

qui est le cas le plus commun, sa pureté est altérée par la production de gaz acide hydro-sulfurique, en quantité assez grande pour que l'odorat en reconnaisse facilement la présence. C'est ce que tout récemment encore nous avons eu l'occasion de constater. En Angleterre, M. Davy a trouvé que du gaz contenu dans la plèvre, et qui provenait, comme ici, de cavernes pulmonaires, contenait une quantité d'acide carbonique beaucoup plus considérable que celle qui existe ordinairement dans l'air atmosphérique.

Quant aux symptômes très-tranchés qui annoncent chez les phthisiques la complication d'un pneumo-thorax, soit seul, soit uni à un épanchement de liquide, ce serait faire un double emploi que de les indiquer ici, puisque nous en parlerons ailleurs (*Maladies de la plèvre*).

On peut aussi consulter à cet égard les précieuses observations publiées par Laennec et par M. Louis.

§ IV. MALADIES DES GANGLIONS BRONCHIQUES.

95. La dégénération tuberculeuse de ces ganglions, chez les phthisiques adultes, est assez rare; chez les enfants, au contraire, elle est infiniment plus commune: cela est d'ailleurs en rapport avec ce qu'on observe pour les autres glandes lymphatiques du corps. Ainsi, par exemple, dans le premier âge, la plupart des entérites chroniques donnent lieu à l'engorgement tuberculeux des ganglions du mésentère: il n'en est plus de même après l'époque de la puberté; alors, consécutivement à l'affection intestinale, les glandes du mésentère se tuméfient, mais sans se *tuberculiser*, dans le plus grand nombre des cas; c'est ce qu'on peut observer, par exemple, chez les phthisiques dont les intestins sont depuis long-temps le siège de nombreuses ulcérations.

Avant la puberté, il n'est pas rare de trouver l'affection tuberculeuse beaucoup plus considérable dans les ganglions bronchiques que dans le parenchyme pulmonaire. Nous avons vu, par exemple, le médiastin postérieur rempli par d'énormes masses de ces ganglions, qui entouraient comme des cha-pelets la trachée-artère et ses divisions, tandis que dans le poumon nous ne trouvions que quelques tubercules miliaires entourés d'un tissu sain: mais il ne faut pas oublier qu'en même temps la membrane muqueuse des voies aériennes présentait des traces d'une inflammation plus ou moins vive. Dans quelques cas, enfin, les ganglions seuls nous ont paru tuberculeux; le poumon n'offrait aucune apparence de production accidentelle; les bronches étaient rouges.

Chez l'adulte, nous avons également constaté les divers rapports que nous venons d'établir entre l'état morbide des ganglions bronchiques, d'une part; et celui de l'appareil respiratoire, d'autre part. Ainsi, chez lui, nous avons aussi observé:

- 1° Une notable dégénération tuberculeuse des ganglions bronchiques coïncidant avec de nombreux tubercules pulmonaires;
- 2° Un pareil état des ganglions avec très-peu de tubercules dans le poumon;
- 3° Enfin, des tubercules dans ces mêmes ganglions, sans trace de phthisie pulmonaire.

Dans ce dernier cas, qui est infiniment plus rare que les deux autres, nous avons le plus souvent rencontré des indices d'un travail inflammatoire dans les conduits aërifères. Si la partie supérieure de ceux-ci est la plus altérée, alors ce n'est plus dans l'intérieur du thorax, c'est à la région cervicale, autour du larynx et de la trachée-artère, que les glandes lymphatiques se développent et tendent à se tuberculiser. Quel-

quefois alors elles se placent entre la partie postérieure de la trachée-artère et l'œsophage, et séparent ces deux conduits l'un de l'autre; en se développant de plus en plus elles peuvent comprimer l'œsophage et gêner la déglutition.

Enfin, nous avons constaté l'existence de l'état tuberculeux des ganglions bronchiques chez quelques individus qui, pendant la durée de leur séjour à l'hôpital, n'avaient présenté aucun symptôme de catarrhe pulmonaire, et dont la surface interne des voies aériennes ne nous offrit après la mort aucune trace de phlegmasie ancienne ou récente. Si, dans ce cas, une bronchite antécédente avait produit l'état tuberculeux des ganglions, pourquoi n'avait-elle pas donné lieu au développement de tubercules dans le poumon? Dira-t-on que la prédisposition à la formation des tubercules n'existait que dans les ganglions bronchiques, et non dans le parenchyme pulmonaire?

