

glions lymphatiques correspondants se prennent, enfin cette barrière est franchie et tous les organes se tuberculisent. Ce dernier mode d'invasion rappelle ce qui se passe chez les lapins inoculés.

Parmi les *séreuses* les plus fréquemment atteintes, il faut citer : les plèvres, le péritoine, les méninges; la tuberculose aiguë du péricarde et des synoviales est beaucoup plus rare.

Les plèvres, qui sont généralement prises en même temps que les poumons, peuvent être épargnées bien que le parenchyme pulmonaire soit criblé de tubercules; on voit alors les granulations au travers de la plèvre viscérale, mais la séreuse elle-même n'est pas atteinte et il n'y a pas de tubercules sur la plèvre pariétale. La tuberculose aiguë des plèvres se complique le plus souvent de lésions inflammatoires, exsudats, adhérences, épanchements.

Lorsque la tuberculose du péritoine est primitive, on distingue à la surface de la séreuse des milliers de granulations grises, demi-transparentes, très-faciles à voir sur le grand épiploon quand on le regarde par transparence. Dans le cas où la tuberculose péritonéale est consécutive à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, on trouve sur la séreuse qui tapisse le fond des ulcères des îlots de tubercules blanchâtres d'où partent souvent des traînées de lymphangite tuberculeuse. Dans la tuberculose aiguë, les lésions inflammatoires du péritoine sont en général peu marquées.

Les lésions de la tuberculose méningée seront étudiées ailleurs (Voy. Méningite tuberculeuse).

Le péricarde peut présenter à sa surface des granulations tuberculeuses bien caractérisées et faciles à reconnaître à l'œil nu; mais il se développe souvent de la péricardite, des fausses membranes plus ou moins épaisses, et l'examen histologique est alors nécessaire pour reconnaître les granulations tuberculeuses au milieu du néoplasme inflammatoire.

Les granulations tuberculeuses des synoviales ont des caractères identiques à ceux des granulations des autres organes; elles présentent souvent une forme aplatie, due sans doute aux pressions articulaires.

Parmi les membranes *muqueuses* c'est sans contredit la muqueuse intestinale qui est envahie le plus souvent; la dernière portion de l'iléon est le siège d'élection des lésions, comme dans la fièvre typhoïde. Les granulations tuberculeuses se développent tantôt dans les follicules clos et les plaques de Peyer, tantôt le long des vaisseaux qui contournent l'intestin; ces tubercules s'ulcèrent

rapidement comme tous ceux des muqueuses, et il en résulte des ulcérations intestinales qui siègent dans les plaques de Peyer, ou qui présentent une disposition annulaire, comme les vaisseaux le long desquels les tubercules se sont développés. A propos de l'entérite chronique tuberculeuse nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet.

On peut trouver des granulations tuberculeuses sur la muqueuse des voies respiratoires (larynx, trachée, bronches) et même sur la muqueuse de la bouche et de l'isthme du gosier.

Parmi les *parenchymes* les plus fréquemment atteints, il faut citer : les poumons, les ganglions lymphatiques, la rate, le foie, les reins. Les tubercules des centres nerveux sont tantôt de fines granulations développées dans les méninges ou le long des petits vaisseaux qui en émanent, tantôt de gros tubercules dont l'histoire rentre dans celle des tumeurs cérébrales.

Les poumons peuvent être seuls envahis, et quand on trouve des tubercules dans d'autres organes, il est rare que les poumons en soient indemnes; cette loi formulée par Louis ne souffre guère d'exceptions que dans les cas où la mort survient rapidement à la suite d'une méningite tuberculeuse.

Les poumons sont criblés de granulations grises, demi-transparentes ou de tubercules miliaires jaunes, plus volumineux que les granulations grises; tantôt les tubercules dominent dans les lobes supérieurs et y présentent un développement plus avancé que dans les inférieurs, tantôt ils ont partout le même aspect et l'éruption tuberculeuse est aussi abondante dans les lobes inférieurs qu'aux sommets. Le parenchyme pulmonaire intermédiaire aux tubercules est à l'état normal ou bien il est engoué; la pneumonie lobaire ou lobulaire se montre quelquefois comme complication de la tuberculose aiguë.

