TROISIÈME PARTIE

OBSERVATIONS.

Nous divisons les observations que nous relatons en quatre séries considérées au point de vue des formes que peut prendre la maladie : 1° forme aiguë, typhoïde; 2° forme subaiguë; 3° forme chronique insidieuse; 4° forme latente. Nous y ajoutons une observation de péritonite chronique sans tubercules survenue chez un tuberculeux.

PREMIÈRE SERIE

Forme typhoïde.

OBSERVATION I (1).

Granulie à forme typhoïde et abdominale. — Tuberculose du péritoine de la rate et des poumons.

Une femme, âgée d'une trentaine d'années, était entrée dans mon service en 1863, salle Notre-Dame, n° 56, pour une maladie qui fut regardée pendant un mois comme une fièvre typhoïde grave, et traitée comme telle. Après quelques améliorations passagères, l'état de sa santé s'aggravait de plus en plus; elle était d'une maigreur extrême, et son aspect rappelait celui des personnes frappées de phthisie aiguë; elle conservait toujours un mal de tête vague, sans aucun trouble des sens; les forces étaient tellement diminuées, qu'à peine elle pouvait se tenir assise sur son lit sans être soutenue; elle avait un profond dégoût pour toute espèce d'aliments, et elle avait une diarrhée incoërcible.

Le ventre était notablement ballonné; il donnait à la percussion un son très-clair sur les parties superficielles, et de la matité d'autant plus complète que l'on percutait des parties plus déclives; la fluctuation ne pouvait laisser de doute sur l'existence d'une certaine quantité de liquide épanché dans le péritoine.

Les parois du ventre étaient très-amincies, et par la palpation, on constatait à travers elles cinq ou six petites saillies de la grosseur de grains de chènevis, que je pensai être de petits tubercules développés à la surface du péritoine. Tout le ventre était extrêmement sensible à la moindre pression, et l'on

(1) Observation tirée du livre de M. Empis sur la Granulie, p. 210.

ne pouvait pas tracer, sur la peau de ses parois, les lignes destinées à produire la tache cérébrale hyperémique, qui se dessinait d'ailleurs avec intensité, sans lui causer une extrême douleur, qu'elle témoignait en poussant des gémissements, accompagnés de cette horrible grimace sur laquelle j'ai déjà tant insisté.

La fièvre était vive; la peau était couverte d'un grand nombre de sudamina; on n'avait constaté, à aucun moment de la maladie, de taches rosée lenticulaires.

La malade toussait peu, et elle ne crachait pas; la conformation du thorax ne présentait rien de notable, à l'exception de l'extrême maigreur de ses parois; la poitrine était partout très-sonore à la percussion, et l'auscultation ne faisait découvrir absolument aucun signe de lésions des organes de la respiration.

Il n'y avait, du reste, aucun trouble de l'intelligence; il n'y avait non plus ni contracture, ni paralysie; on constatait seulement de l'hyperesthésie cutanée développée, à son maximum, sur la peau du ventre, et jusque dans sa profondeur.

En présence de tous ces symptômes, l'idée d'une fièvre typhoïde ne pouvait être conservée; et nous demeurâmes convaincu que la malade avait eu primitivement une granulie, à forme typhoïde et abdominale, à laquelle avait succédé une tuberculisation rapide des produits fibro-plastiques, qui menait, à grand train, la malade au tombeau.

L'autopsie ne tarda pas à confirmer la justesse de nos prévisions.

La cavité péritonéale contenait environ 3 litres de *sérosité purulente*, et tout le péritoine était revêtu d'une très-grande quantité de petites granulations converties en tubercules; les uns encore miliaires, et offrant sous le doigt une assez grande résistance; d'autres plus gros et déjà caséeux; enfin les ganglions mésentériques étaient le siége de tubercules caséeux, dont quelques-uns avaient acquis le volume d'une aveline, et formaient dans chaque ganglion une masse blanchâtre assez régulièrement arrondie qui s'énucléait, tout d'une pièce, sans effort, sitôt après la section de l'enveloppe ganglionnaire. Des plaques tuberculeuses se rencontraient, en grand nombre, sur le gros intestin, au-dessous du péritoine, et s'étendaient, après s'être emparées de toutes les tuniques de l'intestin, jusqu'à sa membrane muqueuse, qui était elle-même très-ulcérée, dans les points correspondants. La rate, tant à sa surface que dans son intérienr, présentait aussi un grand nombre de granulations converties en tubercules.

