

L'examen objectif du thorax fait voir, dans certains cas très avancés, une voussure diffuse de la région sternale. Dans d'autres cas, cette protrusion fait défaut. Un signe important, c'est une *matité anormale* de la région thoracique se confondant à gauche avec celle du cœur et s'étendant plus ou moins loin à droite au delà du bord sternal. Le cœur est souvent un peu déjeté à gauche. Dans l'observation citée on entendait au niveau de l'artère pulmonaire, un bruit manifestement systolique, dû à la compression de ce vaisseau. Parfois les battements du pouls ne sont plus isochrones de part et d'autre.

Le *diagnostic* d'une tumeur médiastine est le plus souvent possible dans des cas à symptômes bien tranchés. Dans d'autres cas, au contraire, il est difficile et incertain. Le diagnostic différentiel entre les tumeurs du médiastin et les anévrysmes de l'aorte (v. y.) surtout prête à de grandes difficultés. On les a confondues aussi avec des *abcès* du médiastin antérieur.

Le *pronostic* est toujours et absolument défavorable. La maladie se termine par la mort, parfois déjà après un terme de  $\frac{1}{2}$  à un an.

Le *traitement* ne saurait s'adresser qu'aux symptômes. A titre d'essai on peut ordonner à l'intérieur de l'*iodure de potassium* ou l'*arsenic*, à l'extérieur un onguent à l'iodoforme. Dans les dernières phases on tâchera, au moyen des narcotiques, d'adoucir les souffrances des malades.

## CHAPITRE SEPTIÈME.

### ACTINOMYCOSIS DE LA CAVITÉ THORACIQUE.

Après que divers auteurs et notamment BOLLINGER eurent décrit des tumeurs d'une espèce particulière qui se formaient à la mâchoire des bêtes à cornes et dont l'origine devait être rapportée à l'invasion d'un champignon spécial, l'*actinomycosis* ou *champignon étoilé*, on a signalé, pareillement dans ces derniers temps chez l'homme une série de maladies, également provoquées par cette mucédinée (PONFICK, ISRAËL et autres). Ces maladies peuvent, comme chez les animaux susdits, avoir leur siège aux mâchoires, au plancher de la bouche ou dans la région cervicale et sont dès lors principalement du domaine de la chirurgie. Mais un intérêt *clinique* plus considérable se rattache aux affections actinomycosiques des organes internes, et puisque les poumons et la plèvre sont, parmi ces derniers, les parties les plus fréquemment atteintes, il n'est pas sans utilité de résumer en peu de mots ce qu'on connaît de plus important relativement à l'actinomycose.

La classification botanique de l'actinomycose n'est pas encore fixée. COHN et O. ISRAËL la rangent parmi les champignons de la moisissure, d'après BOSTRÖM au contraire elle appartiendrait aux schizoalgues et plus

spécialement au genre *cladotrix*. En se développant ce champignon produirait des grains grisâtres ou d'un jaune de soufre, de dimension plus ou moins ténue, reconnaissables à l'œil nu dans le pus des foyers morbides (v. plus bas) et qui, à l'examen microscopique, se montrent sous l'aspect d'un écheveau de mycélium. Un trait particulièrement caractéristique à noter, c'est qu'un grand nombre de ces filaments de mycélium se terminent en *renflements semblables à des massues*, qui le plus souvent sont disposés régulièrement sous forme de rayons à la périphérie des granulations, de manière à leur donner l'apparence d'une couronne étoilée (v. fig. 28).

Dans la nature l'actinomycosis paraît se rencontrer principalement sur les plantes (par ex. sur les graines des diverses céréales). C'est ce qui explique la fréquence de l'infection chez les grands herbivores, et une infection directe semblable peut occasionnellement se présenter aussi chez l'homme. Il est digne de remarque que ce champignon semble de préférence se loger dans les dents cariées. C'est de là, selon toute apparence, que les affections prérappelées du plancher buccal prennent leur origine, tandis que d'autre part la migration du champignon peut également avoir lieu à partir de là, par inhalation dans les voies respiratoires et par déglutition dans le canal alimentaire. Il est évident que le champignon est susceptible d'être directement avalé ou immédiatement aspiré dans les bronches.

Partout où le mycelium vient à se loger, il commence par provoquer une néoformation de tissu de granulations, lequel a de la tendance à se transformer en une masse gluante fluide, blanchâtre ou teintée en brun par les extravasations sanguines qui s'y opèrent souvent. Très fréquemment encore on voit l'actinomycose passer à la *suppuration*, quoique cela ne semble avoir lieu que sous l'influence d'agents de suppuration (coccus de suppuration) survenus consécutivement. Une remarque particulièrement importante, c'est que la maladie a de la tendance à passer du *poumon* à la *plèvre*, de celle-ci au *tissu connectif péripleural* et au-delà jusqu'à la *paroi pectorale externe*.