96. Dans quelques cas nous avons trouvé dans ces ganglions une véritable suppuration. Dans leur tissu noir et tuméfié s'écoulait, soit par la simple incision, soit par la pression, un liquide purulent, analogue à celui qui s'écoule d'une tranche de poumon enflammé au troisième degré. Le tissu de la glande était en même temps ramolli; il s'écrasait en pulpe sous le doigt. Ailleurs, il était refoulé, détruit peut-être par le pus rassemblé en foyer. Nous n'avons rencontré que quatre fois cette véritable ganglionite terminée par suppuration; et c'est une chose assez remarquable, que dans trois de ces cas il n'y avait que bronchite chronique peu intense (c'était chez des individus atteints de maladies du cœur), et que dans le quatrième cas le parenchyme de l'un des poumons, enflammé au second degré dans une partie de son étendue, offrait, vers son sommet, deux ou trois très-petites cavités, à parois lisses et comme

celluleuses, remplies d'un liquide purulent qui ne ressemblait nullement à du tubercule ramolli, et qui était, au contraire, tout-à-fait identique avec le pus contenu dans les ganglions bronchiques. C'est un des cas rares dans lesquels nous croyons avoir le mieux constaté l'existence d'abcès pulmonaires. Il y avait de plus, dans ce poumon, une autre cavité, à peine capable d'admettre un petit pois, entourée, dans l'étendue de quelques lignes, par un tissu dur et noir, et rempli d'une matière crétacée. Enfin, au milieu des petites portions de parenchyme engouées, existaient épars des corps grisâtres (granulations de Bayle, induration partielle des lobules pulmonaires), et, enfin, au milieu de ces granulations ou à côté d'elles, de très-petites masses arrondies, comme moléculaires, d'une matière blanchâtre (tuberculeux naissant).

Notre manière de concevoir la production de la matière tuberculeuse cadre très-bien avec les faits précédents. Nous eussions été bien plus étonné de voir du pus se former dans les ganglions, et non des tubercules, si ces derniers eussent en même temps existé en grand nombre dans le poumon. Car la même disposition qui favorisait dans celui-ci la sécrétion du tubercule aurait dû alors le produire, au lieu de pus, dans les ganglions, comme dans tous les autres points enflammés. Mais remarquez que tel n'était point le cas de quatre individus chez lesquels nous trouvâmes une ganglionite avec suppuration: chez les trois premiers il n'y avait de trace de tubercule ni dans le poumon, ni ailleurs; chez le quatrième, à la vérité, on en trouvait quelques vestiges, mais ils étaient de telle nature, que les uns indiquaient un travail de tuberculisation qui n'était plus en activité, si je puis ainsi dire (tubercule crétacé, etc.), et que les autres indiquaient un autre travail qui n'était encore qu'un rudiment. Il ne nous semble donc pas déraisonnable de supposer que si la ganglionite eût eu lieu quel-

ques années auparavant, elle se serait terminée par tuberculisation; et que, d'un autre côté, si la maladie eût prolongé son existence, et que les tubercules rudimentaires trouvés en petit nombre dans le poumon eussent eu le temps de se développer, le pus sécrété par les ganglions enflammés fût devenu de la matière tuberculeuse: il en eût été de même pour le pus ramassé en petits foyers au sommet du poumon.

97. Les tubercules des ganglions bronchiques s'annoncent-ils par des symptômes assez caractéristiques pour qu'il soit possible d'en établir le diagnostic? Nous ne le pensons pas; et c'est là une de ces affections qu'il n'est guère possible de reconnaître que par l'ouverture du cadavre. Il est cependant quelques cas où l'on pourrait être porté à en soupçonner l'existence. Tel est, par exemple, le suivant :

XIX^e OBSERVATION.

Symptômes de bronchite chronique. Dyspnée considérable, avec faiblesse plus grande du bruit respiratoire à gauche qu'à droite.