Du côté du thorax, on rencontrait un grand nombre d'adhérences celluleuses, entre les deux plèvres; et, dans le lobe inférieur des deux poumons, un assez grand nombre de granulations; les unes étaient encore fibro-plastiques, demi-transparentes et non tuberculisées; les autres étaient déjà opaques et converties en tubercules miliaires.

Un fait assez remarquable et exceptionnel, c'est qu'il n'y avait, pour ainsi dire, aucune granulation dans les lobes supérieurs, et aucun tubercule dans les sommets des poumons. Quelques ganglions bronchiques étaient tuberculisés; aucun d'eux n'était granuleux. L'anachnoïde était épaissie et

laiteuse, le tissu cellulaire de la pie-mère était infiltré de sérosité ; mais on n'y découvrait aucune granulation, ni aucun tubercule ; les ventricules contenaient une assez grande quantité de sérosité ; leurs parois ne paraissaient pas altérées ; leur consistance m'a paru normale.

OBSERVATION II (personnelle).

Cavernules des poumons. — Granulations de la plève et du péritoine à l'état confluent. — Phthisie rapide. — Forme typhoïde au début.

Leroux (Célina), 28 ans, née à Paris, femme de ménage, entrée à la Pitié, service de M. Peter, salle Saint-Charles, le 3 avril 1869. Morte le 2 mai.

Cette femme n'est malade que depuis peu de jours ; auparavant elle a toujours été très-bien portante.

Le malaise qu'elle éprouve consiste dans de la courbature, de la fièvre, du mal de tête, de l'inappétence, beaucoup de soif. La langue est normale. La figure exprime un peu l'hébétude, les réponses sont nettes. Elle n'a pas eu d'épistaxis, le ventre est souple, peu sensible, pas de gargouillements, selles régulières, un peu de constipation. Rien d'anormal à l'auscultation de la poitrine et du cœur.

Malgré bien des symptômes négatifs, on pensa à une fièvre continue; quelques jours après, la malade commence à tousser. L'expectoration est muqueuse, puis jaune opaque ; on entend des râles crépitants fins disséminés partout, la respiration est un peu rude et soufflante aux sommets, surtout à droite et en avant. Dans les derniers quinze jours l'amaigrissement est très-rapide, le ventre devient ballonné, mais très-peu douloureux, la malade a un peu de diarrhée, la langue devient de plus en plus sèche, la fièvre peu vive cependant ; le thermomètre dans l'aisselle monte rarement au-dessus de 38° ; le pouls est toujours entre 80 et 100 pulsations. La respiration est accélérée et pénible. Le 27 avril, en auscultant, on perçoit déjà des râles cavernuleux au sommet gauche, l'expectoration est visqueuse et opaque depuis quelques jours. Selles diarrhéiques très-fréquentes. La malade mange à peine. Morte le 2 mai.

Autopsie le 4 mai. — Les cavités pleurales sont libres, la plèvre viscérale est comme poussiéreuse, recouverte par places de néo-membranes vascularisées, peu adhérentes; si on les enlève on voit, au-dessous, des petits points gris jaunâtres, disséminés. Les deux poumons sont farcis de granulations tuberculeuses; dans le lobe supérieur droit, on trouve plusieurs cavernules à surface interne, lisse, unie, et remplie par une matière muco-purulente. Dans le poumon gauche, à son lobe supérieur et moyen, on voit une véritable caverne de la grosseur d'un œuf de pigeon, à paroi dure et anfractueuse. Cette caverne contient un liquide de couleur chocolat et très-fétide.

Le cœur ne présente rien de particulier, le foie est de volume normal et à la coupe il représente la coloration et l'aspect de ce qu'on est convenu d'appeler le *foie muscade.*

Rien aux reins. La rate est un peu diffluente.

