérielles collatérales qui ont été signalées en pareil cas. (Voir *Bull. de la Soc. anat.* Décembre 1874).

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

30. Localisations cérébrales. — Note sur un cas de paralysie des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras liée à une lésion siégeant sur le sillon de Rolando ; par M. Maurice Raynaud, médecin des hôpitaux.

Le cerveau que je mets sous les yeux de la Société me paraît présenter un intérêt considérable au point de vue de la question, aujourd'hui pendante, des localisations cérébrales.

Cette pièce provient d'un sujet tuberculeux, âgé de 30 ans environ, chez lequel la phthisie pulmonaire paraît avoir évolué avec une grande rapidité. Entré à l'hôpital peu de jours avant sa mort, il ne se disait malade que depuis deux à trois mois ; il était profondément émacié, et on constatait sous la clavicule droite tous les signes d'une vaste caverne.

Le mercredi 19 juillet, pendant la visite du soir, il se sentit pris d'une faiblesse du membre supérieur gauche, dont il se plaignait à mon interne, M. Dave, qui assista ainsi au début de la paralysie. Cette faiblesse, qui occupait principalement l'avant-bras, alla en augmentant les jours suivants, jusqu'à la mort du malade, qui survint le samedi 22 au soir.

Voici le résultat de l'examen attentif que je fis de cette paralysie le matin même du jour où le malade mourut. Il avait encore sa pleine connaissance, et se prêtait volontiers à cet examen : Œdème notable de l'avant-bras et de la main gauches (côté paralysé). Rien de semblable du côté opposé. Les deux membres inférieurs sont infiltrés. — Faiblesse du membre supérieur gauche, beaucoup plus accusée à l'avant-bras qu'au bras. Ainsi le mouvement d'adduction du bras (deltoïde) ceux de flexion et d'extension de l'avant-bras sur le bras (biceps et triceps brachial) se font encore avec facilité, quoique avec une énergie certainement moindre que du côté sain. En y regardant de près, on voit donc que la paralysie motrice du bras, quoique réelle, est beaucoup moindre qu'on ne le croirait au premier abord, et que la difficulté que le malade éprouve à s'en servir provient surtout de la peine qu'a le bras à soulever le poids de l'avant-bras presque complétement inerte.

A *l'avant-bras*, paralysie absolue des extenseurs. La main est tombante, et le malade essaie vainement de la relever. Le muscle long supinateur participe à cette paralysie. On croirait donc avoir affaire à une paralysie du nerf radial. Mais il y a aussi de la faiblesse des fléchisseurs. Le malade serre très-incomplétement la main qu'on lui présente, même lorsqu'en relevant fortement la main dans l'extension sur l'avant-bras, on

Digitized by Google

neutralise l'effet de l'inertie des muscles antagonistes. La contractilité électro-musculaire est conservée.

www.libtool.com.cn

Il n'existe aucune modification de la sensibilité du membre malade. Il n'y a pas même de sentiment subjectif d'engourdissement. Il n'y a pas trace d'hémiplégie faciale, ni de paralysie du membre inférieur gauche. Il n'y a pas davantage apparence de céphalalgie ; pas le moindre trouble de la parole ; on ne constate ni perte de mémoire, ni désordre du côté de l'intelligence. Cet individu paraissait avoir des facultés intellectuelles naturellement assez obtuses ; il reste, après son accident, ce qu'il était auparavant.

En un mot, malgré une recherche attentive, on ne trouve, en ce qui concerne les fonctions du système nerveux, rien autre chose que la paralysie motrice, localisée comme il vient d'être dit. Nous avons donc affaire à une véritable monoplégie, celle-ci même extrêmement limitée, puisqu'elle a son siége de beaucoup le plus marqué, dans les muscles extenseurs de l'avant-bras gauche.

Voici maintenant ce que nous montre l'*autopsie* : Les *méninges* sont absolument saines. Il n'existe aucune apparence d'hypérémie cérébrale généralisée. Une fois la pie-mère enlevée, on découvre du côté droit, une lésion corticale excessivement circonscrite. Disons tout de suite, que c'est bien elle qui doit être considérée comme la cause de la paralysie ; car d'une part, on ne trouve rien à signaler du côté des corps opto-striés ; d'autre part, le renflement cervical de la moelle et les racines motrices qui en émergent ont fait l'objet d'un examen attentif, qui a montré ces parties dans un état d'intégrité complète.

La *lésion* siége dans le sillon de Rolando, à 5 cent. 1/2 du bord supérieur et interne de l'hémisphère droit, à la hauteur de la base de la deuxième circonvolution frontale. En ce point on trouve, au fond du sillon de Rolando, un petit tubercule gros comme un grain de millet, qui plonge dans la substance corticale et adhère à la face profonde de la pie-mère légèrement soulevée à ce niveau. Autour de ce tubercule existe une zone de ramollissement rouge caractérisé par un pointillé hémorrhagique très-confluent (apoplexie capillaire). Examiné par la surface, ce foyer présente une hauteur d'environ un centimètre, il occupe la partie la plus reculée de la circonvolution frontale ascendante, et va s'enfonçant obliquement du haut en bas et d'avant en arrière dans le sillon de Rolando.

Lorsqu'on pratique une *coupe horizontale* du cerveau passant à la moitié de la hauteur du foyer, et qu'on examine la surface inférieure de section, on trouve qu'à ce niveau le foyer occupe exactement la substance corticale de la lèvre

Digitized by Google

postérieure du sillon de Rolando, dans toute la portion de cette lèvre qui est accollée à celle du coté opposée. En d'autres termes, c'est la substance grise de la circonvolution pariétale ascendante qui se trouve seule envahie par la lésion. Celle-ci n'affleure pas tout-à-fait à la surface externe de la circonvolution ; elle a 1 cent. 1/2 environ de profondeur. Vers la partie la plus reculée de la circonvolution, on la voit empiéter légèrement sur la substance blanche. Il existe en outre, à un demi centimètre en dedans du fond du sillon, un petit foyer indépendant du ramollissement rouge, de la longueur d'un pois, situé en pleine substance blanche.

Pour mieux fixer les idées sur le siége précis de la lésion, je joins à cette note deux dessins (1). Le premier représente une coupe horizontale du cerveau passant par le milieu du nodule tuberculeux superficiel ; il est destiné à montrer la profondeur à laquelle pénètre le piqueté hémorrhagique, et sa prédominance sur la lèvre postérieure du sillon de Rolando. Le second dessin n'est autre chose que la reproduction du schéma sur lequel, dans leur mémoire, MM. Carville et Duret ont représenté d'après Ferrier, la situation probable des centres corticaux chez l'homme. Ces centres sont indiqués par un trait rouge. J'ai pointé en bleu le point exact où se trouvait la lésion sur le cerveau de mon malade. En étudiant cette figure il est facile de remarquer que la lésion correspond à peu près exactement comme situation, à l'espace indiqué par Ferrier comme affecté aux mouvements du *membre supérieur*. Sous ce rapport essentiel, la présente observation est donc une éclatante confirmation des données de la physiologie expérimentale. Il est cependant quelques particularités sur lesquelles je demande la permission d'insister.

Réflexions. On remarquera d'abord que le point malade que j'ai représenté, n'occupe que la huitième ou dixième partie de l'aire conscrite par l'image schématique du centre indiqué par le physiologiste anglais. De plus, il en dépasse légèrement les limites par en bas.

Mais il convient d'ajouter que dans la pensée de Ferrier, le centre dont il est mention, correspond à tout l'ensemble des mouvements du membre supérieur sans distinction de ce qui appartient au bras et à l'avant-bras ou à la main, sans la distinction des mouvements de flexion, extension, rotation, etc. Dans notre observation pathologique, au contraire, il s'agit d'une paralysie extrêmement limitée, qui, bien qu'intéressant à divers degrés l'ensemble du membre supérieur, atteint

(1) Voir l'album de la Société.

Digitized by Google

très-spécialement les muscles extenseurs de la main sur l'avant.

www.libtool.com.cn

La pathologie n'est donc point ici en contradiction avec la physiologie ; elle la confirme au contraire, mais on précise les enseignements par une analyse des phénomènes plus délicate que ne peut l'être l'analyse expérimentale.

J'ai recherché avec le plus grand soin, dans la thèse si intéressante de M. Landouzy (*Contribution à l'étude des convulsions et paralysies liées aux méningo-encéphalites fronto-pariétales*, (Paris 1876), les faits qui pourraient être rapprochés de celui-ci. Je n'en ai trouvé qu'un qui me permette un rapprochement complet. Il appartient à M. Troisier (*Bull. de la Soc. anatomique* 1872, p. 262.) Il s'agit d'une méningite avec ramollissement de la région pariétale gauche, ayant déterminé une paralysie *des muscles animés par le nerf radial droit.* Sous ce rapport, la similitude serait frappante. Mais il existait en même temps une hémiplégie faciale droite. Ce qui jette nécessairement une certaine confusion dans l'observation. De plus, dans ce cas, la lésion est bien plus diffuse, puisque l'on trouvait sur la région pariétale une hyperémie des méninges et un semis de granulations tuberculeuses dans une étendue de 7 à 8 centimètres carrés, sans préjudice d'autres lésions de voisinage.

Il me semble donc que le hasard m'a servi beaucoup plus heureusement que notre collègue en m'offrant un exemple d'une localisation fonctionnelle extrêmement limitée, correspondant à une localisation anatomique non moins précise.

Il suffirait, je crois, d'un ou deux faits aussi nets que celui que je présente, pour nous permettre d'établir nettement dans l'écorce cérébrale, le siége des mouvements des muscles extenseurs de la main sur l'avant-bras. Ce siége se trouverait sur la lèvre postérieure du sillon de Rolando dans un point assez circonscrit pour pouvoir être couvert par la pulpe du doigt, et situé sur la prolongation d'une ligne horizontale passant par la base de la 2e circonvolution frontale.

21. Monstre janiceps ; par M. GOLAY, interne des hôpitaux.

Le 12 juin 1876, naissait à 8 mois, dans la salle d'accouchement de l'hôpital Beaujon, un monstre double, qui, d'après la classification d'Is. Geoffroy Saint-Hilaire appartient au genre janiceps.

La mère, qui avait eu auparavant deux enfants bien conformés, a vu sa grossesse, sans cause extérieure appréciable, se compliquer d'une hydropisie de l'amnios. L'accouchement a été long et laborieux, et, il en est résulté la mort du pro-

Digitized by Google

duit dans la dernière période du travail. Laissant de côté les détails de l'accouchement, nous nous bornerons ici à décrire le monstre janiceps et à donner les résultats de l'autopsie.

DESCRIPTION. — Le monstre double qui fait le sujet de cette observation est caractérisé par la fusion intime de deux fœtus qui, libres dans leur moitié sous ombilicale, sont intimement unis au-dessus de l'ombilic commun. Sur ce double tronc commun, est portée une tête unique, complexe, à deux faces directement opposées, l'une antérieure, l'autre postérieure, représentant l'être mythologique connu sous le nom de Janus. D'après Is. Geoffroy Saint-Hilaire, on doit comprendre la constitution des deux visages de la manière suivante : Les deux moitiés de face qui, dans chaque sujet, auraient dû normalement, par leur réunion sur la ligne médiane, constituer la face de chacun des fœtus, se sont écartées l'une de l'autre, en se renversant latéralement, la partie postérieure de la tête n'ayant point été déplacée ; la demi face droite d'un sujet est venue correspondre à la demi face gauche de l'autre et s'unir avec elle, et réciproquement, de manière à former deux faces, qui semblent et sont en effet, par rapport à l'ensemble de l'être double, l'une antérieure, l'autre postérieure, mais qui, par rapport à chacun des individus composants, sont tout-à-fait latérales. Ainsi, se trouve établie, de chaque côté de la tête, une face dont la moitié appartient à un sujet, l'autre moitié à l'autre, et qui, néanmoins, à ne la juger que d'après sa conformation, est, sauf sa largeur plus grande, complétement normale. En même temps que les faces des deux sujets composants sont ainsi associées et combinées entre elles, les poitrines et de même encore les abdomens dans leur région sous-ombilicale ont subi des modifications exactement analogues. La poitrine de chaque sujet est ouverte et séparée en ses deux moitiés, et celles-ci rejetées à droite et à gauche, de chaque côté du corps, se réunissent avec les deux demi poitrines de l'autre sujet. Ainsi, au-dessous des deux faces droite et gauche, communes aux deux sujets composant se sont établies de même deux parois pectorales communes, disposées comme dans l'état normal, mais sensiblement plus larges ; et la correspondance de la poitrine et de la face du même côté est si parfaite, l'axe d'union est si bien le même, que la ligne médiane de l'une est exactement le prolongement de la ligne médiane de l'autre.

Le cou, formé également par la fusion des cous propres à chacun des fœtus, est nécessairement très-large, et il paraît même *proportionnellement* plus élargi que la double poitrine et la tête qu'il sépare. L'ombilic est commun, et, c'est immédiatement au-dessous de lui que les deux corps se séparent.

Digitized by Google

et reprennent leur disposition normale, en sorte qu'au-dessous de l'ombilic se trouve, non un abdomen, mais l'intervalle de deux abdomens, qui se correspondent entre eux par leur face antérieure. Il existe deux colonnes vertébrales dont la disposition est restée normale et qui, par conséquent, sont directement opposées aux parois abdominales au-dessus de l'ombilic mais non aux parois thoraciques antérieures devenues latérales. Il existe deux occiputs normaux, comme les deux rachis avec lesquels ils se continuent, et par conséquent offrant une disposition analogue par rapport aux deux visages latéraux. — Enfin, il existe huit membres régulièrement conformés.

Telle est, rapidement décrite, la conformation extérieure de notre monstre, qui répond exactement à la description des janiceps types, telle que nous l'a donnée Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. Il ne nous reste plus, pour terminer sa description, qu'à entrer dans le détail de quelques particularités d'un moindre intérêt, mais qui doivent cependant trouver place ici. Quoique l'union des deux fœtus qui constituent notre janiceps, se soit faite avec les plus parfaites symétrie et régularité, il est possible, en les regardant avec un peu d'attention, de voir que l'un des fœtus est légèrement moins développé que l'autre. Cette différence qui ne frappe nullement au premier coup d'œil, tant elle est faible, montrerait, elle aussi, à défaut d'autre preuve, que chaque face et chaque poitrine n'appartiennent pas par leurs deux moitiés au même fœtus mais bien à des fœtus différents. En effet, du côté de la tête, une des moitiés de chaque face est légèrement plus petite que l'autre; sur chaque face une arcade sourcilière est légèrement plus abaissée que sa voisine; sur les côtés de chaque poitrine un des bras est plus grêle que l'autre; et les parties les moins volumineuses du corps, correspondent aux parties de la tête les moins fortement développées. Nous ne pouvons mieux faire pour le prouver, que de donner les quelques mensurations que nous avons prises.

Pour la commodité de la description, nous désignerons le fœtus le plus développé par la lettre A; le moins développé la lettre B.

du sommet de la tête aux talons	Fœtus A = 40 centimètres.		
	Fœtus B = 39	—	
du sommet de la tête aux coccyx	Fœtus A = 24 centimètres.		
	Fœtus B = 23	—	1/2.
du coccyx aux talons	Fœtus A = 16 centimètres.		
	Fœtus B = 15	—	1/2.

Ces différents chiffres correspondent aux dimensions du

nées par les auteurs comme longueur moyenne des fœtus de huit mois. C'est aussi ce que l'interrogatoire de la mère nous avait fait admettre, comme époque à laquelle était arrivée la grossesse au moment de l'accouchement prématuré. — La fusion intime des deux fœtus, n'a donc nullement nui à leur développement et ils ont acquis des dimensions aussi normales que s'ils eussent été séparés.

Nous ne pouvons ici, vu la conformation particulière de la tête, donner ses diamètres d'après la nomenclature classique, puisque nous n'avons plus un occiput opposé au front et au menton, mais que les deux occiputs sont latéraux par rapport aux deux faces opposées ; puisque aussi, comme nous le verrons dans un instant, les deux fontanelles antérieures sont soudées en une large fontanelle unique, presque circulaire, occupant le sommet de la tête et constituée par la convergence des quatre frontaux et des quatre pariétaux.

La circonférence passant par les quatre arcades sourcilières et les deux occiputs, mesure: 34 centim. 1/2, décomposables comme suit :

17 cent. 1/2 pour la demi-circonférence répondant au fœtus A.
17 »» — — fœtus B

Le diamètre pris d'un occiput à l'autre a donné 13 cent.
— d'un front à l'autre — 7 1/2.
— d'un menton à l'autre — 9

En raison de ce diamètre bi-occipital égal à 13 centim., il est évident que la tête n'aurait pas pu franchir le détroit inférieur si ce diamètre lui était resté parallèle. Il a fallu, pour que l'expulsion de la tête fut possible, qu'un des occiputs se fléchît pour ainsi dire sur la région dorsale correspondante, tandis que l'autre occiput se mettait en extension. De cette façon ce n'était plus le diamètre bi-occipital qui était parallèle au détroit inférieur, mais un diamètre de 11 centim. 1/2 étendu de l'un des espaces sous-occipitaux à la portion la plus éloignée de l'espace membraneux qui représente chez notre fœtus double la fontanelle antérieure. C'est ce que nous avons constaté lors de l'accouchement, qui, quoique long et fort douloureux pour la mère, s'est cependant terminé spontanément. Nous ferons remarquer à ce propos, combien il est heureux pour la mère que le terme de la grossesse ait été avancé, car nous pouvons juger maintenant, quelles difficultés on aurait eu sans doute à surmonter, au moment de l'accouchement, si la tête avait continué de s'accroître jusqu'à neuf mois. L'expulsion de cette tête eût été sans doute impossible, si l'on veut songer aux difficultés ordinaires de l'accouchement avec un fœtus qui, d'ailleurs normal, est un peu volumineux et calculer, d'après cette donnée, l'importance d'un obstacle qu'opposerait

Digitized by Google

à la naissance la duplicature totale ou même partielle d'un fœtus.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. — Après avoir fait une incision sur la ligne médiane de chaque poitrine, et rejeté les parties molles sur les côtés, la cage thoracique commune aux deux sujets composants s'est trouvée à découvert et nous a permis de constater la présence de deux sternums opposés l'un à l'autre, et appartenant pour moitié à chacun des sujets composants. Les côtes, en nombre normal, partaient de chacune des colonnes vertébrales opposées et venaient se rendre par paires, avec une direction très-oblique de haut en bas et de dehors en dedans, aux deux bords correspondants de chaque sternum, limitant ainsi une cage thoracique unique et commune aux deux sujets. Aux deux rachis, correspondaient deux moelles épinières normales, opposées l'une à l'autre dans toute leur étendue par leur face antérieure et comprenant entre elles tous les viscères thoraciques et abdominaux. Quant aux autres os du squelette, à part les os du crâne, dont nous parlerons dans un instant, ils étaient normalement disposés.

Après avoir enlevé les parois thoraciques sur l'une des faces du fœtus double, nous avons constaté que, d'un sternum à l'autre, existait une cloison membraneuse, séparant les fœtus en fœtus droit et fœtus gauche, en cavité thoracique droite et cavité thoracique gauche. De chaque côté de cette cloison médiane, on voyait entre les côtés gauche et droit, une dissemblance très-caractérisée : tandis qu'à gauche de la ligne médiane, existait une cavité pleurale nettement dessinée et limitée en bas par la convexité du diaphragme, renfermant un petit poumon ratatiné, qui remplissait très-incomplétement la cavité ; à droite de la ligne médiane au contraire, on apercevait un grand nombre d'organes, et en particulier un cœur occupant la partie la plus supérieure de la cavité thoracique. Les autres organes étaient constitués par divers viscères abdominaux, qui avaient fait hernie dans la cavité pectorale par un large orifice que présentait le diaphragme. C'étaient l'estomac, deux rates, une portion assez considérable d'un foie, dont l'autre partie était restée dans la cavité abdominale. Quant au poumon, on ne l'apercevait qu'en écartant les organes : il avait la même apparence rosée et ratatinée que celui du côté gauche, et telle, qu'il était évident qu'ils n'avaient jamais respiré. Le cœur était entouré de son péricarde, mais rien ne le reliait au diaphragme, qui, comme nous venons de le dire, manquait en ce point de la cavité thoracique.

Retournant les deux fœtus adhérents, nous avons enlevé le sternum et les côtes correspondant à l'autre face du fœtus

Digitized by Google

double et constaté l'existence de deux autres cavités pleurales séparées par la cloison membraneuse décrite et limitée inférieurement par la convexité du diaphragme. Ces deux cavités pleurales renfermaient également chacune un poumon. Tout près de la ligne médiane, et derrière la partie moyenne du sternum, se trouvait un second cœur bien conformé, adhérent au diaphragme par son péricarde. On ne constatait pas de viscères abdominaux, ayant fait hernie de ce côté dans la cavité thoracique.

De même que nous venons de voir qu'il y avait quatre poumons, il existait deux trachées-artères, deux os hyoïdes et deux larynx. Ces derniers organes s'ouvraient dans un pharynx unique situé au centre du cou. Le pharynx se continuait dans le thorax par un œsophage également unique pour les deux fœtus, et occupant exactement le centre de la cavité thoracique entre les deux trachées-artères et dans une sorte de dédoublement de la cloison membraneuse que nous avons signalée. Il n'existait de même qu'un seul estomac, placé au-dessus d'un pancréas unique et entre deux rates normalement développées. La disposition du canal alimentaire qui faisait suite à l'ampoule stomacale, était des plus intéressantes : simple supérieurement, du pylore jusqu'à la partie moyenne de l'intestin grêle, le tube digestif se renflait subitement en ce point en une sorte d'ampoule, puis se bifurquait pour former deux iléums, deux cœcums et deux gros intestins qui allaient se terminer chacun de la façon la plus régulière à un anus bien conformé et parfaitement perméable.

Revenons encore à la cavité thoracique. Nous avons vu qu'en arrière de chaque sternum, se trouvait un cœur. Ces deux organes étaient tous deux normaux, quant à leur forme et leur volume. Ils étaient bien séparés, disposés d'une manière symétrique et pourvus de leurs vaisseaux normaux. Ils recevaient tous deux une veine cave supérieure, une veine cave inférieure, et donnaient chacun naissance à une aorte et à une artère pulmonaire. Chaque aorte se recourbait en crosse et gagnait bientôt le côté gauche de la colonne vertébrale du sujet auquel elle correspondait, exactement comme si les deux sujets n'avaient pas été réunis. De chaque cœur partait une artère pulmonaire qui, se continuant à plein canal avec le canal artériel, allait se jeter dans la crosse de l'aorte correspondante, en donnant dans ce court trajet, deux branches destinées aux deux poumons les plus voisins. De chaque crosse naissaient deux artères sous-clavières qui se dirigeaient vers la clavicule gauche et droite du sujet auquel le cœur appartenait. Quant aux carotides primitives, il n'en était pas de même ; de l'une des crosses aortiques, naissait une sorte de tronc

Digitized by Google

brachiocéphalique, qui se divisait bientôt en deux carotides primitives; de l'autre crosse aortique, naissaient directement deux carotides. Et ces artères, au lieu de se porter aux côtés gauche et droit du cou du fœtus auquel correspondait le cœur observé, montaient sur le côté gauche du cou de l'un des fœtus et sur le côté droit du cou de l'autre fœtus, et, se dirigeaient directement vers les deux demi-faces constituant par leur réunion, une des figures du monstre; de telle sorte que chaque visage, quoique appartenant pour moitié à chacun des fœtus composants, recevait cependant du sang provenant seulement d'un des cœurs.

Enfin, nous devons signaler une disposition très-intéressante et très-particulière des organes circulatoires de notre janiceps, et que nous n'avons vue signalée nulle part. Elle consistait dans l'existence d'une large anastomose réunissant les deux crosses aortiques sous forme d'un vaisseau dirigé d'avant en arrière à travers la cavité thoracique.

Au-dessous du diaphragme commun aux deux fœtus adhérents, il existait deux foies, séparés l'un de l'autre par la masse intestinale. Ils se regardaient par leur face inférieure, tandis que leur face supérieure ou convexe était en rapport avec la paroi abdominale correspondante. Ils occupaient la ligne médiane de l'abdomen, étaient tous deux pourvus d'une vésicule biliaire bien dessinée, et recevaient chacun une veine ombilicale partant de l'ombilic commun. Ils étaient égaux entre eux, très-volumineux, occupant une grande partie de la cavité abdominale, l'un d'eux faisant même hernie par un de ses lobes dans la cavité thoracique à travers le large orifice du diaphragme que nous avons signalé plus haut.

Il existait quatre reins, entourés chacun de leur enveloppe celluleuse, et situés à leur place normale sur les côtés des deux colonnes vertébrales opposées l'une à l'autre par leur face antérieure. De chaque rein partait un uretère; et ces canaux deux à deux allaient se rendre à une vessie bien conformée, située derrière le pubis de chaque sujet composant.

De chaque vessie, partait un urèthre qui se rendait et s'ouvrait à l'extrémité de la verge de chacun des deux fœtus. Les scrotums ne renfermaient pas encore les testicules, mais on trouvait ces organes, au nombre de quatre, libres par une de leurs moitiés dans la cavité abdominale, engagés par l'autre dans l'orifice interne du canal inguinal qui correspond à chacun d'eux..

Quant à la tête, sa conformation intérieure, était assez nettement indiquée par sa disposition extérieure. Le pharynx commun correspondait à deux cavités buccales symétriquement placées et s'ouvrant au dehors par deux bouches bien

Digitized by Google

conformées et pourvues de deux langues dirigées en sens inverse. Cette disposition permettait d'introduire un stylet par une bouche et de le faire sortir par l'autre. Les voûtes palatines étaient normalement disposées et les deux cavités nasales offraient également une disposition exactement normale. Il en était de même des autres organes des sens.

De même qu'il avait deux visages, notre janiceps était pourvu de deux encéphales séparés l'un de l'autre par une forte cloison membraneuse. Ils devaient être vraisemblablement complets : mais nous n'avons pas pu éclaircir cette question, ces organes ayant été malheureusement réduits en bouillie, par un séjour un peu trop prolongé dans une solution de chloral. Du reste, on s'explique aisément, que les appareils encéphaliques étant placés dans la région postérieure du corps, c'est-à-dire précisément dans la région que l'anomalie n'atteint pas, soient distincts et appartiennent en propre à chacun des individus composants, loin d'être formés comme la face, d'organes fournis par moitié par chaque fœtus.

Pour ce qui a rapport à la disposition des os du crâne, nous avons constaté ce qui suit : Au-dessus de chacun des rachis, se trouvaient les deux trous occipitaux, situés à égale distance des extrémités des deux faces, et entre eux deux, se voyaient les deux apophyses basilaires séparées l'une de l'autre par une membrane, aux dépens de laquelle devait sans doute se former une portion de sphénoïde qui eût été commune aux deux sujets composants. Cette membrane était médiane et vraiment centrale par rapport aux os de la base du crâne, comme le pharynx commun qui était au-dessous l'était aux autres parties de la région buccale. Au-dessus de chaque trou occipital, en procédant de bas en haut, c'est-à-dire, en remontant du trou occipital vers le sommet du crâne, on trouvait la portion écailleuse de l'occipital, puis les pariétaux et enfin la fontanelle réunissant entre eux les frontaux très-droits, considérablement écartés l'un de l'autre et renversés latéralement (à peu près comme les deux feuillets d'un livre se séparent et s'écartent l'un de l'autre, le dos du livre restant en place).

La même disposition se montrant au-dessus du trou occipital de l'autre sujet, il résultait de la soudure des deux fontanelles antérieures, une large fontanelle unique, presque circulaire, située au sommet de la double tête et constituée par la convergence des quatre frontaux et des quatre pariétaux.

Digitized by Google

22. De la glossoplégie dans les lésions de la protubérance.

M. HALLOPEAU voudrait revenir en peu de mots sur une question qui a été soulevée dernièrement par M. Joffroy; il s'agit de savoir si les lésions de la protubérance peuvent donner lieu à la glossoplégie complète, comparable à celle que produisent les lésions bulbaires quand elles intéressent les hypoglosses ou leurs noyaux. M. Hallopeau avait cru pouvoir *a priori* répondre par l'affirmative en s'appuyant sur ce fait que tous les conducteurs nerveux par lesquels les noyaux bulbaires sont mis en rapport avec les centres volitifs traversent nécessairement la protubérance; il peut aujourd'hui citer une observation qui confirme pleinement ce qu'enseignait la théorie; elle appartient à M. Guéniot qui l'a publiée en 1860 dans les *Bulletins de la société*. En voici le résumé: X... est frappée brusquement, sans attaque apoplectique, d'une paralysie des membres du côté gauche et en même temps elle se trouve privée de la parole; il lui est dès lors impossible d'articuler un seul mot et cependant elle a sa connaissance, car elle peut écrire, les mouvements de la langue sont très-difficiles et très-peu étendus. La mort survient 4 jours après. A l'autopsie, on trouve dans la protubérance un caillot du volume d'une amande; il n'atteint pas inférieurement les limites de l'organe; les autres parties de l'encéphale sont saines.

Cette observation semble démontrer qu'une lésion de la protubérance peut donner lieu, comme une lésion bulbaire, à une glossoplégie assez complète pour emporter d'une manière absolue l'articulation des mots; il est certain que dans un cas de cette nature le diagnostic offrirait les plus grandes difficultés; on ne pourrait localiser la lésion dans le bulbe que s'il se produisait ultérieurement une atrophie de la langue indiquant que l'hypoglosse ou son noyau sont intéressés directement et non pas seulement dans leurs communications avec l'encéphale.

M. JOFFROY fait d'abord remarquer que M. Hallopeau ne cite qu'une seule observation à l'appui de son opinion. Il rappelle qu'il a dit simplement qu'il n'existait aucune observation de lésions de la protubérance ayant déterminé une paralysie *absolue* de la langue; or, dans l'observation de M. Guéniot la langue n'était pas absolument paralysée. — Enfin, il n'est pas dit dans cette observation s'il n'existait pas de lésion du bulbe. Mais il y est dit que dans la moitié droite de la protubérance, il existait un caillot considérable et un autre plus petit dans la moitié gauche. Avec cela, pas de paralysie faciale. La paralysie alterne qui est la règle, pour-

Digitized by Google

rait avoir existé ici, et avoir été incomplète des deux côtés; par suite, elle aura pu échapper. Une erreur de ce genre expliquerait le fait, et ferait comprendre que d'autres erreurs se rencontrent dans l'observation. D'ailleurs le fait de M. Guéniot, fût-il certain, n'apporterait aucun élément à la discussion présente, car il remonte à 1860, époque à laquelle la question des paralysies bulbaires était mal connue.

M. HALLOPEAU ne croit pas que l'observation de M. Guéniot mérite les critiques dont elle vient d'être l'objet; la pièce a été étudiée par Marcé avec le plus grand soin, il n'est pas admissible que le bulbe n'ait pas été examiné, car il est spécifié dans l'observation que le foyer hémorrhagique était *totalement* compris dans l'épaisseur de la protubérance et que les autres parties de l'encéphale étaient saines. On doit considérer enfin qu'il n'y a eu qu'une attaque paralytique, qu'elle a été provoquée évidemment par l'hémorrhagie protubérantielle et que l'on ne saurait sans invraisemblance rapporter à une autre cause la paralysie linguale qui s'est produite en même temps que la paralysie des membres.

23. Thrombose et suppuration intra-veineuse post-puerpérale dans la veine cave inférieure et les veines hypogastriques; infection purulente (accidents typhoïdes); abcès métastatiques des poumons seulement; par M. POIRIER, externe des hôpitaux.

M... 20 ans, blanchisseuse, entrée le 19 juillet 1876, à Necker, dans le service de clinique (dirigé par M. RIGAL).

Accouchée prématurément au terme de deux mois et demi, à la suite d'une chute, disait-elle, cette jeune femme s'était en apparence promptement remise; elle n'avait conservé aucune douleur abdominale, elle n'avait eu à la suite de la fausse couche aucun symptôme qui pût faire penser à une péritonite même légère : elle n'avait pas eu de perte abondante et n'avait pas conservé d'écoulement notable, pas d'écoulement fétide en particulier.

Trois semaines plus tard, c'est-à-dire le vendredi 14 juillet, elle fut prise assez brusquement de douleurs abdominales et de diarrhée avec fièvre et perte des forces; elle avait une céphalalgie violente, des nausées et un sentiment de courbature générale. Lorsqu'elle entra à l'hôpital cinq jours plus tard, elle avait l'aspect typhoïde et présentait seulement comme phénomène un peu anormal une teinte ictérique bien accusée des muqueuses et de la peau, avec des urines chargées de pigment biliaire, sans albumine; la fièvre était

Digitized by Google

assez vive et rapide (120 p.), la langue sale, le ventre ballonné, un peu douloureux à la pression dans la fosse iliaque droite où l'on percevait du gargouillement; il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires. La rate n'était pas notablement augmentée de volume, bien que le flanc gauche fût douloureux, il n'y avait pas eu d'épistaxis. On entendait des râles sous-crépitants aux deux bases.

La malade avait un accablement considérable et une certaine anxiété, mais pas de stupeur, à proprement parler; ses réponses étaient très-précises, l'intelligence tout-à-fait présente; si bien que, tout en présentant l'apparence typhique, elle n'avait pas tout l'ensemble des signes qui caractérisent habituellement la dothiénentérie régulière, et son état rappelait au contraire celui des sujets qui sont sous le coup d'une affection septique.

Dès les premiers jours, un autre phénomène vint encore ébranler le diagnostic de fièvre typhoïde; la température après avoir été de 38°,8 le 20 au soir; de 38°, 8 le 21 matin, et de 40° le soir du même jour (Pouls, 108, 113) tomba le 22 soir à 37°,5.

23 *juillet*. Matin, la température était basse encore (37°,5); dans la journée il y eut un petit frisson; le soir le thermomètre s'élevait à 40°.

Un nouvel examen ne fit connaître aucun symptôme nouveau qui aurait pu passer jusque là inaperçu. Le ventre restait peu ballonné, à peine douloureux; le toucher ne révélait aucune altération notable de l'appareil génital.

24 *juillet*. Matin, M. Rigal reconnut au sommet du poumon droit un foyer de râles fins avec diminution de sonorité et l'on put se demander si la production d'un noyau pneumonique secondaire n'était pas la cause du frisson de la veille.

Cependant la malade conservait la même intelligence lucide et restait dans le même état de dépression sans vraie stupeur, les taches rosées ne se montraient pas. La respiration était peu accélérée, les râles circonscrits à un sommet; aucun signe ne permettait de supposer une suppuration viscérale (hépatique ou rénale) à laquelle le frisson pouvait faire penser; le cœur restait sain; on ne pouvait affirmer soit une endocardite ulcéreuse soit une phthisie aiguë à forme typhoïde.

Le même jour, 24, la température s'éleva dans la soirée à 40° 4.

25 *juillet*. Nouveau frisson, légère épistaxis. Temp. matin, 39° 6; P. 136; soir, 37° 3; P. 120. Les traits se sont altérés profondément, la malade a maigri. Il semble qu'une suppuration profonde doit exister dans un viscère sans qu'il soit possible d'en définir le siége ni l'origine puisque l'appareil génital parait sain.

Digitized by Google

Un nouveau foyer de râles fins s'est produit à la partie moyenne du poumon gauche; des rhonchus sous-crépitants s'entendent d'ailleurs dans le reste de la poitrine.

www.libool.com.cn

26 *juillet*. Matin, l'émaciation semble avoir fait des progrès, la peau est plombée plutôt qu'ictérique. — Temp. 37°,4; P. 128. La malade meurt dans la journée.

L'AUTOPSIE démontre qu'il ne s'agit pas d'une fièvre typhoïde; l'intestin est sain; les plaques de Peyer sont normales. Le foie, la rate, les reins ne présentent aucune altération appréciable. Le cœur est absolument sain, ainsi que l'aorte.

Les poumons, surtout le droit, renferment de nombreux *abcès métastatiques*. A la surface du poumon gauche, à la partie moyenne, se voient des fausses membranes infiltrées de pus qui correspondent à un gros abcès superficiel. — En d'autres points, les abcès se distinguent par la coloration grisâtre de l'organe. Sur les coupes ils forment des cavités ovoïdes du volume d'un marron ou moins, remplies d'un liquide gluant, grisâtre, muco-purulent plutôt que franchement purulent, revêtues d'une sorte de néo-membrane lanchâtre tomenteuse peu adhérente au parenchyme très-congestionné qui les entoure.

Le point de départ de ces abcès métastatiques se trouve dans les veines des plexus utérins, dans les hypogastriques et la veine cave inférieure qui renfermaient des caillots grisâtres, diffluents ou un liquide tout-à-fait puriforme. La *veine cave inférieure* en particulier est remplie dès son origine jusqu'à l'embouchure des veines rénales d'un caillot blanc grisâtres; l'oblitération du tronc veineux, complète dans les deux tiers de cette longueur environ, paraît n'avoir pas été absolue plus haut où le caillot semble décollé de la paroi par le passage d'une certaine quantité de sang.

En incisant ce caillot on trouva en dedans d'une coque fibrineuse mince et molle un liquide tout-à-fait semblable à du pus et renfermant des leucocytes en quantité innombrable. On ne put suivre jusqu'à l'utérus même aucune veine enflammée. A la surface interne de l'organe, sur le fond se voit la plaie placentaire pulpeuse un peu grisâtre mais bourgeonnante.

M. HOMOLLE. Cette observation dont j'ai suivi avec soin les diverses phases est intéressante à plus d'un titre. La phlébite utérine puerpérale qui a été le point de départ des accidents s'est développée insidieusement sans phénomènes réactionnels, sans symptômes douloureux. Pendant trois semaines après la fausse-couche, la malade a pu aller et venir sans éprouver aucun accident sérieux. Le mal a revêtu des allures

Digitized by Google

telles qu'au début il était difficile de ne pas songer à une fièvre typhoïde.

www.libtool.com.cn

Une oblitération étendue de la veine cave inférieure ne s'est, pendant la vie, accusée par aucun signe et en particulier n'a donné lieu ni à de l'œdème des membres inférieurs (les veines crurales, étaient perméables), ou de la paroi abdominale, ni au développement d'une circulation collatérale; l'ascite a fait complétement défaut.

Enfin, les abcès ne se sont développés que dans les poumons où ils semblent avoir été provoqués par le transport en nature du pus contenu dans les troncs et branches veineuses qui sont indiquées dans l'observation.

Ce n'est pas la première fois que j'ai l'occasion d'observer une suppuration intra-veineuse sans qu'aucun phénomène pût mettre sur la voie du diagnostic d'une oblitération étendue d'un tronc veineux profond; les accidents de l'infection purulente constituant seuls toute la symptomatologie. En 1872, à Lariboisière, j'ai vu un cas de pyléphlébite suppurée caractérisée seulement par un état typhoïde avec frissons, sans ascite, sans hémorrhagies, et j'ajouterai sans ictère bien que le foie fût rempli d'abcès métastatiques. Ici encore la suppuration se fit exclusivement dans l'organe auquel aboutissait le tronc veineux rempli de pus; l'infection purulente est en quelque sorte restée localisée.

M. Maurice Raynaud. J'ai rencontré un cas semblable : une pyléphlébite suppurée et généralisée n'a jamais provoqué d'ascite pendant toute la durée de son évolution.

24. Noyaux cancéreux secondaires dans une hernie épiploïque de la ligne blanche. — Cancer primitif de la petite courbure de l'estomac, sans vomissements et sans tumeur appréciable; par M. Gautier, externe des hôpitaux.

Leverg.... P., 69 ans, entre le 19 juillet dans le service de M. Vulpian. — Pas d'antécédents de famille. — Très-bonne santé générale antérieure. — Il y a vingt ans, le malade vit apparaître une petite tumeur sur la ligne médiane, à peu près à égale distance entre l'appendice xiphoïde et l'ombilic. Aucun effort, aucune violence extérieure n'en précéda le développement. Cette grosseur était indolente, même à la pression. Elle se réduisait en partie spontanément de temps en temps, mais ne disparaissait jamais complétement.

Il y a quatre ou cinq mois, le malade commença à maigrir et à être habituellement constipé. Ses forces déclinèrent insensiblement. De temps en temps, il rendait des selles noires

Digitized by Google

comme du goudron. Jamais de vomissements. Il y a deux mois et demi ou trois mois, le malade en palpant la tumeur épigastrique constata l'existence de deux ou trois petites nodosités dures et douloureuses à la pression. De temps en temps il éprouvait aussi à ce niveau des élancements spontanés. — L'appétit et les forces du malade continuent à décliner rapidement. Constipation toujours opiniâtre. Les selles étaient devenues constamment mélaniques.

Il fut tourmenté pendant quelque temps par des renvois abondants, mais jamais de nausées, jamais le moindre vomissement. Ces accidents le décident à entrer à l'hôpital. Après être resté quatre semaines chez M. Trélat, il passe dans le service de M. VULPIAN.

Etat à l'entrée. — Homme très-maigre, teinte jaune-paille assez marquée. Pas d'œdème des membres inférieurs. Le malade ne se plaint d'aucune douleur, mais seulement de faiblesse très-grande et d'inappétence presque absolue. Constipation toujours très-opiniâtre; le malade ne va à la selle que tous les deux ou trois jours et les matières sont constamment mélaniques. On constate entre l'ombilic et l'épigastre l'existence d'une tumeur lobulée présentant des parties molles et trois ou quatre nodosités dures, grosses à peu près comme un gros pois. Celles-ci sont douloureuses à la pression; une ou deux d'entre elles paraissent adhérentes à la peau. La partie centrale de la tumeur est sonore à la percussion. On ne peut pas la faire rentrer dans l'abdomen, même partiellement. Le ventre est assez ballonné; tympanite intestinale assez notable. Par la palpation profonde, on ne constate l'existence d'aucune tuméfaction ni d'aucune résistance anormale. — Le malade s'affaiblit très-rapidement et meurt le septième jour après son entrée dans le service.

AUTOPSIE. — Rien à noter dans l'encéphale et les viscères thoraciques. — L'*estomac* est fortement dilaté et descend presque jusqu'à l'ombilic. Au niveau de la partie moyenne de la petite courbure de l'estomac on constate l'existence d'une tumeur d'une dureté ligneuse, grosse comme un œuf de poule.

Le néoplasme empiète sur la partie inférieure de l'épiploon gastro-hépatique et paraît envahir la portion voisine du pancréas, à laquelle il adhère fortement. La tumeur fait une saillie notable dans la cavité du ventricule. Elle ne paraît pas ulcérée. A la coupe elle est d'un blanc jaunâtre, très-dure et ne donnant que très-peu de suc par le râclage. Les orifices cardiaque et pylorique sont sains. Toute la surface de la séreuse péritonéale pariétale est parsemée de petits noyaux cancéreux secondaires dont le volume varie de celui d'un pois

Digitized by Google

à celui d'une amande. Le mésentère et le gand épiploon en sont particulièrement parsemés. — Pas d'épanchement dans la cavité péritonéale. Pas d'adhérences. L'intestin grêle est rétracté. Le gros intestin renferme une quantité notable de gaz. On trouve des plaques cancéreuses sous le péritoine qui tapisse la face postérieure de la vessie et la face antérieure du rein droit. — Pas de dépôts secondaires dans les organes abdominaux ni dans la colonne vertébrale.

A l'examen de la tumeur épigrastrique, on voit une bride épiploïque du volume d'une grosse ficelle s'engager dans un tout petit orifice à contours nettement fibreux, situé immédiatement à gauche de la veine ombilicale. En incisant la peau on tombe immédiatement sur un paquet épiploïque qui renferme deux ou trois noyaux analogues à ceux que l'on a trouvés en si grand nombre dans la cavité abdominale. L'un d'entre eux adhère assez fortement à la peau.

RÉFLEXIONS. — Cette observation nous a paru remarquable à plus d'un titre : Nous n'insisterons pas sur le fait de l'existence d'une tumeur gastrique qui devait pourtant gêner considérablement le cours des aliments dans l'estomac (puisqu'elle avait forcé cet organe à se dilater beaucoup), et qui a parcouru toute son évolution sans donner lieu à aucun vomissement. L'intérêt principal de ce fait est dans le développement de noyaux cancéreux dans l'épiploon hernié, accident dont nous n'avons pas trouvé d'exemple cité dans les auteurs que nous avons pu consulter. Chez notre malade, en présence de la cachexie avancée, des selles mélaniques, on ne pouvait guère porter d'autre diagnostic que celui qui a été confirmé par l'autopsie. Mais si dans un cas semblable l'existence d'un cancer profond était moins nettement démontrée on pourrait être fort embarrassé.

M. Vulpian pense que la douleur considérable à la pression et l'adhérence à la peau de ces petites tumeurs sont des signes qui doivent immédiatement faire soupçonner leur nature cancéreuse. La sonorité de la partie centrale de la tumeur, doit être rapportée à la présence immédiate derrière elle de l'estomac dilaté; car les dimensions de l'orifice herniaire ne permettent pas de supposer qu'il ait jamais pu livrer passage même à une portion de la circonférence de l'intestin.

25. Procédé de durcissement des cerveaux; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

M. FÉRÉ explique le procédé de préparation qu'il emploie pour durcir les cerveaux au moyen de l'acide nitrique. Il propose la solution qui contient 15 parties d'acide pour 100 d'eau

Digitized by Google

comme étant la meilleure. M. Pitres préfère la solution au cinquième. Quant à la solution à moitié que M. Broca a parfois employée, elle a l'inconvénient de brûler les cerveaux et de les conserver moins longtemps.

www.libtool.com.cn

26. Tumeur kystique de l'ovaire; examen micrographique; par MM. De Sinéty et Malassez.

La pièce a été envoyée au laboratoire d'histologie du Collége de France par M. le Dr Terrier. (Série B. nº 35.)

Il existait sur cette tumeur un grand nombre de poches, différentes les unes des autres, comme volume, comme contenu et comme aspect des parois. Dans certaines de ces cavités, le liquide ne différait pas de celui des kystes ordinaires et les parois présentaient de nombreuses végétations, allant parfois jusqu'à remplir presque complétement la cavité kystique. Sur des coupes microscopiques, on reconnaît que les parois sont formées par un tissu conjonctif dont les faisceaux sont disposés parallèlement à la surface kystique. Sur certains points ces parois sont calcifiées, mais nous n'avons trouvé nulle part de tissu osseux proprement dit.

La *surface interne* est tapissée par un épithélium cylindrique, disposé sur une seule couche. Parmi les cellules épithéliales, les unes sont cylindriques, avec ou sans cils vibratils, les autres caliciformes. De ce revêtement épithélial, partent des prolongements en doigts de gants, qui s'enfoncent dans les parois kystiques et ont en certains points l'aspect de glandes en tube. Dans l'épaisseur même de la paroi, on trouve de très-petites cavités, tapissées du même épithélium, et qui sont, soit des kystes indépendants, soit des coupes des prolongements sus-mentionnés.

Les végétations, que l'on trouve dans ces mêmes cavités sont constituées par de fines trames conjonctives, qui se continuent avec le tissu conjonctif des parois et qui limitent entre elles des espaces alvéolaires. Ces espaces, de forme et de dimension des plus variables, sont également tapissés par une seule rangée d'épithélium cylindrique.

De telle sorte que ces végétations sont, à proprement parler, constituées par une série de kystes placés les uns à côté des autres. Les parois de ces kystes présentent elles-mêmes des saillies épithéliales, qui arrivent à combler ces petites cavités. Aussi leur contenu est-il très-peu abondant; on y voit des éléments plus ou moins dégénérés.

Dans quelques cavités kystiques, il existait d'autres grosses végétations, différant des précédentes par leur coloration gris-jaunâtre et leur aspect caséeux. Au microscope, on dis-

Digitized by Google

tingue des éléments plus ou moins dégénérés sans arrangement bien déterminé et qui paraissent provenir des végétations mortifiées. D'autres kystes contenaient des poils, au milieu d'une bouillie blanchâtre, athéromateuse.

Les parois avaient, en certains points, l'aspect lisse d'une muqueuse; en d'autres points, l'aspect opaque du derme. Sur ces parois, des poils prenaient implantation.

Examinées au microscope, les portions dermoïdes présentent des parois, dans lesquelles, on peut distinguer profondément, un tissu adipeux, comparable au tissu cellulaire sous-cutané. Plus en dedans, une couche de tissu conjonctif entrecroisé, ressemblant au derme. Troisièmement, un revêtement épithélial ayant le même aspect que l'épiderme et présentant comme lui, une couche muqueuse, une couche intermédiaire et une couche cornée.

Dans le tissu adipeux, on trouve des glomérules de glandes sudoripares et, dans la portion dermique, les conduits de ces glandes. Dans le derme, on trouve des poils avec leur bulbe et de volumineuses glandes sébacées, semblables à celles qui accompagnent les poils follets, à l'état normal.

Au voisinage de ces glandes, il existe des faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans la partie profonde de la couche dermique on rencontre de gros vaisseaux, les uns artériels, les autres veineux. Dans la portion superficielle on voit des capillaires, qui se dirigent généralement perpendiculairement à la surface, mais ne se terminent point dans des papilles. En effet, la surface du derme ne présente que de légères ondulations, n'ayant aucun des caractères des papilles. Il existe enfin des espaces triangulaires, munis d'un revêtement endothélial, qui sont des coupes de vaisseaux lymphatiques.

Dans une de ces cavités, nous avons trouvé les couches les plus internes infiltrées de cellules particulières. Ces cellules ont les formes et les dimensions les plus variables. Les plus petites, souvent polyédriques, ont de 16 à 20 μ, et généralement un ou deux noyaux. Leur protaplasma est granuleux et se colore en jaune sous l'influence du picrocarminate. Lorsqu'elles sont réunies en assez grand nombre, elles ressemblent aux grandes cellules des corps jaunes et de la caduque utérine. Les plus volumineuses sont, le plus souvent, sphériques ou ovoïdes et atteignent jusqu'à 80 et même 100 μ de diamètre. Leur protaplasma est également granuleux et elles renferment toujours un assez grand nombre de noyaux.

La situation de ces noyaux par rapport aux cellules diffère des unes aux autres. Tantôt on les voit réunis en un seul groupe, soit au centre, soit sur l'un des côtés de la cel-

Digitized by Google

lule, tantôt rangés régulièrement à sa périphérie. Ces éléments ressemblent complétement aux myéloplaxes de Robin, *Riesenzellen* des Allemands. Entre ces deux extrêmes on trouve tous les intermédiaires possibles.

Ces cellules sont très-serrées les unes contre les autres, séparées par quelques travées conjonctives et un assez grand nombre de vaisseaux. Ce tissu conjonctif est très-riche en petites cellules rondes, éléments jeunes ou cellules lymphatiques. On trouve encore dans cette région, des coupes de poils, mais qui ne font que la traverser et paraissent nés plus profondément. Dans son ensemble cette couche a une épaisseur moyenne de 320 μ et elle se continue avec la couche dermique des portions dermoïdes voisines.

On peut rencontrer encore des groupes allongés de cellules semblables dans l'épaisseur même des parois. Les cellules qui les composent sont généralement petites, de forme allongéo (montant à l'extrémité des amas) et ont également un protoplasma granuleux à un ou plusieurs noyaux.

27. Pleurésie purulente; destruction d'un cartilage costal; par M. le dr Coutv, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Les pièces proviennent d'un malade, mort de pleurésie gauche purulente, le 25 juillet dernier (service de M. Villemin).

La pleurésie, constatée le 19 mai, était consécutive à une pneumonie du sommet, survenue en février, chez un homme de 28 ans, alcoolique, pneumonie devenue caséeuse; l'épanchement n'a jamais été très-considérable. Après avoir présenté (fin juin) des douleurs violentes de névralgie intercostale gauche, douleurs au niveau de la partie antérieure des 7e et 8e cartilages intercostaux et même, pendant quelques jours, une sorte de crépitation gazeuse à ce niveau, cet homme succomba aux progrès de la cachexie, qu'expliquaient parfaitement les lésions tuberculeuses, et la transformation purulente probable de l'épanchement.

Autopsie. — Outre des foyers de ramollissement caséeux très-considérables dans les deux poumons, et surtout à gauche, on trouva un épanchement purulent assez abondant dans la plèvre gauche très-épaissie. Avec cet épanchement, il y avait en avant une poche secondaire beaucoup plus petite, ne paraissant pas communiquer avec la première poche, s'insérant sur les septième et neuvième côtes gauches, au niveau de leurs insertions cartilagineuses. Cette poche, qui contenait du pus, mais pas de gaz appréciables, s'est étendue sous la paroi thoracique en détruisant l'articulation chondro-costale de la huitième côte gauche. Le cartilage correspondant, nécrosé, creusé

Digitized by Google

de trous, est en partie disparu; la côte, dont la partie antérieure dépourvue de périoste baignait dans le pus, paraît moins altérée. La peau qui avait été fort peu soulevée par le pus, n'est ni enflammée ni œdématiée.

www.libtool.com.cn

28. Péricardite purulente.— Carcinome de l'estomac, du foie et du pancréas. Hypertrophie du cœur; par M. A. Mossé, interne provisoire.

Desb... Constant, 56 ans, terrassier, entre le 19 juillet 1876, dans le service de M. Woillez (hôpital de la Charité). Avant son entrée, le malade n'a éprouvé aucun trouble fonctionnel du côté de la poitrine; il ne tousse pas, et ne se souvient pas d'avoir eu les jours précédents, soit de l'oppression, soit un point de côté: mais, depuis deux mois environ, l'appétit est diminué; troubles digestifs, diarrhée fréquente; pas de vomissements alimentaires ou d'une autre nature.

Etat actuel. 19 *juillet.* Le jour de l'entrée, on constate un affaissement général notable. Le facies rappelle celui de la cachexie cardiaque; les pommettes, légèrement violacées, tranchent par leur coloration sur le fond jaunâtre de la peau.

Respiration superficielle, fréquente; absence de toute douleur thoracique. Langue sèche; température 39,3°; pouls petit, irrégulier, à 120. Les artères ne sont pas athéromateuses.

L'examen du thorax fournit les résultats suivants. En arrière, sonorité exagérée des deux côtés: disparition, dans presque toute l'étendue des poumons du murmure vésiculaire, qui est remplacé par des râles sibilants et ronflants, abondants surtout vers la base. En avant, mêmes signes du côté droit; à gauche, râles sous-crépitants dans l'aisselle. Dans la région précordiale, ni voussure, ni matité exagérée. Le volume du cœur est augmenté; la pointe bat en dehors, et légèrement au-dessous du mamelon. Les bruits du cœur ne sont pas modifiés dans leur intensité, leur timbre n'est pas métallique; il n'y a pas d'intermittences. En aucun point de la région, il n'existe de souffle, mais à un centimètre environ au-dessus et en dedans du mamelon, l'auscultation permet d'entendre un bruit d'attrition léger, superficiel, circonscrit dans un espace très-limité; il ne se propage dans aucun sens, et ne paraît influencé ni par la respiration, ni par les positions variables que l'on fait prendre au malade, ni par la pression du stéthoscope. Du côté de l'abdomen rien de particulier à signaler (excepté toutefois une volumineuse hernie inguinale gauche); la palpation ne fournit en aucun point de sensations anormales; le volume du foie est normal. Les urines ont une coloration un

Digitized by Google

peu plus foncée qu'à l'état habituel; elles ne contiennent pas d'albumine. Les extrémités ne sont pas œdématiées.

20 *juillet*. Même état général : le bruit de froissement entendu la veille ne se retrouve plus aujourd'hui, les autres signes physiques restent les mêmes. Expectoration nulle. Traitement : Julep Kermès 0,25. Vin de quinquina, 8 ventouses scarifiées. — *Soir*. Temp. 38°, 4; pouls petit, irrégulier. La diarrhée persiste.

21 *juillet*. Légère voussure dans la région précordiale. Les bruits du cœur deviennent sourds; la pointe paraît refoulée un peu plus en dehors du mamelon.

22 *juillet*. La voussure précordiale apparaît nettement aujourd'hui : elle est très-augmentée depuis hier, sensible par la comparaison avec le côté droit, malgré une légère projection de la paroi thoracique de ce côté due à l'emphysème; submatité par la percussion faible dans toute l'étendue de la voussure; matité par la percussion forte. L'impulsion cardiaque est diminuée d'intensité, à peine sentie; la main appliquée sur la région précordiale ne perçoit qu'un frémissement vague et incertain. Les battements sont sourds, éloignés de l'oreille, leur rhythme offre encore assez de régularité. Par places, il est possible d'entendre de nouveau avec ses caractères habituels le frottement péricardique. Le malade n'accuse aucune douleur dans la région précordiale, dans celle de l'épaule, ou dans le bras. — L'état général demeure sans grande modification; cependant le subdélirium qui s'était déjà montré, par instants, depuis l'entrée du malade devient maintenant plus accusé. — Soir. Temp. 39°,2.

23 *juillet*. Les signes physiques semblent indiquer une augmentation de l'épanchement depuis hier; le malade garde maintenant le décubitus latéral gauche : T. 38°; pouls 96, petit, irrégulier.

24 *juillet*. Le malade est encore couché dans la position qu'il avait hier, et ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à le faire asseoir sur le lit. La percussion fournit de la matité en arrière dans toute la hauteur du poumon gauche, et fait reconnaître l'existence d'un épanchement pleural rapidement développé. Délire calme pendant toute la nuit dernière. Le *soir*, à cinq heures, profitant d'un moment où il ne pouvait être surveillé, le malade se lève pour aller aux cabinets : il y avait dix minutes environ qu'il avait quitté son lit, quand on l'a trouvé mort assis sur le siége, les bras pendants, la tête renversée en arrière. La mort était due à une syncope.

Autopsie. — *Poumons*. Emphysémateux, d'une coloration blanc grisâtre surtout à la partie antérieure : à gauche, adhérences pleurales récentes dans un point limité, et vers la partie

Digitized by Google

moyenne. Epanchement liquide louche dans la plèvre (un litre environ). Congestion hypostatique marquée surtout à droite.

Le *péricarde* distendu fait une saillie légère entre les deux poumons : la portion médiastinique gauche est rouge, injectée, reliée à la face interne du poumon correspondant par des adhérences récentes. En arrière d'elles et à leur niveau, la plèvre médiastine, ainsi que le tissu cellulo-graisseux traversé en ce point par le nerf phrénique sont vivement injectés. L'ouverture du péricarde donne issue à un liquide séro-purulent, d'un jaune opalin (500 grammes, environ); une partie de ce liquide recueillie et isolée laisse bientôt se former au fond du verre un dépôt purulent. La face interne du péricarde est hérissée de petites saillies qui rappellent nettement la comparaison classique. Sur le feuillet viscéral recouvrant la face antérieure des ventricules se voient deux plaques laiteuses jaunes assez larges; sur la face postérieure, il n'en existe qu'une seule et moins étendue. Dans la portion du péricarde adhérente au centre phrénique, large plaque jaunâtre ramollie qui correspond à une plaque analogue existant sur le diaphragme en ce même point. Plus en dehors et à gauche, deuxième plaque, semblable à la précédente, mais fort adhérente à la base du poumon gauche. — *Cœur* très-volumineux ; fibres musculaires pâles, décolorées, presque couleur feuille morte. Les valvules auriculo-ventriculaires et artérielles sont saines. Les cavités ne sont pas dilatées proportionnellement au volume du cœur. La cloison interventriculaire épaissie mesure près de deux centimètres. L'hypertrophie est générale avec prédominance pour le cœur gauche.

Organes abdominaux. — Estomac. Cancer de la petite courbure et de la paroi postérieure, situé à une distance de 5 à 6 centimètres du pylore ; à ce niveau la muqueuse est ulcérée, recouverte d'un détritus noirâtre. Dans le reste de son étendue, cette muqueuse ne présente rien de particulier. Le cancer s'est propagé en arrière au pancréas et au foie. Le *pancréas*, adhérent à la face postérieure de l'estomac, est atteint dans une région voisine du bord supérieur, large environ comme une pièce de un franc et peu profonde. Le *foie* n'est lésé qu'à la partie postérieure du lobe gauche ; la languette qui avoisine le cardia est noirâtre, ramollie et en partie détruite. Dans tout le reste de cet organe, qui offre la consistance du foie muscade, on ne trouve pas de noyaux cancéreux. C'est dans la partie du diaphragme située au-dessus de ces lésions que siégent les plaques jaunâtres signalées plus haut. A l'œil nu, on ne distingue en aucun point de cette région de traînées lymphatiques cancéreuses. La *rate*, le *rein*, et l'*intestin* n'offrent rien à noter.

Digitized by Google

RÉFLEXIONS. — Dans cette observation les points suivants nous paraissent devoir être signalés :

1° L'absence de douleur, pendant toute la durée de la maladie, malgré la congestion de la zone cellulo-graisseuse traversée par le nerf phrénique, et l'inflammation voisine de la plèvre et du péricarde;

2° La relation évidente entre la masse carcinomateuse située au-dessous du diaphragme, et le développement de la péricardite : l'examen histologique n'ayant pu être fait, on ne peut affirmer qu'il s'agisse là d'une péricardite cancéreuse par propagation plutôt que d'une inflammation due à une irritation de voisinage ;

3° *L'hypertrophie du cœur*. Elle nous paraît pouvoir être rapprochée de ces cas d'hypertrophie en quelque sorte aiguë, développés sous l'influence de la péricardite. Chez ce malade, en effet, il n'existait ni lésions d'orifices, ni athérome, ni lésions rénales : de plus, il était cancéreux, et on sait que chez ces malades quand ils arrivent à la période cachectique, on trouve généralement le cœur diminué de volume : quant à l'emphysème pulmonaire qui existait ici, il produit surtout l'hypertrophie avec dilatation du cœur droit et ce n'est pas à une lésion ainsi localisée que nous avons eu affaire.

29. Rapport sur la candidature de M. Balzer; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

M. Balzer a présenté à la Société (1) un anévrysme de l'aorte, qu'il me paraît intéressant d'étudier à différents points de vue et en particulier au point de vue de la production des anévrysmes cupuliformes.

La mort avait été subite, et l'autopsie montre l'existence d'un épanchement considérable de sang dans le péricarde. En même temps que l'épanchement, on constatait les lésions d'une péricardite déjà ancienne avec des adhérences encore molles, mais nombreuses et très-développées, surtout à la base du cœur. L'épanchement se présentait sous l'apparence de caillots très-abondants, et enchevêtrés au milieu des néo-membranes. On pouvait donc se demander si l'hémorrhagie n'avait pas pu se produire par la rupture d'une de ces adhérences de nouvelle formation. Plusieurs raisons permettent de rejeter cette hypothèse : d'abord, la mort rapide, foudroyante de la malade ne pouvait avoir été produite par la rupture de petits vaisseaux de nouvelle formation, qui donnent toujours forcément lieu à une hémorrhagie lente. De plus, ces péricar-

(1) Séances de janvier 1876.

Digitized by Google

dites hémorrhagiques ne se montrent guère que dans de certaines conditions cachectiques nullement en rapport avec l'état général satisfaisant de la malade. Enfin on découvrit le point par lequel l'hémorrhagie s'était effectuée.

Il se trouvait au fond d'une dépression profonde, plissée ; un caillot noir qui l'obstruait dans toute sa longueur venait proéminer à la surface de l'anévrysme. Quoique irrégulier et étroit, le trajet put cependant être suivi facilement à l'aide d'un stylet. Les opinions des auteurs varient sur la façon dont les anévrysmes s'ouvrent dans les cavités séreuses. Le fait actuel vient à l'appui de l'opinion de M. Broca, qui croit que ces perforations sont toujours très-petites.

Les anévrysmes de la crosse présentent fréquemment l'aspect décrit par M. Balzer, et semblent s'être développés à la suite d'une rupture de la tunique moyenne. Sur le bord de l'anévrysme, les trois tuniques forment un relief marqué, comme si elles étaient épaissies en ce point par du tissu cicatriciel, tandis que la poche présente au contraire une surface molle et amincie. Mais ce n'est là qu'une apparence : l'examen microscopique montre qu'il ne s'agit point d'une destruction par rupture, mais bien par inflammation chronique des tuniques artérielles, et plus spécialement de la tunique moyenne. Elles sont le siége d'une abondante prolifération cellulaire remarquable surtout au niveau du bourrelet qui circonscrit l'anévrysme. Là, les faisceaux de fibres élastiques sont divisés et disparaissent, pour ainsi dire, au milieu des cellules de nouvelle formation.

On voit en ces points des vaisseaux nouveaux qui témoignent de l'intensité du processus irritatif. Celui-ci diminue graduellement d'intensité, à mesure qu'on s'éloigne de la limite de la poche : du côté de l'artère saine, les tuniques reprennent peu à peu leur aspect normal; du côté de l'anévrysme, les cellules d'abord très-nombreuses, sont remplacées par un tissu conjonctif très-serré et dans lequel les fibres élastiques deviennent de plus en plus rares, à mesure qu'on se rapproche du fond de la poche anévrysmale.

La destruction des fibres élastiques n'est cependant pas complète : on en retrouve parfois des débris au milieu des faisceaux du tissu conjonctif, principalement au niveau du bord de l'anévrysme. On les voit rarement intactes : le plus souvent elles sont en quelque sorte coupées par des îlots de cellules, ou bien elles subissent une transformation granuleuse, et forment des petits groupes nuageux, auxquels l'acide picrique donne une couleur d'un vert noirâtre. Quelques fibres peuvent encore échapper à la destruction, ce sont les plus externes, celles qui font partie de la couche externe plutôt que de la couche moyenne.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Le point de départ des anévrysmes spontanés est bien, comme l'ont démontré MM. Ranvier et Cornil, la destruction de la membrane moyenne. La tunique interne participe à l'inflammation ainsi que la tunique externe ; ce sont elles qui se distendent sous l'effort de la pression du sang, et ne tardent pas à former la poche anévrysmale. Dans le cas de M. Balzer, la présence de minces couches de fibrine, mêlée de globules blancs, à la surface de l'aorte, témoigne de l'irritation de la tunique interne. Ces couches de fibrine se voyaient, en effet, au niveau des points irrités, et particulièrement à l'endroit où s'était faite la perforation. Il est remarquable de voir que la perforation n'a pas eu lieu dans le point le plus distendu de la poche anévrysmale, mais au contraire au-dessous de cette poche, près de l'orifice aortique et dans un point où la paroi tout entière avait subi un épaississement considérable.

L'examen microscopique a trouvé qu'il existait plusieurs abcès en ces points. La membrane interne, mobile, en certains endroits et recouverte d'une couche légère de fibrine, glissait à la surface du foyer. Ailleurs elle était revenue sur elle-même, pour ainsi dire enroulée, de façon à combler la perte de substance. C'est là qu'apparaît avec le plus d'évidence la participation de la tunique externe à l'inflammation. Plusieurs de ces foyers s'étaient directement ouverts dans l'aorte, sans préjudice pour la malade. Leur rupture dans le péricarde et la communication de cette cavité avec l'aorte, a dû être favorisée par le développement d'une péricardite généralisée, atteignant jusqu'à la partie du péricarde qui sert de gaine à l'aorte.

L'étude de ces foyers a été complétée par M. Balzer. Il a vu le pus tantôt se formant en foyers plus ou moins vastes au-dessous de la tunique moyenne, ou dans le tissu conjonctif de la tunique externe qui était lui-même le siége d'une irritation très-vive, tantôt fusant entre les tuniques décollées pour s'accumuler dans les points où leur écartement était le plus considérable.

Le plus ordinairement, à ce niveau, les tuniques interne et moyenne sont à peu près détruites surtout au centre du foyer, où elles s'enfoncent, formant ainsi les dépressions remarquées à la face interne de l'aorte. Au milieu des globules de pus, on trouve parfois des amas de globules rouges. Quelques-uns de ces abcès, au lieu de s'étaler entre les tuniques artérielles, s'étendent en profondeur et arrivent jusqu'à la face externe de l'aorte.

Je ne reviendrai pas sur la description des caillots qui s'étaient développés dans les anévrysmes cupuliformes. Il me paraît plus intéressant d'appeler l'attention sur la structure et le mode de formation de ces anévrysmes.

Digitized by Google

Les *anévrysmes cupuliformes* ou kystogéniques, sont regardés comme étant dus à l'ouverture, dans l'artère, de foyers athéromateux dilatés ensuite par le sang. (Leudet. *Bull. de la Soc. Anat.* 1852). Nous croyons cependant que cette étiologie ne doit pas être considérée comme s'appliquant à tous les anévrysmes cupuliformes. Parmi les nombreux anévrysmes qu'on voyait sur la pièce de Balzer, quelques-uns paraissaient en voie de formation; ils étaient très-petits et apparaissaient comme des dépressions régulières, au niveau desquelles les trois tuniques artérielles étaient intactes; et notamment la tunique interne n'avait été en ces points le siége *d'aucune rupture.*

Du reste, ceux qui ont été étudiés au microscope ne différaient pas par leur structure de la vaste dilatation cratériforme située à l'origine de l'aorte. L'examen y a révélé les mêmes détails qu'on peut résumer de la façon suivante; au bord de l'anévrysme, prolifération cellulaire abondante; destruction progressive du tissu élastique à mesure qu'on s'avance vers le fond de l'anévrysme qui n'est plus constitué que par les tuniques interne et externe dilatées.

En résumé, les différents anévrysmes ont succédé à une aortite chronique, et se sont développés par refoulement des tuniques à la suite de la destruction totale ou partielle de la tunique moyenne. Cette aortite présentait sa plus grande intensité à l'origine de l'aorte, au voisinage de l'anévrysme le plus considérable. En cet endroit, l'inflammation a été assez vive pour amener la formation d'abcès qui se sont ouverts à la fois dans l'aorte et dans le péricarde, et ont déterminé ainsi un épanchement sanguin mortel. Au niveau des foyers anciennement évacués dans l'aorte, il existait des dépressions où les débris des tuniques internes et moyennes recouvertes d'une lame de fibrine et de globules blancs, étaient flottants, recroquevillés, sans qu'on pût constater aucune tendance à la formation d'une poche à paroi lisse et organisée. — Les anévrysmes cupuliformes nous ont paru succéder à une distension progressive des tuniques de l'aorte enflammées, mais dont aucune n'était rompue.

30. Cancer secondaire de la rate; par M. Balzer, interne des hôpitaux.

La malade dont proviennent ces pièces était arrivée à la période de cachexie; son amaigrissement était extrême. Elle présentait un cancer du sein gauche avec ganglions axillaires et cervicaux. Des épistaxis se répétèrent un grand

Digitized by Google

nombre de fois, et des douleurs très-vives apparurent dans l'hypochondre gauche. A l'autopsie, on put vérifier l'envahissement cancéreux des ganglions en relation avec la tumeur. Il existait des noyaux cancéreux dans les poumons, et il y avait aussi des traînées de lymphangite cancéreuse. Le foie contenait également quelques noyaux. Des calculs biliaires remplissaient la vésicule. — La *rate* présentait un grand nombre de nodosités cancéreuses, toutes étaient petites ; elles étaient plus nombreuses à mesure qu'on se rapprochait du diaphragme. L'estomac était intact.

31. Recherches sur la structure de la moelle épinière, du bulbe et de la protubérance ; par M. PIERRET, interne des hôpitaux.

Avant d'entretenir la société de quelques faits anatomiques concernant la structure de la moelle, du bulbe et de la protubérance, je vais exposer en quelques mots la marche que l'on doit suivre, il me semble, dans ces recherches, pour arriver à des résultats précis. Je crois que les auteurs qui se sont occupés d'anatomie fine des centres nerveux, poussés par le désir bien légitime de déterminer les rapports des ganglions nerveux entre eux, ont fait dire à l'anatomie normale un peu plus de choses peut-être qu'elle ne peut enseigner. C'est ainsi que l'on a vu Schrœder Van de Kolk, Luys, Meynert, décrire avec précision, des fibres nerveuses, unissant des amas ganglionnaires souvent fort éloignés. Il ne me semble pas que l'anatomie normale seule puisse donner de pareils résultats.

Pour se rendre compte de la difficulté de pareilles études, il suffit de se souvenir que, jusqu'à présent, les anatomistes les plus autorisés, n'ont pu encore démontrer les rapports exacts des cornes antérieures et postérieures à la région lombaire ; et cependant cette étude semble facile, comparée à ce qu'elle devient, si on l'applique à un organe aussi complexe que le bulbe.

A la région lombaire, les cellules nerveuses sont très-volumineuses, les tubes nerveux plus développés. Au contraire, à mesure que l'on s'élève vers l'encéphale, les éléments ganglionnaires prennent des dimensions plus faibles, en même temps que les tubes nerveux, plus nombreux, deviennent aussi plus petits. Il ne me semble donc pas possible que l'anatomie normale, seule, avec la technique dont elle dispose, puisse faire pour le bulbe ce qu'elle n'a pu faire encore pour la moelle.

Ce que l'on est en droit de lui demander, c'est une bonne topographie, une description exacte de tous les noyaux qui existent, et des faisceaux nerveux volumineux qui s'en rap-

Digitized by Google

prochent. Mais cette étude doit être faite strictement et en éloignant avec soin toute idée préconçue.

Si l'anatomie normale me paraît incapable d'amener seule à la solution de l'important problème des relations qui existent entre la moelle et le bulbe, entre le bulbe, le cerveau et le cervelet, faut-il pour cela renoncer à cette recherche. Je ne le crois pas; il faut seulement appeler à l'aide de l'anatomie impuissante d'autres moyens d'analyse.

En première ligne je placerai l'étude de l'anatomie pathologique, et je ferai voir par quelques exemples comment on peut s'en servir pour arriver à contrôler les descriptions anatomiques ou démontrer entre des centres nerveux éloignés des rapports que l'on ne pourrait reconnaître autrement.

Le principe qui, il me semble, doit présider à cette recherche, est le suivant : Toute lésion expérimentale ou pathologique, située en un point quelconque des centres nerveux, peut devenir le point de départ d'actions irritatives qui, se transmettant suivant le trajet des tubes nerveux émanés du point malade, donnent souvent lieu à des myélites consécutives dont la localisation indique le siége, et la longueur des tubes nerveux intéressés. En un mot, c'est l'étude des dégénérations irritatives.

Je n'ai pas à rappeler ici, tout le parti, que MM. Turck, Charcot, Bouchard, ont tiré de ce mode de recherche, en ce qui regarde les dégénérations secondaires. Je n'ai pas à rappeler les immenses progrès, que mon savant maître, M. Charcot, a fait faire à la pathologie nerveuse, par ses travaux sur les myélites systématiques. Je me contenterai de montrer que ces études peuvent être poursuivies, et leur cadre agrandi. Qu'une carie du sacrum comprime la queue de cheval, une névrite ascendante va prendre naissance, et se traduire dans les faisceaux postérieurs de la moelle par une sclérose complète des zônes radiculaires. Cette myélite par propagation entraîne à son tour la dégénération irritative des fibres ascendantes du faisceau de Goll. Mais, et c'est le fait intéressant, jamais la dégénération partant de si bas, n'intéresse toute l'épaisseur du faisceau médian. Elle reste au contraire bornée aux fibres les plus superficielles. Néanmoins, on peut retrouver des fibres malades jusqu'à la hauteur des pyramides postérieures du bulbe. Quelle donnée anatomique pourra-t-on tirer de ce fait d'observation? sinon la suivante : « Dans le faisceau médian postérieur, il y a des fibres qui unissent les pyramides postérieures au renflement lombaire; ces fibres sont à la fois les plus médianes et les plus superficielles. »

Dans un autre cas, si la compression siége, par exemple,

Digitized by Google

vers le milieu de la région dorsale, on verra la dégénération ascendante occuper tout le faisceau de Goll. Il devient alors évident que ce faisceau renferme, dans ses parties profondes, des fibres ascendantes, dont le trajet est plus court que celui des fibres superficielles.

Ce qui est vrai pour le faisceau de Goll, l'est aussi pour les cordons latéraux, comme il est facile de le démontrer par l'étude des dégénérations secondaires. Les fibres les plus longues tendent à devenir superficielles à la région lombaire. Aussi, arrivons-nous à concevoir cette loi anatomique, que pour la moelle et peut-être les centres élevés, les fibres qui ont à parcourir un long trajet, sont ordinairement superficielles. L'anatomie pathologique donne ici des résultats que ne pouvait faire pressentir l'anatomie normale.

Un second mode de recherche, que j'ai inauguré pour la moelle, sous la direction de M. Charcot, c'est l'étude du développement. Les résultats de ce travail sont venus confirmer de tout point les données de la clinique, et aussi démontrer la réalité de cette loi : que, dans les centres nerveux, moelle, bulbe ou encéphale, les régions ou les faisceaux qui posséderont plus tard une aptitude physiologique et pathologique distincte, présentent dans leur développement des particularités susceptibles de les distinguer des autres régions.

Le développement doit être, d'ailleurs, étudié comparativement chez l'homme et les vertébrés ; on reconnaît ainsi qu'il existe des différences considérables entre les divers animaux suivant la place qu'ils occupent dans l'échelle des êtres. Ainsi, je puis dire brièvement, me réservant de revenir sur ce sujet : que chez le lapin, on ne trouve pas trace de faisceau de Goll; ce fait est d'une importance capitale, car il vient démontrer que l'on ne peut pas toujours comparer des expériences physiologiques faites chez des animaux dont le système nerveux peut-être différemment constitué.

Enfin, l'étude du développement comparé nous amène à celle de l'anatomie comparée, et surtout à la recherche des différences qui séparent les centres nerveux de l'homme et des divers animaux. On sait tous les progrès réalisés dans la connaissance des circonvolutions cérébrales, depuis le jour où Gratiolet eut l'idée de les examiner comparativement chez l'homme et chez le singe. On vit bientôt que l'être humain seul possède un cerveau complet, et que depuis l'insecte dont le cerveau rudimentaire se compose de deux petits ganglions accolés, dont le rôle paraît être purement sensoriel, jusqu'au chimpanzé, on passe par une série de perfectionnements. Or, si la moelle est destinée à subir constamment l'influence prépondérante du cerveau, il est tout naturel de penser qu'elle

Digitized by Google

se perfectionne parallèlement, et que pour des circonvolutions nouvelles, liées à des fonctions plus complexes, il faut à la moelle des faisceaux nerveux nouveaux.

Les études que j'ai entreprises dans ce sens me permettent, je crois, d'affirmer qu'il y a un parallélisme presque complet entre le développement des lobes occipitaux et frontaux et celui du faisceau postérieur de la moelle épinière. Ainsi, chez le lapin qui, je l'ai dit, n'a jamais de faisceaux de Goll, et dont le faisceau postérieur, comme chez la plupart des vertébrés, est très-peu développé, on ne trouve dans l'encéphale que des rudiments de circonvolutions frontales ou occipitales.

Il paraîtrait donc que le système sensitif arrive chez l'homme à un très-haut degré de perfection, quel que soit le point des centres nerveux où on l'examine. D'un autre côté, chez l'homme, les circonvolutions frontales, siége des phénomènes intellectuels, acquièrent un grand développement. Ce fait se comprend facilement, car on ne s'explique guère ce que peut être l'intelligence quand la sensibilité fait défaut. En outre, l'absence de lobes occipitaux, chez les animaux dont les régions sensibles de la moelle sont rudimentaires, permet de supposer l'existence de rapports intimes entre ces deux régions pourtant si éloignées, faisceaux postérieurs et lobes occipitaux.

C'est à l'aide de ces trois moyens d'investigation : anatomie pathologique, embryologie et anatomie comparées, soutenus par une bonne topographie due à l'anatomie normale que l'on arrivera, je crois, à connaître exactement les rapports des centres nerveux entre eux.

32. Des origines centrales du nerf auditif ; par M. PIERRET, interne des hôpitaux.

Les origines centrales du nerf auditif offrent un grand intérêt et, il faut le dire, une complexité moins grande qu'on ne serait tenté de le croire au premier abord.

Ces origines sont groupées, pour la plupart, sur les parties externes des bulbes, autour du pédoncule cérébelleux inférieur au corps restiforme. Cette situation, qui est propre à la plupart des nerfs sensitifs et bulbaires, est d'autant plus significative, qu'elle rapproche les origines centrales du nerf auditif de celles du trijumeau, et que l'on se trouve ainsi amené à rechercher entre les deux nerfs une parenté assez étroite.

Si, par sa situation sur les côtés du quatrième ventricule, le nerf auditif est bien un nerf sensitif, il s'en rapproche aussi par le diamètre des fibres qui le constituent ; fibres fines, dé-

Digitized by Google

licates et souvent interrompues par de petites agglomérations ganglionnaires.

www.lpiool.com.cn

Un autre caractère anatomique des origines centrales de l'auditif, c'est la multiplication et la dissémination des amas ganglionnaires, qui donnent naissance aux nombreuses fibres dont la réunion formera le nerf auditif et dont un grand nombre constituent les barbes du *calamus scriptorius*.

Sans vouloir aller aussi loin que Longet qui a remarqué, non sans étonnement, le nombre de fibres du calamus chez un musicien de profession, nous pensons cependant qu'il faut tenir compte de cette dissémination de noyaux, et surtout de leur grand nombre. Peut-être trouverait-on dans cette disposition l'explication de l'aptitude que certains hommes possèdent d'entendre distinctement des sons différents produits en même temps, et d'analyser un ensemble harmonique. Cette faculté est loin d'être la même chez tous les individus, et même par l'exercice ne peut être développée chez certains d'entre eux. Comme, d'un autre côté, le nombre des noyaux de l'auditif et particulièrement des barbes du calamus est loin d'être le même chez tous les sujets, l'hypothèse que nous émettons est loin d'être absolument invraisemblable.

Pour bien comprendre la façon dont sont placés les noyaux de l'auditif, il faut bien connaître la position du corps restiforme, et diviser les origines en deux parties principales : 1° Celles qui se font en avant et en arrière du corps restiforme, par des noyaux antérieur et postérieur, fournissant des fibres, qui se dirigent les unes en avant, les autres en arrière du corps restiforme, formant ainsi un anneau complet autour de ce faisceau de fibres nerveuses, et se réunissent en un faisceau, situé, on le sait, dans la fossette sub-olivaire.

2° Celles qui nous paraissent avoir été méconnues par la plupart des auteurs, et qui, se faisant par l'intermédiaire des barbes de calamus, correspondent à de petits noyaux, échelonnés le long du raphé, et décrits par Clarke, sous le nom de noyaux innominés. Le noyau dit du fasciculus teres, nous paraît devoir rentrer dans cette catégorie, ainsi que cela est figuré par Heule dans son traité d'anatomie.

A. La disposition des fibres d'origine, qui entourent comme d'une gaîne le corps restiforme, est fort bien indiquée par Longet, mais les noyaux, où aboutissent ces fibres, n'ont été bien décrits que par Lockhart Clarke.

Il les a divisés, avec raison, en interne et externe, ou plutôt antérieur et postérieur. Le postérieur descend souvent très-bas, et ne remonte souvent pas plus haut que le noyau du glosso-pharyngien. L'antérieur, au contraire, descend moins bas, mais se prolonge en haut, sur la partie interne et posté-

Digitized by Google

rieure de la racine descendante du trijumeau, jusqu'au niveau du point d'émergence du nerf facial :

Il résulte de ce fait, que les fibres supérieures et antérieures se rendent dans l'auditif par un trajet presque horizontal, tandis que les fibres postérieures ne rejoignent ce nerf qu'après un trajet oblique, de bas en haut et d'arrière en avant.

Un fait qu'il est bon de noter, et qui a d'ailleurs été bien indiqué par M. Sugi, c'est qu'il existe de petits noyaux disséminés dans l'épaisseur du nerf, dès qu'il est formé. Un de ces amas de substance grise, forme souvent au point d'émergence du nerf une sorte de petit renflement gangliforme. C'est ainsi que se trouve constitué le nerf auditif, qui par sa partie supérieure se trouve en rapport très-intime avec le nerf facial.

B. Ce ne sont pas là les seules origines de l'auditif. Depuis longtemps on expose dans les traités d'anatomie descriptive que les barbes du calamus appartiennent où se rendent à l'auditif. C'est là un fait évident sur lequel nous ne voulons pas insister. La question nous paraît devoir être élucidée à un autre point de vue : Les barbes du calamus scriptorius, se rendent-elles dans des noyaux ? Nous commencerons tout d'abord par déclarer qu'il nous paraît impossible d'admettre que les barbes du calamus puissent être suivies jusqu'aux noyaux de l'auditif du côté opposé.

Qu'il se fasse une décussation partielle, cela est vrai, mais vouloir suivre des fibres aussi fines d'un côté à l'autre du bulbe, nous paraît une tentative aussi audacieuse que celle de poursuivre dans l'olive et la colonne grêle du côté droit, des fibres émanant du pédoncule cérébelleux inférieur du côté gauche (Meynert). D'ailleurs, il nous semble qu'il existe des noyaux que l'on peut raisonnablement attribuer à l'auditif (barbes du calamus) ; en arrière et en dehors de pneumogastrique, cotoyé lui même par une petite colonne de fibres ascendantes (*slender calamus*, colonne grêle de Clarke) qui vient elle-même de la partie profonde des cordons latéraux.

Les racines du nerf hypoglosse viennent d'une façon indubitable se mettre en rapport avec les cellules d'origine, de sorte que l'identité du noyau ne peut être mise en doute. D'ailleurs, les faits pathologiques sont là pour entraîner la conviction.

Quand, dans la paralysie glosso-labio-laryngée, le nerf hypoglosse est altéré, le noyau que nous venons de décrire disparaît.

Au sortir du ganglion principal les fibres radiculaires, rencontrent un petit noyau dit accessoire de l'hypoglosse avec lequel elles prennent probablement des connexions très-intimes. Ce noyau qui ne disparaît pas dans la paralysie glosso-

Digitized by Google

labio-laryngée est composé de cellules, plus volumineuses, un peu oblongues, et dont le rôle ne peut être soupçonné.

Dès qu'une racine (car le nerf en a plusieurs) est constituée, elle se dirige franchement vers les olives qu'elle traverse. On ne peut pas toujours suivre les racines jusqu'à leur émergence, entre la pyramide et l'olive, parce que les racines s'insinuent quelquefois dans leur partie antérieure pour sortir un peu plus haut. Ce fait pourrait faire croire dans certains cas, que des fibres du nerf hypoglosse s'arrêtent dans les olives, ce qui n'est pas exact.

En d'autres circonstances, on voit deux racines sur un même plan, et l'une d'elles, bien plus externe, se dirige d'abord vers la partie la plus postérieure des olives, et ne rejoint le point d'émergence que par un trajet très-irrégulier.

Quelques auteurs ont décrit des rapports intimes entre le noyau vrai de l'hypoglosse et ces noyaux variables en nombre et en situation, qui constituent la colonne dite motrice des nerfs mixtes.

Il est vrai que l'on voit des fibres antéro-postérieures de la formation réticulée aller de l'un à l'autre de ces noyaux, mais c'est là un fait général, commun à tous les noyaux du bulbe, et qui n'offre rien de particulier à l'hypoglosse.

33. Etude sur le noyau d'origine du nerf hypoglosse; par M. Pierret, interne des hôpitaux.

Les fonctions du noyau de l'hypoglosse, et le rôle important qu'il joue dans l'articulation des sons, imposent l'obligation de l'étudier chez l'homme, et il semble *a priori* bien inutile de chercher à démontrer que chez les animaux il n'a pas, à beaucoup près, la même importance.

Etudier le noyau de l'hypoglosse, chez la grenouille, chez le chien ou même chez le chat, n'est donc pas le véritable moyen de se rendre compte des connexions, des rapports, et de la situation exacte de ce noyau chez l'homme.

D'une façon générale, et cette conception est vraie pour tous les nerfs moteurs, on doit considérer les noyaux moteurs du bulbe, comme représentant les cornes antérieures de la moëlle épinière; mais de là à affirmer la continuité de ces différents noyaux il y a loin, et il faut même dire que chez l'homme, cette vue est contraire à la vérité.

Il est même nécessaire, quand on étudie la moëlle et le bulbe de divers animaux, de bien savoir, que chez eux, les cellules nerveuses tendent à se disperser, et que les différents noyaux, se confondent plus ou moins les uns avec les autres. Chez l'homme, au contraire, au point de vue anatomique et

Digitized by Google

physiologique, il se manifeste une tendance à la particularisation des ganglions, comme à l'indépendance des fonctions.

www.libtool.com.cn

Le noyau de l'hypoglosse nait souvent très-bas dans la substance grise qui environne le canal central. Les premières cellules, géantes, multipolaires, se voient souvent à deux ou trois millimètres au dessous du bec du calamus et sont situées immédiatement en avant du canal central, tandis que les cellules du spinal sont immédiatement en arrière.

