

saisir, entre ce son et le son normal, un intervalle de deux ou trois tons.

La palpation vous permettra d'établir les caractères des vibrations thoraciques : celles-ci sont accrues au niveau des points indurés, pendant la phonation.

En même temps, l'auscultation fait constater une diminution du bruit respiratoire, qui est moins moelleux, plus rude; très-souvent aussi, il prend le caractère saccadé. Ce dernier signe a été récemment l'objet de recherches spéciales, mais il n'a de valeur qu'autant qu'il est localisé, car il peut dépendre de la manière dont s'accomplissent les mouvements respiratoires, et, dans ce cas, il est général. Il est presque toujours uni à la rudesse, et en semble parfois l'exagération. L'expiration ordinairement courte et silencieuse devient, dans les conditions pathologiques, plus appréciable à l'oreille; elle arrive à égal, à dépasser même en durée, en intensité, le bruit d'inspiration et finit par se transformer en souffle bronchique, dont l'expiration prolongée est le premier degré. Presque toujours, en même temps, le retentissement de la voix est augmenté, il y a de la bronchophonie. Il faut se rappeler, dans l'appréciation de ce phénomène, que, vers la partie postérieure et supérieure du poumon droit, près du rachis, l'expiration est plus forte et plus longue que du côté opposé et que le retentissement de la voix est un peu augmenté. Cependant, quand la différence est très-prononcée, elle a toujours quelque chose de suspect. Ces signes, en général, ont plus de valeur quand ils sont localisés que quand ils sont perçus dans tout un côté de la poitrine. J'ai vu, néanmoins, plusieurs fois, au début de la tuberculisation, la respiration faible dans tout un côté; mais cette circonstance peut être due à une compression exercée sur les grosses bronches par les ganglions bronchiques malades.

Il ne faut pas non plus perdre de vue que l'emphysème et d'anciennes pleurésies peuvent affaiblir et même annihiler presque le murmure vésiculaire; mais, dans le premier cas, la résonance est augmentée, la voussure, ou du moins l'absence de dépression, la sibilance expiratoire, la physionomie et la marche de la maladie fixeront le diagnostic; il est plus difficile dans les cas dont je vous ai parlé il y a quelques jours, où le tubercule coexiste avec l'emphysème; je ne reviendrai pas sur ce sujet. Les pleurésies ont occupé, le plus souvent, les parties déclives de la poitrine, cependant elles peuvent s'être bornées à la partie antérieure, comme j'en ai vu des exemples; elles laissent à leur suite une dépression de la paroi thoracique, mais si le bruit respiratoire est plus faible, il

conserve sa pureté et sa souplesse; l'expiration n'est pas prolongée, au moins quand il s'agit d'une pleurésie guérie depuis longtemps, car elle peut offrir ce caractère dans la convalescence de la pleurésie et de la pneumonie aiguës.

Un mot encore sur un nouveau signe que je vous ai fait plusieurs fois constater, et qui, quand il existe, me paraît indiquer l'existence d'une induration pulmonaire centrale. Lorsque vous faites tousser le malade pendant que vous l'auscultez, s'il existe au niveau du point où votre oreille est appliquée, une induration du parenchyme, vous percevrez quelquefois un bruit à timbre aigu qui suit immédiatement le bruit de la toux. Ce bruit semble la répétition du bruit de la toux laryngée; il en diffère surtout par l'acuité plus grande du son et par le léger intervalle qui l'en sépare. J'ai appelé ce phénomène *écho de la toux*. Il m'a servi plusieurs fois à reconnaître l'existence d'infarctus tuberculeux occupant le centre du lobe supérieur d'un poumon, ou une pneumonie centrale.

A ces modifications des bruits normaux peuvent s'ajouter des bruits anormaux. La sibilance, les râles humides bornés au sommet, sont suspects quand ils persistent et qu'ils ne peuvent être attribués à l'emphysème. Celui-ci, du reste, est très-rarement limité à cette région.