Dans le péritoine, on trouve un peu de sérosité citrine dans le petit bassin ; les épiploons semblent rétractés et comme mamelonnés; les anses intestinales sont libres; la séreuse péritonéale aussi bien à la surface des viscères que du côté de la paroi abdominale est parsemée d'une innombrable quantité de petites nodosités disséminées ou agglomérées, les unes faisant saillie à la surface, les autres se voyant à peine à travers des néo-membranes plus ou moins épaisses et adhérentes. Le grand épiploon est littéralement farci de tubercules, ses mailles sont en outre en plus grande partie remplies par du tissu adipeux dense et un peu rougeâtre.

On ne voit nulle part la séreuse à l'état normal. Le mésentère contient aussi de ces granulations et beaucoup de ganglions lymphatiques sont augmentés de volume. Le cerveau ne fut pas examiné.

DEUXIÈME SERIE

Forme subaigue.

OBSERVATION III

Due à l'obligeance de M. Henri Huchard, interne des hôpitaux.

Tuberculose pulmonaire chronique. — Dix jours avant la mort, péritonite tuberculeuse (forme subaigue). — A l'autopsie, cavernes, tubercules, granulations des poumons. — Ulcérations tuberculeuses de l'intestin. — Granulations du péritoine viscéral, du mésentère. — Adhérences entre quelques anses intestinales. — Epaississement et hypertrophie des tuniques de l'intestin.

La nommée Marie P..., âgée de 26 ans, exerçant la profession de couturière, entre, le 19 août 1871, salle Sainte-Geneviève (hôpital Lariboisière, service de M. le Dr Desnos).

Elle est malade et tousse depuis un an, à la suite de son second accouchement. Elle dit avoir fréquemment éprouvé des douleurs dans le côté droit de la poitrine, elle a eu de temps en temps des hémoptysies, quelques épistaxis depuis plusieurs mois. Les menstrues, ordinairement régulières, se sont arrêtées depuis le début de la maladie. Souvent elle a de la fièvre le soir, des alternatives de constipation et de diarrhée, des sueurs pendant la nuit, et depuis un an elle a remarqué qu'elle a beaucoup maigri.

Les antécédents pathologiques et héréditaires sont complétement négatifs : elle n'a jamais fait de maladie, n'a jamais eu d'accident de scrofule pendant son enfance, et personne dans sa famille n'est mort de maladie de poitrine. Elle se nourrit habituellement bien, habite une chambre bien aérée, mais elle a subi pendant le siége de Paris de nombreuses privations.

A son entrée à l'hôpital, on la trouve dans l'état suivant : l'amaigrissement est très-accusé, les creux sus et sous-claviculaires profonds ; la respiration est dyspnéique, précipitée; les battements du cœur fréquents, avec souffle du premier bruit à la base se prolongeant dans les vaisseaux du cou.

La percussion et l'auscultation des poumons donnent les résultats suivants : A droite dans la fosse sus-épineuse, la percussion est douloureuse et donne lieu à un son mat. Dans la région sous-claviculaire, le son est un peu obscur et d'une tonalité basse. A gauche, dans la fosse sus-épineuse, percussion normale; dans la région sous-claviculaire, elle produit un son à tonalité très-élevée.

A l'auscultation, on constate au sommet droit et en arrière une expiration prolongée, rude et soufflante et l'existence de râles crépitants fins aux deux temps. En avant, gargouillements nombreux. A gauche, en arrière, respiration soufflante et gargouillements ; en avant, souffle caverneux très-accusé à timbre métallique.

A l'auscultation des parties moyenne et inférieure des deux poumons, on entend des râles sous-crépitants et sonores peu nombreux et disséminés.

Du 19 au 27 août, l'état de la malade s'aggrave; la respiration est devenue de plus en plus difficile, les sueurs très-abondantes la nuit, l'appétit médiocre. Tous les soirs, elle a de la fièvre, le pouls est fréquent, battant de 100 à 110 par minute. La température vaginale est, le soir, de 39 à 39,5; le matin, de 37,4 à 37,8. Pas de vomissements. Elle rend par jour trois ou quatre selles diarrhéiques.

