

Bibliothèque numérique

medic@

**Bernard, Claude. - Sur deux cas
d'altération du foie et sur un cas de
fungus de la dure-mère**

*In : Comptes rendus des
séances de la Société de
biologie et de ses filiales, 1851
(1852), t. 3, p. 134-138.*



(c) Bibliothèque interuniversitaire de médecine (Paris)
Adresse permanente : <http://www.bium.univ-paris5.fr/hist/med/medica/cote?clber030>

était entouré d'un grand nombre de zoospermes sous la forme primitive qu'ils ont dans le parenchyme testiculaire et dans le premier spermiducte.

Ces faits lui semblent devoir servir à jeter quelque jour sur le problème concernant le lieu où s'opère la fécondation dans les gastéropodes hermaphrodites insuffisants.

Dans une communication postérieure, M. Laurent annonce que le même individu du *limax flavus* qui a pondu le 1^{er} octobre, vingt-cinq œufs féconds dont le développement normal est en voie de tendance à l'accomplissement, vient de faire une nouvelle ponte de 14 œufs. Cette deuxième ponte par un limax vierge sera peut-être féconde et constituera un fait de plus pour éclairer la question problématique du lieu où s'opère la fécondation dans les mollusques gastéropodes hermaphrodites insuffisants (18 octobre).

III. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

SUR DEUX CAS D'ALTÉRATION DU FOIE ET SUR UN CAS DE FONGUS DE LA DÈRE MÈRE ; par MM. CL. BERNARD et CHARCOT.

M. Claude Bernard et M. Charcot communiquent les observations suivantes :

1^o GRANULATIONS GRAISSEUSES DU FOIE. — Un homme, âgé de 40 ans, présente tous les signes de la tuberculisation générale la plus avancée. — Signes stéthoscopiques et plessimétriques d'excavations spacieuses dans les deux poumons. — Phthisie laryngée, aphonie; diarrhée incessante, probablement produite par des ulcérations tuberculeuses. A l'autopsie du cadavre, on trouve les poumons farcis de tubercules dans leurs lobes inférieurs, et creusés de grandes cavernes à leur sommet. Ulcération des cordes vocales inférieures; tubercules dans les ganglions mésentériques; ulcération à fond tuberculeux dans l'iléon et le colon. Le foie est un peu plus volumineux qu'il ne doit l'être; sa coloration générale est foncée, sa consistance est augmentée, son tissu crie un peu sous le scalpel, il est gorgé de sang noir; il est semé d'une quantité de granulations, du volume d'un petit pois, pour la plupart, lesquelles ont, pour l'aspect, la plus grande analogie avec les tubercules des autres viscères. L'examen microscopique démontre à M. Rayer que ces granulations ne sont pas des tubercules, mais bien des granulations hépatiques, surchargées de globules de graisses. L'infiltration du parenchyme du foie, par des globules de graisse, au lieu d'envahir le foie tout entier, et de le transformer en *foie gras*, comme cela a lieu le plus habituellement, ne se montrait ici, que dans un certain nombre de granulations hépatiques isolées les unes des autres.

2^o ANATOMIE D'UN FOIE ATTEINT DE CIRRHOSE. — Un homme, âgé de 45 ans, entre à l'hôpital de la Charité, le 8 août 1851; hydropisie ascite considérable, œdème des membres inférieurs, des bourses et du pénis; amaigrissement du thorax, de la face et des membres supérieurs; teinte jaunâtre, plombée, et même parfois ictérique des téguments. La peau est en même temps sèche et

rugeuse. Le cœur, de volume normal, ne présente pas de bruits anormaux ; le bord inférieur du foie ne peut être limité par la percussion, mais son bord supérieur ne remonte pas au-dessus du mamelon, malgré la distension de l'abdomen. Les urines sont d'une couleur rouge foncé. Les réactifs n'y démontrent pas l'existence de la matière colorante de la bile.