D'abord très petit, constitué par deux ou trois cellules, le noyau grandit peu à peu, à mesure que s'ouvre le quatrième ventricule, et bientôt, occupe, de chaque côté du sillon médian, deux petites éminences, quelquefois peu apparentes et limitées, en bas et en dehors, par un petit sillon, qui correspond exactement au noyau du pneumogastrique, lequel n'est lui-même que la continuation directe du noyau du spinal.

Sur une coupe horizontale faite à ce niveau, le noyau de l'hypoglosse se présente sous la forme d'une zône plus ou moins arrondie, pénétrée en tous sens par les fibres d'émergence, et divisée par elles, en plusieurs groupes secondaires.

Les deux noyaux de l'hypoglosse, se touchent presque par leur bord interne, et ne sont, en somme, séparés, que par la partie postérieure du raphé, dont les fibres entrecroisées contiennent peut-être quelques fibres appartenant aux deux noyaux.

Immédiatement en arrière, deux petits noyaux, dits innominés et que nous considérons comme appartenant à l'auditif, et qui sont situés le long du raphé.

Ainsi que la plupart des auteurs, nous avons été frappé de l'inconstance des barbes du calamus. On en trouve, en effet, tantôt trois, tantôt quatre, tantôt deux, tantôt pas du tout. Mais si les barbes du calamus sont tantôt peu, tantôt très-nombreuses, il en est de même des noyaux innommés et des fasciculus teres, ainsi que nous avons pu nous en assurer sur les nombreuses coupes horizontales ou longitudinales que nous avons pu examiner.

Cette présence, en quelque sorte parallèle de racines nerveuses (barbes) et d'agglomérations ganglionnaires, nous ont fait penser qu'il y avait peut-être entre les unes et les autres des rapports plus intimes.

En résumé, nous avons cherché si les barbes du calamus scriptorius ne s'arrêtaient pas, au moins et en partie, dans les noyaux innommés et dans le fasciculus teres, quand celui-ci existe. La démonstration du fait nous a été fournie par l'étude de coupes faites suivant la direction des barbes du

Digitized by Google

calamus. Ces préparations, qui doivent être très-fines, sont surtout concluantes quand on a soin de colorer les tubes nerveux par l'acide osmique. L'imprégnation de la myéline, par ce réactif, se fait encore très-bien, même après durcissement par l'acide chromique ; les tubes nerveux colorés en noir deviennent alors très-visibles et leur direction facilement appréciable.

Nous croyons donc pouvoir affirmer que bon nombre des fibres des barbes du calamus s'arrêtent dans les petits noyaux échelonnés le long du raphé, d'autres fibres s'entrecroisent dans la partie postérieure du raphé, et suivent ensuite un trajet que nous nous garderons bien de décrire, parce qu'il nous a semblé impossible de poursuivre aussi loin des fibres aussi fines.

En terminant cet exposé rapide des origines multiples de l'auditif, il nous semble utile de faire remarquer que tous ces noyaux possèdent des cellules de mêmes dimensions chez l'homme et des caractères morphologiques spéciaux. Le noyau, dit du fasciculus teres, n'échappe pas à cette règle. Enfin, certains auteurs parlent avec assurance des rapports de l'auditif avec le cervelet (Flocculus) ; nous nous garderons d'entrer dans cette voie. L'étude de ces relations lointaines nous paraît précisément constituer un des plus grands dangers auxquels soient exposés les anatomistes qui abordent l'étude des centres nerveux.

34. Hémiplégie infantile suivie d'épilepsie partielle ; état de mal épileptique ; mort : foyer ancien intéressant les circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral ; par BOURNEVILLE.

Merl.., Louise-Anna, âgée de 10 ans, est entrée le 2 janvier 1876, à la Salpétrière (service de M. CHARCOT).

Antécédents. Le *père* de M..., d'abord employé dans les chemins de fer, puis dans un atelier de photographie, faisait souvent des excès alcooliques : il buvait surtout de l'absinthe. Il est mort phthisique en 1873. — Sa *mère*, marchande de pain d'épice dans les foires, est morte « de mauvaise conduite » il y a trois ans. — Louise est une enfant naturelle reconnue par son père. Sa belle-mère, qui nous renseigne, l'a élevée à partir de l'âge de 3 ans seulement ; de là, l'insuffisance des renseignements sur ses autres parents.

A 4 ans et demi, elle a eu une première attaque de convulsions, annoncée par les prodrômes suivants : L'enfant se plaignant de malaise dans l'atelier où sa belle-mère travaillait, celle-ci la reconduisit chez elle ; en route, M... marchait pé-

Digitized by Google

niblement, se laissait aller, faisait des grimaces. A peine rendue à la maison, elle perdit connaissance et fut prise de *convulsions* qui durèrent 13 heures. Pendant tout ce temps, *les convulsions ont porté exclusivement sur le côté droit de la face et du corps.* Les urines et les selles ont été involontaires. A la suite de ces convulsions, M... « se mit à jouer comme si elle n'avait rien eu ; elle n'y pensait pas (?) » On assure, en tout cas, que, en marchant, elle ne traînait pas la jambe.

Environ un an plus tard, M... eut, durant une heure, des convulsions qui n'affectèrent, cette fois encore, que le côté droit. Elles laissèrent après elles un certain degré de paralysie : l'enfant traînait la jambe droite.

De 5 ans et demi à 6 ans et demi, la paralysie de la jambe droite ne s'est pas aggravée. Le membre supérieur droit était libre ; l'enfant s'en servait et ne laissait pas tomber les objets. Son intelligence, dit-on, était développée. Elle était douce, affectueuse, n'avait ni mauvais instincts, ni mauvaises habitudes. La constitution physique était chétive. A 4 ans et demi, M... a eu une ophthalmie assez grave pour laquelle elle a été soignée à l'hôpital Sainte-Eugénie. Elle avait, en outre, des glandes au cou.

En 1873, elle fut placée dans un orphelinat aux environs de Paris. Tout d'abord, sauf ce que nous venons de noter, on n'observa rien d'extraordinaire ; toutefois, de temps en temps, elle était irritable et avait des accès de colère. Six mois après son entrée, on remarqua des accès d'agitation de la jambe droite, qui duraient une trentaine de secondes. La physionomie ne changeait pas ; il n'y avait ni cri, ni écume, ni perte de connaissance, car elle causait ou riait durant ces crises tout-à-fait partielles. Jusqu'en octobre 1875, ces accès d'agitation se seraient reproduits environ trois ou quatre fois par mois. Le plus souvent, ils étaient précédés d'un certain degré d'irritabilité.

En octobre 1875, les accès d'agitation de la jambe droite sont devenus plus forts et l'agitation, c'est-à-dire les mouvements convulsifs, s'étendirent au bras correspondant. Puis, les convulsions ont envahi les membres du côté gauche et l'enfant est tombée sans connaissance (auparavant, même quand tout le côté droit du corps était pris, elle ne tombait pas). Ces accès complets ont une durée d'une ou deux minutes. Dans toute la période antérieure à octobre 1875, M... prévenait, disant : « voilà que çà arrive. » Maintenant, il ne semble plus y avoir d'aura, et ce qui l'indique, c'est qu'elle s'est blessée deux fois, à la joue et au front. On assure qu'elle se débat beaucoup, que le corps se soulève. On ne signale qu'une seule fois l'écume et la miction involontaire. Elle revient tout de

Digitized by Google

suite à elle et n'a jamais eu de stupeur ou de délire. Les accès sont diurnes et nocturnes ; ils prédominent le jour.

M... se sert de la main gauche pour manger, ce qui dénote déjà une paresse ou un affaiblissement paralytique du bras droit. Cependant, on a essayé de la faire écrire avec la main droite, et on y est parvenu d'une manière passable. Dans ces derniers temps, la main est devenue plus lourde et parfois tremblante. M... a toujours été affectueuse pour ses compagnes et ne paraît pas avoir des habitudes d'onanisme.

1876. 5 *janvier*. — M... était assise près de nous sur une chaise, quand elle a été prise d'un accès léger : ni aura, ni cri; pâleur de la face ; extension de la tête ; élévation et rigidité des bras ; extension et rigidité des jambes. Le corps s'est incliné lentement sur le côté gauche et M... serait tombée, si on ne l'avait secourue. Tandis qu'elle était par terre, nous avons constaté que la rigidité était la même des deux côtés du corps. Il n'y a pas eu de secousses cloniques, et, au bout d'une minute environ, M... est revenue à elle et regardait les assistants d'un air étonné ; puis, elle a pleuré. On l'a relevée, et, deux minutes plus tard, elle causait comme si elle n'avait rien éprouvé. — Nous n'avons pas observé d'écume ni d'évacuations involontaires.

24 *janvier*. — 14 grands accès et 3 petits dans les 24 heures. — Matin et soir : T. R. 37°,3.

25 *janvier*. — 6 grands accès et deux petits. — Soir : T. R., 37°,5.

26 *janvier*. — 19 accès : T. R., 37°,2.

27 *janvier*. — Matin : T. R., 37°,5. — Soir : T. R., 37°,2. Accès ?

28 *janvier*. — 20 accès. T. R., 37°,1. — Soir : T. R., 37°,7.

29 *janvier*. — T. R. 37°. 9. Les accès continuent. La face est modérément rouge et chaude. La secrétion de la muqueuse palpébrale est augmentée. Les pupilles sont égales et normales. Les conjonctives oculaires ne sont pas congestionnées. Il n'y a aucune trace de paralysie faciale. Langue chargée comme gonflée, sans trace de morsure.

M... ne prend que du bouillon, qu'elle avale d'ailleurs facilement : elle a vomi plusieurs fois hier et aujourd'hui ; pas de garde-robes. Sur les deux fesses, il existe des vésico-pustules surtout confluentes au voisinage du sillon interfessier; elles sont moitié plus nombreuses sur la fesse droite que sur la gauche ; quelques-unes, en se desséchant, ont laissé de petites taches d'un brun rougeâtre.

Le *bras droit*, même entre les accès, est roide ; soulevé, il retombe inerte. Le *bras gauche* est flasque. Le *membre inférieur droit* est roide, mais moins que le bras correspondant et il se

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

maintient quand on l'a fléchi. Il n'y a pas de raideur au *membre inférieur gauche*. Le chatouillement de la plante des pieds est perçu sans retard des deux côtés. La sensibilité au pincement est conservée. La malade n'est pas dans le coma, ainsi que cela arrive généralement dans l'*état de mal épileptique* ordinaire et, après des accès, quand on l'interpelle, elle regarde et sourit.

Accès. Pas de cri ; la face regarde à gauche, le bras droit se roidit, se fléchit à demi et s'élève. Alors, la face se dirige à droite; la rigidité du bras augmente; les doigts sont énergiquement fléchis. — Le bras gauche est rigide, mais à un degré bien moindre que le droit. La jambe droite est roide; la gauche souple.

A ce moment, la face se porte de nouveau à gauche et les yeux se dirigent dans le même sens et en haut ; la bouche est ouverte, par instants très-largement, de telle sorte que les lèvres sont fortement tirées, la supérieure en haut, l'inférieure en bas; de plus, la bouche est un peu tirée à droite. Les convulsions prédominent dans la moitié gauche de la face et persistent encore quand les convulsions cloniques, rares d'ailleurs et limitées au bras droit, ont cessé. Larmoiement à droite ; pas d'écume.

Traitement : Huile de ricin; lav. purgatif; julep, liqueur d'Hoffmann ; glace sur la tête.

Soir. Les accès, assez éloignés jusqu'à trois heures, sont ensuite devenus plus fréquents. Depuis ce matin six heures, 50 accès. — Nous assistons à une série que nous allons décrire brièvement.

La face regarde à droite ; les yeux se dévient en haut et à droite ; les pupilles se dilatent légèrement; les lèvres sont animées d'un tremblement rapide ; le bras droit devient rigide et prend les attitudes indiquées plus haut ; en outre, il est animé d'une véritable trépidation. La jambe droite, d'abord simplement roide, est bientôt prise d'une rigidité très-prononcée. Les membres du côté gauche sont tout-à-fait flasques. — Pas de convulsions cloniques. Écume, grincement de dents. Diminution progressive de la rigidité. La malade ouvre la bouche, semble revenir à elle, un autre accès commence.

Elle pousse de petites plaintes étouffées et la plupart des phénomènes que nous venons de décrire se reproduisent, à un moindre degré toutefois. M... reprend connaissance très-vite et sourit.

Dans les intervalles qui séparent les crises, il n'y a ni injection des conjonctives, ni dilatation des pupilles. L'état convulsif ne disparaît pas entièrement. Ainsi, de temps en temps, il y a du mâchonnement, des grincements de dents, des mouve-

Digitized by Google

ments de la langue, des contorsions de la bouche qui parfois est entr'ouverte; des clignotements des paupières, du nystagmus. Souvent aussi, l'avant-bras droit demeure fléchi et conserve un peu de rigidité, de même que le membre inférieur correspondant. T. R. 38°,3.

Après plusieurs accès analogues aux précédents, nous en observons un autre, d'un genre différent, dans lequel les membres n'ont pas été envahis.

La moitié gauche de la face est violemment convulsée, la bouche tirée à gauche; le sillon naso-labial gauche est très-creusé, le droit effacé. La joue gauche est sans cesse agitée par les convulsions. Les yeux sont dirigés à gauche et se portent un instant à droite.

En quatre fois, nous administrons 40 gouttes de *nitrite d'amyle*. Entre les inhalations surviennent quatre accès. La température rectale, prise de nouveau et avec soin, est descendue à 37°; 5. Il y a donc eu, sous l'influence du nitrite d'amyle et malgré l'apparition de quatre accès, un *abaissement* de 8/10 de degré en moins d'une demi-heure.

Traitement : *ut suprà*; 1/4 lav. sulfate de quinine, 0 gr. 50; lotions vinaigrées.

30 janvier. — Dans les 24 heures, 80 accès, dont 24 seulement dans les douze dernières heures, c'est-à-dire depuis l'administration du nitrite d'amyle. — A 7 heures : T. R. 37°,3. — A 10 heures : P. 120; R. 28; T. R. 37°,8.

État actuel. — Face assez colorée, chaude, la joue droite plus que la gauche. Pas de paralysie faciale. L'enfant entend ce qu'on dit et sourit. Le plus souvent, les paupières sont closes. Les pupilles sont normales; les conjonctives oculaires non injectées.

La peau est sèche et chaude au même degré sur les deux moitiés du corps. Respiration calme. Langue chargée; déglutition assez facile, pourtant, quand M... boit, il s'écoule un peu de liquide au-dehors; miction et selles involontaires. Les vésico-pustules des fesses se dessèchent.

Soulevés, les membres inférieurs retombent lourdement. Pas de contracture. Fléchies, les jambes se maintiennent également. Pas de roideur. Aucune réaction par le chatouillement de la plante des pieds. — *Traitement* : glace sur la tête; 1/4 lav. sulfate de quinine; lotions vinaigrées. — *Soir* : T. R. 37°,2.

31 *janv*. — 45 accès. Abattement très-marqué. — Face pâle, amaigrie. Somnolence, dysphagie. M... gâte toujours. On a déjà compté douze accès depuis 6 h. du matin.

Membre supérieur droit. — L'avant-bras est un peu fléchi

Digitized by Google

sur le bras. L'épaule et le coude sont roidis ; le poignet et les doigts souples.

www.libtool.com.cn

Membre inférieur droit. — La jambe est un peu fléchie sur la cuisse. Roideur de la hanche et du genou.

Les membres du côté gauche n'offrent rien de particulier. — La *sensibilité* au pincement est conservée des deux côtés. — Quand l'enfant pleure, le sillon naso-labial droit est moins accusé que le gauche. — P. 124 ; R. 22 ; T. R. 39°,5. — *Soir* : T. R. 38°,7.

1er *février*. — 29 accès. T. R. 38°,3. — M... est plus abattue ; elle gâte. La face et les membres présentent les mêmes phénomènes qu'hier. — Une sangsue derrière chaque oreille. — *Soir* : T. R. 38°,3.

2 *fév.* — 16 accès. P. 92 ; T. R. 38°,2. La piqûre de la sangsue du côté droit a beaucoup moins saigné que celle du côté gauche. Voici la description d'un accès :

Pas de cri. La face et les yeux se dirigent momentanément à droite ; puis, la face se porte directement en avant, les yeux restant dirigés à droite et en haut. La bouche est ouverte. Les quatre membres sont très-rigides ; dans l'extension nulles secousses, si ce n'est dans les muscles des joues et des lèvres. Cette rigidité générale (*Période tonique*), dure 25 à 30 secondes.

Les convulsions se circonscrivent ensuite à la moitié droite de la face ; le bras et la jambe du même côté conservent en partie leur rigidité ; les membres du côté gauche sont flasques. Le visage est très-pâle. Les pupilles sont assez largement dilatées, plus que dans les accès antérieurs. La malade mâchonne et gémit.

Entre les accès, on note encore la roideur signalée plus haut, dans l'épaule, le coude, la hanche, le genou et le pied du côté droit, tandis qu'il n'y a rien de semblable à gauche. Le chatouillement de la plante du pied suscite sur le champ des mouvements réflexes à gauche et des grimaces ; la même excitation, à droite, se traduit à peine sur la figure, et l'on n'observe qu'un léger mouvement dans la jambe *gauche*. — *Soir* : T. R. 38°,3. — Constipation opiniâtre. — Huile de ricin, 15 g. et de croton, une goutte.

3 *fév.* — 35 accès. P. 84 ; R. 20 ; T. R. 38°,3. M... est éveillée, sourit quand on l'interpelle, allonge la langue lorsqu'on le lui demande. — Déglutition facile ; pas de vomissements ; selles fétides, abondantes.

L'état convulsif persiste constamment entre les accès. Ceux-ci sont tantôt très-forts, tantôt *légers*. Ces derniers se caractérisent ainsi :

Regard fixe ; globes oculaires dirigés en haut et à droite ;

Digitized by Google

pupilles dilatées, lèvres contractées; quelques convulsions dans la moitié droite de la face. Le bras droit se fléchit, se soulève; les doigts sont fléchis, le pouce par dessus l'index; puis, il y a trois ou quatre secousses comparables aux secousses électriques et c'est fini : M... recouvre en quelque sorte subitement la conscience. Ces petits accès durent de 10 à 25 secondes. — *Soir* : T. R. 38°,3.

4 *fév.* — 16 accès. M... a reconnu sa belle-mère et lui a parlé. T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,4.

5 *fév.* — 67 grands accès et 8 petits. — P. 84; R. 20; T. R. 38°,4. Nous assistons à plusieurs accès. L'un d'eux est en tout semblable à celui du 3 février; un autre est encore plus léger :

Regard vague; dilatation des pupilles; augmentation de la contracture du bras droit qui se fléchit et s'élève; durée dix secondes à peine.

La physionomie est assez bonne, malgré le grand nombre des accès d'hier. La parole est plus libre. M... demande à manger. — La peau est normale; il n'y a aucun trouble des fonctions digestives (excepté la constipation), ni des fonctions respiratoires.

Le *bras droit* a toujours la même attitude; soulevé, il retombe comme une masse. L'épaule droite est roide, le coude rigide, les doigts flasques. La hanche et le genou sont simplement roides.

A gauche, il n'existe pas la moindre roideur. La jambe se maintient dans la position qu'on lui donne; le bras, au contraire, retombe tout de suite.

6 *fév.* — 11 grands accès et 7 petits. — T. R. 38°,1. — *Soir* : T. R. 38°.

7 *fév.* — 8 accès. T. R. 37°,9. Les jointures du côté droit, sauf la main et le pied, sont encore roides. La paralysie du mouvement est complète de ce côté. — Les membres du côté gauche sont très-faibles et ne conservent pas la position qu'on leur impose.

Accès. — Pas de cri; déviation de la face et des yeux à droite; bouche largement ouverte; mouvements rapides, vermiculaires de la langue dont la pointe est cependant fixée derrière la mâchoire inférieure; rigidité générale : les bras sont dans l'extension, élevés au-dessus du lit; les mains et les doigts ont l'attitude habituelle. (*Période tonique.*)

Puis, la tête se place sur la ligne médiane; les yeux sont dirigés en haut. Alors, éclatent des convulsions cloniques, modérées, égales des deux côtés. La rigidité disparaît à gauche et persiste à droite. Il y a en même temps des convul-

Digitized by Google

sions très-intenses dans les muscles de la moitié droite de la face qui se reporte de ce côté (*Période clonique*).

Cyanose très-prononcée de la face, qui n'est pas habituelle. L'enfant revient très-vite à elle, regarde les assistants et sourit, cause, mais avec un certain embarras de la parole. — *Soir* : T. R. 38°,2.

8 *février*. — 18 accès, dont 14 avant 6 heures hier soir, ce qui explique la température vespérale relativement élevée. Ce matin : T. R. 37°,8. La paralysie et la roideur persistent à droite. M... se sert aujourd'hui de son bras gauche et le met sur sa tête. Elle ne peut ni fléchir, ni allonger sa jambe (quand elle a été fléchie). Celle-ci se maintient dans la position qu'on lui a donnée. L'enfant ne gâte plus. — *Soir* : T. R. 37°,8.

9 *février*. — 0 accès. — T. R. 37°,7. — *Soir* : T. R. 37°,6.

10 *février*. — 6 accès. — T. R. 37°,7. — *Soir* : T. R. 37°,6.

11 *février*. — 9 accès. — T. R. 37°,8. — *Soir* : T. R. 38°,2.

Rigidité modérée des membres du côté droit, qui sont incapables de tout mouvement spontané. La malade ne peut pas encore soulever la jambe gauche.

		Température.	
Février.	Accès.	Matin.	Soir.
12	23	37°,9	38°
13	6	37°,7	37°,8
14	8	37°,9	37°,8
15	8	37°,9	37°,8
16	25	38°,1	38°,1
17	4	37°,9	38°,7
18	5	38°,5	38°,9
19	2	37°,7	37°,8
20	1	37°,7	38°,2
21	21	37°,8	38°,2
22	6	37°,8	37°,1
23	8	38°	

24 *février*. — 6 accès. M... commence à soulever le bras droit; elle plie la jambe gauche, l'allonge et la soulève. Elle est assise sur un fauteuil; mais se laisse aller, a de la peine à soutenir sa tête.

20 *mars*. — L'état de la malade s'est amélioré progressivement.

Membre supérieur droit. Roideur de l'épaule; rigidité assez forte du coude, surtout quand on veut fléchir l'avant-bras sur le bras; poignet et doigts souples. La *main* est un peu empâtée, rouge, violacée, froide. M... se sert de ce bras, porte la main sur la tête sans trembler; tous les mouvements s'accomplissent avec une certaine brusquerie. La *sensibilité* n'est pas encore normale : ainsi, M... sent les deux pointes de l'esthi-

Digitized by Google

siomètre à 5 centimètres à gauche, tandis qu'à droite elle ne les distingue qu'à 7 centimètres.

L'intelligence, depuis l'*état de mal*, a diminué; cette diminution a également frappé l'institutrice qui me l'a signalée spontanément. Au dynamomètre (Mathieu) : 40 à gauche, 30 à droite.

Avril.	Accès.	Avril.	Accès.
2	2	11	2
3	5	12 et 13	3
4	3	14	2
5	5	15	18
6	2	16	10
7	2	17	8
8	3	18	10
9	0	19	6
10	3		

20 *avril*. — 6 accès. Depuis quelques jours, M... traîne davantage la jambe droite en marchant et se sert de moins en moins de son bras droit. Elle est plus abattue, moins joueuse.

22 *avril*. — De 6 heures du matin, hier, jusqu'à ce matin, à la même heure, 15 accès. M... éprouve une grande difficulté à soulever le bras droit et ne parvient pas à toucher le bout de son nez. L'épaule et le coude sont rigides; le poignet est un peu roide. En général, l'avant-bras droit est fléchi à demi sur le bras.

La jambe droite est dans l'extension; la hanche et le genou sont rigides; le cou-de-pied est souple. Nul tremblement. Le chatouillement de la plante des pieds détermine des mouvements réflexes. — T. R. 38°,4. — Lav. purgatif; puis 1/4 lav. *bromure de camphre*, 2 gr.

Soir. — T. R. 39°,1. De midi à 9 heures, 50 accès, plus forts que les précédents. — Selle abondante. — Sinapismes.

23 *avril*. — De 9 heures du soir à 11 heures ce matin, 135 accès. T. R. 39°,3. — Assoupissement profond. Interpellée vivement, M... ouvre les yeux, semble regarder. Les globes oculaires, dont la moitié inférieure, surtout à *gauche*, est injectée, sont le plus souvent dirigés en haut et à droite; nystagmus; pupilles contractées, égales.

Cyanose des joues, plus marquée à droite. — Bouche entr'ouverte; pas de différence entre les deux moitiés de la face.

Décubitus dorsal. Tête un peu inclinée sur l'épaule droite. — Résolution générale. Les membres sont cyanosés, inertes, également chauds. La peau est sèche; hier, on a observé des sueurs copieuses. Urines involontaires. — P. 120, régulier; R. 44; T. R. 40°, 9.

Accès. — Rigidité générale plus forte à droite; les membres

Digitized by Google

sont dans l'extension ; les supérieurs, surtout le droit, s'élèvent au-dessus du lit. A la période tonique, qui dure une trentaine de secondes, succèdent des secousses cloniques générales envahissant la face et les membres mais prédominant — de même que la rigidité tétanique — dans la moitié droite du corps.

Traitement. — Glace ; — lav. purgatif ; — 3/4 lav. avec 2 gr. de bromure de camphre chacun ; — sinapismes. — 3 heures : T. R. 39°,4.

Soir (6 h.) — P. 120 ; T. R. 38°,8. — M.... a eu 60 accès depuis midi. A partir de 5 heures, les accès ont été uniquement constitués par des convulsions rapides dans la moitié droite de la face. On a remarqué que la cyanose était plus prononcée que jamais durant les crises. — Entre elles, la malade est assoupie et non dans le coma car, lorsqu'on l'excite, elle regarde et fait signe de la tête. La face est pâle, violacée ; les pommettes sont marbrées. Les pupilles sont un peu dilatées ; les narines pulvérulentes, les lèvres sèches. La respiration est moins fréquente et moins bruyante que ce matin (3 h.). — Selles abondantes après le lavement purgatif (1). — Rigidité assez accusée du membre supérieur droit, peu marquée au membre inférieur correspondant, cyanose générale, plus intense à droite ; principalement à la main. T. R. 38°,5. — 1/4 lav. avec bromure de camphre, 2 gr.

24 avril. — De 6 heures à minuit, M... a eu six accès limités à la face. Elle a été tranquille jusqu'à minuit 3/4. Alors les accès ont reparu et se sont succédé sans interruption de telle sorte que, à 3 heures, on avait compté 59 grands accès. Les convulsions ont toujours prédominé dans la moitié droite du corps. Durant les courts intervalles qui séparaient les accès, le bras droit était fortement contracturé tandis que le gauche était flasque. — *Mort* à 3 heures. T. R. 41°. — A 3 heures 1/2 : T. R. 40°,8.

Autopsie. — *Tête.* Les *os* sont assez durs, épais et égaux des deux côtés. — Le *cuir chevelu* présente à sa face interne plusieurs ecchymoses : l'une ayant 4 centimètres sur 3 est située sur la ligne médiane, à la partie supérieure du frontal ; les autres occupent la région pariétale gauche. — La *dure-mère* est médiocrement congestionnée ; quand on l'incise, il s'écoule une minime quantité de sang et de sérosité. — On trouve des adhérences de la dure-mère avec la pie-mère en avant et à

(1) Le 1er quart de lavement de bromure de camphre pris à 2 heures, a été gardé une heure ; alors on a administré le second quart, puis, à 5 heures le troisième : ils n'ont pas été rendus.

Digitized by Google

droite (lobe frontal), au niveau du lobule paracentral et au voisinage de la scissure inter-hémisphérique. — Il y a dans les mailles de la pie-mère, un certain degré de suffusion séreuse.

Le *cerveau* est comme plein, humide, et offre des ecchymoses assez nombreuses sur la face convexe de l'hémisphère gauche, plus rares sur la droite. — La *pie-mère* est un peu épaissie et s'enlève aisément, sauf au niveau du lobule paracentral gauche où elle adhère à la fois à la dure-mère et à la substance grise. — On note quelques arborisations sur la pie-mère de la base, en particulier sur le lobe sphénoïdal, et une coloration violacée. — Les *artères* sont saines.

Hémisphère droit. — Sur le lobe frontal, dans la région où existent les adhérences de la dure-mère et de la pie-mère, les méninges s'enlèvent facilement et laissent voir sur la substance grise une plaque couleur hortensia, mesurant 4 centimètres de long sur deux et demi de haut. — La substance grise correspondante est un peu molle, tandis que partout ailleurs elle est ferme.

Hémisphère gauche. — La pie-mère enlevée sans difficulté, si ce n'est au niveau du lobule paracentral, on voit, sur un certain nombre de circonvolutions, un piqueté assez serré, produisant une coloration violacée affectant la disposition de plaques. Elles sont plus multipliées sur la deuxième circonvolution frontale, la frontale ascendante, la pariétale postérieure et la circonvolution d'enceinte de la scissure de Sylvius. — Les circonvolutions de la face convexe sont saines.

On découvre, sur la face inter-hémisphérique, un *ancien foyer de ramollissement* intéressant : 1° l'extrémité supérieure de la circonvolution ascendante dans une hauteur d'un centimètre et demi environ ; — 2° la pariétale ascendante dans une hauteur d'un centimètre ; — 3° tout le *lobule paracentral*; — 4° enfin, la moitié supérieure de la portion de la circonvolution du corps calleux correspondant au bord inférieur du lobule paracentral.

Cette lésion, qui a quatre centimètres de largeur au moins, se présente sous l'aspect d'un foyer de ramollissement avec des anfractuosités, des tractus celluleux et a une coloration jaunâtre. La région qu'il occupe est déprimée, enfoncée. Nous avons dit que la cicatrice adhérait à la pie-mère.

Les *couches optiques*, les *corps striés*, les *ventricules* n'offrent aucune altération. Il en est de même des *pédoncules cérébraux* et de la *protubérance*.

La *pyramide antérieure gauche* est un peu plus grêle que la droite. — Les *olives* sont égales. — La *moelle* a été examinée après durcissement, par notre ami M. Pitres. Sur des coupes préparées par les procédés ordinaires, on voit qu'il existe dans

Digitized by Google

toute la hauteur de la moelle, une tache de sclérose fasciculée, siégeant à la partie postérieure du cordon latéral du côté droit, ne différant par aucun de ses caractères histologiques, des scléroses fasciculées secondaires tenant à des lésions des masses centrales.

Les autres *organes* n'étaient le siége d'aucune lésion méritant une mention spéciale.

RÉFLEXIONS. — Bien que l'affection à laquelle a succombé l'enfant dont nous venons de rapporter l'histoire soit fréquente dans les premières années de la vie, la plupart des auteurs classiques, au moins en France, ne lui ont pas consacré de chapitre spécial. Aussi, cette omission nous engage-t-elle à résumer les principaux symptômes qui la caractérisent.

I. Après un *malaise* général, assez vague et difficile à bien définir, car il s'agit d'enfants très-jeunes, on voit éclater des *convulsions*, d'ordinaire circonscrites à une moitié du corps, et qui se reproduisent sans aucune rémission durant plusieurs heures, quelquefois même près d'une journée (13 heures, chez M...). Ces convulsions se manifestent sous forme d'accès rappelant celles de l'épilepsie, avec les périodes tonique, clonique et stertoreuse. Ces accès, en raison même de leur continuité, composent un véritable *état de mal*, accompagné d'une élévation souvent considérable de la *température centrale*.

Tantôt l'enfant est emporté par les convulsions ou succombe quelques jours plus tard sans avoir recouvré connaissance ; tantôt, au contraire, il survit : on peut alors observer les deux conditions suivantes : dans certains cas la paralysie, sous forme hémiplégique, est définitivement constituée (1) ; dans d'autres cas, — celui de la malade actuelle et celui de Laul... communiqué par nous à la *Société de biologie*, le 5 janvier 1876, appartiennent à ce groupe — la paralysie diminue plus ou moins rapidement et bientôt les malades ne conservent plus qu'un léger affaiblissement des membres, absolument paralysés quelques jours auparavant, affaiblissement qui se traduit par de l'incertitude dans le bras, le renversement du pied dans la marche, etc.

Au bout d'un temps variable (un an chez M..., deux mois chez Laul...), les mêmes phénomènes se reproduisent : de même que la première fois, les convulsions affectent un seul

(1) Voir, à l'appui de cette opinion, les deux observations que nous avons insérées dans la *Revue photographique des Hôpitaux de Paris*, 1871, p. 73 et 121.

Digitized by Google

côté du corps, toujours le même, et laissent après elles une *hémiplégie*, qui, d'ordinaire, devient définitive.

Dans un temps relativement court, cette *hémiplégie* se complique communément de *contracture*, assez souvent d'*hémichorée*, quelquefois d'*hémianesthésie* (1). Dans un nombre considérable de cas aussi en général après quelques années, on voit apparaître une complication beaucoup plus grave : l'*épilepsie*.

II. Ici, les *accès* nous ont offert des particularités extrêmement intéressantes qui caractérisent d'une façon très-nette cette variété d'épilepsie symptomatique que M. Charcot désigne sous le nom d'*épilepsie partielle*. En effet, M... avait, à l'origine, des *convulsions tout-à-fait limitées au membre inférieur droit*, sans perte de connaissance. Ultérieurement, les convulsions ont envahi le membre supérieur correspondant; puis la moitié droite de la face et enfin, se sont compliquées de perte de connaissance. Nous n'insisterons pas sur leurs progrès ; nous nous bornerons à dire que, en peu de temps, les accès sont devenus de plus en plus fréquents et que, en janvier, la malade a eu un premier *état de mal*.

L'absence de coma et d'élévation considérable de la température — que nous avons déjà consignée dans l'observation de Laul... — nous semble différencier, dans une certaine mesure, l'état de mal des sujets atteints d'épilepsie partielle, de l'*état de mal* qui survient chez les épileptiques ordinaires. (Les accès isolés d'épilepsie partielle sont moins intenses, moins violents que les accès de véritable mal caduc, et le retour de la conscience est beaucoup plus prompt.) Toutefois, il convient de reconnaître que, les accès se répétant, les convulsions ont une tendance prononcée à envahir les membres du côté sain, en un mot à se généraliser.

A peine quelques semaines s'étaient-elles écoulées qu'un second *état de mal* se développa : les accès différaient notablement, non-seulement des accès isolés, mais aussi des accès qui avaient composé le premier état de mal. En moins de 40 heures, M..... eut plus de 300 accès et succomba avec une température atteignant 41°.

III. Le *nitrite d'amyle*, employé pour combattre le premier état de mal, semble avoir exercé une action favorable. Il ressort tout au moins des détails consignés dans l'observation que, un jour, l'inhalation de quelques gouttes de ce médica-

(1) Voyez dans la thèse de M. Raymond deux des observations que nous lui avons communiquées. (*Etude anat., physiol. et clinique sur l'hémichorée*, etc., p. 66, 69).

Digitized by Google

ment détermina un abaissement sensible de la température centrale (p. 562).

Notons aussi que, dans le second état de mal, l'administration du *bromure de camphre* suspendit momentanément les accès, en même temps qu'on vit la température descendre de 39°,4 à 38°,5. Bien que le succès n'ait pas couronné le traitement, l'amendement observé dans les deux circonstances conduira peut-être à une administration ultérieure plus heureuse de l'un ou de l'autre de ces agents thérapeutiques.

IV. En se fondant sur les *symptômes*, sur leur évolution, le *diagnostic anatomique*, porté pendant la vie, avait été le suivant : *Lésion des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes du côté gauche* avec prédominance du foyer dans la circonvolution pariétale, parce que les convulsions avaient d'abord été localisées dans le *membre inférieur droit* (1).

L'*autopsie* a confirmé de tous points ce diagnostic : l'ancien foyer occupait la partie supérieure de ces deux circonvolutions et le *lobule paracentral*, qui n'est autre que leur renversement à la face interne de l'hémisphère.

Ajoutons encore que ce fait vient corroborer les opinions émises par M. Charcot, relativement aux *hémiplégies corticales*. Les masses centrales de l'hémisphère cérébral étaient parfaitement saines, et, partant, l'hémiplégie reconnaissait bien pour cause la lésion des circonvolutions dites motrices.

Dans cette variété d'hémiplégie, c'est-à-dire occasionnée par une lésion des circonvolutions motrices, les membres sont intéressés et la face est respectée. En outre, il se produit, comme l'examen microscopique l'a démontré, des *dégénérations secondaires*.

M. Charcot. Ce fait est remarquable et prouve bien nettement que le lobule paracentral est une région motrice; il est seul intéressé sur ce cerveau, et des phénomènes moteurs paralytiques et convulsifs se sont produits. J'ajouterai que la moelle a été examinée au microscope et que l'on y a recherché la dégénération secondaire du faisceau latéral du côté opposé à la lésion cérébrale. Elle était ici très prononcée, ce qui est très intéressant; car si Türck, le premier, a pu annoncer que les lésions corticales étaient suivies de dégénérations secon-

(1) Cette observation, de même que celle de Laul..., est une démonstration frappante des travaux de M. Ferrier sur les centres moteurs. (Ferrier. *On the functions of the Brain.*)

Digitized by Google

daires, il a dit que cela se produisait lorsque ces lésions étaient très étendues. J'ai ajouté plus tard que la lésion pouvait être limitée, mais qu'elle devait alors, pour donner lieu à une dégénération secondaire, occuper la partie supérieure des deux circonvolutions médianes ascendantes ou la région paracentrale. Cette opinion est absolument confirmée dans le cas présent, car le lobule paracentral est seul intéressé, et il existe néanmoins une dégénération secondaire.

M. LÉPINE. Je voudrais demander à M. Charcot s'il pense que les fibres parties de la région paracentrale ont quelque relation avec les corps striés ou qu'elles gagnent le mésocéphale sans atteindre le corps strié.

M. CHARCOT. Je crois qu'il y a des fibres directes; cette idée semble confirmée par différents faits d'anatomie pathologique.

M. LÉPINE. La théorie voudrait que, dans ces cas, on trouvât des lésions de la capsule interne.

M. CHARCOT. Cela arrivera certainement et l'on trouvera des lésions de la région antérieure de la capsule interne dans les cas de dégénérations secondaires, dues à des lésions corticales.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

OCTOBRE

Séance du 6 octobre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Carcinome dur de la mamelle. — Cancer généralisé. — Noyaux cancéreux comprimant la moelle avec hémiparaplégie douloureuse. — Noyaux cancéreux dans le fémur gauche avec fracture spontanée et incurvation très-marquée de l'os ; par Lucien DREYFUS, interne des hôpitaux.

Viguier Cath., 48 ans, culottière, entrée le 23 mai 1876 à l'hôpital temporaire, salle Saint-Jean n° 16, (service de M. LÉPINE). Excellente santé jusqu'il y a deux ans où elle commença à éprouver des douleurs lancinantes dans le sein gauche. Peu à peu la mamelle augmenta de volume, mais sans que cependant la tumeur fût jamais considérable. Celle-ci s'ulcéra, fut le siége d'hémorrhagies. Des cautérisations répétées arrêtèrent la marche de la maladie. A la même époque (sept. 75), elle ressentit des douleurs lancinantes dans la cuisse gauche, puis s'aperçut que le membre inférieur gauche était plus court que le droit : un peu plus tard elle eut, dit-elle, « des douleurs de cassure », la déformation de la cuisse s'accentua et elle fut condamnée au repos le plus absolu, tout mouvement déterminant des douleurs très-vives : en même temps anorexie, constipation, amaigrissement et affaiblissement.

A son entrée on constate l'état suivant ; malade très-vieillie, teint cireux, grande maigreur. Constipation opiniâtre. Au niveau du sein gauche, qui est complétement détruit, vaste ulcération noirâtre à tendance hémorrhagique et douloureuse, très-vives douleurs dans la cuisse gauche, se produisant par crises. Déformation très-nette du fémur. Le membre inférieur gauche a environ six centimètres de moins que le droit. La malade ne peut se soulever. Au niveau du grand trochanter

Digitized by Google

empâtement mal délimité, peu douloureux à la pression : à un centimètre plus bas, crépitation assez nette avec douleur très-vive : un centimètre encore plus bas, flexion nette du fémur qui forme un angle ouvert en dedans de 70° environ. La malade affirme n'avoir jamais fait de chutes, ni reçu de coups sur cette région.

Du côté du membre inférieur droit sensation de picotements et de fourmillements. A part cela rien d'anormal.

Rien d'appréciable dans le thorax et les viscères, ni dans les ganglions axillaires.

Le 10 *juillet*, la malade va mieux : les douleurs spontanées sont rares et moins vives ; impossibilité toujours de soulever le membre inférieur gauche. Du côté droit hyperesthésie cutanée, picotements et fourmillement presque continuels. Etat général meilleur. Fonctions digestives à peu près normales, sauf diminution de l'appétit et tendance à la constipation.

Pendant le mois d'*août*, les phénomènes du côté du fémur gauche ne se modifient pas : mais à droite apparaissent des symptômes que l'on rattache à une compression de la moelle par une néoplasie cancéreuse. Le membre inférieur droit est raide, difficilement soulevé ; les deux dernières phalanges des orteils sont repliées en dedans. La sensibilité est beaucoup diminuée : fourmillements et picotements très-gênants. Par moments le pied semble mort. Dans les membres supérieurs rien, à part des douleurs peu intenses dans les jointures.

Pendant le mois d'août, la malade remarqua à trois reprises une desquamation racée de la peau sur plusieurs points du corps, notamment à la face.

A la fin du mois d'août, la paralysie et les phénomènes sensitifs du côté de la jambe droite ont augmenté : V..., ressent quelques douleurs le long de la colonne vertébrale dans la région dorsale : douleurs accrues par la pression.

En *septembre*, la situation ne se modifie pas : mais la malade, condamnée à un repos de plus en plus complet, ne pouvant plus se servir de ses deux membres inférieurs, perd complétement l'appétit. Constipation rebelle. Amaigrissement de plus en plus rapide.

Le 29 septembre, la malade tousse, est oppressée : on constate de la congestion aux bases pulmonaires. Fièvre assez vive, pouls rapide, sueurs abondantes.

Le 2 octobre, pour la première fois, urines involontaires.

Le 3 octobre, l'état de la malade s'est considérablement aggravé : abattement profond, pouls à 120, sueurs abondantes, dyspnée intense. L'examen des deux membres inférieurs ne révèle aucun phénomène nouveau : seulement la paralysie motrice à droite est très-nette, hyperesthésie plus marquée.

Digitized by Google

— Ulcération superficielle à la région sacrée. La malade s'éteint le 4 octobre.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. La mamelle gauche est complétement détruite: à sa place une large ulcération noirâtre à bords indurés sans productions néoplastiques au voisinage.

Noyaux cancéreux multiples dans les poumons avec pneumonie hypostatique double.

Noyau cancéreux dans le foie, dans les reins. Rien dans les organes génitaux.

Pas de déviation de la colonne vertébrale.

Petite masse cancéreuse à l'intérieur du canal vertébral comprimant légèrement la moelle, au niveau de la 4e vertèbre dorsale, à la face postérieure et seulement du côté droit. *Aucune lésion des vertèbres.* Pas de lésion macroscopique de la moelle au niveau du joint comprimé. Les racines nerveuses du côté droit sont légèrement comprimées par le noyau cancéreux.

Fémur gauche. Lorsqu'on enlève les masses charnues qui entourent cet os, on constate qu'il est complétement fracturé à un centimètre au-dessous du trochanter: les deux fragments, irrégulièrement dentelés, sont écartés d'un demi-centimètre environ. L'extrémité supérieure est très-déformée: le col est très-court. Le grand trochanter élargi, plus volumineux qu'à l'état normal, à contours très-irréguliers. La tête est aplatie. A un centimètre au-dessous de la fracture, le fémur est incurvé, présentant un angle saillant en dehors. Extérieurement rien d'anormal, l'os est plus léger qu'à l'état normal. En faisant une coupe longitudinale on trouve deux noyaux carcinomateux, blanchâtres, mollasses, assez riches en sang. le premier au milieu du grand trochanter, le second immédiatement au-dessous du point incurvé; le canal médullaire est très-élargi, rempli d'une substance rougeâtre molle, très-vasculaire. Les trabécules osseuses de l'écorce sont très-atrophiées: la coque extérieure de l'os est très-amincie. Cependant l'os ne présente pas une consistance plus molle qu'à l'état normal. Le bistouri pénètre assez facilement dans la substance osseuse du grand trochanter.

Pas d'altération de l'os iliaque, ni des autres os examinés.

M. DESPRÉS. Il paraît certain, d'après l'examen de la pièce, qu'il ne s'agit pas seulement ici d'une fracture consolidée; or, s'il n'est pas rare d'observer des fractures spontanées chez les cancéreux, le fait d'une incurvation osseuse est une grande exception si même il en existe d'autres exemples.

Digitized by Google

2. Anévrysme de l'aorte abdominale. — Mort par rupture de l'anévrysme. — Érosion très-étendue des vertèbres. — Pleurésie gauche ; par Lucien DREYFUS, interne des hôpitaux.

www.libool.com.cn

Prudhon, lapidaire, 39 ans, entré le 21 septembre 1876 à l'hôpital Temporaire, Salle Sainte-Hélène, n° 9 (Service de M. Lépine). — Pendant son service militaire, cet homme eut en Chine et en Cochinchine, le choléra, la dysenterie, les fièvres ; syphilis en 1862.

En 1875, à la suite de vives douleurs céphaliques, trouble, puis perte de la vue en sept mois. (Atrophie double de la papille.)

Depuis cette époque, il vit de mendicité. Bonne santé habituelle, sauf parfois le soir un peu d'œdème des malléoles. — Excès alcooliques.

Le 15 *septembre* 1876, à la suite d'un refroidissement, malaise subit avec frissons, anorexie, douleurs du côté gauche. Les phénomènes s'aggravant, il entre à l'hôpital.

23 *sept.* — Vive douleur du côté gauche, au-dessous et en dedans des fausses côtes : marche pénible, douleurs dans le dos, respiration précipitée, anxieuse. En faisant asseoir le malade, on est frappé de la grande difficulté qu'il éprouve à faire ce mouvement. On constate l'existence d'une pleurésie avec épanchement peu abondant à la base gauche. A la base droite, sonorité exagérée avec légère diminution du bruit respiratoire. Langue sale, anorexie, constipation. 84 pulsations; 38.5.

12 ventouses scarifiées. Eau-de-vie allemande, 40 gr.

Le lendemain, l'état général s'est beaucoup amélioré: la douleur et l'oppression sont moindres. L'épanchement a un peu augmenté à gauche. Rien du côté droit.

Ventouses sèches. Chiendent nitré 6 gr.

27 *sept.* Pas de modifications dans la marche de la pleurésie. La fièvre est tombée. Le malade se plaint d'une vive douleur dans la fesse et la cuisse gauches. Vésicatoire sur la fesse. Dans l'après-midi, le malade, en se dressant sur son séant, se trouve mal.

28 *sept.* La douleur de la fesse gauche a disparu. Le malade se sent plus à son aise, il est encore oppressé, s'assied toujours avec grande difficulté.

Pendant la nuit, grande agitation : vive douleur au-dessous et en dedans des fausses côtes gauches. Sueurs abondantes.

29 *sept.* Pas de modification du côté de la pleurésie. Sueurs abondantes. Le malade accuse de vives douleurs dans le talon gauche. Au milieu de la nuit, le malade se réveille brusquement,

Digitized by Google

se plaint d'une vive douleur abdominale; quelques instants après on le trouve mort.

www.medbook.com.cn

Autopsie. — Dans la plèvre gauche, épanchement (900 gr. environ). Pas de traces d'inflammation pleurale. Poumon gauche atélectasié dans son tiers inférieur.

La cavité abdominale à gauche est remplie de caillots sanguins, surtout à la partie inféro-postérieure : la rate et le rein gauche sont entourés d'une masse de caillots noirâtres. En soulevant les intestins, on tombe sur une vaste tumeur anévrysmale de l'aorte abdominale, siégeant au niveau des deux dernières vertèbres dorsales et de la 1re lombaire et reposant sur la face antérieure et le côté gauche de la colonne vertébrale. Cette tumeur régulièrement sacciforme a environ neuf centimètres de long et 6 centimètres de large. La paroi interne est épaissie par une couche de caillots stratifiés blanchâtres de 2 centimètres environ de largeur. Sur la paroi externe, large ouverture déchiquetée qui a donné issue au sang.

Les corps des trois vertèbres en rapport avec l'anévrysme sont usés, déchiquetés dans une grande profondeur. Cependant nulle part le canal vertébral n'est ouvert. Il est impossible, à cause de la grande quantité de sang épanché, de se rendre compte des rapports de l'anévrysme avec les vaisseaux et nerfs de la région.

Dans le cerveau, atrophie notable des bandelettes optiques des deux côtés, plus marquée cependant du côté droit.

Atrophie notable des corps genouillés, surtout à droite, pas d'autres lésions dans le cerveau.

3. Ramollissement des circonvolutions ascendantes, de la deuxième et de la troisième frontale gauches.—Hémiplégie droite, primitivement bornée au membre supérieur avec douleur et contracture. Anesthésie. — Attaques apoplectiformes avec aphasie; par Lucien Dreyfus, interne des hôpitaux.

Bourgoing, 61 ans, journalière, entrée le 15 juillet 1876 à l'Hôpital temporaire, salle Saint-Jean, n° 14 (service de M. Lépine). — Pas de maladies antérieures. Céphalalgie intermittente depuis quelques mois; plus vive surtout depuis quatre semaines, marquée dans la région frontale droite. Quelques jours avant son entrée, vive douleur subite dans l'épaule droite; en même temps la malade s'aperçut que le coude droit était raide et qu'elle avait moins de force dans le bras du même côté. Pendant quelques jours état stationnaire: cependant les mouvements des doigts sont moins libres. L'avant-veille de son entrée, elle ressentit tout à coup une grande difficulté à parler: pendant une demi-heure elle ne put pas

Digitized by Google

se faire comprendre. (L'affaiblissement intellectuel de la malade ne permet pas d'établir avec précision la nature de ces accidents aphasiques).

17 *juillet*. — Douleurs spontanées à l'épaule droite, au-dessous de l'acromion : les mouvements passifs ne déterminent ni craquements, ni douleurs dans l'épaule. Les chairs du bras droit paraissent flasques et pendantes, plus grêles qu'à gauche. — Légère contracture du coude dans la flexion. Main dans une position moyenne : doigts légèrement fléchis vers le paume, sans raideur. Fourmillements dans l'avant-bras et le bras, non dans les doigts.

Diminution très-nette de la motilité dans le bras droit. La malade peut se servir de l'épaule et du coude, mais non du poignet et des doigts. Légère diminution de la sensibilité à la pulpe des doigts et sur la paume de la main qui paraît plus chaude que la main gauche.

Rien dans le membre inférieur droit, ni à la face, à part une très-légère déviation de la pointe de la langue à gauche.

Parole nette, un peu lente. Affaiblissement intellectuel notable. Diminution sensible de la mémoire depuis un mois. Peu de céphalalgie.

Bruits du cœur éclatants, sans souffle. Pas de modifications jusqu'au 23 *juillet*. Ce jour, vers 7 heures, malaise subit étourdissements : dans la nuit, fièvre vive avec sueurs.

Le 24, on constate un léger œdème des doigts du côté droit. Douleurs au coude et aux doigts. Contracture plus prononcée du coude.

25 *juillet*. La malade voulant causer avec sa voisine, sa parole s'embarrassa, elle ne put proférer aucune parole pendant quelques minutes. Pendant la nuit, céphalalgie vive. La jambe droite est agitée de mouvements involontaires.

Le lendemain on constate sur la face dorsale de l'éminence thénar droite une légère diminution de la sensibilité. Il en est de même à la pulpe des doigts gauches qui sont le siége de fourmillements. La déviation de la pointe de la langue à gauche est plus nette. Lorsque la malade se lève, la jambe droite fléchit sous elle. Fourmillements depuis quelques jours dans le pied droit.

Dans l'après-midi du 26, pendant quelques minutes, impossibilité de parler. La voisine de lit remarque que la commissure labiale est déviée.

28 *juillet*. La malade, à la visite, ne peut se faire comprendre : la parésie de la jambe droite est très-marquée : la sensibilité est émoussée à la partie antérieure de la cuisse dans les 2/3 inférieurs. On constate pour la première fois au thermomètre une augmentation de la température à droite.

Digitized by Google

Abaissement de la commissure labiale droite.

1er *août*. Affaiblissement intellectuel croissant : asymétrie de la face plus nette, sans trouble de la sensibilité. La paralysie des membres paraît moins marquée qu'il y a trois jours; la parole est plus facile. Anesthésie complète du bras droit. Jambe droite légèrement œdémateuse. — Anorexie. — Selles involontaires.

Du 1er au 10 août, diminution de la paralysie de la jambe droite : elle marche pour aller au cabinet. Mange un peu plus : parole nette.

19 *août*. La malade, en se levant, s'affaisse. Elle ne peut plus lever la jambe. Grande faiblesse : ne parle pas. Diarrhée.

24 *août*. Anesthésie presque complète des membres droits. Paralysie faciale droite très-nette, avec diminution de la sensibilité.

A partir de cette époque la paralysie s'accentua : les membres sont inertes : la malade ne paraît pas sentir les piqûres. Œdème du bras et de la jambe. La malade est très-affaissée ; selles et urines involontaires, anorexie ; elle reste entièrement indifférente à ce qui se passe autour d'elle, ne parle pas.

Au commencement de septembre l'état général s'aggrave : la malade pâlit, maigrit ; somnolence continuelle. Hémiplégie complète du côté droit. — Elle s'éteint le 17 septembre.

Autopsie. — Sujet très-amaigri. Crâne épais. Tronc basilaire et carotides d'un calibre au-dessous de la normale, athéromateuses. Les petites artères de la base sont normales, sauf l'artère sylvienne gauche qui est très-athéromateuse, oblitérée aux 3/4.

Circonvolutions du côté droit saines. A gauche, vaste ramollissement. La 1re frontale est absolument saine, la 2e et la 3e circonvolutions sont ramollies au voisinage de la frontale ascendante.

La frontale ascendante est ramollie dans toute sa longueur. La partie antérieure de la pariétale ascendante est aussi altérée, mais moins profondément que la frontale. La circonvolution sphénoïdale la plus voisine de l'insula est ramollie dans une étendue de 2 à 3 centimètres.

A la coupe, on constate l'envahissement de la substance blanche dans une forte partie de sa profondeur; la substance blanche du ventricule qui avoisine le corps strié est ramollie, dans la portion sous-jacente à la troisième frontale : il en est de même de la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions malades.

Aucune altération des corps opto-striés, du cervelet, de la protubérance, des pédoncules.

Digitized by Google

Cœur sain. Aorte dilatée, rigide, sans foyers athéromateux. Poumons emphysémateux. Bord postérieur et base du poumon droit carnifiés (pneumonie hypostatique). Rate et foie sains. Surface des reins irrégulière avec nombreuses plaques atrophiques.

RÉFLEXIONS. Les phénomènes du début de la maladie (douleurs, contracture, parésie du bras droit, avec aphasie passagère) ont été assez nets pour que dès l'entrée de la malade on put diagnostiquer l'existence d'un ramollissement cortical. La marche progressive de la paralysie frappant le bras droit, puis la face, enfin le membre inférieur, la répétition des attaques apoplectiformes avec aphasie, enfin ce fait que la paralysie variait pour ainsi dire d'un jour à l'autre surtout dans le membre inférieur, tous ces phénomènes propres aux lésions corticales vinrent confirmer le diagnostic. Nous devons aussi signaler la marche progressive de l'anesthésie qui se montre toujours sur les parties définitivement paralysées.

Séance du 13 octobre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

4. Anévrysme d'une petite branche de l'artère pulmonaire ouvert dans une caverne tuberculeuse; par M. HOMOLLE, chef de clinique.

Cette pièce qu'il est intéressant de rapprocher des exemples d'anévrysme de Rasmussen déjà présentés en assez grand nombre à la Société anatomique a été recueillie sur le cadavre d'un homme mort, dans le service de M. le professeur Potain à Necker, à la suite d'hémoptysies très-abondantes et répétées. Les signes physiques indiquaient plutôt un ramollissement de foyers caséeux qu'une grande excavation au sommet gauche. En fait la caverne où la rupture s'est produite n'avait guère plus que la grosseur d'une noisette, et les parois de l'anévrysme s'appliquaient dans une assez grande surface à celles de l'excavation.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

5. Adéno-sarcome du sein; par Eugène Monod, interne des hôpitaux.

Cette tumeur provient d'une malade opérée dans le service de M. Desprès, à l'hôpital Cochin. Elle nous offre un exemple très-net de sarcome de la mamelle. L'observation clinique de la malade avait permis à elle seule de porter ce diagnostic que l'examen histologique est venu confirmer.

La nommée Zélie C.., âgée de 45 ans, ne présente pas d'antécédents héréditaires ; elle a toujours joui d'une bonne santé ; la menstruation a été régulière. Quatre grossesses, la première en 1857, la dernière en 1870. La mère n'a nourri aucun de ses enfants. C'est dix-huit mois après la troisième grossesse, c'est-à-dire en 1867 que la malade constata pour la première fois à la partie externe et inférieure du sein droit la présence d'une tumeur grosse comme une noix, dure, régulière, indolente. Celle-ci augmenta progressivement de volume ; en 1870, époque de la dernière grossesse elle avait acquis le volume du poing. C'est à ce moment que les douleurs apparaissent; parfois elles sont lancinantes et provoquent l'insomnie. Il y a quatre mois la ménopause est survenue; la malade a remarqué que la tumeur avait pris depuis lors un notable développement, elle a presque doublé de volume, et elle est devenue en même temps le siége de douleurs lancinantes intolérables qui l'ont forcée à venir réclamer l'intervention chirurgicale.

La tumeur occupe toute la moitié externe du sein droit. Elle est régulière extérieurement, sans bosselures, globuleuse, dure à la palpation, et d'une consistance égale, sans trace de fluctuation. La peau très-distendue n'est nulle part adhérente ; elle présente de nombreuses dilatations veineuses. Il n'y a pas d'engorgement ganglionnaire dans l'aisselle. Ajoutons à ces signes qu'il n'y a jamais eu d'écoulement par le mamelon.

M. Després a enlevé la tumeur le 10 octobre en empiétant largement sur les tissus sains.

Examen à l'œil nu. La tumeur forme une masse ovoïde, recouverte d'une enveloppe fibreuse mince par places, plus épaisse en d'autres points, qui la sépare du tissu cellulo-adipeux avec lequel elle a été enlevée. Sur une coupe médiane, on trouve un tissu blanchâtre, résistant, d'apparence fibreuse, et parsemé de lacunes dont la forme et la dimension sont très-variables. Dans l'intérieur de ces cavités proémine sous forme de bourgeons irréguliers le tissu mor-

Digitized by Google

bide. Il s'est écoulé à la coupe une faible quantité de liquide sanguinolent.

www.libtool.com.cn

Examen histologique. On sait que la majorité des histologistes s'accordent aujourd'hui à reconnaître que les espaces lacunaires, véritables cavités kystiques ne sont pas autre chose que les conduits galactophores eux-mêmes agrandis et déformés par les prolongements que la tumeur envoie dans leur cavité. Si l'on examine en effet au microscope, sur une pièce fraîche, un fragment de la paroi kystique, après imprégnation au nitrate d'argent, on la trouve tapissée par un revêtement épithélial régulier. Quant au tissu interposé aux acini dilatés, ainsi que celui des papilles qui proéminent dans leur cavité, il est exclusivement constitué par des cellules assez volumineuses, les unes arrondies, les autres fusiformes suivant le sens de la coupe, sans trace de substance intercellulaire. A ces caractères on reconnaît le sarcome qui présente, dans ce cas, la forme papillaire. Ces détails histologiques nous ont été donnés par M. Charles Monod.

En résumé nous sommes en présence d'une tumeur non carcinomateuse du sein qui a évolué pendant neuf ans avec tous les caractères d'une tumeur bénigne et qui a subitement changé de marche pour revêtir ceux d'une tumeur maligne. Au point de vue purement clinique il paraît y avoir eu là, sous une influence inconnue, une déviation du processus morbide, une sorte de métamorphose. C'est ce que M. Després appelle la transformation d'adénôme en cancer. On comprend de quelle importance ces faits sont pour le chirurgien au point de vue du pronostic; il faut savoir, en effet, qu'on n'est jamais à l'abri d'une récidive, en dépit d'une large ablation.

M. Després. J'ai engagé M. Monod à présenter cette pièce parce qu'elle peut servir à démontrer ce que je soutiens contre un certain nombre de chirurgiens, à savoir que les tumeurs bénignes du sein peuvent, à un moment donné de leur évolution, se transformer en cancer. Dans le cas présent, la tumeur, après avoir pendant dix années réuni tous les caractères des adénômes, c'est-à-dire des néoplasmes bénins, subit tout à coup un accroissement très-rapide. C'est qu'alors sans doute il se fait une véritable transformation, la tumeur est devenue sarcomateuse. Si complétement qu'elle ait été enlevée je suis certain qu'elle récidivera avant deux ans. Au contraire j'ai enlevé des tumeurs datant de plusieurs années, n'ayant jamais offert dans leur marche les anomalies que je signalais

Digitized by Google

tout à l'heure, c'étaient de simples adénômes, ces tumeurs ne récidivent pas. Je puis citer l'exemple d'une femme opérée d'un fibrôme pur datant de 7 ans, et qui n'a pas eu de récidive.

www.nbtool.com.cn

M. CHARCOT. Il y a des carcinômes, qui, pendant des années, restent presque latents, se développent à peine; on voit à la Salpétrière des femmes qui depuis vingt ans portent de semblables tumeurs qui ont été certainement dès le début et restent jusqu'à la fin des carcinômes et qui ne présentent pas moins une bénignité en apparence absolue.

Pourquoi n'y aurait-il pas aussi des sarcômes susceptibles de conserver pendant dix années le masque de la bénignité et de devenir aussi malins que des cancers après ce temps. Il ne faut pas voir là une transformation de la tumeur mais un accident d'évolution. La question soulevée ici est double et l'on ne peut espérer par la clinique seule obtenir la solution du problème anatomo-pathologique.

6. Rapport sur la candidature de M. Hugonneau au titre de membre correspondant; par A. HEYDENREICH.

Parmi les présentations faites par M. Hugonneau, j'appellerai spécialement l'attention sur un cas de cysto-sarcôme du périnée chez un fœtus. Cette tumeur, du volume d'une tête d'adulte, était implantée sur le périnée et la face interne des cuisses. L'ouverture anale se trouvait au niveau de son point d'implantation et sur sa face postérieure. Recouverte par la peau parcourue par des veines assez volumineuses, elle donnait au toucher la sensation d'une fausse fluctuation.

En faisant une section de cette tumeur, on vit qu'elle consistait en une vaste poche remplie d'un liquide séro-sanguinolent, très-riche en albumine. Les parois formées par un tissu d'apparence lardacée contenaient dans leur épaisseur des vacuoles renfermant un liquide puriforme qui, au microscope, présentait les caractères du tissu embryonnaire. Il n'existait aucune communication avec le canal rachidien.

Les bourgeons saillants dans la cavité de la tumeur étaient formés par des éléments embryonnaires, présentant tous les caractères du sarcome à petites cellules; on y voyait tous les tissus normaux de l'enfant à l'état naissant. Accouchement par le siége, enfant mort en venant au monde.

Cette observation nous paraît intéressante, vu le petit nombre de cas semblables publiés jusqu'ici. Les deux premières pièces furent présentées par M. Depaul avec le diagnostic de

Digitized by Google

cancer. En 1864, Rayer et Ball présentèrent un cas analogue à la Société de biologie. Après examen histologique de la tumeur, M. Robin la considéra comme une hétérotopie de l'ovaire.

En 1866, M. Bailly en publia une nouvelle observation dans laquelle il est dit que la tumeur était formée par tous les tissus normaux de l'enfant (tissu musculaire strié et lisse, conjonctif, osseux, cartilagineux). Cette observation, jointe à celle de M. Hugonneau, prouve que ces tumeurs se rapprochent beaucoup des sarcomes et pourraient par conséquent être regardées comme des cysto-sarcomes développés chez l'embryon.

Je ne m'étendrai pas sur les autres présentations de M. Hugonneau, mais j'estime que les titres de ce candidat détermineront la Société anatomique à l'admettre au nombre de ses membres correspondants.

Séance du 20 octobre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Hémiplégie gauche incomplète; Troubles de langage; Eschare au talon droit; — Ramollissement cortical gauche. — Lésions multiples de l'hémisphère droit; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

Liard Caroline, 76 ans, entrée à la Salpétrière, salle Sainte-Anne n° 16 (service de M. LUYS), le 9 septembre 1876. Impossible de rien obtenir de précis sur l'époque d'apparition de la maladie.

Etat actuel.— 1° *Face.* — Commissure labiale droite tirée en haut, langue visiblement déviée à gauche; sensibilité intacte à la face et à la langue qui ne présente aucun tremblement.

2° *Membre supérieur.* — Le bras droit jouit de tous ses mouvements, sa sensibilité est intacte; le bras gauche est encore soulevé par la malade, mais avec beaucoup de peine; les doigts s'étendent et se ferment avec peine; pas de contracture. Sensibilité à la piqûre, au pincement notablement diminué au bras et à l'avant-bras gauche; la diminution est

Digitized by Google

moins sensible à la main. La malade serre à peine avec la main gauche. Elle peut encore serrer avec assez de force avec la main droite.

3° *Membre inférieur.* — La malade semble mouvoir aussi facilement sa jambe gauche que la droite : la sensibilité y est intacte des deux côtés.

4° *Vue et Ouïe.* — La malade fait comprendre qu'elle voit moins bien de l'œil gauche que du droit. (Pas de lésions apparente des milieux transparents de l'œil; pas de strabisme ni de diplopie). L'ouïe est assez mauvaise, mais il est difficile de dire si une oreille est meilleure que l'autre.

5° *Langage.* — Parole saccadée, difficile, et pendant qu'elle s'exerce, la déviation des traits s'accentue. Il y a surtout impossibilité de trouver les mots pour désigner les choses. Son vocabulaire se compose d'une série de mots qu'elle emploie surtout : *oui*, *non*, *madame* (elle dit très-rarement *Monsieur*) *femme*; et des moitiés de mots. *frette*, *toto*. Le médecin, elle l'appelle *Madame*; son mari, elle l'appelle *une femme*. Généralement elle emploie, ou plutôt fait comprendre qu'elle veut employer une périphrase; elle dit : *pour manger*, *pour boire*, *pour écrire*, quand on lui montre une cuiller, un verre, un crayon, et encore hésite-t-elle souvent avant de prononcer ces mots n'ayant aucun rapport avec l'objet : on lui montre un doigt, elle dit : *une femme*; quelquefois : *ça c'est une femme*; outre qu'elle ne trouve pas les mots, il lui est souvent impossible de les répéter quand on les prononce devant elle; on nomme une fourchette, un couteau : elle répète *frette*, *toto*; puis, on la voit appliquer ces mêmes expressions aux objets suivants qu'on lui montre; ou bien même, elle ne répète pas du tout le mot qu'on lui a dit. — Parmi les lambeaux de phrases qui lui reviennent le mieux, on peut citer : *Il y a longtemps; par une révolution, avec une femme* (son mari ou ses enfants). — Elle a conservé la mémoire de certains chiffres, et les applique quelquefois assez bien : Si on lui montre successivement les doigts de la main, elle compte plus ou moins régulièrement 1, 2, 3, 4, 5. Si on pousse plus loin, elle s'arrête si l'on saute de 1 à 4, elle ne sait plus : après beaucoup d'efforts, elle dira parfois juste le nombre de doigts qu'on lui présente d'un seul coup.

Quant aux faits passés, elle en sait peu de chose; ignorant l'époque et les circonstances du début de sa maladie, elle répond invariablement : *Il y a longtemps*, ou bien *par une révolution*, etc... On essaye de trouver des dates, en lui en répétant quelques-unes; mais elle dit *oui* ou *non* avec de telles variantes à quelques minutes d'intervalle, que l'on ne peut tenir aucun compte de ces données. D'ailleurs elle n'a

Digitized by Google

pas cet air si ennuyé qu'on voit chez certains aphasiques, quand ils ne peuvent dire ce qu'ils veulent. Elle n'a pas beaucoup conscience de ses erreurs de langage, et semble trouver tout naturel d'appeler un livre *une femme*.

6° *Lecture*. — Impossible de lui faire nommer juste une seule lettre : elle dit A pour B, et ainsi de suite : ou elle applique à une lettre un mot quelconque comme *pied*, *frette*, *femme*. Par hasard elle a appelé un I par son nom; quelques minutes après elle l'appelait *pied*. Cependant elle prétend qu'elle lisait très-bien avant sa paralysie.

7° *Ecriture*. — De même, elle fait comprendre qu'elle écrivait parfaitement : elle tient très-bien son crayon de la main droite. On lui dit d'écrire son nom. Elle réfléchit longtemps pour se le rappeler, prononce le mot *Coroline*, pour (Caroline), puis elle écrit des jambages qui ne ressemblent à rien. Tout d'un coup, comme prise d'inspiration, elle écrit tant bien que mal le nom de son mari qui s'appelle *Cohadon*; elle écrit : *Madame Adon*; puis elle l'écrit à la suite plusieurs fois, une fois entre autres : *Madame Coadon*; enfin elle écrit Madame Load (elle s'appelle Liard). L'examen du cœur montre un souffle mitral avec de grandes irrégularités dans les battements.

Quelques jours après son entrée, on voit se former au *talon droit*, une phlyctène rapidement purulente, sur une large plaque rouge. Au-dessous on trouve une eschare profonde, molle, large comme une pièce de 5 francs, qui s'agrandit un peu les jours suivants : la sensibilité est intacte autour de l'eschare, la malade n'y accuse aucune douleur : les artères du membre battent parfaitement.

Le 13 octobre, la malade est prise d'un frisson violent avec chaleur et sueur abondante, frisson qui se renouvelle le 15, au matin, et le 17 après la visite; la mort a lieu à 10 heures dans un état de sidération complète.

Autopsie 24 heures après la mort. Les régions fessières sont violacées, avec quelques pustules, mais sans eschare proprement dit.

Cœur : Insuffisance mitrale; cœur rempli de caillots noirs.

Poumons. Les deux, mais surtout le gauche, sont infiltrés de sérosité noirâtre, sans traces d'induration. — *Rate*. Réduite en bouillie noire qui s'écoule par l'incision. — *Reins*. Néphrite interstitielle; kyste du rein droit. — *Encéphale* : Rien dans les méninges.

1° *Hémisphère gauche*. — Ramollissement ocreux cortical ayant détruit : La 1re et la 2e circonvolutions temporales : en haut et en avant la lésion s'arrête juste au sillon qui sépare l'insula du lobe sphénoïdal; en arrière elle contourne l'extré-

Digitized by Google

mité postérieure de la scissure de Sylvius, laisse intacte toute la 3e circonvolution frontale, mais remonte sur le pli courbe dont elle détruit la plus grande partie : s'étend un peu plus haut, jusque dans le sillon qui sépare le lobule pariétal supérieur du lobule pariétal inférieur : sur le lobe occipital elle pénètre un peu dans le sillon pariéto-occipital, détruit une partie de la face externe du lobe cunéiforme, et une partie de la face interne. Quant aux portions les plus inférieures du lobe occipital (partie postérieure des lobes *lingual* et *fusiforme*), elles sont intactes.

Sur toute l'étendue de ce vaste ramollissement, on voit des artères blanchâtres, vides de sang. — A la coupe de l'hémisphère gauche on trouve : 1° Une petite lacune blanche, à parois très-nettes, dans la substance blanche, correspondant à la jonction de la 1re temporale avec le lobule du pli courbe.

2° Un très-petit foyer à parois jaunâtres dans la partie postérieure de la couche optique. — *Hémisphère droit.* Rien à la superficie. A la coupe :

1° Deux lacunes pisiformes, à parois blanchâtres très-nettes, accolées l'une à l'autre, dans la substance blanche, au-dessus de la capsule interne, à un demi-centimètre de la base des circonvolutions correspondantes.

2° Dans le noyau lenticulaire, un foyer jaunâtre, allongé d'avant en arrière, juste sur la limite de ce noyau et de la capsule externe, foyer s'étendant jusqu'à la partie la plus reculée du noyau lenticulaire.

3° Juste au centre de la couche optique, une lacune jaunâtre grosse comme un grain de chènevis.

Protubérance annulaire. Dans le côté droit, au-dessus du gros faisceau inférieur, un petit foyer brunâtre, transversal, très-aplati de haut en bas, large de 5 millimètres, long de 1 centimètre d'avant en arrière. Rien dans le *cervelet* et dans le *bulbe*.

M. Charcot. Il s'est produit chez cette malade une escharre rapide au talon droit : le fait concorde assez exactement avec ceux qu'a publiés M. Joffroy pour établir un rapport entre les lésions des parties postérieures de l'encéphale et le développement précoce des escharres.

8. Hernie ombilicale étranglée ; opération ; pansement de Lister ; mort sans péritonite ; par M. Régnier, interne des hôpitaux.

La femme Farquel..., âgée de 50 ans, entre à l'hôpital Nec-

Digitized by Google

ker, dans le service de M. Désormeaux, le 22 novembre, à 6 heures, pour une hernie ombilicale de moyen volume, étranglée depuis cinq jours. La malade présentait comme symptômes, les vomissements fécaloïdes, ballonnement du ventre, figure grippée, voix éteinte, mais, de plus, une petitesse remarquable du pouls, refroidissement des extrémités, crampes dans les jambes, c'est-à-dire les symptômes cholériformes qu'on note dans certains cas de hernie. En présence de cet état alarmant, qui ne laissait aucun espoir pour la malade, M. Campenon se décida à l'opérer immédiatement. Une incision verticale longue de dix centimètres environ permet d'arriver sur la hernie. On rencontra tout d'abord une couche épaisse d'épiploon, couche adhérente au sac en plusieurs points. Au milieu de la masse épiploïque une anse intestinale complète et repliée sur elle-même. Le débridement fait en haut en deux points différents fut facile; il n'en fut pas de même de la réduction de l'intestin. Il restait en effet vers le bord mésentérique une sorte de plaque de teinte noirâtre, dure, épaisse, et qui semblait provenir d'un travail morbide déjà ancien.

L'intestin fut seul réduit; l'épiploon étant laissé tel qu'on l'avait trouvé, on ne chercha pas à le réduire, se proposant de s'en servir pour obstruer l'orifice herniaire. A cet effet deux fils à suture profonde furent passés à travers l'épiploon au niveau même du collet du sac, et allèrent se terminer à droite et à gauche à de petites plaques de plomb placées à 3 cent. environ en dehors de l'incision cutanée. Un drain reposait sur ces fils au milieu même de la masse épiploïque, et venait sortir à l'angle inférieur de la plaie. Les téguments sont réunis par des points de suture métallique en nombre suffisant. Seul, l'angle inférieur, resta libre pour l'écoulement des liquides et le passage du drain. — L'opération et le pansement ont été faits par la méthode dite de Lister.

23 *octobre*. Le lendemain matin, la malade n'avait pas de douleur dans le ventre, qu'on pouvait presser sans en éveiller; les vomissements s'étaient arrêtés depuis l'opération. La malade avait eu une selle abondante. Le pouls était encore très-petit, difficile à trouver, nombre de pulsations 80. La voix encore cassée, mais moins éteinte que la veille. Mais la malade était dans un état de stupeur prononcée, et malgré les boules d'eau chaude les extrémités étaient froides, le thermomètre dans l'aisselle ne s'éleva qu'à 36°, 5. Les crampes ne se produisaient plus.

Soir. On change le pansement; on constate l'absence de toute réaction inflammatoire, l'accollement complet des surfaces suturées, et l'écoulement facile de liquide sanguinolent

Digitized by Google

par les tubes à drainage; mais si l'état local est bon, l'état général s'est peu amélioré depuis le matin. Le pouls est très-petit, fréquent. La température est à 36°, 3. La stupeur est la même.

24 *octobre*. Même état général. T. 36°,1 — On a inutilement continué à relever la température soit par les boules d'eau chaude, soit par l'eau-de-vie que la malade prend à l'intérieur depuis l'opération. Quelques crampes dans les jambes.

Soir. L'affaiblissement a fait des progrès, et le soir, à 6 heures, la malade mourait dans un *état véritable de collapsus cholériforme*.

A l'AUTOPSIE, on trouva que l'anse intestinale étranglée n'offrait aucune perforation ni ulcération; le péritoine était sain; il n'y avait pas de liquide dans sa cavité, pas d'arborescence vasculaire, pas d'état poisseux. Il en était de même de l'épiploon intra-abdominal qui ne présentait aucune trace de travail phlegmasique, tandis que la portion fixée dans le sac était vascularisée et épaissie. L'orifice herniaire était oblitéré par le pédicule épiploïque qui lui adhérait et formait un bouchon complet entre la cavité abdominale, et la plaie extérieure.

Ajoutons que celle-ci était réunie par *première intention* dans une grande étendue, comme tendait à le prouver l'effort assez marqué qu'il était nécessaire de faire pour détacher l'une de l'autre ses deux lèvres.

RÉFLEXIONS. En somme, si on tient compte de ce fait que, pendant la vie les symptômes locaux après l'opération avaient été nuls, et qu'on avait noté l'absence de douleurs abdominales, la cessation des vomissements, le retour des selles, la diminution du ventre; que, d'autre part, à l'autopsie, il n'y avait non seulement aucune trace de péritonite, mais que l'on avait obtenu la réunion immédiate, on peut dire que les résultats même de l'opération avaient été aussi satisfaisants que possible, et que la malade était morte guérie de sa hernie, mais n'ayant pas eu la force de réagir contre cet état de collapsus profond dans lequel on l'avait opérée.

De plus, cette observation semble démontrer (ainsi que l'avait pensé notre excellent collègue Campenon), qu'en ne réduisant pas l'épiploon hernié, qu'en fixant son pédicule à l'orifice du sac au moyen de sutures profondes, on peut obtenir l'occlusion rapide de la cavité abdominale, c'est-à-dire éviter la cause la plus fréquente de la péritonite à la suite de l'opération de la hernie étranglée, la chute, dans la cavité abdominale, des liquides dont là, au contraire, l'écoulement se fera au dehors au moyen de drains convenablement placés.

Digitized by Google

M. MOUTARD-MARTIN. Ce cas présente quelque analogie avec un fait que j'ai communiqué à la Société ; un malade opéré de hernie ombilicale étranglée conserva jusqu'à la mort un abaissement notable de température, malgré l'existence d'une péritonite.

www.libtool.com.cn

M. DESPRÉS. L'opération de la hernie ombilicale présente bien peu de chances de succès ; je ne connais, dans les hôpitaux, depuis trente ans, que deux guérisons. J'ajouterai qu'il me paraît peu prudent de placer des points de suture profonde dans l'espoir d'obtenir la réunion par première intention. Lorsqu'on opère, comme je l'ai fait, des hernies inguinales en laissant l'épiploon au dehors, on voit que celui-ci s'imprègne et se laisse distendre par le pus qu'un drain ne saurait faire écouler au dehors.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE. Je ne sais sur quelles données repose la statistique de M. Després, mais je crois pouvoir affirmer que le nombre des succès est plus considérable qu'il n'a été dit; j'en puis citer un exemple qui s'est produit dans le service de M. Foucher, à Saint-Antoine, en 1867.

L'opération de la hernie ombilicale est un des plus beaux succès du pansement de Lister ; les drains, lorsqu'ils sont bien appliqués donnent un écoulement parfait et la réunion immédiate profonde est possible.

M. CAMPENON. En faisant la suture profonde j'ai cru répondre à un désideratum signalé par M. Gosselin, qui attribue de graves accidents à la pénétration du pus dans la cavité péritonéale ; je ferai remarquer que, dans le cas actuel, toute trace de péritonite faisait défaut.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 27 octobre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

9. Epithélioma cicatriciel de la face; par M. BARADUC, interne provisoire.

M. DESPRÉS. Je désire, à propos de cette pièce qui a été recueillie dans mon service, faire observer combien cette forme d'épithélioma à évolution lente (il datait de 10 ans) et susceptible de se cicatriser par places, peut offrir de difficultés diagnostiques. Le malade avait été considéré comme atteint de syphilis ou de scrofulide ulcéreuse. La véritable nature du cas s'est révélée lorsque parut, il y a quatre mois, un épithélioma lingual qui entraîna la mort par œdème de la glotte.

Parmi les caractères que présentait la lésion, il en est un qui me paraît avoir une grande valeur, c'est l'absence de croûtes sur les ulcérations grisâtres et presque sèches; ce seul fait doit toujours faire songer au cancroïde.

M. RENDU. M. Cornil a montré à la Société un épithélioma de la région vulvaire qui, longtemps aussi avait été considéré comme une scrofulide ou un esthiomène, l'examen histologique lui a démontré qu'il s'agissait en réalité d'un épithéliome. J'ai vu à Saint-Louis une femme de 40 ans qui présentait deux petits boutons qui furent reconnus, après excision partielle, pour des cancroïdes, et qui tous deux se cicatrisèrent d'une façon complète. Les ulcérations étaient recouvertes de croûtes, et l'analogie avec des syphilides était en apparence complète. Depuis, une nouvelle lésion s'est développée à la face avec tous les caractères d'une syphilide et une ulcération manifestement cancroïdale s'est produite au cou.

M. MOUTARD-MARTIN. J'ai pu suivre dans le service de M. Lailler la malade dont parle M. Rendu, et constater que la cicatrisation a été complète.

M. MALASSEZ. J'ai examiné les pièces et puis affirmer qu'il s'agissait d'un épithéliome pavimenteux.

M. DURET. Un cas analogue peut s'observer actuellement

Digitized by Google

dans le service de M. Duplay; comme pour les malades dont il vient d'être question, les diagnostics de syphilide ou de scrofulide ont été successivement portés à St-Louis; il est certain maintenant qu'il s'agit d'un véritable épithéliome cicatriciel.

10. Absence du rein, de l'uretère, du canal déférent et de la vésicule séminale du côté gauche; par M. MAYOR, interne des hôpitaux.

Pl..., 81 ans, atteint d'apoplexie cérébrale, est apporté le 22 octobre dans le service de M. Bouchard, à Bicêtre. — Deux jours après il meurt. — A l'autopsie, outre l'existence d'un foyer d'hémorrhagie cérébrale, on constate les particularités suivantes:

Le rein gauche fait complétement défaut. — Dans la région qu'il devrait occuper se trouve une sorte d'atmosphère adipeuse ne contenant aucune trace de rein. — L'uretère fait aussi défaut. — Aucune artère ne naît de l'aorte qui puisse représenter une artère rénale. — La capsule surrénale est en place. Elle reçoit une artère plus volumineuse qu'habituellement de la diaphragmatique inférieure.

Le rein droit est à sa place normale. Une artère volumineuse lui arrive de l'aorte en présentant la situation et les rapports habituels de la rénale droite.

En ouvrant la vessie on reconnaît que l'uretère droit s'aboucher à l'angle correspondant du trigone. — Mais aucun pertuis ne s'observe du côté gauche.

Enfin en disséquant la pièce on constate que la vésicule séminale et le canal déférent du côté gauche font aussi absolument défaut. — Un petit amas de tissu cellulaire plus dense, pris d'abord pour un rudiment de vésicule n'a décidément aucun des caractères de cet organe.

Le testicule droit est normal. — Le testicule gauche est descendu dans les bourses. — A sa partie antéro-supérieure se voit un petit organe absolument semblable à une tête de l'épidydime. Mais il n'y a pas de queue de cet organe, et pas de canal déférent. — Les vaisseaux présentent la disposition habituelle. Un cas absolument semblable a déjà été présenté en 1870 à la Société anatomique par M. le docteur Reverdin.

Cette anomalie (défaut simultané d'un rein et du canal déférent du même côté) semble indiquer une relation intime dans le développement des deux organes. Et cependant d'après les idées généralement admises aujourd'hui, on ferait naître le rein et l'uretère d'un cul-de-sac développé aux dépens de la paroi postérieure de l'allantoïde, tandis que le canal déférent

Digitized by Google

et la vésicule tireraient leur origine du canal excréteur du corps de Wolff ou d'un filament placé à son côté externe. — Ces deux sortes d'organes n'auraient donc de relations que par le fait de leur abouchement commun dans la partie de l'allantoïde qui formera plus tard la vessie. — Dans notre cas, celle-ci est bien développée, l'anomalie ne porte point sur elle. — On ne comprend dès lors que difficilement l'absence du rein et du canal déférent du même côté.

11. Hétérotopie du rein gauche; par M. COTTIN, interne des hôpitaux.

Cette pièce a été recueillie sur le cadavre d'un vieillard de 71 ans, mort dans le service de M. Th. Anger, à Bicêtre.

Le rein était situé dans l'excavation du petit bassin, au niveau de la symphyse sacro-iliaque gauche, un peu au-dessous de la bifurcation de l'aorte, à laquelle il se trouvait relié comme nous le dirons tout-à-l'heure. Complétement enveloppé par une couche cellulo-graisseuse dépendant du tissu cellulaire sous-péritonéal, il était placé en arrière de la vessie, à gauche du rectum, qui était un peu refoulé en dehors de la ligne médiane.

Il est irrégulièrement triangulaire. La face antérieure est légèrement convexe; elle est parcourue par une large scissure, qui, commençant en pointe un peu au-dessus de sa partie moyenne, se dirige d'abord verticalement en bas dans une étendue de 2 centimètres à peu près, s'élargit ensuite et se coude à angle obtus pour aller se terminer sur le bord gauche de l'organe au niveau de son quart inférieur, par une échancrure profonde et large. Cette scissure est remplie de graisse et représente vaguement le hile; de sa partie moyenne, on voit se détacher l'uretère qui fait suite à une espèce de canal, lequel se divise en deux branches pour s'enfoncer dans le parenchyme de l'organe. A la partie externe de la scissure, une branche artérielle venue de l'hypogastrique gauche se divise en deux rameaux qui ne tardent pas à pénétrer dans la partie correspondante de l'organe, après un centimètre de trajet.

La face postérieure est plane ou plutôt légèrement convexe. Au niveau de son quart inférieur, et plus près du bord gauche que du bord droit, on voit s'enfoncer une artère venue de l'origine de la honteuse interne gauche. A côté sort une veine qui va bientôt se jeter dans l'iliaque primitive gauche. Le bord droit légèrement convexe ne présente rien de particulier à noter.

Le bord gauche représente plutôt une face qu'un véritable bord, il est surtout épais à sa partie moyenne et diminue

Digitized by Google

d'épaisseur en se rapprochant des extrémités. Il est remarquable par la présence à son quart inférieur de la terminaison de la scissure que j'ai indiquée tout-à-l'heure.

L'extrémité supérieure se termine en pointe. Elle est pénétrée juste à son sommet par une courte artère, de 2 centimètres de long, à peu près, artère née de l'iliaque primitive droite à son origine. Au même point sort une veine qui s'écarte un peu de l'artère pour aller se terminer dans l'iliaque primitive gauche près de sa terminaison.

Un peu à droite, à l'union du sommet de l'organe avec le bord droit, on voit pénétrer une autre artère un peu plus longue, venue aussi de l'iliaque primitive droite, à un centimètre de distance de la précédente. Quant à l'extrémité inférieure, elle est plus large mais moins épaisse que la supérieure. D'après la description qui précède, on voit que plusieurs artères se rendent au rein de sources très-différentes.

Deux arrivent de l'iliaque primitive droite près de son origine et se rendent l'une après un court trajet au sommet même de l'organe, l'autre un peu à droite de celle-ci sur le bord correspondant.

Une autre née de l'hypogastrique gauche, de 6 centimètres d'étendue environ, va se terminer en se bifurquant à la partie externe de la scissure.

Enfin, une quatrième, née de la honteuse interne gauche, se rend à la face postérieure dans son quart inférieur. Les veines sorties au point d'entrée des artères, se jettent dans les gros troncs voisins. L'uretère court ne présente rien de particulier à sa terminaison.

Pour le rein droit, il était parfaitement normal sous tous les rapports. Le rein gauche ainsi déplacé congénitalement, a donc surtout de remarquable, sa forme et sa distribution vasculaire.

En effet dans les auteurs, dans les atlas, on trouve assez d'exemples analogues pour ce qui concerne la situation anormale. Dans l'atlas de Rayer en particulier, on voit à la planche XXXVIII, fig. I, un rein déplacé congénitalement, offrant la même situation que celui-ci. Mais la forme est parfaitement normale, de plus il existe une artère rénale, une veine rénale et un uretère disposés de la même façon que sur tout rein normal. Il n'en est pas de même pour celui que je présente.

