

même le professeur Nat. Guillot, je suis arrivé à un diagnostic exact en me fondant sur l'existence de cicatrices anciennes. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme âgée qui présentait un vaste épanchement pleural gauche et une dyspnée intense, et à laquelle on avait enlevé, quelques années auparavant, le sein du même côté; l'amaigrissement était extrême, mais le facies n'avait rien de la teinte jaune caractéristique. J'admis, en me fondant sur l'opération antérieure, des noyaux cancéreux dans le poumon, avec épanchement symptomatique, et quelques jours plus tard je pus vérifier ce diagnostic : plusieurs noyaux occupaient le tissu sous-pleural. Le liquide épanché était de la sérosité pure, sans aucun mélange de sang. Le second cas s'est présenté dans des conditions semblables; toutefois il n'y avait pas d'épanchement, et la lésion de la plèvre ne se révélait que par une douleur thoracique assez vive, et de gros frottements qui persistèrent jusqu'à la mort de la femme, c'est-à-dire pendant une dizaine de jours. Pour les mêmes raisons que tantôt, j'annonçai l'existence d'une lésion cancéreuse du poumon et de la plèvre gauches, et la nécropsie montra de petits noyaux disséminés en grand nombre sous la plèvre diaphragmatique et pulmonaire; il y en avait aussi dans les couches profondes du feuillet costal. Le parenchyme pulmonaire n'en contenait que quelques-uns; le poumon et la plèvre droits étaient sains.

En résumé, messieurs, le cancer pulmonaire en masse se révèle par les signes des tumeurs intra-thoraciques; une fois l'existence d'une tumeur admise, c'est une question de diagnostic différentiel entre les diverses productions qui peuvent occuper la cavité pectorale, et notam-

ment entre l'anévrisme aortique et le cancer. Quant au cancer à forme diffuse, vous ne devez compter, pour le reconnaître, que sur l'ensemble des considérations qui m'ont guidé moi-même dans le cas actuel. Une solidification diffuse et persistante, avec émaciation et sans signes de ramollissement, est le point de départ et le fondement de l'appréciation : la persistance de la lésion élimine toutes les maladies aiguës; — sa diffusion élimine la pneumonie chronique; — l'émaciation et le dépérissement éliminent les indurations diffuses de la cirrhose ou sclérose pulmonaire; — l'absence de ramollissement dans ces conditions définies élimine les tubercules. L'engorgement et l'induration des ganglions cervicaux ou axillaires, la présence d'une tumeur cancéreuse extérieure, les traces d'une opération ancienne, enfin la teinte jaune-paille sont parfois de précieux auxiliaires pour le jugement, mais tout cela peut manquer. Notez aussi que l'un des éléments du diagnostic par exclusion, dont je vous ai indiqué les étapes, peut faire défaut : c'est l'émaciation. Dans les cas à marche rapide, elle n'a pour ainsi dire pas le temps de se produire, et les difficultés atteignent alors les limites du possible.

A quelques jours d'intervalle, l'histoire de ces deux malades a été complétée par l'examen cadavérique. Chez le n° 2, les poumons étaient creusés dans toute leur hauteur de petites cavernes tuberculeuses, la fonte était générale. L'abdomen était à moitié plein de sérosité limpide; il n'y avait pas trace de péritonite chronique, ni fausses membranes, ni adhérences, ni injection, ni opa-

cités de la séreuse. Il n'existait pas non plus de granulations péritonéales, la lésion était bornée aux ganglions mésentériques. Tous, sans exception, étaient triplés de volume pour le moins; tous avaient subi la dégénérescence strumeuse, et ils donnaient au mésentère un aspect marronné caractéristique. Les veines crurales et iliaques, la veine cave inférieure, étaient libres, elles ne contenaient pas de caillots; mais sur le segment inférieur de la veine cave, au-dessous des veines rénales, on voyait un ganglion directement à cheval sur le vaisseau; notre interprétation pathogénique de l'œdème des membres inférieurs était par là justifiée. Mais ce ganglion était un des moins volumineux; et si son action compressive n'avait pas été aidée par celle du liquide ascitique, si surtout il ne s'était pas agi d'un individu profondément cachectique, cette condition mécanique n'eût pas suffi pour amener l'hydropisie des membres. — Le foie, la rate, les reins et le cœur étaient normaux.