Un maréchal-ferrant, âgé de trente-huit ans, s'était bien porté jusqu'au mois de février 1824. A cette époque, il commença à tousser, et jusqu'au mois de mai, où il entra à la Charité, son rhume a persisté: sa voix s'est enrouée; sa respiration est devenue courte; il n'a jamais craché de sang. Lorsqu'il se présenta à notre investigation, nous trouvâmes la poitrine également sonore partout: le bruit respiratoire était fort et net dans tout le côté droit; *à gauche, au contraire, il était partout notablement plus faible*, mais d'ailleurs naturel. Le seul accident dont se plaignit le malade était un grand

essoufflement, qu'augmentait notablement non-seulement la marche sur un plan incliné ou horizontal, mais même tout mouvement un peu brusque exécuté dans le lit. La dyspnée devenait aussi plus considérable après chaque repas. Le décubitus était à peu près indifférent. D'ailleurs la toux était rare, l'expectoration catarrhale. Il n'y avait aucun symptôme morbide du côté du cœur ou des gros vaisseaux. De légers accès de fièvre avaient lieu de temps en temps; la face était pâle et la nutrition sensiblement altérée. Les jours suivants, le malade cracha du sang à diverses reprises; plusieurs fois nous constatâmes l'existence d'un mouvement fébrile; la dyspnée habituelle devenait de temps en temps beaucoup plus considérable. Quelle était la cause de cette grande gêne de la respiration et des autres phénomènes morbides? La persistance de la toux, les hémoptysies récemment survenues, les accès de fièvre qui se manifestaient de temps en temps, et enfin l'amaigrissement, étaient de fortes raisons pour nous porter à craindre l'existence de tubercules disséminés dans le parenchyme du poumon. Mais la suffocation était beaucoup plus considérable que celle que produisent ordinairement ces tubercules; et, de plus, on ne pouvait guère expliquer par eux la plus grande faiblesse du bruit respiratoire à gauche qu'à droite; car, à moins que les tubercules miliaires ne soient assez nombreux pour constituer en quelque sorte une seule masse par leur agglomération, ou bien qu'entre eux le parenchyme pulmonaire ne soit hépatisé (et alors le son eût été mat), le bruit respiratoire n'est pas ordinairement aussi faible. En procédant par voie d'exclusion, on fut conduit à penser que la principale bronche du côté gauche était comprimée par une tumeur, due peut-être à une masse tuberculeuse de ganglions bronchiques. De là, introduction d'une moindre quantité d'air dans le poumon gauche, et par suite la grande dyspnée. Ce malade sortit de

l'hôpital au bout d'un mois de séjour, sans que son état eût présenté aucun notable changement (1).

98. Les tubercules des ganglions bronchiques peuvent, comme ceux du poumon, affecter une marche plus ou moins rapide, rester stationnaires, ou même tendre à la guérison soit par la résorption d'une partie de leurs éléments, d'où résulte leur diminution de volume, soit par leur évacuation, après qu'ils se sont ramollis. En parlant des tubercules crétaqués du poumon, nous avons déjà exposé les raisons d'après lesquelles il nous semble probable que plusieurs d'entre eux avaient été d'abord des tubercules ordinaires, qui, en même temps que leur volume s'était réduit, avaient changé de propriétés physiques. C'est ce qui nous paraît aussi arriver pour plusieurs tubercules des ganglions bronchiques. Plus d'une fois, en effet, nous les avons trouvés formés par de la substance crétaquée, et même pierreuse, constituée par des molécules qui étaient dans une sorte d'isolement les unes par rapport aux autres. On eût dit que le lien qui les avait précédemment unis avait été enlevé par absorption. Autour d'eux nous avons vu quelquefois un kyste cellulo-fibreux, et une fois véritablement osseux : la glande elle-même, composée d'un tissu noir et dur, présentait des espèces de rides à l'extérieur ; elle

(1) Nous avons laissé ces réflexions, telles qu'elles ont été imprimées dans la première édition de la *Clinique*. Cependant, nous devons faire remarquer qu'il serait possible d'interpréter tout autrement les symptômes présentés par ce malade. Nous serions très-porté à penser qu'il avait des tubercules disséminés dans le poumon gauche, et de plus un *emphysème* de ce même poumon. La plus grande faiblesse du bruit respiratoire, tant à gauche qu'à droite, s'expliquerait très-bien par cet *emphysème*, dont nous n'hésiterions pas à admettre ici l'existence, s'il avait été dit dans l'observation que la sonorité des parois thoraciques fût plus grande à gauche qu'à droite.

semblait flétrie, ratatinée, comme si jadis elle eût un plus grand volume.