12. Cancer du fémur; fracture et incurvation de l'os; *Rapport sur la candidature de* M. Dreyfus; par A. Heydenreich.

Parmi les nombreuses communications que M. Dreyfus a faites à la Société anatomique, nous désirerions appeler spé-

Digitized by Google

cialement l'attention sur une observation de cancer secondaire de fémur.

Il s'agit d'une femme de 48 ans, chez qui la première localisation de cancer fut le sein gauche. La marche progressive du squirrhe de la mamelle avait pu être arrêtée par des cautérisations répétées, lorsque se produisirent des douleurs vives, lancinantes dans le fémur gauche. Peu de temps après la malade, sans cause appréciable ressentit au même point une douleur de cassure et le membre inférieur subit un notable raccourcissement. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, on put par la crépitation, diagnostiquer une fracture spontanée du fémur. En même temps l'attention se portait sur une incurvation et une déformation de l'os que rien ne pouvait expliquer, plus tard on put observer du côté du membre inférieur droit des symptômes d'hémiparaplégie douloureuse. La malade succomba à une bronchite intercurrente.

A l'AUTOPSIE on constata la généralisation du cancer a presque tous les viscères Les symptômes qu'avait présentés le membre inférieur droit s'expliquèrent par l'existence dans le canal vertébral d'une masse cancéreuse comprimant au niveau de la quatrième vertèbre dorsale, la moelle dans sa moitié droite. Aucune lésion des vertèbres, fait anormal que nous nous bornerons à signaler.

Quant aux lésions du fémur gauche, elles étaient, ainsi que l'avait fait prévoir l'examen clinique, très-multiples quoique relevant de la même cause, l'envahissement de l'os par le cancer. Il existait à un centimètre au-dessous du grand trochanter une fracture complète, sans traces de consolidation. L'extrémité supérieure de l'os était très-déformée : raccourcissement du col, élargissement du grand trochanter, aplatissement de la tête. En outre, à un centimètre au-dessous de la fracture, le fémur présentait une incurvation très-nette à angle saillant en dehors; à la coupe on trouva deux masses cancéreuses, l'une au milieu du grand trochanter, l'autre au-dessous du point incurvé. Bien que le canal médullaire fût considérablement élargi, et rempli d'une masse molle, rougeâtre, bien que les trabécules osseuses eussent subi une atrophie notable, la consistance de l'os était normale : cependant le fémur était plus léger qu'à l'état sain.

En résumé, cancer secondaire avec ostéoporose du fémur ayant eu pour conséquence une fracture et une incurvation de la diaphyse dans sa partie supérieure.

Nous n'insisterons pas sur la fracture spontanée sans trace de consolidation, conséquence si fréquente du cancer osseux. C'est sans doute consécutivement à la fracture que s'est produite la déformation de l'extrémité supérieure de l'os. Le

Digitized by Google

poids du corps portant constamment sur le trochanter déjà envahi et ramolli par le cancer on s'explique aisément l'élargissement de cette éminence osseuse ainsi que le raccourcissement du col et l'aplatissement de la tête fémorale. Quant à l'incurvation de la diaphyse, elle relève sans doute des mêmes causes que dans l'ostéomalacie. Elle peut être attribuée à l'action spasmodique des muscles sur un segment d'os isolé par la fracture et dont le tissu singulièrement raréfié présentait les caractères de l'ostéoporose.

Cependant ce changement de courbure est loin d'être fréquent dans le cancer. Les auteurs classiques français, sont muets à cet égard et nous ne relevons dans les recueils de la Société anatomique aucun exemple net de pareille déformation. Dans la littérature scientifique allemande, nous trouvons quelques travaux où sont relatés des faits que nous rapprocherons de l'observation de M. Dreyfus.

C'est ainsi que Forster (*Würzb. med. Zeitschr.* 1861), décrit une forme de cancer des os qui donnerait lieu à des déformations analogues. Mais cette affection toujours primitive serait étendue à une grande partie du squelette : de plus les os, véritablement malaciques, seraient assez ramollis pour pouvoir être coupés avec le couteau, assez élastiques pour prendre l'empreinte du doigt.

Volkmann (*Arch. fur. path. anat. et Handbuch der allgem. und. speciel. Chir.* Bd. II), reprenant le même sujet, se rallie aux conclusions de Forster et donne à cette variété de cancer des os le nom d'ostéite carcinomateuse diffuse. Généralement primitive, elle peut cependant être secondaire, ainsi que le prouve une observation qui présente avec celle qui nous occupe une remarquable analogie à plusieurs égards, à en juger par le dessin que renferme l'article de Volkmann, les déformations du fémur, fracture et incurvation, étaient identiques à celles qu'il présentait dans l'observation de M. Dreyfus. Mais l'os était très-élastique, se ramollissant comme du caoutchouc et les altérations s'étendaient à une grande partie du squelette.

Enfin, signalons la description de Rindfleisch qui admet l'existence d'un carcinome diffus du bassin et des vertèbres lombaires avec tous les symptômes cliniques de l'ostéomalacie : carcinome mou caractérisé par une dégénérescence médullaire disséminée en un nombre infini de petits foyers.

Tous ces faits, qu'il est intéressant de rapprocher de l'observation de M. Dreyfus, en diffèrent, on le voit, à plusieurs égards. Mais tous ils prouvent que sous l'influence du cancer les os peuvent présenter des changements de forme analogues à ceux que produit l'ostéomalacie. Aussi a-t-on pu prétendre

Digitized by Google

que certains cas incomplétement étudiés d'ostéomalacie devaient être considérés comme des carcinomes diffus des os. Rappelons en outre que certains auteurs ont fait intervenir le cancer dans l'étiologie de l'ostéomalacie.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

NOVEMBRE 1876

Séance du 3 novembre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Mucocèle de l'appendice iléo-cœcal; par M. FÉRÉ, interne provisoire.

Cette pièce a été trouvée sur le cadavre d'un homme de 55 ans, mort des suites d'une affection chirurgicale des voies urinaires.

L'appendice iléo-cœcal est considérablement modifié dans sa forme et ses dimensions : il est contourné en sigma, la concavité tournée vers la gauche, et au lieu de présenter l'aspect d'un cordon cylindrique, il est fusiforme, très-dilaté dans sa partie moyenne, où il présente une circonférence de 9 centimètres ; il offre seulement 4 centimètres de tour à l'insertion cœcale. La longueur, en tenant compte de la courbure, est de 10 cent. 1/2. Il est complétement libre dans la cavité abdominale, il n'est fixé par aucun repli séreux normal ni par aucune adhérence pathologique. La surface est parfaitement lisse et présente la même coloration que le reste de l'intestin.

Dans l'intérieur du cœcum, au point où devrait se trouver l'orifice de l'appendice, on voit une tumeur du volume d'une grosse noisette soulevant la muqueuse qui est d'une coloration rougeâtre, presque ecchymotique à ce niveau. Cette tumeur est élastique et, par la pression, on reconnaît que son contenu reflue en partie dans la cavité de l'appendice qui présente la même consistance ; les deux cavités sont séparées par un rétrécissement qui correspond à l'insertion cœcale de l'appendice. La surface de cette saillie est lisse dans toute son étendue sauf sur le sommet et un peu vers la gauche, où on remarque une petite dépression linéaire en croissant, dont la concavité est tournée en dedans. Ce petit sillon paraît être la trace de

Digitized by Google

l'orifice cœcal de l'appendice oblitéré par l'accolement des deux feuillets muqueux, précédé sans doute d'une ulcération superficielle du pourtour.

Lorsqu'on incise la paroi de l'appendice qui ne paraît point épaissie, on voit que sa cavité est remplie par une masse gélatineuse incolore semblable à de l'amidon cuit, adhérant peu à la surface interne. A l'examen microscopique, cette bouillie est constituée par de la mucine, quelques granulations et de rares cellules déformées et granuleuses. Si on prolonge l'incision en haut sur la tumeur intra-cœcale, on remarque que la paroi de cette dernière ne présente point la même épaisseur que celle de l'appendice. Elle est formée seulement par l'accolement de deux muqueuses qui n'adhèrent entre elles par leur face choriale qu'au niveau de la petite cicatrice linéaire que nous avons signalée sur le sommet de la saillie.

Cette particularité permet d'expliquer la formation de la tumeur de la façon suivante : A la suite d'une exulcération de la muqueuse au pourtour de l'orifice de l'appendice, il s'est produit une oblitération de cet orifice. Le liquide sécrété par les glandes de l'appendice, s'est accumulé dans sa cavité et a fini par la distendre, mais comme l'orifice musculaire avait conservé ses dimensions, le sac muqueux a pu le franchir et continuer à se développer dans la cavité du cœcum et former dans cet intestin une tumeur dont la paroi est constituée par la muqueuse de l'appendice distendue et par la muqueuse du cœcum refoulée.

Cette lésion ne paraît point avoir déterminé de symptômes et n'avait point été soupçonnée pendant la vie ; mais on comprend que la distension excessive de ce sac bilobé aurait pu déterminer des accidents, soit par la rupture de l'appendice dans la cavité péritonéale, soit par la saillie d'une tumeur considérable dans le cœcum.

2. Myxome hémorrhagique ; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Blot Eug., 68 ans, journalier, se présente le 27 octobre au matin, à la consultation de la Charité.

M. GOSSELIN constate qu'il existe une tumeur fluctuante derrière le pilier antérieur gauche du voile du palais qu'elle fait saillir en avant ; cette tumeur fait saillie en même temps sur la ligne médiane, et par suite diminue d'une façon très-notable l'isthme du gosier. Il n'existe aucun ganglion et le malade n'a pas de fièvre. Le malade nous dit que la gêne due à la tumeur ne remonte qu'à trois mois : il ne ressentait rien avant cette époque. Sa santé n'est pas altérée. La fluctuation

Digitized by Google

que présente la tumeur engage M. Gosselin à la vider par une incision, de façon à diminuer la gêne éprouvée par le malade. L'incision donne issue à du sang et en même temps le malade crache deux fragments volumineux qui ont l'apparence de caillots gélatineux. Le soir, à 5 heures, le malade avait un peu de difficulté à avaler et à respirer, mais aucun tirage. Aussi fûmes-nous très-étonnés d'apprendre le lendemain matin qu'il avait été pris d'un étouffement subit vers 8 heures du soir. L'interne de garde avait été appelé, mais le malade était mort avant son arrivée.

A l'ouverture du corps, nous avons trouvé un œdème notable de la paroi gauche du pharynx, sans trace de congestion des capillaires de la région. Le repli aryténo-épiglottique de ce côté était légèrement boursouflé. Ces lésions, probablement beaucoup plus accusées pendant la vie, jointes à l'obstacle apporté à la respiration par la saillie de la tumeur, au niveau de l'isthme du gosier, auront déterminé l'accès auquel le malade a succombé.

Restait à savoir la situation et la nature exacte de la tumeur. Une dissection attentive nous a montré qu'elle était située en dehors de l'amygdale et un peu au-dessous d'elle, accolée à la face profonde du paquet vasculo-nerveux qui contient les carotides et les jugulaires. Elle n'offrait, d'ailleurs, avec ces différents organes que des rapports de voisinage. Facile à énucléer, elle présentait une surface légèrement inégale et bossuée, une consistance molle analogue à celle du lipome, et sa surface externe, lisse, offrait l'apparence d'une coque fibreuse de moyenne épaisseur.

Une coupe, pratiquée au milieu de la tumeur, nous a montré qu'elle était constituée par une série de masses d'apparence colloïde, faciles à isoler de l'enveloppe périphérique. En un point, celui probablement d'où s'étaient détachées les parties rendues par le malade, après l'incision, on voyait un caillot mou, récent, couleur gelée de groseille.

Examen microscopique. Cet examen, que j'ai fait avec M. Balzer, nous a fourni les renseignements suivants : Sur des préparations obtenues après durcissement dans la gomme et l'alcool, et colorées par le picro-carminate, on voit de grandes cellules étoilées dont le noyau est fortement coloré par le carmin, tandis que la périphérie est transparente et faiblement colorée. — Ailleurs, on trouve du tissu muqueux en voie de prolifération, on aperçoit des cellules embryonnaires qui forment des îlots assez étendus. Il existe de nombreux espaces entourés de cellules jeunes, rondes ou fusiformes, et remplis de substance muqueuse. En différents points, les cellules sont à moitié détruites, et réduites à l'état de subs-

Digitized by Google

tance muqueuse. Cette particularité se rencontre surtout au niveau des îlots du tissu embryonnaire. Les fibres élastiques se rencontrent dans toutes les parties de la tumeur, tantôt sous forme de faisceaux allongés, tantôt en petits groupes irrégulièrement disposés. En certains points, elles semblent prédominer sur les autres éléments; çà et là, on trouve des cellules adipeuses, tantôt isolées, tantôt réunies en groupes.

L'enveloppe de la tumeur est formée principalement par des faisceaux de tissu conjonctif serré, au milieu desquels on aperçoit des faisceaux de fibres élastiques formant des couches diversement stratifiées. — Les vaisseaux s'observent surtout à la périphérie de la tumeur; ils sont presque exclusivement formés par des cellules fusiformes; en différents points, on distingue dans leur paroi des fibres élastiques.

Au milieu de la tumeur, qui est traversée par de larges bandes de tissu conjonctif ramifiées en différentes directions, et supportant de nombreux vaisseaux, on constate la présence d'hémorrhagies qui se sont produites dans les espaces muqueux. Le pigment sanguin persiste en différents endroits.

Remarques. Il s'agit, on le voit, d'une tumeur très-complexe présentant réunies toutes les variétés de myxome que l'on peut rencontrer isolément (myxome fibreux, adipeux, élastique). En outre, cette tumeur était en voie d'accroissement rapide ainsi que le prouve la grande quantité de cellules jeunes accumulées en différents points. Malgré la complication de structure en présence de laquelle nous nous trouvons, l'abondance des hémorrhagies qui occupent le centre de la tumeur me ferait lui donner volontiers le nom de *myxôme hémorrhagique* pour préciser le caractère dominant de ce néoplasme.

Les environs de l'angle de la mâchoire sont assez souvent, d'après M. Virchow (1), le siége de ces productions; ce seraient assez fréquemment des formes compliquées, notamment avec l'enchondrôme et le chondrôme ostéoïde. La tumeur décrite ci-dessus offre bien une structure compliquée, mais nulle part l'examen microscopique n'a révélé la présence de chondroplastes. — Quant à son point de départ, un examen prolongé ne nous a fourni aucun renseignement particulier, et nous sommes réduit à rappeler avec Virchow que ces productions proviennent le plus souvent « d'endroits où préexistaient d'épaisses couches de graisse ou des masses très-lâches

(1) *Pathol. des tumeurs.* T. I, p. 418.

Digitized by Google

de tissu conjonctif (1). » Ce sont là des conditions qui se trouvent réunies dans la région qu'occupait le néoplasme.

www.nutool.com.cn

M. HOUEL. Cette tumeur se rapporte aux tumeurs adénoïdes du voile du palais, bien décrites par M. Nélaton, et tout à fait analogues aux adénoïdes du sein.

3. Cancer mélanique de la conjonctive, opérations; récidives; mélanose généralisée; par M. BOUSQUET, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

Kl. P. 37 ans, gendarme, est évacué de l'hôpital de Bourg, sur le Val-de-Grâce (service de M. le professeur Perrin) le 5 juin 1876. Il porte à la partie interne de l'œil droit une petite tumeur du volume d'un haricot.

Jouissant d'une bonne santé habituelle, cet homme n'a jamais eu que quelques douleurs articulaires après la campagne de 1870. Du côté de sa famille aucun antécédent.

Le 19 décembre 1875, il fut atteint à l'œil droit par une petite branche d'arbre. Sur le moment, la douleur fut très-légère. Quinze jours après environ, Klein s'aperçut de l'existence d'une petite excroissance charnue, qui occupait l'angle interne de l'œil. Cette tumeur était de temps à autre le siége de faibles élancements. Au mois de février la tumeur avait le volume d'un gros pois. Le 8 février le pédicule fut excisé, les douleurs et les élancements disparurent. Pendant l'opération il s'écoula peu de sang. Quatre semaines plus tard, vers le milieu de mars, la tumeur récidivait.

Le 16 juin, elle atteint le volume d'un haricot, les douleurs sont plus vives que la première fois. Implantée largement sur la conjonctive, elle fait proéminer en avant les deux paupières, surtout l'inférieure.

Cette masse morbide est molle, parsemée de points noirâtres analogues à du pigment; si on vient à la toucher avec la pointe d'un stylet, il s'écoule un peu de sang, elle sécrète aussi un peu de pus. Toute la conjonctive est rouge, la cornée saine, la tumeur empiète sur le bord inférieur et interne de cette membrane sans y adhérer.

Acuité visuelle mesurée à 12 pieds. { O.D. = 1/4. O.G. = 1/3.

Le malade souffre peu, et son état général est bon.

La tumeur est enlevée à l'aide de ciseaux et de pinces, la

(1) Ibid., p 416.

Digitized by Google

guérison est rapide. Le 23, le malade sort de l'hôpital parfaitement guéri.

www.libtool.com.cn

Notons que déjà à ce moment Klein portait dans la région sous-maxillaire du côté de l'œil malade un ganglion du volume d'une amande que M. Perrin ne jugea pas à propos d'enlever.

L'examen histologique de la petite tumeur ne fut pas fait.

Le 14 juillet, au point même d'implantation des anciennes tumeurs, le malade vit paraître un peu de rougeur; le 15, un petit point induré annonçait une récidive certaine.

Entré le 17 à l'hôpital de Belley (Ain), Klein est de nouveau évacué sur le Val-de-Grâce le 7 août.

10 août. — Aspect du malade. L'œil est fermé, les paupières fortement projetées en avant. Si on les entr'ouvre on voit une masse rouge, sur laquelle se détachent finement des houppes vasculaires. A la place de l'ancienne tumeur se voit un point noir de la grosseur d'un pois. L'œil est fortement refoulé en arrière ; ce n'est qu'en écartant les paupières à leur maximum qu'on l'aperçoit entouré d'un kémosis considérable. Le ganglion sous-maxillaire, dont nous avons signalé la légère augmentation de volume lors du départ du malade, est remplacé aujourd'hui par une tumeur du volume du poing, à peine mobile sur les parties profondes ; cette masse s'étend de l'angle de la mâchoire jusque près de la ligne médiane occupant ainsi toute la région sus-hyoïdienne droite et la partie supérieure de la région carotidienne. Elle embrasse la branche droite du maxillaire inférieur dans sa portion horizontale qui y adhère fortement.

Du côté de l'œil, les douleurs ont une intensité assez grande pour interrompre entièrement le sommeil. L'acuité visuelle à gauche = 1/3.

Du côté droit, il est impossible de la mesurer. Klein prétend que la vision n'a pas sensiblement diminué et de fait, lorsqu'il écarte les paupières avec ses doigts, il distingue assez bien les objets. Cette récidive rapide, l'impossibilité d'explorer la cavité oculaire, partant de connaître les limites du mal, éloignèrent quelque temps M. Chauvel professeur agrégé qui avait alors le service, de toute intervention chirurgicale.

14. *Opération.* Le chirurgien fit le long de la paroi temporale de l'orbite une incision de 0,05 à 0,06 cent. d'étendue prolongeant en dehors l'ouverture palpébrale, puis, par la dissection, il poursuivit le plus loin possible la production morbide.

Autant que possible, on enleva toutes les parties malades. Le globe de l'œil était sain, ainsi que les parois osseuses : pour plus de sécurité M. Chauvel plaça contre la paroi interne un carré de pâte de Canquoin qui fut enlevé dans la soirée.

Digitized by Google

Pansement : Quelques points de suture en dehors.

Application de compresses fraîches sur l'œil.

15. Gonflement considérable des paupières, un peu de rougeur érysipélateuse. T. M. 37°,2; S. 38°.

17. Etat général assez bon.

28. La plaie conjonctivale commence à se déterger.

28. L'état de l'opéré est excellent; il se lève depuis quatre jours et demande instamment à être débarrassé de sa tumeur sous-maxillaire.

29. *Opération.* — Le malade étant endormi, l'opérateur fait à l'aide du galvano-cautère une incision qui part de la symphyse du menton et arrive jusqu'au niveau de l'angle de la mâchoire. Cette incision comprend uniquement la peau et le peaucier; puis, à l'aide de la spatule et des doigts, le chirurgien commence l'énucléation de la tumeur évitant autant que possible de se servir du bistouri. La dissection en avant et en bas se fait avec facilité et sans perte de sang appréciable : en arrière, elle adhère fortement au maxillaire et aux parties profondes, il faut en plusieurs points la pédiculiser puis tordre et arracher par morceaux. La faciale est ouverte et liée. La masse morbide enlevée, la loge sous-maxillaire est complétement énucléée; au fond de la plaie on voit battre les carotides, et on distingue très-nettement le triangle de l'hypoglosse.

Puis le chirurgien passe au ganglion le plus élevé, celui-ci est en plein au milieu de la parotide, la glande elle-même est malade, et enlevée en partie.

L'opération devenant des plus graves et des plus difficiles dans une région aussi périlleuse, M. Chauvel, après avoir enlevé tous les petits ganglions environnants, s'arrête et pour plus de sécurité applique en ce point une couche de pâte de Canquoin. Les vaisseaux sont liés ou tordus. Le malade se réveille.

Pansement. — Tampons de charpie imbibés d'alcool phéniqué. — Points de suture à l'extrémité supérieure de la plaie.

Immédiatement après l'opération, on constate une légère déviation de la face du côté opposé. Quelques filets du facial ont donc été lésés.

30. Le malade va assez bien. Pas de réaction fébrile.

2 *septembre.* En faisant le pansement, on trouve une assez grande quantité de pus, la fièvre est assez intense, la température oscille entre 39 et 40°.

5. Depuis hier, la température a baissé notablement 37°, 6 et 38°.

7. Le thermomètre accuse une élévation de la température qui atteint 40°. Dans la journée un érysipèle se déclare

Digitized by Google

sur les lèvres de la plaie et envahit la joue pour disparaître le 18.

www.libtool.com.cn

8 *octobre*. Il se plaint maintenant de douleurs lancinantes dans diverses régions de la poitrine ; on découvre le malade et voici ce que l'on constate : 1° L'articulation sterno-claviculaire droite semble luxée et repoussée en avant par une tumeur qui siége ou dans le médiastin ou dans l'épaisseur du sternum ; 2° Sur la 3e côte droite, près de son articulation chondro-costale, deuxième production morbide du volume d'un œuf de pigeon ; 3° Près des cartilages des fausses côtes gauches, autre petite tumeur. Nous sommes évidemment en présence d'une généralisation totale du carcinome. Ces tumeurs grossissent peu à peu, les forces du malade vont en s'affaiblissant chaque jour et il meurt le 1er novembre dans un état de cachexie considérable.

Autopsie. — La plaie de l'opération est parfaitement cicatrisée. En arrière de l'angle du maxillaire, dans la région carotidienne, se voient deux ganglions qui ont le volume d'une grosse aveline.

Du côté de l'orbite, la tumeur récidive et envahit de nouveau une partie du tissu cellulaire de la loge de Ténon. Les parois orbitaires sont saines en avant. Le globe de l'œil semble sain.

Les foyers dont nous avons signalé l'existence dans la région sternale ont le volume d'un œuf de poule. Les tumeurs proéminent autant en dedans de la cavité pectorale qu'en dehors. Une première masse morbide occupe la première pièce du sternum, les articulations chondro-sternales des 1re et 2e côtes, ainsi que les articulations sterno-claviculaires. Une deuxième tumeur siége sur les 2e et 3e côtes droites près de leurs articulations chondro-costales. Une troisième a envahi l'extrémité inférieure du sternum et les cartilages des 5e et 6e côtes gauches. Les poumons sont entièrement couverts de noyaux dont les plus volumineux ne dépassent pas la grandeur d'une pièce de cinquante centimes. Les ganglions bronchiques sont tous malades et de volume variable.

Péricarde. — Epanchement de sérosité, il s'écoule environ trois cuillerées de liquide. — *Cœur*, sain.

Foie. Sur la face convexe de l'organe, qui a conservé son volume normal, on voit sept à huit noyaux disséminés au centre et surtout sur le bord gauche de l'organe. Le lobe de Spiegel est entièrement envahi par la production. A la coupe, on trouve quelques noyaux disséminés dans la masse du parenchyme : tous présentent un aspect noirâtre absolument semblable à celui des productions mélaniques. L'estomac, les

Digitized by Google

reins, la rate, le pancréas et les ganglions mésentériques sont sains.

Colonne vertébrale. — Les dernières vertèbres cervicales, les trois premières dorsales et les extrémités des premières côtes gauches correspondant à celles-ci sont tuméfiées et se laissent facilement entamer par le couteau. Un noyau cancéreux fait saillie du côté droit, au niveau du disque qui unit les 7e et 8e dorsales.

Crâne. — En enlevant le péricrâne, deux noyaux cancéreux font saillie sur la boîte osseuse. Le premier, le plus volumineux, est situé sur la partie gauche du frontal à 2 centimètres en avant de la suture fronto-pariétale, et près de la ligne médiane. Le second est situé au milieu du pariétal droit. La boîte crânienne se brise avec une facilité remarquable et on voit que le premier noyau a perforé les os, et fait à l'intérieur du crâne une proéminence de 0,02 environ. La dure-mère à ce niveau est déprimée mais saine. En regardant par transparence, on voit dans le diploé plusieurs petits noyaux cancéreux. Le cerveau et la base du crâne sont sains.

L'ablation du cerveau permet de voir que la masse morbide se développe aux dépens du tissu cellulaire de la loge de Ténon, a pénétré dans le crâne par la fente sphénoïdale et détruit la lèvre externe de cette fente.

Quelques cellules renferment du pigment en grande abondance, d'autres sont très-volumineuses et leur contenu est colloïde. Le tissu pulmonaire n'est pas enflammé au voisinage des nodules cancéreux.

Conclusions. — En parcourant les détails de l'autopsie, on a dû être frappé de la prédominance de la production morbide dans le diploé des os. Sur la boîte crânienne, il était facile de suivre pour ainsi dire pas à pas le développement des noyaux cancéreux sur les bords. En effet, dans le diploé, on voyait de petits noyaux noirâtres du volume d'une tête d'épingle, d'autres de plus en plus volumineux disséminés çà et là, amenaient progressivement à celui qui avait perforé les os, et qui, lui aussi, avait débuté par le diploé. Sa forme, sa manière d'être le prouvaient assez, il ressemblait à une grosse noisette faisant autant saillie à l'intérieur qu'à l'extérieur du crâne. Sur le sternum même aspect, mais ici, l'os étant plus friable, le développement avait été plus rapide.

Serait-ce par le diploé que la généralisation se serait faite? Nous ne serions pas éloignés de le croire, et la marche de la maladie, ainsi que l'autopsie, semblent confirmer cette manière de voir.

Digitized by Google

Examen histologique par M. LAVERAN, professeur agrégé.

1° *Tumeurs enlevées au mois de septembre.*

Tumeur de la paupière. (Récidive.) Service de M. CHAUVEL.

Examen histologique. Coupes pratiquées sur la pièce durcie dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

La tumeur se compose :

a) D'éléments cellulaires assez régulièrement arrondis présentant 1 à 2 noyaux : ces éléments ont en moyenne une fois et demie à deux fois le volume des leucocytes.

b) D'un stroma fibreux peu abondant; ce stroma est difficile à distinguer sur certains points si bien que la tumeur ressemble à un sarcome encéphaloïde : mais sur d'autres points, en plus grand nombre, l'existence d'un stroma formant des mailles allongées remplies de cellules, ne paraît pas douteuse.

Sur certains points, les éléments sont en voie de dégénérescence caséeuse, les cellules sont granuleuses, on ne distingue plus le noyau et les éléments se colorent très-peu par le picro-carminate. Sur quelques points les cellules sont pigmentées. Diagnostic : carcinome encéphaloïde.

Tumeurs du cou. (Envoyées le 29 août.)

Coupes pratiquées sur la plus grosse des tumeurs après durcissement. — On distingue 2 zones bien distinctes :

1° Une partie appartenant à une glande en grappe (parotide, sous-maxillaire?) qui n'est pas envahie par le néoplasme et qui se présente avec des caractères normaux. La glande est séparée de la tumeur proprement dite par une couche assez épaisse de tissu fibreux qui paraît être la capsule normale de la glande épaissie. 2° La tumeur proprement dite se compose :

a) D'éléments cellulaires arrondis ou polyédriques assez volumineux (2 à 3 fois le volume de leucocytes en moyenne) possédant 1, 2 ou 3 noyaux et autant de nucléoles. Bon nombre de ces cellules renferment de la matière mélanique, si bien que la tumeur présente en quelques endroits les caractères du cancer mélanique.

b) D'un stroma fibreux très-délicat, à larges mailles remplies d'éléments cellulaires. Sur quelques points, le stroma n'est pas très-net.

Diagnostic. Carcinome encéphaloïde avec tendance à la transformation mélanique.

2° *Pièces recueillies après la mort.*

Digitized by Google

A. Tumeur du sternum (1). On distingue: 1° Un stroma fibreux peu abondant formant des mailles inégales, en général très-allongées; 2° Des éléments cellulaires arrondis avec un ou deux noyaux, qui remplissent les mailles du stroma. Quelques cellules renferment des granulation pigmentaires.

B. Tumeurs du foie: 1° Stroma très-délicat, difficile à voir sur quelques points, mais très-apparent sur la plupart; — 2° Eléments cellulaires remplissant les mailles du stroma; bon nombre de cellules sont fortement pigmentées, mélaniques; 3° Sur les bords de la tumeur cancéreuse, les cellules hépatiques ont subi la dégénérescence graisseuse et le tissu conjonctif est en voie de prolifération. — Rien n'indique que les cellules du foie participent à l'accroissement du cancer; ces cellules paraissent subir, au contraire, une dégénérescence graisseuse qui précède leur disparition complète, à mesure que s'accroissent les tumeurs.

C. Tumeurs du poumon: 1° Stroma peu développé, très-reconnaissable cependant sur la plupart des points; 2° Eléments cellulaires arrondis remplissant les mailles du stroma.

4. Des monstres du genre janiceps; *rapport sur la candidature de* M. Golay, par M. Raymond, interne des hôpitaux.

Ce genre de monstres, comme on le sait, est caractérisé par la fusion intime de deux fœtus, qui, libres dans leur moitié sous-ombilicale, sont intimement unis au-dessus de l'ombilic commun, et portent une tête unique (double par sa constitution), complexe, à deux faces directement opposées, l'une antérieure, l'autre postérieure, représentant l'être mythologique connu sous le nom de Janus.

Ce monstre nous a paru intéressant, autant par les questions d'embryogénie qu'il peut soulever ou servir à résoudre plus ou moins complétement, que par le peu d'occasions qu'on a d'observer de tels phénomènes tératologiques.

Les janiceps sont en effet très-rares, puisque d'après Is. Geoffroy-Saint-Hilaire, il n'y en a que douze exemples connus, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Et encore ces douze cas ne sont-ils pas tous des janiceps types, car, sept d'entre eux présentaient des complications graves et diverses, altérant plus ou moins la régularité caractéristique du genre. Dans un cas, la monstruosité était seulement compliquée de

(1) Ces coupes sont faites sur des pièces durcies dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool.

Digitized by Google

l'absence des deux appareils sexuels et du défaut d'anus; dans un autre, d'une exomphale considérable avec absence de sexe et torsion des membres inférieurs; complications au fond peu importantes puisqu'elles ne faisaient que s'ajouter aux caractères de la monstruosité principale sans la modifier. Mais, dans cinq autres cas, les caractères génériques étaient modifiés par la présence d'une monstruosité, tantôt symélique, tantôt anencéphalique, tantôt, et le plus souvent, rhinocéphalique ou otocéphalique. Les complications de ce genre, n'atteignant ordinairement que l'un des côtés, détruisent nécessairement en partie la symétrie du monstre en rendant ses deux faces inégales.

Le monstre janiceps que M. Golay nous a mis sous les yeux ne présente au contraire aucune des complications que nous venons de signaler. La symétrie, la régularité de ses formes, la conformation et la disposition de ses viscères en font un exemple type et bien rare du genre décrit avec tant de talent par Is. Geoffroy-Saint-Hilaire. On peut s'en assurer en lisant l'observation détaillée de M. Golay que nous ne pouvons que résumer.

Le monstre porte une large tête unique à deux visages complets égaux, l'un antérieur, l'autre postérieur; le tronc unique est pourvu de deux poitrines placées de chaque côté au-dessous des deux faces; à partir de l'ombilic qui est commun, l'abdomen et les membres inférieurs, propres à chaque fœtus, deviennent libres et séparés. Il existe deux colonnes vertébrales opposées l'une à l'autre, deux occiputs normaux et huit membres régulièrement conformés. Telle est, rapidement esquissée, la conformation extérieure du monstre; mais une des parties les plus intéressantes de l'observation de M. Golay, réside dans les détails de l'autopsie qui a été faite avec le plus grand soin.

Nous allons la résumer en quelques lignes. Il existait deux sternums opposés, appartenant chacun pour moitié à chacun des sujets composant et limitant avec la double série de côtes qui venaient s'attacher sur leurs bords, une cage thoracique unique, commune aux deux sujets et comprenant dans son intérieur quatre poumons munis de deux trachées, de deux larynx et de deux os hyoïdes; de telle sorte que chacun des fœtus adhérents, possédait son appareil respiratoire propre. Mais, par contre, le pharynx, l'œsophage, l'estomac et la première moitié de l'intestin grêle étaient uniques et communs aux deux fœtus. Ce n'était qu'à partir de la partie moyenne de l'intestin grêle que le tube digestif devenait double, de telle sorte qu'à la suite d'un jejunum encore unique, il existait deux iléums, deux cœcums et deux

Digitized by Google

gros intestins. L'estomac était situé au-dessus d'un pancréas unique et entre deux rates. Enfin, signalons l'existence de deux foies bien séparés, pourvus chacun d'une vésicule biliaire. Il existait aussi quatre reins et quatre testicules.

Entre les quatre poumons, se trouvaient placés deux cœurs normaux, bien séparés et disposés d'une manière symétrique en arrière de chaque sternum. Ils recevaient et donnaient naissance à des vaisseaux normaux, mais dont la distribution par contre était un peu irrégulière. En outre, les deux crosses étaient réunies par une large anastomose, qui rendait les circulations des deux fœtus solidaires l'une de l'autre. Nous croyons que cette anomalie peut facilement s'expliquer, si l'on se rappelle comment se développent les organes circulatoires chez le fœtus. En effet, il nous paraît assez vraisemblable que ce large vaisseau anastomotique n'était autre chose qu'un arc aortique qui avait persisté et qui s'était soudé à son analogue de l'autre crosse.

Il existait en outre deux encéphales vraisemblablement complets, mais qui, ayant été altérés, n'ont malheureusement pas pu être étudiés dans leurs détails par M. Golay.

Tels sont, en résumé, les points les plus saillants de la conformation tant intérieure qu'extérieure de ce monstre janiceps.

Tous les auteurs qui se sont occupés de tératologie, ont cherché à se rendre compte des causes et du mode de formation des monstres doubles et en particulier des janiceps; l'un des groupes tératologiques dont on croyait autrefois l'organisation la plus confuse et la plus complétement inintelligible; l'un de ceux aujourd'hui, dont la conformation éminemment régulière est le plus facile à expliquer dans son mode de production. Toutefois, si nous pouvons nous féliciter de n'en plus être à considérer les monstres comme des êtres prodigieux, remarquables par leur forme bizarre, il existe encore un grand nombre de points sur lesquels la science est bien loin encore d'avoir des connaissances exactes.

Les différentes phases par lesquelles ont successivement passé les opinions qu'on s'est faites sur la formation des monstres doubles, aux différentes époques, sont très-intéressantes à considérer un instant, avant d'arriver à l'examen de l'état actuel de la science sur ce sujet. C'est ce que nous allons faire rapidement.

Les anciens auteurs, imbus des préjugés et des croyances de leur temps, considéraient volontiers les monstres doubles, comme le résultat de rapports impurs, tels que: l'union de l'homme ou de la femme avec un animal, ou encore comme une punition du ciel ou comme l'opération du démon.

Pour Jacobi, qui vivait vers la fin du dix-septième siècle, la

Digitized by Google

monstruosité double était due à ce qu'un œuf s'était trouvé fécondé par plus d'un animalcule spermatique.

Ce fut à peu près à la même époque, que se fit jour une nouvelle doctrine, celle des germes créés primitivement doubles, ou, doctrine des anomalies originelles et préexistant à la fécondation. Suivant cette théorie, qui eut un grand retentissement et beaucoup de défenseurs, l'embryon a eu infiniment petit tout ce qu'il aura un jour en grand, avec les mêmes proportions et les mêmes connexions. Ce furent surtout Haller et Winslow, qui défendirent cette doctrine. Mais elle eut aussi un puissant adversaire en la personne de Lémery, qui, dans de brillantes discussions avec Winslow, soutint que les monstres doubles proviennent de deux germes appartenant à deux vitellus distincts et originairement normaux qui se réunissent dans le cours du développement. Pour ce célèbre physiologiste, la réunion de deux embryons, était principalement l'effet d'une pression qui les appliquait l'un contre l'autre, théorie insoutenable actuellement, des causes fortuites ne pouvant rendre compte de réunions, qui ont toujours lieu sans désordre et se font par des faces similaires et entre des organes analogues.

Vint Valentin. Pour lui, la monstruosité double était l'effet d'une segmentation morbide ou artificielle de l'œuf. Les éléments de l'ovule, doués eux-mêmes d'une existence propre, se développaient isolément par le fait de leur disjonction et donnaient naissance à deux êtres distincts l'un de l'autre.

Ce fut alors que Geoffroy-Saint-Hilaire père, pour expliquer la production et la symétrie des monstres doubles, fit intervenir la tendance que les parties similaires ont à s'unir, ou, comme il l'appelle : l'*affinité de soi pour soi*. Mais quelle est la cause de cette tendance à la symétrie? Cette question restait non résolue.

Ce fut alors que Delpech et Coste émirent dans un mémoire (1832) l'idée ingénieuse que des courants électriques dirigés dans le même sens chez les embryons placés parallèlement et opposés par leurs faces homologues, pouvait peut-être expliquer leur réunion, tandis que des courants dirigés en sens inverse, chez les embryons offrant la disposition contraire, expliqueraient leur isolement.

Ce ne fut qu'en 1849, que Dalton posa en principe, que l'origine des monstres doubles se trouve dans l'existence de deux vésicules germinatives dans un seul vitellus; idée déjà émise peu auparavant par Allen Thomson, comme une possibilité, et que M. Davaine (1) aujourd'hui, d'après ses recher-

(1) Davaine. Anomalies de l'œuf. Mémoires de la Société de Biologie, 1860.

Digitized by Google

chés propres et les travaux de Coste, regarde comme la théorie la plus rationnelle qu'on puisse donner pour expliquer l'origine des monstres doubles, depuis qu'il a été donné à Coste de prouver l'existence possible de deux vésicules germinatives dans un même vitellus. Pour M. Davaine, cette duplicité de la vésicule germinative ne peut dépendre d'une influence extérieure ou d'une cause étrangère à l'ovaire. Il est assez clair, d'après le mode de formation de l'ovule, que la duplicité de la vésicule germinative doit son origine à quelque vice de conformation de la vésicule ovarienne. M. Davaine explique la présence de deux ovules dans un follicule par la fusion de deux follicules en un seul, d'où il résulte la fusion plus ou moins complète de deux vitellus et la présence de deux vésicules dans un seul vitellus. Mais, d'où vient que les monstres doubles sont symétriques et réunis par des parties similaires ? M. Davaine l'explique par une orientation virtuelle et primitive du germe. « Si l'axe virtuel du germe, dit-il, possède une direction primordialement déterminée, deux germes distincts, placés sur un même vitellus doivent avoir, l'un et l'autre, une direction semblable; par conséquent, les deux blastodermes qui se développeront, se rencontreront par des parties similaires. Ainsi se produiront des monstres doubles, sensiblement égaux dans leurs deux composants, et symétriques. » Ailleurs il ajoute (1) : « Lorsque la présence de deux vésicules germinatives sur un même vitellus, détermine la formation de deux centres de développement, les deux blastodermes qui se constituent, arrivent plus ou moins rapidement au contact l'un de l'autre, suivant le degré de leur rapprochement, et, comme ils sont composés alors de formations cellulaires de même nature, ils s'unissent sans laisser de traces de leur séparation primitive. Or, dans cette union, chacune des trois lames de l'un des blastodermes, rencontre nécessairement celle qui lui correspond dans l'autre blastoderme, et il n'en peut être autrement. Lors donc que, dans le développement ultérieur, les organes naissent des trois couches superposées, ceux de la vie de relation se rencontrent dans le feuillet superficiel, ceux de la vie organique dans le feuillet profond et les autres dans un feuillet intermédiaire ; ainsi, dans l'intervention de quelque condition nouvelle, le blastoderme double, formé par deux centres distincts, donnera naissance à un embryon double, par une évolution identique avec celle qui donne naissance à un embryon simple. »

Cette théorie donne également la raison du fait que jamais chez les monstres doubles, les membres ne sont exclusive-

(1) Davaine. Dict. encycl. des sciences médicales. Article monstres.

Digitized by Google

ment le siége de l'union, mais que la fusion porte toujours en même temps sur la tête ou sur le tronc, c'est-à-dire sur des parties primitivement contenues dans le plan du blastoderme. Si l'union, chez quelques monstres doubles, porte sur les membres, comme ces parties dans leur développement, procèdent toujours du tronc, la fusion ne peut jamais porter sur l'extrémité de ces membres, sans qu'elle n'atteigne en même temps leur base, c'est-à-dire l'épaule ou le bassin.

Il est dit dans l'observation de M. Golay, que les deux fœtus, constituant par leur réunion le monstre janiceps qui fait le sujet de ce travail, étaient tous deux du sexe masculin. Tout le monde sait que cette identité de sexe, est de règle chez les monstres doubles, et, qu'on ne connaît pas plus chez l'homme que chez les animaux, d'exemple authentique de monstres doubles bisexués.

Est-il possible de donner de ce phénomène bien digne de remarque, une explication suffisante au moyen de l'une ou de l'autre des théories qui ont été émises sur la procréation des sexes ? C'est ce que nous allons voir ; nous croyons qu'il sera suffisant pour cela d'examiner les trois théories principales, autour desquelles se rangent actuellement la plupart des physiologistes.

Une de ces théories, encore admise par quelques auteurs, est celle de Millot, qui, à la fin du dernier siècle, a attribué la procréation de tel ou tel sexe à l'influence des ovaires. Suivant cet auteur, l'ovaire droit fournirait des œufs mâles, l'ovaire gauche des œufs femelles. L'identité de sexe des deux fœtus constituant un monstre double, semblerait pouvoir donner de l'appui à cette opinion, puisqu'il est généralement admis actuellement, que les monstres doubles se développent aux dépens de deux vésicules germinatives contenues dans un même vitellus et, par conséquent, dans un même ovaire. Mais cette théorie, quelque séduisante qu'elle soit à ce point de vue, doit tomber devant l'évidence des faits, depuis qu'il est définitivement acquis à la science, que certaines femmes, accidentellement ou de naissance privées d'un ovaire, ont eu des enfants de l'un et de l'autre sexe.

Une seconde théorie, plus répandue que la précédente, est celle par laquelle quelques auteurs récents, ont cherché à expliquer, la procréation de tel ou tel sexe par la plus ou moins forte proportion de matière qui entre dans la constitution des spermatozoïdes fécondants, par rapport à celle qui entre dans la constitution de l'ovule fécondé. Cette manière de voir ne nous aide pas davantage à expliquer le phénomène de la similitude constante des sexes chez les monstres doubles, car, nous ne saisissons pas pourquoi les deux vésicules

www.unool.com.cn

Digitized by Google

germinatives renfermeraient exactement la même proportion de matière, et, pourquoi toutes deux, quelque rapprochées qu'elles puissent être, seraient fécondées par la même proportion de matière spermatique.

Enfin, la troisième théorie que nous désirons examiner, est celle de M. Thury. Pour cet auteur, le sexe dépend du degré de maturité de l'ovule au moment où il est fécondé. L'œuf qui n'a pas atteint un degré donné de maturité, fournit une femelle; quand ce degré de maturité est dépassé, l'œuf fournit un mâle. Cette ingénieuse théorie est basée, du reste, sur des expériences nombreuses, pratiquées sur des sujets de la race bovine et contrôlées par d'autres observateurs. Elles ont consisté, comme on le sait, à faire saillir un certain nombre de vaches au commencement du rut, un certain nombre d'autres à la fin de cette époque; et, toujours dans le premier cas, M. Thury a obtenu des femelles; dans le second cas, des mâles. Rien de plus simple, avec cette théorie, que de s'expliquer l'identité constante des sexes chez les deux sujets composant un monstre double, puisque les deux vésicules germinatives contenues dans un même vitellus, sont forcément arrivées au même degré de développement au moment où la fécondation a lieu.

Cette théorie est séduisante, parce qu'elle s'appuie sur des expériences. Cependant, il faut le dire, si la doctrine de M. Thury est vraie pour ce qui concerne la vache, elle n'a pas paru à quelques observateurs pouvoir s'appliquer à l'homme. Suivant eux, on peut citer des exemples de femmes, chez lesquelles le jour de la fécondation et, par conséquent, le degré probable de maturité de l'ovule étant connu, le sexe obtenu n'a pas semblé répondre à la théorie de cet auteur.

Aussi, sommes-nous obligés d'avouer, puisque aucune de ces théories ne donne une explication complétement suffisante de la similitude des sexes chez les monstres doubles, qu'il est préférable d'attendre de nouvelles observations et ne pas vouloir dans l'état actuel de la science, chercher la raison d'un phénomène, qui trouvera vraisemblablement son explication plus tard.

5. Des troubles laryngés et pharyngiens dans l'ataxie locomotrice; *rapport sur la candidature de* M. Jean, par M. Budin.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre. Et d'abord, elle montre les symptômes classiques de l'ataxie locomotrice limités comme cela se rencontre le plus souvent aux membres inférieurs; l'examen, même à l'œil nu, de la moelle a montré que les faisceaux radiculaires postérieurs

Digitized by Google

étaient intéressés seulement à la région dorso-lombaire, tandis qu'à la région cervicale les cordons de Goll seuls étaient envahis par la sclérose, ce qui rentre parfaitement dans les cas observés par MM. Charcot et Pierret.

De plus, cette malade éprouvait une sensation très-pénible de chaleur intérieure, sans que pour cela, il y eût élévation de la température: cette sensation a été mentionnée par M. Charcot dans la paralysie agitante, mais n'a pas encore été indiquée dans l'ataxie locomotrice.

Ce qui fait surtout l'intérêt de cette observation, ce sont les troubles du larynx et du pharynx. Ces symptômes laryngo-pharyngiens sont identiques à ceux que M. le Dr Féréol a décrits à la Société médicale des hôpitaux en 1868. Il a publié cinq observations de malades présentant des accès de toux spasmodique, offrant de grandes ressemblances avec la toux de la coqueluche, dans le cours de l'ataxie locomotrice; mais aucune autopsie ne vient confirmer son opinion. Les mêmes symptômes laryngiens existent chez un malade du service de M. le Dr Oulmont, et dont l'observation nous a été communiquée par M. Michel. C'est un homme de 44 ans, ataxique depuis 1870; tous les matins, il est pris de violents accès de toux caractérisée par plusieurs expirations courtes auxquelles succède une inspiration musicale et sifflante. Ces quintes sont au nombre de cinq ou six, pendant lesquelles la face se congestionne et les yeux présentent de l'exophthalmie; la crise se termine par le rejet de quelques crachats muqueux. Les mêmes troubles laryngiens existent chez une femme de 38 ans, ataxique depuis 4 mois, dans le service de M. le Dr Frémy, à l'Hôtel-Dieu; cependant la toux aboyante est moins caractérisée que chez le malade précédent.

La seule autopsie d'ataxie laryngée est rapportée dans un mémoire de M. Bourdon, en 1862. Cette observation qui date de 1825, est due à M. Cruveilhier. Nous lui faisons les emprunts suivants: « La conversation fatigue beaucoup la malade; la parole est promptement entrecoupée, affaiblie, accompagnée de grimaces d'autant plus prononcées que la malade fait plus d'efforts pour maîtriser ses mouvements. Les muscles de la déglutition et de la respiration sont entrepris comme ceux de la face et du larynx; les mouvements respiratoires sont faibles, saccadés. A l'autopsie, on trouva les cordons médians postérieurs transformés en une bande grise et indurée occupant toute la longueur de la moelle; supérieusement les cordons transformés s'enfoncent dans l'épaisseur des corps restiformes, se prolongent et cessent au niveau du cervelet.

Dans le cas actuel, nous trouvons également la propagation de la lésion de la moelle à la partie postérieure du bulbe. Les

Digitized by Google

pyramides postérieures sont petites, atrophiées, très-nettement grisâtres; les corps restiformes sont également indurés. Mais la lésion ne reste pas purement centrale; l'examen à l'œil nu permet de constater une diminution très-manifeste du volume du pneumo-gastrique et du spinal du côté gauche, qui proviennent des régions bulbaires indurées; ce fait indique nettement que les noyaux d'origine sont lésés, et que nous avons affaire à des troubles analogues aux phénomènes céphaliques étudiés par M. Pierret, dans le cours de l'ataxie. La lésion centrale, et par suite la lésion du nerf qui en est la conséquence, donneraient naissance à la douleur, à la paralysie et à l'incoordination motrice dans la région innervée par le pneumo-gastrique. Ainsi s'expliqueraient, en partie du moins, ces symptômes laryngés, analogues aux douleurs fulgurantes observées dans les membres.

L'atrophie musculaire deutéropathique n'est pas rare dans le cours de l'ataxie, ainsi qu'il résulte des recherches de M. Charcot. Dans le cas actuel, l'amyotrophie, au lieu d'occuper les muscles des membres, s'est localisée sur le muscle thyro-aryténoïdien, mais c'est toujours en suivant le même processus, et cette atrophie n'est probablement pas étrangère à la production des symptômes laryngés.

Enfin, bien qu'on n'ait pas constaté de lésions des muscles intrinsèques du pharynx, l'altération des filets nerveux du récurrent est suffisante pour rendre compte des mouvements spasmodiques au moment de la déglutition de la salive et des aliments.

6. Des hernies vésicales inguino-scrotales; *rapport sur la candidature de* M. Marchant, par M. Landouzy.

Les auteurs ne sont pas d'accord sur le mécanisme des hernies de la vessie; nous ne parlons, bien entendu, que de la variété *inguinale* du *cystocèle*. — Les uns admettant une augmentation de volume de la vessie, une paralysie des fibres musculaires de cet organe, et l'issue possible de sa partie antérieure plus tard suivie de son sommet et de sa face postérieure par l'orifice supérieur du canal inguinal avec lequel elle est venue se mettre en rapport par suite de sa dilatation progressive.

La vessie herniée peut former une tumeur arrondie au niveau de l'orifice inférieur (hernie *directe*) du canal inguinal, ou bien au-devant de l'anneau supérieur, et descendre dans le scrotum. Dans ce dernier cas la paroi postérieure du réservoir vésical s'engage aussi, devient antérieure (par suite de sa réflexion sur l'orifice supérieur du canal inguinal et plus bas

Digitized by Google

sur la branche horizontale du pubis) et celle-ci étant tapissée par le péritoine, il se trouve au-devant de la portion herniée de la vessie, un sac péritonéal prêt à recevoir une anse intestinale ou une portion d'épiploon (Vidal de Cassis).

Boyer (T. des mal. chir. p. 438, T. VI) insiste sur ce fait que la portion herniée de la vessie est toujours située en arrière du canal péritonéal et à sa face interne, mais dans les cas auxquels nous venons de faire allusion la hernie de la vessie est primitive, et l'entérocèle consécutive.

Dans l'observation de M. Marchant, cette étiologie n'est pas admissible; nous trouvons bien le sac herniaire antérieur tel que l'a décrit Boyer, mais ce commémoratif, à savoir que les accidents urinaires ne datent que d'une douzaine d'années, tandis que l'époque d'apparition des hernies remonterait à 40 ans, permet de penser que la hernie intestinale a été ici le phénomène primitif et le déplacement vésical consécutif. — Or deux explications sont possibles: 1° Cette masse intestinale acquérant promptement un volume considérable, le sac herniaire qui est formé aux dépens du péritoine placé derrière l'anneau et se continuant sur le sommet de la vessie, a pu en s'allongeant et se développant entraîner peu à peu le péritoine rétro-vésical, et conséquemment la vessie elle-même.

2° N'est-il pas possible encore que, dans les tentatives de réduction faites à des reprises fréquentes dans une hernie aussi ancienne, le sac n'ait été réduit avec la hernie, que des adhérences se soient produites entre la vessie et le sac irrité, enflammé par ces manœuvres? L'intestin en sortant de nouveau aurait alors entraîné la vessie. Cette hypothèse nous semble peut-être plus acceptable que la première, et trouve un certain degré de créance dans l'existence de ces petits sacs trouvés à l'autopsie, et qui sont le témoignage des réductions fréquentes et de la répétition des déplacements: les adhérences scrotales de la vessie attestent encore un travail inflammatoire. — Quoi qu'il en soit, un fait paraît acquis; c'est que le déplacement vésical a été consécutif, ce qui est possible avec les deux explications.

Mais cette observation indépendamment de son intérêt anatomo-pathologique, offre encore quelques particularités cliniques qui doivent être signalées en raison de leur rareté.

Deux conduits adossés sont ici en présence (sac péritonéal, portion de la hernie déplacée) contenus l'un et l'autre dans une troisième poche susceptible d'une distension limitée, le scrotum. La portion inguino-scrotale de l'intestin hernié était-elle remplie par des gaz et des matières, l'urine ne trouvait qu'un accès difficile dans la partie herniée de la vessie revêtant la forme d'un bissac. L'intestin, au contraire, était-il

Digitized by Google

revenu sur lui-même, la vessie se laissait facilement distendre par l'urine et celle-ci ne tardait pas à former une poche volumineuse, mate, non plus couverte par l'intestin comme dans le cas précédent.

www.libtool.com.cn

Ces détails permettent de se rendre compte des phénomènes observés pendant la vie: il existait une sorte de balancement entre la réplétion de la poche naturelle, la vessie et celle du sac herniaire: dans le cas de distension vésicale, il y avait rétention d'urine ; l'urine au contraire s'accumulait-elle difficilement dans la vessie, une incontinence d'urine ne tardait pas à s'accuser.

Séance du 10 novembre 1876

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

7. Atrophie de la partie supérieure de la circonvolution pariétale ascendante et du lobule paracentral du côté droit chez un individu amputé du bras gauche depuis cinq ans ; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

Auchine, 30 ans, garçon de place, entré le 4 novembre 1876, service de M. Duguet, hôpital Temporaire, salle Ste-Anne 13, avec tous les signes d'une fièvre typhoïde ataxo-adynamique, y meurt le 6 sans présenter de phénomènes particuliers. Cet homme était cuirassier en 1870 ; il reçut à Reischoffen plusieurs balles dont une lui fracassa le bras gauche et nécessita l'amputation qui fut faite au lieu d'élection, une autre fracture à l'extrémité supérieure de l'humérus droit ; le membre ici fut conservé. Quand on apporta le malade à l'hôpital, un peu de pus sortait par un orifice fistuleux situé à la partie externe de l'extrémité supérieure du bras. On nous apprit que, de ce côté, jamais la guérison n'avait été complète ; toutefois il pouvait se servir facilement du membre qui lui restait.

L'AUTOPSIE fut remarquable à plusieurs points de vue : Hâtons-nous de dire que pour ce qui concernait la fièvre typhoïde, les lésions furent classiques et ne méritent pas d'appeler l'attention. Le bras où fut faite l'amputation présente

Digitized by Google

deux névrômes volumineux. L'un antérieur est formé par la réunion des nerfs musculo-cutané, médian, brachial cutané, cubital. L'artère et les veines humérales par leur tunique externe sont accolées à la masse et le tout forme un volume égal à celui d'une petite noix. Un autre névrôme, moins volumineux, est formé par le radial à la partie postérieure.

De l'autre côté, à la partie supérieure de l'humérus existent les traces d'une ancienne fracture du col chirurgical et on voit un canal creusé par la balle présentant un orifice externe, et un orifice interne, l'interne plus évasé (orifice de sortie). Dans la cavité et autour de la fracture, on trouve du tissu lardacé et la fistule conduit à un petit point suppurant. On nous avait dit que la balle n'avait pu être retrouvée. Nous la cherchons longtemps inutilement et nous renoncions à la trouver quand en coupant les lames vertébrales avec le rachitôme, nous divisons un corps dur qui n'était autre que la balle cherchée. Ainsi donc, elle avait traversé l'extrémité supérieure de l'humérus, avait glissé le long de la courbure des côtes et était allée se loger dans la gouttière vertébrale au milieu des muscles spinaux, où elle ne déterminait aucune réaction, aucune sensation douloureuse.

En examinant le cerveau, une chose frappe immédiatement si l'on examine les deux circonvolutions qui forment la scissure de Rolando : c'est une atrophie manifeste de l'une de ces circonvolutions. Elle siége dans le tiers supérieur de la circonvolution pariétale ascendante droite, n'intéressant pas le pli qui unit la circonvolution pariétale ascendante à celle du lobule pariétal supérieur. Voici ce qui caractérise cette atrophie : espace considérable laissé entre la circonvolution qui nous occupe et les voisines, épaisseur moindre de cette circonvolution. Elle n'atteint que le tiers de celle des circonvolutions voisines, de la circonvolution homonyme du côté opposé, ou même de la partie inférieure de la même circonvolution. L'atrophie porte sur une longueur exacte de deux centimètres. Mais voici ce qui rend surtout évidente la diminution de volume de la circonvolution. Si on regarde par la partie postérieure le cerveau placé à la hauteur de l'œil, on voit que la portion qui nous occupe est pour ainsi dire en sous-sol. Si on place une surface plane sur les deux circonvolutions voisines de celle qui est atrophiée, entre le sommet de celle-ci et la face inférieure de la surface plane, il reste un espace de deux millimètres. De l'autre côté, au contraire, la surface placée au même point de la circonvolution pariétale ascendante oscille d'une façon notable en touchant l'une et l'autre des circonvolutions. Si maintenant avec un compas, nous mesurons la largeur de la circonvolution atrophiée dans son tiers supérieur,

Digitized by Google

nous trouvons 6 millimètres. La largeur est de 9 millimètres dans la partie moyenne. La circonvolution pariétale ascendante droite dans son tiers supérieur est de 9 mm. également. Il y a donc là, sur une étendue de deux centimètres, une atrophie notable tant en hauteur qu'en épaisseur.

Le lobule paracentral droit présente une diminution de volume, mais relativement moins considérable. Pris en masse, il a une longueur inférieure de trois millimètres à celle du lobule paracentral du côté opposé. L'atrophie porte surtout sur la partie de ce lobule correspondant à la circonvolution pariétale.

8. Adhérences et oblitération des trompes. — Hémorrhagie circonscrite dans l'ovaire gauche réduit à une coque fibreuse; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

Le 24 octobre 1876, entrait dans le service de M. le docteur Bucquoy, à l'hôpital Cochin, une femme âgée de 32 ans, polisseuse en caractères, sous le coup d'une cachexie saturnine très-prononcée. Comme antécédents morbides, elle avait eu l'année précédente, en mai 1875 une affection abdominale dont elle avait été soignée à la Charité. On avait pensé alors à une hématocèle. Depuis, elle avait toujours souffert dans le bas-ventre, et ses règles étaient restées irrégulières et douloureuses. A son entrée à l'hôpital Cochin, elle ne les avait pas eues depuis 2 mois et se croyait enceinte. Mais l'absence de tout signe de grossesse et une perte sanguine de deux jours qui eut lieu dans les premiers temps de son entrée empêchaient de partager cette croyance.

Le toucher vaginal ne faisait percevoir qu'une immobilité assez prononcée de l'utérus. Cette malade succomba aux progrès de sa cachexie et à des symptômes semblant se rattacher à l'urémie.

A l'AUTOPSIE, on n'a trouvé du côté des organes génitaux que des lésions assez anciennes :

L'utérus était un peu reporté en arrière, sa face antérieure sillonnée par quelques traînées celluleuses. Le cul-de-sac antérieur du péritoine était libre de toute adhérence. La face postérieure de l'utérus était fixée vers sa partie supérieure à la face antérieure du rectum par des brides sous lesquelles, après les avoir sectionnées, on retrouvait le cul-de-sac postérieur sain, mais seulement vers la ligne médiane. Sur les côtés de l'utérus partaient, en effet, d'autres cloisons celluleuses verticales formant de chaque côté une loge accessoire, indépendante de la loge médiane rétro-utérine. A droite, on y trouvait l'ovaire, sans aucune autre adhérence qu'à sa partie

Digitized by Google

supérieure, où la trompe vient se perdre en se confondant avec le tissu fibreux organisé qu'on y rencontre.

A gauche, au-dessous de la trompe, après l'avoir dégagée le long de son bord postérieur, on ne trouve plus trace d'ovaire, mais à sa place existe une petite poche à parois minces et fibreuses, remplie par un caillot brun de la grosseur d'une aveline et de consistance mollasse. Un caillot feuilleté, noir, dépendant des parties superficielles du premier, forme à tout l'intérieur de la poche un revêtement d'environ un millimètre d'épaisseur.

Les deux trompes partant des angles latéraux de l'utérus formaient de chaque côté un cordon sinueux fixé à sa partie inférieure, et qui, après s'être recourbé irrégulièrement plusieurs fois sur lui-même, venait se perdre à son extrémité externe dans les adhérences péritonéales masquant à droite l'ovaire et à gauche la poche qui en tenait lieu. Ces adhérences obturaient très-complétement le pavillon des 2 trompes, car une injection d'eau poussée dans l'utérus distendait bien les deux cavités tubaires, mais ne passait aucunement dans le péritoine.

Le caillot, brunâtre, enkysté dans une loge fibreuse tenant place d'ovaire à gauche, venait probablement de l'écoulement sanguin qui accompagne la rupture de chaque vésicule de Graaf, et s'était produit plus abondamment qu'à l'ordinaire. Etait-ce la force avec laquelle le sang s'était échappé qui avait réduit le parenchyme de l'ovaire à cette coque si mince? C'est aussi l'hypothèse la plus plausible. On peut enfin se demander si pareille conséquence eût été observée sans l'oblitération de la trompe.

Si, en effet, le sang qui provient à chaque époque de la rupture de la vésicule reste au niveau même de la déchirure, il s'engagera avec l'ovule dans la trompe appliquée sur l'ovaire, quand sa quantité sera plus considérable que d'habitude. On peut encore remarquer comment le sang s'était enkysté sans rompre l'écorce de l'ovaire, et n'avait pas produit d'hématocèle.

9. Anévrysme de la partie inférieure de l'aorte thoracique ; par M. Morisset, interne des hôpitaux.

Le malade a eu, comme maladie antérieure, la dysenterie en 1840 et un léger rhumatisme articulaire en 1870. Il y a huit mois, il commença à ressentir de violentes douleurs, dans les reins, mais il les attribuait à la position qu'il était obligé de prendre pour son métier de tailleur; aussi fut-il obligé de suspendre son état. Avant même ces fortes douleurs il ressen-

Digitized by Google

tait des fourmillements le long du rachis avec irradiations douloureuses dans toute la moitié gauche de l'abdomen et du thorax en même temps que dans le membre inférieur du même côté ; d'ailleurs ces phénomènes douloureux ne revenaient qu'à des intervalles éloignés. Le malade a remarqué aussi que, depuis quelques semaines, il urinait mal et avec quelques souffrances. Entrée à l'hôpital, le 7 août.

Le malade éprouve dans la région dorso-lombaire une douleur lancinante et des fourmillements dans les deux membres inférieurs, surtout dans le gauche, où la douleur suit la direction du nerf sciatique. Depuis 15 jours, il a une dyspnée qui l'empêche de marcher, et il compare son oppression à celle que lui occasionnerait un poids très-lourd reposant sur la partie inférieure du thorax. L'auscultation du poumon dénote une respiration emphysémateuse ; les bruits du cœur sont sourds. Il a perdu l'appétit, il est pâle, très-anémique.

Lorsqu'on applique la main sur le thorax au niveau des insertions du diaphragme, on sent très-nettement des battements communiqués par une tumeur du volume d'un œuf de poule qui proémine peu en arrière du thorax. Cette tumeur, située près du rachis, semble correspondre à la huitième vertèbre dorsale. L'auscultation de la tumeur ne révèle aucun bruit de souffle. Application de glace sur la tumeur. Iodure de potassium, 1 gr.

1er *octobre*. — La tumeur s'est accrue progressivement ; elle est globuleuse, ovoïde, à grand diamètre un peu oblique de haut en bas et de dedans en dehors ; la limite interne est toujours la colonne vertébrale qui, à ce niveau, semble présenter une légère déviation, une sorte d'incurvation à convexité tournée à droite, la concavité répondant à la tumeur. Celle-ci est limitée en dehors (du côté de l'abdomen) par une ligne verticale qui, partant du bord postérieur du creux axillaire, passerait par l'extrémité libre de la dernière fausse côte et viendrait tomber vers la crête iliaque. La pointe de la dernière fausse côte est un peu relevée en dehors. En déprimant un peu la paroi abdominale sous le rebord des fausses côtes on perçoit les battements avec expansion sans que l'auscultation révèle aucun signe sthétoscopique.

Le volume de la partie antérieure de la tumeur pourrait être comparé actuellement à celui d'une noix de coco.

10 *octobre*. — Une ponction capillaire exploratrice, faite il y a quelques jours, à 8 centimètres de profondeur, n'a rien amené.

13 *octobre*. — La saillie de la tumeur augmente encore gra-

Digitized by Google

duellement. La peau s'amincit beaucoup, devient bleuâtre et sensible en plusieurs points.

La pointe des fausses côtes tend à se renverser en dehors.

15 *octobre.* — Le soir, vive douleur du côté de la tumeur survenue subitement à la suite d'un effort.

Le volume de la tumeur fait des progrès croissants; les côtes sont rejetées en dehors; peau très-rouge.

T. axill. 37°2. Injections de morphine.

17 *octobre.* — La tumeur est toujours très-tendue et douloureuse. La peau est très-rouge. Mesurée dans le sens vertical et transversal en passant par son milieu qui est le point le plus proéminent, on trouve dans ces deux dimensions une largeur de 24 à 25 centimètres. Etat général de plus en plus grave. Amaigrissement, facies cachectique. Ne mange presque plus.

20 *octobre.* — Eschare assez étendue mais encore superficielle sur la partie qui présente le plus de rougeur. Ballonnement du ventre, diarrhée, affaiblissement extrême, somnolence. — *Mort* le 30 octobre 1876.

Autopsie. En ouvrant la cavité thoracique, on constate à gauche un épanchement séro-fibrineux, teinté d'une quantité assez considérable de sang ; cet épanchement appartient à une pleurésie à loges multiples dont une très-grande, en avant, est située entre la face antérieure du poumon et le péricarde. En arrière le long de la paroi costale une deuxième loge cloisonnée elle-même par des néo-membranes les unes récentes, les autres anciennes qui ont déterminé l'exsudation sanguine. Après avoir enlevé le poumon, on aperçoit une énorme tumeur laquelle s'est développée au-dessous du poumon, pour venir se loger d'une part entre le diaphragme, la rate et le foie, et d'autre part, le péricarde, la base du poumon gauche et la paroi thoracique. Cette vaste tumeur est elle-même, recouverte de néo-membranes récentes ou anciennes, au-dessous desquelles se trouve une coque fibreuse mamelonnée présentant une fausse fluctuation. On enlève le foie, la rate ; un peu de péritonite adhésive au niveau du lobe droit du foie à sa face inférieure. On rabat l'estomac, le pancréas et alors on constate que le produit morbide fait par en bas une saillie assez considérable qui déplace la rate et le foie. Le diaphragme est aminci, les piliers sont comprimés et comme étalés. Le rein a été refoulé en avant et un peu en dedans et en bas. La partie postérieure du diaphragme fait corps avec la tumeur qui s'applique en dedans contre l'aorte. Les capsules surrénales sont restées plus haut que le rein.

Examen de la tumeur anévrysmale. Le sac forme une poche latérale qui s'ouvre à la partie inférieure de l'aorte thoracique.

Digitized by Google

L'orifice est constitué par une large fenêtre parfaitement circulaire à bords lisses, nets, malgré les sinuosités qu'elle décrit, et au niveau de laquelle la paroi interne du vaisseau continue sans ligne de démarcation. En élargissant la fenêtre, on trouve un infundibulum rempli de sang partie liquide, partie gelée de groseille et qui est constitué par une membrane lisse se continuant avec celle de l'aorte, mais moulée sur les os et trouée çà et là par des pointes osseuses. Dans cet infundibulum existent deux orifices : 1° Un, en haut, conduisant dans une loge au fond de laquelle on trouve un os ; 2° En bas et à droite, un orifice de la grandeur d'une pièce de 2 francs, conduisant dans une poche pleine de caillots qui se trouve sur la partie latérale droite de la colonne vertébrale ; cette poche est de la forme et de la grosseur d'une poire ; 3° En bas et à gauche, se trouve un orifice en partie formé par la colonne et conduisant dans une poche latérale gauche.

Autour de la tumeur, pendant la dissection, on remarque une infiltration œdémateuse des muscles et du tissu cellulaire. En ouvrant la poche latérale gauche (grande poche), on voit deux parties distinctes : une masse solide, considérable, précédée d'une sorte d'antichambre dans laquelle se trouve du sang liquide et des caillots gelée de groseille. On voit alors qu'elle est constituée par une stratification extrêmement épaisse et qui est constituée de la façon suivante : à la partie antérieure, couches feuilletées, parfaitement blanches, plus ou moins épaisses, qui sont séparées les unes des autres çà et là par du sang fraîchement coagulé ; à la partie postérieure, couches feuilletées séparées par des nappes de sang coagulé.

Après avoir fendu la poche dans toute son épaisseur, on voit que ces infiltrations hémorrhagiques s'étendent jusqu'à l'infundibulum au niveau duquel on voit un petit orifice par lequel le sang avait pénétré dans l'intérieur du caillot.

Le poumon droit est retenu à la plèvre correspondante par des adhérences cellulaires infiltrées de sérosité et très-riches en vaisseaux. Toutes ces néo-membranes forment entre elles des loges remplies d'une sérosité peu abondante. En sectionnant le poumon, on trouve une infiltration œdémateuse de tout le poumon et surtout du lobe supérieur, lequel est le siége d'une pneumonie caséeuse non tuberculeuse, pneumonie lobulaire avec épaississement des parois et transformation caséeuse du contenu.

Le poumon gauche est fortement atélectasié sans splénisation. Il a l'aspect d'une masse charnue grise-mollasse qui tombe au fond de l'eau. Le sommet présente des tubercules guéris crétacés. Pas de granulations grises.

Dans le péricarde, sérosité un peu louche ; sa surface in-

Digitized by Google

terne est recouverte de néo-membranes de formation récente, et de plaques laiteuses de formation ancienne. Le cœur est mou, graisseux et pigmenté, plutôt dilaté que revenu sur lui-même.

En ouvrant l'aorte, on trouve un caillot *post mortem* volumineux surtout dans sa partie blanche. Endartérite chronique avec dilatation des vaisseaux. Quelques plaques calcaires mais pas nombreuses. Les vaisseaux qui partent de l'aorte présentent les mêmes altérations.

Foie pâle, d'un aspect graisseux. Reins fermes, durs, pâles décolorés d'aspect semi-transparent. A la coupe, le rein droit est très-congestionné, plus dur et plus ferme que l'autre. Rate un peu molle.

M. HAYEM. L'histoire clinique de ce malade a été intéressante à plus d'un titre. Le diagnostic était fort difficile : la tumeur était à la vérité le siége de battements d'expansion très-forts, mais on ne percevait aucun souffle à son niveau ; elle est toujours restée dure et l'on a pu se demander s'il ne s'agissait pas d'un anévrysme des os. Au point de vue thérapeutique, ce fait ne mérite pas moins d'être rapporté. J'ai pensé qu'il se prêtait à l'emploi de la méthode de Ciniselli, j'ai donc fait avec un trocart capillaire une ponction à 8 centimètres de profondeur, mais sans trouver de sang liquide. Enfin, on remarquera que de gros caillots denses n'ont pas empêché le développement très-rapide de la tumeur ; le sang a pu s'infiltrer entre la surface de ces caillots et la paroi interne du sac. Ce n'est donc pas assez de provoquer la formation de coagulations fibrineuses, puisque l'infiltration sanguine peut se faire encore et déterminer de nouveaux accidents.

10. Otite catarrhale moyenne ; par M. le Dr GRLLÉ.

Cette pièce, a été recueillie sur le cadavre d'un enfant, âgé de 5 ans à peu près, sans aucun renseignement sur la pathogénie de l'affection auriculaire ; probablement une bronchio-pneumonie a précédé cette détermination catarrhale.

La caisse est complétement remplie de pus ; la membrane du tympan intacte laisse voir la teinte jaune rougeâtre opaque de l'abcès intra-tympanique. La muqueuse de la caisse, gonflée, injectée vivement est très-facile à pincer, à arracher de la surface osseuse ; elle saigne, et des lambeaux de quelques millimètres peuvent être en partie décollés et attirés.

Digitized by Google

Les cellules mastoïdiennes, ou mieux rétro-tympaniques participent à la lésion. On peut, en outre, remarquer sur cette pièce :

www.libtool.com.cn

1° Que la *paroi antérieure* osseuse du conduit auditif externe, n'est pas encore complétement ossifiée, il s'en faut encore d'un millimètre carré au moins. C'est l'indice de l'âge de l'enfant;

2° Que *l'apophyse mastoïde*, à cet âge, répond immédiatement au *sinus latéral* ; considération de la plus haute importance dans la pratique; enfin, qu'il n'y a pas encore de cellules mastoïdiennes *proprement dites.*

11. Des mouvements de latéralité dans l'articulation du genou. Etude sur la cause et la valeur de ce signe dans les cas de tumeur blanche; par M. R. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux. (Travail présenté pour obtenir le titre de membre titulaire.)

Il existe au genou des mouvements de latéralité physiologiques, mais il peut en apparaître de pathologiques qui deviennent pour le chirurgien un élément important du pronostic, et peuvent même diriger le traitement.

Lorsque le chirurgien constate la présence de ces mouvements pathologiques après s'être mis à l'abri de différentes causes d'erreur que les auteurs nous ont tous signalées, il peut affirmer que l'articulation est gravement atteinte, qu'elle présente des lésions profondes. Quelles sont donc les causes de cet état et les altérations des parties constitutives de l'articulation qui ont pu lui donner naissance? C'est ce que nous allons examiner.

Les mouvements qui nous occupent ont été rapportés *exclusivement* par les auteurs aux modifications de structure ou à la disparition des ligaments périphériques. Aucun ne nous paraît avoir indiqué la disparition des cartilages comme pouvant donner lieu à la mobilité anormale, malgré l'intégrité de ces mêmes ligaments périphériques. Cette explication nous semble cependant applicable dans un très grand nombre de cas: sur quatre examens de genoux atteints de mouvements de latéralité, nous avons pu voir quatre fois que les ligaments périphériques avaient leur solidité normale tandis que les cartilages étaient profondément altérés ou même absolument détruits. Il s'agissait dans un cas d'une arthrite suppurée (1)

(1) Bulletin de la *Société Anatomique* 1876, janvier.

Digitized by Google

consécutive à une ostéomyélite, et les trois autres se rapportaient à des tumeurs blanches anciennes du genou.

www.tdbook.com.cn

Dans un seul des quatre faits que nous avons observés, les mouvements de latéralité s'accompagnaient d'un craquement osseux, de telle sorte que, du vivant même du malade, la destruction des cartilages était évidente. L'autopsie nous montra qu'il fallait regarder cette altération des cartilages comme étant la cause des mouvements anormaux. Quant aux altérations ligamenteuses invoquées par les auteurs, il fallait les rejeter au second plan ; en effet, les ligaments antérieur, postérieur et latéraux étaient sains ; les trousseaux fibreux qui constituent le grand surtout de l'articulation étaient seuls envahis par les fongosités.

Dans les trois autres faits, aucun frottement rude ne venait déceler l'altération des surfaces articulaires. Cette impossibilité de percevoir des craquements alors même que les surfaces osseuses sont dépouillées de leur cartilage, se rencontre assez souvent. C'est dans ces cas surtout qu'il serait utile de pouvoir, à l'aide d'un signe, reconnaître l'altération profonde des cartilages. Ce signe nous paraît être la *mobilité latérale*. Ainsi nous avons pu, grâce à lui seul, présumer dans le troisième cas qui s'offrit à notre observation les lésions que l'autopsie vint nous révéler. — De même, une quatrième fois, instruit par les trois premiers faits, nous avons immédiatement rapporté les mouvements anormaux à l'altération des cartilages articulaires ; l'autopsie confirma cette interprétation. Ainsi dans quatre cas la mobilité n'était pas imputable aux altérations des ligaments périphériques, mais bien aux modifications, ou à la destruction des cartilages et fibro-cartilages articulaires.

Quel rôle jouent donc les ligaments auxquels les auteurs ont rapporté la cause des mouvements anormaux qui nous occupent ? Ce rôle nous paraît tout-à-fait secondaire ; mais il faut avant tout distinguer les ligaments vrais (antérieur, postérieur et latéraux), et les parties accessoires, capsules, aponévroses et surtout qui viennent les renforcer.

Un examen attentif nous a montré que les parties accessoires peuvent être profondément désorganisées et parfois même détruites par les fongosités sans que nous voyions apparaître des mouvements anormaux de latéralité, et cela grâce à l'intégrité des ligaments vrais qui maintiennent les surfaces articulaires dans leurs rapports normaux, et nous avons remarqué avec les auteurs que si les parties accessoires sont envahies très-rapidement, les ligaments le sont au contraire beaucoup plus tardivement par le produit pathologique. On s'explique alors comment dans les faits que nous avons rela-

Digitized by Google

tés (1) nous avons pu glisser rapidement sur les lésions des parties accessoires pour nous attacher à relever celles des ligaments. Trois fois, ils étaient tapissés de fongosités à leur face interne; une fois, le ligament latéral interne offrait une éraillure qui faisait communiquer l'articulation avec la synoviale de la patte d'oie devenue également fongueuse. Mais, dans ces quatre cas, les ligaments avaient conservé une force, une épaisseur, une résistance normales; ils n'étaient ni relâchés, ni ramollis. Leurs altérations étaient insuffisantes pour nous expliquer le rôle capital qu'on leur a fait jouer dans la production de la mobilité anormale du genou. Aussi avons-nous recherché ailleurs la cause de cette mobilité, Nous croyons l'avoir trouvée dans les altérations cartilagineuses que nous avons pu constater.

En effet, dans les quatre examens que nous avons eu l'occasion de faire, les cartilages étaient ou profondément altérés ou même complétement détruits; tantôt usés et moins épais, tantôt ramollis, ulcérés, détruits en partie, ils comblaient toujours d'une façon incomplète l'espace, qui, s'ils n'existaient pas, séparerait les surfaces des extrémités osseuses. Dans un cas ils avaient disparu, et en même temps nous ne pouvions retrouver aucune trace des fibro-cartilages.

Ces modifications suffisent croyons-nous à expliquer la production de mouvements de latéralité même en l'absence de toute autre altération articulaire. On conçoit, en effet, que du moment où la seule diminution d'épaisseur des cartilages laisse entre les surfaces osseuses un espace de plusieurs millimètres contenant des liquides épanchés ou du pus, il puisse exister de la mobilité anormale. A plus forte raison s'il y a destruction de ces mêmes cartilages, car alors l'écart des surfaces se traduit à l'extrémité inférieure du tibia par des oscillations de plusieurs centimètres. En outre, les différences de vitalité, de structure et de relations avec les parties voisines qui séparent les cartilages et les ligaments expliquent croyons-nous pourquoi les premiers sont généralement frappés avant les seconds.

Il nous reste à examiner le rôle des ligaments croisés. Nous serons brefs sur ce point, bien que les auteurs leur fassent jouer un grand rôle dans la contention exacte de l'articulation. Nous avons pu constater leur intégrité dans l'obs. II (2) et ce fait a toute la valeur d'une expérience dont l'évolution de la maladie nous avait en quelque sorte ménagé le résultat.

---

(1) Mai et Juillet 1876.

(2) *Bulletin de la Société anatomique.* Mai 1876.

Digitized by Google

Nous sommes donc disposés à admettre à la suite des faits que nous avons pu observer que, dans les tumeurs blanches, les mouvements de latéralité sont dus, *lorsqu'ils commencent à apparaître*, aux altérations cartilagineuses. Plus tard, on pourrait peut-être invoquer aussi les altérations ligamenteuses pour expliquer leur production. Il resterait à savoir si ces dernières lésions ne sont pas provoquées par les mouvements anormaux préexistants qui affaiblissent, tiraillent et désorganisent les ligaments devenus impuissants à maintenir désormais les surfaces articulaires qui n'affectent plus leurs rapports normaux.

Les cartilages seraient ainsi les principaux agents des mouvements de latéralité, et les ligaments ne joueraient dans leur production qu'un rôle très-secondaire. Aussi pensons-nous que, si de nouvelles autopsies viennent confirmer notre manière de voir, le médecin placé en face d'une tumeur blanche du genou, qui offre des mouvements de latéralité, serait autorisé à dire que les cartilages sont très-profondément altérés, peut-être en partie détruits. Ce symptôme deviendrait alors un signe important, car il ne resterait dans un cas semblable que deux partis à prendre : ou rechercher l'ankylose par tous les moyens possibles, immobilité, cautérisation, etc., ou recourir à l'ablation du membre.

Séance du 17 novembre.

PRÉSIDENCE DE M. DESPRÉS.

12. Cancer du larynx ; par M. Eug. MONOD, interne des hôpitaux.

Le nommé Fich... Joseph, cantonnier, âgé de 61 ans, d'une constitution robuste, paraissant avoir des habitudes alcooliques, et ayant des antécédents syphilitiques, qui remonteraient à quarante ans, probables mais non certains, se présente en janvier 1875 à la consultation de médecine de l'hôpital Cochin pour un enrouement qui durait depuis quelques mois. — Cet enrouement persistant et des troubles respiratoires étant survenus, il entre dans le service de M. Bucquoy

Digitized by Google

le 9 octobre 1876. Des pulvérisations dans le larynx avec une solution de nitrate d'argent amenèrent quelque soulagement dans l'état du malade, qui réclama sa sortie dans le courant du mois de novembre; mais les symptômes ne tardèrent pas à s'aggraver et il rentra dans le service le 18 janvier 1876.

A ce moment, la respiration était très-difficile; l'inspiration sonore s'accompagnait d'un bruit de cornage qui se transformait parfois en sifflement aigu, l'expiration, au contraire, était facile. La voix était complétement éteinte. L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Krishaber, fit constater une rougeur très-prononcée des cordes vocales supérieures; celles-ci très-gonflées masquaient en partie les cordes inférieures. — Le diagnostic porté dans le service était celui de laryngite syphilitique.

Le 9 février, la dyspnée augmentant et l'anxiété du malade devenant extrême, M. Després fut appelé pour faire la trachéotomie; celui-ci, trouvant les tissus épais et indurés au niveau des premiers anneaux de la trachée, dut pratiquer la cricotomie. Un soulagement immédiat succéda à l'opération; mais quelques jours après, un symptôme nouveau apparut, c'était une difficulté très-grande dans la déglutition des liquides, dont une partie était rejetée par la bouche et les narines, à la suite d'accès de toux. — M. Krishaber revoit le malade un mois après l'opération et l'examen laryngoscopique donne les résultats suivants : les cordes vocales supérieures très-œdématiées masquent presque complétement les inférieures, celles-ci paraissent réunies l'une à l'autre sur la ligne médiane.

Dans le courant du mois de mai, le malade passe dans le service de M. Després. Il ne tarde pas à présenter de fréquents accès de dyspnée causés par l'irruption dans la canule de mucosités sanguinolentes, et qui nécessitent le nettoyage presque journalier de cette dernière. Dès que la canule est retirée, le malade est pris d'un accès de suffocation et si l'on tarde à la remettre en place, l'asphyxie est imminente. De petites hémorrhagies se produisirent de temps en temps par la plaie.

En outre tous les tissus qui entouraient l'ouverture trachéale offraient une dureté spéciale. En raison de ces symptômes, M. Després pensa à l'existence d'une tumeur cancéreuse du larynx.

Vers la fin de septembre la dysphagie fit des progrès. Le malade ne pouvait plus avaler les solides; les liquides ne passaient que difficilement, lorsqu'il rejetait fortement la tête en arrière. La dysphagie resta le symptôme dominant pendant tout le mois d'octobre. Il y eut aussi deux ou trois violents accès de dyspnée qui disparurent après le nettoyage de la canule. Dans cet état le malade maigrissait et perdait

Digitized by Google

insensiblement ses forces, mais sans présenter la teinte jaune paille de la cachexie cancéreuse. Il mourut le 14 novembre sans qu'il survint d'accès de suffocation ; on peut dire qu'il a succombé à l'inanition bien plus qu'à la dyspnée.

Autopsie. En fendant sur la ligne médiane la paroi postérieure du pharynx, et en rabattant de chaque côté les deux lambeaux ainsi formés, on découvre les vestiges de la cavité laryngienne. Ce qui frappe tout d'abord, c'est l'absence complète d'ouverture inférieure : elle se termine en cul-de-sac au niveau des cordes vocales inférieures qui sont elles-mêmes absolument méconnaissables. Il existe là une sorte de diaphragme horizontal, obturant l'orifice inférieur et empêchant toute communication avec la trachée. Les parties constituantes de cette cavité manquent ou ont subi des modifications qui les rendent méconnaissables. Il n'existe pas trace des cordes vocales supérieures ni de replis ary-épiglottiques; quant aux cordes vocales inférieures, elles ont disparu également ; elles sont probablement englobées dans la masse obturatrice que nous avons signalée.

Il est donc impossible de retrouver le vestibule et les ventricules; toute la cavité sus-glottique étant transformé en un cul-de-sac uniforme. La surface interne de cette cavité, à l'exception de l'épiglotte qui est saine bien qu'un peu épaissie, est envahie par une ulcération superficielle qui occupe toute la paroi antérieure. L'ulcération est recouverte d'une masse molle, pulpeuse, grisâtre, peu adhérente. Cette pulpe repose sur les cartilages usés et très-amincis.

En fendant longitudinalement l'œsophage, on trouve qu'il est sain. La paroi postérieure du pharynx l'est également. Au point où l'œsophage se continue avec la cavité pharyngienne, il existe une sorte de valvule horizontale, adhérente en avant, libre en arrière, qui proémine dans le conduit et qui obture à la manière d'une soupape flottante l'orifice de communication des deux cavités. Cette luette n'est pas autre chose que la face postérieure du larynx renversée en arrière et qui renferme dans son épaisseur les vestiges des cartilages aryténoïdes complétement atrophiés. Cette disposition explique tout naturellement les symptômes de dysphagie qu'on avait observés pendant la vie du malade.

Sur la face antérieure du larynx, on trouve une ulcération circulaire, large comme une pièce de cinquante centimes, répondant à l'incision cricoïdienne. Cette ouverture permet de voir la face inférieure de la cloison qui établit une séparation entre la cavité du larynx et celle de la trachée. Les bords de l'orifice et la cloison sont revêtus de ce détritus pulpeux, grisâtre dont nous avons signalé la présence sur l'ulcération

Digitized by Google

laryngienne. Sur la paroi postérieure de la trachée se voit une plaque rouge répondant à la courbure de la canule et produite évidemment par son contact prolongé. La trachée est saine dans le reste de son étendue. Tous les tissus qui sont en rapport avec le larynx (muscles sous-hyoïdiens, tissu cellulaire, corps thyroïde) sont englobés dans une tumeur dure qui relie tous ces organes ensemble et rend leur séparation très-difficile. Les muscles en particulier sont soulevés et dissociés par le tissu morbide groupé en petites masses disséminées. Le lobe droit du corps thyroïde est gros comme une noix, le lobe gauche est moins volumineux. On ne peut distinguer les ganglions, qui font corps avec le tissu nouveau.