J'ai vu plus d'une fois des bulles disséminées, retentissantes, se montrant par intervalles au sommet des poumons, précéder les signes caractéristiques de la tuberculisation. J'ai souvent observé dans les mêmes conditions du souffle bronchique, quelquefois fugace, pouvant disparaître après un ou deux jours de durée, pouvant aussi persister pendant longtemps, et témoignant d'une congestion ou d'une inflammation du parenchyme pulmonaire autour des productions hétéromorphes. Ces congestions peuvent se traduire encore par du râle crépitant, fin, sec, qui n'est accompagné d'aucun autre symptôme de pneumonie. Quand j'ai rencontré ce râle au sommet du poumon, il a été très-passager; je l'ai quelquefois vu apparaître et disparaître en moins de vingt-quatre heures.

Plus tard arrivent les craquements secs, puis les craquements humides; la fièvre hectique se caractérise, l'amaigrissement fait des progrès incessants; la toux augmente; la violence des quintes, surtout si elles arrivent après les repas, provoque souvent alors des nausées, des vomissements qui peuvent quelquefois dépendre de la viscosité de la sécrétion pharyngienne concomitante et des efforts que le malade est obligé de faire pour lui faire franchir l'isthme du gosier.

Il est hors de doute qu'on ne peut attribuer à l'infarctus tuberculeux ces modifications du bruit respiratoire, accompagnées en général d'un changement corrélatif dans la résonance thoracique, et qui, après avoir persisté pendant longtemps, disparaissent pour faire place au murmure vésiculaire. Elles dépendent de l'induration du parenchyme autour des productions hétéromorphes, et cette induration est susceptible de résolution, si le tissu induré n'est pas envahi lui-même par le travail diathésique.

Je veux vous signaler ici, parmi les nombreuses causes d'erreur qui peuvent tromper un observateur novice en auscultation et qu'il est inutile de vous rappeler, un phénomène qui, je crois, n'a pas été signalé et contre lequel je veux vous prémunir. Si le malade avale sa salive après quelques efforts d'inspiration, vous pouvez entendre à la racine du poumon un râle bulleux qui se reproduit à chaque mouvement de déglutition. Je ne veux pas entrer plus avant dans la symptomatologie de la tuberculisation pulmonaire, je n'ai garde d'empiéter sur le domaine de la pathologie interne; j'ai voulu seulement, en présence des cas que nous observons dans nos salles, vous exposer les signes si difficiles à apprécier du début de la phthisie pulmonaire. Les travaux de Morton, de Bayle, de Laënnec, etc., ont éclairé d'une vive lumière l'histoire de cette maladie; je vous engage à les étudier.

En quittant cette partie de notre sujet, je ne résiste pas à la tentation de vous présenter quelques traits du tableau qu'Arétée nous a laissé de la consommation pulmonaire dans sa forme la plus complète et la plus commune. Je veux vous donner une idée de la manière dont les maîtres grecs dessinaient les types des maladies. Leurs descriptions, par la vérité du coloris et le relief de l'expression, sont d'une vivacité saisissante; elles témoignent d'un profond génie d'observation, et manifestent en même temps ce sentiment de l'art et cet esprit philosophique qui ont porté si haut la gloire de la Grèce.

« La phthisie, dit Arétée, a pour cause l'ulcération du poumon. Succédant à une toux prolongée ou à l'hémoptysie, elle est accompagnée d'une fièvre continue, qui, plus marquée en général pendant la nuit, peut être comme masquée, se concentrer pendant le jour et paraître intermittente; cependant elle se révèle par le malaise, la faiblesse, l'amaigrissement. Le pouls est petit et dépressible, le sommeil est troublé, la peau se décolore, l'aspect des crachats est infiniment variable; ils peuvent être livides, noirâtres, blancs, jaunes, verdâtres, jaspés de blanc et de vert, larges, arrondis, consistants, glutineux ou diffluent, fétides ou

inodores. » Arétée regarde comme peu utile de les essayer par l'eau et par le feu comme quelques médecins le pratiquent. « On voit des malades qui toussent sans expectorer, chez qui le poumon n'est pas ulcéré, qui sont consumés par une fièvre lente et qui sont rangés non sans motifs parmi les phthisiques.