Dans beaucoup des cas où les glandes et les tubercules qu'elles contenaient étaient dans l'état que nous venons de décrire, les poumons contenaient aussi des tubercules crétaqués, avec kyste fibreux ou cartilagineux, et induration noire du parenchyme pulmonaire autour d'eux. Nous ferons encore ici une remarque, qui n'est peut-être pas sans importance ; ce n'est pas plus particulièrement chez des vieillards que nous avons trouvé dans les ganglions bronchiques des masses semblables à de la craie ou à du plâtre ; nous en avons rencontré, dans un rapport à peu près égal de fréquence, chez des individus d'un âge moyen, depuis trente-six jusqu'à cinquante ans.

Au-dessous de trente ans nous en avons plus rarement observé ; toutefois, nous n'omettrons pas de dire qu'un des plus notables exemples de tuberculisation crétaquée des ganglions bronchiques, avec apparence de flétrissure de ceux-ci, nous a été offert par une jeune femme de vingt-trois ans qui succomba à une gastro-entérite aiguë pendant l'hiver de 1824. Les poumons contenaient vers leur sommet quelques petites masses plâtreuses, et de plus un assez grand nombre de granulations milliaires étaient disséminées en divers points de leur parenchyme.

Quant à la guérison de la matière tuberculeuse des ganglions bronchiques par évacuation, nous en avons déjà parlé dans le tome troisième. Nous avons vu alors comment ces tubercules, en contact avec les parois de la trachée-artère ou des bronches qui résultent de sa bifurcation, pouvaient en déterminer l'inflammation, et par suite l'ulcération perforative. (1) La

(1) Consultez sur ce sujet une excellente thèse soutenue par M. Leblond, à la Faculté, en 1824, intitulée : *Recherches sur une espèce de phthisie particu-*

matière tuberculeuse, formée dans le ganglion, se vide à travers cette ouverture artificielle, et est expectorée. Ainsi peut être guérie l'affection tuberculeuse des glandes bronchiques, si toutefois, consécutivement à cette évacuation salutaire, le travail de la tuberculisation s'arrête, ce qui est malheureusement fort rare. De quelle utilité peut d'ailleurs être cette guérison, s'il y a en même temps des tubercules pulmonaires, ce qui est le cas le plus commun? Cependant on conçoit une circonstance dans laquelle on devrait regarder comme très-avantageuse une communication établie par la nature entre un ganglion malade et la trachée-artère ou les bronches; c'est lorsqu'il y a ganglionite simple, à la suite de laquelle la glande a été transformée en un seul et vaste foyer purulent, ainsi que nous en avons cité des exemples. Dans ce cas, une fois que le pus a été évacué à travers les voies aériennes, il n'a plus de tendance à se reproduire, comme la matière tuberculeuse: la cavité qu'il a laissée dans le ganglion doit tendre à s'effacer, et en même temps doit s'opérer la cicatrisation de la fistule trachéale, que n'entretient plus la présence du corps étranger, représenté dans ce cas par le pus qui s'écoulait du ganglion.

99. Nous terminerons ce paragraphe en citant deux observations qui confirmeront plusieurs des assertions précédentes.

fièvre aux enfants. J'ai observé moi-même, dans le service de M. Guersent, plusieurs des malades dont les histoires se trouvent consignées dans cette thèse, et je puis attester toute l'exactitude du tableau qui a été tracé par M. le docteur Leblond.

XX^e OBSERVATION.

Tubercules des ganglions bronchiques. État sain des poumons. Péritonite chronique.