Sur une coupe antéro-postérieure du larynx, on trouve une masse blanchâtre, résistante, située entre la face postérieure de la trachée et l'œsophage. Cette tumeur mesure 5 centimètres dans son diamètre vertical; elle fait saillie dans la cavité œsophagienne au niveau de la soupape formée par le vestige des cartilages aryténoïdes. L'œsophage est simplement accolé à cette tumeur; on peut aisément l'en séparer. Elle adhère plus intimement à la face postérieure de la trachée; cependant la muqueuse de ce dernier conduit en est bien distincte et ne présente aucune altération, comme nous l'avons déjà signalé. Il est probable que cette masse refoulait l'extrémité inférieure de la canule contre la paroi antérieure de la trachée, ce qui explique la persistance de la dyspnée, malgré la présence de la canule, pendant les derniers temps de la maladie. L'examen des autres organes ne nous a présenté rien de spécial à noter.

Examen microscopique ; par le Dr Charles Monod. — L'examen a porté sur le larynx et sur les parties voisines. La masse ulcérée qui oblitérait le larynx et avait en se développant détruit les cordes vocales ainsi que toutes les parties constituantes de la cavité laryngienne, présente au microscope tous les caractères de l'*épithélioma pavimenteux lobulé.* On aperçoit en effet, au milieu d'un stroma formé par du tissu conjonctif en voie de prolifération, de nombreux lobules irréguliers, de forme et de volume variables, constitués par des amas de cellules épithéliales. Celles-ci sont les unes pourvues d'un noyau distinct et finement dentelées sur les bords, en tout semblables à celles du corps muqueux de Malpighi; les autres plates, cornées, se groupent par places en globes épidermiques.

En aucun point on ne trouve trace de la muqueuse ou des glandes laryngiennes: quelques îlots de tissu cartilagineux, provenant évidemment des cartilages du larynx, rappellent seuls la région où la tumeur s'est développée. L'examen des

Digitized by Google

tissus et organes qui avoisinent le larynx montre que les muscles de la région sous-hyoïdienne dans leur portion laryngienne, que le tissu conjonctif qui sépare le larynx du pharynx, que le corps thyroïde lui-même ont subi la même dégénérescence. Des coupes minces pratiquées en ces divers points présentent toutes une apparence analogue; ce sont toujours des amas de cellules épithéliales dont les plus centrales se colorent fortement en jaune par le picro-carminate d'ammoniaque et offrent l'aspect de cellules épidermiques cornées.

Dans la masse compacte qui englobait le larynx, on n'avait pu par la dissection isoler les ganglions lymphatiques de la région. Un seul ganglion très-petit tout-à-fait indépendant de la tumeur principale, nous a été remis. A l'œil nu, il ne paraissait pas altéré; il fut de même à l'examen microscopique trouvé parfaitement intact.

En somme, il s'agit évidemment dans ce cas d'un épithélioma pavimenteux lobulé du larynx, ayant probablement pris origine au niveau des cordes vocales et s'étant propagé par voie de continuité dans les parties voisines, muscles, tissu conjonctif, corps thyroïde.

Nous appelons spécialement l'attention sur la propagation qui s'est faite du côté du corps thyroïde; elle a été rarement observée ou du moins rarement décrite avec soin. Au moment de la rédaction de cette note, l'examen de la pièce n'a pu être poussé assez loin pour établir avec une parfaite certitude le mode suivant lequel la glande est envahie. Il nous paraît cependant dès à présent établi que le développement épithélial se fait dans le tissu conjonctif interposé aux vésicules. On peut, il est vrai, constater par places dans l'intérieur de celle-ci, une multiplication manifeste des éléments épithéliaux qui tapissent leurs parois, et la disparition de la matière colloïde qu'elles contiennent; mais il semble bien qu'il ne s'agisse là que d'un phénomène d'irritation de voisinage. En d'autres points en effet, les vésicules glandulaires sont diminuées de volume et disparaissent peu à peu, comme étouffées par la production cellulaire qui envahit le tissu conjonctif voisin.

Une publication récente de M. Cornil (*Archives de Physiologie*, 1875), donne à ces remarques un intérêt particulier. Il résulte en effet des recherches de cet auteur que, lorsque l'épithélioma du corps thyroïde est *primitif*, ce n'est pas dans le tissu conjonctif inter-folliculaire, mais dans les cavités closes de l'organe, aux dépens des cellules épithéliales qui les tapissent, que se forme le tissu pathologique.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

13. Cancer colloïde du rectum et de la vessie. Calculs d'urostéalithe; par M. le Dr BOYER, médecin stagiaire au Val-de-Grâce.

M. X... capitaine, 46 ans, entre le 6 mai 1876 au Val-de-Grâce (service de CHAUVEL) pour une affection dont il fait remonter le début à 6 mois. On constate un cancer du rectum qui s'étend assez haut au-dessus de l'anus pour que le doigt ne puisse arriver jusqu'à la partie supérieure de la tumeur; celle-ci occupe d'ailleurs presque tout le petit bassin. Aucune intervention n'était possible en raison de l'étendue de la lésion. Peu de temps après son entrée à l'hôpital, le malade éprouva une certaine difficulté à uriner. Le cathétérisme fut pratiqué pendant quelques jours sans que jamais la sonde fit constater la présence de calculs dans la vessie. M. X... n'avait présenté antérieurement aucun trouble du côté des organes génito-urinaires; aussi cette gêne de la miction fut-elle attribuée au voisinage de la tumeur. Ce symptôme disparut d'ailleurs bientôt et les urines ne présentèrent aucune altération. L'affection suivit son cours habituel et le malade succomba le 16 novembre 1876.

AUTOPSIE. On constate une infiltration colloïde de l'intestin, s'étendant de l'anus à l'angle sacro-vertébral.

L'étendue de l'altération est de 20 centimètres et son épaisseur de 5 à 6 centimètres. La dégénérescence cancéreuse a en outre envahi la paroi vésicale et la prostate. La vessie présente au niveau de son bas-fond, mais surtout au voisinage du col, plusieurs petites masses de substance colloïde, encore recouvertes par l'épithélium. L'examen microscopique de la tumeur pratiquée par M. LAVERAN a montré qu'il s'agissait en effet d'un cancer mou à trame fibreuse très-mince.

On trouve en outre dans la vessie des *calculs* au nombre de 10 à 15 pouvant peser ensemble de 35 à 40 grammes. Les plus gros représentent des disques aplatis d'un à deux centimètres de diamètre. Ils sont tous d'une couleur jaune-rougeâtre, d'une consistance un peu molle et présentent un noyau grisâtre et plus friable.

M. VIDAU ayant soumis ces calculs à l'analyse chimique, a constaté que le noyau est constitué par une substance grasse, et l'enveloppe par du carbonate et du phosphate de chaux. Leurs caractères physiques et chimiques sont ceux des calculs d'urostéalithe dont il n'existe que de très-rares exemples rapportés par Neubauer, Vogel et F. Haller.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

14. Modification du règlement.

A la suite d'une discussion à laquelle ont pris part MM. Budin, Després, Bourneville, Houel, Joffroy, Landouzy, la Société adopte la rédaction suivante des articles 6, 7 et 16 de son Règlement :

Article 6. Le président est chargé de diriger les séances et de veiller à l'exécution du règlement. Il est nommé pour deux ans *et rééligible.*

Article 7. Les deux vice-présidents sont chargés de remplacer le président absent ou empêché. Ils sont nommés pour un an *et sont rééligibles.*

Article 16. Chaque année les élections pour le renouvellement du bureau et du comité ont lieu le *deuxième vendredi de décembre.*

Séance du 24 novembre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

15. Ulcère simple de l'estomac. Hématémèse foudroyante. Pas de symptômes gastriques antérieurs; par M. BAZY, interne des hôpitaux.

Le nommé Lef... Charles, 43 ans, découpeur de fleurs, entre le 23 novembre 1876 dans le service de M. NICAISE. (Hôpital temporaire), salle Saint-André, n° 25.

Pas de maladies antérieures, pas de syphilis ; légers antécédents alcooliques. — Cet homme vient à l'hôpital pour une contusion de la paroi thoracique gauche, reçue quatre jours auparavant. Il est un peu pâle, mais bien constitué, grand, bien musclé, d'un embonpoint moyen et sans amaigrissement. Il présente des douleurs mal localisées dans l'hypochondre gauche et le flanc. L'examen le plus attentif ne fait découvrir aucune lésion.

Digitized by Google

24 *octobre*. Après la visite, une lipothymie en sortant du bain. — *Soir*. Syncope ; immédiatement après, nous constatons les phénomènes suivants: pâleur considérable de la peau et des muqueuses, faiblesse très-grande, sueurs froides; nous soupçonnons une hémorrhagie interne et en particulier une hémorrhagie qui se serait faite dans les voies digestives. Le sujet est interrogé dans ce sens; il dit s'être toujours très-bien porté, n'avoir jamais eu ni vomissements, ni hématémèse, ni douleurs d'aucune sorte. Jamais il n'a regardé ses selles. — Rien du côté des organes respiratoires. Au cœur, souffle systolique intense à la base, se prolongeant dans les carotides.

Du côté de l'abdomen, rien à la palpation ni à la percussion. Douleurs assez vives à la pression au niveau de l'épigastre. Hyperesthésie assez vive du reste de la paroi abdominale. — Rien au foie, rien dans les urines. On fait garder les selles pour le lendemain.

26 *octobre*. Selles demi-molles, coloration vert noirâtre.

28 *octobre*. Après le repas du soir et après quelques prodrômes, (malaise et faiblesse un peu plus grande), le malade se couche et vomit une quantité considérable de sang en caillots. Après quelques convulsions, il meurt.

Autopsie. *Estomac* très-dilaté contenant une assez grande quantité de liquide rouge, noirâtre. Trois *ulcères* au niveau de la petite courbure ; le moyen est le plus étendu : il est arrondi et a les dimensions d'une pièce de 1 franc, ses bords sont taillés à pic, non décollés s'élevant à 2 millim. au moins au-dessus du fond, lequel est rougeâtre et offre de petites éminences mamelonnées analogues à des bourgeons charnus. Au *centre* est un mamelon plus volumineux s'élevant au niveau des bords de l'ulcère : quand on l'examine à la coupe on croit y voir une artère sectionnée, bouchée par un caillot fibrineux. — Les bords de l'ulcère sont rouges et cette rougeur s'étend assez loin sur la petite courbure.

A droite de cet ulcère et à 1 centimètre de lui, il en existe un autre très-superficiel ayant les dimensions d'une lentille, n'offrant du reste rien de particulier. — A gauche et toujours sur la petite courbure, mais empiétant un peu sur la face antérieure, et à 4 cent. environ du premier, il en existe un troisième, elliptique, à axe antéro-postérieur, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, très-superficiel, et dont le fond semble traversé par un vaisseau à parois minces présentant une ouverture latérale qui semble manifesté, quand on l'examine sous l'eau et à la coupe (1).

(1) Après quelques jours le bourgeon volumineux, situé au centre du pre-

Digitized by Google

REMARQUES. Cette observation est intéressante à plusieurs titres : Elle a trait à un *homme* et à un homme âgé de 43 ans. Notons encore sa marche foudroyante, l'absence de tout signe qui pût faire soupçonner la maladie avant l'apparition des syncopes; l'existence de l'hémorrhagie au moment où l'ulcère semblait guérir; enfin l'absence complète de douleurs ; ce qui viendrait confirmer l'opinion des auteurs qui disent que les ulcères de la petite courbure sont indolents parce qu'ils ne se mettent pas en rapport avec les aliments qui les irriteraient.

La vessie était considérablement distendue et renfermait au moment de l'autopsie 300 ou 400 grammes d'urine. Les uretères et les reins ne présentaient aucune altération appréciable. Les ganglions lombaires n'étaient pas engorgés.

M. CHARCOT. Dans plusieurs cas, il a été possible de retrouver au moment de l'autopsie la lésion du vaisseau intéressé.

M. HOUEL. On a vu des vaisseaux même très volumineux être perforés par le travail ulcératif. Aucun symptôme ne traduisait la marche envahissante de la lésion; il n'existait même pas de douleur dans différents cas. L'observation qui précède est un type de la *forme latente* que peut revêtir l'affection.

16. Incontinence d'urine.— Fistule vésico-vaginale.— Tuberculisation des organes génito-urinaires ; par M. CATUFFE, externe des hôpitaux.

L. Mariette, domestique, 21 ans, entre le 27 septembre dans le service de M. Le Fort, suppléé par M. TERRIER.

Antécédents. Dès l'âge de 8 ou 9 ans, cette malade a commencé à perdre son urine, le jour comme la nuit; cette affection n'a jamais disparu. La malade a été réglée à 15 ans ; la première époque a été supprimée par un refroidissement; depuis lors, la menstruation a été irrégulière et douloureuse; les règles ont cessé depuis le mois de janvier dernier.

Il y a deux mois, l'urine commença à couler nuit et jour; la miction qui a toujours été douloureuse, l'est devenue beaucoup plus; l'urine, sans être plus abondante, était chargée, rouge, laissant au fond du vase un dépôt de fausses membranes; la malade dit en outre avoir senti comme des graviers.

---

mier ulcère, s'est détaché et a permis de voir l'ouverture très-nette d'un vaisseau qu'une injection a démontré être la coronaire stomachique.

Digitized by Google

Etat actuel. La miction est très-douloureuse, l'incontinence d'urine est continuelle; la sonde promenée dans la vessie ne révèle point la présence d'un corps étranger ni d'un calcul; l'hymen est conservé; cependant on peut pratiquer le toucher vaginal, et alors le doigt, immédiatement en arrière de l'orifice vulvaire, se meut librement dans une dilatation du vagin, qui a presque le volume du poing; cette poche, la première fois qu'elle a été explorée, a projeté avec force un jet d'un liquide clair, citrin, sans odeur caractéristique. Les parois du vagin semblent rugueuses, et sur la face antérieure, immédiatement en avant de la lèvre antérieure du col utérin, et un peu à droite de la ligne médiane, on sent un petit rebord de trois millim. de long contre lequel l'ongle vient buter, et, en arrière, une légère dépression.

La malade souffre surtout quand on presse la paroi abdominale antérieure au niveau de la vessie; il existe aussi quelques douleurs spontanées dans la fosse iliaque droite, devenant plus vives à la pression. — Etat général médiocre, anémie profonde; la malade a beaucoup maigri depuis deux mois. Interrogée du côté de la tuberculose, elle ne fournit aucun renseignement sur ses parents et ses collatéraux; elle s'enrhume très-facilement tous les hivers, mais ne s'en est jamais inquiétée; à l'examen, la percussion et l'auscultation n'offrent rien de remarquable; elle n'a jamais accusé que des sueurs nocturnes localisées à la tête et à la partie sus-diaphragmatique du tronc : jamais on n'a constaté de troubles de la respiration; depuis deux mois il existe un peu de fièvre le soir. —

Traitement. Bromure de potassium, douches froides; injection vésicale avec une solution au 1/1,000 d'acide phénique.

14 *octobre.* Même état général, l'incontinence d'urine a très-peu diminué.

20 *octobre.* Les douleurs deviennent plus vives; quand on pousse l'injection, la malade accuse une douleur très-vive au niveau de la vessie et dans le flanc droit; l'incontinence est aussi forte qu'auparavant.

1er *novembre.* Les douleurs abdominales existent toujours; du côté des organes urinaires, même état; l'état général est plus mauvais. Pour savoir s'il existe réellement une fistule vésico-vaginale, M. Le Fort injecte du lait par l'urèthre, et au bout de deux ou trois minutes on le voit sourdre par le vagin; l'expérience inverse est faite et donne le même résultat.

15 *novembre.* L'état général s'est encore aggravé; les douleurs sont devenues très-vives, au niveau de la vessie et dans le flanc droit, spontanément et à la pression; le ventre est rétracté, en bateau, l'urine est toujours chargée, avec fausses membranes. La fièvre vespérale, les sueurs nocturnes, sont

Digitized by Google

beaucoup plus marquées ; la malade commence à avoir des vomissements alimentaires et bilieux ; constipation. Enfin, la malade a le faciès abdominal.

16. 17, 18 *novembre*. Même état général ; la malade est plongée dans un coma de plus en plus profond ; cependant elle peut répondre nettement aux questions qu'on lui pose. — Mort le 19.

Autopsie 31 heures après la mort. — *Cerveau*. Quelques granulations le long de l'artère sylvienne et à la base. *Poumons ;* adhérents dans toute leur étendue à la cage thoracique, surtout aux deux sommets et sur le bord antérieur du poumon gauche. Pas de liquide dans les plèvres ; dans les points désignés plus haut le parenchyme se déchire plutôt que d'entraîner les adhérences ; aux deux sommets, dépôts de tubercules, dont plusieurs et un surtout, du volume d'une noisette, sur le poumon gauche, sont en voie de ramollissement. — *Cœur*, rien à noter.

Abdomen. Epiploon normal ; le péritoine semble légèrement poisseux ; il y a fort peu de sérosité. Les organes du petit bassin, au premier abord ne présentent rien d'anormal ; le rectum, l'utérus, les culs-de-sac péritonéaux sont normaux ; la vessie semble plus rétractée qu'à l'ordinaire. Le ligament large du côté gauche et les organes qu'il contient ne présentent rien à noter. Du côté droit, la trompe et l'ovaire, qui est rouge lie de vin, et à peu près deux fois plus gros que le gauche, sont unis entre eux et au tissu cellulaire de l'excavation pelvienne. — La *vessie* est rétractée, grosse comme un œuf ; au niveau de son sommet, on remarque une saillie de même aspect que le reste de l'organe, située un peu à droite de la ligne médiane, longue de 2 cent. environ, faisant un relief de 5 à 6 mill. et à peu près transversalement dirigée ; elle se continue par son bord postérieur et sans ligne de démarcation, avec la face postérieure de la vessie ; en avant, elle est limitée par un sillon assez profond, auquel viennent se rendre en convergeant trois ou quatre plis qui occupent la face antérieure de la vessie. Au devant de ce sillon, on voit un petit point bleuâtre de la grosseur d'une lentille.

Vagin. L'hymen est conservé ; la muqueuse est couverte de concrétions rugueuses, jaunâtres, qui la tapissent complétement, et dues évidemment au séjour de l'urine dans le canal. Sur la face antérieure du vagin, à 6 mill. en avant de la lèvre antérieure du col utérin, se trouve un orifice très-petit que l'on ne peut découvrir qu'en pressant sur la vessie ; on en fait sourdre alors un liquide purulent ; cet orifice appartient à un trajet fistuleux, à peu près rectiligne, qui va s'ouvrir dans la vessie en arrière de la base du trigone.

En enlevant la masse des organes pelviens, nous sommes tombé sur un foyer purulent, de la grosseur d'un œuf, situé

Digitized by Google

en arrière de la fosse ovale, contre la tubérosité ischiatique, Ce foyer communique avec la vessie par un trajet flexueux, qui y débouche par un orifice situé à la face postérieure près du sommet; il est long de 6 à 7 cent., large de 6 mill. environ, transversalement dirigé en passant sous l'ovaire et la trompe; l'orifice vésical est comme taillé à l'emporte-pièce. En tiraillant les parois vésicales pour chercher ce trajet, on a décollé facilement la petite masse située au sommet de la vessie, et au fond du sillon on a trouvé une autre perforation, un peu moindre que la précédente, et qui avait été oblitérée par le reploiement de la vessie. La muqueuse de celle-ci est noire, épaissie, couverte d'une couche de pus.

Les *uretères* sont gorgés de pus, et les *reins* présentent une désorganisation qui a passé inaperçue pendant la vie: le rein droit est très-volumineux, (15 cent. sur 8), de couleur violacée, livide; le gauche est moins gros et au premier abord il a l'aspect du rein cardiaque; tous les deux sont farcis d'abcès contenant une substance caséeuse. M. Hayem y a trouvé des granulations caractéristiques, ainsi que dans le foyer purulent de l'excavation pelvienne.

17. Carcinome primitif de la vessie; dilatation des uretères. — Lésions rénales. Néphrite interstitielle: rein atrophique, rein chirurgical. — Examen microscopique; par M. E. Chambard, interne des hôpitaux.

La nommée Luce, âgée de 66 ans, entre à la Salpétrière, dans le service de M. Moreau de Tours. Elle est atteinte de démence sénile, impotence musculaire et tristesse hypochondriaque. Cette malade, offrant peu d'intérêt au point de vue mental, avait été peu observée lorsque, à la fin du mois de septembre 1875, elle demanda à être reçue dans la salle d'infirmerie de la division. Nous pouvons alors constater qu'elle est extrêmement amaigrie; sa peau sèche et mince présente une sorte de desquammation épidermique, est parcourue de veines apparentes et offre une teinte jaune-paille bien accusée. Tous ces caractères nous font présumer chez elle une affection cancéreuse. Nous apprenons alors que la miction est souvent douloureuse et difficile; l'urine contient quelquefois du sang ainsi que les matières fécales, qui présentent un aspect dysentérique. Les urines, en effet, ont laissé plusieurs fois déposer une matière floconneuse rougeâtre et l'examen microscopique y a dévoilé la présence de nombreux globules rouges.

La malade se plaint de vives douleurs dans le bas-ventre et la région lombaire, à ce point qu'il lui est extrêmement pénible de se mettre sur son séant. Ses plaintes et ses gémisse-

Digitized by Google

ments sont incessants, et à chaque visite elle réclame la présence de son mari, mort depuis plusieurs années : la démence est complète. Le toucher rectal et le toucher vaginal permettent de constater l'intégrité du col et du corps de l'utérus, ainsi que celle du rectum et du vagin. Mais la paroi antérieure de ce dernier est repoussée par une tumeur volumineuse, dure, bosselée, qui appartient évidemment à la face inférieure de la vessie envahie par une production pathologique volumineuse et étendue. Le diagnostic porté est alors cancer primitif de la vessie.

5 *octobre* 1876. La cachexie semble arrivée à sa dernière limite : la diarrhée est continuelle, la température élevée; pas de muguet. P. 144, régulier et faible. Rien au cœur. T. 39°,6. Le membre inférieur droit est œdématié depuis sa racine. Cet œdème est blanc, mou, et la peau conserve longtemps l'impression du doigt qui l'a déprimée. Les veines saphène, fémoral et poplitée ne sont pas indurées. L'apparition rapide de cet œdème localisé au membre inférieur droit, fait penser à la propagation du néoplasme vésical à la cavité pelvienne. — Mort le 10 octobre à 9 heures du matin.

Autopsie faite 24 heures après la mort.

Cavité thoracique : appareil respiratoire. La plèvre gauche contient environ un demi-verre de sérosité citrine. La plèvre droite présente, sur toute sa surface, de lâches adhérences entre ses deux feuillets. Le sommet des poumons est induré et présente à la coupe des noyaux caséeux entourés de granulations tuberculeuses. Les lobes postérieurs n'offrent qu'une congestion uniforme. Une incision pratiquée en suivant la trachée et les premières ramifications bronchiques, n'apprend rien de particulier.

Cœur et gros vaisseaux. Quelques traînées laiteuses suivent les principales divisions des vaisseaux de la surface du cœur; le bord libre de la valvule mitrale est épaissi, l'aorte est athéromateuse; mais ces lésions ne diffèrent pas de celles qu'on rencontre communément chez les vieillards et ne semblent pas de nature à avoir gêné le fontionnement régulier du cœur.

Cavité abdominale. Pas de liquide dans le péritoine.

Foie. Pèse 815 grammes. Il est jaunâtre, friable, mais ne contient pas de substance amyloïde. La vésicule biliaire renferme un calcul. — *Rate.* Pèse 35 grammes. Petite, rouge et ferme.

Organes urinaires. Rein droit. Poids, 40 grammes. Hauteur, 0,04 ; largeur, 0,04. Le rein droit est petit et dense. La forme est conservée. On observe d'abord une dilatation considérable de l'uretère et du bassinet qui forme au niveau du hile de l'organe une poche qui lui semble annexée.

Digitized by Google

Lorsqu'on incise cette poche suivant son grand diamètre, on voit qu'elle sert de confluent à plusieurs cavités plus petites et juxtaposées qui répondent à la dilatation des calices.

Une incision pratiquée suivant la méthode ordinaire, c'est-à-dire partant du bord convexe du rein et divisant cet organe suivant son grand diamètre, met à découvert les substances corticale et médullaire. Sur une semblable coupe, on constate que les deux substances sont fermes, très-amincies, rouges, et que la corticale surtout a subi une atrophie considérable. La capsule s'enlève avec assez de facilité. Elle est notablement épaissie. Immédiatement au-dessous d'elles, la surface du rein présente, par places, des taches ardoisées.

Rein gauche. Poids, 170 grammes. Hauteur, 0,12. Largeur, 0,07. Circonférence de l'uretère, 0,04. Diamètre, 0,0134. — Ce rein est volumineux et conserve aussi sa forme normale, il est pâle, mou, et sa surface est parsemée de nombreuses arborisations vasculaires. Le bassinet est notablement dilaté, mais moins relativement que celui du rein droit; sa surface est injectée. — La face interne de l'uretère paraît saine.

La capsule peut être enlevée sans exulcération de la surface du rein qui apparaît alors pâle, jaunâtre, légèrement granuleuse et finement vascularisée. On y observe encore de petites nodosités, du volume d'un grain de mil, d'une tête d'épingle, isolées et plus souvent agminées et de consistance variable. Autour d'elles est une zone violacée et comme ecchymotique. Leur coupe est blanchâtre, quelques-unes sont entièrement ramollies et forment de petites poches miliaires à contenu puriforme. Sur une coupe, les deux substances peuvent encore être distinguées. La corticale est d'épaisseur normale et, dans ses régions les plus superficielles, présente de petites nodosités semblables à celles qui font saillie à la surface. La substance médullaire ne paraît pas présenter de traînées purulentes.

Tumeur vésicale et pelvienne. — Tous les organes du petit bassin sont enlevés ensemble. Pendant cette opération on constate dans la partie droite de cette cavité l'existence d'une masse cancéreuse, émanée de la paroi latérale droite de la vessie et fortement adhérente à l'aponévrose pelvienne; elle comprime la partie inférieure du muscle iliaque et englobe les vaisseaux iliaques externes, la partie inférieure de l'uretère droit et, en arrière, quelques branches antérieures des paires sacrées. A gauche, la tumeur est aussi sortie de la vessie et comprend la partie inférieure de l'uretère de ce côté, mais elle s'étend beaucoup moins qu'à droite et respecte les vaisseaux pelviens.

Si on fait abstraction de ces masses latérales, l'inspection de l'extérieur de la masse des organes pelviens génito-uri-

Digitized by Google

naires ne donne pas de grandes lésions. La vessie a conservé sa forme et est distendue par un liquide, mais la palpation permet de reconnaître l'épaississement et l'induration de tout son segment inférieur ; le rectum est sain, il en est de même de l'utérus et du vagin sauf une ulcération irrégulière, à bords taillés à pic, à fond coloré par du sang extravasé et du diamètre d'une pièce de vingt centimes, siégeant sur la paroi du cul de sac antérieur. — La surface de la cavité utérine ne présente rien de particulier : il en est de même de celle de la muqueuse uréthrale.

L'incision de la face antérieure de la vessie donne issue à de gros caillots noirs mêlés à du sang liquide et également noir. — La surface interne du réservoir urinaire présente une masse de végétations en choux-fleurs, occupant sa base et la moitié inférieure de ses faces antérieure, latérale et postérieure. Ces efflorescences reposent sur une base indurée que constituent les parois vésicales épaissies. Elles sont grisâtres, parsemées d'extravasations sanguines, se rompent et se désagrègent avec facilité sous un mince filet d'eau. — Malgré leur dilatation, les uretères sont perméables au niveau de leur orifice vésical. Un stylet doucement introduit dans leur cavité pénètre sans peine dans la vessie en soulevant les bourgeons cancéreux qui recouvrent cet orifice sans l'obstruer.

Des coupes pratiquées dans la masse cancéreuse vésicale et extra-vésicale ont une surface assez ferme, grisâtre, parsemée de nombreux pelotons adipeux. Le râclage et la pression en font sourdre un suc laiteux abondant. — Au niveau du point comprimé par la tumeur pelvienne, le muscle psoas-iliaque est seulement un peu mou et présente une coloration verdâtre.

Examen microscopique, fait au laboratoire du Collége de France. — Cet examen a porté sur les muscles comprimés par la tumeur, sur la vessie, les reins, les uretères, la masse cancéreuse pelvienne et les artères et veines qu'elle avait englobées. Nous relaterons seulement les résultats de l'examen des muscles, de la vessie, des uretères, des reins et d'un ganglion lymphatique.

Pour les muscles, les procédés employés ont été la dissociation après macération dans l'alcool au tiers et des sections après durcissement dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les autres pièces ont été soumises aux mêmes procédés de durcissement, et les coupes colorées par le picro-carminate d'ammoniaque et la purpurine, traitées ou non par le pinceau, ont été montées dans la glycérine pure ou additionnée de picro-carminate ammoniacal. Enfin, le suc cancéreux, obtenu par raclage, a été examiné immédiatement après l'autopsie.

Digitized by Google

A. *Muscles.* — Par dissociation, on isole facilement les fibres primitives qui présentent toutes des lésions très-variables: 1° Les unes ont conservé leur volume normal et une striation qui, pour certaines est encore si nette qu'avec un grossissement moyen ($\frac{1}{7}$ Verick) et, sans tension préalable, on distingue fort bien le disque mince et les espaces clairs. Un examen attentif permet cependant de constater sur la plupart de ces fibres une prolifération notable des noyaux de sarcolemme. D'autres sont déjà moins larges mais encore nettement striées bien qu'un peu moins que les précédentes, et la prolifération nucléaire y est plus avancée. D'autres encore ont perdu leur striation transversale, leur contenu est trouble, très-finement granuleux; la multiplication des noyaux est beaucoup plus accusée.

D'autres enfin offrent une infiltration granulo-graisseuse. très-fine, mais très-nette; plusieurs contiennent des granulations assez volumineuses de pigment musculaire. Enfin a côté de ces fibres qui, quel que soit le degré de leur altération, rappellent facilement l'aspect des fibres musculaires, on trouve des gaines sarcolemmatiques vides dont la paroi est incrustée de nombreux noyaux. Ces gaines contiennent en certains endroits des granulations graisseuses et pigmentaires, ailleurs des fragments allongés, fusiformes, de substance contractile non striée et granuleuse. — En aucun point on ne constate de dégénérescence cireuse.

2° Sur plusieurs points, le contenu de la fibre musculaire semble avoir une tendance à se rétracter vers l'axe de celle-ci, de sorte qu'un certain intervalle le sépare des parois de la gaine sarcolemmatique. L'examen des préparations avec des objectifs à grand angle($\frac{1}{8}$ Verick) montre que la matière musculaire retractée entraine souvent avec soi les noyaux de sa gaine.

3° Ceux-ci examinés avec de forts grossissements($\frac{2}{8}$ Verick) se montrent très-nets, ovales, à double contour et nucléolés. Ils se colorent très-bien par le carmin. Dans les points où leur prolifération est très-active, ils sont disposés en séries longitu·linales. — Ils ne semblent pas contenus dans une masse protoplasmique, mais on observe souvent aux extrémités de leur grand axe et en dehors d'eux de petits amas de granulations graisseuses ou pigmentaires. Il est rare de rencontrer des noyaux en voie de scission.

4° Le tissu conjonctif qui sépare les fibres primitives (périmysium interne) est normal. Il contient un petit nombre de granulations et gouttelettes graisseuses, mais il est infiltré d'éléments cellulaires, qui, par leurs caractères morphologiques, sont identiques à ceux que renferme le suc extrait de

Digitized by Google

de la tumeur pelvienne. — Quelques capillaires musculaires, examinés à de forts grossissements se sont montrés vides de sang, et pourvu de gros noyaux ovoïdes. — Le peu de cohésion des faisceaux musculaires rend assez difficiles ces coupes transversales même après durcissement par la méthode ordinaire, néanmoins ces préparations offrent les mêmes particularités que celles qu'on obtient par dissociation. Sur une de ces coupes, on peut voir, sur une partie de leur parcours, une artère et une veine assez volumineuse entourée, surtout cette dernière d'un tissu cellulaire infiltré de cellules carcinomateuses.

Quelques mensurations micrométriques nous ont donné les résultats suivants:

1° Grosse fibre, stries très-nettes, noyaux peu nombreux..... 48 c.
2° Fibre moins grosse, stries nettes, (sur une longueur de 400 c. on compte 25 noyaux..... 24 c.
3° Fibre légèrement et finement granuleuse; stries moins nettes..... 24 c.
4° Fibre très-atrophiée, noueuse, granuleuse; pas de stries..... 12 c.

B. *Tumeur de la vessie.* — Les éléments obtenus par raclage après l'autopsie, traités par le picro-carmin et l'eau camphrée, sont de volume et de forme variables. Leurs principaux types sont les suivants: Noyaux ovoïdes granuleux, libres ou entourés d'une mince couche protoplasmique. Cellules peu volumineuses (12 à 15 c.) pourvues d'un noyau sphérique ayant lui-même un petit nucléole. Cellules plus volumineuses irrégulières, noyau sphérique, nucléole. Beaucoup de ces cellules sont infiltrées de granulations graisseuses qui se rangent en couronne autour du noyau, beaucoup sont transformées en corps dans lesquels une tache diffuse, colorée par le carmin, révèle la présence du noyau enfoui au milieu des granulations graisseuses agglomérées. Peu de cellules ont deux noyaux, nous n'avons pu en voir en voie de scission.

Coupes. — Ces coupes sont faites normalement à la surface de la vessie, en un point où la périphérie d'une masse cancéreuse peu volumineuse se confond avec les parois vésicales saines. Examinées à un faible grossissement, elles présentent donc trois régions: une où ces parois sont saines, une où elles sont hypertrophiées et altérées par le voisinage de la tumeur, et une enfin où elles sont complétement envahies par la production pathologique.

1° *Zone saine.* — L'emploi de plus forts grossissements ne montre aucune lésion.

Digitized by Google

2° *Zone hypertrophiée.* — La surface de la muqueuse est hérissée de villosités de formes et de dimensions variables. Les unes cylindriques, d'autres légèrement pédiculées. Elles sont formées d'un tissu riche en éléments embryonnaires qui deviennent moins nombreux dans les points où ces saillies se continuent avec la muqueuse sous-jacente. Les faisceaux musculaires n'offrent rien de particulier. Au-dessous des faisceaux musculaires, se trouve une couche celluleuse qui contient de petites traînées ou de petits amas d'éléments embryonnaires, surtout autour des veinules et des lymphatiques. — Rien aux faisceaux nerveux.

3° *Zone carcinomateuse.* — Sur les coupes, la région cancéreuse est limitée superficiellement par la muqueuse amincie et villeuse qu'elle ne tarde pas à faire disparaître, profondément par un plan de faisceaux musculaires et sa circonférence répond à la couche musculeuse qu'elle dissocie et entre les faisceaux de laquelle elle s'infiltre. — Le tissu cellulaire qui sépare les faisceaux de fibres lisses présente des fentes lymphatiques remplies de leucocytes et contenant aussi des cellules carcinomateuses.

La tumeur est constituée par des trabécules fibreuses assez épaisses limitant des alvéoles allongées que cloisonnent d'autres trabécules plus fines émanées des premières. — Ces alvéoles ainsi formées sont remplies de cellules analogues à celles qu'on obtenait par le raclage de la pièce fraîche : les plus volumineuses de ces cavités renferment des masses cellulaires en voie de régression graisseuse.

C. *Ganglion pris dans le voisinage de la vessie.*

Ce ganglion, du volume d'un petit haricot, a conservé sa forme normale. Il est lisse, libre dans le tissu cellulaire qui l'entoure, sa consistance est moyenne et pourrait au premier abord passer pour être entièrement sain.

Sur des coupes perpendiculaires au grand axe et traitées par le pinceau, on voit, à de faibles grossissements (3/4 Hartnach), qu'il est formé d'une poche fibreuse cloisonnée par des travées conjonctives limitant un petit nombre de larges alvéoles subdivisées elles-mêmes en cavités plus petites par des trabécules émanées des précédentes et généralement assez minces pour être facilement rompues par le pinceau à un plus fort grossissement (1/4 Vérick) ; on voit qu'indépendamment des masses cellulaires contenues dans les alvéoles dont nous venons de parler, il existe dans les grosses travées fibreuses et dans les couches profondes de la capsule ganglionnaire, de très-nombreux nids de cellules pressées les unes contre les autres et difficilement dégagées par le pinceau. Enfin, les

Digitized by Google

travées et la capsule contiennent beaucoup de fentes lymphatiques pleines de leucocytes.

www.libtool.com.cn

Les grosses masses cellulaires des alvéoles subissent en beaucoup de points la dégénérescence graisseuse : il n'en est pas ainsi des cellules des petites alvéoles allongées qui ne présentent encore aucune lésion régressive.

Uretère gauche. La seule lésion est une infiltration diffuse, mais très-modérée de la membrane interne par des éléments embryonnaires. Les faisceaux musculaires entrecroisés sous des incidences obliques, n'ont subi aucune altération.

D. *Rein gauche.* Les lésions histologiques de la substance médullaire se bornent à une infiltration du tissu interstitiel par un petit nombre d'éléments embryonnaires. C'est dans la substance corticale que se trouvent réunies toutes les lésions qui portent sur le tissu interstitiel, n'affectent que secondairement et faiblement l'épithélium et se montrent à des degrés divers d'évolution, soit sous forme d'infiltration diffuse, soit sous celles de collections purulentes, microscopiques, soit encore sous l'aspect d'îlots irréguliers de véritable sclérose.

Le contenu d'abcès corticaux un peu volumineux examiné à l'état frais est formé de leucocytes, les uns sains, les autres infiltrés de granulations graisseuses, de globules rouges peu nombreux et de granulations graisseuses libres. Dans la substance corticale, nous décrirons successivement l'état du tissu interstitiel, des glomérules et des vaisseaux, enfin celui des tubes centraux et périphériques du lobule rénal.

Tissu interstitiel. — Trois sortes de lésions.

1° Infiltration diffuse par des éléments embryonnaires.

2° Infiltration confluente siégeant surtout autour des glomérules et entre les tubes contournés dont la coupe transversale se montre, en certains points, sous forme de pertes de substance circulaire creusées un sein d'une masse entièrement embryonnaire.

3° Ilots de sclérose. — En certains points les bandes qui séparent les tubes sont élargies, fibrillaires, renferment des cellules plates. Les tubes dans ces régions sont diminués de diamètre, mais leur épithélium est peu altéré. A un degré plus avancé les intervalles fibreux qui séparent les tubes sont beaucoup plus larges que le diamètre de ceux-ci. Les tubes sont très-atrophiés, déformés, la lumière de plusieurs a disparu, leur épithélium est aussi en voie d'atrophie simple, mais les noyaux conservent longtemps leur forme et leur volume.

Glomérules, vaisseaux. De même que celles de la substance interstitielle, les altérations des glomérules présentent tous les degrés, depuis un état à peu près sain jusqu'à une trans-

Digitized by Google

formation fibroïde complète, dernier degré des lésions glomérulaires dans les néphrites interstitielles. Les uns offrent un bouquet vasculaire encore très-reconnaissable, mais sur lequel se voient des noyaux plus nombreux qu'à l'état normal. Nous ne savons si cette augmentation de nombre des noyaux s'est faite aux dépens de l'endothélium vasculaire ou aux dépens des cellules du tissu conjonctif glomérulaire. Dans le cas analogue, M. *Kelsch* s'est rattaché à cette dernière hypothèse.

Ces glomérules ont généralement leur capsule très-épaissie, fibrillaire, et confondue avec le tissu voisin. L'endothélium est conservé. Dans beaucoup la capsule glomérulaire est nettement formée de lamelles conjonctives stratifiées et séparées par des lits de cellules plates. Certaines de ces capsules sont vides de leurs glomérules, enlevés entièrement par l'action du pinceau. Ce qui montre que même à ce degré d'altération, il ne s'établit aucune adhérence entre la surface du bouquet vasculaire et celle de sa capsule.

D'autres glomérules sont notablement diminués de volume, leur surface est un peu mamelonnée et rappelle vaguement la saillie des anses vasculaires, leur couleur est blanc-jaunâtre et devient rose sous l'influence du carmin. A leur surface et dans leur épaisseur, on distingue des éléments cellulaires étoilés plus vivement colorés ; ils ont subi la transformation fibreuse. Ces glomérules ne se trouvent pas toujours dans les points où l'infiltration du tissu interstitiel est la plus avancée; et à côté d'eux, dans les mêmes conditions, s'en trouvent de relativement sains.

Il faut remarquer qu'entre les glomérules encore reconnaissables et dont la lésion se caractérise seulement par la multiplication de leurs noyaux, et les glomérules atrophiés et fibreux on ne peut trouver de lésions intermédiaires, aussi, M. *Malassez* qui a bien voulu voir nos préparations pense-t-il qu'ici la lésion des bouquets vasculaires a pu se faire en deux fois par deux poussées successives. Les artérioles de la substance corticale présentent, à un degré peu considérable un épaississement de leurs parois, surtout de leur tunique interne.

Tubes. En dehors des points sclérosés l'épithélium des tubes conservés et des rayons médullaires, peut être considéré comme normal. Un certain nombre de tubes renferment des cylindres réguliers dont quelques-uns sont colorés en jaune par la matière colorante du sang.

E. *Rein droit.* — Nous n'insisterons pas sur l'examen histologique de ce rein dont les lésions sont celles de la sclérose aortique. Le tissu interstitiel est fibrillaire et forme entre les tubes atrophiés et presque méconnaissables de larges bandes

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

où on trouve des vaisseaux congestionnés. La plupart des glomérulès ont subi la métamorphose fibreuse.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est un cas de plus de coïncidence, chez un même sujet, de manifestations tuberculeuses et cancéreuses. — D'ailleurs, *Cruveilhier* déjà, admettait que ces deux altérations ne s'excluaient nullement et n'avaient l'une sur l'autre aucune influence. Depuis, un grand nombre d'auteurs ont confirmé cette manière de voir. *Frérichs* a vu dans un même organe, le foie, des noyaux tuberculeux et cancéreux, et *M. Broca* a montré que les tuberculeux avaient les mêmes chances que d'autres sujets, de devenir cancéreux. (Voy. *Dictionn. encyclop.* Art. Carcinome, partie clinique, *Hénocque* et *Cruveilhier*. Anatomie pathologique, T. IV).

Les lésions histologiques des faisceaux du muscle iliaque qui sont en rapport direct avec la tumeur, sont complexes et peuvent se ranger sous deux chefs : atrophie simple avec prolifération des noyaux du sarcolemme, dégénérescence graisseuse.

Egalement complexes sont les causes qui ont pu amener cette altération de structure. — Certaines fibres, en effet, présentent le même aspect que celles des muscles qui ont été soustraits à l'action de leurs nerfs moteurs. (Sur les modifications des muscles après section de leurs nerfs, *Vulpian*. *Archives de Physiol.*, 1869.) — D'autres sont semblables à celles des muscles dont les vaisseaux nourriciers ont été oblitérés. Or, bien que nous n'ayons pu disséquer avec soin les rapports de la tumeur pelvienne, nous avons trouvé des nerfs importants pris dans la masse cancéreuse et des veines oblitérées par des caillots. En outre, le muscle lui-même était envahi par les éléments cancéreux.

Nous avons vu que le rein gauche présentait tous les degrés d'une inflammation interstitielle, de sorte que dans certains de ces lobules, les lésions consistaient en une infiltration purulente diffuse, dans d'autres points en de petits abcès miliaires, ailleurs en une véritable sclérose. Malgré ces variétés d'aspects histologiques, le rein dans son ensemble, avait le volume, la couleur, la consistance du rein blanc. D'autre part, la présence de petits abcès miliaires dans la substance corticale, doit le faire ranger dans la classe des reins suppurés. En pareil cas, en effet, les reins sont tuméfiés, volumineux, mous, friables, la capsule est injectée, adhérente par places, la substance corticale présente à sa surface des plaques ardoisées, et dans son épaisseur de petits abcès lenticulaires semblables à des pustules varioliques, etc. (Lancereaux, *Dictionnaire encyclop.*, 1875, et *Anatomie pathol.*, 1871.)

Enfin, si les lésions examinées au microscope sont en

Digitized by Google

moyenne analogues à celles que l'on trouve dans les néphrites varioliques et scarlatineuses (*Kelsch. Etude critique sur la maladie de Bright. Archives de Physiol.*, 1874), on y constate aussi la présence d'abcès microscopiques, les uns très-petits, les autres assez gros pour être visibles à l'œil nu.

Quelle est maintenant la nature de cette suppuration et quel a été son mode de production? S'agit-il de néphrite purulente métastatique? Les caractères différentiels des abcès rénaux par embolie et des abcès consécutifs à la pyélite sont bien donnés par *Rindfleisch* (*Histol. path.*, 1873). Dans notre cas, il est vrai, la substance corticale est seule altérée d'une manière profonde et le rein est exempt de lésions catarrhales, mais les abcès n'ont pas la forme pyramidale et nous n'avons trouvé ni obstructions vasculaires, ni hémorrhagies. — Il est rare, enfin, que le rein seul présente des abcès métastatiques. — Est-ce la néphrite parasitaire que *Klebs* a décrite et dont l'existence serait très-admissible d'après *Cornil* et *Ranvier* (*Histol. path.*, page 1072). Sans vouloir nous mêler à la discussion de cette variété de néphrite, douteuse pour plusieurs observateurs, nous ferons remarquer que nous n'avons vu de microphytes, ni dans le pus des abcès rénaux, ni dans l'urine, en quantité suffisante pour légitimer, dans l'espèce, cette hypothèse.

Le rein que nous avons en vue présente tous les caractères de ceux que les auteurs anglais appellent reins chirurgicaux et que *Rayer* avait décrit en parlant de pyélo-néphrite. (Voyez atlas de *Rayer* et de *Carswell*. — Leçons sur le rein. *Charcot. Progrès médical*, 1874.)

Dans un article de *Guy's hospital Reports*, analysé par *M. Duret* dans le *Progrès médical*, 1874, un auteur anglais, *Godkart*, donne au rein chirurgical le nom d'érysipèle du rein et insiste sur les conditions qui le produisent et sur le mode d'action de celles-ci.

Il résulte des travaux publiés à ce sujet, que pour expliquer la pathogénie des suppurations secondaires des reins, deux théories sont en présence et peuvent être invoquées, à l'exclusion l'une de l'autre ou simultanément : la propagation de l'inflammation des voies expultrices de l'urine au tissu rénal et l'action locale de l'urine altérée.

Ici, la première de ces explications nous fait absolument défaut : nous avons vu, en effet, que l'uretère et les calices n'étaient le siége que de lésions insignifiantes visibles seulement au microscope : une légère infiltration de la muqueuse de l'uretère par de rares leucocytes ne saurait rendre compte des lésions rénales observées.

Dans la seconde hypothèse, deux cas peuvent se présenter :

Digitized by Google

l'urine retenue dans les voies urinaires par un obstacle à son émission, subit la décomposition ammoniacale, fermente, se charge de bactéries et provoque autour d'elle une inflammation circonscrite ou diffuse, ou bien, tout en s'écoulant librement au-dehors, elle reçoit, soit d'une tumeur vésicale, soit d'autres conditions encore inconnues des propriétés septiques et phlogogènes dont l'action est la même sur le parenchyme rénal.

Dans le cas que nous venons d'exposer, l'urine n'était pas constamment retenue dans la vessie et la miction n'était pas ordinairement entravée : elle ne pouvait donc fermenter et devenir fortement ammoniacale ; d'ailleurs, pour *Dickinson* l'urine alcaline et purulente serait moins rare qu'on ne l'aurait cru ; et combien sont nombreux les malades qui se trouvent dans ces conditions pendant longtemps sans qu'il survienne chez eux de suppurations des reins ! Mais d'autre part, si chez notre malade l'urine devait passer facilement de la vessie dans l'urèthre et de l'uretère dans la vessie, elle devait refluer avec non moins de facilité de la vessie dans les uretères, dont l'orifice vésical était recouvert et envahi par la néoplasie. Cette urine était chargée de pus, de sang et d'ichor cancéreux ; il est possible que son contact avec les parois des tubes rénaux ait suffi, chez un sujet profondément débile et cachectique à déterminer autour d'eux les lésions que nous avons indiquées.

18. Corps étranger de la vessie. Tentatives de lithotritie, puis taille ; — Infection purulente ; par M. TERRILLON, chirurgien des hôpitaux.

Le nommé Eth... Paul, commissionnaire, 44 ans, entrait dans mon service le 28 octobre 1876 (Hôpital Saint-Antoine). Il dit que le 1er octobre au soir il s'est introduit un crayon dans l'urèthre ; ce corps étranger serait resté 15 jours dans la partie moyenne du canal, puis, alors seulement, il aurait pénétré dans la vessie.

28 *octobre*. Des frissons survinrent. Le 30, je fis une première tentative d'extraction avec le lithoclaste ; puis une seconde le lendemain. A la suite de chaque tentative, le malade eut le soir des frissons violents et une fièvre intense.

3 *novembre*. Je pratiquai la taille et je pus extraire le crayon ; pendant les jours qui suivirent, je vis apparaître de nouveaux frissons, violents et irréguliers dans leur mode d'apparition. L'état général devint peu à peu très-mauvais, la langue noire et sèche, le facies terreux, les évacuations involontaires. Du 3 au 9 novembre, la température du matin varia entre 38° et

Digitized by Google

39°; celle du soir s'éleva à 40°. Du 9 au 22, jour de la mort du malade, la température du matin varia entre 37° et 38°; celle du soir ne dépasssa pas 38°,8.

AUTOPSIE.— Outre les lésions classiques de l'infection purulente à laquelle a succombé le malade, on constate la présence d'un *abcès péri-vésical avec perforation de la vessie* produite par les contractions de la paroi musculaire sur le corps étranger. Cette lésion explique les symptômes que le malade avait présentés et les frissons qu'il avait eus avant l'opération.

M. RENDU a eu l'occasion de voir un cas identique pendant son internat à l'hôpital Saint-Louis. Un crayon avait été introduit dans la portion spongieuse de l'urèthre; des tentatives inutiles d'extraction immédiate furent faites par l'interne de garde. Le lendemain, le corps étranger avait pénétré dans la vessie. Le jour suivant; M. Péan fit la taille, et retira également un crayon de la longueur de celui que fait voir M. Terrillon; il le retira même sans l'avoir fragmenté. 12 heures après l'opération, le malade mourait; et l'on trouvait à l'autopsie une perforation qui faisait communiquer la vessie avec le péritoine. — Il semble résulter de ces observations que la vessie, sollicitée à se contracter par la présence du corps étranger, a une tendance remarquable à la perforation.

M. DESPRÉS. Les corps étrangers qui ne sont pas métalliques comme les épis de blé, les fragments d'os, de bois, les corps pointus surtout paraissent beaucoup plus dangereux que les autres à ce point de vue.

M. ZIEMBICKI. La longueur du corps étranger mérite aussi d'attirer l'attention. Un étui extrait dans des circonstances analogues, et qu'une issue analogue de l'opération me permit de présenter à la Société, était entouré de sels calcaires qui formaient un véritable calcul. Cet étui avait séjourné deux ans dans la vessie.

19. Fibro-sarcome sous-cutané du bras. — Enucléation; par M. Maurice LETULLE, interne des hôpitaux.

G..., peintre en bâtiments, 61 ans, portait depuis deux ans dans la région moyenne du bras, au-dessous de l'insertion deltoïdienne, une petite tumeur, dure et peu douloureuse. De la grosseur d'une noisette ; elle n'augmentait pas de volume et ne gênait aucunement les mouvements du bras, lorsqu'il

Digitized by Google

y a environ six mois, le malade s'aperçut qu'elle prenait peu à peu des proportions plus considérables, en sorte qu'elle eut bientôt doublé de volume. Depuis trois mois, elle a encore progressé, et atteint aujourd'hui les dimensions et la forme d'un gros œuf de poule. En même temps sont apparues quelques douleurs sourdes, contusives, intermittentes, peu vives, mais cependant assez marquées pour attirer son attention et lui causer quelque inquiétude.

Il remarqua, et nous insistons avec intention sur ce détail, que la tumeur augmentait surtout par son extrémité inférieur, de façon qu'elle semblait descendre le long du bras.

Le 20 novembre 1876, il vient à l'hôpital de la Charité consulter M. TRÉLAT.

Etat à l'entrée. Au niveau du tiers moyen du bras, un peu au-dessous de la pointe du deltoïde, faisant saillie sous la peau, apparaît une tumeur ovoïde, allongée suivant l'axe du bras, régulière. La peau qui la recouvre est remarquable par l'existence de grosses veinules qui croisent plus ou moins obliquement la tumeur sur laquelle elles passent; elle est parfaitement mobile sur la tumeur avec laquelle elle n'offre aucune adhérence.

La tumeur elle-même assez mobile sur les parties profondes paraît néanmoins rattachée lâchement par sa partie supérieure aux couches sous-jacentes. En examinant avec soin les modifications de la région, déterminées par les contractions méthodiques du deltoïde et du biceps, on constate que la mobilité aussi bien que la consistance de la tumeur ne sont nullement modifiées.

La consistance est dure d'une façon générale, élastique, mais elle n'est pas absolument la même dans tous les points; la région inférieure paraît moins résistante, plus dépressible que le reste, on croit sentir par la pression profonde, quelques inégalités peu marquées.

La pression au niveau de la tumeur n'est pas très-douloureuse. Les douleurs spontanées que le malade ressent sont très-supportables. Le malade n'offre aucun antécédent héréditaire et il a toujours eu une excellente santé. Il travaille depuis plus de quarante ans dans la peinture et n'a éprouvé que quelques douleurs arthralgiques. Il présente toutefois le liseré saturnin et le poignet gauche est un peu déformé. Il est anémique.

M. Trélat porte le diagnostic de fibrome ou fibro-lipome. Toutefois il insiste sur l'existence de ces vaisseaux dilatés sillonnant la tumeur et qui pourraient être l'indice d'un néoplasme de mauvaise nature.

23 *novembre.* Ablation de la tumeur. Aussitôt l'incision faite

Digitized by Google

à la peau, après avoir isolé et déplacé deux grosses veines qui passent transversalement au fond de la plaie, la tumeur est isolée par décortication et facilement énucléée. Pansement légèrement compressif. Accolement exact des lèvres de la plaie.

Examen de la tumeur. Sur une coupe faite suivant le grand diamètre, se montre un tissu blanchâtre nacré par places, qui change d'aspect en quelques endroits. C'est surtout au niveau de la grosse extrémité, la plus inférieure, que le tissu offre des caractères différents; là il est d'un gris rosé pâle, et beaucoup plus vasculaire que le reste de la tumeur qui paraît presque dépourvu de vaisseaux. — Le néoplasme est absolument logé dans une coque fibro-conjonctive dense et très-mince que l'on arrache difficilement de la tumeur. A l'œil nu la tumeur ressemble donc à un fibrome dans la région supérieure et à un sarcome au niveau de son segment inférieur.

L'examen histologique fait par M. Ranvier démontre en effet que la partie la plus profonde et la plus ancienne de la tumeur était constituée par un fibrome pur, tandis que l'extrémité inférieure, celle qui progressait depuis quelques mois, consistait essentiellement en cellules jeunes séparées par des tractus fibreux fasciculés (sarcome fasciculé, tumeur fibroplastique des anciens.)

La plaie marcha vite vers la cicatrisation; le malade fut soumis à l'iodure de potassium pendant trois semaines et la guérison put être considérée comme définitive. (15 septembre.)

Remarques. — Cette observation nous a paru digne d'intérêt à plusieurs titres. Nous noterons:

1° La marche de l'affection qui reste pendant un an et demi tout-à-fait stationnaire, pour progresser rapidement en quelques mois;

2° L'apparition de douleurs à cette époque précise où le néoplasme change d'aspect;

3° La vascularisation périphérique remarquable qui permit de soupçonner l'existence d'une tumeur de mauvaise nature, alors que tous les autres signes plaidaient en faveur d'un fibrome pur ou d'un lipôme, chez un malade âgé de 61 ans;

4° La délimitation exacte de la tumeur par une coque fibreuse qui en faisait une affection bénigne, jusqu'au jour où le sarcome aurait franchi ses limites.

5° La transformation du fibrome en fibro-sarcome au bout d'un temps relativement long.

Digitized by Google

20. Ozène symptomatique d'une nécrose partielle du maxillaire supérieur gauche ; par M. AUDOUARD, interne des hôpitaux.

www.libool.com.cn

Le 23 octobre 1876, Anna Haemp..., âgée de 20 ans, a été admise dans le service de M. LAILLER, à l'hôpital Saint-Louis. Elle avait un ozène intense qui durait depuis plus d'un an. On ne peut recueillir aucun détail précis sur les antécédents morbides de sa famille. Sa mère serait morte avec des plaies sur le corps. Elle a un frère et une sœur bien portants. — D'origine hongroise, elle avait toujours habité Bucharest, et n'est à Paris que depuis onze mois.

Elle paraît bien constituée; sur le visage on remarque des pustules d'acné; elle aurait eu, il y a six ans, des douleurs rhumatismales. A cette époque, elle habitait un endroit humide. — Les règles sont régulières depuis l'âge de quinze ans. On peut fixer à deux ans et demi, le début de l'affection actuelle. La malade a commencé dès lors, à se plaindre de douleurs de dents, sans qu'aucune paraisse gâtée, et de névralgies de la face, toujours limitées au côté gauche. Ces symptômes auraient coïncidé avec des maux de gorge très-fréquents, ceux-ci auraient donné lieu à un engorgement ganglionnaire de la région sous-maxillaire, qui a disparu après l'usage de sangsues, dont on retrouve les cicatrices près de l'angle gauche du maxillaire inférieur. — Les douleurs névralgiques ont toujours persisté depuis. Il y a un an, sans que la malade ait jamais reçu de coup soit sur la mâchoire supérieure, soit sur le nez, sans avoir jamais remarqué la moindre trace de fluxion dentaire, elle a mouché du pus mélangé de croûtes, et elle a eu de l'ozène.

A l'entrée de la malade à l'hôpital, on retrouve les mêmes symptômes. Fétidité nasale, croûtes dans le nez, mucus mêlé de pus, enfin céphalalgie. — A l'examen de fosses nasales, on constate la destruction du cartilage de la cloison et d'une grande partie du vomer. Avec un stylet introduit par la narine gauche, on arrive sur une surface osseuse érodée, correspondant au plancher de la cavité nasale gauche, et située en arrière de l'orifice externe.

On arrache avec des pinces la partie antérieure du cornet inférieur gauche, puis on retire, après plusieurs tentatives successives, un séquestre du volume d'une aveline. Cette portion d'os nécrosé présente exactement deux loges alvéolaires que l'examen de la mâchoire supérieure a permis de rapporter aux deux petites molaires du maxillaire supérieur gauche. En effet, les dents de la mâchoire supérieure sont implantées très-régulièrement à l'exception des deux pe-

Digitized by Google

tites molaires gauches. Celles-ci ne sont pas au même niveau, elles sont pour ainsi dire enfoncées dans le tissu osseux par rapport aux canines, et aux grosses molaires voisines. Elles tremblent facilement, sans que leur substance soit pour cela altérée. Depuis longtemps, d'ailleurs, la malade avait remarqué que ces deux dents tremblaient; et elle avait cessé de mâcher les aliments de ce côté de la mâchoire.

Si, par hasard, un corps résistant venait s'interposer en ce point pendant la mastication, la malade éprouvait une sensation douloureuse particulière, comme si ces deux dents s'enfonçaient dans la mâchoire. L'inactivité de cette partie de la mâchoire et surtout l'élimination du séquestre par la cavité nasale doivent être invoquées pour expliquer la conservation de ces deux molaires qui, depuis longtemps, n'étaient plus retenues dans leur alvéole, et qui étaient maintenues seulement à leur place par l'adhérence de la muqueuse au collet.

Il importe de noter que la sertissure gingivale est saine et ne présente pas de décollement. Jamais la malade n'a eu d'abcès ni de trajet fistuleux dans la bouche. La muqueuse gingivale du vestibule est saine en tous points. La muqueuse palatine, dans sa portion alvéolaire gauche, contraste avec celle du côté droit.

Elle est tuméfiée, les saillies sont très-accusées, la coloration est la même, mais on sent une fausse fluctuation. De plus, les portions alvéolaires et palatines gauches ont subi dans leur ensemble un mouvement de retrait et les parties sysmétriques de la mâchoire supérieure ne sont plus sur un même plan horizontal. Le nez n'est pas déformé; les os propres paraissent sains. Depuis l'extraction du sequestre, la fétidité nasale diminue et les douleurs de tête ont disparu.

La malade paraît avoir perdu en grande partie le sens olfactif. Différentes odeurs ne sont pas perçues. L'ammoniaque ne provoque chez elle que des picotements à la gorge. — L'amélioration se produit rapidement et la malade sort le 16 novembre 1876. — Le matin, elle mouche encore quelques croûtes purulentes. L'ozène a presque entièrement disparu. Du côté de la cavité buccale, la tumeur palatine semble un peu diminuée. Les deux petites molaires tremblent et la malade ne peut mâcher du côté gauche.

20. Cancer du testicule; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Soll... Charles, 39 ans, entre le 27 octobre dans le service de M. GOSSELIN.

Le testicule gauche présente une tuméfaction considérable, très-fluctuante au côté externe. Le cordon est intact; la santé

Digitized by Google

n'est pas altérée. Le malade dit avoir remarqué, il y a un an, que ce testicule augmentait de volume; toutefois, il ne ressentait pas de douleurs. Au mois de juillet, une ponction fut faite dans la tumeur; elle donna issue à une certaine quantité d'eau rousse.

En octobre, deux nouvelles ponctions furent pratiquées; elles ne fournirent que du sang en petite proportion. — Aucun antécédent syphilitique; aucun symptôme de tubercule dans les organes, et notamment dans les poumons.

30 *octobre*. La castration est décidée, et, bien que l'idée d'une hématocèle doive être rejetée, M. Gosselin fait, avant de procéder à la castration, une ponction dans un point où la tumeur est nettement fluctuante. Cette ponction évacue du sang et des grumeaux fibrineux. Alors, les tuniques du scrotum sont incisées, et l'on ouvre une vaste poche dont les parois épaisses sont tapissées de fausses membranes de consistance variable. Celles-ci sont enlevées, la poche est nettoyée avec grand soin, et l'on constate que le testicule est profondément altéré. La castration est alors pratiquée. — Aujourd'hui (20 décembre) le malade est guéri, mais non sans avoir eu une funite suppurée qu'il a fallu drainer. (Il n'existe aucun symptôme de récidive ou de généralisation).

L'examen de la pièce montre que la poche vidée par la ponction était, non pas la vaginale, dont les deux feuillets sont accolés sur presque toute leur étendue, et ne se trouvent séparés qu'en un point très-restreint, mais bien un kyste sanguin développé dans le parenchyme altéré du testicule, au-dessous de la vaginale viscérale.

Remarques. Ce qui fait l'intérêt de cette pièce, c'est la disparition presque complète de la vaginale, alors qu'un kyste sanguin de dimensions à peu près semblables à celles de cette séreuse offrait par rapport au testicule une disposition analogue à celle de la séreuse normale : l'organe occupait le bord interne et supérieur de la tumeur. — De là, une cause possible d'erreur : possibilité de confondre cette disposition pathologique avec l'état normal.

En pareil cas, on pourrait prendre les altérations de ce kyste pour celle d'une hématocèle de la vaginale, et, opérant cette prétendue hématocèle, laisser un testicule altéré qui aurait nécessité plus tard la castration. — Un examen attentif, très-minutieux, a permis et permettra toujours en pareil cas de reconnaître cette disposition, si elle existe, d'éviter cette erreur, et par suite d'enlever immédiatement le testicule.

M. Renaut pense qu'il sera intéressant de définir la nature exacte de cette tumeur. Il y a en effet une variété de cancer

Digitized by Google

du testicule, que M. Malassez appelle forme mixte, et dans laquelle on trouve, avec une végétation de l'épithélium des tubes séminifères (épithélioma myxoïde) une trame de sarcome. Ces tumeurs donnent lieu à l'altération des séreuses, des ganglions, et menacent de généralisation. Elles prennent souvent ce masque de vaginalites hémorrhagiques (1).

M. DURET a vu M. Tillaux enlever une tumeur analogue à celle qui vient d'être présentée. En ce moment même, le malade offre une généralisation du produit morbide.

---

(1) NOTA. L'examen microscopique a montré des amas de cellules à noyaux volumineux, séparés par des fibrilles de tissu conjonctif, en un mot la disposition que l'on décrit actuellement avec Billroth sous le nom de sarcome alvéolaire.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

DÉCEMBRE 1876

Séance du 1er Décembre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

1. Déchirure du rein; — vaste épanchement sanguin dans le parenchyme rénal ; — abcès consécutif; par M. BARTH, interne des hôpitaux.

La nommée Marie Appel..., âgée de 70 ans, femme de ménage, entre le 2 novembre 1876 à la Charité, dans le service de M. GOSSELIN.

Cette femme, bien constituée et encore assez robuste, a fait, le 31 *octobre* dernier, en vaquant à ses occupations ordinaires, une chute dans la rue. Le côté droit du tronc a porté assez rudement sur l'angle d'un trottoir; en même temps la malade s'est brûlée assez fortement au bras gauche avec le contenu d'un vase plein d'eau bouillante qu'elle portait à la main.

Elle a pu néanmoins se relever avec un peu d'aide et rentrer chez elle; elle s'est mise au lit, souffrant beaucoup dans le flanc droit. Les douleurs ont augmenté pendant les deux jours suivants et ont envahi toute l'étendue du ventre; il y a eu des légers frissons suivis de chaleur et une insomnie complète. La malade n'a rendu depuis l'accident qu'une très-petite quantité d'urine sanguinolente.

Examinée le 2 *novembre* au soir, elle présente les symptômes suivants: le flanc droit, que la malade indique comme le siége du mal, est très-sensible à la pression, sans aucune trace d'ecchymose; la même sensibilité existe au niveau de l'hypochondre, il n'y a point de signes appréciables d'une fracture des côtes; le ventre, légèrement ballonné, est douloureux, surtout à droite. La malade n'ayant pas uriné depuis la veille, le cathétérisme est pratiqué et ne donne issue qu'à une petite quantité d'urine assez fortement mélangée de sang. Le pouls

Digitized by Google

est élevé et fréquent; il y a de la fièvre et beaucoup de faiblesse; point de vomissements. — On diagnostique une contusion de déchirure du rein.

3 *novembre*. La malade se plaint de toux et de dyspnée: l'exploration attentive de la poitrine fait découvrir une matité assez prononcée avec souffle tubaire au tiers inférieur du poumon droit. Ces symptômes sont attribués à une pleuro-pneumonie développée à la suite de la contusion du thorax. — Application de six ventouses scarifiées; potion kermès, 0 gr. 10.

4 *novembre*. La dyspnée a un peu diminué, mais la matité augmente; le souffle tubaire s'est éloigné de l'oreille; il y a de l'égophonie et un affaiblissement marqué des vibrations thoraciques; point d'expectoration. Les veines peu abondantes, renferment toujours peu de sang; la sensibilité du ventre diminue.

Le 5 et le 6 *novembre* même état : l'épanchement pleural est stationnaire. La faiblesse générale est moins prononcée; l'appétit et les forces semblent revenir.

8 *novembre* l'hématurie qui avait presque entièrement cessé, reparaît très-abondante; cependant la malade n'accuse aucun phénomène nouveau : il n'y a presque plus de sensibilité dans le ventre; les mixtions se font sans douleur et sans fréquence exagérée. Mais la palpation des parois abdominales fait reconnaître l'existence d'une tuméfaction dure et rénitente, peu douloureuse, qui occupe la région rénale droite et se continue sans ligne de démarcation avec le foie: cette tumeur, peu marquée en arrière, est mate à la percussion dans toute son étendue; elle ne paraît pas fluctuante.

La malade interrogée à ce sujet dit n'avoir jamais ressenti avant sa chute aucun trouble du côté des reins; ses urines étaient normales; elle ne s'est pas aperçu d'un gonflement de son ventre. — On suppose un cancer du rein droit resté à l'état latent, et qui aurait pris depuis l'accident un développement plus rapide.

Les jours suivants la situation reste la même: les urines, de couleur chocolat, renferment une énorme quantité de globules sanguins. Par le refroidissement elles laissent déposer une notable proportion de pus. — L'état général est mauvais; la langue est sèche et fuligineuse, l'appétit nul; — il y a de la fièvre le soir et une extrême faiblesse. Cependant l'épanchement pleural se résorbe assez rapidement: l'égophonie et le souffle tubaire disparaissent, la sonorité est revenue presque jusqu'à la base du thorax.

Du 15 au 22 *novembre* l'hecticité fait des progrès rapides; la tumeur abdominale augmente constamment de volume; l'hé-

Digitized by Google

maturie persiste avec les mêmes caractères, mais la quantité des urines diminue. — Mort le 23 novembre.

AUTOPSIE. — Les *organes thoraciques* paraissent sains : il n'y a pas de côtes fracturées ; on trouve seulement du côté droit quelques adhérences pleurales récentes, traces de la pleurésie mentionnée plus haut. — Les poumons et le cœur n'offrent rien de remarquable.

La *cavité abdominale* étant ouverte, on trouve dans la région rénale droite une infiltration sanguine sous-péritonéale qui s'étend dans la fosse iliaque et jusqu'au voisinage du rectum. — La cavité du péritoine renferme quelques cuillerées de sang liquide réuni surtout dans les culs-de-sac pelviens ; il n'y a aucune trace de péritonite. L'examen le plus attentif ne permet pas de reconnaître la moindre écaillure à la surface du péritoine.

La *tumeur* observée pendant la vie appartient manifestement au rein droit : séparée des parties voisines et du foie, avec lequel elle offre quelques adhérences, elle se présente sous l'aspect d'une partie fluctuante à parois épaisses, d'un volume au moins triple de celui du rein normal.

Cette poche incisée le long de sa paroi antérieure laisse échapper environ trois cents grammes d'un liquide épais, rougeâtre, formé d'un mélange de sang et de pus ; la surface intérieure inégale et tomentueuse offre en certains endroits un aspect fongueux qui peut faire croire à l'existence de masses encéphaloïdes en voie de ramollissement, mais un examen plus approfondi démontre bientôt qu'il n'en est rien : le tissu rénal, nullement dégénéré, est comme divisé à sa partie moyenne, et les deux moitiés du rein sont refoulées aux extrémités supérieure et inférieure de la poche ; celle-ci n'offre pas de membrane propre, ses parois sont constituées en haut et en bas par le parenchyme rénal déchiqueté et tomenteux, dans le reste de leur étendue par le tissu cellulaire périrénal condensé et épaissie ; la tunique fibreuse du rein paraît avoir été rompue ; elle se retrouve intacte et non décollée, au niveau des extrémités de l'organe. A la surface extérieure se voient des lobules graisseux infiltrés de sang et formant des masses indurées. Les voies urinaires sont perméables et n'offrent aucune trace d'inflammation ; le bassinet aplati au côté interne du kyste n'offre pas à l'œil nu de communication directe avec celui-ci ; les vaisseaux rénaux sont parfaitement sains.

Les autres organes ne présentent aucune lésion qui mérite d'être notée.

RÉFLEXIONS. Ces faits se rapportent évidemment à une large déchirure du rein, suivie d'épanchement sanguin dans l'épais-

Digitized by Google

seur même de l'organe et à sa périphérie, et qui a donné lieu à la formation d'un vaste abcès.

Le cas est remarquable : par l'importance de la lésion traumatique peu en rapport avec la cause qui l'a produite ; par le peu d'intensité des phénomènes observés du côté du péritoine ; enfin par le développement rapide et le volume insolite de l'abcès, par la promptitude avec laquelle ses parois se sont épaissies, par l'intensité de l'hématurie qu'il a produite.

2. Lipôme de l'intestin ; par M. le Dr Morel (1).

Le 17 mars de cette année, la femme G., âgée de 46 ans, mère de 4 enfants, me fait appeler. Elle dit avoir éprouvé depuis 3 ans, chaque matin après son déjeûner et environ pendant 5 minutes, des douleurs ressemblant à celles de l'accouchement et siégeant exactement au-dessus du pubis. Après quoi, elle ne ressent plus rien jusqu'au lendemain. Depuis un an, ces douleurs sont plus intenses et se font sentir également après le dîner, les règles ont manqué depuis leur apparition. La santé générale n'est pas altérée. Le toucher vaginal et rectal, ne donnent que des renseignements sans valeur.

La femme G. se plaint de flatuosités assez incommodes ; je prescris sur l'abdomen des embrocations avec de l'huile de camomille camphrée et des lavements avec une infusion de camomille.

Le 19 mars, vingt minutes après le second lavement, la femme G. éprouve un vif besoin d'évacuer. Elle se présente à la garde-robe et sent un corps volumineux s'échapper par l'anus. C'était un lipôme.

Remarque. Dans quelle partie de l'intestin ce lipôme était-il implanté ? Le siége de la douleur pourrait peut-être conduire à admettre que c'était dans l'intestin grêle. Cependant je pense qu'il est difficile de rien préciser à cet égard. Je crois que cette production morbide, en raison surtout de ses dimensions, peut offrir quelque intérêt.

M. Houel fait remarquer que les lipômes vrais faisant saillie dans l'intestin sont très-rares. Il n'en est pas de même des tumeurs fibreuses dont quelques-unes peuvent renfermer dans leur intérieur une notable quantité de graisse. Ces dernières sont même parfois pédiculées, ainsi qu'il a pu l'observer dans un cas.

---

(1) La pièce a été présentée par M. Charcot à qui elle avait été adressée avec l'observation qui va suivre.

Digitized by Google

3. Leucémie. Lymphadénome? énorme du cou. Extirpation suivie de guérison. — Récidive. — Mort; par M. PAUFFARD, interne des hôpitaux.

Etienne Antoine, 23 ans, frappeur forgeron, entre le 23 mars 1876, à Lariboisière (service de M. PANAS), pour une énorme tumeur de la moitié latérale gauche du cou. Point d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux ni dans sa famille ni chez lui. C'est un homme assez robuste, grand, ne faisant pas d'excès, travaillant beaucoup; 4 mois avant son entrée, à la suite d'un effort, selon lui, il sentit une vive douleur au cou, en même temps qu'il perçut un craquement au même endroit. Quelques jours après, il constata au-dessus de l'acromion une petite grosseur, roulant sous le doigt, laquelle augmenta rapidement de volume : il ne changea rien à ses habitudes et ne s'en occupa point. Elle fit alors pendant les 3 mois qui suivirent, d'énormes progrès: il vient à l'hôpital se la faire enlever. — Au moment de son entrée elle est très volumineuse, elle s'étend transversalement de la grande corne de l'os hyoïde et de la trachée jusqu'au-dessous du trapèze à une profondeur difficilement appréciable, mais considérable; de haut en bas, elle va de l'angle de la mâchoire inférieure, à la clavicule, jusqu'à 0 m. 03 de l'acromion. Le larynx et la trachée sont même déviés à droite, la peau bosselée comme la tumeur, est intacte, adhérente, assez tendue.

L'état général n'est point mauvais; pourtant on constate un bruit de souffle léger à la base du cœur et dans les vaisseaux : le teint général du malade est d'un blanc mat. Dyspnées intermittentes, augmentées par la fatigue : appétit conservé : rien dans les urines.

La percussion de la rate donne un résultat négatif : pas d'autres engorgements ganglionnaires, ni dans l'oreille du même côté, ni dans la moitié droite du cou, ni dans les urines. Le sang examiné, révèle l'existence de globules blancs plus nombreux qu'à l'état normal. Rien du côté du foie : point de ganglions bronchiques. — Avant le traitement chirurgical, on fait quelque tentatives avec la liqueur de Fowler : 10 gouttes sont injectées dans le parenchyme des ganglions le matin pendant 12 jours presque consécutifs.

15 *avril*. Pas d'effet général : pas de modifications locales : en un point pourtant la tumeur semble avoir diminué, et en outre, la peau rougit, s'enflamme. On ajoute au traitement dix gouttes de la même liqueur, prise à l'intérieur, cinq avant chaque repas.

23 *avril*. Amélioration plus sensible; la rougeur a diminué

Digitized by Google

en même temps que le volume des ganglions. Le malade veut partir le 27 avril.

www.libtool.com.cn

1er *juin*. Il revient à cette époque : son état s'est aggravé ; la masse a considérablement durci, s'est un peu étendue, et est brûlante au toucher. Mauvais état général : pâleur excessive, amaigrissement, anorexie, fièvre tous les soirs.

2 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglion postéro-supérieur.

5 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un autre situé en bas et en avant.

7 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglion moyen.

10 *juin*. 10 gouttes liqueur Fowler dans un ganglions inférieur. — Pas de résultats. L'opération est fixée au 1er juillet.

1er *juillet*. Incision en T, une branche verticale suivant le bord antérieur du sterno-mastoïdien : la deuxième horizontale est dirigée en arrière, masses ganglionnaires, dures et blanches comme du cartilage, confondues entr'elles et s'étendant jusqu'aux apophyses cervicales transverses ; les gros vaisseaux du cou sont disséqués : le corps thyroïde mis à nu malgré le nombre des artérioles ouvertes, hémorrhagie peu abondante. Ligature avec le catgut : pansement de Lister.

La cicatrisation débute bien : dès le surlendemain, la partie supérieure de l'incision est réunie par première intention. Pansements tous les jours.

5 *juillet*. Signes d'érysipèle blanc gagnant rapidement les parties voisines et ayant pour point de départ la plaie. (Tempér. 39 à 40 ; pouls de 120 à 130, prostration, diarrhée.)

8 *juillet*. La face est envahie, délire léger.

12 *juillet*. Desquamation : la plaie prend meilleur aspect.

14 *juillet*. A partir de ce moment jusqu'à la cicatrisation, point d'accidents : bourgeons charnus très-vasculaires, abondants.

12 *août*. Il ne reste qu'une petite plaie superficielle : on fait un pansement glycériné. Etat général meilleur : appétit revenu pas de fièvre.

27 *août*. Part pour Vincennes n'ayant plus qu'un point suintant à peine : la tête est un peu inclinée à gauche à cause de la cicatrice : on constate pour la première fois un peu de paralysie du deltoïde.

Dans les premiers jours de *septembre*, le malade revient avec de nouvelles grosseurs au-dessus de la clavicule gauche : plaie non fermée.

22 *septembre*. Rentré dans le service, il ne peut mouvoir son bras gauche qui est d'ailleurs douloureux au moindre mouvement communiqué, et même au repos : ganglions sous l'aisselle gauche et aussi au-dessus de la clavicule droite.

Digitized by Google

Pendant le mois d'*octobre*, une masse ganglionnaire énorme se forme dans la cicatrice et refoule de nouveau la trachée et le larynx. 97 accès de dyspnée. Le bras gauche est paralysé complétement et s'infiltre.

9 *novembre*. Accès de toux et suffocation (morphine et chloral). Chambres pulmonaires : cornage.

15 *novembre*. *Orthopnée*, insomnie, expectoration muco-albumineuse très-abondante : refroidissement général.

24 *novembre*. Même état avec aggravation des symptômes. (6 grammes de chloral et 15 centigr. d'extrait thébanique).

28 *novembre*. Dyspnée de plus en plus violente : 97 râles dans la poitrine : étouffements plus longs et plus rapprochés. Agitation continuelle et cris pendant la nuit: même expectoration, même toux, mêmes râles. Pas de cyanose.

29 *novembre*. En voulant se lever, le malade meurt subitement.

Autopsie. *Au cou*, masses ganglionnaires, comprimant au dessous de la clavicule et englobant le paquet vasculo-nerveux du plexus brachial et des vaisseaux axillaires. Dans la veine axillaire, caillot de 3 à 4 centimètres, s'étendant en arrière aux vertèbres cervicales et comprimant en dedans, vaisseaux, larynx et trachée ; sur un ganglion, développé à droite, ovalaire, gros comme un œuf de poule, caché dans sa moitié inférieure par la clavicule et aplatissant transversalement les premiers anneaux de la trachée, dont la section présente une coupe ovalaire. — Corps thyroïde un peu atrophié. — Gros ganglion dépassant la fourchette sternale de 5 centimètres et plongeant dans le médiastin antérieur jusqu'à l'origine des gros vaisseaux du cœur, d'ailleurs intacts.

Thorax. Pas de ganglions médiastiniques postérieurs. Cœur normal. Poumon hyperhémié : mucosités abondantes dans les branches. Un peu de liquide séro-sanguinolent dans la plèvre gauche : adhérences généralisées, celluleuses de la plèvre droite avec la paroi costale.

Encéphale. Méninges congestionnées ainsi que la substance blanche des hémisphères. Pas d'autres altérations.

Abdomen. *Estomac* dilaté. *Foie* très-volumineux, hyperhémié : à gauche du ligament suspenseur, sur la face convexe, sous le péritoine et probablement sous la capsule de Glisson, s'est développé une sorte de marron blanc, dur, parfaitement limité, sans zone d'inflammation périphérique, contigu avec le tissu hépatique qui est aux points de juxtaposition un peu hyperhémié, marron paraissant enfin être de nature ganglionnaire.

Rate. Extrêmement volumineuse, dure, bosselée, mesurant 0,28 c. de longueur sur 0,15 dans son plus grand diamètre

Digitized by Google

transversal. A une coupe longitudinale, on constate dans toute l'étendue du parenchyme un semis de noyaux ganglionnaires, disséminés partout, confluents en certains points, surtout en haut, plus rares ailleurs, et de différentes grosseurs. Ces petits noyaux blancs, durs à la coupe, sont plongés dans un tissu rouge, résistant, avec travées fibreuses, émanées de la capsule, elle-même épaissie et résistante. L'examen histologique de toutes ces pièces sera donné ultérieurement.

Ganglions mésentériques gros, se continuant, seulement du côté droit, avec les ganglions de la fosse iliaque. Les *reins* ne présentent rien de particulier, non plus que les capsules surrénales.

M. PETIT demande si l'auscultation n'a pas donné quelques signes particuliers en rapport avec la compression de la trachée. Il a présenté en 1874 une pièce analogue à celle-ci ; pendant la vie de la malade, on constata dans une grande étendue de la poitrine, et surtout du côté gauche, un souffle bronchique interne. Il y avait un épanchement pleural à gauche, épanchement qui, au bout de quelques jours, nécessita la thoracentèse ; à l'autopsie, on trouva également une certaine quantité de liquide dans la plèvre droite. Le diagnostic avait été lymphadénome ; comme ici, les ganglions cervicaux et bronchiques étaient malades et la trachée comprimée ; il y avait de plus des masses disséminées dans les poumons, et la paroi antérieure gauche du thorax était envahie dans une assez grande étendue par le néoplasme.

M. MOUTARD-MARTIN a observé récemment dans le service de M. Gosselin un fait comparable à l'observation de M. Pauffard sous certains aspects : L'auscultation et la percussion ne donnèrent que des signes douteux d'épanchement dans la plèvre gauche ; il n'y avait que de la submatité ; la respiration mêlée à quelques râles bronchiques s'entendait jusqu'à la base du thorax, l'œgophonie était douteuse. L'existence d'un épanchement ne fut démontrée qu'au moment de l'autopsie.

Chez ce malade, les ganglions envahis étaient extrêmement nombreux et formaient trois tumeurs : l'une, sus-claviculaire, l'autre pectorale et la troisième lombaire. La première envoyait un prolongement qui comprimait le paquet vasculo-nerveux de la région, et le malade eut, dans les derniers jours seulement, une paralysie des extenseurs ; ces muscles furent les seuls paralysés. La seconde faisait saillie à la par-

Digitized by Google

tie latérale gauche du sternum ; l'autopsie montra qu'elle était formée par le prolongement d'une masse intra-thoracique, formée par les ganglions bronchiques qui s'était insinuée dans deux espaces intercostaux, non toutefois sans avoir produit une fracture de la 3e côte. La troisième était située sur la ligne médiane, et facilement accessible à la palpation. La trachée et le cœur étaient fortement déviés.

M. Moutard-Martin désirerait savoir si les testicules du malade de M. Pauffard ont été examinés. Cet examen aurait peut-être révélé dans le parenchyme de l'organe l'existence d'un noyau néoplasique, ainsi que cela est arrivé pour le malade de M. Gosselin.

4. Tumeur (Psammome) de la face interne de l'hémisphère gauche, sans symptômes paralytiques ; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

La nommée Doy, 80 ans, morte à l'infirmerie de la Salpêtrière, service de M. LUYS. — La malade arrivée dans la journée pour des accidents pulmonaires et cardiaques n'avait pas été examinée dans le service.

AUTOPSIE. On trouve dans l'hémisphère gauche du cerveau une tumeur arrondie, légèrement bosselée, d'un diamètre de 2 cent. 1/2, située à la face interne du lobe frontal ; le centre de la tumeur correspond au sillon qui sépare la première circonvolution frontale des deux petites circonvolutions qui bordent le corps calleux à ce niveau ; ces circonvolutions sont fortement refoulées et aplaties ; la tumeur fait une légère saillie en dehors du plan qui marque la face interne de l'hémisphère. Elle s'enfonce de 2 centimètres à peu près dans le tissu cérébral. La partie profonde correspond juste au milieu du trajet de la 1re circonvolution frontale.

On prit des renseignements dans le dortoir de la malade ; les détails fournis par les surveillants, les filles de service et les deux voisines de lit de la malade sont très-précis : la femme Doy n'avait jamais accusé que de l'oppression due à son affection cardio-pulmonaire ; jamais on ne lui avait connu d'accidents pouvant faire prévoir une lésion cérébrale ; elle parlait bien, elle était à peu près toujours levée, sortait de son dortoir, sans s'appuyer sur une canne ; elle passait ses journées à coudre ou à tricoter.

Digitized by Google

5. Paralysie labio-glosso-laryngée; par M. SABOURIN, interne des hôpitaux.

La nommée Tup..., 74 ans, sans profession, couchée au n° 1 salle Saint-Mathieu, à la Salpétrière, service de M. LUYS.

Antécédents. Aucune affection nerveuse à relever chez les parents. La malade a eu des convulsions dans son enfance. Réglée à 12 ans, elle ne l'a jamais été d'une façon bien suivie, et à une époque qu'elle ne se rappelle point, elle a vu ses époques se supprimer à la suite d'une peur que lui fit un homme fou? Elle a eu six enfants, tous morts d'affections diverses, mais aucun n'a eu de convulsions. D'ailleurs la malade avait toujours une excellente santé et n'a jamais eu d'accidents nerveux depuis son adolescence. Il y a un an, à peu près (mai ou juin 1875) (?) que la maladie aurait débuté; elle lui attribue comme cause principale des chagrins violents à la suite de pertes d'argent. A cette époque, dans son dortoir, elle fit une chute, à la suite de laquelle elle ressentit une douleur extrêmement vive et persistante au niveau de la partie latérale et postérieure du cou, et vers la région mastoïdienne. A partir de cette époque, les troubles de la parole et de la déglutition s'établirent; mais il est difficile d'obtenir de la malade des renseignements exacts sur leur mode d'apparition et d'accroissement. Tout ce qu'elle peut dire ou faire comprendre, c'est qu'elle s'est aperçu de sa maladie par la nécessité où elle était de se clore la bouche avec la main, et de soutenir sa mâchoire inférieure pour manger. La difficulté de la parole ne serait venue qu'ensuite; enfin, à aucune époque, elle n'aurait eu de symptômes fébriles ou cérébraux.

État actuel (juin 1876) : malade bien constituée quoique amaigrie, ayant toute son intelligence; aucune déviation des traits: la tête se tient parfaitement en équilibre.

La bouche reste constamment béante, et il s'en écoule sans cesse de la salive; mais la malade peut encore, quoique avec peine, rapprocher ses mâchoires. Les dents font absolument défaut sur les deux maxillaires; la langue, couchée derrière l'arcade dentaire inférieure, est absolument immobile, comme ratatinée, et la muqueuse est plus ridée transversalement qu'à l'état normal; impossibilité pour la malade de la remuer volontairement, de la sortir de la bouche, de l'élever vers la voûte palatine. Le voile du palais pend flasque et inerte, sans aucune déviation de la luette; les attouchements du voile n'y provoquent aucun mouvement.

Quand la malade veut parler, elle se bouche instinctivement les narines avec les doigts; il est fort difficile de comprendre

Digitized by Google

ce qu'elle veut dire, dans l'impossibilité où elle est de prononcer les consonnes labiales et d'ailleurs presque toutes les consonnes; son langage se compose d'une succession de voyelles à travers lesquelles on distingue encore quelques ébauches de mots; en revanche, elle se livre à des gestes multiples et désespérés. Pendant ce temps ses lèvres restent immobiles. Il résulte de cette inertie du voile du palais, et de cette flaccidité des lèvres que la malade ne peut accomplir l'acte de souffler ou de siffler.