Depuis le 23 août, elle s'aperçoit que son ventre a augmenté de volume sans produire de douleurs bien vives. On les détermine cependant par la pression profonde dans les deux fosses iliaques, dans l'hypochondre droit vers un point rapproché de la ligne médiane. L'hypochondre gauche est complétement indolent. Ces douleurs ne se montrent que très-rarement d'une manière spontanée, mais elles se produisent par les efforts de toux et de vomissements qu'elle a depuis quelques jours, et aussi par l'ingestion des aliments. On perçoit par la percussion abdominale la sensation de flot ; le son est franchement tympanique dans les régions épigastrique, périombilicale de l'abdomen, obscur dans les flancs et surtout dans le flanc droit, complétement mat à l'hypogastre. On remarque que le son de percussion ne change pas notablement lorsque l'on fait mettre la malade sur le côté gauche et que l'on percute la fosse iliaque droite. Cette région est du reste le siége d'une rénitence et d'un empâtement mal limité.

A l'auscultation des poumons, on perçoit à peu près les mêmes signes qu'à son entrée. On constate un souffle franchement caverneux et des gargouillements à gauche possédant un timbre franchement métallique.

Les urines examinées ne présentent pas d'albumine. Cette malade s'affaiblit de jour en jour, la toux est incessante, l'expectoration muco-purulente, abondante, il existe un léger œdème péri-malléolaire, les douleurs abdominales sourdes sont à peine éveillées par la pression, le liquide abdominal a augmenté de quantité. Elle meurt le 3 septembre 1871.

Autopsie le 5 septembre. Les poumons présentent aux deux sommets de larges cavernes communiquant avec d'autres petits cavernules, à parois épaisses, entourées d'un tissu dense, induré, présentant un grand nombre de granulations tuberculeuses. Il existe également une assez grande quantité de granulations dans les autres parties des poumons, et des masses casécuses grosses comme des pois ou des noisettes. A la coupe du parenchyme, on constate une congestion pulmonaire accusée surtout aux deux bases. Les cavités pleurales renferment une petite quantité de liquide, et des adhérences assez résistantes unissent les deux sommets à la plèvre costale. Le péricarde renferme environ 60 grammes de liquide. L'endocarde est sain. Le tissu charnu du cœur est ramolli, de coloration d'un jaune clair.

Cavité abdominale. Le *foie* est augmenté de volume et graisseux. La capsule de Glisson est épaissie.

La *rate* ne présente aucune altération; il en est de même de sa membrane d'enveloppe.

Dans la *cavité péritonéale*, il existe environ 1,500 grammes d'un liquide séro-purulent, caillebotté, siégeant surtout dans le petit bassin. L'utérus et ses annexes sont complétement sains L'épiploon est un peu revenu sur lui-même, mais ne présente pas de granulations dans son épaisseur. Le péritoine viscéral est injecté par places, dans d'autres il est dépoli, glutineux; on voit sur la surface intestinale quelques granulations marquées surtout dans la fin de l'iléon vers le cæcum où se surtout des adhérences qui unissent assez intimement l'intestin grêle au cæcum et au côlon ascendant. Dans ces points se voient des groupes confluents de fines granulations qui la plupart correspondent, sur la face muqueuse immédiatement opposée, à des ulcérations tuberculeuses. La paroi intestinale incisée permet de constater un épaississement très-marqué de toutes les tuniques et surtout des tuniques celluleuse et musculeuse. La muqueuse intestinale, dans une partie de son étendue, est épaissie et rouge. Le mésentère est injecté, et présente de nombreuses granulations disposées suivant le trajet des vaisseaux, et une hypertrophie de ses ganglions.

Les centres nerveux n'ont pas été examinés.

Observation IV (personnelle).

Granulations tuberculeuses des plèvres et du péritoine. — Pleurésie droite. — Thoracentèse.— Symptômes de péritonite tuberculeuse disparaissant rapidement — Forme subaigue.

Le nommé Julien B..., garçon de café, âgé de 32 ans, entre à l'hôpital de la Pitié, salle Saint-Paul.

Ce malade fut soigné par M. Lasègue, il y a deux ans, d'une pleurésie droite, et après cinq semaines de séjour à l'hôpital, il sortit guéri.

Sans qu'il eût éprouvé de frisson, de point de côté et de toux, il fut pris rapidement de dyspnée très-violente.