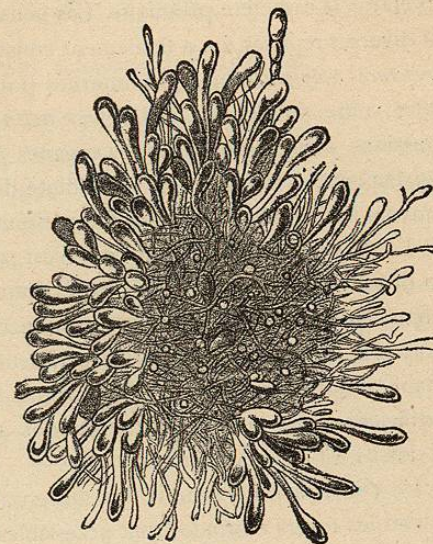


Fig. 28.

Conglomérat d'actinomyces (d'après JOHN).

Dans ces conditions se forment non seulement de vastes cavités remplies de pus et notamment des trajets fistuleux rayonnant en tous sens, mais en outre une infiltration plastique très caractéristique et excessivement compacte. Finalement il se produit quelquefois une issue au dehors.

Le processus dans son ensemble est d'ordinaire lent et traînant, mais fatalement progressif. Au début les symptômes consistent en malaises thoraciques indéterminés, douleurs, de la toux, de l'expectoration. Parfois l'examen physique permet de constater des altérations pulmonaires dont l'interprétation véritable est naturellement impossible dans les commencements. Plus la maladie marche, plus aussi le malaise augmente. Il existe d'ordinaire de la fièvre hectique qui, en cas de suppuration étendue, peut prendre le caractère pyémique. Les malades s'émacient de plus en plus et, à diverses reprises, on a finalement constaté le développement de la *dégénérescence amyloïde* d'organes internes (foie, rate, reins). Si un foyer entame une veine pulmonaire, des *foyers actinomycosiques métastatiques* peuvent aussi se former dans d'autres organes internes. En outre on rencontre également la transmission immédiate de la maladie au péricarde ou, à travers le diaphragme, à la cavité péritonéale.

Le *diagnostic* de l'actinomycose n'est pas facile au début. Il s'affirme par la découverte des éléments caractéristiques du champignon dans les crachats, laquelle n'a réussi jusqu'ici que dans des cas exceptionnels. Si au contraire de vastes suppurations péripleurales ou péricostales se sont déjà établies qui ont débouché spontanément au dehors ou ont été ouvertes artificiellement, la démonstration des granulations mycéliques décrites ci-dessus est facile à faire.

Le *traitement* ne saurait être autre que symptomatique, et chirurgical quand les foyers morbides sont accessibles à l'intervention opératoire. Quoi qu'il en soit, les guérisons durables obtenues jusqu'ici sont très rares.

## MALADIES DES ORGANES CIRCULATOIRES.

### PREMIÈRE PARTIE.

### MALADIES DU CŒUR.

#### CHAPITRE PREMIER.

#### ENDOCARDITE AIGÜE.

(Endocardite verruqueuse, Endocardite ulcéreuse.)

**Étiologie.** Les agents d'inflammation de diverse nature que charrie le courant sanguin, peuvent se fixer à l'endocarde, de préférence aux valvules, et y provoquer une endocardite aiguë. Conséquemment l'endocardite ne doit aucunement, *en ce qui concerne l'étiologie, être considérée comme une forme morbide univoque*. Quoi qu'il en soit, ce sont principalement, si pas exclusivement, des agents phlogogènes *infectieux* qui semblent devoir être envisagés comme la cause de la maladie. Aussi bien on est parvenu dans ces derniers temps, en injectant dans le sang d'animaux divers microorganismes pathogènes (streptococcus pyogènes, le staphylococcus aureus, etc.) à provoquer *artificiellement* l'inflammation de l'endocarde, surtout en facilitant l'adhésion des agents morbigènes par de légères solutions de continuité pratiquées sur les valvules ou sur la tunique interne des vaisseaux (ORTH et WYSSOKOWITSCH, RIBBERT).

Parmi les maladies infectieuses qui affectent l'homme, c'est surtout le *rhumatisme articulaire aigu* au cours duquel l'endocardite aiguë apparaît à titre de phénomène fréquent et important. Puis on la voit se déclarer dans quelques maladies ayant une affinité étiologique probable avec le rhumatisme articulaire, dans certaines formes de *maladies hémorragiques* (la péliose rhumatismale entre autres) et de *chorée*. On l'a rencontrée rarement, mais d'une manière positive, à la suite de la *gonorrhée* et du *rhumatisme articulaire gonorrhéique*. De même au cours d'*exanthèmes aigus* (scarlatine, rougeole), ainsi que dans la *néphrite aiguë* et *chronique* on a quelquefois observé l'endocardite aiguë.

Si l'endocardite, dans les maladies que nous venons d'énumérer, prend souvent des allures graves, on trouve d'autre part, en autopsiant une foule