C'est surtout par le langage écrit qu'elle se fait comprendre qu'elle demande ce dont elle a besoin, et qu'elle peut donner les renseignements relatifs à son histoire. Son écriture est très-nette et très-lisible au moins en tant que configuration des lettres.

Lorsqu'elle veut manger, elle coupe ses aliments très-minces, émiette son pain, l'introduit dans sa bouche le plus profondément qu'elle peut, puis rapproche ses mâchoires avec sa main, en renversant la tête fortement en arrière, et tâche de déglutir : quelquefois elle supplée à la mastication régulière, en rapprochant et en écartant ses mâchoires au moyen de ses mains; si les aliments reviennent en avant, elle les refoule avec les doigts vers la base de la langue; très-souvent les matières alimentaires tombent sur l'ouverture du larynx, d'où des accès de suffocation et des quintes de toux.

L'expuition ne pouvant se faire, la malade va recueillir les mucosités avec son mouchoir, introduit profondément dans le pharynx.

Elle essaye rarement de boire avec un verre, car la plus grande quantité du liquide sort aussitôt par la bouche béante, mais elle se sert d'une théière à long bec qui lui permet de porter les boissons jusque dans le pharynx, pendant qu'elle renverse la tête en arrière; il en passe une partie dans l'œsophage, une autre partie est rejetée par la bouche, et tout cela s'accompagne de suffocations.

Un symptôme que la malade présente depuis quelque temps, c'est la luxation bilatérale et parfaitement nette de la mâchoire inférieure, luxation d'ailleurs aussi facile à réduire qu'à se reproduire.

État général : aucun trouble intellectuel, si ce n'est l'ennui de sa fâcheuse position; la vue est excellente, les yeux sont vifs, intelligents, les pupilles égales, moyennement dilatées : l'ouïe est intacte, les mouvements de la moitié supérieure de la face sont conservés dans leur intégrité; il en est de même des mouvements et de la sensibilité dans les membres supérieurs et inférieurs. La malade est constamment à se promener.

Digitized by Google

L'examen attentif des muscles de tout le corps ne montre aucune atrophie.

Rien au cœur d'anormal. — La malade tousse légèrement; un peu d'emphysème pulmonaire. Le murmure respiratoire semble bien faible par rapport à la dilatation du thorax à chaque inspiration.

Dans cet état, la malade habite tantôt son dortoir, tantôt l'infirmerie, mais ne reste jamais couchée pendant le jour; on la trouve dans les cours de la Salpétrière, ayant constamment son mouchoir appliqué sur la bouche, pour empêcher l'écoulement de la salive. La malade rentre à l'infirmerie pour la dernière fois, au milieu d'octobre 1875, à cause de la difficulté qu'elle a à se nourrir dans son dortoir.

A ce moment, elle ne peut plus prendre que des aliments liquides (bouillon, lait, tisanes); sa maigreur est extrême; mais son intelligence est intacte, et elle a toute son énergie; rien de nouveau ne s'est produit dans l'état de la face, ni des membres; toutefois, elle porte la tête un peu inclinée en avant, elle se luxe continuellement la mâchoire inférieure, ce qui la tourmente beaucoup; elle ne pousse plus que des sons inintelligibles.

En présence de cet état d'inanition, on veut la nourrir à la sonde œsophagienne, mais elle s'y refuse énergiquement; elle refuse même de prendre du bouillon dans les derniers jours. Le 1er novembre, elle tombe de son lit pendant la nuit; les jours suivants elle s'affaiblit progressivement, la mort arrive le 5 novembre sans symptômes nouveaux.

Autopsie, 26 heures après la mort. *Tube digestif.* Depuis l'estomac jusqu'au rectum, l'intestin est fortement rétracté, vide, à parois décolorées.

Appareil circulatoire: Quelque induration de la valvule mitrale; aorte légèrement adhéromateuse; le cœur est peu volumineux dans son ensemble. Les *reins* sont remarquablement petits, mais à surface lisse, sans altérations remarquables à la vue. Les *poumons* et le foie n'offrent rien de particulier.

Système nerveux. Rien à noter dans les méninges cérébrales et rachidiennes, ni dans les circonvolutions.

Les coupes méthodiques des deux hémisphères cérébraux ne montrent rien d'anormal à la simple vue. Il en est de même pour le cervelet et la protubérance. Autour du bulbe, vers le sillon qui la sépare de la protubérance, on remarque un léger épaississement de la pie-mère, et comme une richesse anormale des filaments celluleux la réunissant au tissu nerveux.

A l'œil nu, le bulbe n'offre à noter ni changement de coloration, ni différence de volume d'un côté à l'autre, ni indura-

Digitized by Google

tions générales ou partielles ; mais quand on l'examine du côté du 4e ventricule, il semble que cette partie du plancher de substance grise, soit comme ramassée dans le sens vertical, et comme plus courte qu'à l'état normal. — Les *origines des nerfs bulbaires* et surtout des hypoglosses, se sont bien arrachées, malgré les soins, pendant l'ablation de l'encéphale, ou bien sont confondues avec les nombreux filaments celluleux qui siégent à ce point. — La *moelle* n'offre rien de spécial à l'œil nu. — Les *muscles* des membres supérieurs et inférieurs ont un aspect tout-à-fait normal.

M. CHARCOT : Cette langue représente exactement le type qui a été décrit par Duchenne de Boulogne : la pointe est d'un jaune intense tandis que les muscles de la base offrent une couleur rouge. La pointe est le siége d'une hypergénèse graisseuse qui masque l'atrophie des muscles à tel point que Duchenne avait signalé ces cas comme offrant des exemples de paralysie sans atrophie. D'autres muscles que ceux de la langue peuvent aussi présenter la même altération graisseuse : dans une observation de M. Duchenne lui-même, il est noté que le crico-aryténoïdien postérieur était jaune et que sa couleur contrastait avec la coloration rouge des muscles voisins.

Dans la paralysie labio-glosso-pharyngée, on trouve à l'examen du bulbe une lésion des grandes cellules nerveuses du noyau de l'hypoglosse, en tout analogue à celle des cornes antérieures de la moelle.

Le nerf lui-même est également altéré, ainsi que le révèle la coloration des préparations au moyen de l'acide osmique.

6. Ostéite condensante de nature cancéreuse, siégeant sur les pariétaux ; par M. C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

Marie Gau..., 64 ans, entre le 17 septembre à la Salpétrière, dans le service de M. CHARCOT. Elle a un cancer atrophique du sein droit dont le début remonte à vingt ans. L'ulcération située au-dessus et en dehors du mamelon a évolué lentement : elle paraît très-superficielle et offre la largeur du creux de la main : fongueuse, d'un rouge vif, ses bords sont taillés à pic. Pas de suppuration appréciable. — En même temps, la malade a l'œdème des membres inférieurs et des accès de suffocation. Dans un de ces accès, elle meurt le 27 novembre.

AUTOPSIE. — Le cancer du sein est superficiel : il s'est limité aux téguments; les os et les muscles sous-jacents ont été

Digitized by Google

respectés. *Poumons*. Pas de noyaux cancéreux. A droite, un peu d'œdème. Le poumon gauche est ramassé sur lui-même et présente un très-petit volume. Dilatation des bronches avec raréfaction du tissu pulmonaire.

Pas de cancer dans le *foie* ni dans le *rein* qui sont normaux. *Cœur* sain. *Cerveau* : on trouve un psammome assez volumineux déprimant la première circonvolution frontale du côté droit.

Crâne. Les os sont minces et fragiles. En regardant la voûte crânienne par transparence, on remarque sur les pariétaux cinq à six plaques blanches, transparentes, régulièrement arrondies, à bords très-nets. Leur diamètre varie de 2 millimètres à un centimètre. Le périoste est sain. Nulle part on n'aperçoit de carie de l'os. Les plaques d'un blanc laiteux se dessinent nettement sur l'os. Leur consistance est celle du tissu osseux environnant : elles ne présentent ni saillie ni dépression; les deux tables de l'os ne sont pas amincies; il n'y a pas de bourlet périphérique. — Quand on pratique un trait de scie, on constate que l'os est d'un blanc laiteux : le diploé a disparu et il est remplacé par du tissu compacte qui se continue sans interruption avec les deux tables de l'os.

L'examen histologique sera fait ultérieurement.

M. Charcot. Les plaques blanches que nous voyons sur ce crâne ressemblent à celles que l'on trouve parfois dans la colonne vertébrale. Il y a probablement à leur niveau de l'ostéite condensante. M. Ranvier considère, du reste, cette condensation comme la phase préparatoire de l'envahissement de l'os par le néoplasme.

7. Localisations cérébrales; par M. Pitres, interne des hôpitaux.

M. Pitres présente un psammome qui comprimait très-fortement la première circonvolution frontale, et la séparait presqu'en deux segments, l'un antérieur et l'autre postérieur. Cette tumeur ne s'était révélée par aucun symptôme moteur. Cette symptomatologie négative s'explique par la distance qui la séparait du lobule paracentral et des circonvolutions ascendantes.

8. Goître kystique. Développement irrégulier de la tumeur portant sur les lobes latéraux et le lobe médian du corps thyroïde. Ossifications partielles ; par M. Marchant, interne des hôpitaux.

Cette pièce, recueillie sur un homme de 72 ans, mort dans

Digitized by Google

le service de M. CONSTANTIN PAUL, n'offre pas grand intérêt au point de vue clinique, puisqu'elle n'a donné lieu, pendant la vie, à aucun trouble fonctionnel et que le malade a succombé à une affection (phthisie pulmonaire), n'ayant aucun rapport intime avec la tumeur. Ce goitre datait de la naissance, ou plutôt de la première enfance : le malade est né dans les Vosges, et dans une localité où on n'observe généralement pas de goitre : l'étiologie de cette tumeur ne peut être trouvée ni dans les antécédents héréditaires, ni dans les conditions hygiéniques du milieu dans lequel le malade a vécu, ni dans la nature de l'eau dont il usait ; notons la coïncidence ou la coexistence de lésions scrofuleuses (phthisie pulmonaire, mal de Pott, rachitisme.)

Le développement de la tumeur a été progressif sans s'accompagner de troubles fonctionnels. Le malade porte au-devant du cou et dans la région sous-hyoïdienne une tumeur constituée par deux masses latérales régulières à première vue, réunies entre elles par une troisième tumeur, véritable isthme, surmonté verticalement et en haut d'une série de petits kystes globuleux, entassés les uns sur les autres comme les grains d'un chapelet, et présentant des étranglements au niveau de leur soudure. Toute cette masse est mobile avec le larynx et, dans les mouvements de déglutition, on la voit s'élever. La palpation révèle des tumeurs indolentes présentant dans les lobes latéraux des points durs, résistants, comme ossifiés. Les kystes antérieurs, au contraire, sont fluctuants. Pas de battements, ni de bruits de souffle.

L'examen confirme que cette tumeur goitreuse est constituée par le développement de toutes les parties du corps thyroïde : les saillies latérales répondent aux lobes latéraux ; la partie médiane à l'isthme du corps thyroïde et à la pyramide de Lalouette. Les petits kystes de la pyramide de Lalouette sont à l'état de pureté et constitués par une poche fibreuse contenant un liquide visqueux. Une *coupe*, pratiquée sur les tumeurs latérales, montre qu'elles sont constituées par une enveloppe de laquelle partent des prolongements qui, se dirigeant dans l'intérieur de la tumeur, la divisent en autant de loges séparées qui contiennent des substances demi-solides différentes de couleur. C'est sur ces travées qu'on observe des ossifications, constituées par de véritables arêtes, des aiguilles osseuses implantées sur elles.

9. Kyste hydatique de la rate ; par M. BRAULT, interne provisoire.

Jal.... Philippe, 57 ans, imprimeur, entré à l'hôpital Saint-Antoine le 18 octobre 1876 (service de M. BENJAMIN ANGER.)

Digitized by Google

D'après les renseignements qu'il donne le jour de son entrée, son abdomen commença à prendre un certain développement il y a dix ans environ. Depuis, la tuméfaction du ventre s'accrut progressivement, et sans aucune diminution dans l'intervalle. Un mois avant son entrée à Saint-Antoine, il entra à l'hôpital de Saint-Denis, et là à la suite d'une diarrhée, il remarqua une diminution considérable de la tumeur.

Au moment de son entrée, il se présente avec un ventre à peu près uniformément développé comme dans l'ascite. Le développement est tellement considérable que l'ombilic a disparu, et que l'appendice xiphoïde est subluxé en avant.

La *tumeur* est lisse, sans bosselures ni duretés. Fluctuante d'une façon très-manifeste. La matité à la percussion se continue avec celle du foie, mais aussi avec celle de la rate à gauche.

Si l'on percute dans le sens vertical, on trouve que la matité est complète jusqu'à la crête iliaque au niveau de la rate, tandis qu'au niveau de l'ombilic on retrouve la sonorité intestinale; de même, à trois ou quatre centimètres au-dessous. Les caractères physiques de la tumeur, son développement lent firent porter le diagnostic : kyste hydatique du lobe gauche du foie.

Dix jours après, le 28 *octobre*, il y a eu, par l'intestin, une véritable débâcle, le ventre diminua très-sensiblement de volume, mais la mensuration ne fut pas faite. L'examen des selles ne donna aucun résultat capable de confirmer le diagnostic. Cependant la tumeur avait une matité verticale beaucoup moins considérable au niveau de l'ombilic. La matité au niveau de la rate était la même, et cette persistance de la matité avait fait songer à cette époque à un kyste hydatique de la rate.

Le 5 *novembre*, deuxième débâcle. Depuis le 5 novembre, diarrhée incoercible ; le malade qui était entré dans le service avec un aspect cachectique, s'affaiblit de plus en plus. Des matières liquides sont rejetées continuellement par l'anus; leur examen donne un résultat négatif. Dégoût complet pour les aliments. Douleurs abdominales mais pas de vomissements, aucun signe de péritonite. Mort le 29 novembre.

Autopsie. Vaste *tumeur* située dans l'hypochondre gauche, très-adhérente au diaphragme, très-adhérente aussi au lobe gauche du foie, mais on peut l'en séparer assez facilement; au contraire, la *rate* est complétement incluse dans la paroi gauche de la tumeur. Il est complétement impossible de retrouver la capsule de la rate; le tissu propre de cet organe semble séparé de la cavité du kyste par une membrane de nouvelle formation dont l'examen histologique n'a pas été fait.

Digitized by Google

— A l'ouverture de la tumeur : sérosité louche assez abondante, fausses membranes et grumeaux consistance de mastic (*hydatides dégénérées*). La tumeur est adhérente au côlon transverse mais il est impossible de retrouver l'orifice de communication entre le côlon transverse et la tumeur.

RÉFLEXIONS. Cette observation présente deux points intéressants :

1° Le fait de son ouverture dans le côlon transverse ayant donné lieu à trois débâcles, suivies de l'affaissement de la tumeur ;

2° Le fait de l'adhérence de la tumeur au foie. On comprend combien grande devait être sur le vivant la difficulté de choisir et de diagnostiquer, soit un kyste de la rate, soit un kyste du foie.

M. HOUEL fait remarquer que les kystes développés dans le parenchyme de la rate sont excessivement rares, tandis qu'il est ordinaire de voir ces productions naître dans la membrane fibreuse qui l'enveloppe. C'est là une question de siége qui a son intérêt et qui mérite d'être étudiée. Presque toujours les kystes de la rate sont sous-péritonéaux, périsplénïques.

10. Cirrhose du foie. Diminution considérable de l'urée rendue par les urines ; par Hipp. MARTIN, interne des hôpitaux.

Marie D..., 44 ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital Saint-Antoine, le 3 novembre 1876 (service de M. LANCEREAUX). — Cette femme habite à Paris depuis vingt ans ; elle est veuve depuis douze ans et n'a eu qu'un seul enfant, il y a quinze ans environ. Son mari, cordonnier, avait un caractère très-violent et est mort fou à Bicêtre, après avoir certainement fait des excès alcooliques. Le même reproche peut-il s'adresser à notre malade ? La chose a paru probable d'après la marche de l'affection du foie, quoique la malade ait refusé tout aveu formel à cet égard. Quoi qu'il en soit, elle avait toujours joui d'une fort bonne santé, et elle ne s'est sentie réellement souffrante, qu'un mois environ avant son entrée. Elle constata à cette époque une diminution notable de l'appétit avec une fatigue générale, un amaigrissement rapide et une tuméfaction progressive de l'abdomen ; le soir, enfin, après une journée de travail, il y avait un œdème très-prononcé des membres inférieurs. Vu l'augmentation rapide de l'ascite, elle dut bientôt interrompre ses occupations.

État à l'entrée. Peau brune et sèche ; œdème considérable

Digitized by Google

des membres inférieurs et ascite volumineuse; les veines sous-cutanées abdominales ne sont encore que très-peu développées. La maigreur des membres thoraciques et de la partie supérieure du tronc est extrême. La malade n'accuse du reste aucune douleur, sauf quelques élancements passagères dans la région hépatique. La constipation est habituelle, mais elle a de temps en temps des selles diarrhéiques. Pas d'ictère, rien au cœur ni aux poumons.

Du 10 au 14 *novembre*, rien de nouveau à constater. La malade mange peu et maigrit encore des bras, de la face et du tronc, tandis que l'ascite et la tuméfaction œdémateuse des membres inférieurs augmentent tous les jours. Urines très-rares et très-chargées, selles très-dures et de coloration normale.

Du 15 au 17 *novembre*, elle éprouve des douleurs très-violentes dans tout l'abdomen et particulièrement dans la région hépatique. Il paraît y avoir en ce moment des poussées inflammatoires de la séreuse abdominale, surtout aux environs de l'organe affecté: toutefois une purgation est suivie, le 18, de selles abondantes, et la malade se trouve énormément soulagée. Des mensurations prises à ce moment donnent une circonférence de 0,22 cent. pour le mollet, de 0,40 cent. pour la cuisse, et de 1 m. 17 cent. au niveau de l'abdomen; les membres thoraciques sont, au contraire, d'une maigreur squelettique.

23 *novembre*. La malade a un accès de dyspnée très-inquiétante. Le 24, elle est fatiguée, oppressée et on décide une ponction pour le lendemain.

25 *novembre*. Ponction à la visite du matin. Il s'écoule par la canule 9 litres de liquide citrin sans une seule goutte de sang. Pas d'accident. A la visite du soir, la malade est fort tranquille, très-soulagée et a passé une fort bonne journée. L'abdomen est souple, indolore, sans trace de réaction. — Mais à minuit la malade est prise de douleurs épouvantables dans l'abdomen, de vomissements porracés, et meurt presque subitement à 6 heures du matin. (Notons ici qu'à 11 heures avant midi, dans l'amphithéâtre, où il n'y a pas de feu et qui était d'une température glaciale, on constatait encore une temp. de 37°,4 dans le vagin. Le soir à la visite, vu l'apparence de santé relativement parfaite, nous n'avions pu constater l'état de la température.)

Autopsie. La *cavité abdominale* contient de 1500 à 1800 gr. de liquide citrin. La surface des intestins a une teinte rouge-rose généralisée tenant à la dilatation des petits vaisseaux. On reconnaît en somme des traces de péritonite tenant à deux périodes inflammatoires successives : d'une part ce sont des

Digitized by Google

adhérences en voie d'organisation, surtout aux environs du cœcum et du côlon transverse; d'autre part la rougeur générale des intestins et quelques flocons purulents qui flottent dans le petit bassin, attestent la péritonite sur-aiguë de la fin, péritonite qu'il est difficile de rattacher à sa véritable cause en l'absence de lésion traumatique sur l'intestin.

Cœur un peu gros et volumineux. *Reins*, légèrement granulés à leur surface. — *Foie*, c'est un cas de cirrhose ordinaire, à petits grains et généralisée. La rétraction de l'organe était loin d'être complète et son poids est encore de 1366 grammes.

Telle est l'histoire rapide de cette malade. J'ajouterai que pendant son séjour à l'hôpital, j'ai fait des dosages de l'urée des urines et les résultats que j'ai obtenus sont tout-à-fait conformes à ceux qu'obtenait M. BROUARDEL dans ses recherches actuelles. Il a bien voulu me permettre de publier cette observation, quoique la deuxième partie de son mémoire relative aux affections chroniques du foie n'ait pas encore paru dans les *Archives de médecine*.

Voici le tableau de l'examen quotidien des urines:

Novembre.	Densité.	Volume en 24 heures.	Albumine.	Urée en 24 heures.	OBSERVATIONS.
9	1027	300	Traces.	73.11	Dépôt énorme.
10	1028	320	—	8.84	
11	1020	300	—	6.87	
12	1024	500	—	6.57	
13	1024	300	—	11.25	
14	1020	430	—	8.06	Douleurs de péritonite.
15	1023	220	—	5.20	
16	1026	200	—	5.04	
17	1018	400	—	6.52	
18	1024	100	—	0.50	
19	»	»	—	»	Urine mêlée aux selles après un *purgatif*.
20	1025	350	—	7.31	
21	1024	250	—	4.35	
22	1025	350	—	9.55	
23	1025	160	—	4.35	
24	»	»	—	»	A uriné sous elle.
25	1024	500	—	13.05	Le liquide de la ponction ne contient pas trace d'urée.

Cette analyse est d'autant plus intéressante que la malade

Digitized by Google

est morte accidentellement, alors que son foie ne s'était encore que fort peu rétracté. On voit néanmoins combien le chiffre de l'urée des 24 heures a été constamment au-dessous de la normale.

11. Tumeur cérébrale de la région occipitale ; par M. LÉGER, interne des hôpitaux.

X..., 33 ans, entré dans le service de M. le docteur BUCQUOY, pour une céphalalgie violente, n'a jamais été malade. Il n'a pas eu la syphilis, et malgré sa profession de polisseur en caractères, n'a jamais souffert d'accidents d'intoxication plombique. Il est sans fièvre et dit souffrir de la tête depuis un mois. Ses renseignements sont un peu vagues, difficilement obtenus, et souvent contradictoires d'un moment à l'autre. Ainsi, il dit un soir que depuis un an, il est tombé en attaques de nerfs à 3 ou 4 reprises différentes, et le lendemain il nie tout accident de ce genre. Les recherches du côté du système nerveux ne révèlent du reste ni affaiblissement musculaire, ni anesthésie, ni inégalité pupillaire, ni strabisme. La vue est aussi bonne de l'œil droit que de l'œil gauche.

Une fois, à la visite, le malade s'affaisse sur son oreiller, les paupières ouvertes, les yeux un peu portés en haut, les pupiles égales. Le pouls est plein, régulier, battant à peine 60 à la minute. Cet homme paraît étranger à tout ce qui se passe autour de lui et revient peu à peu, après être resté environ une minute dans cet état.

Le lendemain matin, il semble se rendre un peu plus compte de la réalité, et demande ce qu'il fait à l'hôpital, paraissant avoir complétement oublié ce qui s'est passé depuis son entrée. Depuis la guerre, dit-il alors, son caractère est devenu bizarre, la mémoire s'est perdue et bientôt il a continuellement souffert de la tête. Cette douleur, siégeant au sommet de la tête, sans avoir jamais empiété plus sur un côté que sur l'autre, paraît céder un jour au bromure de potassium, mais le soir, elle revient plus forte que jamais et dans la nuit, le malade, en faisant un effort pour se remettre au lit, s'affaisse subitement : sa tête tourne de côté, à gauche d'après l'infirmier, et cet homme meurt subitement sans avoir jamais présenté ni paralysie motrice, ni anesthésie, ni phénomènes convulsifs, du moins pendant son séjour à l'hôpital. Les seuls symptômes étaient la céphalalgie violente et continuelle ainsi que l'affaiblissement des facultés intellectuelles, paraissant consister surtout dans la perte de la mémoire.

AUTOPSIE. — On a trouvé une *tumeur* occupant les deux lobes occipitaux et passant de l'un à l'autre à l'aide d'un port

Digitized by Google

assez mince de substance morbide, au niveau de la terminaison postérieure de la circonvolution du corps calleux, au-dessous et en arrière du bourrelet de cet organe. Ce renflement était altéré lui-même dans sa partie inférieure.

La production morbide était limitée dans chaque lobe en avant par le pli qui va former le corps bordant, en arrière par un plan vertical passant par la scissure perpendiculaire interne. En haut et en dehors elle avait envahi dans toute son étendue le plancher du prolongement occipital du ventricule. En bas elle arrivait jusqu'à la substance blanche sous-jacente aux circonvolutions inférieures (partie postérieure des deux circonvolutions sphéno-occipitales.

Cette tumeur n'apparaissait donc nullement à l'extérieur, si ce n'est à gauche, où elle se montrait au niveau de la partie postérieure de la circonvolution de l'hippocampe, renflée en ce point sous forme de deux amygdales hypertrophiées. De ce côté, cette circonvolution était encore tuméfiée dans sa partie terminale, au niveau du crochet.

La *coupe* de cette tumeur était gris-rosée, avec quelques îlots verdâtres disséminés. La consistance encore assez ferme à droite était beaucoup moindre à gauche, surtout au niveau du plancher de la corne occipitale devenu presque diffluent. Au *microscope*, on constatait que cette tumeur était constituée par un amas de cellules embryonnaires, toutes égales de volume et régulièrement disposées ; elle était traversée en plusieurs points par des vaisseaux qui s'étaient rompus et avaient formé de petits foyers apoplectiques. Les organes autres que le cerveau n'offraient aucune altération.

12. Examen anatomique des organes génitaux d'une hystérique ; par M. le Dr de Sinéty (1).

La jeune fille, qui fait le sujet de cette observation, est morte à la Salpétrière dans le service de M. Charcot, au mois de juillet dernier. J'ai dû à l'obligeance de M. le docteur Bourneville l'observation clinique de la malade (2), mais je n'insisterai ici que sur ce qui a trait aux organes génitaux.

La nommée L. âgée de 21 ans, était entrée à la Salpétrière en 1872. Elle avait eu sa première attaque d'hystérie, l'année précédente, c'est-à-dire à l'âge de 16 ans, à la suite d'une violente émotion, l'écoulement menstruel, qui s'était montré pour

(1) Travail présenté pour obtenir le titre de membre honoraire.

(2) L'observation complète a été publiée dans le premier numéro de l'*Iconographie photographique de la Salpétrière*.

Digitized by Google

la première fois chez elle à 13 ans, était irrégulier. Une ou deux époques manquaient souvent. Les attaques apparaissaient surtout au moment des règles; celles-ci étaient, elles-mêmes, peu abondantes et ne duraient en général qu'un ou deux jours.

A son arrivée à la Salpétrière, on constata que les attaques, purement hystériques, étaient arrêtées facilement par la compression de l'ovaire droit. La malade présentait en effet de l'hypéresthésie ovarienne du côté droit, ainsi que l'hémianesthésie du même côté du corps. Pendant l'année 1875 cette jeune fille eut 34 attaques, à partir du commencement de 1876 les attaques cessèrent. On commença alors à constater chez elle les signes d'une tuberculisation pulmonaire, aux progrès de laquelle elle succomba le 20 juillet dernier. Au mois d'avril, elle avait eu pour la dernière fois ses règles, qui étaient sur le point de paraître de nouveau, au moment de la mort, ainsi que nous l'a montré l'état de la muqueuse utérine.

AUTOPSIE. — Je passe sous silence tous les détails de l'autopsie, pour ne m'occuper que de ce qui concerne les organes génitaux.

A l'examen *à l'œil nu*, on voit que l'ovaire droit est beaucoup plus éloigné de l'utérus que le gauche. En effet, en mesurant les deux *ligaments utéro-ovariens*, on trouve pour le droit 4 centimètres, tandis que le gauche n'en mesure que deux. La mensuration de l'ovaire droit donne pour le plus grand diamètre (longueur) 30 millimètres. La hauteur est de 20 millimètres et l'épaisseur de 10.

A une distance de 8 millimètres de l'ovaire droit, on trouve un petit corps arrondi, présentant le même aspect que l'ovaire et ayant toute l'apparence d'un *ovaire surnuméraire*. Ce petit corps est situé sur le ligament ovario tubaire, auquel il adhère par sa base. Il mesure de 7 à 8 millimètres de diamètre et présente une forme à peu près hémisphérique.

L'*ovaire gauche*, plus aplati que le droit, mesure 35 millimètres de longueur, 22 millimètres de hauteur et 5 d'épaisseur. — On observe à la surface des deux ovaires des saillies et des dépressions qui ont l'air de correspondre à des cicatrices résultant d'ovalations plus ou moins récentes. Mais l'examen histologique a montré qu'il n'en était rien et que ces irrégularités de la surface résultaient d'un certain état lobulé, que présente quelquefois l'ovaire. On doit avoir fréquemment pris ces dépressions pour des cicatrices de follicules, comme je l'aurais fait moi-même dans ce cas-ci, si l'examen histologique n'était pas venu rectifier mon jugement.

Digitized by Google

L'*utérus* avait la forme et les dimensions qui correspondent à l'état normal d'une femme, dans les conditions d'âge et de période sexuelle où se trouvait notre sujet. On voyait une légère ulcération, très superficielle, au tour de l'orifice utérin. Les organes génitaux externes ne présentaient rien d'anormal.

Examen histologique. A l'examen histologique, on voit, qu'il n'y a pas de différence appréciable de structure entre l'ovaire droit et l'ovaire gauche. Le stroma est normal, l'épithélium de la surface, conservé sur certains points, a disparu sur d'autres, ce que l'on observe à peu près toujours sur les ovaires recueillis un certain temps après la mort. Sur les points qui correspondent aux dépressions de la surface, on trouve le stroma ovarien normal, sans traces de cicatrices. On voit disséminés dans le stroma, de nombreux follicules primordiaux, avec leur ovule et leur unique rangée de cellules.

Mais dans tout l'ovaire (et j'ai examiné sur des coupes nécessives toute l'étendue des deux ovaires) je n'ai pas trouvé un seul follicule de Graaf. Partout des follicules avec une seule rangée de cellules autour de l'ovule, état que l'on désigne sous le nom de follicule primordial (1).

Cette absence de follicule de Graaf à divers états de développement, chez une jeune fille de cet âge, menstruée, quoique irrégulièrement, et en pleine période d'activité génitale, est très intéressante à noter, un second fait, que l'on observe dans ces ovaires, concorde avec l'état stationnaire des follicules. Sur aucun point je n'ai pu constater de corps jaune de la menstruation, à aucun état de régression. Or, sur l'ovaire d'une femme, longtemps encore après la ménopanse, on compte un grand nombre de ces corps jaunes de la menstruation, souvent on en observe deux ou trois sur une seule coupe, les uns plus anciens, les autres plus récents.

Nous ne savons pas exactement le temps que met à disparaître le corps jaune résultant de l'expulsion d'un ovule non fécondé. Mais le nombre considérable de ces productions qu'on rencontre normalement dans tous les ovaires sains, même chez les vieilles femmes, peut en tout cas nous per-

(1) D'après mes observations, on ne trouve jamais l'ovule isolé dans le stroma ovarien. Il est toujours entouré au moins d'une rangé de cellules, c'est ce qui constitue le follicule primordial. Celui-ci prend le nom de follicule de Graaf, quand on y observe un augmentation du nombre des cellules constituant alors la membrane granuleuse. Dans les cas où on rencontre l'ovule sans son entourage de cellules radiées, on peut s'assurer que cet état résulte d'altérations cadavériques ; l'ovule résistant beaucoup plus à ces altérations que l'épithélium qui l'entoure. Sur ces ovaires, jamais, je le répète, je n'ai rencontré d'ovule sans sa zone épithéliale.

Digitized by Google

mettre de conclure que la cicatrice met longtemps à s'effacer. C'est donc possible que dans ce cas-ci l'ovulation n'ait jamais existé, ce que, cependant, je me garderais d'affirmer. Mais il est certain que depuis longtemps aucun follicule n'était arrivé à maturité et n'avait expulsé son ovule.

Nous avons néanmoins la preuve que tous les follicules ne sont pas restés à l'état de follicules primordiaux pendant toute la vie de la malade. On trouve en effet sur certains points, des follicules atrésiés, atteignant jusqu'à 1 millimètre. Ces follicules transformés, et disparaissant sans avoir expulsé leur ovule, sont absolument semblables à ceux décrits et figurés par M. Slawianski (1), et sur lesquels j'ai eu l'occasion d'appeler de nouveau l'attention à propos de l'ovaire des nouveau-nés. Sur une ou deux coupes, j'ai constaté, au milieu du tissu muqueux qui occupe la cavité du follicule, cette petite masse réfringente que Slawianski considère comme représentant les restes de l'ovule. Opinion qui me paraît très probable.

Pourrait-on assimiler ces ovaires à des ovaires d'enfant? Oui, certainement, au point de vue du développement folliculaire, quoique même sur ce point il y ait des différences. Ici, on ne trouve que quelques follicules arrivés tous à la période régressive, tandis que chez les enfants, à côté de cet état, on rencontre d'autres follicules de Graaf souvent très-développés et à divers degrés de leur période ascensionnelle. En outre, ici les ovules sont situés dans la couche corticale seulement, comme on l'observe chez l'adulte. Chez les enfants, la couche contenant les ovules est beaucoup moins limitée et plus étendue relativement à la couche dite médullaire. C'est donc dans ce cas-ci un état tout particulier, que je n'ai eu l'occasion d'observer dans aucun ovaire à n'importe quelle période de la vie.

Tumeur développée dans le voisinage de l'ovaire. Cette production, dont j'ai donné déjà les dimensions et la situation exacte, possède un stroma absolument semblable à celui de l'ovaire adulte normal. On observe, sur des points voisins de la périphérie, deux ou trois petites cavités, contenant des corps plus ou moins sphériques, présentant, en somme, l'apparence de jeunes follicules de Graaf contenant un ovule.

Il n'en est rien cependant et tout ici, sauf le stroma, diffère d'un ovaire normal. L'épithélium de la surface se continue vers le centre de l'organe, en formant des espèces de prolongements en doigts de gants qui rappellent beaucoup la dis-

(1) *Archives de physiologie 1874.*
(2) *Archives de physiologie 1876.*

Digitized by Google

position des tubes de Pflüger. Mais dans ces prolongements on ne rencontre aucun ovule ni cellules rondes. L'épithélium qui les remplit, ainsi que celui qui revêt la surface de la tumeur, est un épithélium à cils vibratiles et non le petit épithélium ordinaire de la surface ovarique. — Ni dans les tubes, ni sur aucun point de l'organe, je n'ai pu trouver un seul ovule. Les cavités, qui, au premier abord, ou avec un grossissement faible, ont l'aspect d'un follicule de Graaf, sont tapissées d'une seule rangée d'épithélium à cils vibratiles. Les corps sphériques situés dans ces cavités sont formés par de petites masses d'épithélium également vibratile.

Comme on le voit, d'après cette description, il existe de grandes différences entre cette tumeur de l'ovaire, puisque quoiqu'avec un stroma semblable nous n'avons trouvé ici, ni ovules, ni follicules et partout un épithélium vibratile. Ce que nous savons aujourd'hui du mode de développement de l'ovaire et l'existence normale, sur ce point, d'un épithélium vibratile pendant la période embryonnaire (1), rendent très-compréhensible la formation de ce pseudo-ovaire.

Cavité utérine. La muqueuse utérine est très-augmentée de volume. Les vaisseaux sont en très-grand nombre et gorgés de globules sanguins.

Les glandes sont hypertrophiées et dépourvues à peu près partout de leur épithélium cylindrique que l'ont voit conservé par places sur la surface libre de la muqueuse. Dans la lumière des glandes, on observe un grand nombre de petites cellules rondes présentant les caractères des éléments embryonnaires. En outre tout le tissu interposé entre les glandes est infiltré des mêmes éléments. La couche la plus interne de la muqueuse se colore par le picrocarminate ; et, à un grossissement suffisant, on reconnaît que les éléments de cette couche ont subi la dégénérescence graisseuse. — Cet utérus présente donc tous les caractères de la muqueuse utérine au moment du début de la période menstruelle. — Chez la femme, dans les conditions normales, cet état de la muqueuse utérine, comme j'ai eu l'occasion de l'observer plusieurs fois, après tant d'autres anatomistes, coïncide souvent avec la maturation d'un follicule de Graaf sur le point de se rompre.

Remarques. — Cette observation me paraît importante au point de vue de l'indépendance relative qui peut exister entre ces deux fonctions, menstruation et ovulation. En effet, cette jeune fille, quoiqu'irrégulièrement menstruée, avait eu ses règles trois mois avant sa mort et nous n'avons trouvé dans

(1) Waldeyer, *Eierstock und Ei*, Leipsig 1870, p. 12.

Digitized by Google

ses ovaires aucune cicatrice indiquant une ovulation même très-ancienne. — En outre, et c'est-là le point le plus important, l'état de la muqueuse utérine indiquait que l'écoulement menstruel était imminent et sur aucun des deux ovaires il n'y avait de follicule de Graaf à sa période ascensionnelle, non-seulement arrivé à maturité, mais même ayant dépassé l'état de follicule primordial.

Je rapprocherai de ce cas-ci, le fait que j'ai communiqué en 1874 à la Société de biologie. Il s'agissait d'une phthisique qui n'était plus réglée depuis plusieurs mois et chez laquelle, à l'autopsie, je trouvai un grand follicule de Graaf qui s'était rompu; le premier cas est un exemple de menstruation imminente sans ovulation; l'autre, d'ovulation malgré l'absence prolongée d'écoulement menstruel.

La coïncidence de l'ovulation et de l'hémorrhagie cataméniale n'en est pas moins, très-probablement, la règle générale. Mais ce fait vient encore à l'appui de l'idée, partagée aujourd'hui par beaucoup de physiologistes, idée sur laquelle j'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion d'insister: que les deux fonctions, menstruation et ovulation, peuvent, dans certaines circonstances, se manifester indépendamment l'une de l'autre.

Pouvons-nous, maintenant, établir une relation entre l'hystérie existant chez cette malade et les faits anatomiques constatés du côté de ses organes génitaux? — C'est ce que l'état actuel de nos connaissances ne nous permet pas de faire.

13. Election

M. DE SINÉTY est nommé membre honoraire de la Société.

Séance du 8 décembre.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

14. Rétrécissement dysentérique du rectum; par M. CASTEX, interne des hôpitaux.

Lucie Courb.., journalière, âgée de 33 ans, entre le 10 août

Digitized by Google

dans le service de M. Cusco, à l'Hôtel-Dieu. Elle a subi un certain nombre de maladies dans sa jeunesse : à onze ans, elle est prise de choléra ; à 15 ans, fièvre muqueuse ; à 19 ans, fièvre typhoïde (?) ; à 24 ans, première grossesse, qu'elle ne mène pas à terme. Depuis, quatre autres enfants, tous venus à sept mois, par les pieds. A la suite du dernier accouchement, elle est prise d'une diarrhée qui dure deux mois. Il y a deux ans, dysenterie rebelle qui dure un an. La malade rendait par jour au moins vingt selles sanguinolentes. L'année dernière, la malade s'aperçut que ses matières fécales diminuaient de calibre, la défécation était difficile et douloureuse, les selles analogues à du blanc d'œuf. La malade fut prise en même temps de fièvre intermittente quotidienne, qui fut surtout accusée pendant l'hiver.

Etat actuel à l'entrée. — L'anus est entouré d'excroissances qui paraissent être des hémorrhoïdes flétries. Le rétrécissement est situé au-dessus du sphincter externe et admet seulement la portion unguéale de l'index. Il mesure 3 centimètres de hauteur. Au-dessus du rétrécissement, le doigt explorateur rencontre un certain nombre de saillies végétantes ; l'intestin est dilaté. ***Par le toucher vaginal***, on distingue les parois intestinales épaissies. — Etat général très-affaibli. Ne va cependant à la selle que tous les trois ou quatre jours. Pas d'appétit, digestions difficiles.

Huit ou dix jours après son entrée, elle est reprise de fièvre quotidienne et de selles diarrhéiques; les phénomènes ont persisté pendant tout le mois de septembre, durant lequel nous avons perdu de vue la malade.

4 *octobre.* — Nous la retrouvons un peu plus amaigrie, avec des alternatives de diarrhée et constipation. La fièvre n'a pas cédé. — Prescription : Sulf. quinine, 1 gr.

22 *octobre.* — Comme préparation à l'opération, M. Cusco prescrit : bromure de potassium, 2 gr. par jour, à prendre pendant trois jours. Sous l'influence de ce médicament, la défécation devient beaucoup plus facile.

25 *octobre. Opération.* — Au toucher, on trouve le rétrécissement très-élargi. L'index le franchit facilement. On donne du chloroforme. M. Cusco incise la paroi postérieure, en comprenant dans l'incision la bride cicatricielle et le sphincter anal, il cautérise la surface saignante avec le thermo-cautère du docteur Paquelin. Il place dans la plaie une mèche épaisse enduite de cérat. Pas d'accidents. Le soir de l'opération : T. 38°, 2 ; Pouls, 104.

26 *octobre.* — La malade a rendu des selles dures et peu abondantes. T. 37°,2 ; P. 96.

27 *octobre.* Cauchemars dans la nuit. T. 36°,6 ; P. 92.

Digitized by Google

28 *octobre*. Pneumatose intestinale, sensation de chaleur à l'anus. Constipation. La plaie a cependant très-bonne mine.

www.libtool.com.cn

Depuis cette date, la malade qui avait éprouvé un certain soulagement de l'opération, a vu ses accès fébriles augmenter le soir. Sueurs nocturnes, vomissements, dyspnée, amaigrissement progressif, abattement. A l'auscultation, expiration prolongée et inspiration saccadée. Malgré le traitement employé, la malade est prise vers le 25 *novembre* de dyspnée considérable. La fièvre augmente et ne la quitte plus. A l'auscultation, on perçoit des râles sous-crépitants dans les sommets et un râle crépitant à la base du poumon gauche.—Mort le 30 novembre.

Autopsie. Le *rectum* est très-épaissi dans toute sa moitié inférieure, sur certains points on trouve les plaques saillantes couvertes de petites villosités. L'intestin est peu dilaté, pas de granulations, la plaie opératoire presque cicatrisée.

Le foie est gras, les reins et la rate sans altérations. Le poumon uniformément congestionné est criblé de granulations tuberculeuses, au premier degré. Un fragment de poumon détaché de l'organe, surnage dans un bassin rempli d'eau.

Réflexions. Cette observation que nous opposons à celle de rétrécissement cancéreux qui va suivre, mérite par elle seule de fixer l'attention sur deux points principaux. Le bon effet du bromure de potassium dans les coarctations fibreuses du gros intestin et le genre de mort de la malade: la phthisie aiguë est souvent, en effet, la terminaison des retrécissements du rectum.

15. Rétrécissement cancéreux du rectum.

Reine Bourdiau, couturière, âgée de 25 ans, entre le 20 novembre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Cusco. D'un tempérament lymphatique, elle n'a éprouvé dans sa jeunesse que quelques symptômes passagers de chloro-anémie. Vers l'âge de 16 ans, elle se plaignait de céphalalgies, crampes d'estomac, palpitations cardiaques. Elle était cependant bien réglée et ces phénomènes ne persistèrent pas au-delà de trois mois, grâce à l'emploi des ferrugineux. Elle se marie à 21 ans. Il y a deux mois et demi, elle sentit une certaine difficulté pour aller à la selle; le ventre était tuméfié et douloureux à la pression. Un médecin consulté, prescrivit un purgatif. La malade rendit alors deux ou trois selles sanguinolentes, puis ces accidents s'étant amendés, elle put reprendre son travail après dix jours de repos. Elle n'avait pas de diarrhée, encore

Digitized by Google

moins de débâcles, les garde-robes n'étaient point teintées de sang. Peu de jours après les douleurs réapparaissent non point à l'anus mais dans l'abdomen; nouvelle difficulté pour vider son rectum, les matières ne sortent plus qu'avec des lavements poussés à travers une sonde œsophagienne dont l'introduction est d'ailleurs très-facile.

Il y a trois semaines, ayant pris, sur l'avis du médecin, un vomitif, elle vomit pendant trois jours des matières qui avaient le goût et l'odeur des matières fécales.

État à l'entrée. — Toucher rectal. On trouve à environ un centimètre et demi au-dessus de l'anus une première coarctation. L'index pénètre facilement plus avant et trouve immédiatement au-dessus une petite dilatation, puis une nouvelle coarctation au-dessus de laquelle le rectum est largement dilaté. La masse organique est bosselée, dure, douloureuse à la pression; pas d'ulcération sensible, saigne peu. Le rectum n'a guère subi de changement de direction.

Toucher vaginal. Sur la paroi postérieure du vagin on rencontre une tumeur dure, allant de la vulve au cul-de-sac postérieur. Ecoulement vaginal blanchâtre. Rien au col de l'utérus.

État général. La langue est blanchâtre. La malade n'a pas perdu l'appétit, mais elle se prive d'aliments pour rendre moins fréquentes les douleurs qu'occasionne la défécation. Le ventre est douloureux, distendu par des gaz, rendant un son clair à la percussion. Les anses intestinales s'y dessinent en certains points. Les selles sont rares. Elle ne rend que des matières liquides. Pas de gaz. Il existe un peu de dyspnée. Le pouls est à 112. Les jambes n'ont jamais été enflées. Pas de céphalalgie. La peau est sèche, présente une coloration jaune paille, marquée surtout aux conjonctives. La malade a été bien réglée jusqu'au mois de septembre dernier.

Elle a été menstruée pour la première fois à l'âge de 14 ans 1/2. N'a jamais eu d'enfants.

Pas d'antécédents de dysenterie, de syphilis (angine simple il y a 9 ans). Pas de traces de cancer chez les parents, ni chez les frères ou sœurs. La malade reste en observation pendant les 3 ou 4 premiers jours de son entrée à l'hôpital.

26 *novembre.* Frictions de camomille sur le ventre, lavement de bromure de potassium 3 grammes.

27 *novembre*, pneumatose intestinale considérable; les anses intestinales forment des reliefs assez marqués. Vomissements. La malade rejette les aliments. Bourdonnements d'oreille, dyspnée considérable. Tous les autres accidents persistent. Pouls 100, irrégulier, toux. Potion éthérée, tisane de

Digitized by Google

camomille, injections sous-cutanées de chlorydate de morphine.

28 *novembre*. Mort dans la nuit à 3 heures, avec connaissance complète.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE. — L'abdomen est considérablement distendu par des gaz. A peine a-t-on fait l'incision de la paroi abdominale que la masse intestinale fait subitement hernie et se répand sur la table d'autopsie.

Le *rectum* présente une masse dure, blanchâtre, et exulcérée, occupant la moitié inférieure de cet intestin. Au-dessus le calibre du rectum est triplé et l'on trouve des adhérences nombreuses avec la concavité du sacrum. Pas d'ulcérations intestinales. L'intestin grêle est élargi au moins du double. Dans la cavité intestinale, matières liquides, jaunâtres, quoique sans traces de péritonite.

L'utérus et les ligaments larges sont sains. La vessie peu distendue par l'urine. — Un seul ganglion hypertrophié est ramolli dans la cavité du sacrum.

Dans la région inguinale droite, on trouve au-dessous de l'arcade pubienne 4 ou 5 petits ganglions engorgés que l'on percevait pendant la vie. L'estomac est indemne. Le *foie* au contraire est farci de noyaux cancéreux. Les reins et la rate sont absolument sains.

Examen histologique.— Notre collègue, M. Jean, nous a remis la note suivante:

1° *Rectum*. Sur des coupes verticales, allant de la muqueuse, vers les couches musculaires, on trouve des cavités limitées par un stroma conjonctif assez abondant. Ces travées sont plus épaisses à la périphérie que du côté de la muqueuse. Elles limitent des cavités dont les unes sont irrégulières, les autres de forme tubulaire. Sur les parois de ces dernières, on remarque quelques cellules cylindriques mais au centre une masse dégénérée, formée presque exclusivement par des noyaux provenant de la dégénérescence cellulaire. On trouve encore de nombreuses vésicules transparentes et des débris de cellules ayant subi la dégénérescence colloïde et des vésicules adipeuses avec noyaux refoulés sur les bords. Ces dernières sont très-nombreuses dans certaines parties de la préparation et remplissent complètement plusieurs alvéoles. Quelques cavités sont vides. Les fibres conjonctives forment une masse compacte dans les points les plus éloignés de la muqueuse. Les glandes sont hypertrophiées et remplies de cellules dégénérées ;

2° *Foie*. Le durcissement incomplet du foie, empêche de faire des coupes des gros noyaux blancs. En procédant par raclage, on trouve un suc très-abondant dans lequel existent

Digitized by Google

de nombreuses cellules dont les unes sont petites et irrégulières, les autres vésiculeuses et infiltrées de matière colloïde. Enfin on trouve une énorme quantité de détritus celluleux, de granulations et de cellules adipeuses.

Réflexions. — Cette observation nous a paru curieuse à plus d'un titre. Il faut d'abord remarquer l'absence de douleurs spontanées au rectum, l'existence des ganglions engorgés dans l'aine. Mais ce qui en fait principalement l'intérêt c'est la précocité de cette affection ; (cette femme n'avait que 25 ans 1/2) et la rapidité de l'évolution (3 mois avant sa mort elle n'éprouvait aucun accident). Cependant, rien chez les antécédents n'explique cette exception.

16. Tuberculisation pulmonaire aiguë déterminant de la pneumonie interstitielle et caséeuse. Insuffisance mitrale. Mort subite après deux mois et demi de maladie ; par M. Porak. interne des hôpitaux.

Le nommé M..., Henri, charbonnier, âgé de 41 ans, est entré dans le service de M. Moutard-Martin, le 15 septembre 1876 (salle Saint-François, n° 8). Il a servi en Afrique où il a eu des fièvres intermittentes; depuis lors il a de temps à autre des accès de fièvre irréguliers et ne présentant pas le type parfait de l'accès paludéen. Il nie avoir eu des accidents syphilitiques; il nie aussi tout excès alcoolique; cependant les renseignements que nous avons obtenus d'autre part contredisent ce dernier fait. Il est au contraire très-sujet à de fréquents abus de boisson.

Au moment où nous l'examinons, il est agité par un tremblement général du corps et des membres. La peau est modérément chaude, le pouls normal, langue propre, forces conservées. Aux poumons, nous ne trouvons aucun signe sthétoscopique important, qui attire notre attention. D'ailleurs il ne se plaint ni de toux, ni de trouble de la respiration. Un peu d'œdème des malléoles, varices des membres inférieurs. — Le soir même, le malade est pris d'un accès de délire aigu, avec agitation excessive, délire furieux, insomnie, hallucinations. Il vocifère, interpelle des êtres imaginaires; il veut se lever. On est obligé de lui mettre la camisole de force.

Le diagnostic fut : délirium tremens chez un épileptique.

Traitement : potion avec 50 gouttes de teinture de digitale. Le délire persiste pendant trois jours, et ce n'est que le quatrième jour qu'il tomba dans un sommeil profond où il resta plongé pendant toute la journée. — Suppression de la digitale.

A la suite de ces accès, la face reste rouge, les yeux brillants,

Digitized by Google

la chaleur de la peau était élevée, le pouls plus rapide; teinture de digitale 20 gouttes dans une potion.

25 *septembre*. Il se plaint pour la première fois de troubles de la respiration et d'un point de côté. On constate en effet à la base du poumon droit de la matité du souffle, de gros râles humides; des râles ronflants sont disséminés dans toute la poitrine. Figure rouge, peau chaude, pouls peu précipité, respiration (51), langue n'est pas sale, crachats visqueux et sanguinolents; on diagnostique broncho-pneumonie. Notre attention, qui n'est attirée qu'aujourd'hui sur ces symptômes thoraciques, a probablement été surprise. La maladie existait vraisemblablement depuis plusieurs jours. — Traitement: Ventouses scarifiées, potion de Todd kermétisée.

28 *septembre*. La lésion s'est étendue à tout le poumon droit. La matité est actuellement perçue sur presque toute la partie droite du thorax, le souffle est beaucoup plus étendu, il est intense. Les crachats n'ont été sanguinolents que pendant peu de temps, aujourd'hui ils sont seulement très-visqueux, adynamie très-prononcée. Traitement: Vésicatoire, même potion.

Pendant les jours suivants, nous notons: Voussure thoracique à droite, œgophonie, le souffle prend un timbre chevrotant, résonnance de la voix basse, matité complète et étendue. Nous assistons à la formation d'une pleurésie assez abondante. — Etat général mauvais; fièvre très-intense, langue sèche et sale, toujours de l'abattement. Respiration toujours très-accélérée (54), le pouls n'est pas rapide (84).

6 *octobre*. Les symptômes sthétoscopiques de la pleurésie deviennent moins nets. Râles très-nombreux et très-fins dans toute l'étendue du poumon droit. — Même traitement. Vésicatoire, extrait thébaïque pour la nuit, potion kermétisée et de Todd.

9 *octobre*. Même état général; fièvre toujours très-intense. L'épanchement pleurétique se réserve.

13 *octobre*. On remarque pour la première fois que ses crachats qui sont toujours très-visqueux, mais blancs et contenant de l'air lorsqu'il les rejette noircissent à l'air. Même état général, pouls 90, respiration 42, fièvre toujours très-vive. Etat général meilleur. On pense alors que la pneumonie au lieu d'aboutir à la résorption des produits inflammatoires tend à devenir chronique. On suppose donc alors l'existence d'une inflammation interstitielle. L'épanchement n'est pas encore complétement disparu. On n'entend plus d'égophonie, mais il y a encore une légère transsonnance de la voix.

23 *octobre*. Même état. On constate pour la première fois un bruit de souffle à la pointe du cœur et au premier temps. On conclut donc à l'existence d'une endocardite avec insuffisance

Digitized by Google

mitrale. Les râles qu'on entend sont très-gros et comparables à du gargouillement.

3 *novembre*. On constate de la matité au sommet du poumon gauche et des râles. On suppose que le processus inflammatoire s'étend à l'autre poumon. Véritable gargouillement à droite.

20 *novembre*. L'état général est moins mauvais. L'appétit est revenu un peu; le malade mange un degré, la fièvre est beaucoup moins forte, la langue est propre et humide, la respiration n'est pas aussi précipitée. Crachats plus abondants, mais toujours visqueux et noircissant à l'air.

27 *novembre*. Les râles diminuent notablement.

2 *décembre*. Même état, plutôt amélioration. Le malade se préparait à déjeûner, il avait appétit, parlait de se lever dans l'après-midi, lorsqu'il succomba en cinq minutes sans cause appréciable.

En résumé, nous avons vu se développer une maladie à marche progressive et rapide, caractérisée d'abord par les signes de la broncho-pneumonie. Elle se compliqua ensuite d'une pleurésie. Les symptômes ultérieurement observés paraissent justifier le diagnostic de pneumonie chronique s'étendant dans une grande étendue du poumon gauche et se développant dans le sommet du poumon droit. Finalement, nous assistâmes au développement d'une endocardite et d'une insuffisance mitrale. Après deux mois et demi, au moment où les symptômes généraux s'amendaient, où les signes sthétoscopiques semblaient faire espérer une amélioration de l'état local, le malade meurt très-rapidement.

Autopsie, 24 heures après la mort.

Cavité pleurale gauche. Elle contient une quantité peu abondante de liquide séreux. Il y a surtout des adhérences très-étendues, assez faciles à détacher. Les fausses membranes qui les constituent, recouvrent tout le poumon gauche d'une couche continue. Elles ont à la surface un aspect aréolaire; les parties les plus superficielles se détachent facilement. Leur épaisseur est assez considérable et peut être évaluée sur la coupe du poumon à un millimètre au moins. Leur adhérence est très-variable. Tandis, en effet, qu'en certains points on peut facilement les détacher, en d'autres points au contraire cette séparation n'est pas possible. Leur coloration est aussi très-variable. En certains endroits, elles présentent une coloration rouge uniforme; en d'autres, on trouve des stries rougeâtres fines, comme constituées par des trajets vasculaires, mais en général elles sont blanchâtres. Quelque soin que l'on mette à démontrer l'existence de trajets de vaisseaux capillaires on ne peut y arriver. Il est donc impossible de décider

Digitized by Google

si la coloration rouge est ou n'est pas due en totalité à de l'imbibition cadavérique. Mais le point le plus intéressant de cet examen microscopique, c'est que sur la face profonde, appliquée à la surface pulmonaire, des fausses membranes que l'on peut détacher on trouve un semis de granulations demi-transparentes *absolument analogues à des granulations tuberculeuses*.

Ces granulations sont très-petites. On les retrouve sur la face convexe du diaphragme, et en très-grande abondance entre le poumon et le diaphragme que l'on peut séparer assez facilement. Enfin, on ne les voit nulle part aussi nettement que sur le repli de la plèvre qui s'applique au médiastin. En ce point les granulations sont nettement saillantes, dures, demi-transparentes.

Poumon gauche. Il n'est perméable à l'air que dans une très-petite portion de son sommet, et de la lamelle qui constitue son bord antérieur. Il a en général une coloration remarquablement noire ; il est partout très-dur ; cependant à sa partie postérieure, il est sillonné par des bandelettes blanchâtres, caséeuses qui représentent sur la surface de la coupe des dessins irréguliers et circonscrivent des îlots de tissu pulmonaire absolument noirâtres. Il y a une très-grande différence dans la consistance de ces différentes parties du poumon. Tandis que dans les parties absolument noires le tissu est dur, au contraire il est d'autant plus friable, que les bandelettes blanchâtres sont plus resserrées. En certains points enfin, on trouve de véritables excavations à parois anfractueuses, à forme irrégulière. Dans l'une d'elles nous trouvons un vaisseau à parois épaissies et blanchâtres comme entourée de la matière caséeuse qui constitue les bandelettes blanches.

Le contenu des cavernes est puriforme, grisâtre. Par la pression on fait sourdre des parties noirâtres un liquide noir comparable à un mélange de suie et d'eau. A l'examen microscopique de ce liquide, nous trouvons des cellules épithéliales et du tissu conjonctif infiltrés par des granulations de pigment noirâtre.

Enfin, un point intéressant est que dans les parties dures et noirâtres du poumon, dans un noyau isolé, on remarque sur la coupe des granulations rondes, fines, semi-transparentes, absolument analogues aux granulations tuberculeuses.

Plèvre droite. Elle est le siége d'une inflammation sans épanchement. On trouve sur la surface des fausses membranes beaucoup moins étendues, moins épaisses que celles que nous avons signalées sur la plèvre gauche. En les détachant, on ne les trouve pas parsemées de granulations tuberculeuses.

Digitized by Google

A la palpation du poumon droit, on sent une induration très-notable de tout le sommet et deux noyaux de même dureté à peu de distance du sommet ; pas de crépitation en ces points. De plus, à la surface pleurale où il n'y a pas de fausse membrane, on trouve des vides et des sillons qui rendent irrégulière toute cette partie. Il est bien évident qu'un processus sclérotique est l'origine de cette rétraction et de cette disposition spéciale.

Tout le poumon droit est noirâtre, de même que le poumon gauche, mais on ne rencontre nulle part les tractus blanchâtres, caséeux, que nous avons trouvés sur l'autre poumon.

Dans les parties indurées dont nous avons fait mention, le tissu est résistant et dur. On en fait sourdre par la pression le même liquide noirâtre que nous avons déjà signalé. On trouve sur la coupe les mêmes granulations semi-transparentes qui nous paraissent bien être de nature tuberculeuse.

En somme, nous trouvons que la lésion est surtout constituée par de la pneumonie interstitielle qui a abouti en certains points du poumon gauche à des traînées de pneumonie caséeuse et à des cavernes. Dans certaines parties du poumon où ce processus est le moins avancé, on trouve des granulations tuberculeuses ainsi que dans les fausses membranes dont est recouverte la plèvre.

Examen microscopique, par M. Raymond. Sur des coupes faites dans le tissu noirâtre et dur, on note des traînées de tissu fibreux, ayant remplacé presque partout les alvéoles pulmonaires. On retrouve çà et là quelques noyaux jaunes, qui sont composés de granulations moléculaires et de granulations graisseuses. Les faisceaux de tissu conjonctif sont également infiltrés par le pigment noir ; d'ailleurs, à l'œil nu, la plèvre sur le poumon noir et dur, était épaissie et en continuité de tissu avec le tissu fibreux de la carnification pulmonaire. Dans les points où les cavernes étaient en voie de formation, on trouve des masses jaunes ayant la constitution indiquée plus haut (granulations moléculaires, granulations graisseuses). De plus, il y a des globules de pus. En ces points, on ne trouve pas de tubercule. Les alvéoles qui renferment ces masses caséeuses ont leurs cloisons épaissies et en continuité avec le tissu fibreux de la portion de poumon qui les entoure.

Les granulations de la plèvre et celles que l'on a constatées sur le tissu pulmonaire le plus carnifié ont bien la structure des granulations tuberculeuses.

Péricarde. Plaque laiteuse. *Cœur.*— Peu volumineux, ventricule gauche hypertrophié. Endocarde blanchâtre, est le siége

Digitized by Google

d'épaississement très-notable à l'extrémité libre des valvules auriculo-ventriculaires. Ces lésions sont beaucoup plus marquées sur la valvule mitrale que sur la valvule tricuspide.

Lorsque l'on fait jouer ces valvules dans l'eau, d'après la méthode de Duroziez, on constate que la valvule tricuspide est suffisante. Il n'en est pas de même de la valvule mitrale qui est insuffisante, mais non pas rétrécie. Rien aux orifices artériels. — *Aorte*, saine.

Cerveau, sain. *Rate* volumineuse, diffluente. *Foie*. Son volume est normal. On trouve sur la surface trois cicatrices froncées, irrégulières, enfoncées, pénétrant dans l'intérieur du tissu hépatique, sous forme de prolongement triangulaire. L'une d'elles, la plus volumineuse, peut égaler la surface d'une pièce de cinq francs ; les autres sont bien moins étendues. Ces cicatrices ressemblent beaucoup à celles que l'on rapporte aux gommes hépatiques guéries. Cependant, le malade nous avait bien dit n'avoir jamais eu la syphilis. Nous ne trouvons pas sur son corps d'exostose apparente et les taches pigmentées que nous trouvons sur ses jambes, sont expliquées par les varices dont il est atteint. Y a-t-il quelque relation entre cette lésion hépatique et les fièvres intermittentes que le malade a eues en Afrique où il a été soldat ; a-t-il contracté là des dysenteries, une hépatite consécutive ; c'est ce que nous ne pouvons pas affirmer.

Estomac et intestins sains. Pas de granulations tuberculeuses.

Reins volumineux, congestionnés. L'urine, examinée pendant les premiers jours de la maladie, ne présentait, d'ailleurs, rien d'anormal.

Si nous faisons valoir la grande quantité de tubercules que l'on observe dans les fausses membranes pleurétiques et surtout dans les points les plus carnifiés du poumon, c'est-à-dire dès le début du processus pathologique qui a abouti à la pneumonie caséeuse et aux excavations, il nous paraît évident que la tuberculisation a été l'origine même de tout ce processus pathologique.

On pourrait cependant faire une autre hypothèse. Nous avions affaire à un charbonnier, qui se trouvait dans des conditions favorables au développement de la pneumonie interstitielle. Que cet homme cachectique, peut-être syphilitique, qui a eu des lésions hépatiques graves, se soit trouvé dans de mauvaises conditions hygiéniques, il a pu faire secondairement des tubercules. Nous croyons bien que cette hypothèse est la moins probable.

Digitized by Google

17. Kyste de l'ovaire rompu dans le péritoine pendant le travail. — Présentation de l'épaule ; rétraction de l'utérus. — Embryotomie; par QUENU, interne des hôpitaux. — (Service de M. Polaillon.)

On amène sur un brancard à l'hôpital Cochin, le 26 novembre soir, la dame Ch. G...., âgée de 27 ans, enceinte de 8 mois et demi environ, et en travail depuis plus de trois jours. — (Premier enfant il y a 18 mois.) — La poche des eaux est rompue depuis trois jours, trois tentatives de version ont été faites en ville aujourd'hui même, pas de seigle ergoté, paraît-il. On constate une deuxième présentation de l'épaule gauche, et on essaie sans succès à deux reprises différentes, de faire la version, la rétraction de l'utérus, qui est comme tétanisé, ne permet pas d'arriver jusqu'aux pieds, ni même jusqu'au siége. M. POLAILLON a recours à l'embryotomie. L'enfant pèse 2,700 grammes. Au moment de l'entrée à l'hôpital, l'état général était déjà grave, le facies altéré, le pouls fréquent, et le ventre d'une sensibilité excessive.

27 *novembre, matin*. T. 36°,8. Pouls petit, fréquent. Ballonnement du ventre. Vomissements bilieux. — *Soir*. Refroidissement des extrémités. Mort à minuit.

AUTOPSIE. — L'estomac et les intestins sont très-distendus par des gaz. Le péritoine, dans ses portions pariétale et viscérale, est injecté, rouge, poisseux, mais non recouvert de fausses membranes récentes. La cavité péritonéale contient environ 1 litre 1/2 d'un liquide louche, sanguinolent, dans lequel l'examen microscopique a révélé la présence de nombreux globules de pus et de gouttelettes graisseuses. L'examen du foie, des reins, des poumons et du cœur n'a révélé rien de particulier.

L'*utérus* étant incisé sur sa face antérieure, on découvre une surface interne parfaitement saine, et ne présentant à l'examen le plus minutieux aucune trace de perforation. En retournant la pièce (tous les organes du petit bassin ont été enlevés en bloc) on aperçoit des fausses membranes assez résistantes, s'étendant de la face postérieure de l'utérus à une tumeur qui remplit le fond du cul-de-sac recto-utérin. Cette tumeur est arrondie, mesure 11 centimètres dans tous les sens, et semble affaissée. On fend cette tumeur par sa partie postérieure; ce n'est qu'une poche vide, ne renfermant qu'un caillot cruorique, gros comme un œuf de poule, et pouvant presque loger le poing. L'épaisseur des parois varie de 5 à 8 millimètres. La surface interne n'est pas lisse, mais mamelonnée, rougeâtre, une comparaison vient de suite à l'esprit

Digitized by Google

en la voyant, c'est celle de la face interne de l'utérus. Dans l'angle droit et à la partie inférieure de la poche, se trouve une petite perforation, qui conduit la sonde cannelée dans le cul-de-sac péritonéal recto-utérin.

Les connexions de la tumeur sont les suivantes :

La face postérieure de l'utérus est en avant de fausses membranes anciennes qui vont de cette face au rectum, qui est en arrière ; une grosse bride épaisse relie l'intestin à la tumeur.

Sur les côtés sont les ligaments utéro-sacrés.

De plus, un cordon ferme, arrondi, s'étend de l'angle gauche et supérieur de la tumeur à l'angle gauche de l'utérus, et immédiatement en dehors et en avant se trouvent la trompe gauche et son aileron, tous deux sains et libres d'adhérences. Nulle part on ne trouve l'ovaire gauche. A droite, le corps de la trompe est recouvert de fausses membranes anciennes qui s'étendent en se recourbant les unes vers la tumeur, les autres vers la face postérieure de l'utérus. Le pavillon est tourné en avant et libre d'adhérences. La cavité de l'organe est libre. Dans la concavité antérieure décrite par la trompe se trouve l'ovaire droit parfaitement sain et contenant le corps jaune de la grossesse.

En incisant les parois du kyste, on trouve dans leur épaisseur, de petits kystes de la grosseur d'un grain de chènevis, contenant un liquide rougeâtre. La consistance des parois est ferme et comme charnue.

Réflexions. — L'absence de l'ovaire gauche, les connexions du kyste avec l'angle supérieur gauche de l'utérus et avec la trompe du même côté, nous autorisent à considérer la tumeur du cul-de-sac recto-utérin comme ayant son point de départ dans l'ovaire. En outre, il nous paraît permis de penser que ce qui remplissait la poche avant la perforation ne peut être que le liquide trouvé dans le péritoine, c'est-à-dire du pus mélangé à du sang.

La nature du kyste prête à la discussion, on pourrait songer à une grossesse intra-ovarique, ou bien à un kyste dont la surface interne aurait été modifiée par l'inflammation.

Au point de vue clinique, on a le droit de supposer que la présence de cette tumeur n'a pas été sans influence sur la présentation (le bassin était large, bien conformé, l'obliquité utérine était peu prononcée). De plus, il est regrettable qu'un médecin n'ait pas été appelé au début du travail : il eût, sans aucun doute, reconnu l'existence de la tumeur ; constaté son enclavement dans le petit bassin, et tenté d'évacuer le liquide par le vagin, au moyen d'un appareil aspirateur. On eût évité

Digitized by Google

ainsi la rupture du kyste dans le péritoine, rupture qui a dû se produire soit par le fait du simple engagement de la partie fœtale, soit plutôt par suite des manœuvres répétées faites en ville. En tous cas, cette rupture était récente, la présence d'un caillot cruorique dans l'intérieur du kyste, et l'existence de petites fausses membranes molles autour de l'orifice externe de la perforation, en font foi.

EXAMEN MICROSCOPIQUE fait au laboratoire d'histologie du Collége de France, par M. CHAMBARD.

La pièce examinée est un fragment de la paroi du kyste; des coupes transversales en sont faites après durcissement dans l'alcool, la gomme et l'alcool ; elles sont colorées par le picrocarminate d'ammoniaque et conservées dans la glycérine additionnée de 10 0|0 de cette matière colorante.

1° Examen à un faible grossissement. (Ocul. 2. — ob. 2). A ce grossissement, la surface des coupes paraît formée de 2 zones d'inégale étendue, l'une externe, claire et colorée en rose, offre une largeur de 3 millimètres environ ; l'autre interne, sombre, finement granuleuse n'a que 1 millimètre 5 d'épaisseur. Toutes deux contiennent de nombreux vaisseaux et un examen ultérieur montrera que la première est fibreuse et la seconde formée de tissu embryonnaire.

2° Grossissements plus forts. A. Zone externe. Elle peut être subdivisée en 3 régions. L'une, la plus externe formée de tissu conjonctif peu dense, est mince et limitée en dehors par un bord net sur lequel on ne voit plus aucune trace de couche épithéliale. Cette lamelle conjonctive est pauvre en cellules et ne contient pas de vaisseaux importants.

En dedans de cette couche, le tissu conjonctif devient plus dense et plus riche en cellules plates : les faisceaux sont entremêlés de nombreuses fibres cellules musculaires dont la direction est généralement parallèle à celles des parois kystiques et qui sont les unes isolées, les autres assemblées en minces fascicules. Dans cette couche, on remarque de nombreux vaisseaux artériels et veineux : ces artères renferment un grand nombre de cellules endothéliales desquamées, provenant de leurs parois et les veines des caillots riches en cellules lymphatiques.

Plus en dedans encore, et près de la zone interne embryonnaire, le tissu conjonctif devient encore plus dense, moins riche en cellules plates et tend à se disposer sous la forme de lames parallèles comme s'il eût subi en ce point une compression de dedans en dehors. Dans cette région, on observe quelques fentes lympathiques, et de larges sinus veineux sans parois propres, d'un diamètre moyen de 100 à 125 μ et remplis de sang coagulé.

Digitized by Google

B. Zone interne. — Séparée assez nettement de la zone externe, celle-ci est essentiellement formée de tissu embryonnaire; on y voit de minces travées de tissu fasciculé fuso-cellulaire croisées en tous sens et dont les intervalles sont remplis par d'innombrables éléments globo-cellulaires. Envisagé isolément ce point de la préparation donne tout-à-fait l'idée d'un sarcome globo-cellulaire et en quelques points fasciculé; en outre, la couche embryonnaire dont l'épaisseur est assez uniforme, et qui se limite du côté de la cavité kystique par un bord net et à peu près rectiligne, est parcourue par de très-nombreux capillaires très-volumineux et dont les parois sont embryonnaires. La direction de ces capillaires semble d'une manière générale perpendiculaire à la surface de la paroi kystique; ils sont remplis de sang et leur largeur, la faiblesse de leurs parois, le peu de résistance du tissu qui les entoure, ainsi que leur proximité de la surface interne du kyste devraient rendre imminentes les hémorrhagies dans l'intérieur de celui-ci.

En résumé, la paroi de cekyste est formée par une épaisse couche fibreuse doublée d'une couche de tissu embryonnaire ayant tous les caractères du tissu des sarcomes très-vasculaires. La structure de cette dernière couche rappelle celle des parois kystiques ayant végété vers la cavité du kyste de façon à la combler en partie par des masses ayant au point de vue histologique la signification de sarcomes encéphaloïdes. Cette opinion de M. Chambard sur la nature sarcomateuse de la zone embryonnaire des parois du kyste, est complétement partagée par MM. Malassez et de Sinéty. Cette structure des parois eût comporté naturellement un pronostic tout autre que s'il s'agissait d'altérations produites par un processus inflammatoire dans un kyste simple, comme nous l'avions d'abord supposé au seul examen macroscopique.

18. Tumeur épithéliale de la voûte palatine consécutive à un psoriasis buccal. Résection du maxillaire supérieur; par E. Brissaud, interne des hôpitaux.

Red... Jules, âgé de 45 ans, facteur au télégraphe, entra à l'hôpital des cliniques, dans le service de M. le professeur Broca, le 8 novembre 1876. Cet homme qui, dans son enfance, a joui d'une excellente santé, souffre depuis cinq ou six ans d'une tumeur de la voûte palatine. Au début de la maladie, la lésion consistait dans une petite gerçure, une sorte d'érosion, qui, sans cause connue, se produisit à la partie moyenne de la voûte du palais. Les antécédents héréditaires font complétement défaut.

Digitized by Google

Le malade n'a pas eu la syphilis; mais à l'âge de 35 ans il a été soigné à l'hôpital du Midi, pour un chancre simple, qu'on a traité simplement par des topiques locaux, et qui n'a été suivi d'aucune manifestation diathésique ; depuis l'âge de 25 ans, cet homme fumait beaucoup la pipe, et il y a une quinzaine d'années environ, qu'il est affecté de psoriasis buccal. Les plaques blanches caractéristiques du psoriasis ont eu pour siége les joues, la langue, le palais, et aujourd'hui encore on constate la présence de quelques îlots, à la face interne des joues.

Lorsque le malade s'aperçut pour la première fois de l'ulcération qui occupait la voûte palatine, il remarqua en même temps l'existence d'une *peau blanche assez épaisse* sur toute la face inférieure du voile du palais. Le jour où cet homme entra à l'hôpital on constata l'état suivant: La muqueuse palatine dans toute sa moitié droite est remplacée par une masse bourgeonnante, rouge, mollasse, dépassant un peu la ligne médiane vers le côté gauche, terminée du même côté au niveau de l'insertion de la deuxième incisive, et s'arrêtant à droite, un peu en avant de la grosse molaire. Sur la ligne médiane on aperçoit l'orifice d'un petit trajet fistuleux, à travers lequel on peut faire pénétrer un stylet jusque dans la cavité des fosses nasales. Cette tumeur ne saigne pas à proprement parler, mais la sécrétion salivaire est très-abondante et quelquefois légèrement sanguinolente. Les gencives du côté droit sont gonflées et molles.

Les dents parfaitement conservées sont un peu mobiles dans leurs alvéoles, mais au dire du malade, il n'y aurait que cinq à six mois que la tumeur aurait envahie la partie postérieure des arcades dentaires.

Le contact de la lésion n'est pas douloureux, mais il y a simplement un peu de gêne dans les mouvements de déglutition. Enfin, il existe un peu au-dessous de l'angle de la mâchoire, un ganglion tuméfié, un peu plus volumineux qu'une grosse noisette.

Dans ces derniers temps le malade a beaucoup maigri, la tumeur s'est notablement accrue, et le traitement antisyphilitique n'ayant produit aucune amélioration, M. Broca se décida à pratiquer la résection du maxillaire supérieur.

L'opération a été faite le 27 novembre 1876 ; toutes les parties malades ont été enlevées, mais le voile du palais a été conservé intact dans toute son étendue. L'examen microscopique de la tumeur a permis de reconnaître qu'il s'agissait bien d'une tumeur maligne, appartenant à la variété des épithéliomes tubulès. La lésion osseuse au niveau du trajet de la fistule consistait dans une ostéite simple, suppurée, sans éléments de na-

Digitized by Google

ture cancéreuse. Enfin, la muqueuse du plancher des fosses nasales était simplement épaissie, infiltrée, vasculaire, mais on n'y a pas remarqué de productions épithéliales comme dans la partie correspondante de la voûte du palais. Cette observation présente quelque intérêt au point de vue du mode de terminaison du psioriasis buccal ; car la transformation épithéliale étudiée par M. Debove, n'a été signalée que très-rarement encore à la voûte palatine.

19. Rhumatisme articulaire aigu.—Mort par embolie de l'artère pulmonaire droite ; par L. de BEURMANN, interne des hôpitaux.

Le nommé Chap... Eugène, maçon, âgé de 21 ans, entre le 27 novembre 1876 dans le service de M. PROUST, à l'hôpital Saint-Antoine, pour un rhumatisme articulaire aigu.

Ce jeune homme, vigoureux, n'a aucun antécédent pathologique notable; c'est sa première attaque de rhumatisme. Il y a quelques jours ayant été mouillé à plusieurs reprises par la pluie, il ressentit une assez grande fatigue et quelques douleurs vagues dans les jointures ; cependant il put continuer à travailler comme à l'ordinaire jusqu'au 24 novembre.

27 *novembre*. Au moment de son entrée à l'hôpital toutes ses jointures sont tuméfiées et douloureuses. La fluxion porte surtout sur les grandes articulations, elle est à son maximum sur les genoux, les cou-de-pieds et les poignets. Le malade immobile dans son lit, couvert d'une sueur profuse est presque incapable de faire aucun mouvement. Les battements du cœur sont bien frappés et l'on n'entend aucun bruit anormal de souffle ni de frottement. L'appétit est nul et la fièvre vive. — Soir : T. Ax. 40°.

28 *novembre*. Même état. — Le malade accuse un violent point de côté à gauche ; l'auscultation de la poitrine ne révèle rien de particulier de ce côté. Prescription. Enveloppement des jointures avec la ouate. Chiendent avec bic. de soude, 4 gr.; sulfate quinine, 0,75 centigr. par jour. Lavement purgatif. T. Ax. M. 38°,8 ; Soir, 39°,6.

29 *novembre*. T. Ax. M. 39°,4 ; Soir, 40°.

30 *novembre*. T. Ax. M. 39°,2 ; Soir, 39°,8.

1er *décembre*. Les jointures sont moins douloureuses, le malade peut faire quelques mouvements avec le bras droit. Les articulations du coude et de l'épaule gauche ainsi que les deux genoux sont encore tuméfiés, rouges et douloureux. Les battements du cœur sont un peu sourds mais réguliers.

T. Ax. M. 38°,8 ; Soir, 39°,6.

2 *décembre*. Amélioration notable ; le malade remue facile-

Digitized by Google

ment les deux bras, il prend quelques potages avec appétit. T. ax. M. 38°,2 ; Soir, 39°,8.

3 *décembre*. Eruption de sudamina sur le tronc ; l'amélioration continue du côté des jointures, le malade s'asseoit dans son lit. Rien de particulier à l'auscultation du cœur. T. Ax. M. 39°,4 ; Soir, 39°,6.

4 *décembre*. Matin. — Ch... se trouve beaucoup mieux ; il ne souffre presque plus et demande à manger. Cependant une abondante éruption de sudamina couvre le tronc, le cou et le ventre. Il y a un peu d'oppression et on entend un léger bruit de frottement ; à la pointe du cœur les battements semblent faibles et éloignés. Vésicatoire sur la région précordiale.

A 1 h., le malade s'étant assis est pris subitement d'un violent accès de suffocation. La face devient violacée et turgescente, la respiration lui manque et il veut se jeter hors de son lit ; bientôt le râle trachéal survient, il perd connaissance et meurt à trois heures.

Autopsie. — Le *péricarde* ne contient que quelques grammes de liquide, mais ses deux feuillets sont injectés de sang et couverts de fausses membranes fibrineuses minces et délicates qui y adhèrent très-fortement en certains points. — L'*endocarde* des deux côtés est dépoli ; il présente une teinte rouge résultant de la macération cadavérique, mais n'offre aucune arborisation vasculaire. Dans le ventricule gauche on trouve un caillot blanc volumineux un peu adhérent aux colonnes charnues et évidemment formé après la mort. Le *ventricule gauche* est rempli par des caillots rouges occupant toute la cavité ; de plus on remarque entre les colonnes charnues quelques petits *filaments fibrineux* grisâtres très-probablement formés pendant la vie. Rien de particulier dans les oreillettes ni dans les auricules.

Les deux *poumons* sont extrêmement congestionnés dans toute leur étendue surtout celui du côté droit. Mais on ne trouve dans leur épaisseur aucun noyau apoplectique. Les grosses branches sont remplies d'une écume sanguinolente. Sous la plèvre viscérale, on aperçoit de petites taches ecchymotiques de la largeur d'une lentille exactement semblables à celles qui sont décrites en médecine légale dans la mort violente par asphyxie. Il existe trois de ces taches à la base du poumon droit en arrière. On en trouve neuf à la face inférieure du poumon droit et cinq à la partie postérieure du même lobe.

En ouvrant l'*artère pulmonaire*, on trouve dans sa branche droite au moment où elle se divise en trois rameaux pour fournir aux trois lobes pulmonaires de ce côté un *caillot fibrineux* du volume de l'extrémité du petit doigt ; ce caillot est

Digitized by Google

formé de filaments fibrineux enroulés et enchevêtrés, il est grisâtre et de consistance ferme et nullement adhérent aux parois vasculaires, il remplit complétement le calibre de l'artère.

Les autres organes sont très-congestionnés mais d'ailleurs complétement sains.

RÉFLEXIONS. — Il est évident que chez ce malade le caillot arrêté dans l'artère pulmonaire droite a causé la mort rapide par asphyxie ; quant au point où s'est formé cette embolie, il est probable que les coagulations anciennes qui existaient entre les colonnes charnues du ventricule droit indiquent son lieu d'origine. On sait du reste que le rhumatisme aigu est une des maladies dans lesquelles la coagulation du sang hors des vaisseaux est la plus prompte ; il en est de même chaque fois que la température reste très-élevée pendant plusieurs jours; ces deux conditions réunies chez notre malade font comprendre comment la coagulation a pu se produire chez lui spontanément dans l'intérieur du système circulatoire.

Nous appelons aussi l'attention sur les taches ecchymotiques sous-pleurales trouvées à l'autopsie ; leur existence dans ce cas se comprend très-bien puisque le mécanisme de la mort a été en somme analogue à ce qui se passe dans l'asphyxie par submersion ou par strangulation, mais il nous semble important de noter qu'on ne rencontre pas ces lésions uniquement en médecine légale.

20. Deux cas d'oblitération du canal cystique, avec hydropisie de la vésicule biliaire (1) ; par A. PITRES, interne des hôpitaux.

Les cas d'oblitération du canal cystique avec hydropisie de la vésicule biliaire sont loin d'être rares, et les bulletins de la Société anatomique en renferment déjà un bon nombre d'observations (2). Le liquide incolore, muqueux, qui s'accumule alors dans le réservoir biliaire, a été soumis assez souvent à l'analyse chimique (3), mais l'examen microscopique des pa-

(1) Travail présenté pour devenir membre titulaire.

(2) Pinault, *Bull. soc. anat.*, 1827. — Guérard, *ibid.*, 1831. — Sonnié-Moret, *ibid.*, 1835, p. 68. — Fournet, *ibid.*, 1835, p. 68. — Godin, *ibid.*, 1835, p. 103. — Husson, *ibid.*, 1835, p. 104. — Barth, *ibid.*, 1840, p. 172.— Deville, *ibid.*, 1846, p. 242. — Lacaze-Duthiers, *ibid.*, 1847, p. 284.— Barth, *ibid.*, 1850, p. 4. — Dolbeau, *ibid.*, 1854, p. 336.

(3) Voir : Gubler. *Oblitération de la vésicule biliaire par un calcul. Analyse du liquide dont elle était remplie. Comptes-rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1850, t. II, p. 144.— Frerichs. *Traité des maladies du foie.* — Robin. *Leçons sur les humeurs*, etc., p. 473, etc.

Digitized by Google

rois de la vésicule fait défaut dans toutes les observations que nous avons pu consulter (1). Il nous a semblé, dès lors, qu'il ne serait pas inutile d'étudier à ce point de vue, les deux cas suivants, que nous avons eu l'occasion d'observer tout récemment à l'hospice de la Salpétrière.

I. — Le premier a été rencontré sur le cadavre d'une femme, qui était morte dans le service de M. Charcot, d'un rétrécissement mitral. Cette femme n'avait jamais eu d'ictère vrai : dans le cours de sa maladie, elle avait présenté une coloration jaunâtre sub-ictérique des conjonctives, mais jamais on ne trouva dans l'urine, qui fut examinée un très-grand nombre de fois, de matières colorantes biliaires. Je copie simplement sur les notes recueillies au moment de l'autopsie, ce qui a trait au foie et aux voies biliaires. Le foie pèse 1,060 gr.; il a sa forme et son volume habituels; sa surface est lisse, son tissu ferme. Sur la coupe, les lobules, bien isolés, sont jaunâtres à la périphérie et rouge-sombre au centre (foie muscade). Les gros canaux biliaires intra-hépatiques ne sont pas dilatés et laissent écouler sur les coupes une petite quantité de bile jaunâtre, paraissant tout-à-fait normale.

La vésicule biliaire n'est pas dilatée, sa face externe est lisse, sans adhérences avec les organes voisins, mais on voit par transparence, à travers ses parois amincies, qu'elle renferme un liquide blanc. Une incision laisse en effet écouler 30 grammes de liquide clair, limpide, onctueux, ressemblant à de la synovie, dans lequel flottent quelques petits lambeaux membraniformes très-minces qui gagnent rapidement le fond du vase. Densité 1,040. — Il n'y a pas de calculs libres dans le vésicule. En disséquant les voies biliaires, on trouve à l'extrémité supérieure du canal cystique, dans le point où il se continue avec le col de la vésicule biliaire, un calcul ovoïde, rugueux, du volume d'un gros pois, si fortement enclavé dans le canal qu'il est impossible de le dégager par simple pression. — Au-delà de l'oblitération, le canal cystique est plus grêle qu'à l'état normal. Les canaux hépatique et cholédoque sont tout-à-fait sains : leurs diamètres sont normaux, et leur muqueuse présente la coloration jaune habituelle. La face interne de la vésicule biliaire est au contraire blanche, lisse et polie comme une séreuse.

Examen du liquide. En plaçant sous le microscope une goutte du liquide transparent tiré de la vésicule, on n'y voit

(1) On trouve plusieurs observations de ce genre dans Andral (*Clin. méd.*), Cruveilhier (*Anat. pathol.*), Frerichs, etc.

Digitized by Google

aucun élément figuré. En faisant porter l'examen sur le dépôt qui s'est accumulé au fond du verre, on voit qu'il est formé par des cellules d'épithélium *pavimenteux*.

Parmi ces cellules, les unes sont isolées et nagent facilement dans la préparation en montrant successivement toutes leurs faces, les autres en beaucoup plus grand nombre sont réunies en lamelles. En introduisant sous la lamelle de verre, une goutte de picro-carminate, les noyaux de ces cellules se colorent vivement en rose, tandis que leur protoplasme transparent, ou très-légèrement granuleux ne subit pas l'imprégnation du carmin. On ne trouve en dehors de ces cellules que quelques rares cristaux de cholestérine.

L'analyse chimique a été pratiquée au laboratoire de la Sorbonne par M. Regnard, qui a bien voulu me remettre la note suivante: « Le liquide analysé contenait de l'albumine et de la mucine. Evaporé au bain-marie, il laissait déposer des cristaux de chlorure de sodium et de phosphate ammoniaco-magnésien. Le résidu, repris par l'alcool, fut traité par le réactif de Pettenkoffer et ne donna aucune coloration: il n'y avait donc pas de sels biliaires, d'ailleurs l'acide nitreux avait également démontré l'absence de matières colorantes de la bile. »

L'examen histologique des parois de la vésicule a été pratiqué après durcissement, (liquide de Muller, gomme, alcool,) sur des coupes transversales, colorées au picrocarminate et montées dans la glycérine.

Sur ces coupes, on constate tout d'abord que la muqueuse a totalement disparu. Les parois de la vésicule sont représentées dans toute leur épaisseur par des faisceaux denses de tissu fibreux, entre lesquels on aperçoit les noyaux des cellules plates vivement colorés en rouge. Pas d'éléments embryonnaires. Près du bord interne on distingue un petit nombre de faisceaux très-grèles de fibres musculaires lisses, dernier vestige de la couche musculeuse.

Les vaisseaux compris dans la coupe (principalement les artères) sont en grande partie oblitérés par une prolifération considérable de leur tunique interne.

