

application de sangsues. Si elles se rattachent à une névralgie intercostale, on en triomphe à l'aide d'un ou plusieurs vésicatoires appliqués sur les points douloureux, pansés avec la morphine, ou bien encore on fait une injection hypodermique avec une solution de sulfate de morphine ou d'atropine.

La diarrhée se liant presque toujours à une tuberculisation des intestins, il faut diminuer la quantité des aliments solides ou même les supprimer tout à fait. On choisira toujours ceux qui, très-nutritifs, ne fournissent pas ou à peine de résidus; enfin on donnera quelques boissons mucilagineuses, la décoction de riz ou la décoction blanche, etc., moyens auxquels on associera les lavements amylicés, additionnés de 6, 10 ou 16 gouttes de laudanum de Sydenham, une ou plusieurs fois par jour. Le sous-nitrate de bismuth à haute dose, la thériaque, le diascordium, administrés par la bouche, seront donnés dans le même but. Nous avons dit ailleurs le parti qu'on peut tirer de l'usage de la viande crue (t. II, p. 278). Les fonctions de l'estomac seront surveillées. Beaucoup de malades ayant des pesanteurs, de la dyspepsie et des aigreurs, on cherchera à réveiller l'énergie de l'organe par quelques boissons amères, par l'usage de l'eau de Seltz, de Vichy, de Bussang, de Spa. Souvent, dans ces cas de dyspepsie, de perte d'appétit, on peut avec avantage administrer avant chaque repas un gramme de pepsine. Mais si ces troubles gastriques sont symptomatiques du ramollissement de la membrane muqueuse, s'il existe des vomissements opiniâtres et plus ou moins verts, on prescrira des boissons froides ou glacées, du lait pur ou coupé avec de l'eau de Vichy, que les malades prendront par cuillerées, on donnera en outre une petite quantité d'opium; enfin on appliquera à l'épigastre un vésicatoire qu'on entretiendra plusieurs jours. Il n'est pas rare que les troubles dyspeptiques se rattachent à la forme dite muqueuse de l'embarras gastrique. On administre alors avec grand avantage un gramme d'ipécacuanha, et, si l'intestin est intact, 5 à 10 centigrammes d'émétique. Les mêmes symptômes se reproduisant souvent à de courts intervalles, on devra les attaquer de la même manière si la médication s'est montrée une première fois utile. (Voyez t. I<sup>er</sup>, p. 313, le traitement de l'entérite chronique.)

En général, on ne peut rien contre la fièvre, car elle est symptomatique. Si cependant elle offrait une certaine périodicité, on donnerait quelques prises de quinine douze ou quinze heures auparavant, car ce médicament a pu parfois l'atténuer, la suspendre même pendant quelques jours. Il est inutile de dire que la fièvre ne nécessite pas la diète; loin de là, il faut alimenter le malade autant qu'on le peut, en ayant soin pourtant que le repas le plus copieux ait lieu assez loin du redoublement fébrile, afin de ne pas exciter celui-ci par le travail de la digestion, et pour que celle-ci, à son tour, ne soit pas troublée.

Contre les sueurs, Fouquier a conseillé le sous-acétate de plomb, en commençant par 5 à 10 centigrammes à prendre le soir; mais nous préférons l'agaric blanc, à la dose de 25 à 50 centigrammes, comme ayant moins d'inconvénient; mais, en somme, on ne peut guère modifier ces effets de la fièvre de suppuration.