Les tubercules du poumon examinés au microscope offrent presque toujours dans la tuberculose aiguë les caractères des granulations tuberculeuses typiques, décrites par Virchow, quelquefois cependant on constate que la plupart des granulations ont pris naissance dans l'intérieur des alvéoles pulmonaires.

Les tubercules des ganglions lymphatiques subissent rapidement la transformation caséuse, ceux de la rate sont tantôt disséminés d'une façon régulière, tantôt agglomérés sous forme d'infarctus, ce qui tient sans doute à ce que les granulations, se développant en grand nombre autour des vaisseaux, ont déterminé leur oblitération. La rate est en général volumineuse.



Les granulations tuberculeuses du foie sont un peu plus difficiles à voir que celles de la rate; elles naissent dans les espaces triangulaires interlobulaires, autour des vaisseaux sanguins et biliaires, et ce voisinage peut amener des lésions de canalisation, les capillaires biliaires comprimés se dilatent et se rompent, d'où la formation de petits kystes biliaires.

Les tubercules des reins sont en général peu nombreux, relativement à ceux de la rate ou des poumons; ils sont disséminés surtout dans la substance corticale ou plus rarement agglomérés en forme d'infarctus.

On a encore rencontré des tubercules dans la prostate, dans les testicules, dans les os (sternum, vertèbres, côtes); enfin dans la choroïde, fait important à connaître, car l'examen ophthalmoscopique peut révéler l'existence de ces lésions pendant la vie; les granulations de la choroïde coïncident souvent avec la tuberculisation des méninges.

DIAGNOSTIC. PRONOSTIC. — La tuberculose aiguë *secondaire*, c'est-à-dire celle qui se développe chez un malade porteur de lésions tuberculeuses anciennes et bien caractérisées, est d'un diagnostic facile; il n'en est pas de même de la tuberculose aiguë *primitive*, qui peut être confondue avec un grand nombre d'autres maladies, notamment avec la fièvre typhoïde. Un des meilleurs caractères différentiels de la fièvre typhoïde et de la tuberculose aiguë est fourni par la marche de la température dans ces deux maladies, marche cyclique, régulière dans la fièvre typhoïde; acyclique, irrégulière dans la tuberculose aiguë; mais l'examen des tracés thermométriques n'est pas décisif dans tous les cas, la fièvre typhoïde peut présenter de grandes irrégularités thermométriques, et d'autre part le tracé de la tuberculose aiguë peut ressembler à celui de la fièvre typhoïde à la période d'état, ou mieux encore à la période amphibole. Les symptômes nerveux: prostration, vertiges, insomnie, délire sont moins marqués dans la tuberculose aiguë que dans la fièvre typhoïde; les symptômes abdominaux: diarrhée, douleurs et gargouillement dans la fosse iliaque droite, font défaut le plus souvent; enfin les taches rosées sont exceptionnelles.

La tuberculose aiguë à forme asphyxique peut simuler la bronchite capillaire. Les signes fournis par l'auscultation sont mieux en rapport avec les symptômes généraux et avec la dyspnée dans la bronchite capillaire que dans la tuberculose aiguë; l'amaigrissement, les sueurs nocturnes, une expectoration muqueuse peu abondante,

la prédominance des râles vers les sommets, l'existence de frottements pleuraux, l'apparition d'un épanchement pleurétique, les hémoptysies permettent de se prononcer en faveur de la tuberculose aiguë.

Lorsqu'un malade, sans accuser aucune douleur locale, perd ses forces, maigrit, pâlit, a du dégoût pour les aliments, il faut soupçonner la tuberculose, quand bien même l'examen de la poitrine est négatif; si le thermomètre indique une élévation de la température le soir, ce diagnostic peut être considéré comme presque certain.

La tuberculose aiguë des synoviales a une grande ressemblance au début avec le rhumatisme articulaire, mais c'est une forme très-rare; la marche ultérieure de la maladie est du reste très-différente dans les deux cas.

La tuberculose aiguë est presque toujours mortelle; quelques faits établissent cependant la possibilité d'une amélioration plus ou moins durable, voire même de la guérison.