En résumé, disparition de la tunique muqueuse, atrophie de la musculeuse, endartérite proliférante et transformation fibreuse de toute l'épaisseur des parois de la vésicule. Ajoutons que d'après l'examen des débris épithéliaux renfermés dans le liquide dont nous avons parlé, la face interne de ces parois fibreuses était recouverte d'un épithélium pavimenteux, tandis qu'à l'état normal la muqueuse de la vésicule est revêtue d'épithélium cylindrique.

II. — Nous avons rencontré un second exemple d'hydro-

Digitized by Google

pisie de la vésicule biliaire, sur le cadavre d'une aliénée morte dans le service de M. Voisin.

www.tuptool.com.cn

Dans ce cas, le foie paraissait sain ; les canaux biliaires intra-hépatiques, laissaient écouler une petite quantité de bile jaune ; les canaux cholédoque et hépatique étaient un peu plus larges qu'à l'état normal.

La vésicule biliaire avait sa forme et son volume habituels. Sur ses parois, on apercevait des vaisseaux sanguins épaissis, indurés, légèrement saillants et d'une coloration blanchâtre. Pas d'adhérences avec les organes voisins.

En ouvrant la vésicule, il s'écoule 38 gr. d'un liquide blanc, louche et un grand nombre de petits graviers jaunes, au milieu desquels se trouvent 8 à 10 calculs à facettes gros comme de petites noisettes. Un de ces calculs est fortement engagé dans le col de la vésicule, et oblitère complétement l'origine du canal cystique. Les parois de ce canal sont si fortement appliquées sur sa surface qu'il est impossible de le déplacer par pression. Ce calcul a le volume d'un gros pois, il est allongé, hérissé de saillies irrégulières et présente la même coloration jaune que ceux qui flottaient librement dans le liquide contenu dans la vésicule. Ce liquide, louche onctueux, légèrement filant présentait la même composition chimique que celui de la première observation. Il renfermait comme lui de l'albumine, de la mucine, du chlorure de sodium, des phosphates, et de plus une assez grande quantité de chlorhydrate d'ammoniaque. Les sels biliaires et les matières colorantes y faisaient absolument défaut. En l'examinant au microscope, on y trouvait un nombre considérable de belles cellules d'épithélium cylindrique isolés ou réunies sous forme de lamelles et ne différant pas des cellules qui forment le revêtement épithélial normal de la vésicule. On y trouvait, en outre, de nombreux globules de pus, et quelques cristaux de cholestérine.

Les parois de la vésicule, examinées à l'état frais, présentaient leur épaisseur habituelle : leur face interne avait un aspect velouté, dû à des saillies villeuses, papilliformes, moins nombreuses cependant et moins longues qu'à l'état normal. Le sommet de ces papilles présentait une coloration rouge, qui tranchait par sa vivacité sur le fond gris pâle du reste de la muqueuse. Sur des coupes transversales pratiquées après durcissement, on remarque les particularités suivantes : la couche muqueuse est diminuée d'épaisseur ; ses villosités sont rares et courtes ; ses vaisseaux sont gorgés de sang et son tissu renferme un grand nombre de cellules embryonnaires disséminées sans ordre au milieu de ces éléments.

Les faisceaux qui constituent la couche musculeuse ont leur volume et leur disposition habituelle. Le tissu fibro-con-

Digitized by Google

jonctif de la couche externe est plus dense qu'à l'état normal; il est infiltré de cellules embryonnaires; les artères qui le traversent sont presque toutes partiellement oblitérées par une prolifération très-active de leur tunique interne.

En résumé, nous trouvons sur ces préparations des traces évidentes d'une inflammation interstitielle lente, qui, selon toutes probabilités, aurait déterminé au bout d'un certain temps l'atrophie fibreuse complète des parois de la vésicule, et la transformation de son épithélium, comme dans notre première observation.

21. Fracture communicative du crâne avec enfoncement. Hémiplégie des membres seulement. Trépanation; par M. MOUTARD-MARTIN, interne des hôpitaux.

Ler.., Jules, 18 ans, charretier, entre le 27 novembre dans le service de M. GOSSELIN, à 9 h. du matin. — Il vient de lui tomber une tuile sur la tête, et le doigt introduit par la plaie faite aux téguments, qui est longue de 6 centimètres environ, fait constater une fracture du crâne avec enfoncement. Ler.., ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, mais les signes qu'il fait permettent de voir qu'il les comprend. Ses pupilles sont égales et contractiles, ni resserrées ni dilatées. ***Aucune paralysie du côté de la face.*** Du côté droit du corps, au contraire, les membres retombent lorsqu'on les soulève; le malade qui serre bien de la main gauche serre encore un peu, mais très-peu de la main droite. Il ne peut ni déplacer ni soutenir les membres de ce même côté. ***La sensibilité est intacte*** dans toutes ses variétés. Le pouls est à 72. La température axillaire est de 35°, 1, et la température rectale de 36°, 5.

La plaie, dont la direction générale est transversale, légèrement oblique en dedans et en avant, offre une longueur de 6 centimètres, du trou sus-orbitaire. La dépression de la table interne du pariétal qui est au moins de 1 centimètre et demi, fait décider que l'on aura recours immédiatement à la trépanation pour enlever les fragments enfoncés.

Les phénomènes suivants ont précédé l'opération: à 9 h. 20 il y eut un vomissement alimentaire peu abondant; à 9 h. 45. P. 72; T. A. gauche 36°; à 10 h. 15. P. 78; T. A. gauche 36°, 2; T. A. droite 36°, 6; deux nouveaux vomissements alimentaires, très-peu abondants. Le blessé répond aux questions peu nombreuses qui lui sont adressées.

OPÉRATION à 11 h. moins 20. Une couronne de trépan est appliquée en avant de la fracture; M. Gosselin enlève les esquilles déprimées dont quelques-unes s'étendaient à plus d'un centimètre autour de la plaie osseuse. Il constate la présence

Digitized by Google

d'un peu de substance cérébrale sans pouvoir reconnaître en quel point se trouve la déchirure des méninges qui lui a donné issue. Il voit également les pulsations cérébrales, et de l'air sort à certains moments sous le sang qui baigne la plaie par quelque pertuis très-étroit. — La plaie est pansée à l'alcool et le malade recouché; il vomit après l'opération.

Malgré l'opération, l'hémiplégie droite persiste; il y a même un peu de raideur au coude de ce côté et au genou correspondant.

11 h. 15. P. 72; T. A. gauche 36°, 4; T. A. droite 37°; 12 h. 15. P. 70; T. A. gauche 37°, 4; T. A. droite 37°, 6; vomissement de matières glaireuses. Le blessé se plaint d'avoir la tête serrée, malade.

1 h. 30. P. 68; T. A. gauche 38°; T. droite 38°, 2; vomissement de bile.

2 h. 45. P. 70; T. A. gauche 38°, 4; T. A droite 38°, 6; encore un vomissement de bile. Tous les vomissements successifs depuis l'entrée du malade ont à peine rempli un crachoir d'hôpital. — Il répond à quelques questions. La vessie remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic; bientôt le blessé demande un vase pour uriner.

4 h. P. 72; T. A. gauche 38°, 6; T. A. droite 38°, 8; il y a du calme, du sommeil. Les pupilles sont toujours égales et contractiles. — Rien de nouveau à la face ni du côté des membres.

5 h. 15. P. 80; T. A. gauche 38°, 7; T. A. droite 38°, 9.

28 *novembre* matin. P. 68; T. A. gauche 38°; T. A. droite 38°, 7; le blessé a uriné cette nuit. Même état des membres, rien de nouveau du côté de la face. *Soir*. P. 88; T. A. gauche 38°, 6; T. A. droite 39°; la raideur légère subsiste du côté droit au niveau du coude et du genou. La face est couverte de sueur. Il n'y en a pas sur le reste du corps.

29 *novembre*. La nuit a été calme comme la journée d'hier: ce matin, le blessé ne répond pas aux questions qu'on lui adresse, il est dans le coma. En enlevant le pansement, on remarque une pulpe blanche que le microscope démontre être de la substance cérébrale. P. 80; T. A. gauche 39°, 2; T. A. droite 39°, 4. — *Soir*. Le malade a uriné sous lui. La raideur légère persiste dans les articulations du côté droit. Pendant que je l'examine, le bras droit est pris, à 5 h., de convulsions cloniques qui n'atteignent que le biceps et les muscles fléchisseurs et extenseurs des doigts. Cela dure environ une demi minute. Rien de semblable à la jambe. L'infirmier me dit que ce phénomène s'est produit plusieurs fois sous ses yeux dans la journée. Le visage est baigné de sueur.

Le coma est encore plus profond que ce matin. La respiration fréquente, le pouls accéléré. P. 108; T. A. gauche 40°, 2; T. A. droite 40°, 6; R. 40. Les pupilles sont petites, mais égales

Digitized by Google

et contractiles. 3 sangsues ont été appliquées à 11 h. derrière chaque oreille et 50 centigrammes de calomel ont été donnés en trois fois. La purgation n'ayant pas donné de résultat, je prescris un lavement à la glycérine qui est bientôt rendu. Le malade a uriné sous lui sans demander aucun vase ; la vessie est vide d'urine. — *Mort* le 30 à 3 h. du matin.

AUTOPSIE. *Crâne.* Il existe deux pertes de substance, l'une produite par le traumatisme, l'autre due à l'application de la couronne de trépan. Cette dernière présente un diamètre de 18 mm.; elle occupe la partie antéro-supérieure de la fracture ; distance de 48 mm. de la suture fronto-pariétale; elle s'éloigne de quelques millimètres seulement de la suture bi-pariétale.

La perte de substance produite par le traumatisme a la forme assez nette d'un triangle à sommet tourné vers le temporal. Son diamètre vertical est de 4 cent. et son diamètre transversal de 3 cent; mais à l'angle inférieur on voit une surface déprimée, large de 1 cent. qui remonte le long du bord antérieur ; elle est formée par la table externe du pariétal fracturé tandis que la table interne est déprimée vers la cavité crânienne dans laquelle elle fait saillie. On constate facilement que la table interne est fracturée au-delà du point où la table externe l'a été; par suite, les désordres sont plus étendus à la face interne qu'à la face externe de l'os. Le centre de la perte de substance se trouve en un point situé à 25 mm. de la suture occipito-frontale, à 70 mm. de la suture fronto-pariétale, à 60 millimètres de la suture lambdoïde et à 10 cent. de la suture écailleuse du temporal.

Une *esquille* longue de 30 mm. et large de 6 mm. (qui n'avait pas été extraite du vivant du malade) était située à la partie antérieure de la perte de substance et pénétrait entre la dure-mère et le crâne ; une seconde, aplatie, peu volumineuse, était placée auprès de la première.

Méninges. La *dure-mère* était perforée sur une longueur de 28 mm.; la direction de cette déchirure était parallèle à celle du bord antérieur de la perte de substance ; elle en était très-rapprochée. La membrane n'était pas anormalement vascularisée; il n'y avait pas trace de méningite soit sur l'encéphale, soit sur les méninges crâniennes ; seulement un très-petit épanchement sanguin, étalé, lamelliforme, se trouvait à la face interne de la dure-mère près de la déchirure. — La *pie-mère* avait disparu au niveau de la lésion cérébrale. — Les *sinus* étaient intacts. *Cerveau.* Le cerveau présente une perte de substance au niveau de laquelle la pulpe cérébrale est réduite en une sorte de bouillie. Cette lésion siége sur la circonvolution frontale ascendante qu'elle atteint dans une étendue de 20 mm. sur la pariétale ascendante qu'elle atteint sur une

Digitized by Google

étendue de 25 mm. (à leur partie supérieure) ; enfin elle occupe le tiers antérieur de la première circonvolution pariétale. La lésion de la frontale ascendante ne s'arrête pas comme celle de la pariétale ascendante, au bord interne de l'hémisphère ; elle empiète sur la face interne, et atteint le lobule paracentral sur une hauteur de 5 mm. environ.

M. DURET. Cette observation, aussi bien que celle présentée récemment à l'Académie de Médecine par MM. Proust et Terrillon, offre un cas très-net de localisation : à la différence des symptômes que l'on remarque dans ces deux observations correspond une différence dans le siége de la lésion. Ici, il existe une paralysie des membres sans paralysie faciale et sans aphasie ; la lésion occupe le sommet des deux circonvolutions frontale et pariétale ascendantes. — Dans l'observation de MM. Proust et Terrillon où la paralysie des membres s'accompagnait de paralysie du facial inférieur et d'aphasie, la lésion atteignait la frontale ascendante seule, et beaucoup plus bas : à la hauteur de la deuxième frontale.

M. J. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE relève dans la communication de M. Moutard-Martin, les faits rappelés par lui, d'une observation de M. Proust. Il semblait d'après ces observations qu'il suffise d'introduire des fiches dans deux crânes en deux points identiques pour rencontrer deux points identiques des circonvolutions cérébrales. Il y aurait une erreur grave à retenir cette croyance. Cela vient, sans doute, de ce que les auteurs de la communication faite à l'Académie de médecine n'ont tenu aucun compte des travaux antérieurs sur le même sujet qui ont fait avancer la science beaucoup plus loin qu'ils ne l'ont dit. Les travaux les plus remarquables donnant les notions précises de topographie crânienne sont dus surtout à MM. Broca, Turner, Féré, etc. Ces auteurs ont établi exactement les rapports du cerveau et du crâne, ils ont justement pu constater que ces rapports variaient assez, pour deux crânes identiques, pour que l'on n'eût aucun droit d'indiquer exactement la circonvolution qui siége au-dessus d'un point déterminé de la cavité crânienne.

Si donc, il était nécessaire d'apporter une pareille précision dans l'étude du crâne pour les applications chirurgicales, on devrait être découragé. Mais heureusement il n'en est rien : les localisations cérébrales seront utilisées pour l'application du trépan parce que celui-ci n'a besoin que d'indications très-

Digitized by Google

grossières. C'est là le fait qui doit frapper le chirurgien. M. Championnière l'a signalé bien des fois, et a fait faire une thèse sur ce sujet. (*Paris, juillet* 1876).

Ce qu'il faut retenir c'est qu'il y a une région du crâne, région peu étendue, comprenant environ la moitié antérieure du pariétal et correspondant à tous les centres moteurs susceptibles d'être atteints par les traumatismes.

Les indications de topographie crânienne si précises données par MM. Broca et Féré permettent d'atteindre séparément dans cette région les centres qui pourraient être malades séparément. Il faut se rappeler qu'une couronne de trépan a de 16 à 18 millimètres de diamètre, qu'on en peut mettre deux facilement, ce qui donne un champ d'exploration énorme relativement au peu d'étendue des centres moteurs de l'écorce cérébrale. M. Championnière ajoute même que dût-on se tromper, faire des erreurs grossières, on pourrait à la rigueur multiplier les couronnes de trépan sur la région motrice; sans faire pour cela une opération absolument mauvaise, puisqu'on a pu faire ainsi au hasard dans des cas qui ont réussi à merveille. Il ne faut pas croire non plus que la localisation cérébrale dans le traumatisme soit aussi commune et étroite qu'on l'a faite. L'observation de MM. Proust et Terrillon est médiocre au point de vue de la localisation, parce que l'accident datait du 19 janvier, la paralysie avait été progressive, elle comprenait une surface cérébrale considérable, (centres du bras, de la face, de la jambe) et l'opération faite sans mensurations antérieures donne la preuve de cette diffusion. Le cas publié par M. Championnière, il y a deux ans, était au contraire un cas de paralysie immédiate et localisée (membre supérieur droit et parole).

Mais ce cas de succès démontre aussi comme les autres qu'avec la notion de région motrice on peut hardiment choisir certaines places pour l'application du trépan, non parce qu'on connait les circonvolutions cérébrales avec une précision mathématique, mais parce qu'on connait des régions osseuses crâniennes dont les centres moteurs ne s'écartent que médiocrement. Quiconque voudra examiner les remarquables figures du mémoire de Turner (d'Edimbourg) se rendra bien compte de ces rapports intéressants.

M. Landouzy fait observer que les rapports entre le crâne et le cerveau sont extrêmement précis. M. Broca, et plus ré-

Digitized by Google

cemment, M. Féré ont indiqué différents procédés qui permettent de déterminer à quelques millimètres près le point exact du cerveau auquel correspond une lésion des parois crâniennes ; il regrette que M. Lucas-Championnière ne vienne retirer à sa propre observation toute la valeur qu'elle possède par les critiques qu'il a adressés à celle de M. Proust, et qui sont également applicables à la sienne. Il est important de ne pas compromettre les notions déjà très intéressantes bien qu'incomplètes dont nous sommes redevables à la clinique.

M. DURET signale les différences qui existent entre l'observation de M. Lucas-Championnière et celle de M. Proust Chez le premier, l'opération a été pratiquée le septième jour, c'est-à-dire à un moment où les désordres locaux limités, traduits par des symptômes précis, permettaient de localiser la lésion et d'appliquer le trépan au point précis qu'elle occupait. Chez le second, au contraire, le trépan a été appliqué le vingtième jour ; la localisation était nécessairement moins nette, car les lésions s'étaient étendues. Dans un cas, il y avait un intérêt à agir dans le point même où une esquille pouvait comprimer la substance cérébrale ; dans l'autre, l'intérêt était peut-être moins grand et les indications moins nettes à cause du temps écoulé depuis l'accident.

Séance du 15 décembre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

22. Communication directe de la cavité péritonéale avec le rectum par l'ouverture d'un abcès rétro-utérin. — Kyste gazeux de la plèvre. — Tuberculose ancienne. — Mort par poussée tuberculeuse récente du poumon et des reins ; par M. PORAK, interne des hôpitaux.

S.... Victorine, 29 ans, domestique, entre le 27 octobre 1876 dans le service de M. MOUTARD-MARTIN, (salle Sainte-Claire, n° 25). C'est une femme forte, grasse ; elle a été réglée à 14 ans et depuis toujours régulièrement. Elle n'accuse aucune maladie antérieure de quelque gravité, pas de fièvre, ni d'hémoptysie. La malade nous disait qu'elle avait accouché une première

Digitized by Google

fois à terme en 1868 ; ses réponses à ce sujet étaient un peu indécises; elle nous a cependant dit qu'à partir du 25 août 1876, elle n'eut plus de relations avec son amant, qu'elle avait eu ses règles le 15 septembre, mais que la période suivante (Octobre) avait fait défaut et qu'à la suite d'une chute, le 14 octobre, elle avait été prise de douleurs qui simulaient absolument une fausse couche. Des renseignements plus précis nous ont fait savoir que cette malade s'est soumise une première fois à des manœuvres abortives qui ont été pratiquées par une sage-femme, en 1868. Le 14 octobre, jour que Victorine S... assigne à la chute qu'elle fit, elle alla voir cette même femme, qui très-certainement renouvela les mêmes tentatives et la fit horriblement *souffrir*.

Depuis le 14 octobre, l'état de santé de la malade fut très-alarmant: frissonnements, fièvre surtout le soir, soif intense, chaleur vive de la peau, rougeur du visage, de plus, elle perdait continuellement des eaux rousses, mais d'ailleurs en petite quantité. Elle ressentit des douleurs pelviennes, très-intenses, survenant par accès et qu'elle attribuait à la fausse couche promise. Ces symptômes devinrent de plus en plus marqués, la malade fut forcé de s'aliter et elle entra à l'hôpital.

Elle avait la plus grande peine à uriner, elle n'était pas allée à la garde-robe depuis huit jours et elle ressentait au moment de son admission des douleurs expulsives. Ces symptômes avaient trompé le médecin qui l'adressait à l'hôpital avec le diagnostic: fausse couche.

Toucher vaginal. On trouvait une rétroversion utérine des plus marquées, le col utérin était appliqué dans le cul-de-sac antérieur et le museau de tanche regardait le pubis. Dans le cul-de-sac postérieur,on sentait une tumeur sans démarcation avec l'utérus, rénitente; le vagin était très-chaud. On ne pouvait pas sentir le corps de l'utérus par la palpation abdominale combinée avec le toucher vaginal. Par le toucher rectal, la tumeur était ronde et donnait une sensation peu nette de rénitence. Le diagnostic parut difficile à établir avec certitude entre une rétroversion de l'utérus gravide ou un abcès rétro-utérin. — Purgatif, cathétérisme répété, décubitus ventral.

29 *octobre.* Insomnie; douleurs excessives, lancinantes, fièvre intense. Au toucher: vagin très-chaud, même position du col; la tumeur du cul-de-sal postérieur a augmenté de volume et présente un sillon de démarcation avec le col utérin; la paroi recto-vaginale est épaissie et comme œdématiée. Par le toucher rectal, toujours même tumeur ronde, volumineuse, rénitente; au-dessus du pubis, on constate une matité de deux à trois travers de doigt. Il est bien évident que l'on a affaire à un abcès rétro-utérin, et que depuis hier il a augmenté de vo-

Digitized by Google

lume. — Cataplasmes, opium pour la nuit. — *Soir*. Les douleurs ont pris une intensité excessive; insomnie.

30 *octobre*. Le lendemain, à 9 heures, il y eut ouverture brusque de l'abcès à travers le rectum; il donna issue à une quantité considérable d'un pus très-fétide, dont on peut évaluer le volume à un litre et demi au moins; plusieurs alèzes ont été salies. Immédiatement détente de tous les symptômes. Repos et sommeil de plusieurs heures, suppression de douleurs, diminution de la fièvre. Les jours suivants écoulement de pus d'abord mélangé à du sang et ensuite sans mélange. Amélioration très-notable. Au toucher, l'utérus est redressé en partie, il est toujours lourd et peu mobile. Dans le cul-de-sac postérieur, tumeur peu étendue, irrégulière.

Traitement. Opiacés, lavements au chloral. — Amélioration progressive, la malade va beaucoup mieux, plus de fièvre; l'appétit revient.

6 *novembre*. On l'envoie prendre un bain. Elle ne se levait pas encore et on la porte sur un brancard. Elle le prit pendant une demi-heure; après quoi elle resta longtemps dans la salle de bains avant d'être reconduite à son lit. Elle eut froid. Elle était déjà un peu indisposée le matin et aussitôt remise dans son lit, elle fut prise d'un frisson intense avec tremblement, claquement des dents, douleurs de ventre très-vives, vomissements. La malade tousse, mais on n'entend dans sa poitrine que dès râles ronflants et sibilants. Bouillon.

20 *novembre*. Toujours des vomissements et des douleurs de ventre, fièvre, toux continuelle, transpiration pendant la nuit, crachats nummulaires. Râles muqueux, ronflants, sibilants aux deux bases, rien au sommet. Depuis le 6 novembre ne prend plus que des bouillons ou des potages. La malade maigrit, pâlit, se cachectise. Aussi, quoique nous ne trouvions pas de signes bien évidents, nous n'en pensons pas moins qu'elle se tuberculise.

1er *décembre*. Tous les signes d'une pleurésie droite apparaissent. — 6 *décembre*. Mort.

Autopsie. On a constaté à l'autopsie la pleurésie droite et les signes anatomiques de la bronchite. Aux deux sommets, on trouve deux masses peu étendues, du volume d'une noix tout au plus, qui sont le siége de pneumonie chronique. Au sommet gauche, on trouve de petites masses crétacées. La surface du sommet des poumons est froncée, irrégulière. Au sommet droit, il y a une masse du volume d'une noisette de matière caséeuse. Enfin, tandis que dans le sommet gauche, on trouve des granulations tuberculeuses du volume d'un grain de chénevis, opaques, on trouve à droite, sur la plèvre, des granulations tuberculeuses demi-transparentes.

Digitized by Google

A la base du lobe moyen il y a un *kyste gazeux*, un peu moins volumineux que le poing, qui est constitué par le soulèvement de la plèvre. Lorsqu'on le comprime, on fait rentrer l'air qu'il contient dans les alvéoles pulmonaires, dont on constate nettement la dilatation. Ce kyste pulmonaire ne contenant que des gaz, nous n'avons pu retrouver par l'insufflation le point par où se faisait cette communication. Mais nous n'avons entrepris cette recherche que huit jours après l'autopsie. Pas de cavernes, ni de masse caséeuse dans les parois du kyste. Le poumon, dans les parties voisines, est seulement grisâtre et un peu atélectasié.

Abdomen. — Météorisme intestinal. Des adhérences nombreuses réunissent les intestins. Elles sont minces, faciles à déchirer, organisées et le siége d'une fine vascularisation. Ces néo-membranes organisées ont pris la disposition de brides noirâtres établissant des adhérences entre l'épiploon pour venir s'insérer l'une sur le mésentère, l'autre sur l'intestin grêle, formant deux anses connexes. La première étrangle une portion de l'intestin, mais pas de façon à empêcher le cours des matières. Ces brides sont vasculaires, ainsi que les autres adhérences péritonéales.

Reins. — Hypertrophiés. La capsule rénale peut être très-facilement détachée. Les deux reins sont ramollis sur leur surface externe autour des petites tumeurs jaunâtres ne dépassant pas les dimensions d'un grain de chènevis. Ces petites tumeurs se réunissent de façon à constituer des masses de même couleur, dont quelques-unes sont ramollies. Ce sont bien évidemment des tubercules rénaux. — Les uretères, très-congestionnés, sont le siége d'un picté rouge. Ils contiennent du pus.

L'*utérus* en rétroversion adhère au rectum par des adhérences qu'on peut détacher facilement, n'agglutinant pas des parois d'anses voisines d'intestin grêle. Ces adhérences forment une paroi supérieure incomplète à une cavité du volume d'une pomme d'api entre le rectum et l'utérus; les trompes et les ovaires agglutinés forment les parois latérales de cette cavité. Nous n'avons détruit ces adhérences que huit jours après l'autopsie. La face postérieure de l'utérus est recouverte d'une couche de fausses membranes noirâtres. Malgré un examen attentif, nous ne trouvons pas trace de granulations tuberculeuses. Les trompes sont rouges, les ovaires contiennent quelques vésicules de Graaf.

Lorsqu'on incise le rectum on trouve trois ouvertures à bords parfaitement lisses, comme taillées à l'emporte-pièce, du volume d'une pièce de quatre sous. Le tissu péri-rectal est épaissi. L'ouverture inférieure communique avec une collec-

Digitized by Google

tion d'un pus noirâtre. L'ouverture supérieure, au niveau du fond de l'utérus, communique directement avec la cavité péritonéale. On peut introduire facilement une sonde de cette cavité dans l'intérieur du rectum.

Réflexions. — Cette observation est surtout intéressante sous trois chefs :

1° Les abcès rétro-utérins sont assez rares. Dans ce cas, l'étiologie est bien nette. Au début, le diagnostic fut assez difficile à établir d'une façon précise avec la rétroversion utérine. Les affirmations de la malade qui se présentait à nous en nous disant qu'elle faisait une fausse couche, les renseignements douteux qu'elle nous donna tout d'abord, ne contribuèrent pas peu à cette indécision. Le surlendemain de son entrée, les symptômes furent assez nets pour ne plus permettre de doute ;

2° Les parois de cet abcès n'étaient pas continues ; la cavité n'était donc pas circonscrite. Aussi dès que l'ouverture eut lieu, il y eut une communication entre la cavité séreuse et le rectum. Pendant les six jours qui suivirent, la malade ne présenta pas de symptômes de péritonite. Elle allait bien et tout faisait prévoir qu'elle guérirait, lorsqu'à la suite d'une imprudence, d'un séjour prolongé dans un endroit humide où elle prit froid, elle revint dans sa salle avec des symptômes de péritonite. Cette tolérance de la séreuse au début nous paraît jeter un certain jour sur une question très-discutée actuellement en Allemagne. Là, on tend à généraliser les opérations de l'ovariotomie avec abandon du pédicule et des ligatures dans la cavité péritonéale. On ne suture que les bords de la plaie abdominale. Lorsqu'il y a eu des adhérences nombreuses, que l'on craint une suppuration consécutive, on introduit un drain dans le cul-de-sac postérieur du péritoine, établissant une communication des cavités péritonéale et vaginale. Notre observation indique, en effet, que cette communication n'entraîne pas forcément l'inflammation de la séreuse ;

3° A la suite de ces symptômes généraux et locaux graves, une tuberculisation ancienne, dont les symptômes ont passé inaperçus à la malade, aussi bien qu'aux personnes qui l'entouraient depuis neuf ans, a été réveillée. Une poussée de tubercules récents des poumons et des reins en a été la conséquence. C'est à cette complication et à la pleurésie consécutive que notre malade a succombé.

23. Rétrécissement spasmodique de l'œsophage ; par M. Dave, interne des hôpitaux.

Le 28 novembre 1876, entrait à l'hôpital Lariboisière, salle

Digitized by Google

Sainte-Mathilde, n° 10, dans le service de M. le Dr RAYNAUD, la nommée G...n Catherine, âgée de 39 ans, mais qui au premier abord en paraît 50 à 60, tant elle se trouve dans un profond état de délabrement.

Depuis l'âge de 18 ans, nous dit-elle, elle est sujette à des accès de dysphagie durant parfois plusieurs semaines et caractérisés par les phénomènes suivants. L'ingestion des aliments est suivie, après un temps variable du rejet brusque de tout ce que la malade a avalé, rejet qui a lieu, tantôt immédiatement, tantôt après une heure au plus. Les aliments liquides sont mieux tolérés que les solides, mais parfois aucun aliment n'est supporté. Au moment de la déglutition, la malade accuse une douleur brusque, constrictive ; puis elle entend un glouglou tout spécial, et le vomissement survient. Les accidents se répètent pendant un nombre variable de jours, quelquefois assez longtemps pour que la malade tombe dans l'état d'amaigrissement profond où nous la trouvons, puis tout rentre dans l'ordre, et elle reprend rapidement son embonpoint normal.

Rien dans ses antécédents ne peut faire soupçonner ni la *syphilis* ni l'*hystérie* ; enfin elle n'a jamais avalé de liquides caustiques. Elle n'a jamais eu d'hématémèse ni de vomissements noirs. L'appétit est conservé. Depuis plusieurs mois, elle a des palpitations, et le soir un peu d'œdème des malléoles. Le dernier accès de dysphagie remonte à trois ans. La malade a été à cette époque dans le service de M. le Dr Oulmont, et les accidents ont rapidement cédé à l'usage du régime lacté. La malade ne peut se rappeler quel diagnostic a été posé à cette époque.

Les accidents actuels durent depuis six mois presque sans rémission, ce qui explique l'amaigrissement considérable de notre malade. Elle est mise au régime lacté, mais le lendemain on doit y renoncer à cause d'une diarrhée violente. Dans ces conditions, on pouvait penser à une paralysie de l'œsophage : mais alors comment expliquer ce rejet violent des aliments ? D'ailleurs les liquides passaient mieux que les solides. Il fallait donc revenir à l'idée d'un rétrécissement, et l'intermittence des accidents, ainsi que leur ancienneté, faisait planer un doute sur l'existence d'un rétrécissement organique. M. Raynaud songea donc à un rétrécissement spasmodique.

Le cathétérisme œsophagien fut pratiqué le 9 décembre ; à 41 centimètres environ de l'arcade dentaire, la sonde éprouvait un obstacle infranchissable, et, abandonnée à elle-même, subissait un ressaut brusque.

Dans un deuxième cathétérisme, pratiqué le 10 décembre en présence de M. le Dr Panas, le même obstacle fut senti

Digitized by Google

d'abord, mais l'olive, de grosseur moyenne, pénétra sans trop de difficulté jusqu'à 46 cent. On était donc dans l'estomac. Le 12 septembre, devant l'impossibilité absolue d'alimentation, M. Raynaud résolut de nourrir la malade par une sonde. Le cathétérisme pratiqué, du bouillon fût versé à l'aide d'un entonnoir dans le pavillon de la sonde ; rien ne pénétra. 10 minutes après, nouvelle tentative, nouvel insuccès, la malade a une syncope. On retire la sonde, puis un quart d'heure après, elle est réintroduite, et un litre de bouillon injecté à l'aide d'une seringue. La malade mourut néanmoins dans un état syncopal une demi heure après. Le pouls, au moment de la mort, dépassa 220. La température, 10 minutes avant, était de 37°,2.

AUTOPSIE. — Les viscères thoraciques enlevés, on aperçoit un énorme renflement fusiforme de l'œsophage, qui lui donne l'apparence d'un estomac. Le bouillon est dans la cavité gastrique, mais peut refluer très-facilement par la pression de l'estomac dans l'œsophage, et réciproquement. Le tube digestif est enlevé et placé sur la table. On voit, après l'avoir incisé, que l'orifice cardiaque est normal comme diamètre (il a 5 cent. de circonférence, et admettant facilement le pouce). Les parois de l'œsophage ne sont ni à ce niveau ni plus haut, épaissies ou indurées ; il n'y a dans leur épaisseur ni cicatrice, ni néoplasme quelconque.

Au-dessus du cardia s'étend un énorme renflement fusiforme de l'*œsophage*, qui occupe toute sa longueur, et lui donnent à la partie moyenne une circonférence de 17 cent. Immédiatement au-dessus du cardia, jusqu'à la partie moyenne, la muqueuse est parsemée d'ulcérations arrondies, confluentes, à bords souvent décollés, de profondeur variable, paraissant même entamer superficiellement la couche musculeuse en quelques points. Pas de perforation d'ailleurs. En un mot, l'aspect de l'œsophage est comparable en tous points à celui que l'on trouve au-dessus d'un rétrécissement.

La muqueuse stomacale est saine. L'intestin grêle est vide, rétracté profondément et diminué de calibre. Tous les autres organes paraissent parfaitement sains.

Les phénomènes observés pendant la vie, ainsi que les pièces nécroscopiques, me paraissent donc devoir faire admettre, malgré la rareté du fait, l'existence d'un rétrécissement spasmodique de l'œsophage, s'étant comporté comme un rétrécissement organique, en ce sens qu'il a entraîné la mort par inanition.

MM. CHARCOT, DEBOVE et LONGUET pensent que l'examen

Digitized by Google

microscopique révélera l'existence d'une lésion au voisinage du cardia, en un point qui est manifestement rétréci.

www.libtool.com.cn

24. Examen microscopique d'une tumeur du foie (Voir p. 420 l'observation et la description de la pièce, présentée par M. Léger, interne des hôpitaux).

L'examen fait par M. le Dr Malassez lui a montré qu'on avait eu affaire à une *gomme du foie*. Sur la préparation, la partie répondant aux masses jaunes de consistance élastique, apparaît sous un aspect granuleux amorphe ne présentant aucun tissu défini. Cette partie se trouve limitée à son pourtour par une bande mince de tissu connectif jaune, dont les cellules nombreuses et fortement colorées par le picro-carminate, rendant l'existence très-apparente. Plus en dehors, on aperçoit des travées de tissu conjonctif dans les mailles duquel se trouvent une ou plusieurs cellules hépatiques déformées, granuleuses et ratatinées. Ces cellules augmentent de nombre à mesure qu'on s'éloigne de la masse gommeuse, et finissent par retracer dans leur disposition la forme des lobules hépatiques. Mais là encore se voient, entre les lobules, des travées fibreuses de cirrhose périlobulaire, envoyant des prolongements dans l'intérieur du lobule. C'étaient, en un mot, les lésions de la cirrhose péri et intra-lobulaire. Un grand nombre des cellules qui entraient dans la constitution de ces lobules, présentaient la dégénérescence graisseuse.

25. Examen microscopique d'une tumeur du foie (voir p. 756, l'observation et la description de la pièce présentée par M. Léger, interne des hôpitaux).

Il s'agit également de gomme du foie. La masse informe répondant au centre dégénéré de la gomme était plus étendue, mais on trouvait toujours à ses limites extérieures la zone plus fortement colorée du tissu connectif, et au pourtour de cette bande, quelques cellules hépatiques altérées, comprimées dans les mailles du tissu fibreux.

Le tissu hépatique, examiné un peu loin de la tumeur, en un point d'apparence normale à l'œil nu, m'a présenté dans une grande étendue de la préparation les altérations de la cirrhose péri-lobulaire et intra-lobulaire. Celle-ci était même fort accusée en un point. Au pourtour, il existait deux ou trois lobules ne présentant que les lésions de la cirrhose périlobulaire, mais un grand nombre de leurs cellules hépatiques étaient en dégénérescence graisseuse.

Digitized by Google

26. Invagination chronique de l'intestin grêle ; par M. Léger, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

X., couturière, âgée de 65 ans, a perdu son père et un frère de la poitrine. Sa mère est morte à l'âge de 45 ans de la dysenterie. Elle-même a eu comme affections antérieures la fièvre typhoïde à 18 ans et ensuite plusieurs pneumonies ; mais jamais elle n'a souffert de l'estomac.

L'affection pour laquelle elle entre à l'hôpital, aurait débuté il y a un an par de grandes douleurs dans les côtés, en même temps qu'elle perdait l'appétit, mais sans provoquer alors de vomissements. Cet état amena rapidement une grande faiblesse qui l'a forcée à garder le lit depuis six mois. En même temps ses jambes enflent et deviennent douloureuses. Depuis quatre mois, il est survenu des vomissements après le peu de nourriture qu'elle pouvait prendre, mais jamais ils n'ont contenu de sang.

Les selles étaient assez rares, et n'avaient pas non plus présenté traces de sang. A son entrée, cette femme est maigre, au teint d'une pâleur mate, cachectique, qui en impose pour la teinte cancéreuse. Ses jambes ne sont plus enflées. Elle éprouve pour le pain et la viande un dégoût insurmontable et dit même qu'elle avale difficilement et rejette les liquides quand elle les prend trop vite. Ce signe fait rechercher si du côté de l'œsophage, il n'existerait pas quelque coarctation, mais la boule d'une sonde arrive facilement jusque dans l'estomac. Le vin est bien supporté, et malgré que la malade dise avoir des vomissements habituels, elle n'en présente aucun dans les dix premiers jours de son entrée. Les selles sont rares et difficiles. L'amaigrissement rend assez facile l'exploration de l'abdomen. On n'y trouve aucune trace de tumeur, mais la palpation est assez douloureuse du côté droit de l'épigastre. Il n'existe en même temps aucun trouble en dehors du tube digestif. La teinte de la malade, son affaiblissement et sa maigreur jointe à l'œdème qui a existé aux membres inférieurs, font conclure à l'existence d'une affection organique de l'estomac.

28 *octobre*. — La malade vomit le matin son chocolat une heure après l'avoir mangé, et c'est le premier vomissement qu'on constate depuis son entrée.

24 *novembre*. — On remarque de nouveau un vomissement. La malade, outre sa faiblesse toujours croissante, se plaint de douleurs vagues, erratiques, pour lesquelles on a recours aux piqûres de morphine.

5 *décembre*. — Outre la douleur qui existait à droite de l'é-

Digitized by Google

pigastre sous la pression des doigts, on sent aujourd'hui une certaine résistance à ce niveau.

7 *décembre*. — A la constipation du début, succède une diarrhée assez abondante et la malade laisse aller sous elle.

10 *décembre*. — Cette diarrhée bilieuse persiste, quoique diminuée et ne présente comme coloration ou matières contenues, aucune particularité remarquable. Les vomissements persistent, quoique peu fréquents et bien éloignés du caractère incoercible qu'ils présentent quelquefois dans les affections intestinales. Ce que la malade supporte toujours très-bien, et prend avec plaisir, c'est le vin de Bagnols.

27 *décembre*. — L'affaiblissement s'accroît de plus en plus et il survient un délire calme. La diarrhée, plus ou moins abondante suivant les jours, ne change pas de caractères. L'abdomen est toujours aussi plat, sans aucun symptôme de péritonite et ne présente à la palpation rien autre chose que cette résistance située à droite de l'épigastre.

Les vomissements ont du reste cessé complétement. Les jambes sont œdématées. Les mains mêmes s'infiltrent légèrement et la malade entre dans une agonie tranquille qu'avait précédé son délire calme d'inanition. En résumé, elle avait présenté comme unique symptôme une faiblesse croissante avec œdème des jambes, avant son entrée et à la fin de son séjour à l'hôpital, avec des vomissements peu abondants quelque temps après l'ingestion des aliments et des boissons, survenus seulement çà et là dans le cours de sa maladie. A une constipation habituelle avait succédé de la diarrhée, sans que jamais on ait constaté aucun symptôme péritonéal; et la mort est survenue par inanition.

Autopsie. — A l'ouverture de l'abdomen, adhérences généralisées, non vascularisées, paraissant anciennes et sans trace d'épanchement. Après avoir relevé l'épiploon, on voit dans le flanc droit, couché un peu obliquement vers le cœcum et situé sous la face inférieure du foie un cylindre d'intestin grêle simulant une portion d'intestin rempli de matières fécales et courbé sur lui-même en forme de croissant, quelques adhérences filamenteuses étendues de divers points de sa surface le maintenaient dans cette forme et le fixaient aussi aux anses voisines. Après avoir enlevé cette petite masse avec le paquet intestinal, on ne trouve aucune lésion de l'estomac qui n'est même pas très-rétréci, ni du duodénum; mais à 27 cent. de la terminaison de cette portion du tube digestif on voit une saillie brusque formée par le repli des parois de l'intestin grêle rentrant sur lui-même de haut en bas, repli qui forme un petit orifice circulaire, dans lequel s'engage le bout supé-

Digitized by Google

rieur de l'intestin. C'est le commencement de la portion en forme de boudin qu'on apercevait dans le flanc.

Cette saillie en bourrelet se continue régulièrement sous forme de cylindre dans l'étendue de 4 centimètres où elle présente un nouveau bourrelet circulaire et excentrique.

Du fait même de ce ressaut, le cylindre devient un peu plus gros et se continue encore pendant 6 cent. pour présenter un nouveau relief, après lequel le cylindre se continue définitivement d'une manière régulière pour se terminer 8 cent. plus bas par l'affaissement sur elles-mêmes des parois qui forment le revêtement extérieur du cylindre et constituent à partir de ce point l'intestin normal dans tout le reste de son étendue. La longueur totale de cette portion de jéjunum arrondie, ferme et comme privée de canal central est donc de 18 cent. Le premier repli au-dessous du bourrelet d'origine paraît s'enfoncer profondément, tandis que le dernier repli n'est formé que par une invagination de 1 cent. de profondeur dont on voit par conséquent la rigole terminale en écartant le rebord circulaire.

Après avoir introduit dans le bout supérieur une sonde qui passe assez facilement on sectionne le long du bord opposé au mésentère et l'on voit un petit canal perméable au centre du cylindre le plus interne qui, après être descendu de 16 cent., remonte sur lui-même et par derrière, appliquant sa surface séreuse à la surface séreuse de la première portion. Aucune adhérence n'unit ces deux surfaces qui ne sont même pas vascularisées. Le mésentère n'est pas altéré, mais comprimé en cordon et tirant sur la partie invaginée de manière à rendre arciforme le tube dans sa totalité. La partie qui constitue en remontant le second cylindre remonte jusqu'au bourrelet appliquant sa muqueuse qui regarde en dehors sur la muqueuse du cylindre qui lui est externe. Au niveau du bourrelet, il se continue en le formant avec l'origine de ce cylindre qui est le plus extérieur. Si on suit ce dernier cylindre par sa face interne, on voit qu'il présente à 7 cent. de son origine, une saillie annulaire formée par la terminaison d'une plicature de ses parois. Le pli répond au fond du sillon qu'on a décrit à l'extérieur à 4 cent. au-dessous du bourrelet et les parois séreuses adossées au niveau ne présentent non plus que les autres, aucune trace d'adhérence. Au-dessous, on conduit cette paroi jusqu'au reste de l'intestin grêle. La seconde plicature peu profonde décrite à l'extérieur a disparu à la section.

La surface muqueuse du cylindre formant la lumière du canal central est rouge rosée recouverte d'un mucus grisâtre qui remplissait le petit canal persistant au centre de l'invagination

Digitized by Google

Celle adossée à la muqueuse du cylindre extérieur est comme lavée, couverte d'un enduit poisseux semblable à du sébum.

La plicature du cylindre extérieur qui a seulement près de 3 centimètres de profondeur, a dû se produire la première, et ensuite le long bout d'intestin qui est replié sur lui-même dans l'étendue de 16 centimètres est passé en dedans d'elle pour former une invagination plus importante (1).

Reins présentant un peu de néphrite interstitielle. — *Foie*, légèrement gras, non augmenté de volume.

Cavité thoracique. Rien au cœur. Poumon gauche très-pigmenté et sain, avec 200 grammes de liquide et quelques flocons fibrineux, dans la plèvre. Sur le bord postérieur du poumon droit, à 2 centimètres au-dessus de la base, îlot un peu plus grand qu'une pièce de 5 francs, assez régulièrement arrondi, adhérent à la plèvre pariétale, présentant après sa séparation un aspect jaunâtre dû à la couche de faussses membranes qui le revêt. La consistance du tissu à ce niveau est mollasse, comme fluctuante. Sur une coupe passant au centre de cet îlôt, on voit en ce point une poche pleine de putrilage couleur chocolat, d'odeur gangreneuse et ayant les dimensions d'un gros œuf de pigeon. Le tissu pulmonaire voisin est splénisé et ne surnage plus.

Remarque. Si on recherche des exemples de la lésion intestinale curieuse qui fait l'objet de cette présentation, on retrouve un fait très-intéressant rapporté tout au long par M. Bucquoy dans le recueil de la Société médicale d'observation (1857-1858). L'homme qui en faisait le sujet avait été souffrant pendant 11 mois et n'avait présenté non plus aucun symptôme de péritonite. Il était du reste mort d'inanition, comme notre malade. A son sujet M. Bucquoy a fait remarquer que des différences existaient entre l'invagination du gros intestin et celle de l'intestin grêle, et en a tiré des indications thérapeutiques particulières. Toutes ces remarques ont été pleinement confirmées par cette nouvelle observation.

M. Houel fait remarquer que ce fait se rapporte à la forme chronique de l'étranglement interne, forme dans laquelle il n'existe jamais d'adhérences au point où l'intestin s'engage dans son propre calibre ; par suite il ne peut y avoir en pareil cas aucune chance de guérison. Tout autre est la forme aiguë: des adhérences s'établissent à l'endroit où les tuniques invaginées se pénètrent, et dès lors il peut y avoir élimination

(1) Voir l'album de la Société.

Digitized by Google

d'un boudin complet, ce qui permet d'entrevoir une issue favorable au malade.

M. Léger pense que dans les invaginations de l'intestin grêle il n'existe ni adhérences ni collier inflammatoire.

M. Houel. C'est au contraire dans les invaginations de l'intestin grêle que le bourrelet existe le plus souvent. Cela tient à ce que la constriction des vaisseaux du mésentère qui sont placés entre le cylindre interne et le cylindre moyen amène une tuméfaction qui produit l'étranglement. Les mêmes conditions ne se retrouvent plus pour les invaginations du gros intestin, aussi l'étranglement y est-il beaucoup plus rare.

Le point où se rencontre de préférence l'étranglement est voisin de la partie inférieure de l'intestin grêle ; dans la forme aiguë de l'invagination, la violence des symptômes est d'autant plus grande que la lésion est plus voisine du duodénum.

27. Périsplénite dans la fièvre typhoïde ; par M. E. Goetz, interne des hôpitaux.

Le 2 novembre 1876 est entrée dans le service de M. Guyot, à Lariboisière, une malade âgée de 20 ans, atteinte d'une fièvre typhoïde au début. — La maladie a été des plus graves : diarrhée abondante, congestion pulmonaire intense, ataxo-adynamie pendant plusieurs jours ; à plusieurs reprises on a cru que la malade allait succomber. Arrivée au vingt-cinquième jour de sa maladie une légère amélioration se produit ; les symptômes généraux s'amendent, mais la faiblesse est extrême. — La malade refuse toute alimentation, elle est prise d'un délire violent : incohérence dans les idées et dans les paroles, agitation continuelle, crachotement ; bref, elle présente tous les symptômes du délire d'inanition. — La convalescence est encore entravée par les accidents fréquents dans la fièvre typhoïde : abcès sous-cutanés, eschares profondes au sacrum. — L'affaiblissement s'accentue de jour en jour davantage, enfin, au trente-huitième jour de sa maladie elle succombe rapidement ; un épanchement pleurétique assez abondant qui s'est produit dans les derniers jours de la vie, doit avoir contribué à cette terminaison.

Autopsie. — On constate les lésions de la dothiénentérie en voie de réparation dans une partie de l'*intestin grêle ;* mais, au niveau de la portion terminale de l'iléon, les plaques de Peyer sont encore ulcérées et peu avancées pour la période à laquelle la maladie est arrivée.

Digitized by Google

La *plèvre* du côté droit est remplie par une quantité notable de liquide louche; des adhérences, très-faciles à déchirer, se constatent au niveau du bord postérieur du poumon et à son sommet. Le cerveau est pâle, anémié. — Les autres organes n'offrent rien d'anormal.

La *rate* seule présente une lésion qui nous a paru intéressante et fort rare : elle a triplé de volume; son diamètre longitudinal mesure 16 cent., le diamètre transversal 11 cent.; son tissu est mou et assez friable. La face externe est fixée dans toute son étendue à la face inférieure du diaphragme : des adhérences fibreuses et probablement anciennes, si l'on en juge par le solidité qu'elles présentent, ont accolé les deux feuillets du péritoine qui entoure la rate, et il est impossible de les séparer. Le diaphragme, dans la partie qui répond à la face externe de la rate, le péritoine et le viscère ne font qu'un. Au niveau de la partie inférieure de cette face, les adhérences sont un peu moins fortes, on peut les déchirer; on aperçoit alors le péritoine épaissi et un peu grisâtre.

Tout le reste de la séreuse est absolument sain; au niveau de la face interne de la rate, elle est lisse et ses deux feuillets glissent facilement l'un sur l'autre, l'épiploon gastro-splénique ne présente rien d'anormal.

Il nous paraît donc évident que, dans le cas dont il s'agit, il y a eu une inflammation localisée au péritoine qui entoure la rate, une véritable périsplénite.

RÉFLEXIONS. — Cet accident est fort rare : aucun des auteurs classiques n'en fait mention, et pourtant la rate étant constamment le siége d'une congestion intense dans la fièvre typhoïde, on peut admettre que cette congestion puisse aller jusqu'à l'inflammation.

Cette complication ne s'est, du reste, traduite par aucun symptôme pendant la vie; mais nous rapprocherions volontiers cet exemple de péritonite partielle siégeant à l'hypochondre gauche, dans le cours d'une fièvre typhoïde, d'un cas dans lequel une douleur très-vive, sous les fausses côtes du côté gauche, avait fait penser à la possibilité d'une inflammation splénique ou périsplénique. — Il s'agissait d'un jeune homme de vingt ans, qui présenta pendant une fièvre typhoïde assez grave une douleur intense dans la région de la rate, accompagnée d'une hypertrophie notable de cet organe. Ces accidents persistèrent pendant quelques jours et cédèrent à une médication révulsive locale; le malade guérit parfaitement bien.

N'y aurait-il pas eu, dans ce cas, une légère poussée de péritonite aigüe enrayée dès le début? Chez la malade qui fait l'objet de cette présentation, la prostration au moment où la

Digitized by Google

périsplénite s'est produite, était telle qu'il est parfaitement admissible que la douleur ait pu passer inaperçue. On ne peut admettre qu'il y ait eu propagation d'une inflammation de voisinage : la *plèvre droite*, avons-nous dit, était seule le siége d'une lésion phlegmasique ; celle du côté gauche était absolument saine. Il nous paraît donc logique d'émettre l'hypothèse d'une périsplénite consécutive à la congestion de la rate.

M. CHARCOT fait remarquer à propos de ce fait qu'une douleur très-vive survenant dans la région splénique au cours d'une affection cardiaque permet de reconnaître la formation d'infarctus de cet organe. Une douleur très-vive survenue pendant une fièvre typhoïde, à ce même niveau, permettrait peut-être de diagnostiquer la périsplénite.

M. JEAN dit que dans une autopsie de fièvre typhoïde au onzième jour il a rencontré une périsplénite très-marquée. Le malade avait en effet présenté une douleur très-vive dans l'hypochondre gauche.

28. Cas de polydactylie : Deux pouces sur un seul métacarpien. — Anomalie des artères de l'avant-bras ; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie sur un homme de 51 ans, apporté dans le coma, salle Sainte-Anne 21, service de M. DUGUET (hôpital Temporaire).

Les malformations siégent au membre supérieur droit. Le pouce unique est remplacé par deux pouces dont chacun a la longueur du pouce ordinaire, la grosseur n'est que le tiers de la normale.

Chacun de ces doigts rudimentaires possède un ongle, deux phalanges et une enveloppe cutanée propre. Celle-ci toutefois n'est distincte que jusqu'au niveau de l'articulation des phalanges; plus bas, il existe un repli interdigital qui unit les deux premières phalanges.

Les deux pouces sont articulés avec le premier métacarpien et ont une synoviale commune.

Le tendon du long fléchisseur du pouce est bifurqué au niveau de la partie inférieure de la première phalange et une expansion tendineuse unit à ce niveau, ou si l'on veut au niveau de la membrane interdigitale, les deux pouces dont les mouvements sont par suite toujours associés.

Quant aux extenseurs, ils ont également une disposition particulière : le long et le court se juxtaposent et s'unissent par le bord de leur tendon au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

Digitized by Google

De ce centre tendineux, partent ensuite les fibres qui vont s'insérer sur la face dorsale des deux phalanges.

Les muscles de l'éminence thénar sont très-faibles ; ils ont à peu près moitié de leur volume normal. L'opposant n'existe pas. Le court adducteur se divise en deux faisceaux ; l'externe s'insère à un os sésamoïde situé devant l'articulation du pouce externe avec le métacarpien, l'interne a un os sésamoïde analogue situé devant le pouce interne. Le court fléchisseur n'a qu'un faisceau volumineux qui s'insère à l'os sésamoïde interne. L'adducteur s'insère au même point et de plus à la partie interne de l'extrémité supérieure de la première phalange du pouce. Il n'y a que deux nerfs collatéraux. L'artère la plus volumineuse est située en avant du côté de la flexion ; elle occupe l'espace situé entre les deux pouces. Si d'autres artères existent à la face dorsale, elles sont de très-faible calibre, car l'injection n'y a pas pénétré.

Une autre anomalie existe sur ce membre supérieur. L'artère radiale est du diamètre d'une plume de corbeau, elle suit cependant son trajet normal, mais se termine au niveau de la tabatière anatomique. L'artère cubitale très-volumineuse, suivant son trajet normal, fournit à presque tout l'avant-bras. Elle forme à elle seule les deux arcades palmaires ; l'inter-osseuse n'est pas développée pour suppléer à l'insuffisance de la radiale. C'est de l'arcade palmaire superficielle que part la branche palmaire destinée aux deux pouces.

Les muscles et les autres organes ne présentent rien de remarquable dans le reste du membre supérieur droit. Nous n'avons pas constaté d'autres malformations chez le même sujet.

29. Ossification développée au niveau du tendon du brachial antérieur ; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

La pièce a été recueillie à l'amphithéâtre des hôpitaux sur un homme de 45 ans environ.

L'ossification dont il s'agit a une longueur de quatre centimètres et demi sur une largeur de trois environ et une épaisseur de cinq à six millimètres. Simple en haut, au point où elle donne insertion aux fibres du brachial antérieur, elle est bifurquée en bas ; une des branches épaisses va s'insérer par l'intermédiaire des fibres résistantes au sommet de l'apophyse coronoïde; l'autre branche se porte sur le ligament annulaire du radius et de son extrémité partent des fibres qui se confondent avec celles de la partie antérieure du ligament latéral externe.

Tout le brachial antérieur ne s'insère pas à la partie supé-

Digitized by Google

rieure de l'ossification, une portion passe devant elle pour aller s'attacher à la base de l'apophyse coronoïde. De la cavité coronoïdienne partent deux tractus ligamenteux qui se portent aux deux branches inférieures. Cette ossification est faite d'un tissu osseux compacte, d'un aspect analogue à celui de l'humérus.

Il n'existait pas d'arthrite sèche soit dans cette articulation soit dans les autres. Le tendon du brachial antérieur de l'autre côté était normal. Sur le squelette du même sujet, on trouvait des apophyses au niveau de l'insertion de certains muscles, des adducteurs par exemple, comme une tendance à leur exubérance osseuse dont l'exemple le plus remarquable était donné par la lésion que nous décrivons.

Les ossifications dans l'épaisseur des tendons sont bien connues, mais rarement elles offrent un volume comparable à celui-ci. C'est pourquoi mis en présence d'une tumeur si insolite, l'embarras du clinicien devait être grand. On pouvait penser comme cela a été fait, alors que la pièce n'était pas disséquée, à une fracture ancienne de l'apophyse coronoïde avec absence de consolidation osseuse et cal fibreux. Aussi ce fait nous paraît renfermer avec son intérêt anatomique un enseignemement clinique de quelque importance.

30. Hypertrophie cardiaque dans un cas de néphrite parenchymateuse ; par M. CHUQUET, interne des hôpitaux.

Théven..., 59 ans, terrassier, est entré salle Sainte-Anne, n° 25, hôpital temporaire, service de M. DUGUET, le 17 novembre 1876.

Cet homme présente un œdème considérable des membres inférieurs et des parois abdominale et thoracique qu'il fait remonter à cinq jours seulement. Auparavant, il était assez bien portant pour travailler et il ne donne aucune cause à sa maladie. Son hydropisie constitue d'après lui tout son mal. Il ne se plaint d'aucune douleur, il a conservé un excellent appétit et en somme son état général est assez satisfaisant. Il n'a pas de vomissements, pas de troubles oculaires. Il rend de l'urine en faible quantité : elle est foncée, chargée de sels qui se déposent par le refroidissement, elle contient une assez forte proportion d'albumine pour que le liquide se coagule presque en masse par la chaleur et l'acide azotique.

La percussion de la poitrine donne de la matité aux deux bases, l'auscultation des râles sous-crépitants dans les mêmes points, correspondant à l'œdème pulmonaire. Des râles de même sorte sont entendus aux deux sommets.

Digitized by Google

L'expectoration est peu abondante, formée d'un liquide blanchâtre, visqueux, mélangé de quelques crachats purulents qu'on attribue à de la bronchite.

Les battements du cœur sont forts : on ne peut percevoir le lieu où bat la pointe. Au foyer des bruits de l'orifice mitral, il existe un léger bruit de galop.

Le diagnostic ne semble pas douteux : il s'agit d'une néphrite parenchymateuse.

Dans les jours qui suivent on voit survenir quelques phénomènes nouveaux, une hématurie peu abondante qui dure de 4 à 5 jours, de l'ascite, de la rétention d'urine quelques jours avant la mort.

Le 11 décembre, le malade meurt sans complications avec un œdème énorme et dans un véritable état cachectique. Le traitement avait consisté en lait, perchlorure de fer au début, plus tard, toniques, teinture de scille.

AUTOPSIE. — *Cavité abdominale.* — Le péritoine est distendu, par sept ou huit litres de sérosité ressemblant à de l'eau de riz. — L'intestin est comme lavé, blanchâtre, vide de matières. On n'y trouve pas d'ulcérations. — Le foie est normal. — La rate plus petite que normalement.

Les reins sont doublés de volume, la capsule n'est pas adhérente, on ne trouve pas de kystes à la superficie. La coupe montre une substance corticale d'un blanc mat, la substance médullaire a sa coloration normale : ce sont les lésions de la néphrite parenchymateuse (gros reins blancs).

Cavité thoracique. — Le poumon droit présente à sa base un œdème considérable, à son sommet cinq ou six points limités, caséeux, gros comme des avelines. De l'autre côté, même œdème de la base ; au sommet, il existe deux ou trois cavernes dont une a la dimension d'un petit œuf de pigeon.

Le cœur frappe aussitôt par l'hypertrophie du ventricule gauche dont l'épaisseur des parois notablement augmentée, atteint en certains points 18 et 19 mm. Ces parois sont fermes et, si on les coupe, elles ne s'effacent pas, mais continuent à présenter une cavité dont les dimensions sont doublées. Les colonnes charnues ont atteint un très-grand développement. La valvulve mitrale est légèrement indurée au niveau de l'extrémité des valves. — Les valvules aortiques sont suffisantes. — Pas de rétrécissement de l'orifice. — Le reste du cœur est normal. Dans le système artériel, il existe peu d'athérome, même au niveau des artères de la base du cerveau.

Cavité encéphalique. — Pas d'hémorrhagie, ni de traces d'ancienne hémorrhagie.

REMARQUE. — Il existe ici une hypertrophie notable du ven-

Digitized by Google

tricule gauche amenée par une néphrite parenchymateuse. Aucune autre cause n'a pu la provoquer : il n'existe pas d'athérome généralisé, pas de lésion aortique, rien qui ait pu augmenter la pression dans le système aortique, si ce n'est l'obstacle qui siégeait dans le rein. Il existe donc des exceptions à la règle qui veut que la néphrite interstitielle seule puisse déterminer l'hypertrophie cardiaque.

31. Sarcome pulsatif de l'extrémité supérieure du tibia droit à marche très-rapide. — Amputation de la cuisse. — Examen histologique; par MM. Bazy et Latastk, internes des hôpitaux.

Pas d'antécédents héréditaires ni personnels autres qu'une entorse du cou-de-pied droit il y a environ quinze ans. Légers antécédents alcooliques. — Il y a six semaines, douleurs lancinantes intermittentes dans la partie inférieure de la jambe droite. La marche n'était pas embarrassée. Il y a un mois, tandis qu'il marchait, il éprouve une douleur à la partie supérieure de la jambe droite ; *dès lors* il ne peut s'en servir, on le rapporte chez lui. On a appliqué de la teinture d'iode et des vésicatoires à ce niveau, mais peu à peu est apparu à l'endroit douloureux, un gonflement qui a marché très-vite, traité sans résultats par des révulsifs variés. Le malade entre alors à l'hôpital.

Etat actuel. — Homme fort, assez vigoureux, doué d'un embonpoint notable, mais pâle, n'a pas maigri. Cœur un peu hypertrophié ; artères peu athéromateuses. Appétit modéré. Rien du côté du tube digestif ni des organes respiratoires. Rien du côté du système nerveux.

La *jambe droite* est en demi-flexion, les mouvements sont un peu douloureux. Rien au genou. Immédiatement au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, il existe une tumeur donnant à cette partie de la jambe une forme cylindrique, faisant saillie du côté externe et du côté interne un peu moins à la partie antérieure, assez douloureuse à la pression. En arrière, pas de tumeur à proprement parler, mais de l'empâtement. Peau normale ni amincie ni adhérente aux tissus sous-jacents. Un peu plus chaude cependant que du côté opposé.

La consistance varie suivant les points : dure à la partie antérieure, plus molle du côté interne, plus molle encore du côté externe, où l'on sent une fluctuation manifeste, perceptible dans tous les sens. A la partie interne, au contraire, cette fluctuation n'est nette que dans le sens vertical et dans une faible étendue. Irradiations douloureuses, élancements sur la partie inférieure de la jambe, augmentés par les mouvements.

Digitized by Google

La tumeur semble embrasser le tibia, le péroné est intact. En l'examinant avec soin, on sent un mouvement d'expansion isochrone aux battements du pouls, perceptible surtout du côté externe; il est arrêté par la compression de la fémorale, réductibilité très-peu marquée ou même nulle. Ce mouvement n'est perçu ni à la partie antérieure ni à la partie postérieure; il est faible du côté interne. Souffle léger diastolique au niveau de cette tumeur.

Les battements de la pédieuse sont nettement perçus, ainsi que ceux de la tibiale postérieure. Sur la face interne des condyles, passe une artère sous-cutanée du volume de la radiale. Veines sous-cutanées du genou assez développées.

Circonférence de la jambe au niveau de la tumeur, 0,39 cent.
— saine au même niveau, 0,33 cent.

Pas d'engorgement ganglionnaire.

7 *novembre.*— Ponction avec l'aspirateur Dieulafoy. Issue de quelques gouttes de sang pur; l'aiguille retirée, le sang coule. Il est arrêté assez difficilement par l'occlusion de la plaie avec le collodion. Petit thrombus sous-cutané.

24 *novembre.* — On propose l'amputation au malade, qui en est fort étonné et demande à réfléchir. La jambe mesure 41 cent. Il existe une fracture pathologique caractérisée par des mouvements de latéralité avec de la crépitation.

9 *décembre.* — L'opération est acceptée et est faite dans l'épaisseur même des condyles au dessus du cul-de-sac sous-occipital. Mensuration avant l'amputation, 0,43 cent.

Examen macroscopique de la tumeur. Les muscles sont disséqués à partir de leur extrémité inférieure. La tumeur entoure complétement le tibia, laissant en quelque sorte intacte la crête de cet os, que l'on pouvait du reste sentir à travers la peau. La surface est lisse et formée par une membrane fibreuse dense, qui semble formée par le périoste, qui engainerait donc complétement la tumeur. Dans quelques points, prolongements vermiformes, s'avançant dans l'épaisseur des muscles voisins.

La tumeur occupe les 2/5 supérieurs du tibia. En avant, le jambier antérieur est aplati, repoussé, atrophié, ainsi que les extenseurs des orteils. Tout l'espace interosseux est aussi comblé à sa partie supérieure par la tumeur. En arrière, le muscle poplité est aminci et étalé sur la tumeur. Celle-ci a dépassé la ligne oblique du tibia, qui a creusé un sillon sur la masse qui est ainsi divisée en deux parties, l'une supérieure, l'autre inférieure.

Les vaisseaux poplités n'offrent pas d'altération, mais le nerf tibial postérieur est augmenté de volume et injecté. Le sang qui remplissait la tumeur a disparu par suite de l'appli-

Digitized by Google

cation de la bande d'Esmarch. Néanmoins elle est assez molle.

A la *coupe*, on voit qu'elle est formée d'un tissu blanc-jaunâtre, comme translucide, lobulé, ayant détruit en grande partie le tibia et déterminé deux fractures, une au-dessous de la tubérosité antérieure où l'os est en grande partie resorbé, une autre dans l'épaisseur du plateau articulaire. La ligne de cette fracture est courbe à concavité inférieure, de sorte que l'extrémité articulaire semble recevoir l'extrémité supérieure de la diaphyse. L'articulation du genou est saine. Le tibia est sain à 6 cent. environ au-dessous de l'extrémité inférieure de la tumeur.

RÉFLEXIONS. — Cette observation est intéressante à plusieurs titres : par son développement très-rapide, cette tumeur aurait pu être prise pour une tumeur inflammatoire, si un examen *très-attentif* n'avait fait percevoir le mouvement d'expansion.

Cette rapidité est un fait d'autant plus digne d'être signalé, que le sujet est un homme qui a déjà 51 ans. De plus, si l'on s'en rapporte aux faits cliniques, on doit croire que ce sarcome s'est développé primitivement dans l'os, puisque la tumeur n'est apparue que quelque temps après cette douleur très-vive et cette impossibilité de marcher qui ont été les premiers signes de la fracture. Or, on sait que les sarcomes périostiques sont de beaucoup les plus fréquents. Du reste, l'examen histologique semble plaider en faveur d'un sarcome de ce dernier genre : les irradiations douloureuses, expliquées par la névrite du tibial postérieur, feraient croire que ce point de départ a été périphérique et dans la partie postérieure du tibia. L'examen clinique a montré la nécessité d'une amputation à bref délai, fait que l'examen anatomique a confirmé.

32. Examen microscopique; par M. E. CHAMBARD, (fait au laboratoire d'histologie du Collége de France.)

Le fragment de la tumeur qui doit être soumis à l'examen microscopique se compose d'une masse lobulée, dont les lobules, séparés par des travées fibreuses, ont une couleur blanc grisâtre, une consistance variable : ferme en certains points, gélatineuse en d'autres et sont en plusieurs endroits le siége de petites hémorrhagies. Une partie de ce fragment est soumise pendant 24 heures à l'action de l'alcool au tiers, le reste est durci au moyen de macérations successives dans l'acide picrique, la gomme et l'alcool. Les coupes qui en sont faites, sont montées dans la glycérine renfermant 10 p. 100 de picro-carminate d'ammoniaque.

A. Eléments dissociés. — Cellules de toutes formes et de

Digitized by Google

toutes dimensions, se rapprochant cependant de la forme des éléments embryonnaires globo-cellulaires et fibro-cellulaires.

Leur protoplasma est généralement peu abondant eu égard au volume des noyaux. Il contient, pour beaucoup de cellules, de nombreuses granulations graisseuses, soit disséminées dans la masse, soit rangées en couronne autour du noyau.

Les noyaux sont volumineux, sphériques, souvent situés hors du centre de la cellule; ils se colorent fortement en rouge par le carmin, ont un double contour et possèdent un ou deux nucléoles volumineux. Le diamètre moyen des noyaux oscille entre 12 m. m. et 14 m. m., celui des nucléoles entre 2 m. m. et 3 m. m. Les dimensions des cellules sont trop diverses pour être notées. Les cellules voisines du type globo-cellulaire sont en majorité.

b. — Cellules plus volumineuses et plus irrégulières possédant deux, trois et quatre noyaux. Plusieurs de ceux-ci sont en partie masqués par les granulations proto-plasmiques et apparaissent comme des taches rouges, à bords irréguliers et diffus dans lesquelles on a peine à retrouver la nucléole.

γ. — Myéloplaxes peu nombreux constitués par des masses protoplasmiques aplaties et peu granuleuses, à bords irréguliers, nets, anguleux, contenant un certain nombre de noyaux présentant les mêmes caractères que ceux des cellules uninucléaires. Un des plus volumineux qui aient été vus avait huit noyaux visibles et présentait une largeur de 62 c.

p. — Quelques cellules volumineuses, en raquette, pourvues d'un noyau nucléole volumineux, séparé du protoplasma par une zone claire, assez semblable, par conséquent, à des physalides.

e. — Quelques leucocytes et des globules rouges du sang.

B. — *Coupes.* A un faible grossissement, ocul. 2, obj. 2, Hart. — Les coupes montrent la texture lobulée dont on pouvait déjà se rendre compte par un simple examen microscopique d'une section de la tumeur. Celle-ci apparaît nettement comme constituée par des masses homogènes divisées en lobules par des travées fibreuses d'épaisseur très-variable contenant un grand nombre de vaisseaux sanguins.

a. — Travées fibreuses. — Larges bandes de tissu fibreux adulte, pouvant avoir jusqu'à 2 millimètres de largeur. Elles sont parcourues par de nombreux vaisseaux. Artères volumineuses et saines, pourvues d'une tunique musculeuse assez forte. Larges sinus veineux, creusés dans le tissu conjonctif et revêtus d'un endothelium intact, d'autant plus abondants qu'on se rapproche des masses sarcomateuses et pouvant avoir jusqu'à 90 m. de largeur. Autour

Digitized by Google

de certains de ces sinus se voient de petites agglomérations de leucocytes et des amas de granulations d'hémotosine.

b. — Trabécules. — Subdivisent en lobules, d'une manière complète ou incomplète, les lobes circonscrits par les travées que nous venons de décrire. — Elles se composent de minces tractus conjonctifs qui peuvent disparaître et dans ce cas la limite entre deux lobules n'est plus représentée que par une série de sinus veineux formés d'une mince paroi fibreuse avec revêtement endothélial. Ces sinus ont une largeur de 60 m. à 80 m.

c. — Masses sarcomateuses. — Leur composition histologique varie selon les lobules examinés.

Certaines parties sont constituées par des éléments globo-cellulaires pressés les uns contre les autres et sont parcourues par de fins tractus d'éléments fuso-cellulaires fasciculés qui semblent circonscrire de petits départements de la masse pathologique et indiquer l'ébauche d'une lobulation future.

Ailleurs, les éléments cellulaires bien que nombreux encore sont séparés par une gangue conjonctive de récente formation.

Toutes les parties de la tumeur sont parcourues par de nombreux et gros capillaires à parois embryonnaires qui se voient surtout bien dans les parties un peu fibreuses des préparations. Leur diamètre va de 12 μ. à 75 μ.

En un point on constate une hémorrhagie au sein d'une portion fibreuse de la tumeur, les fibres conjonctives et les éléments cellulaires sont dissociés par l'épanchement sanguin qui se traduit par de nombreux globules rouges et des amas de granulations d'hématosine. Là plus que partout ailleurs, les cellules ont subi l'infiltration granulo-graisseuse.

C. Action de l'iode. — Les cellules obtenues, à l'état frais, par le râclage et soumises à l'action de la solution iodo-iodurée, prennent une coloration jaune rougeâtre qui devient tout à fait caractéristique par l'addition d'acide sulfurique dilué. — Leur protoplasma contient alors des granulations qui ont la couleur acajou. Ces cellules renferment donc, comme celles des tumeurs soumises à un accroissement rapide, une quantité notable de matière glycogène.

D. Conclusion. — Il résulte des caractères histologiques qui précèdent que la portion de tumeur examinée est essentiellement un sarcome globo-cellulaire, très-vasculaire, avec tendance à la formation du tissu fibreux.

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

33. Monoplégie portant sur les muscles extenseurs de l'avant-bras droit ; par M. Mahot, interne des hôpitaux.

www.libtool.com.cn

Bern... Simon, 48 ans, cordonnier, entre dans le service de M. Molland (hôpital Saint-Antoine), le 16 octobre dernier, pour une paralysie limitée du bras et de l'avant-bras droit.

Cette paralysie datait de trois semaines environ; elle était survenue brusquement à la suite d'une attaque apoplectiforme avec chute, perte de connaissance et convulsions violentes.

Lorsque le malade revint à lui, après dix minutes, son bras droit était le siége de la monoplégie que nous constatons. Avant cette attaque, la santé du malade était bonne, pas de syphilis; cependant depuis quelque temps il toussait et éprouvait de violents maux de tête accompagnés parfois de vomissements.

Le 16 *octobre*, jour de son entrée, il se présente avec les symptômes suivants : à l'auscultation, signes physiques d'un épanchement pleural abondant du côté droit; cet épanchement est probablement ancien. — Rien au cœur.

Le jour même de son entrée, le malade eut une attaque convulsive caractérisée par des secousses violentes de la jambe et du bras droits et du côté droit de la face.

Perte de la parole pendant l'attaque, connaissance conservée. L'attaque dura dix minutes environ; la terminaison fut graduelle, le malade conserva seulement pendant quelque temps avec la monoplégie brachiale qui ne fut pas modifiée, un peu de stupeur et une gêne plus marquée de la parole.

Les jours suivants ces attaques se reproduisirent fréquemment, mais à partir du 29 octobre elles se modifièrent en ce sens que les convulsions se limitèrent presque exclusivement au bras et à l'avant-bras droits. — La jambe et le côté droit de la face demeurèrent immobiles.

Dans ses périodes de calme le malade accuse une céphalalgie violente; il est habituellement somnolent, son intelligence est très-diminuée. Parfois en mangeant il est pris de quintes de toux et rejette avec des efforts de vomissement les aliments qu'il déglutit.

Parole légèrement embarrassée.—Côté *droit* de la face moins mobile que le gauche. Commissure labiale droite abaissée. sillon naso-labial moins accusé du même côté. Ces derniers symptômes de paralysie faciale sont très-peu accusés et exigent un examen attentif pour être perçus. — *Paralysie incomplète* du membre supérieur droit portant particulièrement sur les extenseurs du poignet et des doigts.— Pas de saturnisme an-

Digitized by Google

térieur. Les fléchisseurs sont également atteints mais à un degré moindre.

Le malade soulève difficilement le bras et l'avant-bras sans pouvoir atteindre l'horizontale. Si on lui ordonne d'élever la main au-dessus du lit, cette main devient immédiatement le siége d'un tremblement violent dont les oscillations d'abord étendues s'affaiblissent progressivement. Pas d'atrophie. *Sensibilité* conservée dans tous ses modes; en quelques points seulement un certain retard dans la perception.

Les *membres inférieurs* et le bras gauche n'offrent rien de particulier, le malade marche sans difficulté.

30 *novembre.*— Le malade peut encore marcher, mais difficilement; s'il se lève il est pris de vertiges et chancelle comme un homme ivre. L'état général s'aggrave, parésie des sphincters.

6 *décembre.* — La paralysie du bras droit est plus complète que précédemment, le côté droit de la face nous semble toujours légèrement parésié, le malade est beaucoup plus absorbé.

9 *décembre.* — Les symptômes d'oppression dus à l'épanchement que nous avons constaté deviennent plus menaçants. *Mort* le 9 décembre à 8 h. 1/2 du soir.

AUTOPSIE. *Thorax.* — Epanchement liquide abondant dans la cavité pleurale droite.

Encéphale. Hémisphère droit. — Rien à noter.

Hémisphère gauche: La *tumeur* qui semble appartenir à la variété décrite par Virchow sous le nom de gliôme, a les dimensions d'une pièce de 10 centimes; elle siége exclusivement sur la frontale ascendante droite, à la partie postérieure de la deuxième circonvolution frontale et au niveau du pli anastomotique qui relie cette dernière à la frontale ascendante. La circonvolution pariétale ascendante n'est intéressée en rien, et au niveau de la tumeur on a pu séparer sans difficulté les deux lèvres du sillon de Rolando.

Les *méninges* sont adhérentes au niveau de cette production, et leur adhérence est assez intime pour ne pas permettre leur ablation sans intéresser la surface de la tumeur.

34. Foyer gangreneux du lobe occipital. — Gangrène du poumon. — Ulcères simples de l'estomac; par Ch. SAZIC, interne provisoire.

Ch... 32 ans, concierge, est entrée le 8 septembre 1876 comme atteinte d'aliénation mentale dans le service de M. VOISIN à la Salpétrière. A son arrivée la malade présente un délire mélancolique avec refus de parler et de manger, peurs, craintes qu'on assassine ses enfants. Elle dit souffrir de dou-

Digitized by Google

leurs épigastriques très-vives. Pas d'antécédents héréditaires. Parle très-peu mais facilement et la mémoire est conservée. Intégrité des sens. Rien du côté du cœur ni des poumons. Marche facile, lente. Force des mains suffisante. Pas de modification dans la sensibilité des membres. Pas de douleur spinale spontanée ou à la pression.

9 *novembre* application d'un vésicatoire sur l'abdomen pour calmer les douleurs épigastriques.

7 *décembre*, la malade est très-affaiblie, la peau est sèche, la soif vive, l'haleine est excessivement fétide ; température fébrile, râles muqueux au sommet du poumon droit. Dilatation considérable des pupilles, urine rouge et trouble ; hématémèses et selles sanguinolentes. On diagnostique une gangrène pulmonaire. La sensibilité et la motilité explorées nouvellement ne présentent rien d'anormal. La malade a repris sa raison depuis le 27 novembre ; elle reconnaît et parle avec les personnes de sa famille qui sont venues la voir.

8, 9 *décembre* l'état de prostration augmente ; aucun symptôme nouveau. On n'a pas remarqué de convulsions pendant toute la maladie.

Autopsie : Pas d'eschares au sacrum ni aux membres inférieurs, rien de particulier dans le crâne, ni dans la dure-mère.

Encéphale : poids 1,110. *Hémisphère droit.* A la partie la plus postérieure du lobe occipital, on constate un ramollissement qui a une étendue en largeur de 5 centimètres et d'avant en arrière de 3 centimètres. Il y a des adhérences entre les méninges et la substance grise. La partie ramollie est rougeâtre et il existe à sa limite une série de pertuis vasculaires gorgés de sang. La partie ainsi altérée occupe la substance grise des circonvolutions occipitales, mais surtout la substance blanche sous-jacente.

Ce ramollissement existe aussi au-dessus, à la partie la plus élevée des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et le lobule paracentral est lui-même, à sa partie supérieure, un peu atteint par le processus gangreneux. Au niveau de ces circonvolutions, la méninge est adhérente et ecchymosée.

Hémisphère gauche. Il n'existe pas d'adhérences cérébro-méningées ; on y note seulement de la pâleur de la substance corticale de la couche optique et du corps strié. — Pas de lésions appréciables dans les nerfs de la base, le bulbe, la protubérance, ni dans les ventricules, le corps calleux.

Estomac. A l'extérieur présente une teinte violacée. Une ouverture faite laisse sortir une grande quantité de liquide sanguinolent avec caillots. — Le long de la petite courbure on voit quatre ulcères ronds, coupés à pic, de 3 à 5 millimètres. La tunique muqueuse est atteinte entièrement par un des ul-

Digitized by Google

cères. — *Poumons*. Adhérences pleurales à droite dans toute la hauteur. Gangrène avec liquide purulent du tiers supérieur du poumon droit. Au sommet du poumon gauche, deux cavités du volume d'un pois avec épaississement fibreux du tissu ambiant. — *Cœur*. Un caillot dans l'orifice pulmonaire. Sang fluide (dit groseille) dans le ventricule gauche. Pas de lésion valvulaire. — *Foie*. Décoloré, presque exsangue, mollasse.

RÉFLEXIONS. L'histoire de cette malade nous paraît intéressante à plusieurs points de vue :

1° On y trouve la confirmation d'un fait déjà formulé par M. Charcot, que les lésions des lobes postérieurs du cerveau sont souvent silencieuses ;

2° Le défaut d'eschares fessières malgré la lésion des lobes cérébraux postérieurs, contrairement à l'assertion de M. Joffroy.

3° Enfin, la généralisation d'un processus gangreneux dans les principaux organes de l'économie, cerveau, poumons, estomac, coïncidant avec un état particulier de diffluence sanguine.

35. Hémorrhagie cérébrale avec ecchymose pulmonaire ; par C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

Maq... est transportée le 10 décembre 1876 à l'infirmerie de la Salpétrière, dans le service de M. CHARCOT. Elle vient d'être frappée d'apoplexie. On la trouve plongée dans un coma profond. Respiration stertoreuse. Flaccidité complète des quatre membres. Sensibilité au pincement conservée. Elle meurt le 11 au matin. Elle était paralysée depuis longtemps du côté droit.

AUTOPSIE. *Cerveau*. On trouve sur le pédoncule et la pyramide antérieure du côté gauche une bande de dégénération secondaire. Les deux ventricules latéraux, l'aqueduc de Sylvius et le quatrième ventricule sont pleins de caillots sanguins mous et récents. Pas de lésion appréciable de l'hémisphère droit. — *Hémisphère gauche*. La couche optique est coupée en deux par une vaste déchirure hémorrhagique. Le corps strié est touché dans la portion moyenne du noyau caudé. Au milieu de ces désordres, on ne retrouve plus l'ancien foyer hémorrhagique.

Poumon. Le lobe inférieur du poumon gauche est d'un rouge sombre, presque noir, humide, gorgé de sang; son tissu n'est pas friable et il surnage dans l'eau. Le lobe supérieur et tout le poumon droit sont d'ailleurs parfaitement sains. Cette lésion unilatérale ne peut être prise pour de la

Digitized by Google

pneumonie hypostatique. C'est une de ces ecchymoses que l'on rencontre parfois dans les organes à la suite d'une hémorrhagie cérébrale, comme le démontrent les travaux de MM. Charcot, Bourneville, Olivier, Brown-Séquard, etc.

36. Perforation de la voûte crânienne avec suppuration sans phénomènes graves; par C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

La nommée L.... (service de M. CHARCOT) est depuis longtemps paralysée du côté gauche. Elle a, en outre, des abcès qui se font jour en plusieurs points du corps, notamment au membre inférieur gauche et à l'avant-bras du côté droit. Elle en a eu un également siégeant à la partie antérieure du cuir chevelu, un peu à droite de la ligne médiane. La suppuration qui a d'abord été très-abondante a cessé, il y a environ deux mois, et la plaie s'est refermée sans avoir donné lieu à aucun symptôme céphalique. Jamais de vertiges, d'attaques apoplectiformes. La malade est dans un état d'affaiblissement profond: le 5 décembre elle meurt dans le marasme.

AUTOPSIE. *Poumons*. On trouve en quelques points des îlots de pneumomie. *Cœur*. La valvule aortique est recouverte de végétations framboisées qui se détachent très-facilement. Les *reins* sont granuleux et présentent les marques de la néphrite interstitielle. *Foie* gras. *Cerveau. Hémisphère droit*. On trouve un foyer ocreux d'hémorrhagie qui a coupé la capsule interne. Pas de lésion de l'hémisphère gauche. A l'ouverture du crâne, on remarque d'abord sur les téguments une plaque jaunâtre, semblable à de l'onguent desséché. Au-dessous, les téguments sont sains, mais le crâne offre une ouverture béante, arrondie, de un centimètre de diamètre, qui siége sur la suture fronto-pariétale droite, près de l'angle interne du pariétal. Les méninges sont adhérentes au pourtour et à une assez grande distance. On voit, en outre, qu'il y a eu là autrefois une collection purulente, car il reste encore un peu de pus. Les méninges présentent les lésions de la pachyméningite externe et interne. Il n'a pas été permis de préciser si la lésion avait débuté par les méninges, par les os ou les téguments. D'ailleurs, à l'exception de la suppuration, les phénomènes symptomatiques ont été nuls.

On trouve également des altérations dans plusieurs os: des petits abcès dans l'épaisseur du tibia, à sa partie supérieure, et des abcès périarticulaires à la partie inférieure de l'humérus et du fémur qui étaient profondément désorganisés. (Il a été impossible de savoir si la malade était syphilitique.)

Digitized by Google

37. Hémorrhagie cérébrale ayant détruit la capsule externe et l'avant-mur du côté gauche. — Hémiplégie droite guérie en huit jours ; par MM. BRAULT et L. DE BEURMANN, internes des hôpitaux.

Con..., Michel, 71 ans, entre le 13 octobre 1876, à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. *Benj. Anger*), pour de vastes brûlures ayant détruit une partie de la peau du tronc et des bras. Ses antécédents pathologiques sont nuls.

17 *novembre*. Etant couché dans son lit, il est frappé d'apoplexie ; il perd connaissance et reste dans le coma pendant vingt heures à peu près. Le lendemain, il a repris connaissance, mais l'intelligence est encore très-obtuse, la parole est embarrassée, et il existe une hémiplégie droite caractérisée par la perte presque complète des mouvements du bras, l'affaiblissement de tous les muscles de la jambe et de la cuisse ; enfin, l'effacement du pli naso-labial du côté droit et l'immobilité du même côté de la face. La sensibilité est intacte dans tous ses modes ; il n'y a pas de déviation de la tête ni des yeux.

20 *novembre*. L'intelligence est presque complétement revenue ; la parole est lente, mais a repris toute sa netteté. L'hémiplégie faciale a disparu ; les mouvements du membre supérieur et du membre inférieur droits, sont encore faibles, mais notablement plus étendus qu'il y a deux jours.

L'amélioration s'accentue les jours suivants, et le 25 novembre on constate que les mouvements du bras et de la jambe droits ont repris toute leur force et leur étendue : ils sont redevenus égaux à ceux du côté gauche.

Les jours suivants, le malade reste dans le même état ; aucun autre accident d'origine cérébrale ne se produit ; il ne subsiste d'autre trace de l'attaque apoplectique du 17 novembre qu'un peu d'affaissement intellectuel.

Cependant, C.... s'affaiblit graduellement, et, le 13 décembre 1876, il succomba épuisé par la suppuration à laquelle donnent lieu, depuis son entrée, les vastes brûlures dont il est couvert.

AUTOPSIE. On trouve dans le lobe cérébral gauche une vaste hémorrhagie ayant détruit la capsule externe, l'avant-mur et entamé un peu la partie externe du noyau extra-ventriculaire du corps strié. Le foyer a, d'avant en arrière, une longueur de 3 centimètres, sa hauteur est de 2 cent. 1/2, et sa largeur de 2 ou 3 millimètres seulement ; il a une forme à peu près linéaire, rectiligne, et est compris dans un plan antéro-postérieur parallèle à la grande scissure inter-hémisphérique. Son

Digitized by Google

centre est occupé par un caillot sanguin noir, dense, adhérant aux parties voisines contuses et dilacérées. Celles-ci offrent une teinte rougeâtre ocreuse diminuant peu à peu d'intensité et se perdant à 1 centimètre environ des bords du foyer; cette teinte est beaucoup plus accusée en dehors, en avant et en arrière, qu'en dedans (1).

Le lobe cérébral droit, le cervelet, les pédoncules et le bulbe ne présentent aucune altération. — Rien à noter dans les autres organes.

RÉFLEXIONS. Le diagnostic du siége de la lésion trouvée à l'autopsie avait été posé, pendant la vie, grâce aux notions que nous possédons actuellement, sur les localisations cérébrales. On sait, en effet, aujourd'hui, que les lésions produisant l'hémiplégie curable n'intéressent jamais, en aucun point, la capsule interne et siégent le plus souvent dans la capsule externe et l'avant-mur. Ce qu'il y a de particulièrement remarquable dans l'observation qu'on vient de lire, c'est la guérison extrêmement rapide d'une hémiplégie en rapport avec une hémorrhagie aussi considérable; à ce titre, elle nous a semblé particulièrement démonstrative de l'exactitude des idées actuelles sur la pathologie cérébrale.

38. Du cancer du larynx; rapport de M. PAUL RECLUS, aide d'anatomie de la Faculté, sur la candidature de M. EUGÈNE MONOD, interne des hôpitaux.