L'oppression peut être excessive: si cet accident dépend de l'accumulation de crachats dans la trachée et dans les bronches, on donnera une infusion de polygala, des potions avec le sirop de Tolu, avec le kermès et l'oxymel scillitique, ou mieux encore on prescrira l'ipéca à doses fractionnées. Si la dyspnée ne dépend pas de cette cause ni d'une phlegmasie intercurrente, on essayera de la modérer avec des cataplasmes sinapisés, qu'on promènera sur les membres inférieurs, ou par l'administration de l'opium, de la morphine, de la belladone, du datura, de l'eau de laurier-cerise; en pareil cas, on conseille encore d'appliquer sur la poitrine des emplâtres narcotiques (emplâtres de ciguë) ou ru-

béfians (poix de Bourgogne), ou un vésicatoire, ou bien encore on fait des frictions avec l'huile de croton ou avec la pommade stibiée. S'il y a hydro-pneumothorax, on se conduira d'après ce que j'ai dit plus haut (page 427).

Les femmes se montrent toujours préoccupées de la suppression des règles; il n'y a rien à tenter d'efficace lorsqu'elles se suspendent pendant la fièvre hectique. On n'interviendrait que si un mouvement fluxionnaire vers la poitrine paraissait se faire à l'époque menstruelle, on essaierait alors d'y remédier par des sinapismes aux cuisses, par des lavements d'armoise chauds, et dans des cas très-exceptionnels, en appliquant quelques sangsues à la vulve.

On a parlé d'un traitement chirurgical des cavernes, on a proposé de les ouvrir avec le caustique, on l'a même fait; on a dit d'y injecter alors de la teinture d'iode: opérations inutiles, d'autres diront ridicules, si l'on se rappelle les désordres qui existent alors dans les poumons et la diathèse dont ils sont l'expression.

## DE LA PHTHISIE BRONCHIQUE

La tuberculisation des ganglions bronchiques, qu'on remarque chez la moitié des sujets adultes qui meurent phthisiques, ne constitue généralement chez eux qu'un épiphénomène, qu'une lésion accessoire et presque toujours sans importance, du moins au point de vue symptomatique; il n'en est plus de même dans le jeune âge. Chez les enfants, en effet, les tubercules bronchiques sont presque aussi communs que ceux des poumons avec lesquels ils coexistent presque toujours. Ils sont parfois si volumineux et si nombreux, qu'ils peuvent devenir la source d'accidents fâcheux; aussi croyons-nous utile de consacrer à cette lésion un article spécial.

**Historique.** — Ce n'est que depuis une quarantaine d'années qu'on a étudié la tuberculisation des ganglions bronchiques. Le premier écrit, dû à M. Leblond, date de 1824 (thèse de Paris); deux ans après, un médecin de Berlin, M. Becker, fit encore de cette affection le sujet de sa thèse inaugurale. Mais le travail le plus complet que nous ayons est dû à MM. Rilliet et Barthez, qui, dans les *Archives* de 1840 et de 1842, et plus récemment dans leur ouvrage, ont, à l'aide de leurs observations et de celles de leurs devanciers, présenté un tableau fidèle de cette maladie. Longtemps considérée comme spéciale à l'enfance, M. Marchal (de Calvi) a prouvé qu'on pouvait aussi la rencontrer dans l'âge adulte, et il en cite deux exemples remarquables dans les *Archives* de 1847. Plusieurs autres observations ont été rapportées depuis par M. Richet (*Gazette des hôpitaux*, 1856), par MM. Duriau et Gleize (*Gazette hebdomadaire*, 1856), par M. Fonsagrives (*Archives*, décembre 1861).

**Anatomie pathologique.** — Comme Laënnec l'avait dit, et comme l'ont confirmé depuis lui MM. Rilliet et Barthez, la matière tuberculeuse existe ordinairement dans les ganglions bronchiques à l'état d'infiltration: ces organes sont envahis du centre à la périphérie. Au bout d'un temps plus ou moins long, les tubercules se ramollissent comme le font ceux des poumons; quelques-uns peuvent passer à l'état créacé, mais cette transformation est presque toujours partielle et n'occupe communément qu'une portion de l'organe. Les ganglions tuberculeux augmentent de volume; ils peuvent devenir aussi gros qu'une noisette, qu'une amande ou qu'un marron. Tantôt il n'en existe que cinq ou six au pourtour des bronches; dans d'autres cas, ils sont plus nombreux, plus rapprochés les uns des autres et plus volumineux: ainsi MM. Rilliet et Barthez en ont vu qui avaient le volume d'une grosse pomme. Il n'y a guère que les ganglions extérieurs aux poumons qui acquièrent une ampleur aussi