» Aux symptômes précédents s'ajoutent l'oppression, la faiblesse des poumons, l'anxiété, l'impatience, l'inappétence; les pieds sont froids le soir et brûlants le matin; surviennent alors des sueurs plus pénibles que la chaleur et qui s'étendent à la poitrine. La voix devient rauque, le cou s'incurve; il est grêle, peu mobile, comme rigide; les doigts sont amaigris, renflés au niveau des articulations, montrant la forme des os; la pulpe de leurs extrémités est élargie, les ongles sont recourbés. Le nez est pointu, aminci, les pommettes saillantes et empourprées, les yeux caves, transparents, brillants, la face pâle, décharnée, quelquefois comme bouffie, livide.

» Les lèvres sont tendues sur les dents comme dans le rire. L'aspect de ces malades rappelle en tous points celui des cadavres. Les autres parties du corps ont subi la même altération, les chairs ont disparu; on ne voit plus les muscles des bras; les mamelles, atrophiées, ne sont plus représentées que par le mamelon; on peut compter les côtes, voir le lieu où elles finissent, leurs articulations avec les vertèbres et le sternum; les espaces intercostaux, déprimés, forment des excavations rhomboïdales qui font saillir le contour des os. L'épigastre, vide, semble refoulé en haut. L'abdomen et les flancs sont collés contre le dos; les articulations décharnées deviennent saillantes; l'épine vertébrale, au lieu de présenter une gouttière, fait relief en arrière par l'atrophie des muscles situés de chaque côté; les omoplates soulèvent la peau et ressemblent aux ailes des oiseaux. Si le ventre se déränge, il n'y a plus d'espoir. » Plus loin, indiquant les signes qui, chez les enfants, démontrent une prédisposition à cette maladie: « Ils sont grêles, dit-il, délicats, minces comme des planches; ils ont des omoplates ailées, le gosier saillant, la peau blanche, la poitrine étroite. »

Que d'observations ingénieuses et vraies dans cette description si rapide et si concise!

Je vous ferai remarquer, parmi les symptômes indiqués, cette bouffissure de la face qui est un phénomène cachectique et peut manifester une complication albuminurique, cette teinte quelquefois livide due à un dépôt pigmentaire que j'ai eu plus d'une fois l'occasion de vous faire observer, et surtout dans le cas où le travail morbide envahit l'abdo-

men (1). Cette dernière complication est toujours très-grave, comme l'indique Arétée; elle hâte l'épuisement du malade, bien qu'elle coïncide presque toujours avec une diminution des symptômes thoraciques par

(1) La *Gazette hebdomadaire*, dans un de ses numéros de l'année 1869, a rendu compte d'un travail du docteur Jeannin, sur les dépôts pigmentaires dans la tuberculose. (*Thèses de Paris*, 1869.)

Il y a longtemps que j'ai observé ces dépôts pigmentaires; je crois même avoir été l'un des premiers qui les aient signalés, et j'ai expliqué par leur présence cette coloration livide des téguments, cette teinte terreuse de la face, *facies squalida*, que les anciens observateurs, et Arétée à leur tête, avaient indiquée parmi les signes de la cachexie tuberculeuse.

Je ne partage pas entièrement la manière de voir de mon confrère sur les conditions pathogéniques de ces dépôts pigmentaires, et voici le résultat de mes observations sur ce point de pathologie.

Ainsi que le dit M. Jeannin, le dépôt, plus fréquent à la face, n'y est pas toujours limité; je l'ai vu s'étendre au cou, sur la poitrine, sur l'abdomen, en plaques de nombre et de dimensions variables, irrégulièrement découpées, tranchant plus ou moins sur la coloration du reste des téguments, et constituant une maladie d'Addison à l'état rudimentaire. Mais la face et la partie supérieure du corps en sont souvent le siège principal. A cette occasion, on peut remarquer que cette partie des téguments est, dans les affections tuberculeuses, le siège d'un mouvement fluxionnaire plus accentué, qui se traduit par des sueurs, souvent bornées à ces régions, et par des rougeurs congestives qui s'accroissent surtout au niveau des pommettes. Ces fluxions sont bien en rapport avec le travail morbide qui s'accomplit dans le thorax; car, dans un cas où la lésion pulmonaire n'était pas très-accentuée et où le travail morbide se concentrait dans le ventre, j'ai vu les sueurs limitées à l'abdomen.