Un jeune homme de quinze ans et demi, ouvrier en nacre de perles, avait toujours joui d'une assez bonne santé; cependant il s'enrhumait facilement, il avait souvent du dévoiement et saignait fréquemment du nez. Pendant les mois d'avril et de mai il eut régulièrement chaque soir un accès de fièvre, qui commençait par du frisson et se terminait par une sueur abondante. Pendant ce temps, les épistaxis furent fréquentes, et huit jours ne se passaient passans que le malade eût de la diarrhée. Au commencement du mois de juin, les accès de fièvre s'éloignèrent et devinrent erratiques, mais à cette époque aussi l'abdomen devint le siège de douleurs abdominales, d'abord intermittentes, puis continues, et qui s'exaspéraient régulièrement chaque soir. Elles n'étaient pas sensiblement augmentées par la pression; elles diminuaient à la suite des évacuations alvines. Le malade avait cinq à six selles en vingt-quatre heures. Ces douleurs, très-supportables, persistèrent jusqu'à la fin du mois de juin; l'on n'y opposa aucun traitement actif; le malade continuait à prendre des aliments; la diarrhée était devenue permanente; peu à peu les douleurs cessèrent, mais l'abdomen commença à se tuméfier; dans le courant du mois de juillet il acquit un volume énorme, et le pourtour des malléoles s'œdématisa. Jusqu'à cette époque le malade n'avait gardé le lit que passagèrement: il entra à la Charité dans les derniers jours de juillet.

Sa face et ses membres présentaient alors un degré déjà

avancé de marasme. Le ventre, considérablement tuméfié, présentait une fluctuation évidente; un peu de sérosité infiltrait le tissu cellulaire de la partie inférieure de chaque jambe. Une pression forte ne faisait naître aucune douleur dans l'abdomen. Le larynx était un peu rouge vers la pointe; la soif était vive, l'appétit à peu près nul: dix selles aqueuses, sans coliques, avaient lieu en vingt-quatre heures. La respiration était gênée, résultat probable du refoulement du diaphragme. Il y avait une légère fréquence dans le pouls, sans chaleur à la peau. L'urine était rare, le malade toussait sans cracher; la poitrine, percutée, résonnait bien partout; l'air paraissait pénétrer librement dans les poumons. Les battements du cœur étaient ordinaires.

D'après cet ensemble de symptômes, l'ascite nous parut avoir été le produit d'une inflammation du péritoine, lentement développée.

Le malade prenait une tisane de chiendent nitrée.

Ses cuisses étaient frictionnées soir et matin avec une once de teinture de digitale.

Pendant le cours du mois d'août il ne présenta d'autre changement dans son état qu'un affaiblissement progressif; une diarrhée abondante continua d'avoir lieu jusqu'à la mort; quinze à vingt heures avant le terme fatal, l'abdomen s'affaissa, et cette résorption brusque de la sérosité fut pour nous le signal d'une mort prochaine.

OUVERTURE DU CADAVRE,

40 heures après la mort.

Dernier degré de marasme; affaissement du ventre; léger œdème autour des malléoles.

Rien de notable dans le cerveau.

Cœur et poumons parfaitement sains; dégénération tuberculeuse des ganglions bronchiques, réunis sous forme de cha-pelets à la racine de chaque poumon.

Abdomen. — On y trouva à peine deux verres de sérosité, parfaitement limpide.

Les intestins étaient réunis en une seule masse par des fausses membranes, qui étaient réduites la plupart en tissu cellulaire. Aucun tubercule n'y était développé.

Le canal digestif, ouvert dans toute son étendue, était partout d'une pâleur remarquable, si ce n'est dans le cœcum, où existait une rougeur peu foncée, disposée en forme de plaques, au nombre de trois ou quatre; l'aire de chacune égalait à peu près le diamètre d'un écu de trois livres. L'on ne trouva aucun tubercule sous la muqueuse.

Les autres viscères ne présentèrent rien de remarquable.

==

Cette observation présente un exemple rare de l'existence de la matière tuberculeuse dans les ganglions bronchiques; le parenchyme pulmonaire en étant entièrement exempt. Cette affection ne fut d'ailleurs signalée par aucun symptôme qui pût même porter à la soupçonner. L'opiniâtreté de la toux était, au contraire, un motif de penser que des tubercules avaient envahi le tissu des poumons.