Le 19, la suffocation était imminente, et le malade demandait à grands cris du soulagement ; une ponction de l'abdomen est pratiquée le 20 septembre par les moyens ordinaires. La sérosité qui s'écoule est transparente. Le lendemain, douleur abdominale à la pression, vomissements bilieux incessants, diarrhée, fièvre. La cirrhose (car tel avait été le diagnostic), s'était donc compliquée d'une péritonite aiguë, dont la ponction abdominale semble avoir été la cause provocatrice. Le malade succombe le 28 septembre.

Cet homme se disait malade depuis six mois environ ; il n'était pas buveur, et il n'avait jamais remarqué d'accidents syphilitiques.

A l'autopsie du cadavre, on note : 1° les lésions d'une péritonite générale intense ; 2° une diminution de moitié au moins dans le volume du foie, qui est en même temps légèrement bombé, d'une coloration jaune générale, et dont le tissu est dur et crie sous le scalpel. Sur la coloration jaune générale se détachent des granulations noirâtres.

Le foie petit est ratatiné et comme chagriné à sa surface extérieure par une multitude de petites élevures inégales et diversement colorées. La couleur de ce foie ne rappelle en rien celle du tissu hépatique sain. Sur un fond d'un blanc-gris sale, on remarque trois couleurs principales, le noir, le rouge lie-de-vin et le jaune, disséminées comme un granit à la surface du foie. Les colorations jaune et noire appartiennent généralement aux élevures de la surface hépatique, tandis que la couleur rouge lie-de-vin se voit par transparence au travers de la membrane péritonéale épaissie.

Sur la coupe du tissu du foie, on observe également une sorte de marbrure granitée, formée par les trois colorations visibles à la surface extérieure du foie, savoir, le jaune, le noir et le rouge lie-de-vin. Seulement il est à remarquer que les granulations de couleur noire siègent plus spécialement dans le tissu hépatique qui avoisine la surface extérieure de l'organe, tandis que les granulations jaunâtres sont assez uniformément répandues dans le tissu du foie. Les taches rouges lie-de-vin suivent plus spécialement les branches de la veine porte. On voit en outre sur la coupe du tissu hépatique des points blanchâtres comme fibreux, coïncidant avec un épaississement de la membrane de Glisson, une atrophie évidente et une diminution de calibre des vaisseaux sanguins hépatiques, qui semblent épaissis dans leurs parois, surtout pour les rameaux de la veine porte.

A l'examen microscopique, on constate quelques différences de structure, suivant les points du tissu hépatique qu'on examine.

1° Quand on soumet au microscope la substance des granulations jaunâtres

du foie, on voit qu'elle est composée par un grand nombre de cellules hépatiques assez régulières et assez développées, et mélangées d'une grande quantité de graisse à l'état de gouttelettes huileuses qui sont, les unes adhérentes aux cellules hépatiques, les autres libres sur le champ du microscope. Les cellules hépatiques, pourvues pour la plupart de noyau, ne paraissent pas offrir d'altération bien spéciale, si ce n'est une sorte d'infiltration graisseuse pour quelques-unes d'entre elles.

2° La substance, qui constitue les *granulations noires*, ayant leur siège près de la surface extérieure du foie, présente une structure différente. Les cellules hépatiques qui y sont nombreuses, sont généralement plus petites et plus irrégulières dans leurs formes que celles de la substance jaune. Quelques-unes ont un noyau intérieur, mais aucun ne contient de graisse adhérente ou libre à l'état de globules huileux, comme dans la substance des granulations jaunes. De plus, on rencontre dans ces particules noirâtres du foie un grand nombre d'éléments fibro-plastiques, qui sont généralement d'un petit volume, mais d'une forme parfaitement caractéristique. On ne pourrait pas toutefois en inférer que la présence des éléments fibro-plastiques est distinctive de l'altération noire du foie, car on retrouve ces mêmes éléments dans d'autres points du tissu malade du foie, surtout lorsqu'on examine son tissu dans les parties les plus voisines de la surface extérieure de cet organe. Mais dans les *particules jaunes du foie*, on ne découvre aucune trace de ces mêmes éléments fibro-plastiques.