Chez le malade du n° 9, nous avons trouvé une péritonite chronique des plus remarquables: liquide louche en petite quantité dans la région hypogastrique, très-peu d'adhérences avec la paroi abdominale antérieure; mais tous les viscères, unis entre eux par de fausses membranes de plusieurs centimètres d'épaisseur, ne formaient qu'une seule masse homogène; ils étaient incrustés dans l'exsudation phlegmasique, au point que les parois de l'estomac et des intestins se confondaient entièrement avec elle; seules les cavités de ces organes apparaissaient béantes sur les coupes pratiquées. Le foie, la rate, les reins, intacts dans leur structure propre, faisaient corps, eux aussi, avec cette masse énorme, qui descendait jusque

dans le cul-de-sac recto-vésical, ainsi que l'avait indiqué l'exploration rectale. Sur la tranche de section comprenant à la fois les fausses membranes et les parois des viscères creux, se montraient partout en nombre considérable de petits noyaux d'un blanc jaunâtre. Les ganglions mésentériques étaient augmentés de volume, mais moins que chez l'autre malade; la surface de section n'était pas normale, on y retrouvait çà et là la substance blanchâtre, demi-molle, qui formait les noyaux des fausses membranes; mais l'altération la plus générale était une coloration noire, une pigmentation des plus prononcées.

Les plèvres étaient intactes et ne contenaient pas de liquide. La surface des poumons ne présenta non plus rien d'anormal; mais des coupes longitudinales firent voir, dans l'intérieur du parenchyme, des noyaux en grand nombre; les plus volumineux avaient la grosseur de l'extrémité du pouce, les petits atteignaient les dimensions d'une grosse noisette. Toute réserve faite de la nature de ces noyaux, leur dissémination dans les deux poumons rend parfaitement compte de la dyspnée et des phénomènes d'auscultation et de percussion présentés par le malade; l'interprétation avait été juste, c'était bien là la condensation et l'induration diffuses qui avaient été reconnues: le diagnostic physique était exact.

A la coupe, tous ces noyaux avaient le même aspect; on y retrouvait sur quelques points la substance demi-molle des ganglions abdominaux; mais ce qui dominait de beaucoup, c'était la pigmentation. Frappé par cette analogie, je regardai d'un peu plus près, et je m'aperçus bientôt que ces petites masses indépendantes du parenchyme n'étaient autres que les ganglions intra-pulmo-

naires ; tous étaient pris sans exception aucune : on pouvait les suivre en ramifications divergentes du hile vers la périphérie du poumon. Les ganglions du hile étaient de chaque côté altérés de la même manière, mais ils n'étaient pas réunis en masse, et ne pouvaient exercer aucune compression sur les vaisseaux de la région. Les ganglions médians situés au niveau de la bifurcation de la trachée étaient sains ; les cervicaux, dont l'hypertrophie avait été constatée pendant la vie, avaient à la coupe les mêmes caractères que tous les autres.

Ainsi donc, en ce qui concerne la péritonite, le diagnostic était rigoureusement exact ; en ce qui touche les poumons, il était juste au point de vue de la topographie et des effets physiques de la lésion ; était-il également fondé quant à la nature de cette dernière ? Le système ganglionnaire lymphatique était seul intéressé, voilà qui n'était pas très-favorable à l'idée du cancer. Mais l'individu avait trente-cinq ans, et la pigmentation était générale dans tous les ganglions ; cela pouvait faire songer à une forme de cancer mélanique. Bref, je n'ai pas trouvé dans l'examen à l'œil nu les raisons d'une détermination certaine, et je m'en suis remis à la décision du microscope. M. Cornil n'a constaté dans les fausses membranes du péritoine et dans les ganglions que les petits éléments du tubercule ; la lésion était purement ganglionnaire, il n'y en avait aucun vestige dans le parenchyme du poumon.