Cette observation est d'ailleurs remarquable sous d'autres rapports. Ainsi, la manière sourde dont débuta la péritonite est digne d'attention; elle ne fut jamais annoncée que par des douleurs assez légères, que la pression augmentait à peine; ces douleurs n'existèrent d'abord que par intervalles, puis elles devinrent continues, avec une exaspération périodique. Long-temps elles purent être confondues avec une foule de douleurs abdominales, dont la cause et la nature sont si

variées, et qu'on désigne sous le terme générique de *coliques*.

Nous noterons aussi la légèreté apparente des lésions de la muqueuse intestinale, dans un cas de diarrhée chronique.

XXI. OBSERVATION.

Tubercules des ganglions bronchiques, mésentériques et cervicaux. Simple tuméfaction de ceux de l'aisselle et de l'aîne. Granulations et excavation tuberculeuse dans les poumons. Entérite chronique.

Un homme de vingt-cinq ans, peau très-blanche, cheveux roux, muscles grêles, fut atteint d'un catarrhe pulmonaire vers le milieu du mois de janvier 1822. Il le négligea d'abord; mais bientôt la toux devint très-pénible, une hémoptysie légère survint, et effraya le malade, qui entra à la Pitié. Il fit dans cet hôpital un séjour de deux mois environ; il en sortit ne toussant plus. Mais, au bout de quinze jours, il fut pris d'un grand dévolement. Après que celui-ci eut persisté pendant trois semaines, le malade entra à la Charité le 31 mai. Il présentait alors un marasme déjà assez avancé; le pouls était fréquent, la peau chaude et aride. Quinze à vingt évacuations alvines, semblables à de l'eau colorée en jaune, précédées de coliques légères, avaient lieu en vingt-quatre heures. Le ventre était tendu, rénitent, douloureux à la pression dans le flanc gauche. Aucune fluctuation ne pouvait y être reconnue; le malade ne sentait aucune espèce d'appétit; sa respiration était courte, mais d'ailleurs il ne toussait pas; la poitrine, percutée, résonnait bien partout; l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires s'entendait partout d'une manière nette, mais très-forte; des glandes, mobiles sous le doigt, indolentes, existaient sur les parties latérales du cou.

En ayant égard à la fois aux circonstances commémoratives, à l'état actuel du malade, à sa constitution éminemment lymphatique, et enfin à l'engorgement des ganglions cervicaux, ne pouvait-on pas penser que cet individu était atteint d'une double affection tuberculeuse des poumons et des intestins? Les tubercules pulmonaires avaient les premiers manifesté leur existence; un traitement méthodique avait nécessairement enrayé leur marché; actuellement encore ils semblaient rester stationnaires, et le travail le plus actif paraissait avoir lieu du côté de l'abdomen. L'anorexie était sympathique de l'état des intestins. Il y avait, de plus, une circonstance qui ne devait pas être perdue de vue: c'était la tension, le développement du ventre. Il semblait que les intestins réunis ne fissent qu'une seule masse. Nous fûmes donc porté à soupçonner dès lors la complication d'une péritonite chronique, qui se serait développée peu à peu. Plusieurs des symptômes observés plus tard ne tendirent qu'à confirmer cette idée. Le pronostic était nécessairement très-grave: retarder le plus possible le terme fatal était tout ce que pouvait faire le médecin. L'eau de riz gommée, des lavements de lin furent prescrits; la diète la plus sévère fut recommandée. Le 9 juin, le dévolement n'existait plus, mais la fièvre persistait ainsi que la tension du ventre; de légères sueurs avaient lieu chaque nuit. Deux crèmes de riz furent accordées au malade. Du 10 au 13 un peu de diarrhée reparut (quatre à cinq selles en vingt-quatre heures). Même traitement.

Le 14, le dévolement avait cessé de nouveau; mais les membres pelviens s'étaient considérablement œdématisés depuis la veille. Bourrache miellée, bain de vapeur; on le continua jusqu'au 19. Ce jour-là on n'apercevait plus qu'un peu d'œdème autour des malléoles.

Le 20, réapparition du dévolement; vomissement spontané