Le cancer du larynx est une affection rare. Il suffit, pour s'en convaincre, de constater le petit nombre d'observations authentiques qui ont été publiées. Mais il convient de faire, tout d'abord, une distinction importante. En raison des rapports anatomiques qui unissent le larynx au pharynx, on conçoit aisément qu'une tumeur peut très bien se développer sur la paroi postérieure du premier de ces organes et appartenir cependant au second. Faut-il exclure ou non les tumeurs de ce genre du nombre des cancers laryngiens? Les auteurs ne sont pas d'accord. Tandis que M. Krishaber soutient qu'elles doivent en être séparées comme appartenant au tube digestif, M. Isambert, au contraire, en fait une variété de cancers du larynx, qu'il désigne sous le nom de cancer extrinsèque. Une discussion sur ce sujet s'est élevée récemment au sein de la Société anatomique, lors d'une présenta-

(1) La pièce montrant le foyer sur une coupe horizontale antéro-postérieure, est déposée au Musée Dupuytren.

Digitized by Google

tion de cancer pharyngo-laryngé (séance du 16 avril 1876). Or, quand on parle de tumeur cancéreuse du larynx, il importe de s'entendre préalablement sur ce point ; la variété que nous signalons étant de beaucoup la plus commune, la question de rareté ou de fréquence de l'affection, sera singulièrement modifiée selon qu'on adoptera l'une ou l'autre des deux opinions. Mais, s'il faut bien reconnaître que le larynx est le plus souvent atteint consécutivement et que les troubles respiratoires viennent tôt ou tard se confondre avec les symptômes observés du côté des voies digestives, il est incontestable, d'autre part, qu'au point de vue anatomique, la distinction doit être faite, et qu'il convient de réserver le nom de cancer primitif du larynx à celui qui se développe d'emblée dans la cavité de l'organe.

Ainsi définie, l'affection est très-peu connue. Dans un rapport lu à la Société anatomique en 1863, M. Brouardel, faisant pour la première fois un relevé des observations publiées constatait qu'elles atteignaient le chiffre de quatre. Depuis lors quelques faits nouveaux se sont produits, épars dans la littérature médicale ; M. Blanc les a rassemblés dans sa thèse (*Cancer primitif du larynx*, Paris 1872), et d'après ces documents, il a essayé de présenter une description d'ensemble de la maladie. MM. Krishaber et Bœckel, dans leurs articles sur la pathologie du larynx dans les deux dictionnaires, ne consacrent au cancer que quelques lignes, surtout destinées à faire ressortir les désidérata de la science sur ce point. Enfin, M. Isambert, dans un travail récent inséré dans les *Annales des maladies du larynx* (mars 1876), s'est efforcé de grouper les faits et de jeter les bases d'une histoire du cancer du larynx. On le voit, l'attention commence à être attirée vers ces faits. Il nous a paru intéressant de rapprocher le cas présenté par M. E. Monod des faits du même genre que nous avons analysés et de résumer brièvement ce qu'on connaît aujourd'hui de positif sur cette importante question.

Nous passerons sous silence le côté anatomo-pathologique. Les observations accompagnées d'un examen histologique sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit possible de décrire à part les différentes espèces de tumeurs malignes du larynx. Le cas qui nous sert de type se rapporte à la variété qui paraît être de beaucoup la plus fréquente, l'épithélioma. Un fait qui est digne de remarque parce que nous ne l'avons trouvé signalé dans aucune autre observation, c'est la propagation du cancer au corps thyroïde.

Le cancer laryngé est une maladie de l'âge mûr. Une statistique faite par M. Blanc montre que, sur 29 cas, 15 ont été observés de 50 à 72 ans et 7 de 40 à 50 ans. L'observation pré-

Digitized by Google

sente vient à l'appui de cette proposition ; nous pourrions citer quatre autres faits semblables. Le sexe masculin y est de beaucoup le plus sujet ; d'après nos relevés, on ne trouve guère qu'une femme atteinte pour six hommes. Ce qui frappe dans la relation des observations, c'est l'absence souvent notée de tout antécédent héréditaire ou de maladie antérieure : nous avons relevé sept cas où l'affection atteint des individus bien constitués et d'une santé robuste. Ces particularités exceptées, l'étiologie des tumeurs caséreuses du larynx est enveloppée d'une grande obscurité. Il est à remarquer que les causes prédisposantes des affections du larynx en général, telles que le refroidissement ou l'exercice immodéré de la parole, semblent avoir, dans ce cas spécial, une influence presque nulle.

Les symptômes fonctionnels qui attirent d'abord l'attention du malade n'offrent rien de caractéristique. Dans l'observation actuelle, le premier symptôme fut un trouble de la phonation ; nous avons relevé le même mode de début dans presque tous les cas. La voix, sans cause appréciable, devient enrouée ou simplement voilée. Quelquefois les troubles respiratoires ouvrent la scène, sinon ils ne tardent pas à succéder à l'enrouement. C'est d'abord de l'essoufflement, de la fatigue pendant la marche, bientôt une gêne de la respiration, gêne dont les malades rapportent très-bien le siége dans le larynx, puis une dyspnée continuelle survient.

On peut expliquer cette succession des symptômes par la marche même du mal qui, débutant le plus souvent par les parties antérieures de l'organe, envahit progressivement d'avant en arrière les cordes vocales, puis les cartilages aryténoïdes. Ce n'est pas seulement là une vue théorique ; on trouve dans l'observation de Demarquay, citée dans la thèse de M. Blanc, une confirmation de cette hypothèse. Chez son malade, qui avait présenté de son vivant de l'aphonie sans qu'il y eût eu asphyxie, on constata, à l'autopsie, une disparition complète de la glotte vocale avec intégrité de la glotte respiratoire.

La durée de cette période de début est variable. Dans les observations où l'époque d'apparition des premiers symptômes était signalée, elle n'a jamais dépassé cinq ans ; ce chiffre peut être donné comme exceptionnel ; en général, lorsque les malades viennent réclamer les soins médicaux, ils font remonter leurs troubles fonctionnels à un an, dix-huit mois ou deux ans. La *douleur* au niveau de la région laryngée a été quelquefois observée, mais elle est loin d'être constante. Nous en dirons autant de la *toux* qui est rare et peut manquer complétement. Un signe qui fait moins souvent défaut est une *ex-*

Digitized by Google

pectoration muqueuse plus ou moins abondante, mêlée parfois de stries sanguinolentes.

La dyspnée une fois établie devient le symptôme prédominant, le plus directement pénible pour le malade qui vient presque toujours réclamer de lui-même l'opération. Or, à cette période, les troubles respiratoires présentent les caractères de toute dyspnée d'ordre mécanique, c'est-à-dire qu'ils sont continus, et si l'art n'intervient pas, le malade succombe aux progrès de l'asphyxie.

Nous lisons dans l'observation de M. Monod que l'inspiration était très-pénible, bruyante à distance, s'accompagnant d'un bruit de cornage qui se transformait par intervalles en sifflement aigu ; l'expiration, au contraire, était relativement facile. Nous avons trouvé ce caractère, si connu dans les affections du larynx, noté dans plusieurs autres observations. Par contre, dans le cas actuel, le malade n'a pas eu de véritables accès spasmodiques, accès qui ont été signalés un certain nombre de fois. — L'aphonie est la règle à cette période de la maladie ; la voix peut même être complétement éteinte plusieurs mois avant que la suffocation crée un danger imminent.

Un dernier symptôme fonctionnel qui a été très-accusé chez notre malade est la *dysphagie*. Elle peut reconnaître plusieurs causes. Dans le cas particulier, la gêne de la déglutition des liquides consécutive à l'opération pourrait être rapportée à la section du cartilage cricoïde. On sait, en effet, que ce cartilage donne insertion à l'un des faisceaux du constricteur inférieur du pharynx, et d'après M. Krishaber, l'accident que nous signalons serait la règle après la cricotomie. Plus tard, la déglutition des solides devint presque impossible, à tel point que le malade prenait pour toute nourriture quelques gorgées de lait et de bouillon lesquelles ne passaient que lorsqu'il renversait fortement la tête en arrière. L'autopsie a rendu un compte exact de ce fait en révélant la présence d'une sorte de soupape fermée par les aryténoïdes dégénérés qui s'abaissait horizontalement dans la cavité de l'œsophage et opposait ainsi un obstacle matériel au cours des matières. C'est contre ce même obstacle que venait butter la sonde œsophagienne dans les tentatives répétées et toujours infructueuses qu'on a faites pour nourrir artificiellement le malade dans les derniers temps de son existence. La dysphagie est signalée dans quelques observations ; cependant elle nous paraît être l'exception tant que le mal est limité à la cavité même du larynx ; lorsque la paroi postérieure est envahie par l'ulcération, l'apparition de ce symptôme s'explique tout naturellement. Aussi, malgré le petit nombre de faits dont nous disposons, on peut avancer

Digitized by Google

que la dysphagie s'observe bien plus fréquemment dans le cancer extrinsèque ou laryngo-pharyngien que dans le cancer primitif proprement dit.

L'exploration physique permet dans certains cas de reconnaître quelques ganglions indurés sous l'angle de la mâchoire ou sur le trajet des vaisseaux du cou ; mais il faut savoir que ce signe peut faire absolument défaut. Nous ferons la même remarque à l'occasion d'un signe indiqué par M. Isambert et qu'il donne comme caractéristique lorsqu'il existe, nous voulons parler de la forme du larynx en bouclier et de sa consistance qui ressemble à celle d'une *carapace de crustacé.*

Tout ce que nous avons trouvé noté dans plusieurs des observations que nous avons consultées et dans celle qui fait le sujet de ce rapport, c'est une induration avec hypertrophie en masse de tous les tissus environnant le larynx.

L'ensemble des symptômes que nous venons d'énumérer doit faire songer à la nécessité de l'examen laryngoscopique. Celui-ci donnera des résultats différents suivant les cas et surtout suivant l'époque de l'exploration. Comme il arrive le plus souvent que la maladie est en pleine voie d'évolution lorsque le médecin est consulté, on peut dire d'une manière générale que l'inspection révèle la présence d'une tumeur faisant saillie dans la cavité laryngienne, ayant détruit les parties constituantes de l'organe, en particulier, les cordes vocales qui sont le plus souvent volumineuses et presque au contact ; ou bien, comme dans le cas présent, elles ont disparu au milieu du tissu morbide.

La durée totale de la maladie a été de deux ans chez notre malade ; il est mort par épuisement résultant à la fois du défaut de nourriture et de la dyspnée continue. Il n'a pas présenté les symptômes de la cachexie cancéreuse, et, fait digne de remarque que nous avons vu signalé dans plusieurs observations, on n'a pas trouvé à l'autopsie de généralisation de la diathèse. Dans les seize cas que nous avons analysés et qui nous ont paru se rapporter tous à des cancers intra-laryngiens confirmés, la marche de la maladie s'est montrée à nous toujours la même. C'est le plus souvent après une période d'enrouement qui a duré un an ou dix-huit mois que les malades alarmés par les progrès de la dyspnée viennent réclamer les soins médicaux. Si l'art n'intervient pas, ils succombent rapidement par asphyxie, nous avons noté cette terminaison dans cinq cas où la mort survint de deux à dix-huit mois après l'apparition des premiers symptômes. Mais, dans la grande majorité des cas, le chirurgien en présence des accès de suffocation du malade et de l'obstacle matériel au passage de l'air constaté par le laryngoscope, pratique la trachéotomie

Digitized by Google

ou comme dans le cas actuel la cricotomie. Sur un relevé de onze cas, nous trouvons que la durée moyenne de l'existence à la suite de l'opération a été de dix à douze mois. C'est dire que la section trachéale est une utile ressource à laquelle il est presque toujours indiqué de recourir au moins à une certaine période de la maladie. Sans doute, ce n'est là qu'un moyen palliatif qui laisse la cause du mal intacte; mais, n'eût-elle d'autre résultat que d'entretenir la vie du malade même pendant quelques semaines, ce serait encore un motif suffisant pour que l'opération fût toujours tentée. Si notre but était de présenter une étude complète du cancer laryngé, ce serait le lieu de discuter la valeur des traitements chirurgicaux qui ont été proposés contre cette affection dans ce qui regarde la laryngotomie, nous renvoyons au mémoire que M Désormeaux a présenté sur les indications de cette opération à la Société de chirurgie.

Quant à l'extirpation totale du larynx, elle a été pratiquée neuf fois sur le vivant; les résultats sont consignés dans la thèse de M. Hermontier (Paris, 1876) Quatre fois le malade a succombé du quatrième au quatorzième jour après l'opération, deux fois il est mort de récidive dans une période de trois à six mois; quant aux trois autres cas qui auraient été suivis de guérison, nous n'avons de renseignements que sur un seul opéré, celui du professeur Botini, de Turin, qui se portait à merveille seize mois après l'opération. De pareils résultats montrent qu'une semblable entreprise, si périlleuse qu'elle paraisse, a pu être menée à bout, mais nous doutons qu'ils encouragent beaucoup de praticiens à suivre l'exemple de ces hardis novateurs.

39. Elections.

Renouvellement des membres du Bureau et du Comité, pour 1877.

Membres du Bureau.

Président : M. CHARCOT.
Vice-présidents : MM. HAYEM; HOUEL.
Secrétaires : MM. MOUTARD-MARTIN; PITRES.
Trésorier : M. PETIT.
Archiviste : M. LANDOUZY.

Membres du Comité.

Titulaires : MM. HOMOLLE; MALASSEZ; RENDU.
Adjoints : MM. CUFFER; HUTINEL; RAYMOND.

Elections.

MM. COUTY, FOURESTIÉ et HERPIN sont nommés *membres correspondants* de la Société.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 22 décembre 1876

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

49. Hernie obturatrice étranglée; par M. DUSAUSSAY, interne des hôpitaux.

F. M., 80 ans, journalière, entrée le 15 décembre 1876 dans le service de M. MILLARD, à Lariboisière, (Sainte-Joséphine n° 9).

Les seuls renseignements que l'on put obtenir sont les suivants : malgré son grand âge, la malade se porterait assez bien d'habitude. Il y a 8 jours, sans cause appréciable, elle aurait cessé d'aller à la selle et de rendre des gaz par l'anus, et presque aussitôt elle aurait été prise de vomissements incessants. Ces symptômes ont persisté depuis le début; l'état général a été s'aggravant de jour en jour; et la faiblesse est devenue extrême. C'est dans cet état que la malade est amenée à l'hôpital. Ajoutons que cette femme aurait eu l'habitude de porter, du côté gauche, un bandage herniaire. Il est impossible de savoir depuis quand elle portait ce bandage, pourquoi elle le portait et où elle le plaçait.

Le 16, au moment de la visite, la malade est dans l'état suivant : Face grippée, yeux excavés, faciès abdominal prononcé, faiblesse très-grande. L'intelligence est très-obtuse; la malade ne répond à aucune des questions qu'on lui adresse. Depuis son entrée, la veille, elle n'a rien rendu par l'anus, elle n'a pas vomi. — Le ventre est un peu ballonné, sans être très-tendu. On voit se dessiner quelques anses intestinales sous les téguments, au-dessous de l'ombilic. La pression sur l'abdomen paraît peu douloureuse. La palpation ne permet du reste de trouver dans le ventre ni tumeur, ni épanchement, ni empâtement.

Les régions inguinales et crurales des deux côtés sont explorées avec le plus grand soin. Nulle part on ne trouve de tumeur herniaire; nulle part non plus on ne trouve de traces du bandage dont nous avons parlé précédemment. — Rien au

Digitized by Google

cœur. Rien dans la poitrine. Extrémités froides. Pouls très-petit. Langue sèche, grillée. — *Prescription* : huile de ricin — potion cardiale. Ce purgatif n'est pas vomi, mais il n'amène aucune selle. La malade s'affaiblit progressivement et meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE le 18. — Les poumons, le cœur, le foie, etc., ne présentent rien d'intéressant à noter. Pas d'ascite. Pas de traces de péritonite. En examinant avec soin l'intestin laissé en place on n'aperçoit qu'une anse, qui correspond à la partie moyenne de l'intestin grêle, et engagée dans le canal sous-pubien du côté gauche.

Le bout supérieur de l'anse correspond à la partie inféro-interne de l'orifice ; ce bout est notablement dilaté ; et cette dilatation s'étend aux quelques anses placées au-dessus du point étranglé, mais ne va pas jusqu'à l'estomac. Le bout inférieur, au contraire, est vide et rétracté ; il est situé en dehors et au-dessus du précédent. Ajoutons que le bout supérieur est recourbé en arc de cercle sous-tendu par une corde mésentérique très-prononcée. Après avoir disséqué avec précaution la région obturatrice par l'extérieur, on constate immédiatement au-dessous de la branche horizontale du pubis, au-devant de la membrane obturatrice une tumeur de la grosseur d'une petite noix placée sous les muscles adducteurs, arrondie, fluctuante et d'une matité absolue ; c'est le sac de la hernie. L'intestin est fortement maintenu dans ce sac, car des tractions assez énergiques ne peuvent l'en dégager.

Pas de traces de sphacèle du côté de l'intestin qui, au-dessus de l'étanglement, a une coloration violacée assez prononcée. L'estomac et l'intestin jusqu'à la partie étranglée, contiennent des matières fécaloïdes demi-liquides.

Du côté droit, il n'existe pas de hernie, mais l'orifice interne du canal sous-pubien est très-notablement élargi puisqu'on y introduit sans difficulté le petit doigt qui pénètre dans une cavité assez grande pour loger presque toute la dernière phalange. — Le sac de la hernie n'a pas été ouvert, la pièce ayant été conservée pour être déposée au musée Dupuytren.

41. Cirrhose du foie ; varices œsophagiennes ; mort par hémorrhagie ; par M. DUSAUSSAY, interne des hôpitaux.

Al. L., 36 ans, marchand des quatre-saisons, entre pour la dernière fois à Lariboisière le 13 décembre 1876, salle Saint-Vincent n° 20, dans le service de M. MILLARD. — Depuis le mois de décembre 1874, ce malade est entré 5 fois chez M. Millard et chaque fois pour des vomissements de sang extrêmement abondants. — Pour ma part, il m'a été donné de l'obser-

Digitized by Google

ver à trois reprises différentes; c'est avec les matériaux recueillis pendant chacun de ces séjours que je vais essayer de reconstituer l'histoire intéressante du malade.

Antécédents. — Al... a eu, en Afrique, pendant qu'il était au service, la fièvre intermittente et la dysenterie. Ce sont là, du reste, les seules affections graves dont il ait jamais été atteint. Depuis 1866 environ, jusqu'à la fin de 1874, il s'est livré à des excès alcooliques journaliers. Il avoue franchement qu'il buvait 3 à 4 litres de vin par jour. Aussi, avait-il depuis longtemps déjà des pituites, tantôt jaunes, tantôt vertes, qui revenaient chaque matin. Pendant cette période il n'a jamais vomi d'aliments, n'a jamais rendu de sang par aucune voie.

En résumé, en dehors de ces pituites, santé excellente jusqu'au milieu du mois d'octobre. A cette époque, sans cause connue, pendant son travail, Alexandre rend, sans efforts, une assez grande quantité de sang, par la bouche. Cet accident amène à sa suite une certaine faiblesse générale, pas assez grande toutefois pour forcer le malade à interrompre ses occupations. Sa santé était parfaitement rétablie quelques jours après.

A... avait repris ses habitudes de boisson, sans tenir compte de ce premier avertissement, lorsque, le 25 novembre, il est pris de nausées avec sensation de chaleur à la gorge, et il rend, en l'espace de quelques minutes, environ 2 litres de sang liquide, mais noir. Bientôt après, il a successivement plusieurs garde-robes liquides paraissant formées par du sang altéré.

Du 25 au 23 novembre, les hématémèses ne se reproduisent pas, mais les selles continuent à contenir du sang en abondance. Le malade, épuisé par ces pertes de sang, se décide à entrer à Lariboisière le 28 novembre (service de M. Millard).

Voici dans quel état il se trouve à ce moment : la faiblesse est tellement grande, qu'il peut à peine se remuer dans son lit, où il garde sans cesse le décubitus dorsal. Il existe une décoloration absolue de la peau et de toutes les muqueuses. Etourdissements et bourdonnements d'oreille continuels. Crampes et douleurs dans les membres inférieurs, Pouls rapide, dur. Souffle cardiaque au 1er temps, à la base; souffle double dans les carotides. Rien dans la poitrine. Encore quelques nausées, mais pas de vomissements; les garde-robes contiennent encore un peu de sang. Le ventre est très-ballonné, mais sonore partout. Pas d'ascite. Rien d'anormal du côté des vaisseaux de la paroi abdominale. Le foie a son volume normal. — Urines normales.

Prescription : Lait. — Glace. — Sirop de perchlorure de fer 30 grammes. — Vésicatoire à l'épigastre.

Digitized by Google

2 *décembre*. — Le malade n'a pas vomi et les selles ne contiennent plus de sang ; le tympanisme est beaucoup moindre. Au moment de l'entrée, A.... se plaignait, depuis deux jours d'une douleur assez vive à l'épigastre. Aujourd'hui cette douleur a disparu. — Du reste, même état. — On cesse le perchlorure.

8 *décembre*. — Le malade va beaucoup mieux : il est moins pâle, moins faible, ne vomit pas, va régulièrement à la selle (matières normales) ; il supporte bien le régime lacté exclusif.

11 *décembre*. — Très-léger œdème des membres inférieurs et de la paroi abdominale. — Pas d'ascite. — Pas de varices. — Pas d'hémorrhoïdes. — Les urines ne contiennent pas d'albumine.

19. — Les forces reviennent quoique lentement. La peau et les muqueuses reprennent leurs couleurs normales. — Pas de vomissement ; pas de méléna. — On associe la viande et le pain au régime lacté.

20 *janvier* 1875. — Le malade sort absolument guéri (au moins en apparence). Les digestions se font bien ; le malade mange avec appétit, va régulièrement à la selle, il ne souffre nulle part. — Le foie a son volume normal. — Il n'existe ni développement anormal des veines sous-cutanées abdominales, ni ascite, ni œdème des jambes.

Au *mois de mai* 1875, le malade a une nouvelle hématénèse, cette fois peu abondante ; mais, en revanche, il perd, pendant plusieurs jours, une grande quantité de sang dans les garde-robes. Epuisé, il entre, pour la seconde fois, dans la salle Saint-Vincent, y reste juste un mois pendant lequel il est soumis au régime lacté le plus strict ; puis, au bout de ce temps, il sort, encore un peu faible, mais bien portant, ne perdant plus de sang, mangeant et digérant bien.

Il reste dans cet état pendant près de 6 mois, sans faire de nouveaux excès, au moins il le dit. Mais dans le courant de décembre 1875, toujours sans cause appréciable, 3e hématémèse, peu abondante comme la précédente, mais suivie de selles sanglantes excessivement copieuses. Cette fois A..... reste chez lui, se met au régime lacté, et 20 jours après, il se trouve assez bien pour pouvoir reprendre ses occupations.

5 *mai* 1876. — Alexandre entre pour la 3e fois chez M. Millard. Cette fois il est malade depuis 3 jours ; il n'a pas vomi, mais il a été pris de coliques avec sueurs froides et sentiment de défaillance ; il a examiné ses garde-robes, et il a constaté qu'elles étaient formées exclusivement par du sang à peine altéré. Ce méléna ayant persisté, le malade profondément affaibli, a été obligé de suspendre son travail.

Au moment de l'entrée, on constate les mêmes symptômes

Digitized by Google

qu'au mois de décembre 1874. Je trouve dans mes notes du 6 mai : Faiblesse extrême; le malade ne peut se tenir assis sur son lit. — Décoloration complète des muqueuses et de la peau qui a la couleur de la cire. — Souffle anémique à la base du cœur et dans les carotides. — Douleur vive à l'épigastre, spontanée et augmentée par la pression. — Ventre ballonné, météorisme prononcé, *pas traces d'ascite*. — Pas de développement des veines sous-cutanées abdominales. — Le *foie* a son volume normal, pas de douleur à son niveau. — Pas d'œdème des membres inférieurs. — Le malade ne tousse pas; la percussion et l'auscultation ne dénotent rien d'anormal de ce côté. — Deux garde-robes depuis l'entrée, composées en totalité de sang liquide d'un noir violacé. — Glace. — Régime lacté.

7 *mai*. — Pas de vomissements, mais persistance du sang dans les selles; un demi litre rendu depuis hier.

10. — Garde-robes normales. Rien de nouveau à noter. Deux cautères à l'épigastre.

20. — Pas d'hémorrhagie nouvelle. Le malade, encore très-faible, est un peu moins pâle; il ne souffre plus de l'estomac; ses digestions sont bonnes. Régime lacté. — Deux nouveaux cautères à la région épigastrique.

12 *juin*. — Le malade n'a pas vomi depuis son entrée, le mélena n'a pas reparu. Le visage reprend une teinte rosée; les forces reviennent; la douleur épigastrique n'existe plus l'appétit est bon et les digestions régulières. — Pas d'œdème des membres inférieurs. — Le ventre a repris son volume normal. — Régime mixte.

15. — L'état général s'améliore de jour en jour.

22. — Santé parfaite. Le malade est presque en état de reprendre ses occupations. Il sort. — Il rentre pour la 4e fois le 6 *juillet* 1876, moins de 15 jours après son précédent séjour. Une fois sorti de l'hôpital, il se garde bien de suivre les règles d'hygiène et le régime qu'on lui avait tracés; aussi, il y a maintenant 8 jours, après avoir mangé du ragoût, il est pris de douleurs vives à l'épigastre, de nausées : il vomit son dîner, mais sans mélange de sang; puis, quelques heures après, en allant à la selle il s'aperçoit qu'il perd de nouveau du sang par l'anus. Les jours suivants, les vomissements continuent ainsi que le mélena. Aujourd'hui, ces symptômes ont disparu et le malade ne conserve plus qu'une grande faiblesse. Il sort très-amélioré le 20 *juillet*, mais trop faible encore pour travailler. — Il traîne jusqu'au 9 *août*, rentre à ce moment dans le service de M. Jaccoud qui le soigne jusqu'au 17 septembre pour un ulcère de l'estomac.

Il sort de la salle Saint-Jérôme moins souffrant, mais encore très-anémié. Depuis cette époque jusqu'au 13 décembre,

Digitized by Google

date de sa dernière rentrée, il n'a jamais été tout-à-fait bien portant. A plusieurs reprises il a recommencé à travailler; mais, chaque fois, le manque de forces l'a obligé bien vite à s'arrêter. Toutefois, pendant cette période, il n'a pas eu de nouvelle hémorrhagie.

13 *décembre*, soir. A. .. nous est ramené, perdant du sang par la bouche et par l'anus, depuis 3 jours; la faiblesse du malade est telle qu'il peut à peine prononcer quelques mots. Pâleur cadavérique. — Pouls presque insensible. — Refroidissement des extrémités. — Le ventre est normal. — Pas de développement des veines abdominales. — Pas d'ascite (autant qu'un examen rapide permet de l'affirmer). — Pas d'œdème des jambes. — Boissons glacées. — Todd. — Sinapismes.

14 *et* 15. Pas d'hématémèses, mais plusieurs selles sanglantes. — Etat général très-mauvais. — Subdelirium sans agitation. — Syncopes au moindre mouvement. — Pas de fièvre. — Pouls presque insensible. — Pas de convulsions. — Dans la journée du 15, A.... s'affaiblit encore, s'il est possible, et s'éteint le 16 décembre, un peu avant la visite.

AUTOPSIE le 17, 25 heures après la mort. Les organes *encéphaliques* ne présentent absolument rien à noter. Les deux *poumons* sont complétement exsangues, du reste parfaitement sains; ils sont tous deux fixés à la paroi thoracique par des adhérences anciennes. Pas d'épanchement pleural. — Le *péricarde* est sain, ne contient pas de sérosité.

Le *cœur* est de volume normal. — Teinte feuille morte assez prononcée du myocarde. — Pas de lésions valvulaires. La *cavité péritonéale* contient à peine quelques cuillerées de sérosité transparente ; pas de fausses membranes ; pas de signes de péritonite. *Epiploon* et *mésentère* extrêmement graisseux. Le *foie* est notablement moins volumineux qu'à l'état normal. Il mesure transversalement 24 centimètres; 14 seulement d'avant en arrière et 6 verticalement. Il pèse 1360 grammes. Sa capsule est épaissie, sa surface très-irrégulière, lobulée, mamelonnée. L'extrémité gauche surtout est très-déformée; elle est comme étranglée, comme pédiculée. Le tissu hépatique est dur et crie sous le couteau ; en outre il est complètement exsangue. Sur une coupe, le tissu est formé par des îlots jaunâtres séparés les uns des autres par des tractus d'un blanc grisâtre. les vaisseaux restent béants, mais ne paraissent pas dilatés. Les *voies biliaires* sont normales. — La vésicule est remplie d'une bile visqueuse, de couleur brunâtre foncée; on n'y trouve pas de calculs.

La *rate* est sensiblement augmentée de volume, il existe de la périsplénite manifeste; à la coupe le tissu est beaucoup plus

Digitized by Google

dense qu'à l'état normal ; il présente une couleur rose pâle uniforme. Le *pancréas* est sain. Les *reins* ont leur volume normal : ils se décortiquent facilement et ne présentent, à l'œil nu, d'autre altération qu'une anémie extrême, anémie qu'on retrouve, du reste, au même degré, dans tous les organes.

Tube digestif. — Le *pharynx* est sain. Il n'en est pas de même de l'*œsophage*. On trouve en effet, dans ce dernier, des *varices* très-accusées. Ces varices commencent *brusquement à 2 centimètres au-dessus du cardia* qui, lui, est sain, et de là remontent vers le pharynx dans une hauteur de 9 centimètres. Ces varices font tout le tour de l'œsophage, mais sont plus prononcées cependant à la partie postérieure du conduit. Elles sont constituées par des veines un peu flexueuses, assez régulièrement longitudinales, anastomosées de distance en distance et de volume variable. L'une d'elles, située en arrière, a presque le volume d'une plume d'oie, les autres sont plus petites. — Au moment de l'autopsie ces veines, dilatées, ont une coloration noirâtre qu'elles doivent au sang dont elles sont gorgées. — Dans toute la hauteur occupée par les varices, la muqueuse œsophagienne a une teinte plus foncée qu'à l'état normal. Au-dessus et au-dessous elle reprend brusquement sa couleur habituelle. — En dehors de ces lésions, on constate en outre, 3 ulcérations situées sur 3 veines dilatées. Deux de ces ulcérations sont extrêmement superficielles; ce sont plutôt des érosions de 1 millimètre de diamètre, placées sur de petites veines dont elles n'ont entamé qu'en partie les tuniques. Il n'en est pas de même de la 3e ulcération qui se trouve sur le gros vaisseau décrit plus haut. Ici toutes les tuniques ont été détruites, de telle sorte que la lumière de la vessie communique avec la cavité œsaphagienne, par un orifice de 2 millimètres environ, et si nettement arrondi, qu'il semble taillé a l'emporte-pièce. Dans tous les autres points, les parois des varices sont intactes, mais elles sont presque partout très-amincies. Un stylet, introduit par l'ulcération précédente pénètre, sans difficulté, dans la veine, à une assez grande distance. Cette expérience, répétée sur des varices voisines, donne le même résultat. Du reste la paroi interne des veines dilatées est lisse et ne présente rien qui ressemble à des valvules.

L'*estomac* renferme environ 300 grammes de sang, en partie liquide, en partie coagulé, et mêlé à du mucus filant. Une fois lavé, il se présente dans un état d'intégrité parfaite ; on n'y trouve ni ulcérations, ni vascularisation anormale, ni épaississement. Ajoutons que la *veine coronaire stomachique* est normale, ainsi que les veines thoraciques, en dehors de l'œsophage.

Digitized by Google

L'*intestin* est rempli de sang, surtout le gros intestin. On évalue à un litre au moins la quantité totale. Comme l'estomac, cette partie du tube digestif est saine d'un bout à l'autre. A peine, de place en place, quelques taches rougeâtres qui paraissent le résultat de l'imbibition. — On ne trouve pas d'*hémorrhoïdes*.

L'examen microscopique du foie a été fait, au collége de France, par mon ami Dave qui a constaté, dans le point examiné, les lésions caractéristiques, mais encore peu avancées, de la cirrhose multilobulaires de MM. Charcot et Gombault. L'état ratatiné du foie et son atrophie commençante, permettent de penser que l'examen, répété sur d'autres points, aurait fait trouver des lésions plus avancées.

42. Abcès du cerveau ; par M. Dusaussay, interne des hôpitaux.

M..., 35 ans, dessinateur, entré le 8 décembre 1876 à Lariboisière (service de M. Millard), salle St-Vincent, n° 16.

Les renseignements suivants sont fournis par la femme du malade. Depuis longtemps M... fait de continuels excès de boisson. Malgré cela il a toujours eu une bonne santé jusqu'en 1875, époque à laquelle il a eu une pleurésie à droite. Depuis, il a toujours toussé et a craché du sang à plusieurs reprises

Il y a 15 jours, sans cause appréciable, le malade éprouve une sensation bizarre; il lui semble que sa tête se détraque tout d'un coup. En dehors de cela, rien. Mais à partir de ce moment la mémoire, bonne jusque-là, commence à diminuer très-sensiblement et d'une façon continue.

Le 8 décembre, c'est-à-dire le matin même de l'entrée, M... éprouve une certaine faiblesse dans tout le côté droit. Cette parésie très-légère, jointe à la diminution de la mémoire constitue tout ce qu'on a noté avant l'entrée du malade à l'hôpital.

9 *décembre*. Le visage est pâle et a une expression d'hébétude très-marquée. Le malade comprend très-bien les questions qu'on lui adresse; mais ses réponses sont lentes à venir; on voit qu'il est obligé de faire un grand effort pour se ressouvenir des choses sur lesquelles on l'interroge. Du reste, il n'existe aucun trouble de la parole.

Rien du côté des yeux. Pas de paralysie du côté de la face. Faiblesse peu accusée de la main droite. Le malade traine un peu la jambe droite en marchant. Sensibilité intacte partout. Constipation. Urines normales. Rien au cœur. Matité dans la moitié inférieure du poumon droit en arrière. A ce niveau respiration un peu faible mélangée de frottements et

Digitized by Google

de râles peu abondants. — Rien dans le reste de la poitrine. T. 37°; soir, T. 37°,2.

10 *décembre.* La parésie est un peu plus prononcée qu'hier. Cependant le malade put encore marcher et se servir de sa main droite pour manger. Rien autre à noter.

Vésicatoire à la nuque. T, soir 37°3.

11 *décembre,* M.... peut à peine remuer son bras droit. La paralysie de la jambe droite est également plus prononcée, moins cependant que celle du membre supérieur, car le malade peut encore faire quelques pas, soutenu par l'infirmier. Rien à la face. Intelligence très-obtuse. Répond encore aux questions qu'on lui adresse. T. matin, 37° 3.; soir, 37°.

12 *décembre.* Paralysie absolue du bras droit; moins complète de la jambe droite du même côté. Très-légère hémiplégie faciale droite. Le malade siffle encore très-bien. Il s'étrangle quelquefois en buvant. Sensibilité conservée. Le soir, hémiplégie droite absolue. Pas de mouvements reflexes. Les réponses deviennent de plus en plus lentes. T. matin, 37° 4; soir, 37° 5. Lavement purgatif.

13 *décembre.* Ne peut presque plus parler. Du reste, même état. T. matin, 36°,8; soir, 37°.

14 *décembre.* Le malade comprend encore ce qu'on lui dit, car il tire la langue, ferme les yeux, etc.; mais à toutes les questions il ne répond autre chose que «monte à terre, monte à terre». Ce sont les seules paroles qu'on puisse lui arracher. Hémiplégie droite absolue. Pas de mouvements reflexes. Sensibilité persiste intacte. La face semble toujours très-légèrement déviée à gauche. Pupilles égales, de dimension moyenne. bas de strabisme. Paralysie des spincters. Quelques râles de bronchite des deux côtés, en avant, sans matité.

En arrière matité très-accusée dans la moitié inférieure droite — frottements à ce niveau. — Rien aux sommets. Matin. T. 37°,2; soir. T. 36°, 9.

15. Sensibilité un peu ralentie du côté paralysé. Quelques mouvements réflexes. Bouche légèrement tirée à gauche. Ne peut plus siffler. Rien dans le reste de la face. Intelligence intacte — mais ne répond pas un mot. Les urines et les matières fécales sont rendues involontairement. Matin. T. 37°; soir. T. 37°.

16. Le matin, même hémiplégie droite absolue avec contracture des fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras. — Paralysie de la moitié inférieure droite de la face. Rien du côté des yeux. Comprend bien, mais ne parle plus. Déglutition normale. T. 37°, 2. Le soir, chute de la paupière supérieure droite. Contracture plus prononcée du bras; elle augmente dès qu'on touche le membre. De temps en temps mouvement

Digitized by Google

spontanés et involontaires de pronation et de supination. T. 37°, 5.

17. Pas de contracture. Coma. Respiration stertoreuse, sueurs profuses. Résolution et insensibilité complètes. P. 140; R. 48; T. 38°, 2; soir. P. 160; R. 60; T. 39°, 6. 18, mort à 3 heures du matin.

www.libtool.com.cn

AUTOPSIE le 19. *Cœur* sain. *Poumons*. Pas de tubercules. Un peu de congestion aux deux bases. Adhérences anciennes du côté droit. Rien du côté des *méninges*.

Cerveau. Abcès siégeant à la partie moyenne de l'hémisphère cérébral gauche (voir à la séance du 29 décembre les résultats de l'examen fait au laboratoire de M. Charcot.)

43. Dilatation anévrysmale symétrique des sylviennes à leur origine. — Rupture de la poche droite dans le troisième ventricule. — Nappe sanguine sous-méningée due à la rupture de l'artère sylvienne droite vers la partie moyenne de la scissure de Sylvius (plaques athéromateuses); par M. G. MARCHANT, interne des hôpitaux.

El., 50 ans, ménagère. Pas de renseignements sur les antécédents de cette malade qui est apportée (service de M. le Dr C. PAUL) à l'hôpital Saint-Antoine le 18 décembre 1876. Le matin même elle a été prise subitement d'une attaque, à la suite de laquelle elle a perdu connaissance. Plongée dans le coma au moment de son entrée, elle présente une paralysie motrice complète du bras gauche, incomplète de la jambe gauche, c'est-à-dire qu'elle peut lui imprimer encore quelques mouvements; par exemple lorsqu'on la pince, on la voit remuer ce membre comme pour se soustraire à cette douleur. La sensibilité est conservée partout (sensibilité à la douleur). mais elle paraît plus lente au membre inférieur gauche que dans les autres points du corps.

Du côté de la tête on observe une déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite. La déviation des yeux n'est pas absolue en ce sens que la malade suit un objet lumineux qu'on place devant ses yeux : mais ce mouvement des globes oculaires s'arrête à droite dès que l'axe antéro-postérieur de l'œil a atteint la ligne médiane ; en un mot, la malade ne peut pas regarder avec son œil droit, du côté gauche au-delà de la ligne médiane. (Cet examen a été rendu assez facile, car le lendemain de son entrée la malade avait repris un peu connaissance). Les pupilles se contractent mal.

Enfin, la malade présente une contracture généralisée, tant dans les membres supérieurs qu'inférieurs; cette contracture

Digitized by Google

est passagère, variable, mais pas plus prédominante d'un côté que de l'autre. Paralysie des sphincters.

Pendant les quelques heures où la malade a pu répondre vaguement à nos questions, elle a accusé une vive douleur de tête à droite: elle y portait constamment sa main.

Morte dans la journée du 20 décembre après avoir présenté du stertor et une gêne respiratoire croissante.

AUTOPSIE, le 22 décembre. L'examen des organes de la cavité thoraco-abdominale ne présente rien de spécial. Plaques athéromateuses sur l'aorte près de son origine; pas de lésions valvulaires du cœur.

A l'ouverture de la cavité crânienne, après avoir incisé la dure-mère, les faces externes et supérieures du cerveau apparaissent, rouges, infiltrées d'une nappe sanguine rouge noirâtre — cette infiltration est sous-méningée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en rapport avec la face interne de la dure-mère. L'encéphale enlevé, et le cerveau reposant sur une table par sa convexité on aperçoit sur sa face inférieure deux dilatations anévrysmales de la sylvienne à son origine, du volume d'une petite noisette, et recouvertes par les lèvres de la scissure de Sylvius.

La communicante antérieure naît des deux côtés de ces dilatations. En écartant la scissure de Sylvius on aperçoit sur l'artère une série de petites dilatations en chapelet du volume d'un petit pois. Une de ces dilatations a cédé même, au niveau de la paroi moyenne de la scissure Sylvius et le sang a fait irruption sous les méninges: il a suivi les sillons cérébraux comme autant de canaux et est venu baigner peu à peu tous les points de la convexité de l'hémisphère. De là cette teinte sanguine qui nous a frappé au premier abord. Le tronc basilaire est lui-même athéromateux et dilaté par place.

En faisant une coupe antéro-postérieure de l'encéphale et en faisant passer le couteau à travers la scissure inter-hémisphérique on a pu constater que le troisième ventricule était gorgé de sang et que la dilatation anévrysmale droite s'était rompue dans son intérieur.

Cette observation nous a paru intéressante surtout au point de vue anatomo-pathologique. Il y a ici en effet une certaine symétrie des lésions vasculaires. Il est probable que la rupture de la poche anévrysmale droite et de la petite dilatation située plus haut et à gauche sur le parcours de la sylvienne ont eu lieu en même temps. Les phénomènes de contracture observés pendant la vie peuvent être mis sur le compte de l'hémorrhagie ventriculaire et de l'infiltration sanguine généralisée de la surface du cerveau: peut-être aurait-on pu trouver dans le moment précis du début de la contracture une

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

donnée capable d'établir si la contracture doit être mise plutôt sur le compte de la rupture anévrysmale qui a été soudaine, qu'attribuée à la nappe sanguine qui a demandé pour se répandre un certain laps de temps.

Ce problème ne présente pas d'ailleurs grand intérêt : nous n'avons pu avoir sur ce point aucun renseignement.

44. Hémorrhagie cérébrale ; par M. Barié, interne des hôpitaux.

Hémorrhagie cérébrale survenue à l'âge de onze ans. — Foyer hémorrhagique cicatrisé, occupant la capsule externe, le noyau lenticulaire gauche et s'étendant en avant sur la capsule interne. — Hémiplégie droite indélébile, avec raccourcissement et atrophie considérables des membres paralysés et contracture permanente des fléchisseurs des doigts et des orteils. — Nouvel ictus apoplectique survenant six ans après : Convulsions épileptiformes, déviation conjuguée des yeux ; abaissement unilatéral de la température, coma. — Mort. — Action nuisible de la faradisation.

Clara L....., âgée de 17 ans, entre à l'hôpital Saint-Antoine (service de M. le docteur Peter, Sainte-Adélaïde, n° 14), le 28 novembre 1876. Cette jeune fille, à l'âge de *onze* ans, après s'être couchée au mois d'avril, dans une prairie humide et y avoir dormi pendant plusieurs heures, fut saisie par le froid et se réveilla frappée d'hémiplégie droite, qui persiste depuis six ans, sans aucune amélioration, et pour laquelle elle vient réclamer des soins.

Cette jeune fille, vigoureuse pour son âge et fort intelligente, se présente à nous avec les caractères suivants :

Hémiplégie des membres supérieur et inférieur, du côté droit, sans paralysie faciale : le bras, absolument inerte, pend le long du thorax ; la malade déclare qu'il est absolument *mort*. L'avant-bras est dans une demi-flexion permanente sur le bras, en outre, les *doigts contracturés*, sont fléchis dans la paume de la main, et cela si fortement, qu'en les soulevant un peu, on distingue leur empreinte, profondément marquée sur la face palmaire de la main.

Le *membre inférieur* droit est également paralysé, mais moins complétement, car la malade peut rester debout, à condition de prendre un point d'appui sur une canne ou un meuble. La marche est possible, mais elle est très-lente et la malade traine sa jambe droite, pour ainsi dire à la remorque. La paralysie n'a porté que sur la motilité ; la sensibilité paraît intacte au bras et à la jambe. De plus, les *membres paralysés présentent un raccourcissement considérable*, avec *atro-*

Digitized by Google

phie en épaisseur. Voici d'ailleurs les mensurations comparatives :

	CÔTÉ SAIN.	CÔTÉ PARALYSÉ.
Longueur : De l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe.	Membre inférieur gauche. 0,85 centimètres.	Membre inférieur droit. 0,83 centimètres.
Epaisseur : Circonférence passant par le milieu de la jambe.	Jambe gauche. 0,315 millimètres.	Jambe droite. 0,265 millimètres.
Longueur.....	Membre supérieur gauche. 0,515 millimètres.	Membre supérieur droit. 0,510 millimètres.
Épaisseur : Masses musculaires à la partie médiane du bras.	Bras gauche. 0,255 millimètres.	Bras droit. 0,240 millimètres.

Par suite du raccourcissement du membre inférieur droit, il résulte une véritable claudication, qui vient encore gêner la marche, déjà si difficile.

En dehors de cette hémiplégie, la jeune fille a une excellente santé ; beaucoup d'appétit ; rien au cœur ni aux poumons. Menstruation irrégulière. — Durant la première semaine de son séjour dans nos salles, la malade n'a pris que des bains sulfureux, mais dès les premiers jours de décembre, il fut décidé qu'on aurait recours à la faradisation. La malade fut en effet électrisée méthodiquement tous les deux jours. Ce traitement semblait lui être très-pénible : après chaque séance, elle se plaignait vivement d'une céphalalgie frontale extrêmement vive, qui durait plusieurs heures, elle était en outre couverte d'une sueur abondante, et pendant le reste de la journée devenait très-nerveuse et impressionnable. Malgré tout, la malade désirait vivement que l'électrisation fût continuée, car dès la troisième séance, elle ressentait une certaine chaleur avec une sorte d'excitation dans le membre supérieur, qui lui paraissait être devenu moins inerte. L'usage des bains sulfureux était continu ; plusieurs fois la malade s'y était trouvée mal, et assez fréquemment le matin, elle était sujette à des évanouissements. En présence de ces malaises répétés, M. Peter fit, le 16 décembre, cesser complétement la faradisation, qui était devenue d'ailleurs fort douloureuse.

18 *décembre*. — Depuis deux jours, la malade est plus souffrante, elle n'a plus d'appétit ; elle paraît très-triste ; elle répond lentement aux questions et a un certain embarras de la parole, quelques mots même sont complétement bredouillés. — Vers 6 heures du matin, la malade se dis-

Digitized by Google

posait à aller aux bains sulfureux, mais à peine debout, elle perd connaissance et est prise d'attaques convulsives violentes.

A 8 heures et demie, nous la trouvons dans l'état suivant : Face rouge, couverte de sueur abondante, ainsi que le reste du corps ; *la face est inclinée à gauche*, et toute la tête repose appuyée sur l'oreille et la joue gauches, en même temps, il y a une *déviation conjuguée des yeux à droite*. Ces signes ont persisté jusqu'à la mort, et si on venait à déplacer la face et à la faire regarder à droite, elle reprenait sa rotation à gauche quand on l'abandonnait à elle-même. En outre, le bras droit est le siége de secousses, de *convulsions cloniques* constantes ; l'avant-bras a gardé sa demi-flexion sur le bras et les doigts sont toujours contracturés en flexion; notons aussi qu'il y a un certain degré de contracture du bras gauche, dans la flexion, mais sans convulsion aucune. La face est normale, pas de secousses convulsives ; déjà, seulement, une très-petite quantité de salive mousseuse à la commissure labiale gauche. — Perte complète de connaissance, la malade pousse de temps à autre une sorte de grognement inarticulé, lorsqu'on lui adresse la parole. La sensibilité est complétement obtuse sur toutes les parties du corps. — Dyspnée excessive, râles trachéaux nombreux.

Les pupilles sont dilatées d'une façon égale des deux côtés, et complétement insensibles à la lumière. — *Temp. axill.*, 39,4. — *Pouls*, 135. — *Respiration*, 82. — Le cœur et les poumons ne présentent rien d'anormal. Pas de vomissements.

En présence de ces symptômes graves et subits, il y avait lieu de songer qu'il s'était formé brusquement un nouveau foyer hémorrhagique ou peut-être des poussées congestives autour du foyer primitif; de plus, il était possible, vu les attaques convulsives épileptiformes, que la lésion fût proche d'un ventricule, *peut-être même y avait-il* une véritable inondation de cette cavité. Enfin on pouvait encore songer à la possibilité d'une hémorrhagie méningée. M. Peter prescrivit une saignée de 400 grammes, un lavement purgatif et 2 grammes de bromure de potassium, sinapismes. Une heure après la saignée, l'état général ne s'était pas amendé : T. ax., 39°,8 ; P., 132. — Soir, 5 heures, je trouve la malade dans le même état que le matin, les secousses convulsives persistent et n'ont pas cessé dans la journée.

Les yeux sont excavés profondément. Sensibilité complétement abolie. En outre, on peut observer le phénomène suivant :

Toute la moitié droite du corps est très-refroidie ; sur la face il semble qu'une ligne partage exactement la région en

Digitized by Google

deux parties égales ; toute la moitié droite est refroidie ; une aile du nez, la moitié du menton, etc., etc., sont froids, l'autre moitié a conservé sa température normale. De même les membres supérieur et inférieur droit (côté paralysé) sont beaucoup plus froids :

Températures comparatives :

Avant-bras droit, 34°,2 ; —Avant-bras gauche. 36° ; *Tempér.* axil. 40°,7 ; — Pouls, 170° ; — Respir., 100°.

Mort dans la nuit à 2 heures du matin.

AUTOPSIE le 20 décembre (1). Rien de particulier dans les organes thoraciques ou abdominaux.

Cerveau. — *Méninges* absolument normales. En faisant la *coupe verticale post-mamillaire*, sur l'*hémisphère gauche*, nous trouvons un foyer hémorrhagique ancien, déjà cicatrisé. Ce foyer qui a plus de 0 m. 05 cent. de long., occupe la plus grande partie de la capsule externe, le 3e segment du noyau lenticulaire et se prolonge en avant, dans la capsule interne, jusqu'au niveau de la couronne rayonnante, bien au delà du noyau caudé.

Sa plus grande largeur, située en amont du noyau lenticulaire mesure 0,007 millim. Ce foyer est très-ancien, il a une teinte grisâtre prononcée, ses parois sont garnies par un tissu très-ténu, lâche, tout-à-fait analogue à une toile légère de tissu conjonctif. C'est un foyer cicatrisé, devenu celluleux. — A sa pointe antérieure seule, on retrouve quelques petites traînées jaunes ocreuses. — Tout autour le tissu cérébral est normal et ne présente aucune trace de poussée conjonctive. C'est la *seule* lésion que nous trouvions dans l'encéphale malgré les coupes les plus minutieuses. Rien dans les ventricules.

Cervelet, normal.

Bulbe. La pyramide antérieure gauche présente une teinte gris-sale qui tranche sur la coloration blanche de la pyramide droite. En outre, elle paraît un peu aplatie, déprimée transversalement.

Moelle épinière. Toute la région antérieure présente une coloration *jaunâtre* et une *dureté remarquable*, on dirait une *moelle de liége*. Les régions postérieures semblent normales. Rien à signaler dans les méninges spinales.

La moelle épinière conservée et durcie dans l'acide chromique très-dilué sera examinée ultérieurement au microscope.

RÉFLEXIONS. — L'histoire de cette malade nous semble être des plus intéressantes : Elle doit être examinée au point de

(1) Dessin dans l'album de la Société.

Digitized by Google

vue de l'accident primitif datant de 6 ans, et de l'ictus apoplectique récent qui a amené la mort.

A. — Il y a 6 ans cette jeune fille a été brusquement frappée d'hémiplégie droite, laquelle a persisté jusqu'à sa mort en s'accompagnant d'atrophie et de contracture des membres paralysés. L'autopsie nous donne la clef de ces phénomènes cliniques ; un foyer hémorrhagique s'est formé à son siège le plus habituel, aux dépens d'une artère lenticulo-striée, artère de l'hémorrhagie cérébrale de Charcot, de la capsule externe, et dans la partie la plus externe du noyau lenticulé. Fût-il resté localisé dans ces régions, l'hémiplégie était susceptible de s'amender, mais le foyer dépassant le noyau extra-ventriculaire, est venu envahir la capsule interne dans sa portion antérieure. Or, il est bien établi aujourd'hui, que les lésions de cette région amènent avec elles, une *hémiplégie motrice indélébile* suivie bientôt de *contracture* des membres paralysés. Ces faits décrits par Turck (de Vienne) 1852 ; par Cruveilhier, par M. Bouchard, et remis en lumière par M. Charcot, ont été attribués à une myélite consécutive qui envahirait surtout les cordons latéraux ; elle a été décrite sous le nom de *sclérose médullaire fasciculée descendante*, partie de l'encéphale, la lésion envahit la protubérance et la pyramide bullaire du même côté, pour passer de là dans le cordon latéral du côté opposé. Rappelons que chez notre malade la pyramide antérieure du même côté était grisâtre, et légèrement aplatie, ce qui est conforme aux données anatomiques précédentes.

L'autopsie a donc expliqué de tous points les phénomènes de l'hémiplégie indélébile observée chez notre malade. Quant à l'atrophie en longueur et en épaisseur des membres paralysés ce sont là des phénomènes d'*arrêt de développement*, lésions nerveuses, s'étant produites pendant la période de croissance de l'individu.

B. — Pour ce qui est des phénomènes ultimes, il faut avouer que l'autopsie ne nous fournit aucun éclaircissement, et la cause de ce nouvel ictus apoplectique nous semble des plus obscures. En effet, pas traces de lésions récentes : ni nouveau foyer, ni poussées congestives autour de l'ancien, rien dans les ventricules. En l'absence de toute explication anatomique, nous serions peut-être autorisés, à proposer l'explication suivante : On se rappelle combien était douloureuse l'électrisation pour la malade : chaque séance était suivie de céphalalgie intense et tenace, en outre, toute la journée la malade était dans un état de surexcitation nerveuse remarquable. Ne pourrait-on pas supposer qu'il y a eu une excitation profonde vers les centres nerveux, capable de provoquer les accidents ultimes ?

Digitized by Google

Nous n'avons trouvé dans les auteurs, aucune relation d'accidents graves produits par la faradisation, aussi nous ne proposons cette explication que sous toutes réserves, n'ignorant pas combien peu elle satisfait l'esprit.

45. Ostéomyélite aiguë traumatique ; par M. COTTIN, interne des hôpitaux.

B...., âgé de 46 ans, déclare avoir reçu, en travaillant, un choc violent sur la partie supérieure de la jambe gauche. D'abord soigné chez lui, il a été forcé au bout de 10 jours, de venir à l'hospice de Bicêtre, dans le service de M. Th. Anger. par suite de vives douleurs et d'un gonflement considérable au niveau de la région atteinte.

Voici ce qu'on a constaté le 1er novembre : Gonflement du genou, et épanchement dans cette articulation, qui cependant n'est pas très-douloureuse, ni lorsqu'on la presse, ni lorsqu'on lui imprime des mouvements. (Cet épanchement paraît, du reste, avoir précédé le traumatisme, car le malade affirme avoir déjà remarqué du gonflement et de la gêne de la jointure, longtemps auparavant). Mais au-dessous de la rotule et de chaque côté du tendon rotulien, on observe un soulèvement manifeste. A ce niveau, la pression est fort douloureuse, et de chaque côté de ce même tendon on découvre facilement une fluctuation des plus nettes. En même temps, il existe une fièvre intense, le pouls bat 100 pulsations, la température est de 39° le matin, de 39°6, le soir.

Le lendemain, 2 novembre, deux grandes incisions sont pratiquées de chaque côté du tendon rotulien, du pus mélangé de gros caillots noirâtres, déjà transformés par l'inflammation, s'en échappe. D'abord il se manifeste un léger soulagement. mais la fièvre persiste, et le malade maigrit.

8 *novembre*. Grand frisson après la visite du matin.

9 *nov*. On constate de la fluctuation dans le creux poplité. et une incision pratiquée immédiatement, laisse écouler une grande quantité d'un pus séreux, à odeur fétide. Deux drains sont placés dans cette incision, et viennent sortir par l'interne en contournant la face correspondante du genou.

13 *nov*. Depuis, aucune amélioration, ni dans l'état local, ni dans l'état général. La suppuration continue à être abondante; toute la jambe s'infiltre, et le gonflement inflammatoire gagne en bas l'articulation tibio-tarsienne, en haut, il remonte un peu au-dessus du genou. Un petit abcès se forme sur la partie supérieure de la face interne du tibia. Celui-ci est à nu au niveau de l'incision latérale externe, qui a été pratiquée au moment de l'entrée du malade à l'hôpital.

Digitized by Google

15 *nov.* Délire pendant la nuit, amaigrissement considérable, face terreuse. 39°,8.

16 *nov.* M. Anger propose au malade l'amputation de la cuisse.

17. *Amputation* circulaire au tiers supérieur. On applique sur le moignon un pansement ouaté.

Examen du membre amputé. — En ouvrant l'articulation du genou, on y trouve une faible quantité de pus. Sur les bords externes des deux condyles fémoraux, le cartilage d'encroûtement a disparu. Çà et là sur la face inférieure de ces mêmes condyles, on aperçoit des points où l'os est aussi à nu.

Une coupe pratiquée entre les deux condyles, montre le tissu spongieux, raréfié, rougeâtre, dans une petite étendue au-dessus de l'espace intercondylien. Plus haut le fémur est sain.

Du côté du tibia voici ce qu'on observe : Disparition presque complète de l'extrémité antérieure des fibro-cartilages semi-lunaires. L'intérieur est comme festonné au niveau de son bord externe. Le cartilage d'encroûtement de la cavité glénoïde externe, a disparu en avant et en arrière dans l'étendue de un centimètre environ. Celui de la cavité interne est échancré sur ses bords. A la partie moyenne, on y voit une ulcération circulaire, taillée comme à l'emporte-pièce, de 2 à 3 millimètres de diamètre, au fond de laquelle l'os est à nu.

Une coupe verticale pratiquée sur toute la longueur du tibia, nous offre des lésions encore plus intéressantes. Le tissu spongieux des deux extrémités est rougeâtre dans certains points, raréfié dans d'autres, çà et là infiltré de pus. Ailleurs, on y voit de petites cavités anfractueuses pleines de pus. Le canal médullaire est profondément altéré. La moëlle dans certains points a disparu, et est remplacée par de petits foyers purulents. Dans d'autres parties, elle est parsemée d'une innombrable quantité de petits points, çà et là rougeâtres, çà et là d'un jaune verdâtre. Enfin, disons en terminant que l'articulation tibio-tarsienne contenait aussi une légère quantité de pus.

Réflexions. — Nous avons donc eu affaire ici à une véritable ostéo-myélite aiguë suppurée, qui offre ceci de particulier, qu'elle s'est développée à la suite d'un traumatisme, chez un homme âgé. Il n'y a pas eu, ni *fracture* du tibia, ni même une simple *fêlure*. Une petite partie seulement du périoste à sa partie supéro-externe a été contuse, et a disparu ensuite par l'inflammation ; et à l'exception de ce point et d'un autre très-limité sur la face interne, ce périoste est resté à peu près sain dans le reste de son étendue. Enfin, elle présente encore ceci d'intéressant que ses symptômes ont été masqués au début, par ceux de ce vaste abcès sanguin, dont j'ai parlé au

Digitized by Google

commencement de cette observation, abcès qui a été la première manifestation qu'on ait observée tout d'abord. Ajoutons en terminant que le malade est actuellement en pleine voie de guérison.

46. Cancer de l'orbite. Opérations et récidives successives. Généralisation aux poumons, au foie et au péritoine ; par M. Deschamps, interne du service.

D. V., âgé de 40 ans, est admis à Bicêtre le 30 juin 1876, pour une tumeur cancéreuse de l'orbite du côté droit. Cette tumeur qui atteint le volume du poing est le siége d'hémorrhagies fréquentes. Le malade est très-affaibli. Il nie tout antécédent héréditaire, et fait remonter le début de l'affection au mois de janvier 1871. Quelque temps après une contusion violente de la région (coup de crosse de fusil), il aurait vu se développer dans l'angle interne de l'orbite droit, au niveau du sac lacrymal, une petite tumeur de coloration bleuâtre, insensible à la pression.

D'abord du volume d'une tête d'épingle, cette tumeur s'accrut peu à peu mais très-lentement, et ce n'est que dix-huit mois après (juin 1872), que le malade fut opéré à la Pitié par un chirurgien remplaçant M. Verneuil. La tumeur était alors grosse comme une noisette, et six semaines après l'opération il sortit paraissant complétement guéri et retourna à son travail.

Deux mois après cette première opération une nouvelle tumeur apparut non dans le point où siégeait la première mais un peu au-dessus entre la paupière et le sourcil, toujours du même côté. Cette fois, son évolution fut beaucoup plus rapide, elle recouvrit bientôt le globe oculaire et abolit ainsi la lésion de ce côté. En novembre 1873, il est opéré par M. Labbé à la Pitié. La tumeur était alors grosse comme un œuf et complétement indolore.

Cinq semaines après, récidive sur place ; le malade demanda sa sortie, et retourna à son travail. C'est alors qu'apparurent les troubles oculaires, qui le forcèrent à porter un bandeau afin de supprimer la vision du côté droit et d'éviter le contact de l'air. La tumeur augmentant toujours il alla voir un oculiste qui lui fit une incision ; depuis lors il éprouva des douleurs atroces, et la vision disparut complétement. Le 24 janvier 1876, il entre chez M. Richet et y reste jusqu'à la fin de juin. En effet, il est admis à Bicêtre.

Le malade est très-amaigri et épuisé. Sa tumeur est le siége d'hémorrhagies abondantes qui se renouvellent à chaque pansement et qui sont fort difficiles à arrêter. Elle descend sur

Digitized by Google

la joue droite et par son côté interne repose sur la fosse nasale droite empêchant l'air de passer de ce côté. Elle remonte au-dessus du rebord orbitaire supérieur qu'elle dépasse d'un travers de doigt et y forme un bourrelet sanglant. Son volume total dépasse celui du poing.

En présence de ces hémorrhagies répétées qui menaçaient d'emporter le malade, l'opération est décidée. La tumeur est circonscrite avec le serre nœud de Maisonneuve et au bout de trois jours elle se détache complétement. les parties molles de l'orbite sont enlevées en grande partie, ainsi que le globe oculaire devenu cancéreux ; la tumeur ne put être examinée au microscope à cause de son état de putrilage. A partir de l'opération l'état général s'améliora, l'appétit revint, le malade prit même un peu d'embonpoint et se crut guéri. Cependant à cette époque, on avait remarqué à droite des signes de pleurésie qui disparurent bientôt.

Au mois d'août, la plaie a bon aspect, elle est remplie de bourgeons charnus, elle se cicatrise sur les bords. On remarque cependant sur le plancher de l'orbite deux îlots cancéreux de coloration noirâtre, situés l'un dans l'angle interne, l'autre dans l'angle externe de l'orbite. On les détruit par deux applications successives de pâte de Canquoin (25 août) et de pâte arsénicale (15 septembre). Mais le 19 octobre, le malade qui allait et venait dans la maison se plaint de coliques, de digestions difficiles.

Il prend pendant quelques jours des gouttes amères de Baumé et de l'eau de Vichy, puis l'appétit vint à diminuer considérablement et il fut obligé de garder le lit. Les urines sont déjà très-colorées. Le 10 novembre ses urines prennent encore une coloration plus foncée, elles deviennent rouge-brun. L'acide nitrique y décèle une grande quantité de bile, les sels sont nombreux, l'albumine fait défaut. L'examen de l'urée fait dans le service de M. Bouchard, accuse 7 gr. 50 en 24 heures.

Du côté du foie, la matité est augmentée en tous sens mais sans déformation appréciable de la paroi abdominale. Le poumon est refoulé en haut, à gauche le foie empiète sur la région épigastrique, en bas il n'est séparé de la crête iliaque que par un petit espace; il est indolore à la pression.

12 *novembre*. La coloration de la peau change, elle devient terreuse, puis l'ictère apparaît d'abord aux conjonctives et se généralise les jours suivants au reste du corps.

29 *novembre*. Depuis deux jours la tumeur devient douloureuse à l'épigastre, le malade respire difficilement et une inspiration profonde lui fait éprouver de vives souffrances. L'auscultation ne révèle aucun bruit morbide. Examinées une

Digitized by Google

seconde fois les urines ne contiennent plus que 4 grammes d'urée en 24 heures.

1er *décembre*. La paroi abdominale est soulevée en bloc dans une grande étendue et présente une voussure manifeste au niveau du foie. A gauche, cette voussure s'étend jusque sur les parties latérales de la région, mais sans descendre autant à droite. La base du thorax est élargie et les espaces intercostaux sont très-saillants. Dans toute la région occupée par le foie, matité absolue. En haut, cette matité remonte jusqu'à la 3e côte droite. En bas, elle est limitée par une ligne qui s'étend de l'épine iliaque supérieure droite jusqu'au rebord costal gauche en rasant l'ombilic. — Palpation douloureuse surtout au niveau de l'ombilic.

A l'auscultation, râles sous-crépitants à gauche surtout à la base ; à droite respiration un peu rude. Crachats striés de sang. L'ictère se prononce de plus en plus et devient verdâtre. L'œdème envahit les malléoles, puis les membres inférieurs. L'anorexie est absolue, le malade ne prend plus que des bouillons et s'affaisse de plus en plus. — Il meurt dans le coma le 21 décembre 1876.

Autopsie. — *Cerveau*. Rien d'important à noter si ce n'est une transsudation hémorrhagique peu abondante à la face interne de la dure-mère du côté gauche. Cette hémorrhagie paraît de date récente. — Du côté des organes de la vision, on trouve à droite que le globe oculaire est dégénéré et en partie disparu.

Le nerf optique, parfaitement sain à son passage dans le trou optique, vient se perdre dans un bourgeon cancéreux occupant le centre de la cavité orbitaire ; ses fibres sont dissociées en ce point par des traînées noirâtres. A la partie antérieure de ce bourgeon cancéreux se voit un commencement de cicatrisation. Les os, et particulièrement la partie du sphénoïde en arrière de l'orbite, présentent des points de dégénérescence colloïde.

Poumon. A l'ouverture du thorax, on remarque, au niveau de la portion antérieure de la plèvre droite, à l'union des côtes et de leurs cartilages des dépôts de substance noirâtre de grosseur variable. Les plus petits ont le volume d'un pois, les plus gros atteignent celui d'un petite noix. La plèvre droite présente, en outre, sur les parties latérales des exsudats nombreux hémorrhagiques et une petite quantité de liquide.

Mais, à la surface des poumons, on trouve de petits îlots sous-pleuraux de matière noire. Ils sont disposés en damier et situés à la base et au point d'intersection des lobules. Peu nombreux sur le poumon dont la plèvre est intacte, ils sont beaucoup plus multiples à droite où ils forment des traînées

Digitized by Google

le long des scissures. Quelques-uns sont pédiculés et jouissent d'une certaine mobilité, les autres sont, au contraire, étalés à la surface du poumon.

www.tuhool.com.cn

Si l'on incise les poumons, on trouve, à gauche de la congestion pulmonaire et quelques noyaux mélaniques peu nombreux. Mais à droite on remarque une masse mélanique atteignant le volume d'un œuf et n'étant séparée de la plèvre que par une mince lame de poumon. Cette masse est homogène et les parties intermédiaires du poumon sont congestionnées. Dans ces parties qui semblent, au premier abord, indemnes de mélanose, on remarque un pointillé noirâtre dû à des infiltrations mélaniques très-ténues. Les ganglions thoraciques sont dégénérés et empreints de la matière mélanique. — Rien à noter du côté des cavités cardiaques. Pas de liquide dans le péricarde.

Foie. Poids 7 kilog. 500 gr. L'aspect est lisse, sans bosselures, la pression des côtes a déterminé une empreinte à convexité inférieure. Sous la capsule on voit en divers points des arborisations vasculaires, et en d'autres points des tractus blanchâtres qui sillonnent la face supérieure du foie. Dans la région qui correspond à l'épigastre on trouve quelques exsudats péritonéaux.

Le foie présente une coloration générale d'un noir verdâtre sur laquelle tranchent les noyaux cancéreux. Ceux-ci sont très-petits et d'une coloration jaunâtre. A la face inférieure de l'organe, ces dépôts cancéreux sont circonscrits par une aréole d'une teinte encore plus foncée que le reste de l'organe. La consistance du tissu hépatique est très-ferme. A la coupe le tissu crie sous le scalpel et ce mélange des points blancs et foncés donne au foie un aspect qu'on ne peut mieux comparer qu'à du granit. La *vésicule biliaire* est atrophiée et contient peu de bile. Les ganglions lombaires sont dégénérés. — La *rate* est petite et ne présente rien de particulier. — Les *reins* sont colorés en jaune brun et cette coloration est plus prononcée à la périphérie.

Enfin, dans le cul-de-sac péritonéal recto-vésical on remarque une traînée de mélanose formée par des dépôts affectant une même direction. Ces petits amas mélaniques, de la grosseur d'une lentille, sont isolés les uns des autres et paraissent s'être produits dans l'épaisseur même du péritoine.

47. Paralysie du bras gauche et du côté correspondant de la face. — Lésion cérébrale corticale ; par H. MARTIN, interne des hôpitaux.

B... P., âgé de 67 ans, est entré à l'hôpital Saint-Antoine le

Digitized by Google

10 décembre 1876 (service de M. Lancereaux). Ce malade, qui habite à Paris depuis plus de 30 ans, paraît y avoir toujours joui d'une santé relativement bonne et n'y a jamais fait de maladie sérieuse. Il est depuis longtemps marchand des quatre saisons, traînant constamment dans les rues sa petite voiture chargée de fruits. Depuis au moins sept à huit ans, il avait la respiration courte, toussant très-facilement les hivers, surtout quand le temps était humide. Déjà même l'année dernière, à pareille époque, il eut une bronchite très-intense qui, surajoutée à son emphysème, s'accompagna de plusieurs accès violents d'oppression et le força d'interrompre son travail pendant plusieurs jours.

Il y a cinq ou six mois environ, c'est-à-dire dans le courant de l'été dernier (le malade est peu précis dans les renseignements qu'il nous donne), il traînait en ville sa petite voiture chargée de pommes et fumait sa pipe, quand tout-à-coup cette dernière lui échappa de la bouche, et le malade se baissa instinctivement pour la ramasser avec sa main gauche; mais il lui fut impossible de mouvoir le bras correspondant qui demeura à peu près inerte sur les côtés du corps. Il n'avait éprouvé, à ce moment, aucun trouble intellectuel, aucune paralysie motrice dans les membres inférieurs, et il revint sans aucune difficulté, et à pied, chez lui, où il constata simplement une déviation très-prononcée de la bouche du côté droit avec la monoplégie du bras gauche; pas de trouble appréciable de la parole.

Au bout de quelques jours (un nombre qu'il ne peut absolument pas déterminer), il se produisit un mieux sensible et progressif dans l'état du membre paralysé et le malade continua sa profession qu'il a exercée jusque dans ces derniers temps, quoique notablement gêné par les suites de son accident.

État à l'entrée : Le malade vient à l'hôpital pour une bronchite emphysémateuse compliquée d'accès d'asthme tels qu'il a eu beaucoup de peine à se rendre à pieds jusqu'à la salle de consultation. Il est admis sans difficulté à cause de son oppression extrême, de sa pâleur, et sans qu'il songe à parler de son accident de l'été dernier; cependant on remarque, dès l'instant, une déviation très-sensible de la bouche du côté droit.

La poitrine est fortement voûtée des deux côtés, en avant, et très-sonore à la percussion. Derrière, il y a également de la sonorité, et un bruit respiratoire faible, sourd surtout à la base, mêlé de nombreux râles de bronchite. *Face* cyanosée. — *Foie* légèrement augmenté de volume et sensible à la percussion. Rien d'appréciable du côté du *cœur*. Le malade ne re-

Digitized by Google

pose pas la nuit depuis plusieurs jours et est dans un état d'abattement considérable.

www.tongtool.com.cn

La bouche est manifestement déviée à droite et la commissure labiale gauche paraît posséder moins de force que celle du côté droit. Le malade tient avec une certaine gêne sa pipe de ce côté, même actuellement et la porte habituellement du côté droit, il n'y a pas d'atrophie bien appréciable dans les muscles de la face du côté paralysé et la langue, qui paraît avoir le volume normal, est parfaitement mobile et sans déviation. La parole est assez nette, beaucoup plus gênée par la dyspnée que par la parésie faciale. L'intelligence paraît normale; cependant le malade dit avoir un peu perdu la mémoire depuis plusieurs mois.

Bras gauche. Depuis l'été dernier, les mouvements de l'épaule et de l'avant-bras ont peu à peu repris une grande partie de leur force et de leur étendue. Le malade porte très-bien, et contre une résistance assez considérable, sa main à la tête et exécute de même les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras. Mais quand on lui fait serrer une main entre les doigts, on constate de suite une faiblesse bien appréciable, surtout quand on compare avec la main du côté droit. Le malade se sert avec peine des trois premiers doigts de sa main ; il a au contraire une force sensiblement plus grande dans l'annulaire et l'auriculaire : la faiblesse siége donc principalement dans le domaine du nerf médian. Le malade éprouve en outre des picotements, des fourmillements fréquents dans les trois premiers doigts et même dans la face externe du quatrième; il a du reste parfaitement conscience de la faiblesse de sa main et s'en dit très-incommodé.

Disons pour abréger que pendant son séjour à l'hôpital, il a eu plusieurs violents accès d'asthme, surtout la nuit et a dû chaque fois s'asseoir rapidement sur son lit, ou même en sortir entièrement.

13 *décembre.* Il a passé la nuit sur une chaise, appuyé contre son lit. Au début de la visite, il est assez tranquille, mais tout à-coup il est pris d'un accès d'asthme terrible et une injection sous-cutanée de 0.04 centigr. de morphine n'amène qu'un soulagement peu sensible. A 2 heures, il perd entièrement connaissance. Le soir, il est insensible, râlant péniblement; une salive incolore, visqueuse, s'écoule par les commissures, surtout la *gauche* qui est entr'ouverte.

14. Le matin, à la visite, l'agonie n'est pas encore terminée et il meurt enfin à 11 heures du matin.

Autopsie faite 48 h. après la mort. *Poumon.* Ils sont le siége d'un emphysème considérable intra et périlobulaire. Il y a eu outre quelques tubercules aux deux sommets. Rien de sail-

Digitized by Google

lant dans les autres viscères. Le système artériel est considérablement affecté. De larges plaques d'athérome se trouvent sur l'aorte et les principales artères de l'économie ; le cœur enfin n'a pas d'altérations valvulaires, mais est notablement augmenté de volume.

Cerveau. Il est un peu œdématié et très-ramolli (la mort, avons-nous dit, remontait à 48 heures). Artères de la base un peu athéromateuses. Les méninges s'enlèvent sans aucune difficulté ; on ne constate alors rien de particulier au niveau de l'hémisphère gauche. Voici, au contraire, ce que l'on trouve sur l'hémisphère droit : La circonvolution pariétale ascendante dans le cinquième environ de sa portion inférieure est recouverte d'une pulpe jaunâtre et ramollie formée aux dépens de sa couche de substance grise : elle s'enlève au moindre contact. Les limites du territoire ramolli sont parfaitement accusées par un rebord net qui se voit, en bas au point où cette circonvolution forme la lèvre supérieure de la scissure de Sylvius, en avant au pli d'union avec la partie inférieure de la quatrième frontale, en arrière au pli d'union avec le lobule pariétal inférieur. Lorsque le cerveau est vu par sa face convexe, reposant sur un plan horizontal, on ne distingue pas autre chose ; mais lorsqu'on écarte les deux lèvres du sillon de Rolando, on s'aperçoit que la teinte jaune du ramollissement pénètre sans discontinuité dans l'intérieur de ce sillon qu'elle tapisse entièrement dans sa moitié inférieure, atteignant sur les deux faces du sillon les limites de la portion convexe superficielle des deux circonvolutions correspondantes (quatrième frontale et pariétale ascendante). Sur la face de ce sillon de Rolando, formée par la quatrième frontale, la zone ramollie s'étend en hauteur dans le sillon jusqu'au niveau du point où la partie supérieure de la deuxième frontale vient se jeter à peu près à angle droit dans la quatrième circonvolution du même nom.

A la Société, le président, M. Charcot, a fait des coupes perpendiculaires au niveau du ramollissement et on a pu constater que ce dernier s'étendait au dépens de la substance blanche sous corticale dans une étendue et profondeur d'environ *un* centimètre ; mais les noyaux du centre étaient *absolument* intacts.

M. Charcot. Il semble d'après des observations encore peu nombreuses que les lésions circonscrites des parties supérieures des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes donnent lieu à des paralysies des membres sans paralysie faciale; il semble aussi que les parties inférieures doivent être compromises pour qu'il existe une paralysie faciale. La mono-

Digitized by Google

plégie brachiale semble correspondre aux lésions de la partie moyenne de la frontale ascendante.

www.libool.com.cn

M. LANDOUZY. Dans la méningite tuberculeuse où les exsudats méningés et l'encéphalite se produisent de bas en haut, la paralysie porte presque toujours sur la face.

M. PITRES. Dans certains cas de lésions cérébrales corticales l'aphasie existe seule, mais dès qu'une paralysie circonscrite vient à s'associer à l'aphasie, c'est toujours une paralysie faciale.

48. Tumeur cystique crétacée du cordon spermatique ; par M. LEBEC, interne des hôpitaux.

La tumeur dont il s'agit avait été vue sur le malade vivant, et en raison de sa date ancienne, de sa dureté considérable, de l'absence complète de douleurs, de ses irrégularités, on avait porté le diagnostic d'enchondrome probable du cordon.

Un an plus tard, je trouvais par hasard, le cadavre dans une salle de dissection à Nantes, et je pus constater qu'il ne s'agissait pas d'un enchondrome du cordon spermatique, mais d'un kyste crétacé appendu à l'extrémité de l'appendice cœcal faisant hernie à travers l'anneau inguinal.

La tumeur est située à deux travers de doigt environ de l'anneau inguinal externe et fait corps avec le cordon spermatique. Son volume égale celui d'une noix. Elle est extrêmement dure et bosselée. Elle n'a contracté aucune adhérence avec la peau des bourses, elle est parfaitement mobile, avec le cordon auquel elle adhère fortement. Le cordon examiné avant l'incision de la peau, ne semble gros en aucun point.

En disséquant avec précautions, je puis me rendre compte de la nature et des rapports de la tumeur. Elle est enveloppée d'une poche fibreuse, très-adhérente à sa surface et dans toute son étendue. Cette poche va se rattacher en haut, par un pédicule, fort court à l'extrémité de l'appendice cœcal. Ce dernier, long de 6 centimètres environ, est descendu en franchissant les anneaux. Son calibre, est encore perméable et nullement augmenté.

Le péritoine, qui passait à la superficie du cœcum, n'est nullement en cause. Le cœcum est un peu tiraillé, par suite de cette projection forcée vers l'anneau inguinal. Les éléments du cordon sont dissociés. Le canal déférent est en dedans et les vaisseaux artères et veines en dehors. La tumeur semble être placée au milieu ; et adhère plus fortement au canal déférent qu'aux vaisseaux.

Digitized by Google

Le testicule et le canal déférent sont sains. En ouvrant la tumeur, on constate qu'elle est creuse. Ses parois crétacées, ont une épaisseur de deux millimètres en moyenne. Dans la cavité, on trouve une petite quantité de cholestérine, sous forme de pâte molle, et dont les paillettes sont facilement reconnaissables au microscope.

Le point intéressant de la question est la nature de la tumeur et son origine. Est-ce un ancien sac herniaire, qui se serait incrusté et n'aurait contenu que l'appendice cœcal ? Est-ce un kyste crétacé formé aux dépens d'un lobule de graisse, appendu à l'appendice cœcal ? S'est-il formé dans les parois de l'appendice, auquel il adhère fortement, sans communiquer avec sa cavité ? Ces questions, nous ne pouvons les résoudre. Toutefois ce cas est un nouvel exemple des difficultés que l'on peut rencontrer dans le diagnostic des tumeurs du cordon. — La pièce a été déposée au musée Dupuytren.

49. Epithélioma myxoïde de l'ovaire. Ponction; Epistaxis utérines chez une femme ayant dépassé depuis quinze ans la ménopause; par M. Mossé, interne provisoire.

L...Q., 67 ans, blanchisseuse, est entrée le 21 septembre 1876 à l'hôpital de Lourcine (service de M. Ball). Ménopause à l'âge de 52 ans : depuis ce moment, il n'y a jamais eu de perte de sang, le silence de l'utérus est demeuré absolu : Il y a cinq ans, début sensible d'une tumeur dans l'abdomen, développement lent et progressif durant les trois premières années, augmentation plus rapide pendant les deux autres. Sauf une médication à peu près nulle prescrite par un charlatan, la malade n'a été soumise à aucun traitement avant son entrée à l'hôpital (11 juillet 1876). A cette époque on a constaté tous les signes d'un kyste de l'ovaire avec épanchement liquide assez considérable. Le corps et le col de l'utérus ainsi que les culs-de-sac n'offraient rien d'anormal :

Ponction du kyste le 14 juillet ; donne issue à six litres d'un liquide légèrement rosé; tout se passe normalement les jours suivants et la malade quitte l'hôpital le 26 juillet sans avoir offert le moindre accident. Huit jours après, elle revient à la consultation, dans cet intervalle elle avait perdu une petite quantité de sang rosé, les seins étaient devenus douloureux, surtout à la pression, mais sans augmentation de volume : cet état semblable à celui qui accompagne la période menstruelle se prolongea pendant trois ou quatre jours. Deux mois et demi après, le kyste s'étant rempli sans autres incidents, la malade rentre de nouveau à l'hôpital (21 septembre 1876).

Digitized by Google

27 *septembre*. Deuxième ponction (9 litres) suivie uniquement de douleurs abdominales pendant huit jours, mais pas de perte de sang.

Le liquide s'étant reproduit de nouveau avec une assez grande rapidité, troisième ponction (premiers jours de novembre): six litres d'un liquide épais onctueux de couleur brun foncé, et contenant, vers la fin de l'opération, une quantité notable de flocons blanchâtres. A cette époque la malade présentait l'état suivant: Ventre très-distendu, volumineux, fluctuant dans toute son étendue, excepté dans la fosse iliaque gauche, et la région avoisinante, où la palpation permet de sentir une masse volumineuse, irrégulièrement bossuée, dure mais de consistance inégale, et faisant corps avec le reste du kyste, à la partie inférieure et externe duquel elle est située: Dans toute cette zone la percussion donne une matité plus complète que dans les parties voisines. L'ensemble des signes physiques et cliniques conduisent à penser qu'il s'agit là d'un kyste composé et probablement d'un cysto-sarcome.

Pendant le mois de novembre, la distension de l'abdomen par cette tumeur étant devenue assez considérable pour amener une gêne mécanique notable de la respiration, MM. Ball et Périer, se décident à faire une nouvelle ponction suivie de l'injection iodée.

4 *décembre*. Ponction évacuatrice; le liquide qui sort est de même nature que celui obtenu par la ponction précédente, visqueux, épais, brun foncé, amenant vers la fin des flocons blanchâtres: après la ponction, lavage du kyste à grande eau, avec le siphon de M. Potain (l'eau étant maintenue autant que possible pendant toute la durée de l'opération à la température normale entre 36° et 37°) après le lavage, injection iodée. Le soir, l'état de la malade est bon; elle accuse un certain soulagement:

5 *décembre*. La nuit a été moins bonne: légère fièvre. Le soir, accès d'oppression. 1 pilule d'opium, potion cordiale.

6. Pendant la nuit précédente il est survenu un léger écoulement sanguin qui se continue dans la journée; le sang est rose, peu abondant, et la malade prétend « qu'elle redevient grande fille. »

7. Le suintement sanguin continue encore pendant une partie de la journée, en offrant les mêmes caractères que la veille, et selon l'expression même de la malade, « c'est comme pour une femme qui finit d'avoir ses règles. »

L'état général devient grave; pouls rapide, petit: pas de frissons, pas de vomissements, la température prise plusieurs fois se tient au niveau de 38.3 (38.5 dans le rectum), le 5 décembre, le jour qui a suivi l'opération, elle était un peu plus

Digitized by Google

élevée. — Ballonnement : Douleur dans l'hypogastre. — Cataplasme : Potion cordiale, 1 pilule d'extr. thébaïque 0.01.

8 *décembre.* Le kyste se remplit de nouveau. Le ballonnement augmente au point de gêner la respiration. Tympanisme de la partie supérieure de l'abdomen : ponction de l'intestin par la paroi abdominale, issue d'une quantité de gaz, suivie d'une petite quantité de liquide.

9 *décembre.* Même état : Affaiblissement croissant.

10 *décembre.* Nouvelle ponction : après les gaz, il s'écoule une quantité de liquide, liquide contenu probablement dans la cavité péritonéale ; cette 2e ponction de l'intestin a été faite au moyen de l'aspirateur Dieulafoy.

11 *décembre.* L'état général reste sensiblement le même : Pouls petit, rapide, filiforme. Facies terreux grippé : les ponctions de l'intestin n'ont amené qu'un soulagement passager, le météorisme se reproduisant très-vite.

12 *décembre.* La malade ne prend presque plus rien : l'œdème limité aux membres inférieurs se généralise : Prostration croissante.

13 *décembre.* Le matin à la visite, les extrémités sont déjà presque froides : l'annulaire et l'auriculaire de la main droite sont pâles et entièrement exsangues.—Mort à 4 heures du soir.

Autopsie, le 15 décembre 1876. — Les parois abdominales incisées sur la ligne médiane sont adhérentes au kyste sur une grande étendue : les adhérences péritonéales sont le plus marquées vers le milieu de l'abdomen.

Kyste très-volumineux, occupant presque toute la cavité abdominale jusqu'à la région épigastrique, refoulant en arrière et au-dessus de lui le grand épiploon. Traces de péritonite adhésive en plusieurs points et notamment autour de la vésicule biliaire. Liquide brun, louche en petite quantité dans la cavité péritonéale.

L'ovaire droit est sain : le kyste développé aux dépens de l'ovaire gauche est constitué de deux parties, une masse solide irrégulière bosselée, et une vaste poche fluctuante ; celle-ci, ponctionnée, donne issue à une quantité de liquide qui peut être facilement évaluée à 14 ou 15 litres ; d'abord filant, visqueux, d'une couleur brun foncé, et analogue à celui qui avait été obtenu pendant la vie, puis devenant brun sale mêlé de flocons blanchâtres ; purulent, enfin, en dernier lieu, la poche ouverte, laisse apercevoir un pus épais et bien lié.

Les parois du kyste sont tomenteuses, irrégulières, couvertes d'une sorte de fausse membrane qui se détache partiellement par le lavage.

La masse solide, située à la partie inférieure et externe de la poche, offre une consistance inégale ; elle est constituée par

Digitized by Google

une réunion de petites masses arrondies, offrant parfois à leur centre comme une fausse fluctuation et faisant saillie à la surface de la tumeur. La coupe est rouge, granuleuse, offrant assez nettement à l'œil nu la disposition macroscopique du sarcome, mais le centre est occupé par un mucus blanchâtre, gluant et très-épais :

(L'examen de cette tumeur fait par M de Sinéty au laboratoire du Collége de France, lui a fait reconnaître que ces petites tumeurs contenaient des cellules caliciformes, et que la tumeur appartient à la variété de kystes décrite par M. Malassez sous le nom d'épithélioma myxoïde.)

L'utérus et ses annexes du côté droit n'offrent rien de particulier à signaler.

Le foie présente la déformation habituellement due au corset, mais très-exagérée. — Rate, rien à noter : Reins légèrement pâles, substance corticale diminuée d'épaisseur. — Les organes thoraciques à part de nombreuses adhérences pleurales au sommet, ne présentent aucune particularité.

Réflexions. — Indépendamment de l'intérêt que peut offrir, dans l'observation précédente, la marche des phénomènes cliniques ainsi que la détermination histologique de la tumeur étudiée par M. de Sinéty, un point particulier nous a paru mériter de fixer l'attention : c'est la perte de sang qui, à deux reprises, a suivi le traumatisme chirurgical.