On ne peut pas dire, cependant, qu'il y ait entre ces deux faits morbides une connexion physiologique; car, chez la femme enceinte, la matière pigmentaire s'accumule également sur la face, sur les seins et sur la ligne blanche, sans qu'on puisse rattacher cette préférence à une activité plus grande de la peau de ces parties.

D'ailleurs, d'après mes observations, ce ne serait pas dans la phthisie pulmonaire, mais presque toujours dans la tuberculose abdominale qu'apparaîtrait ce dépôt pigmentaire. La connexité de cette pigmentation avec la lésion tuberculeuse de l'intestin m'a semblé si habituelle, que, sur ce seul signe, il m'est arrivé un très-grand nombre de fois d'annoncer la probabilité de complications abdominales; et l'interrogatoire du malade venait presque toujours confirmer mes prévisions.

Cependant la diarrhée, qui est le plus ordinairement le signe fonctionnel des tubercules abdominaux, peut manquer quelquefois. Il y a quelques années, j'ai rencontré un malade qui présentait à un très-haut degré le masque pigmentaire de la face; je l'interrogeai soigneusement sur l'état de ses fonctions digestives. Il éprouvait ces phénomènes dyspeptiques si communs dans la cachexie tuberculeuse; mais les selles se maintinrent constamment solides. Je croyais avoir rencontré une exception à la loi, que de très-nombreuses observations m'avaient porté à admettre. Le malade ayant succombé, la famille fit faire l'autopsie qui me révéla l'existence d'ulcérations tuberculeuses et de tubercules disséminés dans l'intestin. Dans un autre cas, j'ai vu apparaître le masque pigmentaire, quinze jours avant une diarrhée qui persista jusqu'à la mort.

En général, dans la diarrhée tuberculeuse, au dépôt pigmentaire s'ajoute une autre coloration de la peau plus générale, plus diffuse: c'est une teinte jaune-verdâtre, qu'on retrouve sur les conjonctives, très-accentuée dans les plis naso-labiaux, et due

une sorte de révulsion morbide. Dans la période ultime, on voit souvent se développer une éruption de muguet qui ajoute aux souffrances. Elle est, en général, annoncée par une coloration rouge, presque écarlate, et un aspect poisseux, comme vernissé de la muqueuse buccale.

Souvent l'affection intestinale, quand elle est grave, retentit sur le péritoine. La péritonite tuberculeuse revêt des formes très-diverses: un certain degré de météorisme, l'empatement, la rigidité du ventre, une sensibilité diffuse ou plus ou moins vive par places, l'immobilité des anses intestinales réunies en paquet et soulevant la paroi abdominale, de petits gargouillements fugaces développés par la pression dans la région ombilicale, le teint terreux et l'aspect grippé de la face, quelquefois des nausées et des vomissements, tels sont les signes les plus habituels. D'autres fois, mais plus rarement, un épanchement peut se former dans le péritoine et simuler l'ascite; j'ai vu cette erreur commise et la ponction amener un liquide sanguinolent. Dans quelques circonstances, la péritonite a une marche aiguë: ou elle débute sous cette forme, et elle peut être due à une perforation intestinale qui a souvent son siège dans l'appendice cæcal, ou, comme je l'ai observé,

probablement à la biliverdine ou à quelqu'un de ses dérivés. Ce qui me fait soupçonner derrière cette coloration un trouble de la fonction cholépoïétique, c'est que j'ai souvent constaté en même temps un développement anormal du foie avec sensibilité à la pression, c'est-à-dire les signes de cette congestion qui précède la transformation graisseuse, ou, dans des cas plus rares, la dégénérescence amyloïde.

Plusieurs circonstances peuvent donner lieu à des pigmentations de la peau, qu'on peut confondre avec celle de la tuberculose: le masque de la grossesse offre la plus grande analogie avec la pigmentation tuberculeuse. Aussi faut-il toujours s'informer, chez les femmes qui présentent cette modalité des téguments, si elles n'ont pas eu de grossesses récentes. A cette occasion, je ferai remarquer que le masque de la grossesse peut durer plus ou moins longtemps; je l'ai vu subsister pendant plus d'un an chez une femme chlorotique, affaiblie par des fatigues physiques et par des épreuves morales; sa persistance m'a toujours paru liée à un état de débilité de l'organisme, au ralentissement de ce mouvement de composition et de décomposition qui constitue le travail nutritif. Une phthisique, accouchée depuis plusieurs années, m'a assuré que ce dépôt pigmentaire dont la face était couverte s'était développé pendant sa grossesse, et que, depuis, il n'avait jamais disparu.