3° Dans les *points rouges lie-de-vin*, on remarque au microscope à peu près la même structure que dans les parties jaunâtres du foie, qui paraissent seulement avoir été teintes dans ces points par de la matière colorante sanguine. Comme dans les granulations jaunes, le microscope n'y montre que des cellules hépatiques plus ou moins mélangées de graisse à l'état de globules huileux.

En résumé, ce foie se différencie d'un foie sain par son aspect et sa forme spéciale, et par une grande consistance, qui leur semble être due, surtout à l'épaississement de la membrane de Glisson et des vaisseaux sanguins. De plus, à l'examen microscopique, le tissu de ce foie altéré offre une modification dans l'aspect et le volume des cellules hépatiques, et de plus la présence d'un assez grand nombre d'éléments fibro-plastiques.

3° ANATOMIE D'UN FONGUS DE LA DURE-MÈRE. — Une femme âgée de 28 ans, cuisinière, entre le 1^{er} septembre 1851, dans le service de M. Rayer.

Cette femme se plaint depuis longtemps de douleurs dans la tête, douleurs dont elle ne peut préciser le siège. Ces douleurs ne sont pas accompagnées de vomissements. Elle vient à pied à l'hôpital, et dans la première quinzaine de son séjour, elle n'offre pas d'autres symptômes que ceux de la chlorose. Cependant, déjà elle se plaint de voir mal de l'œil gauche, et la paupière du même côté est un peu tombante. Les douleurs de tête sont intenses; mais leur siège n'est pas précis. Le 20, du subdelirium se montre, la face est un peu injectée, la malade s'agite dans son lit, qu'elle ne quitte plus. Pas de vomissements, pas

de contracture, pas de paralysie du sentiment ou du mouvement dans aucun des membres supérieurs ou inférieurs. La paupière gauche tombe sur le globe de l'œil et en recouvre habituellement la moitié supérieure; cependant la malade peut encore élever parfois la paupière quand on lui ordonne de le faire. La pupille du même côté est très-dilatée; l'œil, fixe et immobile, n'est pas dirigé plutôt en dedans qu'en dehors. Cet œil ne peut suivre un objet que l'on fait mouvoir devant lui. Il est difficile de dire si la vision est modifiée, et comment elle est modifiée; car la malade délire complètement. Sangsues derrière les oreilles; purgatifs. Les jours suivant, état typhoïde, parfois de l'agitation, plaintes continuelles. Mêmes phénomènes du côté de l'œil et de la paupière gauche; pas de vomissements. Aucun phénomène à signaler du côté des membres, que la malade fait mouvoir. La sensibilité générale est intacte.

La malade meurt presque subitement le 29 septembre, alors que, depuis deux ou trois jours, son état avait paru s'améliorer.

A l'ouverture du crâne, on trouve la dure-mère adhérente au cerveau dans un point très-circonscrit de la partie antérieure et externe du lobe moyen du côté gauche, au niveau de la terminaison externe de la scissure de Sylvius. En ce point, la dure-mère donne attache à une sorte de champignon pédiculé, du volume d'une grosse noix, lequel pénètre tout entier dans la substance cérébrale qu'il a déprimée. La surface de ce champignon est séparée de la substance cérébrale par une sorte de kyste à parois vasculaires, du volume d'un gros œuf de pigeon. Ce kyste contient un liquide jaunâtre, hyalin, comme gélatineux. Il apparaît sur la paroi supérieure du ventricule latéral gauche, un peu en dehors du corps strié correspondant. Le corps strié, la couche optique et la substance cérébrale qui avoisinent tant le fungus que le kyste, présentent tous les caractères du ramollissement blanc dans une certaine étendue (à peine peut-on reconnaître la forme du corps strié; mais dans la place qu'il occupe, la substance cérébrale est changée en une masse pultacée sans trace de vascularité). Les nerfs optiques, ceux de la troisième et sixième paires, sont parfaitement libres et nullement comprimés. Il en est de même de l'origine des nerfs de la cinquième paire.