Le diagnostic nosologique avait été erroné ; nous avons affaire à une péritonite tuberculeuse et à une tuberculisation ganglionnaire. Cette déception n'enlève rien de leur valeur aux considérations précédentes touchant la

forme diffuse du cancer pulmonaire ; elle nous apprend seulement qu'il fallait réserver une place à la phthisie ganglionnaire dans l'appréciation éliminatrice sur laquelle nous avons fait reposer notre diagnostic. En raison de l'âge du malade, je n'ai pas songé un seul instant, je l'avoue, à la possibilité de cette altération. Mais l'idée m'en fût-elle venue, je déclare que je l'aurais carrément repoussée. Les signes physiques ne pouvaient rien dire : noyaux cancéreux ou ganglions tuberculeux intra-pulmonaires, c'était tout un ; c'était toujours la même induration, la même condensation diffuse du poumon ; les deux symptômes les plus caractéristiques de la tuberculisation ganglionnaire thoracique, à savoir : la toux quinteuse et la dyspnée paroxystique, manquaient absolument : avec cette forme de tuberculisation, la péritonite chronique est extrêmement rare ; enfin le facies du malade semblait démontrer l'existence de la diathèse cancéreuse.

Toutes ces remarques tombent devant le fait, et nous ne pouvons qu'en accueillir l'enseignement pour l'avenir. Cet enseignement est multiple, les propositions suivantes en résument les principaux points. La tuberculisation ganglionnaire isolée peut exister chez un individu de trente-cinq ans, et coïncider avec une péritonite chronique et une cachexie profonde. — Lorsque les ganglions intra-pulmonaires sont aussi lésés, on a les signes physiques d'une condensation disséminée du poumon, tout à fait semblable à celle du cancer à forme diffuse. — Les ganglions du hile et de l'intérieur du poumon peuvent être considérablement altérés, sans que ceux qui occupent la partie inférieure et la bifurcation de la trachée participent à la lésion. C'est vraisemblablement à l'intégrité

de ces groupes de ganglions que doit être attribuée l'absence des symptômes ordinaires de la tuberculisation ganglionnaire bronchique. — Enfin, l'engorgement et l'induration des ganglions cervicaux sont des signes infidèles du cancer intra-thoracique.

SIXIÈME LEÇON

DU CŒUR

Principes généraux pour l'examen clinique du cœur. — Situation de l'organe dans son ensemble. — Rapports des cavités et des orifices avec la paroi thoracique, avec les poumons. — Dimension des orifices.

Phénomènes physiologiques de la révolution du cœur. — Mouvements et bruits. — De la mesure motrice et de la mesure auditive. — Tracé schématique. — Rapports des mouvements et des bruits.

Foyers d'élection de l'auscultation du cœur. — Caractères des bruits. — De la répartition des bruits entre les foyers d'auscultation. — Dissociation des bruits normaux dans leurs éléments constitutifs. — Tableau des bruits du cœur en dissociation complète.

Application à la pathologie. — Rapports des bruits de souffle et des bruits normaux. — Foyers maxima. — Valeur sémiologique.

MESSIEURS,

Avant d'étudier avec vous quelques cas particuliers de lésions organiques du cœur, je crois utile de vous rappeler un certain nombre de faits généraux que l'on doit avoir présents à l'esprit lorsqu'on procède à l'examen clinique de cet organe. J'espère vous faciliter ainsi l'intelligence de quelques points importants de sémiologie, et tout au moins vous mettre à même de suivre et de répéter, avec connaissance de cause, les diverses explorations que vous me voyez pratiquer au lit du malade.

Il est essentiel avant tout d'être parfaitement fixé sur la situation générale du cœur, et sur les rapports qu'il présente, dans son ensemble et dans ses diverses parties,