En résumé, la cachexie tuberculeuse est souvent accompagnée de pigmentation de la peau et surtout de la peau de la face; ce dépôt pigmentaire coïncide ordinairement avec la tuberculisation des organes abdominaux; le trouble de l'hématose, regardé par le docteur Jeannin comme la condition pathogénique de cette production anormale de pigment, ne me paraît pas suffire pour l'expliquer; d'ailleurs celle-ci manque dans des cas nombreux où l'hématose est aussi profondément troublée que dans la tuberculose. Il y a là une anomalie nutritive, dont la condition intime, immédiate, n'est pas encore connue, mais dont les troubles des organes abdominaux et des organes digestifs, en particulier, paraissent être une condition essentielle.

elle peut succéder à la rupture dans la cavité séreuse d'un abcès ganglionnaire tuberculeux.

#### § IV. — MARCHÉ ET FORMES DE LA PHTHISIE.

*Sommaire.* — Marche aiguë, subaiguë, chronique.

Tuberculose généralisée, — limitée à quelques organes.

Phthysies latentes. — Observation.

J'ajouterai encore quelques mots sur la marche de la phthisie et sur les différentes formes qu'elle peut revêtir.

Elle peut être aiguë, subaiguë ou chronique.

Bien que la première forme soit relativement assez rare, j'ai eu l'occasion de vous en faire voir plusieurs cas.

Chez un de nos malades, l'acuité et la dissémination des symptômes, l'intensité des troubles digestifs, opposées au développement si peu prononcé en apparence de l'affection pulmonaire, avaient inspiré des doutes à quelques-uns d'entre vous sur la légitimité du diagnostic; un prétendu examen superficiel des régions intestinales après la mort ne vous avait pas encore donné une certitude absolue; mais nous vous avons montré que les ulcérations de l'intestin étaient d'origine tuberculeuse et différaient complètement par leur caractère intime et leur forme extérieure des ulcérations des plaques de Peyer. Les poumons étaient parsemés de granulations grises, des tubercules volumineux existaient dans les ganglions bronchiques et l'on trouvait à l'un des sommets une petite masse tuberculeuse en voie de ramollissement.

L'évolution des phénomènes morbides est quelquefois continue. C'est ce qui a lieu ordinairement dans les formes aiguë et subaiguë; mais dans la forme chronique, qui est incomparablement la plus commune, la marche est le plus souvent intermittente. La lutte est interrompue par des trêves dont le médecin doit profiter pour obtenir un arrêt définitif du travail diathésique.

Quand je parle de la continuité habituelle de la phthisie subaiguë, je parle des cas où la maladie, pendant toute sa durée, conserve ce type, car il n'est pas rare de voir la phthisie débiter avec des symptômes d'acuité qui s'apaisent pour faire place à la forme chronique, et bien plus fréquemment encore le contraire a lieu. L'affection tuberculeuse, qui

s'était développée avec une extrême lenteur, que l'on aurait pu croire stationnaire, tout à coup accélère sa marche et se précipite vers une terminaison fatale.

La tuberculisation peut envahir simultanément un grand nombre d'organes. Vous avez vu chez un des sujets qui ont succombé à une phthisie aiguë, les poumons, l'intestin, les méninges, le foie, la rate, criblés de granulations. Cette généralisation du travail diathésique est très-commune dans l'enfance. Plus souvent les productions hétéromorphes chez l'adulte sont concentrées dans les organes respiratoires; elles peuvent être limitées dans un seul poumon ou même à une petite portion d'un de ses lobes. Un ou deux tubercules sont quelquefois la seule expression de la diathèse, qui n'a pas rencontré des conditions favorables à son développement.