Dans les conclusions d'un travail publié par le *Progrès médical* (1874) sur les : « *Troubles de la menstruation après les lésions chirurgicales ou traumatiques* », M. Terrillon s'exprime ainsi : « Plusieurs de mes observations ont porté sur des femmes qui avaient dépassé la ménopause ; je n'ai pu constater chez elles aucun retour des règles. Le fait cependant pourrait se rencontrer surtout après les opérations pratiquées sur les organes génitaux. La *seule condition essentielle* serait que la ménopause ne fût *pas trop éloignée*, sans cela l'utérus atrophié ne pourrait de nouveau être le siége d'une congestion active suffisante. Ce fait pourra être recherché et présenter quelque intérêt, etc. »

Ce sont ces conclusions qui nous ont engagé à produire le fait précédent :

En effet, ici, bien que la ménopause fût éloignée de quinze ans, l'utérus a pu être le siége d'une congestion assez active pour se terminer par une hémorrhagie consécutive : hémorrhagie légère, sans doute, mais qui s'est reproduite deux fois avec des caractères offrant entre eux une certaine analogie : La malade, il est vrai, a été soumise quatre fois au traumatisme chirurgical, et il n'y a eu que deux épistaxis utérines consécutives. L'explication de ce fait devient facile si on re-

Digitized by Google

marque qu'elles ont eu lieu, l'une, après la première ponction, c'est-à-dire quand le retentissement local et général devait être plus considérable, l'organisme étant surpris pour ainsi dire par cette première atteinte ; l'autre, à la suite d'une opération un peu plus compliquée que la simple ponction (ponction, lavage du kyste, injection iodée).

Signalons encore la tension douloureuse des seins qui accompagnait la première perte de sang (peut-être n'est-ce là qu'une simple coïncidence).

Il paraît donc résulter de cette observation que même chez des femmes âgées ayant dépassé depuis longtemps la ménopause, les opérations chirurgicales pratiquées sur l'ovaire (première zone de M. Terrillon,) peuvent amener une congestion des organes génitaux suffisante pour se terminer par une hémorrhagie critique ; mais ce travail paraît se faire avec beaucoup plus de lenteur que chez la femme dans la période active de la vie sexuelle, puisque dans le premier cas le sang n'a paru au dehors que quinze jours environ après l'opération ; dans le deuxième, quatre jours ont été nécessaires pour voir apparaître l'épistaxis utérine.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Séance du 29 décembre 1876.

PRÉSIDENCE DE M. CHARCOT.

50. Localisation cérébrale.

M. CHARCOT rend compte de l'examen qui a été fait dans son laboratoire d'une pièce remise dans la dernière scéance par M. DUSAUSSAY. Il s'agissait de déterminer la topographie exacte d'une lésion cérébrale. La pièce ne comprenait qu'une portion de l'hémisphère cérébral ce qui rendait l'appréciation difficile. Les points de repère fournis par le sillon occipital transverse d'une part et le lobule paracentral, c'est-à-dire la partie supérieure de la scissure de Rolando, permettent toutefois de retrouver la topographie de l'écorce. L'abcès siégeait dans le lobe pariétal, mais il est impossible de dire dans quelle étendue les circonvolutions frontales et pariétales ascendantes étaient intéressées, la pièce étant incomplète (1).

51. Localisation cérébrale ; par M. PITRES.

M. MARCHANT a présenté dans la dernière séance une tumeur cérébrale qui avait donné lieu pendant la vie à de la monoplégie brachiale avec paralysie faciale, et qu'à l'autopsie on reconnut avoir son siége à la partie moyenne de la circonvolution frontale ascendante. Il importait de savoir si la partie inférieure de la circonvolution n'était pas intéressée, quelques faits semblant indiquer que cette région comprend le centre moteur du bras et surtout de la face.

Une coupe fit voir que la tumeur pénétrait à une certaine profondeur dans le centre ovale et qu'une zone de ramollissement s'étendait jusqu'au voisinage de la scissure de Sylvius. Cette lésion secondaire avait probablement la plus grande

(1) Des dessins représentant la disposition du foyer sont déposés dans l'album de la Société.

Digitized by Google

part dans la production de l'hémiplégie faciale, en détruisant le tractus des filets moteurs qui aboutissent à la partie inférieure des circonvolutions médianes. Dans l'une des trois observations de Jackson qui ont trait à des monoplégies brachiales, l'autopsie fit découvrir une tumeur affleurant le centre ovale au niveau des fibres qui se rendent aux portions de l'écorce qui paraissent en rapport avec les mouvements de la face et du bras.

M. PITRES présente ensuite des pièces provenant d'une ataxique qui avait été atteinte d'une atrophie des membres supérieurs.

52. Démonstration pour l'application du trépan dans les cas de lésions atteignant les centres moteurs de l'écorce cérébrale; par le dr Just LUCAS-CHAMPIONNIÈRE.

J'ai l'honneur de présenter à la Société deux pièces anatomiques qui me permettront de lui montrer comment j'entends faire sur le crâne, la recherche des centres moteurs corticaux, recherche sur laquelle j'ai déjà eu l'occasion d'attirer son attention. Je néglige les observations pathologiques pour me restreindre dans la question anatomique.

Nous sommes encore loin, sans doute, de connaître avec précision tout ce qui concerne les centres moteurs, mais, si nous n'avons pas complété la notion de localisation précise, nous connaissons nettement la région qu'ils occupent, et l'on verra que cette région est facile à délimiter. Que l'on considère par exemple, les planches des mémoires de MM. Carville et Duret sur les centres moteurs et l'on verra, si on néglige le centre du pli courbe, que les régions des centres occupe un espace trapézoïdal fort restreint. Si on considère, en même temps, l'excellente figure des mémoires de Turner sur la topographie cérébrale, on verra sans peine que cette région motrice est couverte tout entière par la moitié antérieure du pariétal, les *deux portions du pariétal antérieur*, comme il dit.

On connaît déjà les limites extrêmes de la région dans laquelle peut manœuvrer une couronne de trépan à la recherche de ces points moteurs. Mais, quels sont les moyens de retrouver cette région et ses limites?

L'examen de ces mêmes figures fera connaître aisément que, dans cette région, les centres sont en quelque sorte groupés autour du sillon de Rolando, de façon que, si on arrivait à reconnaître sur la tête d'un individu les points correspondant au sillon de Rolando on aurait le moyen de toujours arriver au milieu de ces centres. Or, ces moyens existent parce que les anthropologistes ont étudié le crâne dans

Digitized by Google

ses rapports avec le cerveau et nous les leur emprunterons.

Ces notions seront utilisées d'autant plus facilement que la crâniométrie s'étudie avec des données aussi précises que possible, que cette topographie cérébrale est faite avec de nombreux chiffres, des moyennes excellentes, tandis que la chirurgie n'a besoin que de données relativement grossières qui lui indiquent non pas un point mais un espace assez large déjà. Cette notion donnée, le chirurgien peut marcher hardiment et sûrement.

Aussi la recherche expérimentale se bornera simplement à ceci : déterminer sur la tête rasée l'extrémité supérieure ou interne du sillon de Rolando ; déterminer l'extrémité inférieure ou externe de cette même scissure. Entre ces deux points, on tirera une ligne droite que l'on peut dessiner avec un crayon dermographique et on aura ainsi ce que j'appelle *la ligne rolandique*. Ce n'est pas à proprement parler le dessin du sillon de Rolando, car celui-ci ne peut être représenté par une ligne droite. Mais, cette ligne est telle, que si on met à cheval sur elle une couronne de trépan, elle tombe toujours à cheval sur le sillon de Rolando.

Il suffit dès lors de considérer une figure du cerveau où serait représentée la région qui entoure le sillon de Rolando, pour concevoir comment on profiterait des localisations cérébrales pour appliquer le trépan.

Que l'on admette une lésion du lobule paracentral on trépanerait sur la ligne et tout en haut, en dehors du champ du sinus. S'il y avait une paralysie du membre inférieur, on trépanerait en haut et en arrière, sommet des circonvolutions frontale et pariétale ascendante. Lésion du membre supérieur : partie moyenne de la ligne ; du membre supérieur et de la face, plus bas et plus en avant ; du membre supérieur et aphasie, tout en bas et en avant.

Il ne faut pas oublier que dans ces lésions des centres, il n'y a pas seulement altération d'un point ou d'une ligne, mais atteinte d'une certaine surface, et aussi les troubles fonctionnels se traduisent-ils par un certain groupement de symptômes, que l'on peut signaler dans toutes les observations connues. M. Charcot a récemment, à la Société, très-bien caractérisé ce groupement symptomatique. Pour ma part, je vous citerai à l'appui toutes les observations de traumatisme comme celles de M. Broca, de M. Marveaud ; la mienne, dans laquelle la localisation était plus étroite que dans aucune autre. Dans l'observation de M. Proust, il y avait déjà une diffusion assez étendue des accidents.

Il résulte de ceci une facilité plus grande encore pour le trépan, car, en cas d'embarras, en cas de diffusion des symptô-

Digitized by Google

mes, le plus simple est pour le chirurgien de frapper au milieu de la région, sauf à ajouter une couronne en haut, en bas, ou en avant, suivant la localisation.

Cette dernière observation sera alors d'autant plus juste, que l'on considérera les pièces que je soumets à la Société, où j'ai tracé non-seulement la ligne rolandique, mais l'espace des centres moteurs, ou mieux, l'espace où peut jouer le trépan. La ligne médiane du crâne est interdite sur une étendue de 15 millimètres de chaque côté à cause du sinus ; les limites antérieure, inférieure et postérieure sont sur la moitié antérieure du pariétal. Tout l'espace sur ce crâne n'a pas plus de 3 centimètres 1/2 de haut sur 5 centimètres de large.

On peut enlever une surface considérable de cette région et faire encore une bonne opération.

Sur une autre pièce l'expérience a été faite, j'ai placé trois couronnes de trépan sur la ligne Rolandique dressée comme je vais le dire, et trois fiches introduites au centre des couronnes étaient toutes trois dans la scissure de Rolando, en haut, en bas et au milieu.

Quant au moyen à employer pour trouver cette ligne, il est facile, à la portée de tous.

Le point supérieur est le plus difficile à trouver ; pour y arriver on doit chercher le *bregma*. Le bregma est situé au sommet de la tête sur le plan vertical passant par les conduits auditifs lorsque la tête est dans la situation du regard horizontal.

On peut placer un ruban métrique à cheval sur la tête et les oreilles, dans cette situation, et on saura grossièrement où se trouve le bragma.

J'ai échancré une feuille de carton que je place à cheval sur la tête. Je la traverse par un crayon perpendiculaire auquel je donne la direction du regard horizontal, et au sommet sous le carton se trouve le bregma. Enfin, l'équerre flexible de M. Broca donne ce point très-exactement. L'expérience m'a appris qu'il fallait prendre le bregma derrière et non devant la branche de l'équerre.

Derrière le bregma obtenu, le sillon de Rolando commence à 53 millimètres. On prendra 55 avec avantage. Entre 50 et 55, le point est toujours meilleur qu'avec des chiffres plus bas. Quant au point inférieur, suivant le procédé indiqué par M. Broca pour la trépanation dans la région du langage, on tire une ligne horizontale de 7 centimètres; à son extrémité on élève une perpendiculaire de 3 centimètres et on trouve à l'extrémité de celle-ci le second point, ou point inférieur de de la ligne Rolandique.

Digitized by Google

On sait que pour le langage, M. Broca n'a pris que 5 centimètres d'horizontale et 2 de perpendiculaire.

Toutes ces mesures peuvent être grossièrement prises avec un ruban métrique de couturière et on arrive toujours au succès, même avec des erreurs considérables dans les points de repère, comme je l'ai vu par de nombreuses expériences.

Si on arrivait à connaître exactement les fonctions du pli courbe, rien ne serait plus facile que de l'atteindre à cause de ses rapports presque constants avec le lambda.

J'ai la conviction qu'à l'aide de ces notions très-simples, l'opération du trépan pourra faire d'immenses progrès et recevoir des applications qu'on n'eût encore jamais osé faire, surtout si on emploie des pansements antiseptiques.

En présentant ces observations, je tiens à faire remarquer qu'au point de vue scientifique, j'ai tout emprunté, mes moyens aux travaux des savants médecins et anthropologistes qui ont si laborieusement étudié les localisations cérébrales et la crânéométrie. Je ne présente donc pas ces travaux comme une découverte mais comme une application et comme un hommage à la science, rendu par la chirurgie active.

Chez la femme, les mesures différeraient en moins, entre 45 et 50 millimètres derrière le bregma, et 60 à 65 millimètres derrière l'apophyse orbitaire externe. Tous ces chiffres sont un peu plus forts que ceux donnés par les anthropologistes, mais l'expérience apprend que pour la trépanation, l'erreur se fait plus sentir en avant qu'en arrière ; il vaut mieux d'avance exagérer en arrière.

53. Amblyopie sympathique tardive, énucléation du moignon ossifié d'un œil perdu depuis 25 ans. Guérison ; par MM. le dr Ch. Abadie et L. de Beurmann, interne des hôpitaux.

M. X..., âgé de 65 ans, fut atteint, il y a 25 ans, d'un grain de plomb de chasse qui lui creva l'œil droit. A la suite de cet accident survinrent des phénomènes d'irido-choroïdite aiguë qui entraînèrent en peu de jours la perte complète de la vision de ce côté. Depuis cette époque, cet œil était resté complétement indolent et n'avait causé aucune gêne au malade lorsque, il y a 4 mois, en septembre 1876, M. X... s'aperçut d'une diminution assez sensible de la vision de l'œil gauche ; cependant il n'y avait ni douleur, ni injection conjonctivale, ni aucun symptôme inflammatoire capable d'expliquer l'apparition de ce trouble visuel. Au bout de quelque temps la vision devint tellement mauvaise que le malade se décida à aller consulter M. Abadie.

Examiné à ce moment, l'œil gauche ne présentait rien

Digitized by Google

d'anormal, les milieux étaient parfaitement transparents et sauf un très-léger staphylôme postérieur, en rapport avec un faible degré de myopie égal à 1/24, les membranes profondes étaient dans un état d'intégrité absolue. Rien ne justifiait donc, au point de vue local, le trouble visuel considérable survenu de ce côté. Comme la santé générale était également parfaite, qu'il n'existait aucune espèce de trouble cérébral permettant de supposer l'existence d'une amaurose d'origine intra-crânienne, le Dr Abadie dirigea immédiatement son attention vers l'œil droit perdu depuis longtemps et soupçonna une influence sympathique exercée par le moignon qui était encore en place.

Le globe oculaire de ce côté était notablement déformé et avait subi une diminution de volume assez marquée ; il restait encore en avant quelques débris de tissu cornéen, mais les deux tiers de la cornée au moins étaient détruits et transformés en un tissu cicatriciel fibreux dont la structure était tout-à-fait semblable en apparence à celle de la sclérotique, de sorte qu'il était difficile de retrouver la ligne de démarcation entre ces deux membranes. Il n'y avait pas de douleurs spontanées mais, quand on pressait avec le doigt sur le double moignon, le malade rejetait la tête en arrière et accusait une assez vive sensibilité. En faisant cette exploration, on constatait de plus que le globe atrophié, loin de présenter la mollesse particulière qui caractérise les yeux perdus à la suite d'irido-choroïdite suivie de décollement rétinien était au contraire extrêmement résistant.

M. Abadie, ayant eu l'occasion d'observer plusieurs cas semblables, diagnostiqua une amblyopie sympathique provoquée par le développement d'une coque osseuse dans l'œil perdu depuis longtemps et proposa l'énucléation de ce dernier.

Le malade, redoutant cette opération, voulut attendre encore, mais au bout d'un mois environ, voyant que la vision de l'œil gauche continuait à baisser, il se résigna à s'y soumettre. — Quand l'anesthésie par le chloroforme eut été obtenue, le moignon fut disséqué de la conjonctive, les insertions des muscles extrinsèques furent successivement détachées et l'opération ne présenta dans son exécution rien de particulier, si ce n'est que la section du nerf optique avec les ciseaux fut rendue un peu difficile par une résistance inattendue qui obligea le chirurgien à reporter l'instrument plus en arrière.

Le pansement consista en une rondelle de toile sèche recouverte d'un tampon de ouate et d'une bande de flanelle médiocrement serrée. Les suites furent des plus simples. L'inflammation fut presque nulle et aucun accident ne sur-

Digitized by Google

vint. Au bout de 8 jours le malade pouvait sortir de chez lui et, après 3 semaines, il commençait à porter un œil artificiel. Quant à l'œil gauche, son état s'améliorait rapidement.

Examen de l'œil énucléé. — Le globe est réduit au tiers environ de son volume normal, sa forme est oblongue, sa longueur maximum d'avant en arrière est de 21 millimètres, sa largeur de 18 millimètres. Il est irrégulièrement bosselé ; toutes ses parties, sauf le point du segment antérieur où il existe encore un peu de tissu cornéen transparent, ont une dureté pierreuse. En arrière, on retrouve une partie du nerf optique sous forme d'un petit prolongement de 2 millimètres de longueur présentant la même consistance que le globe et faisant corps avec lui. C'est la résistance de cette partie du tronc nerveux qui a empêché de faire la section comme d'habitude au ras de la sclérotique.

Sur une coupe antéro-postérieure, on voit que toute la cavité oculaire est occupée par une masse pierreuse grisâtre. A la partie inférieure, le cristallin, qui a conservé sa forme mais est notablement diminué de volume, se distingue par sa couleur blanchâtre crayeuse.

L'examen histologique, pratiqué par M. André, montre que la rétine a complétement disparu; la choroïde est atrophiée, quelques cellules pigmentées indiquent seules la place qu'elle occupait; la sclérotique est normale. — Le cristallin renferme des sels calcaires, principalement du carbonate de chaux. Une coupe fine, faite dans la masse dure qui occupe la place du corps vitré, permet de constater qu'elle est constituée par une substance fibrillaire dans laquelle on trouve des ostéoplastes parfaitement reconnaissables. Ces ostéoplastes sont plus larges qu'à l'état normal et leurs prolongements, très-accentués après imbibition dans la glycérine, communiquent entre eux. Ces communications de prolongement à prolongement sont surtout visibles dans les points où les ostéoplastes sont nombreux, c'est-à-dire au voisinage de la face interne de la sclérotique. Quelques-uns de ces corpuscules osseux renferment une cellule qui, après coloration avec le dalhia d'aniline, devient très-visible ; mais, dans aucun point, on ne trouve de granulations pigmentaires libres ou de cellules pigmentées ressemblant à celles de la choroïde. En détachant la masse ossifiée tout entière, on trouve entre elle et la sclérotique une lame légèrement noirâtre, isolable, formée par un tissu conjonctif lâche renfermant quelques cellules pigmentaires dont les noyaux se colorent avec le picro-carminate faible.

Il est donc, en résumé, très-probable qu'il y a eu, dans ce cas, ossification primitive du corps vitré, avec atrophie secondaire de la rétine et de la choroïde. Si l'ossification avait

Digitized by Google

débuté par la choroïde, on aurait trouvé dans les parties ossifiées des traces de pigment insoluble et même des cellules choroïdiennes dans les points en voie d'ossification, ainsi que M. André a eu occasion de le voir sur un œil énucléé dans des circonstances tout-à-fait semblables. Peut-être faut-il attribuer à cette marche du processus le début si tardif des accidents sympathiques; les nerfs ciliaires, ne se trouvant pas englobés par l'ossification comme dans les cas où elle débute par la choroïde, n'ont souffert que très-tard et tant qu'ils n'ont pas été irrités, l'œil du côté opposé est resté intact.

www.biblio-curieux.com

54. Néphrite caséeuse, chez un homme atteint de phthisie pulmonaire; par P. J. Baronoff, externe des hôpitaux.

B... âgé de 25 ans, entre à Lariboisière, salle Saint-Jérôme (service de M. Jaccoud), le 18 novembre 1876.

Ce jeune homme est atteint d'une tuberculose pulmonaire assez avancée; il n'avait jamais fait d'autres maladies dans sa jeunesse, mais il avoue quelques antécédents alcooliques; jusqu'à l'âge de 24 ans, il a été robuste et d'une apparence de parfaite santé; il y a un an que le malade souffre de la poitrine, et la maladie a pris une marche aiguë depuis huit jours.

A son entrée dans le service, il a eu des hémoptysies fréquentes et une expectoration purulente, deux jours après un mouvement fébrile appréciable, sa température vespérale montait jusqu'à 39°, 5, avec une légère rémission du matin. L'auscultation révèle des signes de ramollissement au sommet gauche.

21 *novembre*. Il va plus mal, crachats de sang avec expectoration très-abondante; son urine contient beaucoup d'albumine, 9 à 10 grammes par litre.

23 *novembre*. On le traite par des révulsifs cutanés, des larges vésicatoires sur la poitrine en arrière et par un régime acté.

4 *décembre*. On constate l'apparition d'un emphysème sous-cutané, avec élévation globuleuse du thorax caractéristique, limitée sur le devant de la poitrine, surtout à la région sous-claviculaire droite; il crépite sous les doigts, absence du murmure respiratoire; à la percussion, on entendait un son clair et éclatant.

15 *décembre*. Le malade a une dyspnée intense.

18 *décembre*. La diminution de l'emphysème est manifeste, on augmente la quantité de lait, mais l'urine est toujours chargée de grande quantité d'albumine, fièvre assez intense,

Digitized by Google

la température s'élève à 39° avec une oscillation horizontale entre 38° et 39°.

www.libtool.com.cn

22 *décembre*. Le malade suit un régime lacté mixte, son état, cependant, va toujours en aggravant, la dyspnée est toujours intense. Il meurt le 24 décembre.

AUTOPSIE. — *Poumons*. Le poumon gauche est recouvert de granulations tuberculeuses, farci de cavernules, on trouve du pus abondant dans la plèvre; l'altération du poumon droit est bien avancée, mais moins prononcée que les lésions du poumon gauche.

Cœur. Le cœur est normal, mais la valvule mitrale présente un aspect laiteux. Le cœur gauche et le cœur droit sont pleins de caillots cruoriques.

Foie. Le foie est normal aussi, dans certains points, a l'aspect du foie muscade; la bile peu abondante et foncée. — *Rate*. Un peu plus grosse que d'habitude, ferme et pâle. — *Reins*. Les reins ont un volume double de l'état normal, il y a dilatation des bassinets (*Néphrite parenchymateuse et interstitielle type*.)

Le rein gauche est plus volumineux que le rein droit, celui-ci est creusé de cavités tuberculeuses au nombre de neuf, de la grosseur de petites noix et qui font disparaître la surface secrétante. Ces cavernes sont jaunes, dans un état de caséification, parfaitement limitées d'une zone de tissu blanc induré; elles paraissent être enveloppées dans la substance même des pyramides. Chose singulière, jamais on n'a pu trouver aucune trace de tubercule dans le rein gauche, mais le type du gros rein blanc.

L'examen microscopique a démontré que les tubes contournés sont altérés; leur épithélium est tuméfié et gras. Les espaces cavitaires du rein droit sont le siége d'une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires.

55. Ramollissement cérébral de la région opto-striée avec de petits points hémorrhagiques; hémiplégie gauche, chez une femme atteinte de tuberculose pulmonaire; par M. P. J. BARONOFF, externe des hôpitaux.

P...., âgée de 35 ans, domestique, entre à l'hôpital Lariboisière, salle Sainte-Claire, le 27 septembre 1876, (service de M. JACCOUD). — Cette femme est atteinte d'une pneumophymie avancée datant de 7 ans.

Rien de particulier sur son passé pathologique, pas de syphilis antérieure.

A son entrée à l'hôpital, on constate, à l'auscultation, des signes cavitaires au sommet gauche, avec des ramollissements; le poumon droit paraît être intéressé moins que l'au-

Digitized by Google

tre; elle a été soumise au traitement par l'huile de foie de morue, des granules d'arsenic et par un vésicatoire.

La maladie a pris une marche aiguë et rapide avec fièvre et dyspnée intenses. L'auscultation du cœur ne présente rien de remarquable à signaler. Rien du côté de l'intelligence; les viscères abdominaux paraissent sains ; cet état s'aggrave de plus en plus sans aucun temps d'arrêt.

11 *décembre*. A cette époque, c'est-à-dire 15 jours avant sa mort, elle a eu une hémiplégie du côté gauche, avec abolition complète des mouvements et de la sensibilité du même côté, la langue n'est pas paralysée, mais il y a de l'hésitation dans la parole, tandis que l'hémiplégie est bornée aux membres du côté gauche. La température s'approchait de la normale; M. Jaccoud a pensé à une hémorrhagie, dans la région opto-striée.

15 *décembre*. Œdème du même côté, limité à la jambe et quelques désordres de l'intelligence.

22 *décembre*. Affaissement plus marqué, l'œdème gagne le côté opposé, la sensibilité plus obtuse.

26 *décembre*. La malade est plus abattue, une dyspnée intense, elle s'éteint le 27 décembre.

AUTOPSIE. *Poumons*. On trouve de larges cavernes au sommet gauche, remplies de liquide purulent, au poumon droit des petites cavernes et adhérence pleurale à gauche. — *Cœur*. Le cœur est absolument sain, quelques caillots cruoriques dans le cœur droit. — *Foie*. Le foie est sain aussi, mais un peu gras. Rien dans les autres viscères.

Cerveau. L'aspect extérieur du cerveau ne présente rien à signaler. Les méninges sont absolument saines; à la coupe, on constate, dans la couche optique et dans le noyau intra-ventriculaire du corps strié du côté droit deux foyers d'un aspect tuberculeux, de volume de petits œufs de pigeon, de consistance assez dure, qui ne se confondent pas avec le tissu cérébral, circonscrits par une zone parfaitement limitée, ovoïde et d'une couleur grisâtre, à surface granuleuse; cet aspect a fait penser d'abord à un tubercule cérébral. M. Cadiat a eu l'obligeance de l'examiner au microscope ; le résultat était en faveur du diagnostic de ramollissement.

56. Rechute de fièvre typhoïde : lésions récentes du gros intestin ; par M. CEPPI, externe des hôpitaux.

H...., âgé de 43 ans, cocher, était entré à l'hôpital du Midi, pour une blennorrhagie, dans les premiers jours de novembre. On l'avait admis surtout à cause de son air fatigué et abattu qui faisait penser à une fièvre continue. Après être resté là

Digitized by Google

quelque temps, il se mit à tousser et fut envoyé à Cochin comme atteint d'une affection pulmonaire.

A l'entrée de cet homme dans les salles de M. Bucquoy, 27 novembre, la peau n'était plus chaude, le pouls battait avec une fréquence normale. On trouvait bien encore à la base des poumons, principalement à droite, quelques râles sous-crépitants ; mais l'aspect de cet individu était plutôt celui d'un convalescent que d'un véritable malade.

Son écoulement avait disparu. Rien ne revélait une syphilis : le seul signe qui eût pu éveiller quelque soupçon était une fissure de la langue, longue de 3 à 4 millimètres, reposant sur une base saillante, dirigée transversalement et n'intéressant qu'une portion de la hauteur du derme muqueux.

En deux jours, la fissure linguale s'était cicatrisée : la guérison paraissait complète, le malade se levait, quand, vers le 6 *décembre*, il reprit de la fièvre le soir. La peau est sèche, brûlante. Cependant, cet homme ne souffre nulle part, il a seulement perdu l'appétit.

10 *décembre*. Cet état fébrile, surtout accentué le soir, persiste avec opiniâtreté, et comme le malade en question paraît avoir éprouvé beaucoup de chagrins et présente un état physique et psychique misérable, on ausculte avec soin dans la pensée d'une tuberculisation. Les râles sous-crépitants ont à peu près disparus à la base du poumon gauche, mais ils persistent à droite, en bas et en arrière, vers la ligne axillaire. Pas d'expectoration. Au sommet gauche, en arrière, on entend quelques froissements inégaux. On note de la diarrhée.

13 *décembre*. La fièvre est toujours aussi vive : pas de douleur au niveau du thorax ni en aucun autre point du corps. Diarrhée, comme les jours précédents. L'abdomen n'est pas sensible à la pression : pas de taches rosées. On prescrit : émétique, 15 centigrammes. Le soir, on voit au milieu de mucosités filantes rejetées dans les efforts de vomissement quelques traînées de sang rose. Température : 40°,4.

14 *décembre*. Aujourd'hui, on découvre deux ou trois taches rosées sur le dos : elles ne sont pourtant pas très-nettes. La diarrhée a cessé. Température du matin : 39°,4 ; du soir : 40°,2.

15 *décembre*. Le malade tombe dans une adynamie complète : délire tranquille. L'auscultation ne fait toujours percevoir que quelques râles sous-crépitants à droite et en arrière. Crachats striés de sang.

Prescription : julep gommeux contenant 15 centigrammes de tartre stibié, que l'on fera alterner avec une potion de Todd. — Température du matin : 39°, 8 ; du soir : 40°,6.

16 *décembre*. — Potion de Todd seule. — Température du

Digitized by Google

matin : 39°,8 ; du soir : 40°,3, — Les jours suivants, l'état du malade s'aggrave de plus en plus. On ne constate pas de taches lenticulaires sur le ventre : celui-ci n'a jamais présenté, durant tout le cours de la maladie, la moindre sensibilité. Il est assez sonore à la percussion, très-légèrement ballonné. La diarrhée a repris avec une nouvelle intensité et s'accompagne d'incontinence des matières. — La mort arrive, le 21 décembre, par les progrès de l'adynamie. A ce moment, le thermomètre, qui, la veille au soir, avait atteint 41°, marque 41°,8.

AUTOPSIE. — Pas de liquide dans les *plèvres*. — Adhérences insignifiantes au sommet du *poumon* droit : quelques tubercules anciens au même point : légère congestion à la base. Splénisation à la base du poumon gauche. — Le *cœur* ne présente rien de particulier, à part la flaccidité caractéristique de la dothiénentérie.

A l'ouverture de l'abdomen, distension assez considérable du gros intestin : pas de traces de péritonite, pas d'épanchement. Seulement, on remarque des adhérences, autour du cœcum et du côlon ascendant.

L'*intestin grêle*, incisé et étalé, offre deux lésions distinctes. Les premières sont constituées par des plaques opalines, blanchâtres, faisant sur le bord opposé à l'insertion mésentérique un relief lisse au-dessus de la muqueuse et rénitentes sous la pression du doigt. Ces plaques sont au nombre de 7 à 8 et la plus élevée est située à 1 mètre 50 cent. de la valvule de Bauhin.

Entre ces îlôts, qui paraissent résulter de la cicatrisation de plaques de Peyer malades antérieurement, on trouve un nombre égal de plaques ulcérées, encore recouvertes de putrilage jaune-ocre et offrant tous les caractères des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde avant l'élimination de l'eschare.

A 3 centimètres au-dessus de la valvule iléo-cœcale existe un petit îlot arrondi, du diamètre d'un centime, au niveau duquel il ne reste absolument plus que la tunique séreuse. Le pourtour, de coloration noirâtre, représente un bourrelet constitué par les autres tuniques : celles-ci, presque taillées à pic par l'ulcération, semblent cicatrisées. De ce bourrelet s'étendent sur le péritoine dénudé, dans un espace de 1 millim. 1/2, des pinceaux vasculaires excessivement ténus.

A 20 centimètres du bord libre de la valvule, on remarque une perforation de la grandeur d'une pièce de 20 centimes, assez régulière du côté du péritoine où elle répond aux adhérences déjà mentionnées. Sur la surface interne de l'iléon, cette lacune se continue à ses deux extrémités, suivant l'axe du tube digestif, par une ulcération oblique des couches mus-

Digitized by Google

culaire, celluleuse et muqueuse. Il en résulte une ouverture ronde à la surface externe, ovale du côté interne. Cette perforation bordée par un collier noirâtre, sans putrilage, paraît résulter de la première atteinte de la maladie.

Dans le *cæcum*, on voit dix petits îlots, du volume d'une groseille, saillants, et offrant sur leur surface ulcérée un putrilage jaunâtre exactement semblable à celui qui recouvre certaines plaques de l'intestin grêle. Trois ou quatre de ces îlots occupent l'origine du côlon ascendant. Rien dans le reste du *gros intestin.* — Le *foie*, graisseux, pèse 1400 gr. — La *rate*, volumineuse, un peu diffluente, pèse 540 gr. — Les *ganglions mésentériques* sont le siége d'une tuméfaction notable. — Les *reins* sont congestionnés.

RÉFLEXIONS — Cette observation nous semble présenter un certain intérêt, et cela à divers titres.

1° C'est d'abord un cas de rechute ou réversion de fièvre typhoïde, chose en somme assez rare, surtout au point de vue des constatations anatomiques. Nous en avons fait d'autant plus volontiers l'objet d'une communication, qu'en parcourant les Bulletins de la Société de 1860 à 1874 inclusivement, c'est-à-dire pendant une période de quatorze années, nous n'avons trouvé aucune présentation se rapportant à ce sujet.

2° Malgré les lacunes de l'observation clinique touchant la première phase de la maladie, les résultats de l'autopsie ne pouvaient laisser le moindre doute sur l'existence et l'évolution successive de deux processus typhiques distincts. D'un côté, en effet, on trouve sept ou huit plaques de Peyer dont la cicatrisation est très-avancée; de l'autre, la dernière portion de l'iléon présente des ulcérations de date manifestement plus récente, et, fait capital et qui fait l'intérêt de cette observation, on constate en même temps dans le gros intestin des ulcérations tout-à-fait semblables à celles qui occupent le voisinage de la valvule iléo-cœcale et certainement contemporaines de ces dernières. Nous sommes donc en présence d'une rechûte parfaitement légitime.

Nous insistons à dessein sur la présence des lésions caractéristiques *dans le gros intestin;* car l'anatomie pathologique de ces rechûtes n'est pas bien connue, croyons-nous. Les auteurs classiques qui sont entre les mains de chacun restent muets sur cette question ; ou, s'ils en parlent c'est d'une manière très-vague, et les quelques médecins qui ont écrit plus spécialement sur ce sujet ne donnent guère plus de renseignements. Griesinger (Infections-Krankheiten) seul fournit des indications un peu précises: « ... il se peut aussi que le

Digitized by Google

processus de récidive occupe uniquement le gros intestin intact auparavant. »

4° Enfin, l'histoire de notre malade montre une fois de plus que le diagnostic de ces *rechûtes* (ce mot étant pris dans son acception française, comme synonyme de *réversion*, et opposé à *récidive*) n'est pas toujours facile. — Il est bien digne de remarque que, durant tout le cours de sa seconde maladie, cet homme n'a jamais présenté de douleurs abdominales, ni spontanées, ni provoquées. — Les seuls symptômes constatés au début de la rechûte étaient de la fièvre et quelques râles sous-crépitants. Quatre jours plus tard seulement, on nota de la diarrhée, signe auquel Griesinger accorde une très-grande valeur comme élément de diagnostic. Ce ne fut que le huitième jour à partir de la reprise du mouvement fébrile que l'on put constater des taches rosées sur le dos : encore n'étaient-elles pas absolument caractéristiques. Et à supposer qu'elles le fussent, le fait mérite d'être consigné : car, d'après l'auteur si compétent que nous venons de citer, l'éruption rosée apparaît plus tôt dans les rechûtes que lors de la première atteinte, à savoir au 3e ou 4e et même au 2e jour Ainsi, sous ce rapport, notre cas serait une exception.

57. Tuberculose des organes génito-urinaires. Troubles oculaires de cause indéterminée; par MM. Golay, interne, et Garcia, externe des hôpitaux.

Père mort à l'âge de 74 ans. Mère morte subitement. Un frère serait mort, au dire du malade, d'une fluxion de poitrine. Lui-même, il s'est bien porté jusqu'à il y a deux ans; il a alors une orchite du côté gauche (nous y reviendrons). Depuis cette époque, il a maigri et faibli beaucoup; il ne souffre de ses jambes que depuis deux ou trois jours avant son entrée. Pas de syphilis.

Entré pour des douleurs sciatiques dans les deux jambes, plus fortes du côté gauche. On réussit à le guérir de sa sciatique droite, à l'aide des frictions avec l'essence de térébenthine; mais, du côté gauche, les douleurs persistent et se montrent rebelles à toutes sortes de traitements.

Dans le cours du mois de novembre, il prend dans le service même une iritis du côté droit, regardée d'abord comme rhumatismale et traitée par les moyens ordinaires : sangsues à la tempe, instillations d'atropine, etc. Les instillations d'atropine dans l'œil malade ont suffi, chose curieuse, à donner lieu à des phénomènes légers d'intoxication atropique, à savoir : mydriase des deux côtés, sécheresse de la gorge. L'iritis allait mieux; le malade était pour ainsi dire guéri, ou peu

Digitized by Google

s'en fallait, quand la cornée du même côté (droit) présente des phénomènes de kératite ulcéreuse ; puis, le lendemain, la cornée de l'autre œil (gauche) présente aussi des phénomènes de même ordre, à allures aussi rapides que brusques dans leur apparition. Le malade est envoyé dans le service de M. Lefort. Au bout de trois semaines environ de séjour dans la salle de chirurgie, le malade nous est envoyé à peu près guéri de ses yeux ; en même temps, M. Lefort nous faisait observer qu'il pouvait bien s'agir là de quelque affection cérébrale.

Etat actuel. 18 décembre 1876. — Cachexie considérable. Le malade n'est pour ainsi dire pas reconnaissable. Il nous dit qu'il n'a pas faim. Un peu de diarrhée. Intelligence parfaitement lucide ; réponses tout-à-fait nettes. Pas de paralysie ni de troubles de la sensibilité. Les douleurs sciatiques persistent à gauche ; les deux jambes participent à l'amaigrissement général, qui est considérable ; pas d'œdème.

Aux poumons, on ne constate rien d'anormal, ni par la percussion ni par l'auscultation. Cœur sain. Foie, rate, rien de particulier. Le palper abdominal ne révèle pas de tumeur, et pourtant, le ventre est très-affaissé ; le toucher rectal ne donne que des résultats négatifs. Urines albumineuses, pas de sucre.

On désespérait d'arriver à préciser la cause certaine de cette cachexie si rapide, lorsque en regardant les bourses, on constate l'existence d'une fistule de la bourse gauche ; on sent que l'épididyme est gros dans son ensemble ; rien dans l'autre testicule ; rien dans les cordons ; ce n'est qu'alors que le malade nous donne les renseignements suivants : il y a deux ans, il a eu une orchite douloureuse terminée par un abcès qui, après l'évacuation spontanée du pus, ne tarda pas à se cicatriser ; pendant son séjour chez M. Lefort, il y a de cela une douzaine de jours, la fistule s'est rouverte et s'est mise à couler, pas abondamment, à la vérité. Pas de douleurs spontanées. Epididyme dans son entier dur et gros. Il s'agit donc là, suivant toutes les probabilités d'une orchite caséeuse ; quant à l'albuminurie, elle est, fort probablement aussi, le fait d'une tuberculose rénale. — Mais est-ce tout ?

Le malade dit souffrir beaucoup de la tête, depuis qu'il a commencé à souffrir des yeux, douleurs générales et constantes le jour et la nuit. Si on le fait marcher, il titube, et son facies exprime peut-être, quoique très-légèrement, cette sorte d'étonnement qu'il est si commun de rencontrer dans les affections cérébrales. Il ne peut faire que quelques pas ; on est obligé de le suivre pour éviter qu'il ne tombe, et il de-

Digitized by Google

mande à se recoucher. Pas d'otorrhée, ni d'affaiblissement de l'ouïe.

Quant aux yeux, on constate encore de la photophobie. Sur la cornée de l'œil gauche, on constate le reste des trois ulcérations, dont la plus étendue occupe le bord externe, une autre le bord interne, et une troisième un peu plus petite, grosse comme une tête d'épingle, à la partie supérieure. La conjonctive est légèrement injectée. L'œil droit présente une nébulosité de la cornée surtout en dehors. La vision est parfaitement distincte. Les pupilles sont bien circulaires et l'iris est bien mobile. On croit à une lésion quelconque intéressant les nerfs trijumeaux et donnant lieu ainsi à des lésions trophiques des hémisphères antérieurs des yeux.

Prescription : Collyre au sulfate de zinc ; une pilule de cynoglosse de 0 gr. 05 ; quatre granules dioscoride.

27 *décembre*. — Les yeux vont bien ; on cesse le collyre. L'amaigrissement poursuit sa marche.

28 *décembre*. Le malade est allé en s'affaissant de plus en plus ; il est mort ce matin de très-bonne heure, avant la visite.

Autopsie. Le 29 décembre 1876. — *Cerveau*. Enlevé avec grand soin ; on ne découvre pas de lésion du tout ; il est assez ferme ; les nerfs trijumeaux paraissent sains, ainsi que les nerfs et bandelettes optiques, tubercules quadrijumeaux, etc. On ne découvre non plus rien de particulier au niveau du ganglion de Gasser ni ailleurs sur la base du crâne.

Poumons. Les deux plèvres sont partout adhérentes ; on est obligé, pour extirper les poumons, de décoller les plèvres pariétales. — Les 2 sommets sont le siége d'une poussée de granulations tuberculeuses ; il y existe même de chaque côté une petite cavernule grosse comme un pois ; en somme, tuberculose pulmonaire bien limitée quoique très-accentuée. — *Cœur*. Rien de particulier. — *Foie*. Un peu gros, 1,725 gr. La capsule présente des plaques épaisses, qui n'intéressent pas le parenchyme ; la coupe offre l'aspect normal. — *Rate*. Normale.

Reins. 1° Le rein gauche est très-volumineux, 236 grammes. La capsule se laisse, d'une façon générale, détacher facilement sauf aux extrémités où la capsule entraine une partie du parenchyme. Après décortication, on aperçoit, à la surface du rein, des tubercules très-nombreux et à différentes périodes de développement, intéressant même, par places, la capsule. A la coupe, on voit plusieurs cavernes au nombre de 5, dont les dimensions varient entre un petit pois et un pois chiche, à contours irréguliers, à parois épaisses, jaunes et anfractueuses ; ces cavernes renferment des débris organiques en partie adhérents à la paroi, de couleur noirâtre avec

Digitized by Google

une teinte légèrement rougeâtre, mous, se laissant écraser entre les doigts et qui paraissent être les vestiges d'anciennes hémorrhagies. Outre ces cavernes, on distingue un semis très-abondant de tubercules arrivés à diverses périodes de leur développement. Le bassinet étant ouvert, on distingue très-nettement sur ses parois des tubercules gris, semi transparents. L'uretère est très-épaissi ; sa muqueuse est d'un bout à l'autre rongée, pour ainsi dire, par une éruption confluente de tubercules en grand nombre ulcérés ; il est partout perméable.

2° Le droit présente toutes les apparences d'une hydronéphrose : bassinet dilaté et distendu ; le rein droit est néanmoins beaucoup plus petit que le gauche, peut-être de moitié, au moins d'un tiers. La décortication est impossible. A la coupe, il s'échappe une substance crémeuse blanche, ayant l'aspect et la consistance de la crême, nullement liquide ; lorsqu'à l'aide d'un filet d'eau on a enlevé cette matière qui existait en grande abondance, on s'aperçoit que le rein est converti en une caverne, ou plutôt en une série de grosses cavernes communiquant largement entre elles d'une extrémité à l'autre et avec le bassinet largement ouvert par suite de la disparition presque totale des calices et des pyramides ; çà et là pourtant on reconnaît encore des débris de pyramides et même de substance corticale, formant comme des jetées qui s'avancent plus ou moins loin entre 2 cavernes voisines pour les séparer incomplètement ; en outre, sur quelques-uns de ces débris, on distingue des noyaux tuberculeux ; enfin, sur un très-grand nombre de points, la destruction du parenchyme rénal est complète et les parois des cavernes sont formées par la capsule du rein considérablement épaissie.

Le bassinet présente des dimensions doubles et même triples de l'état normal ; parois épaissies ; muqueuse ulcérée et même sur quelques places de petits décollements.

Si l'on essaie de continuer, avec les ciseaux, l'incision du bassinet le long de l'uretère ; on est bientôt arrêté à 2 cent. 5 environ du bassinet ; on essaie d'introduire la sonde cannelée ; elle ne peut pas passer ; on réussit enfin, avec des ciseaux très-pointus, à franchir ce rétrécissement, et l'on continue à avancer lentement jusqu'au milieu de l'uretère où l'on est de nouveau et cette fois définitivement arrêté ; un peu plus loin l'uretère est de nouveau perméable jusqu'à la vessie ; les parois sont considérablement épaissies et la muqueuse détruite par des tubercules pour la plupart caséifiés.

Vessie. Muqueuse, littéralement rongée par les tubercules sur toute son étendue, profondément ulcérée surtout au niveau du trigone où l'ulcération se termine à environ un centi-

Digitized by Google

mètre en arrière de l'orifice de l'urèthre par un bord taillé à pic.

Testicules. Le droit est sain. Le gauche n'a plus de séreuse : les 2 feuillets de la tunique vaginale intimement soudés : épididyme induré et volumineux ; la fistule scrotale communique avec une petite cavernule du volume d'un petit pois, à la partie moyenne. Tout le reste de l'épididyme présente des tubercules pour la plupart jaunes et, tout-à-fait à la queue une petite masse caséeuse du volume d'un petit pois. Dans l'épaisseur de la pulpe testiculaire on aperçoit aussi des tubercules gris. — *Canaux déférents*. Rien de particulier, — *Vésicules séminales*. A la coupe elles offrent, l'une un, l'autre deux petits points suppurés gros comme une tête d'épingle grosse et qui paraissent être des tubercules ramollis.

Prostate. La gaîne fibreuse est incrustée de petits calculs très-durs et facilement énucléables, de la grosseur d'un grain de chenevis. La glande n'est pas augmentée de volume sensiblement. A la coupe on constate dans chaque lobe l'existence d'un petit noyau ayant toutes les apparences de tubercules calcifiés.

58. Arthrite cervicale. Douleur aiguë au sinciput avec atrophie des nerfs du côté malade; par C. CHABRUN, externe des hôpitaux.

Marie Lef..., 77 ans, lingère, est restée longtemps à l'infirmerie de la Salpêtrière (service de M. CHARCOT), pour un mal vertébral à la région cervicale avec douleur aiguë au sinciput.

L'observation de la malade, mentionnée dans la thèse de Mahmoud-Moustapha (1874. *De la tumeur blanche sous-occipitale*) rapporte que, vers le mois de mars 1873, Marie Lef.. présenta les symptômes d'une arthrite cervicale : douleur siégeant à la nuque, très-violente du côté droit, gêne considérable des mouvements devenus douloureux ; torticolis sans luxation, ni déplacement ; il n'existait pas non plus de collection purulente. A ces symptômes, il faut ajouter une douleur aiguë au sommet de la tête, d'un caractère si spécial que M. Charcot diagnostiqua une arthrite cervicale. Il appliqua deux rangées de pointes de feu sur la nuque de chaque côté des apophyses épineuses, et la malade guérit. Le 28 novembre dernier, elle meurt phthisique.

AUTOPSIE. Le *cerveau*, les *reins*, le *cœur* sont sains.

La *dure-mère* offre de nombreuses adhérences avec le crâne. *Poumons*. Celui du côté gauche est engorgé ; celui du côté droit présente à sa partie supérieure plusieurs cavernes : son tissu est friable, gorgé de sang ; quelques îlots de pneumonie.

Quand on met à nu les muscles du cou, on n'aperçoit pas

Digitized by Google

de différence appréciable entre ceux du côté gauche et ceux du côté droit; ces derniers seraient un peu plus grêles que ceux du côté opposé.

www.zhbtool.com.cn

Si l'on considère les articulations, on voit d'abord que les mouvements sont moins étendus du côté droit que du côté gauche. Les ligaments sont sains, bien qu'un peu épaissis. Les surfaces articulaires du côté droit des vertèbres et celle de l'occipital sont assez notablement élargies: les cartilages ont perdu leur poli, offrent l'aspect velvétique, et leur portion articulaire est entourée d'un bourrelet de nouvelle formation qui se distingue très-nettement sur quelques vertèbres.

Nulle part, il n'y a d'altération des os ni de collection purulente. Les méninges sont saines, la moelle aussi. Quant aux nerfs, les branches postérieures du côté droit sont plus grêles que celles du côté gauche: cette différence se constate surtout pour le nerf grand occipital, qui, à droite, est réduit à peu près à la moitié du volume de celui du côté gauche. Il en est de même pour les branches antérieures droites qui sont plus minces que celles du côté opposé.

59. Tubercules du cervelet; par F. Balzer, interne des hôpitaux.

Loi..., émailleur, âgé de 22 ans, entre le 30 août 1876, au n° 6 de la salle Saint-Michel, dans le service de M. Empis (Charité). Il raconte qu'il tousse et perd ses forces depuis environ un an; il est très-faible, pâle et amaigri. La maladie a débuté, dit-il, par un rhume négligé, il a eu aussi quelques légers crachements de sang et des vomissements, surtout en toussant. Il avait souvent enfin de la fièvre le soir, et des sueurs pendant la nuit. Plus tard apparut de temps en temps une céphalalgie assez vive, qui s'accompagnait de troubles de la vue: ces symptômes augmentèrent en même temps que la faiblesse et la fréquence de la toux, et il a été forcé de cesser son travail assez longtemps avant son entrée à l'hôpital.

En ce moment, l'amaigrissement et la faiblesse sont très-marqués : il a pu cependant venir à pied jusqu'à l'hôpital. Il tousse beaucoup et expectore des crachats déchiquetés, muco-so-purulents, nageant dans un liquide clair et assez abondant. A la percussion, matité aux deux sommets en arrière ; à l'auscultation craquements humides aux deux sommets surtout à gauche, râles sibilants et ronflants dans les autres parties des poumons. Rien au cœur. La langue est large, légèrement blanche: le malade a peu d'appétit. Les digestions sont, comme nous l'avons dit, troublées de temps en temps par des vomissements. Il a aussi fréquemment de la diarrhée. Enfin, il se plaint aussi de douleurs vives dans la tête et à la nuque: il

Digitized by Google

peut cependant exécuter avec assez de facilité et sans souffrances tous les mouvements du cou. On remarque aussi un clignement des paupières presque continuel, et la vue paraît avoir perdu de son acuité. Les urines, traitées par la chaleur, l'acide nitrique et la liqueur de Bareswill, ne renferment ni sucre ni albumine. M. Empis prescrit de la tisane pectorale, une potion avec 0,50 centigrammes d'iodure de potassium, du vin de Bagnols et une portion.

Jusqu'au 6 octobre, il reste à peu près dans le même état : les seuls symptômes remarquables par leur constance et leur intensité pendant cette période sont la céphalalgie, la toux et les vomissements. Le malade a encore assez de force pour se lever et descendre au jardin presque tous les jours, appuyé au bras d'un autre malade. Il marche la tête ordinairement immobile et inclinée en avant. Sa marche est lente, mais naturelle : on ne remarque aucune tendance au recul, ni aux mouvements gyratoires. La parole est nette, l'intelligence et la mémoire ne paraissent avoir subi aucune atteinte.

Le 6 octobre et les jours suivants, on observe une aggravation des symptômes : la fièvre devient plus intense et presque continue, il tousse davantage, la poitrine se remplit de râles humides. En même temps, la céphalalgie a augmenté ; elle siége parfois au front, plus souvent à l'occiput. Elle s'accompagne d'une légère raideur du cou ; les mouvements de latéralité sont douloureux. Le malade est ordinairement dans le décubitus dorsal, la tête droite, immobile sur l'oreiller. La vue est assez nette, les clignements des paupières sont toujours très-fréquents. Pas de surdité, mais seulement des bourdonnements d'oreille, lorsqu'il est couché. Pas de trouble de la sensibilité du côté de la peau.

Pas de phénomène de paralysie, ni de contracture ; mais la faiblesse est devenue très-grande, il a cessé de descendre dans le jardin. Il peut encore se lever et marcher appuyé sur une chaise qu'il traîne avec lui dans la salle. Pas de convulsions. Les vomissements, au contraire, sont devenus très-fréquents, ils se font avec facilité, après l'ingestion des aliments ou même à l'état de vacuité. Ils sont alors ordinairement bilieux. On essaie vainement de les combattre à l'aide de la glace. On emploie également et sans plus de résultats, les attouchements du pharynx avec une solution de bromure de potassium. En outre, on applique successivement deux vésicatoires à la nuque : on le soulage parfois momentanément à l'aide des injections de morphine.

Cette situation se maintient jusqu'au 20 octobre sans changements notables. A partir du 20, la faiblesse devient telle, qu'il ne peut plus se lever. La fièvre devient très-intense

Digitized by Google

ainsi que la céphalalgie : il est sans cesse sous la menace d'un état syncopal.

www.libtool.com.cn

Le 23, une lipothymie très-prolongée a lieu pendant la visite du matin. Nous apprenons alors qu'il y a trois semaines, il avait été pris d'une syncope, étant debout au milieu de la salle. — Il meurt subitement, le 26, à deux heures du matin. L'intelligence est restée intacte jusqu'au dernier moment.

AUTOPSIE. — A l'ouverture du cadavre qui est dans un état d'émaciation extrême, on trouve d'abord les plèvres saines, excepté aux deux sommets où il existe d'anciennes adhérences. Les deux poumons sont congestionnés et remplis de granulations grises et dures, qu'on observe avec la même abondance dans toute leur étendue : ces granulations sont saillantes sur la coupe ainsi que sur la plèvre viscérale. On trouve aux deux lobes supérieurs des lésions de date ancienne, des foyers caséeux plus ou moins ramollis, et au sommet du poumon gauche une caverne assez vaste, à parois anfractueuses. — Le péricarde et le cœur sont sains.

Le foie est peu gras, son volume est normal, ainsi que celui de la rate. L'estomac est sain : on trouve dans l'intestin grêle un certain nombre d'ulcérations intestinales, dont quelques-unes sont assez étendues ; leurs bords sont épaissis, saillants, déchiquetés, le fond est rouge, inégal. Vues par la face péritonéale de l'intestin, on distingue facilement de petites nodosités caséeuses, d'un aspect blanchâtre.

Les deux reins renferment également des tubercules de formation récente, siégeant surtout dans la substance corticale, au-dessous de la capsule fibreuse.

La pie-mère est congestionnée et présente en plusieurs points une sorte de suffusion sanguine d'un rouge vif. Elle paraît légèrement épaissie au voisinage des vaisseaux de la base, et plus particulièrement dans le voisinage de la protubérance. Les coupes du cerveau ne présentent rien qui soit anormal. Mais en faisant la coupe horizontale du cervelet, on voit tout à coup un liquide purulent apparaître sur la lame du couteau, et après avoir séparé les deux portions du cervelet, on aperçoit deux tumeurs. La première, du volume d'une noix, est située sur la ligne médiane, empiétant sur le lobe droit du cervelet. La partie antérieure et inférieure plonge dans le quatrième ventricule qui est très-dilaté. Libre de ce côté, la tumeur adhère, au contraire, par tous les autres points au tissu du cervelet, avec lequel elle se continue directement, en haut et sur les côtés avec la substance blanche, en bas et en arrière, avec la substance grise du vermis inferior. La seconde tumeur, beaucoup plus petite, présente à peu près les dimensions d'une noisette. Elle est située à la partie externe

Digitized by Google

du lobe gauche du cervelet ; elle se continue partout avec le tissu environnant, et touche, par sa partie inférieure, aux lames du cervelet. — Ces deux tumeurs sont composées d'une portion périphérique ferme, d'une couleur rougeâtre, formant une espèce de coque solide, et d'une partie centrale ramollie, présentant tout-à-fait l'aspect du pus. Après l'incision et l'écoulement d'une partie de ce liquide, les deux tumeurs s'affaissent en partie, de manière à réduire leurs dimensions d'une façon notable. La substance cérébelleuse qui les entoure est rougeâtre et semble légèrement ramollie.

L'examen microscopique fait sur des coupes après durcissement dans l'alcool absolu et coloration par le picro-carminate d'ammoniaque, a démontré que ces tumeurs étaient bien des tubercules. On peut distinguer, en effet, sur les coupes, trois zones bien distinctes : la zone externe est claire, formée d'éléments embryonnaires facilement reconnaissables, renfermant un grand nombre de vaisseaux dilatés, remplis de globules sanguins, et entourés de cellules embryonnaires qui leur forment une enveloppe d'autant plus épaisse, que leur calibre est plus réduit. Sur les coupes longitudinales des vaisseaux, ces cellules paraissent manifestement situées dans les gaînes lymphatiques, en plusieurs points. Cette zone externe est entourée elle-même par le tissu du cervelet fortement congestionné, et renfermant un certain nombre de cellules embryonnaires. Dans la zone moyenne, le calibre des vaisseaux diminue, leur cavité devient peu à peu punctiforme, ils sont comprimés par des cellules embryonnaires et fusiformes, qui finissent en beaucoup de points par les oblitérer complétement. On reconnaît facilement que cette zone est formée en grande partie par des amas de granulations dont les cellules sont fortement colorées par le carmin : le centre de plusieurs de ces granulations est déjà obscur et granuleux. Cette zone moyenne est en plusieurs points séparée de la zone interne par quelques fibrilles de tissu conjonctif. Cette dernière zone est constituée par une substance amorphe et granuleuse, renfermant de nombreuses gouttelettes de graisse, et des cellules embryonnaires en voie de désintégration.

Réflexions. — Malgré l'apparition à peu près simultanée des symptômes thoraciques et cérébraux, il est probable que la formation des tubercules a débuté par le cervelet, si l'on songe surtout que le plus souvent les tumeurs de cet organe restent latentes pendant un certain temps.

Dans les deux périodes de la maladie, les symptômes d'ailleurs obscurs ou mal dessinés des tubercules cérébelleux, ont passé inaperçus ou plutôt ont été mis sur le compte des

Digitized by Google

autres manifestations de la diathèse, qui avait amené leur production.

www.libtool.com.cn

Dans la première période, les troubles sont assez peu marqués pour permettre au malade de se lever et même de descendre au jardin plusieurs heures par jour. Dans la seconde, des accidents nouveaux se déclarent : la fièvre, la dyspnée, la généralisation des râles annoncent l'évolution d'une granulie, et les symptômes des tumeurs sont attribués à la formation de granulations dans les méninges. Cependant, malgré cet appareil symptomatique insuffisant, c'est la tumeur qui a été la cause évidente de la mort, rendue d'ailleurs prochaine par l'évolution de la granulie. La mort a été subite, fait rare, mais pourtant déjà signalé par les auteurs qui ont étudié les tumeurs du cervelet (Luys) ; mais il serait difficile de dire si cette mort subite doit être expliquée par la compression exercée par la tumeur ou par un épanchement intra-ventriculaire survenu subitement et qui aurait déterminé la paralysie du centre d'innervation des mouvements respiratoires. Cette dernière hypothèse, rendue vraisemblable par la dilatation du quatrième ventricule, a contre elle l'absence des phénomènes qui accompagnent les formes foudroyantes de l'hydrocéphalie.

60. Élections.

Membre titulaire : M. PITRES.

Membres adjoints : MM. E. MONOD, MARCHANT, MAGNANT.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE

TOME ONZIÈME DE LA TROISIÈME SÉRIE

(LI[e] ANNÉE)

A

Abcès communiquant avec la cavité crânienne, 36.
— retro-utérin, .
— périprostatique, 112.
— périnéphrétique, 119.
— du cervelet, 272,
— du foie, 399.
— du cerveau, 431-753.
— du rein, 448.
Abdomen (Contusion de l'), 59.
—; (plaie pénétrante), 218.
Adénolymphocèle du mésentère, 339.
Adénopathie trachéo-bronchique, 227.
Amblyopie sympathique, 781.
Amyloïde (dégénérescence) du foie, 415.
Anévrysme de l'aorte; 103, 250, 276, 362, 491, 510, 621.
— de l'hypogastrique, 228, 546.
— des sylviennes, 755.
— de l'artère pulmonaire (de Rasmüssen), 518, 580.
Angioleucite pulmonaire, 50.
Angiôme de la main, 215.
Ankylose du coude, 338.
Aorte. Oblitération par un caillot. Paraplégie, 22.
— rétrécissement sans insuffisance, 40.
— dilatation, 53, 409.
— anévrysme, 103, 250, 276, 362, 510, 546, 621.
— insuffisance, 300, 363.
— rupture, 506.
— rétrécissement congénital, 521.
Aphasie; tubercule de lobe sphénoïdal, 81, 577.
Appendice cœcal (perforation de l'), 119.
— (Mucocèle de l'), 598.
Artère hypogastrique (anévrysme), 228.
— coronaire (rupture), 275.
— athérome, 375.
— pulmonaire (embolie), 700.
— pulmonaire (anévrysme), 518, 580.
— de l'avant-bras (anomalie), 725.
— sylvienne (anévrysme), 755.
Arthrite sèche du coude, 384.
— cervicale, 794.
Ascite congénitale, 314.
Ataxie, troubles laryngés et pharyngiens, 614.
Atrophie des lobes frontaux, 277.
— des circonvolutions, 306.
— des circonvolutions chez un amputé, 618.
— des pariétaux, 485.
— de l'avant-coin, 438.

Digitized by Google

Auditif (origine centrale), 553.
Avortement spontané, 422.

www.libtool.com.cn

B

Bassin (fracture) 123-221.
Biliaire (calcul), 16.
— (fistule), 175.
— (fistule cysto-colique), dilatation des voies biliaires, 386.
— (hydropisie de la vésicule), 702.
Bras (fibro sarcome du), 652.
Bright (maladie de), 28.
Brûlure étendue, 285.
Bulbe (ramollissement), 450, 506.
— (anatomie normale), 550.

C

Caduque menstruelle, 171.
Calculs biliaires, 16.
— vésicaux, 111.
— d'urostéalithe, 634.
Cancer de l'estomac, 50, 388, 457, 489, 537, 543.
— du testicule, 96, 130, 178, 203, 656.
— du foie, 176, 340, 345.
— du cœur, 176, 492.
— du sein, 183.
— rétro-péritonéal, 266.
— du larynx, 304, 629, 740.
— pharyngo-laryngé, 304.
— colloïdes des ovaires, 309.
— du péritoine, 309.
— de la rate, 328, 549.
— du rein et du foie, 340.
— de l'utérus, 368.
— de pancréas, 381, 543.
— de l'œsophage, 411.
— généralisé, 474.
— du médiastin, 492.
— du fémur 594.
— mélanique de la conjonctive, 602.
— des pariétaux, 671.
— du rectum, 686.
— de la vessie, 640.
— de l'orbite, 764.
Cerveau ; Abcès, 431, 753.
— Anomalie, 172, 439, 495.
— Atrophie uni-latérale, 38.
Cerveau, Atrophie partielle, 277, 306, 438.
— Atrophie chez un amputé, 618.
— Contusion, 138, 396, 460.
— durcissement (Procédé de) 539.
— Embolie, 418.
— Gangrène, 735.
— Hémorrhagie, 30, 49, 251, 499, 737, 739, 757.
— Lésions corticales et localisations, 81, 251, 277, 306, 340, 347, 438, 491, 505, 522, 558, 577, 584, 672, 734, 767, 777, 778.
— Lésions de la capsule externe, 739.
— Malformation congénitale, 163.
— Psammôme, 667.
— Ramollissement, 491, 577, 584, 785.
— Tubercule, 81, 146.
— Tumeurs, 347, 678.
Cervelet, hémorrhagie, 144, 330.
— Abcès, 272.
— Ramollissement, 74, 506.
— Tubercules, 795.
Cholédoque (Oblitération du canal), 165.
Circonvolutions cérébrales ; anatomie normale), 311.
— ; atrophie, 277, 306, 438.
— ; lésions diverses, 81, 251, 277, 306, 340, 347, 438, 505, 522, 534, 558 672, 734, 739, 767, 778.
— ; ramollissement, 491, 577, 584.
Cirrhose avec ictère, 45, 293.
— du foie, 371, 446, 675, 747.
— et cancer du foie, 176.
— atrophique avec ictère, 435.
Cœcum (Perforation du), 391.
Cœur (Affections valvulaires du), 244, 300, 363, 371, 450.
— (Affections du) et tuberculose pulmonaire, 40, 43, 84, 85, 689.
— Anomalie d'un tendon valvulaire, 244.
— Caillots, 324.
— Cancer propagé, 176, 492.
— Endocardite végétante, 156, 207, 418.
— Rupture, 424.
— Hypertrophie, 527.
Conjonctive (Cancer mélanique de la), 602.

Digitized by Google

Contusion de l'abdomen, 59.
— cérébrale, 138, 396, 460.
— du foie, 33, 148, 236.
— du rein, 33, 236, 463.
— du thorax, 33.
Cordon (Tumeur cystique du), 771.
Corps étranger du poumon, 307.
— de la vessie, 352, 651.
— périarticulaire, 366.
Côtes (Fracture de), 439, 463.
Cou (Lymphadénôme du), 663.
Coude (Ankylose du), 338.
— Arthrite sèche, 384.
Crâne, Atrophie partielle, 485.
— Fracture, 188, 236, 396, 398, 460, 706.
— Enfoncement, 138.
— Perforation de la voûte, 738.
Croup chez l'adulte, trachéotomie, 60.
Cyanose, 160.
— et œdème aigu, 324.
Cystite tuberculeuse, 99.

D

Dégénérescence amyloïde du foie, 415.
Diabète, 249.
Dilatation de l'aorte; rupture, 53.
— de l'aorte, 409.
Diphthérie, 339.
Doigt (Fibrome vasculaire du), 235.

E

Ecrasement du pied, 413.
Eloge de MM. Demarquay et Giraldès, 63.
— de MM. Lecourtois et Lorain, 69.
Embolie de l'artère pulmonaire, 700.
— crurale, 195.
— iliaque, 207.
— cérébrale, 418.
— bulbaire, 450.
— multiples, 156, 300.
Empoisonnement par le chlorure de zinc, 122.
Encéphalite suppurée, 431.
Enchondrôme de la parotide, 279.
Endocardite végétante, 156, 207, 418, 501.
Entérite ulcéreuse, 405.
Entérite hémorrhagique, 453.
Entorse du genou, 33.
Epilepsie partielle, 558.
Epithelioma adénoïde du foie, 241.
— du nez, 353.
— cicatriciel de la face, 591.
— de la voûte palatine, 698.
— myxoïde de l'ovaire, 772.
Estomac (Cancer de l'), 50, 388, 457, 489, 537, 543.
— ; Ulcère simple, 635, 735.
Etranglement herniaire, 218, 464, 587, 746.

F

Face (Epithelioma cicatriciel de la), 591.
Fémur (Fracture du col), 31, 32, 169.
— (Fracture), 194.
— ; Cancer, fracture et incurvation, 594.
Fibrome utérin, 258-340.
— utérin; grossesse, 21.
— vasculaire du doigt, 235.
— de la trompe, 409.
— du genou, 498.
Fibro-myôme de la grande lèvre, 48.
— du rein et de l'utérus, 258.
Fibro-sarcome du bras, 652.
Fièvre jaune, 86.
— typhoïde, 297, 519.
— typhoïde (périsplénite), 722.
— typhoïde (rechute), 786.
Fistule biliaire, 175.
— cysto-colique, 381.
— cysto-duodénale, 386.
Foie, Amyloïde, 415.
— Cancer, 50, 340, 345, 764.
— Cancer et cirrhose, 176.
— Cirrhose, 371, 446, 675, 747.
— Cirrhose avec ictère, 45, 293, 435.
— Contusion, 33, 148, 236.
— Epithélioma adénoïde, 241.
— Kyste, 247.
— Kyste hydatique, 132, 175, 332, 470.
— Syphilis, 388, 718.
— Suppuration, 399.
— Stéatose, 285.
— Tumeur 420.

Digitized by Google

Fracture du col du fémur, 31, 32, 169.
— et incurvation du fémur cancéreux, 594.
— du fémur, 194.
— du frontal, 36.
— du bassin, 123, 221.
— du crâne, 188, 236, 396, 398, 460.
— de la rotule, 220.
— du radius, 430.
— des côtes, 439, 463.
Frontal (Fracture du), 36.

G

Gangrène de la bouche, 29.
— pulmonaire, 735.
— du cerveau, 735.
Gastrite toxique, 122.
Génito-urinaire (tuberculose), 185, 637, 790.
— (Lésion des voies) après la taille périnéale, 221.
Génitaux (Organes) d'une hystérique, 679.
Genou; Entorse, 33.
— Tumeur blanche, 379, 497, 509.
— Mouvements de latéralité, 379, 497, 509, 626.
— Fibrôme, 498.
Glossoplégie, 533.
Goître kystique, 672.

H

Hanche (lipôme), 323.
— Corps étranger, 366.
Hématocèle vaginale, 499.
Hémiplégie spasmodique de l'enfance, 38.
— infantile, 558.
— transitoire, 739.
— des membres (fracture du crâne), 706.
Hémorrhagie cérébrale, 499, 737, 739, 757.
— du centre ovale, 30.
— noyau extra-ventriculaire, 49.
— corticale, 251.
— méningée, 90, 236, 755.
— du cervelet, 144, 330.
— de l'ovaire, 620.
Hépatite suppurée, 405.
Hernie épiploïque traumatique, 218.
— étranglée, 218.
— scrotale double, 384.
— épiploïque, 537.
— ombilicale étranglée, 587.
— obturatrice étranglée, 746.
— vésicale, 616.
Hydrocéphale (fœtus), 188.
Hypoglosse (Noyau d'origine de l'), 556.
Hystérique (organes génitaux d'une), 679.

I

Ictère calculeux, hémorrhagies, 16.
Incurvation du fémur cancéreux, 594.
Infiltration d'urine, 57.
Insuffisance mitrale, 244.
— aortique, 300, 363.
Intestin, Entérite ulcéreuse, 405.
— Perforation, 519.
— Lipôme, 662.
— Invagination, 719.
Invagination de l'intestin grêle, 719.
Inversion splanchnique, 116.

J

Janiceps (Monstre), 525, 608.

K

Kyste dermoïde des ovaires, 11.
— séreux de la trompe, 11.
— de l'ovaire, 106, 287, 540.
— de l'ovaire; rupture, 695.
— hyd. du foie, 132, 175, 332, 470.
— du foie, 247.
— sébacé de la petite lèvre, 405.
— de la vulve, 424.
— hydatique de la rate, 673.

L

Larynx (Troubles du), dans l'ataxie, 614.
— Cancer, 304, 629, 740.
Laryngite hypertrophique, 128.
Leucémie, 195, 663.

www.libtool.com.cn
Digitized by Google

Lipôme intra-musculaire, 136, 505.
— de la hanche, 323.
— de l'intestin, 662.
Lithotritie ancienne (autopsie), 173.
Localisations cérébrales, 81, 251, 277, 306, 340, 347, 438, 491, 505, 522, 558, 577, 584, 672, 734, 767, 777, 778.
Lymphadénôme du cou, 663.
— du testicule, 149.

M

Macrocéphalie, 142.
Main (Angiôme de la), 215.
Maxillaire (Nécrose du) supérieur, 655.
Médiastin (sarcome du), 233.
Mélanose généralisée, 108.
Méningée (hémorrhagie), 90, 236, 755.
Méningite aiguë, 307.
— cérébro-spinale, 465.
Mésentère (adéno-lymphocèle du), 339.
Moelle (Compression de la), 480.
— Anatomie normale, 550.
Molluscum adipeux, 363.
Monoplégie brachiale, 522, 734.
Monstre janiceps, 525, 608.
— paracéphale, 356.
Mucocèle de l'appendice cœcal, 528.
Muscles (lipome des), 136, 505.
Myôme de la prostate, 165.
— utérin, 184.
Myo-myxome de la grande lèvre, 355.
Myxome hémorrhagique, 599.

N

Nécrose du tibia, 224.
— du maxillaire supérieur, 655.
Néphrite interstitielle, 26, 29, 640.
— (pyélo), 90, 248.
— parenchymateuse, 727.
— caséeuse, 784.
Nerfs (Etat des) après amputation, 230.
Nerf auditif (Origine centrale du), 553.
— hypoglosse (Noyau d'origine du), 556.
Nez (épithelioma du), 353.

O

Oblitération du vagin, 12.
— de l'aorte par un caillot, paraplégie, 22.
— de l'artère cérébelleuse, 74.
— du canal cholédoque, 165.
— du canal cystique, 702.
Obturatrice (hernie étranglée), 746.
Œsophage (Varices de l'), 747.
— Rétrécissement cancéreux, 411.
— Rétrécissement spasmodique, 715.
Œuf (intégrité des membranes de l') au moment de l'expulsion du fœtus, 422.
Ombilicale (hernie) étranglée, 587.
Orbite (Sarcome de l'), 200.
— (Cancer de l'), 764.
Ostéite raréfiante chez un cancéreux, 310.
Ostéite cancéreuse des pariétaux, 671.
Ostéomyélite suppurée, 76, 762.
Otite catarrhale moyenne, 625.
— suppurée, 272.
Ovaire (Cancer, atrophie), 258.
— (Cancer), 309.
— (Epithélioma myxoïde), 772.
— (Hémorrhagie), 620.
— Kyste dermoïde, 11.
— (Kyste), 106, 287, 540.
— (Kyste rompu dans le péritoine), 695.

P

Palais (Epithéliome du), 698.
Pancréas (Sclérose du), 165.
— (Cancer du), 381.
Paracéphale (Monstre), 356.
Paralysie des extenseurs, de cause cérébrale, 522, 734.
Paralysie labio-glosso-laryngée, 668.
Parotide (Enchondrome de la), 279.
Perforation de l'appendice cœcal, 119.
— du cœcum, 391.
— intestinale, 519.
— de la voûte crânienne, 738.
Péricarde (Rupture d'une dilatation aortique dans le), 53.
— (Cancer du), 492.
Péricardite purulente, 264, 442, 543.
— hémorrhagique, 335, 492.

Digitized by Google

Périnée (Cysto sarcome du) chez un fœtus, 290, 583.
Périsplénite dans la fièvre typhoïde, 722.
Péritoine (Cancer du), 309.
Péritonite chronique, 391.
— tuberculeuse, 403.
Pharynx (Cancer du), 304.
Pied (Écrasement du), 413.
Phlébite du sinus latéral, 272.
Phlegmatia alba dolens, 132, 491.
Pleurésie purulente, 73, 477, 542.
Pneumonie, 442.
— interstitielle tuberculeuse, 689.
— (Embolie dans la), 207.
— thrombose, 264.
— caséeuse double, 282.
Polydactilie, 725.
Pott (Mal de), 480.
Poumon; Angioleucite cancéreuse, 50.
— Caverne, 79.
— Anomalie, 282.
— Corps étranger, 307.
— Apoplexie, 324.
— Gangrène, 371, 735.
— Infarctus, 420.
— Ecchymoses dans l'hémorrh. cérébrale, 737.
— Cancer secondaire. 764.
Prostate (myome de la), 167.
Protubérance (Ramollissement de la), 491.
— (Lésions de la), 533.
— (Anatomie normale), 550.
Psammome cérébral, 667.
Purpura hemorrhagica dans un cas de cirrhose, 446.

R

Radius (Fracture), 430.
Ramollissement du cervelet, 74.
Ramollissement cérébral cortical, 577, 584.
— de la rate, 195.
— du bulbe, 450.
Rate (Kyste hydatique de la), 673.
— (Ramollissement de la), 195.
— (Cancer de la), 324, 549.
Rectum (Cancer du), 634.
— (Rétrécissement du), 684, 686.
Rectum (Perforation du), 710.
Rein (Abcès miliaires du), 448.
— (Absence du), 592.
— (Anomalie du), 28.
— Atrophique et r. chirurgical, 640.
— (Cancer du), 340.
— (Cicatrice du), 338.
— (Contusion du), 33. 236, 463.
— Contracté, 26.
— (Déchirure du), 659.
— Dégénérescence kystique, 12.
— (Hétérotopie du), 593.
— (Fibro myome du), 258.
— Néphrite caséeuse, 784.
— Tuberculose, 99, 217.
Rétrécissement aortique. Tuberculose pulmonaire. 40.
— congénital de l'aorte, 521.
— de l'urèthre, 57, 306.
— de l'œsophage, 411.
— mitral, 450.
— dysentérique du rectum, 684.
— cancéreux du rectum, 686.
— spasmodique de l'œsophage, 715.
Retro-péritonéal (Cancer), 266.
Rhumatisme (Embolie pulmonaire), 700.
— (Embolies), 156.
Rotule (Fracture de la), 220.
Rupture de l'aorte, 53.
— de l'intestin grêle, 57.
— d'une artère coronaire, 275.
— du cœur, 424.

S

Sarcome alvéolaire du testicule, 93.
— de l'orbite, 200.
— du corps tyroïde, 225.
— du médiastin, 233.
— (cysto-) de périnée, 290, 583.
— pulsatif du tibia, 729.
Sein (Squirrhe du) chez l'homme, 20.
— (Cancer du), 183.
— (Adéno-sarcome du), 581.
Syphilis hépatique, 388.

T

Tendon (ossification d'un), 726.
Testicule (Absence du), 592.
— (Cancer du), 130, 178, 203, 656.

www.libtool.com.cn
Digitized by Google

Testicule (Lymphadénome du), 149.
— (Sarcome du), 93, 96.
Thorax (Contusion du), 33.
Thrombose de l'artère cardiaque, 424.
— de l'artère cérébelleuse, 74.
— de la veine cave inférieure, 176. 534.
— pulmonaire 264.
— des veines du membre inférieur, 285.
Thyroïde (Sarcome du corps), 225.
Tibia (Nécrose du), 224.
— (Sarcome pulsatif du), 729.
Trépanation, 706.
— dans les lésions corticales, 778.
Tubercule cérébral, 81, 146.
— du cervelet, 795.
— des reins, 99.
Tuberculose pulmonaire et affections du cœur, 40, 43, 84.
— pulmonaire et rénale, 711, 784.
— pulmonaire aiguë, 689.
— probable de reins, 217.
— généralisée, 291.
— péritonéale, 403.
— des organes génito-urinaires, 185, 291, 477, 637, 790.
Tumeur cérébrale, 347, 678.
— blanche du genou, 379, 497, 509.
Typhoïde (Fièvre), 297, 519, 722, 786.

U

Ulcère variqueux, nécrose, 224.
— de l'estomac, 635, 735.
Urèthre (rétrécissement de l'), infiltration urinaire, 57, 306.
Urine bleue, 29.
— chyleuse, 470.
— pathologique, 275.
Utérus bicorne, 101, 454.
— (Cancer de l'), 368.
— (Corps fibreux de l'), 258, 340.
— (Corps fibreux et grossesse), 21.
— (Déformation de l'), 258.
— (Myome crétifié de l'), 184.

V

Vagin (Oblitération du), 12.
— double, 454.
Vaginale (Hématocèle), 499.
Variole hémorrhagique, 171.
Veine cave inférieure (Thrombose de la), 534.
Vésicale (hernie), 616.
Vessie (Cancer de la), 640.
— (Corps étranger de la) 352, 651.
— (Fongus de la), 111, 256, 289.
— (Perforation de la), 221.
— (Rapport anomal de la), 384.
Vulve (Fibro-myome de la), 48.
— (Myo-myxome de la) 355.
— (Kyste sébacé de la), 405.
— (Kyste de la), 427.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

TABLE

DES PRÉSENTATEURS DE PIÈCES OU OBSERVATIONS

MENTIONNÉES DANS CE VOLUME

A

Abadie. — 781.
Affre. — 328.
Audouard. — 119, 655.
Auger. — 21.
Avezou. — 60, 403, 439.

B

Balzer. — 50, 53, 84, 85, 112, 371, 546, 549, 795.
Baraduc. — 247, 277, 306, 591.
Barié. — 22, 757.
Baronoff. — 489, 781, 785.
Barth. — 221, 659.
Bazy. — 366, 438, 635, 729.
Beurmann (de). — 251, 347, 700, 739, 781.
Bide. — 218.
Bourneville. — 558.
Bousquet. — 602.
Boyer. — 634.
Brault. — 673, 739.
Brissaud. — 698.
Broca. — 142.
Budin. — 614.
Butruille. — 45, 106, 470.

C

Campenon. — 590.
Castex. — 684, 686.
Catuffe. — 637.
Ceppi. — 786.
Chabrun. — 79, 671, 737, 738, 794.
Chambard, — 116, 640, 731.
Charcot. — 19, 39, 50, 62, 187, 232, 235, 276, 338, 351, 398, 437, 449, 459, 491, 505, 583, 587, 637, 671, 672, 770, 777.
Chardin. — 355.
Chevallereau. — 59.
Chuquet. — 618, 725, 726, 727.
Colson. — 156.
Cornil. — 510.
Cossy. — 309, 391.
Cottin. — 593, 762.
Couty. — 207, 297, 415, 442, 480, 542.
Cuffer. — 16, 195, 241.

D

Dave. — 474.
Decaisne. — 363.
Déjérine. — 290.
Delaunay. — 241, 293.
Deschamps. — 765.
Desprès. — 37, 96, 102, 141, 224, 236, 308, 386, 456, 582, 590, 591.
Devilliers. — 215.
Doléris. — 74, 128, 185, 323, 424, 492.
Dreyfous. — 101, 304, 465.
Dreyfus. — 122, 381, 519, 577, 594.
Drouin. — 144, 194, 250.
Dupuy. — 323.
Duret. — 49, 141, 499, 591, 709, 657.
Dusaussay. — 30, 49, 345, 388, 746, 747, 753.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

E

Emery. — 36.

F

Féré. — 11, 12, 31, 32, 123, 172, 224, 228, 311, 384, 439, 485, 495, 539, 598.
Ferrand. — 338.
Fournaise. — 427.

G

Garcia. — 499, 790.
Gauché. — 464.
Gauderon. — 272, 477.
Gautier. — 537.
Gellé. — 625.
Germond. — 79, 362.
Goetz. — 81, 723.
Golay. — 188, 258, 264, 282, 525, 608, 790.
Gombault. — 293.
Gondouin. — 405.
Guéniot. — 148.

H

Hallopeau. — 450, 533.
Hayem. — 20, 26, 57, 69. 230, 443, 625.
Herpin. — 130, 396, 398.
Heydenreich — 338, 583, 594.
Homolle. — 163, 249, 470, 536, 580.
Houel. — 224, 386, 602, 637, 662, 675, 722.
Hugonneau. — 290.

J

Jean. — 171, 227, 307.
Joffroy. — 445, 450, 451.

K

Komorowski. — 12.

L

Landouzy. — 435, 616, 711.
Langlebert. — 256, 289.
Lataste. — 366, 729.
Laurent. — 258.
Laveran. — 607.
Lebec. — 165, 169, 771.
Leblond. — 422.
Léger. — 90, 332, 409, 411, 420, 620, 678, 718, 719.
Lépine. — 521.
Letulle. — 93, 149, 200, 203, 236, 352, 413, 652.
Levrat. — 217.
Longuet. — 29, 59, 170.
Lucas-Championnière. — 456, 590, 709, 778.

M

Magnant. — 26, 28, 330, 363, 435.
Mahot. — 734.
Malassez. — 540, 591.
Marchant. — 672, 755.
Marot. — 138.
Martin. — 675, 767.
Maunoir. — 160, 163.
Maunoury. — 463.
Mayor. — 491, 592.
Merklen. 457.
Michel. — 339.
Millard. — 459.
Monod (Eug.). — 48, 183, 184, 235, 353; 446, 505, 581, 629, 740.
Morel. — 662.
Morisset. — 621.
Mossé. — 460, 543, 772.
Motta-Maia. — 86.
Moutard-Martin. — 19, 20, 33, 76, 96, 220, 221, 306, 328, 379, 497, 509, 521, 546, 590, 591, 599, 626, 656, 666, 706.

N

Nau. — 506.
Nitot. — 356.

O

Ollivier. — 19, 52.
Oulmont. — 324, 405.

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

P

Pauffard. — 662.
Périer. — 63.
Petit. — 141, 430, 666.
Pierret. — 550, 553, 556.
Pitres. — 340, 491, 505, 672, 702, 777.
Planteau. — 285.
Poigné. — 399.
Poiré. — 399.
Poirier. — 534.
Poisson. — 108, 111, 173, 291.
Porak. — 103, 132, 148, 178, 300, 314, 375, 453, 454, 689, 711.
Poullain. — 38, 175.
Pozzi. — 149.

Q

Quenu. — 386, 695.

R

Ramonède. — 29.
Raymond. — 103, 311, 608.
Raynaud. — 431, 522.
Reclus, — 310, 740.
Régnier. — 587.
Rémy. — 136, 418, 498.
Renaut. — 130, 141, 470, 657.
Rendu. — 105, 275, 308, 459, 470, 591,
Reverdin. — 279.
Richet. — 57.
Robert. — 146.
Robin. — 29, 275, 470, 501.
Routier. — 73.

S

Sabourin. — 339, 584, 667, 668.
Saint-Ange. — 99, 287.
Sazic. — 735.
Séc. — 101.
Sevestre. — 40, 43. 47, 266, 314, 340, 473, 510, 518.
Sinéty (de). — 540, 679.

T

Terrillon. — 187, 651.

V

Valude. — 335.
Vinache. — 470.

W

Weiss. — 368.

VERSAILLES. — CERF ET FILS, IMPRIMEURS, 59, RUE DUPLESSIS

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

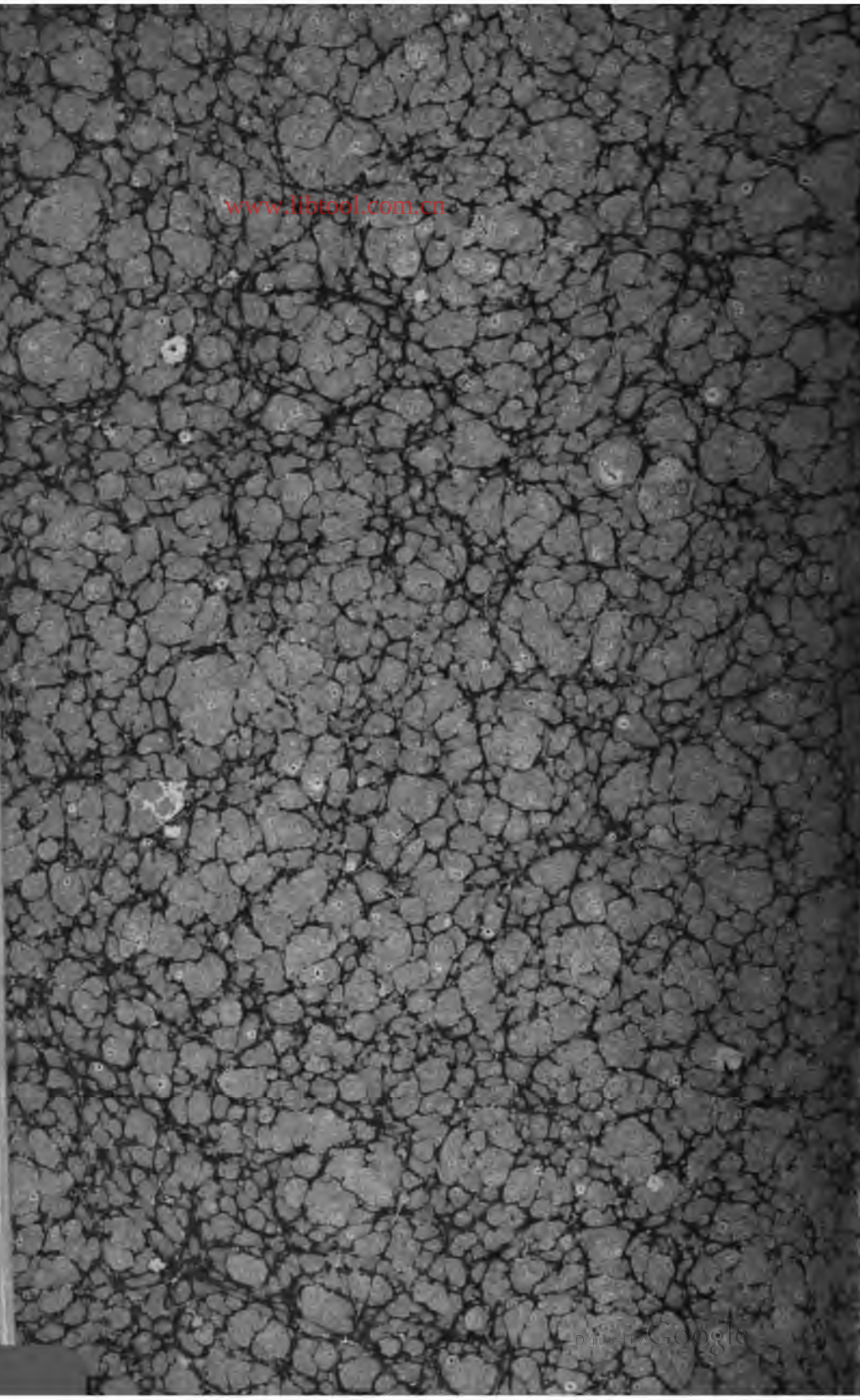
Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google

www.libtool.com.cn

Digitized by Google


www.ibtool.com.cn
Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07025 4795
www.libtool.com.cn
Digitized by Google

www.libtool.com.cn