

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

d'une grande quantité de bile porracée ; langue naturelle ; fièvre. Ce vomissement nous parut lié à la péritonite. Pendant la fin du mois de juin le malade vomit à peu près chaque jour soit de la bile , soit ses tisanes et le peu de bouillon qu'il prenait. Il n'avait en vingt-quatre heures que trois ou quatre évacuations alvines. La tension, la rénitence de l'abdomen devenait de plus en plus marquée ; la fréquence du pouls et les sueurs nocturnes persistaient ; l'œdème des pieds avait disparu, mais les bourses s'étaient infiltrées. Le marasme faisait des progrès rapides ; le malade ne pouvait plus se lever qu'avec beaucoup de peine ; il sentait toujours son haleine courte, mais il toussait à peine deux ou trois fois dans l'intervalle d'une visite à l'autre ; il ne prenait que des boissons adoucissantes , l'eau de riz, la solution de gomme, la décoction blanche. On essaya de le nourrir un peu avec du lait, mais il augmenta beaucoup le dévoiement ; un vésicatoire appliqué à l'épigastre parut diminuer la fréquence des vomissements.

Au commencement du mois de juillet ils cessèrent ; mais en même temps la diarrhée devint beaucoup plus abondante ; le malade allait jusqu'à trente fois à la selle en vingt-quatre heures ; aucun ténesme, aucune douleur n'accompagnait ces fréquentes évacuations. A peine le malade avait-il bu, qu'il sentait le besoin de se placer sur le bassin, et chaque fois il rendait une grande quantité d'un liquide aqueux verdâtre : c'était la *tienterie* des anciens. A dater de cette époque les forces déclinerent avec une effroyable rapidité, les traits de la face se décomposèrent, et le malade, parvenu au plus haut degré de la maigreur et de la faiblesse, s'éteignit sans agonie le 25 juillet. Depuis la réapparition de la diarrhée toute espèce d'œdème disparut ; la rénitence des parois abdominales avait toujours été en augmentant, et jusqu'à la mort la toux n'était pas devenue plus forte.

## OUVERTURE DU CADAVRE,

49 heures après la mort.

Dernier degré du marasme. L'atrophie des membres contrastait d'une manière frappante avec le développement du ventre.

*Crâne.* — Une quantité notable de sérosité limpide infiltrait le tissu cellulaire sous-arachnoïdien ; elle remplissait, sans les distendre, les ventricules latéraux. La substance même du cerveau, du misocéphale et du cervelet, était remarquable par sa grande pâleur et sa mollesse.

*Thorax.* — Les poumons, crépitant partout et secs, contenaient un assez grand nombre de granulations miliaires. Vers le sommet du poumon gauche existait une excavation tuberculeuse vide et pouvant à peine contenir une grosse noix. Les ganglions lymphatiques qui entourent la trachée à l'endroit de sa bifurcation, ainsi que les bronches avant leur entrée dans le poumon, avaient acquis un volume considérable ; ils étaient entièrement transformés en matière tuberculeuse encore crue. Aucun ne comprimait les vaisseaux aérifères ; les ramifications bronchiques étaient blanches ; le cœur pâle, et flasque, contenait une petite quantité de sang noir liquide.

*Abdomen.* — Aucune trace de phlegmasie n'existait dans la membrane séreuse. Elle contenait sept à huit onces environ d'une sérosité limpide, incolore. Mais le paquet des intestins grêles était fortement soulevé par d'énormes masses tuberculeuses, dont beaucoup étaient ramollies ; elles avaient leur siège dans les ganglions du mésentère.

La surface interne de l'estomac était pâle ; sa muqueuse, d'épaisseur et de consistance ordinaires.

Les deux tiers supérieurs de l'intestin grêle étaient également pâles. Dans le tiers inférieur existaient de nombreuses ulcérations, à bord et à fond brunâtre, avec mélange de matière tuberculeuse dans quelques-unes. La muqueuse qui les séparait était légèrement injectée. Des ulcérations pareilles existaient en petite quantité dans le cœcum et le colon.

Un peu de sérosité remplissait, comme à l'ordinaire, le canal thoracique.

De nombreux ganglions tuberculeux existaient des deux côtés du cou, soit immédiatement au-dessous de la peau, soit sous le muscle sterno-mastoïdien, soit enfin entre la colonne vertébrale et le pharynx. Les ganglions de l'aisselle et de l'aîne étaient volumineux, d'un blanc grisâtre, mais non encore dégénérés.

#### ARTICLE II.

#### MALADIES QUI COMPLIQUENT LES TUBERCULES PULMONAIRES, ET QUI ONT LEUR SIÈGE HORS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

##### § 1<sup>er</sup>. MALADIES DU CŒUR ET DE SES DÉPENDANCES.

Parmi ces maladies, les unes sont une complication commune de la phthisie, et font partie essentielle de son histoire; les autres ne se montrent que d'une manière en quelque sorte accidentelle, et nous ne devons les rappeler ici qu'autant qu'elles présenteront quelques cas rares d'anatomie pathologique ou de symptomatologie.

Chez le tiers environ des individus qui succombent à une

phthisie pulmonaire, le cœur se présente dans son état normal, chez les deux autres tiers il est altéré; mais tantôt cette altération consiste dans une augmentation réelle ou apparente de son volume, tantôt il est plus petit que de coutume, bien que ses parois soient notablement augmentées d'épaisseur (hypertrophie interne); tantôt enfin le cœur est véritablement atrophié, c'est-à-dire qu'il est d'un volume plus petit que dans son état physiologique, et qu'en même temps ses parois sont amincies.

100. L'augmentation de volume du cœur consiste le plus ordinairement dans une dilatation des cavités droites avec ou sans hypertrophie de leurs parois. Elle semble dépendre de l'obstacle que le sang éprouve à parcourir librement l'appareil vasculaire du poumon, souvent oblitéré dans une certaine étendue, comme nous avons essayé de le démontrer plus haut (47). C'est ainsi qu'une aorte trop étroite paraît avoir été quelquefois la cause de certaines hypertrophies du ventricule gauche. Lorsque l'anévrysme du cœur droit n'existe qu'à un faible degré, des symptômes peu tranchés l'annoncent pendant la vie, et l'auscultation peut tout au plus en faire reconnaître l'existence. Lorsque cet anévrysme est plus considérable, des symptômes plus caractéristiques en rendent le diagnostic facile; n'oublions pas toutefois de remarquer que chez un certain nombre de phthisiques la grande étendue des battements du cœur n'indique pas un état morbide de cet organe, mais qu'elle résulte uniquement de l'induration qu'a subie le parenchyme pulmonaire. C'est par cette dernière circonstance qu'on peut souvent expliquer pourquoi les battements du cœur ont été entendus avec force, soit sous l'une ou l'autre clavicule, soit même dans le dos, chez les individus dont on trouve le cœur sain après la mort.