Quelquefois la phthisie a une marche qu'on pourrait appeler descendante; elle est précédée de coryza chronique et d'angine glanduleuse. Après être resté quelque temps limité à la partie supérieure des voies respiratoires, l'état catarrhal peut s'étendre au larynx et aux bronches; c'est alors que la tuberculisation envahit le poumon. Il peut arriver que le travail morbide se porte primitivement et concentre son action principale sur le larynx; le poumon n'est atteint que secondairement; on a donné à cette forme le nom de phthisie laryngée. Dans beaucoup de cas, les tubercules se développent d'emblée dans le poumon et dans les ganglions bronchiques; ils succèdent quelquefois à une inflammation de la plèvre, l'affection marche alors de la périphérie vers le centre. Bien que la tuberculisation abdominale ne soit presque toujours chez l'adulte qu'une complication de la phthisie pulmonaire, elle peut constituer l'élément principal de la maladie, et dans des cas exceptionnels se développer chez des sujets dont les poumons sont complètement sains.

Je vous ai parlé avec détails, dans le cours de ces conférences, de la méningite tuberculeuse; j'ai consacré plusieurs leçons à la phthisie compliquée d'asthme, et je vous ai fait remarquer l'antagonisme qui semble exister entre ces deux maladies, ou du moins, la modification que l'asthme imprime en général à la marche de l'affection tuberculeuse.

On pourrait admettre une phthisie hémoptoïque dans laquelle l'hémorrhagie joue un rôle important, et, par sa fréquence, donne à la maladie une physionomie particulière. Serait-ce là une des formes de la phthisie appelée scorbutique par les anciens? Avant Lind, le scorbut

constituait une espèce morbide mal définie, et dans laquelle on faisait rentrer une foule de maladies, d'états cachectiques. Les anciens admettaient aussi une phthisie scrofuleuse; celle-ci constitue une variété mieux déterminée. L'affection tuberculeuse emprunte en général à la diathèse sur laquelle elle se greffe cette lenteur d'évolution qui marque tous les actes morbides chez les scrofuleux. Elle affecte alors plus ordinairement une marche chronique.

Il y a des phthisies que l'on peut appeler latentes, dans lesquelles le travail de tuberculisation s'accomplit sans produire au début ni troubles graves des fonctions respiratoires ni retentissements fâcheux sur l'organisme; dans ces cas, la maladie n'attire l'attention du patient que lorsqu'elle est arrivée à une période avancée. D'autres fois, les signes physiques de la tuberculose font complètement défaut et la nature de la maladie reste douteuse pendant tout son cours; je rapporterai tout à l'heure un exemple remarquable de cette forme rare.

Il semble que, depuis la découverte de l'auscultation, le mot de *phthisie latente* n'ait plus de signification. Laënnec, qui, dans son traité de la phthisie, a écrit un chapitre sous ce titre, y range les phthisies qui sont confondues avec des bronchites chroniques, ou celles qui, masquées pendant quelque temps sous des symptômes de dyspepsie ou d'hypochondrie, finissent par se démasquer avec le cortège de troubles fonctionnels spéciaux et de signes physiques qui ne permettent plus de les méconnaître. Le titre de *phthisies insidieuses* conviendrait mieux à ces formes morbides que celui de *phthisies latentes*.

L'observation que je vais rapporter, au contraire, est un véritable cas de phthisie latente, chez un malade qui n'avait jamais toussé, qui n'avait eu ni hémoptysies ni aucune autre espèce d'expectoration; qui ne présentait, à l'auscultation ou à la percussion, aucun signe caractéristique de la tuberculisation pulmonaire; qui est mort phthisique, dans le sens propre du mot, dans l'état de consommation et de cachexie le plus accentué, et avec des phénomènes cérébraux ultimes, liés à la présence de granulations tuberculeuses dans l'encéphale. Ces symptômes cérébraux, d'ailleurs, ont différé profondément, dans leur caractère et dans leur marche, de ceux qui marquent l'évolution habituelle de la méningite tuberculeuse; et l'autopsie a montré chez cet homme les poumons criblés de masses tuberculeuses dont nous n'avions pas soupçonné l'existence.

Je vais d'abord rapporter l'observation qui a été recueillie par M. le

docteur Martin (de Nevers), attaché comme interne à mon service de l'Hôtel-Dieu quand ce malade y a été admis, le 18 décembre 1869.