Entré à l'hôpital, il fut examiné par M. Peter, qui trouva un vaste épan-

chement à droite. Le côté gauche de la poitrine était sain. La ponction fut faite trois jours après; le liquide était citrin; après, le malade se trouva soulagé, mais le liquide se reforma et bientôt le malade se mit à tousser et à maigrir considérablement. Il perd l'appétit et s'affaiblit tous les jours. On fait une seconde fois la ponction. Le liquide retiré a la même composition que le premier. Le ventre devient douloureux après un frisson et augmente de volume. Le malade a des nausées et des vomissements bilieux, de la constipation. La percussion de l'abdomen donne lieu à une sonorité tympanique, en quelques jours la douleur du ventre disparaît à tel point que l'on pouvait presser aussi fortement que possible sans que le malade accusât la moindre douleur.

Il mourut dans le marasme le plus complet, après avoir eu pendant quelques jours de la diarrhée.

A l'*autopsie*, on trouva le poumon droit refoulé et bridé au sommet de la cage thoracique; le reste de la cavité thoracique était rempli de liquide citrin et flaconneux; les deux plèvres sont fortement épaissies et farcies de tubercules; le poumon droit est complétement atélectasique; le gauche et parfaitement normal. Cœur normal.

Dans l'abdomen, il est impossible de séparer les parois des viscères, il faut presque disséquer pour arriver à cette séparation. Tous les viscères ne font pour ainsi dire qu'un seul tout, refoulé en haut par le liquide un peu rougeâtre qui existe dans le petit bassin. On ne peut distinguer ce qui représente l'épiploon, l'intestin ou l'estomac. Partout des néo-membranes assez fortement organisées et complétement remplies de tubercules, les uns gris, mais la plus grande part jaunes caséeux; la muqueuse intestinale est très-hyperémiée, on ne peut pas dérouler les intestins pour les examiner complétement. Le foie offre une couleur jaune-paille; les reins sont graisseux.

A cause des fortes adhérences péritonéales on n'a pas pu examiner les viscères abdominaux comme on l'aurait désiré.

TROISIÈME SÉRIE

Formes chronique, insidieuse.

Observation V (personnelle).

Tuberculisation généralisée avec prédominance abdominale, infiltration du poumon, de toute la séreuse péritonéale, du foie et dn rein droit. — Forme chronique.

Le nommé Dassa (Joseph), domestique, entre à l'hospice de la Charité, dans le service de M. Bouillaud, le 16 juin 1871. C'est un jeune homme de 22 ans, né dans la partie sud d'Afrique, venu en Europe en 1867. Très-bien portant à son arrivée à Paris, il a servi presque tout le temps comme domestique. A son départ d'Abyssinie il a laissé toute sa famille en bonne santé, mais il y a longtemps qu'il n'en a pas reçu de nouvelles. Lui-même, jusqu'à mois de décembre, était bien portant; mais pendant le siège de Paris il a beaucoup souffert de privations de tous genres, ce qui lui occasionna une diarrhée persistante accompagnée de légères coliques et de vomissements; il vit en même temps son ventre augmenter de volume. Tel fut le début de sa maladie. Malgré les soins qu'il a reçus, elle persista, le ventre grossit de plus en plus, et voyant que son état s'aggravait, cet homme dut solliciter son entrée à l'hopital.

Le jour même de son arrivée, on constate que son ventre est plus saillant, élargi dans son diamètre transversal, un peu douloureux à la pression; la percussion révèle dans toute la région hypogastrique une légère matité et au-dessus de l'ombilic, dans une étendue de 7 centimètres, une matité absolue, la pression est aussi plus douloureuse dans cette région. Cette matité ne se déplace pas lorsqu'on fait coucher le malade alternativement sur un côté et sur l'autre; la palpation ne révèle pas franchement la sensation de fluctuation. En déprimant fortement la paroi abdominale, on ne peut pas constater la présence d'une tumeur quelconque. Le malade se plaint beaucoup de sa diarrhée qui l'incommode et de légères coliques; la peau est sèche, la température légèrement élevée, le pouls depressible, à 100 pulsations par minute; les narines un peu fuligineuses, la langue humide et blanche; la soif est intense, pas de nausées ni de vomissements; les selles se renouvellent 5 à 8 fois dans les 24 heures; le foie présente une légère augmentation de volume; les urines ne contiennent pas d'albumine; aucun désordre fonctionnel du côté du système nerveux; le malade tousse très-peu, l'expectoration est presque nulle.

L'examen du thorax révèle à droite et en arrière une diminution notable