PROPHYLAXIE. TRAITEMENT. — Comme l'a dit M. Pidoux, le remède spécifique de la tuberculose doit consister surtout en une amélioration physique et morale du sort des masses; la prophylaxie individuelle se réduit à écarter, autant que possible, les causes débilitantes qui favorisent l'éclosion de la tuberculose, principalement lorsqu'il existe une prédisposition héréditaire.

Le traitement de la tuberculose aiguë ne peut être que symptomatique; il faut s'attacher d'abord à combattre la fièvre qui épuise les malades, la digitale remplit cette indication, et de plus elle agit en augmentant l'énergie du cœur et en régularisant la circulation; on prescrira, par exemple, dans les cas où la fièvre est vive, 0<sup>gr</sup>,75 d'herbe de digitale en infusion dans une potion de 120 grammes à prendre par cuillerées d'heure en heure. Lorsque la fièvre est tombée les toniques, le vin, le quinquina, sont indiqués; les révulsifs et les dérivatifs (ventouses sèches, vésicatoires, etc.) sont utiles pour combattre sinon la tuberculose pulmonaire, du moins les fluxions concomitantes.

BAYLE. Recherches sur la phthisie pulmonaire, Paris, 1810. — LAENNEC. Traité d'auscultation, t. II, p. 17. — LOUIS. Recherches sur la phthisie, 1843. — REINHARDT. Ann. der Charité Krankh. zu Berlin, 1850. — VIRCHOW. Pathologie cellulaire, trad. de Picard, Paris, 1861. — LEUDET. Thèse, Paris, 1851. — L. LAVERAN. Anat. pathol. du tubercule (Rec. mém. méd. milit., 1861). — VILLEMEN. Du tubercule, Paris, 1861. — L. COLIN. Études cliniques de médecine militaire, Paris, 1864. — EMPIS. De la granulation, Paris, 1865. — HÉRARD et CORNIL. Traité de la phthisie pulmonaire, Paris, 1867. — NIEMEYER. Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire, traduct. de L. Culmann, Paris, 1867. — VILLEMEN. Etudes sur la tuberculose, Paris, 1867. — CHAUVEAU.



Expériences sur l'inoculation de la tuberculose (Gaz. hebdom., 1868 et 1873). — CORNIL. Tubercule spécialement étudié dans ses rapports avec les vaisseaux (Arch. de physiologie, 1868). — CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique. Paris, 1869. — A. LAVERAN. Contribution à l'étude de la tuberculose aiguë in Rec. mém. de méd. milit., 1873. — Du même. Traité des maladies des armées, 1875. — Du même. Tuberculose aiguë des synoviales (Communications à la Société médicale des hôpitaux, 1876-1877 et Progrès médical, 1876, p. 727). — Du même. Observation d'angine tuberculeuse (Sec. méd. des hôpitaux, 22 déc. 1876). — Du même. Du rôle de la thrombose dans les altérations d'origine tuberculeuse (Progrès médical, 1876). — PAPILLON, NICOL et A. LAVERAN. Recherches expérimentales sur l'inoculation de la tuberculose (Gazette hebdom., 1871). — PIDOUX. Recherches sur la phthisie, 1873. — RINDFLEISCH. Traité d'histologie pathol., traduction de Gross. Paris, 1873. — THAON. Thèse, Paris, 1873. — JACCOUD. Leçons cliniques de Lariboisière. Paris, 1873, p. 494. — GRANCHER. De l'unité de la phthisie, thèse, Paris, 1875. — TROCHÉ. Des tubercules de la choroïde, thèse, Paris, 1875. — LAYDECKER. De la tuberculose aiguë à forme typhoïde, thèse, Paris, 1876. — CHRISTY. De la tuberculose aiguë à forme asphyxique, thèse, Paris, 1876. — LAMBERT. Des altérations de la langue dans le cours de la tuberculose, thèse, Paris, 1876. — J. SOURRIS. De l'angine tuberculeuse, thèse, Paris, 1877. — GRANCHER. Tuberculose pulmonaire (Arch. de physiologie, 1878, p. 1).