Cet homme, âgé de soixante et un ans, faisait le métier de rémouleur. Il n'avait jamais été malade, lorsqu'il y a deux mois, un jour qu'il marchait chargé de sa meule, il sentit dans le côté droit une douleur qui le força à s'arrêter; cette douleur, assez vive pendant un jour ou deux, s'apaisa, sans disparaître complètement. Il en indique assez vaguement le siège dans la région qui s'étend du creux sous-axillaire droit à la crête iliaque du même côté; elle augmentait par les mouvements, par le décubitus sur le côté droit, qui était même devenu impossible. *Il n'a jamais toussé*, n'a jamais eu de fièvre, ni d'expectoration, ni de sueur. La seule modification fonctionnelle dont il se plaint est un léger sentiment d'oppression; en outre, depuis quelque temps, son appétit a diminué; l'amaigrissement est très-considérable, les forces ont progressivement diminué. La peau présente une coloration jaunâtre, terreuse; il offre un aspect cachectique des plus prononcés, et en rapprochant cette apparence extérieure de l'anorexie et des autres phénomènes observés chez lui, je pensai tout d'abord à l'existence d'une affection carcinomateuse peut-être localisée dans la région hépatique. Mais sans m'arrêter à cette impression intuitive, je procédai à l'examen du malade.

En découvrant la poitrine, je fus frappé de l'émaciation de ses parois. Son diamètre vertical paraissait agrandi, et les dernières fausses côtes étaient séparées par un court espace des crêtes iliaques. Seulement la dernière côte droite était moins oblique, et semblait située sur un plan plus élevé que la dernière côte gauche. Le côté droit était déprimé, affaissé comme il l'est chez les sujets qui ont été antérieurement atteints de pleurésie. Mais la douleur qu'il a éprouvée, il y a deux mois, est le seul symptôme, parmi les phénomènes commémoratifs, qui puisse prêter appui à cette supposition. Une circonstance beaucoup plus importante et qui ne tarda pas à frapper mon attention, était que la base du côté droit restait immobile ou à peu près dans l'acte respiratoire; tandis qu'à chaque inspiration les côtes inférieures gauches se soulevaient énergiquement, celles du côté droit éprouvaient à peine un léger et presque imperceptible mouvement, et la région hypochondriacale semblait ne subir d'autre ébranlement que celui qui était le retentissement des soulèvements de l'hypochondre gauche. Il semblait que le lobe droit du diaphragme fût paralysé.

Quand on percutait la poitrine, la tonalité de la sonorité thoracique était un peu aiguë sous la clavicule droite; à la partie inférieure et postérieure du même côté, la percussion profonde donnait un son un peu obscur, tandis que si l'on percutait superficiellement, la sonorité était normale; partout le doigt éprouvait une sensation d'élasticité.

Dans tout le côté gauche de la poitrine, le son était un peu tympanique, mais il fallait tenir compte de l'amincissement extrême des parois thoraciques dans l'appréciation de ce phénomène; les vibrations thoraciques se faisaient sentir des deux côtés pendant la phonation.

Le murmure respiratoire était normal, sauf un peu de rudesse dans tout le côté gauche de la poitrine. Aucun râle ni souffle ne s'y faisaient entendre. A droite, pas de bruits anormaux, mais une faiblesse extrême du bruit respiratoire, dont l'immobilité du soufflet thoracique de ce côté pouvait fournir une explication.

Le ventre était dur, rétracté; le foie n'était pas augmenté de volume; la matité hépatique commençait à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, et s'étendait jusqu'à 3 centimètres au-dessus de l'ombilic. La palpation la plus minutieuse ne faisait constater dans l'abdomen ni tumeur, ni sensibilité anormale.

En présence de cet état de cachexie, d'étisie si prononcé, et des signes négatifs fournis par les cavités splanchniques, je persistai dans la pensée qu'il y avait sous ce trouble grave de la nutrition une affection cancéreuse ou tuberculeuse; l'examen de la poitrine et du ventre ne me fournit aucune indication qui me permit de m'arrêter à cette seconde hypothèse. J'inclinai vers la première, mais où localiser le processus cancéreux? Ce n'était pas dans le foie que j'avais suspecté à première vue, à cause de cette anorexie et de cette dyspepsie rebelles, sans vomissements, sans flatulence; ce n'était pas davantage dans quelque autre organe de la cavité abdominale. En tenant compte de cette légère oppression, de pleuralgie apyrétique, et surtout de cette paralysie partielle du diaphragme, je me demandai s'il n'y avait pas dans le médiastin une tumeur carcinomateuse comprimant le nerf phrénique du côté droit.