L'examen anatomique de la tumeur a démontré qu'elle adhérait intimement à la dure-mère par un pédicule assez large. A la coupe, la tumeur ne criait pas sous le scalpel; elle offrait une couleur jaunâtre plus vasculaire près de sa surface et offrait çà et là quelques points ramollis.

A l'observation, microscopique, à un grossissement de 350 diamètres, on a trouvé le tissu de ce fungus de la dure-mère, constitué presque exclusivement par des éléments bien analogues par la forme aux cellules fibro-plastiques, mais en différant cependant par quelques caractères qui seront indiqués plus loin. Dans les parties ramollies de la tumeur, ces éléments anatomiques s'isolent et se dissocient facilement, tandis que dans les parties plus résistantes de la tumeur, ils restent unis et agglomérés en un tissu analogue pour l'apparence à ce

qui a été appelé tissu fibro-plastique. Parmi ces éléments anatomiques, il en est comme pour les cellules fibro-plastiques qui sont pourvus de deux queues très-allongées, tandis que d'autres, qui n'ont qu'une seule queue, présentent ainsi la forme d'une raquette. Dans leur intérieur, toutes ces cellules offrent des granulations moléculaires et un ou quelquefois deux noyaux. Les caractères qui rapprochent ces éléments anatomiques des cellules fibro-plastiques sont : leur forme, la longueur des queues qui les terminent et leur stratification en un tissu serré constitué en totalité par ces cellules placées longitudinalement à côté les unes des autres. Les caractères qui différencieraient ces éléments anatomiques des cellules fibro-plastiques et pourraient les rapprocher d'une forme de cellule cancéreuse sont leur volume beaucoup plus considérable que celui des cellules fibro-plastiques, la netteté de contours et l'évidence des noyaux intérieurs. Si ce rapprochement peut être fortifié par l'existence dans le tissu de la tumeur de quelques autres cellules très-rares, il est vrai, mais ayant une forme ovale avec un ou deux noyaux intérieurs et ressemblant ainsi beaucoup à la cellule cancéreuse la plus ordinaire, il faut ajouter que les cellules allongées ne rentrent rigoureusement dans aucune des formes des cellules cancéreuses figurées jusqu'ici.

IV. — TÉRATOLOGIE.

SUR UNE ANOMALIE DE POSITION DES TESTICULES ET DE L'ÉPIDIDYME; par M. FOLLIN.

M. Follin montre à la société un nouvel exemple d'anomalie de position du testicule, décrit déjà par lui dans les archives (juillet 1851), c'est un testicule retenu à l'anneau inguinal interne avec un épидидyme descendu au-dessous de lui dans le scrotum.

Ce testicule est légèrement atrophié, il mesure dans son plus grand diamètre 3 centimètres, tandis que dans le testicule du côté opposé on trouve 4 centimètres; cette atrophie existe constamment dans les testicules retenus à l'anneau, dans le canal inguinal ou dans l'abdomen : sur ce testicule est placé un épидидyme, long aussi de 3 centimètres. La tête et le corps de l'épididyme n'offrent rien de spécial; mais au niveau de sa queue on voit partir un simple filament, canal déroulé de l'épididyme qui descend dans le scrotum suivant une étendue de 3 centimètres en ne conservant qu'une marche très-peu tortueuse; bientôt ce canal s'enroule de nouveau et ses flexuosités augmentant, on retrouve l'aspect général de la queue de l'épididyme. Mais ce déroulement de l'épididyme a gagné le fond du scrotum et on le trouve situé à 6 centimètres 1/2 au-dessous de l'extrémité inférieure du testicule; aux dernières flexuosités de l'épididyme succède le canal déférent qui remonte vers le canal inguinal suivant sa route habituelle.

L'épididyme, en descendant ainsi dans les bourses en avant du testicule, a entraîné une gaine péritonéale en dehors de laquelle il se trouve situé toutefois.