## CANCER.

De tout temps les médecins ont reconnu que certaines tumeurs dites malignes ou cancéreuses avaient la propriété de s'accroître rapidement en envahissant les parties voisines, mais c'est seulement dans ce siècle qu'on s'est élevé au-dessus de cette définition un peu vague et qu'on a soumis à une analyse attentive le cancer comme le tubercule. Laennec classe le cancer parmi les tissus sans analogues dans l'économie et donne les caractères macroscopiques des deux variétés anatomiques les plus communes du cancer, l'*encéphaloïde* et la *squirrhe*; Cruveilhier cherche dans le suc cancéreux un caractère de ces tumeurs et Lebert décrit une *cellule cancéreuse* dont l'existence est controuvée. Après avoir inutilement cherché la caractéristique du cancer dans l'aspect extérieur, dans l'existence du suc et dans la forme des éléments, les anatomo-pathologistes examinèrent avec soin la texture des tumeurs malignes, l'agencement des éléments anatomiques, et comme ils découvrirent de grandes différences à ce point de vue entre ces tumeurs, ils en conclurent qu'il y avait plusieurs espèces de tumeurs malignes et que l'expression de *cancer* sous laquelle on avait réuni ces tumeurs n'avait plus sa raison d'être. « Le mot cancer, dit M. le docteur Cornil, n'a plus de valeur qu'au point de vue de l'histoire médicale et de la critique historique. » (*Art. CANCER, Dictionn. encyclop. des sc. méd.*) Malheureusement, en supprimant le cancer de la nomenclature médicale, on n'a pas pu le supprimer

de la clinique; à chaque instant le médecin rencontre des tumeurs qui s'accroissent rapidement, qui ont une tendance manifeste à envahir les tissus voisins, mais dont la véritable structure n'est connue qu'après la mort, lorsque l'examen histologique a été fait. Faudra-t-il attendre l'autopsie pour porter un diagnostic, pour décider s'il s'agit d'un carcinome, d'un épithéliome ou d'un sarcome? Non, si la tumeur présente des caractères de malignité, si elle s'accroît rapidement et si elle a de la tendance à se généraliser, le médecin portera le diagnostic de *cancer*; on aura beau bannir le mot cancer des traités d'anatomie pathologique, il s'imposera toujours au praticien. Ici, comme dans la question des phthisies, ce sont les données cliniques qui doivent prévaloir sur celles de l'anatomie pathologique.

ETIOLOGIE. — L'hérédité joue un rôle important dans l'étiologie du cancer, d'après Lebert la prédisposition héréditaire existe une fois sur sept; comme pour la tuberculose, les enfants issus de parents cancéreux naissent avec la prédisposition morbide et non avec la maladie elle-même qui peut se produire seulement à un âge avancé.

Le cancer s'observe à tous les âges, mais il est rare chez les enfants et chez les adultes jusqu'à l'âge de quarante ans; son maximum de fréquence est de quarante à cinquante ans.

Les causes débilitantes dont l'action est si manifeste dans l'étiologie de la tuberculose ne paraissent exercer aucune influence sur le cancer, qui se développe aussi bien chez les riches que chez les pauvres et qui s'attaque aux constitutions les plus vigoureuses.

Des traumatismes sont souvent invoqués comme cause du cancer, en particulier dans le cancer du sein si commun chez la femme. L'irritation consécutive au traumatisme peut, sans contredit, favoriser la localisation sur tel ou tel organe d'une diathèse préexistante; dans l'épithélioma des lèvres chez les fumeurs, et dans le cancer du scrotum chez les ramoneurs, le rôle de l'irritation est évident et admis par tous les auteurs.

On a essayé d'inoculer le cancer de l'homme aux animaux, les résultats ont été presque toujours négatifs, Langenbeck seul aurait réussi à inoculer du cancer encéphaloïde à un chien; en étudiant les différents modes de propagation du cancer chez l'homme, nous verrons que des fragments de tumeurs cancéreuses peuvent se greffer sur un organe voisin de l'organe malade, alors même qu'il n'y a pas continuité de tissus; des cellules cancéreuses transportées par le