On pouvait d'ailleurs, avec cette hypothèse, admettre l'existence d'une pleurésie antérieure dont le souvenir s'était effacé, pour expliquer cette rétraction du côté droit et ce relèvement de la dernière côte qui l'accompagne ordinairement; car la diminution du diamètre vertical de la poitrine coïncide, ainsi que je l'ai signalé ailleurs, avec la diminution des dimensions horizontales.

Les vibrations thoraciques étaient un peu augmentées à droite de la première pièce du sternum; dans le troisième espace intercostal, près de cet os, il y avait une obscurité relative du son; dans le même point, le deuxième bruit du cœur retentissait avec éclat; mais dans ces nuances symptomatiques je n'avais pas les éléments nécessaires pour fixer le diagnostic.

Dans ce doute, je me décidai à tâcher de relever par l'emploi des toniques l'action nutritive, et je me tins en observation, examinant, auscultant souvent le malade et le faisant examiner par les médecins ou les élèves qui suivaient ma visite.

Pendant un mois je constatai une amélioration légère, mais progressive. Les organes digestifs semblaient sentir l'action des stimulants; les forces revenaient peu à peu, et la teinte cachectique avait en grande partie disparu, ou du moins avait considérablement diminué sous l'influence d'un régime réparateur. Seule l'émaciation n'était pas très-notablement modifiée, cependant elle avait au moins cessé d'augmenter. Cette amélioration fut de courte durée. Au commencement du mois de mars, l'appétit, un moment relevé, était de nouveau tombé; l'amaigrissement s'accroissait de plus en plus, et l'aspect cachectique avait reparu. L'examen répété du malade ne me livrait aucun nouveau renseignement, aucune donnée qui pût me conduire à la solution du problème.

Le 3 avril, nous trouvâmes le malade plongé dans un état d'hébétude complète; aux questions qu'on lui adressait, il répondait un *oui* embarrassé, tout en paraissant les comprendre et chercher à y répondre; il y avait de l'aphasie. En même temps nous constatâmes l'affaissement du sillon naso-labial droit coïncidant avec l'entraînement en dehors de la commissure labiale du côté gauche; il y avait donc paralysie faciale du côté droit. La motilité était très-affaiblie dans tout ce côté, et la sensibilité cutanée y était presque éteinte, tandis qu'elle était exagérée dans le côté gauche. Le plus léger pincement de la peau, une pression très-moderée y provoquait des mouvements réflexes accompagnés d'une sensation de douleur vive, qui se dessinait en traits expressifs sur la moitié de la face dont la motilité était conservée.

Quand on cherchait à soulever le malade, on paraissait le faire souffrir beaucoup; il ne pouvait garder la position assise et tendait à retomber sur le côté gauche.

Dans la journée, il tomba dans un état comateux, et succomba le lendemain 4 avril.

L'autopsie fut faite par M. Martin. La paroi antérieure de la poitrine étant enlevée, on constata que tous les organes étaient dans leurs rapports normaux. Le poumon droit fut écarté, et l'on mit à nu le nerf phrénique droit dans toute son étendue, depuis le sommet du thorax jusqu'à son épanouissement diaphragmatique; il ne présenta aucune altération; on ne rencontra aucune tumeur sur son trajet.

Le poumon droit adhérait à la paroi thoracique dans toute sa périphérie, sauf à la partie antérieure. Le sommet, la base, les parties latérales étaient unies à la cage thoracique par des fausses membranes difficiles à déchirer. Celle qui faisait adhérer le lobe inférieur au lobe droit du diaphragme avait une consistance lardacée et près d'un centimètre d'épaisseur.

Le poumon gauche n'était adhérent qu'à son sommet. Le poumon droit était farci de granulations grises qui avaient au moins le volume de grains