grande; les ganglions intérieurs, c'est-à-dire ceux qui sont situés dans les embranchements des vaisseaux sanguins et aërières, sont en effet toujours plus petits et ne dépassent guère le volume d'une noisette ou d'une petite amande : on les suit dans la profondeur de l'organe jusqu'au niveau des troisièmes et quelquefois des quatrièmes divisions bronchiques. Le plus souvent, ajoutent MM. Rilliet et Barthez, ils sont accolés aux conduits aërières dans le sens de leur longueur; d'autres fois leur réunion forme une sorte de croissant qui entoure une partie de la circonférence de la bronche.

Ces ganglions sont généralement enveloppés d'un kyste mince auquel adhère intimement une couche de matière tuberculeuse. En rapport avec divers organes, ils les compriment, ou bien ils s'unissent à eux, et se vident dans leur intérieur. On a vu de ces ganglions comprimer l'aorte, l'artère et les veines pulmonaires, la veine cave supérieure et la veine azygos; plus souvent la compression porte sur la trachée, sur les bronches principales, sur le poumon, quelquefois sur les nerfs pneumogastriques et sur l'œsophage.

Lorsque les ganglions ramollis communiquent avec quelques-uns des organes qui les avoisinent, c'est presque toujours avec les bronches : ce qu'on explique par les rapports qu'ils ont avec elles, et parce que celles-ci ne peuvent fuir devant la compression, ainsi que le font plusieurs autres organes, notamment l'œsophage. Le kyste communique quelquefois avec le tissu pulmonaire, et, si l'on n'y prenait garde, on pourrait croire aisément à l'existence d'une cavité creusée dans le parenchyme même du poumon. La méprise est surtout facile lorsque le ganglion est profondément situé : cependant MM. Rilliet et Barthez croient qu'on pourra le plus souvent distinguer ces fausses cavernes des véritables, en ayant égard aux circonstances suivantes. En général, les cavernes ganglionnaires sont lisses et revêtues d'une fausse membrane rougeâtre; elles sont peu spacieuses et communiquent avec les bronches vers leur partie latérale; leur ouverture est arrondie et à bords minces; enfin elles siègent presque toujours à la racine des poumons, bien différentes sous tous ces rapports des cavernes pulmonaires, qui sont plus vastes, plus irrégulières, qui sont traversées en tous sens par des brides et des cloisons incomplètes qui communiquent en outre directement avec les bronches, et sont enfin à une distance plus ou moins grande de la racine des poumons. On a vu les ganglions tuberculeux communiquer trois fois avec l'artère pulmonaire (Berton, Rilliet Barthez) et avec l'œsophage (Leblond, Berton). Il y a fort peu d'exemples où l'on ait vu les ganglions suppurés se rompre. Quand un pareil accident a lieu, il en résulte probablement moins souvent un pneumothorax qu'un abcès des médiastins et un emphysème, par la raison que les ganglions situés en dehors de la séreuse sont accolés à une des bronches mères. Si un pneumothorax a lieu, ce n'est guère qu'après que la masse tuberculeuse ganglionnaire s'est ouvert une issue à la fois dans une bronche et dans la plèvre, ou bien lorsque, uni à des tubercules pulmonaires ramollis et formant avec eux une cavité unique, il a perforé le poumon. J'ai supposé que les ganglions étaient tuberculeux; il en est ainsi dans la presque totalité des cas, cependant ils peuvent être seulement hypertrophiés et indépendants de la scrofule; dans la leucocytémie, par exemple, les ganglions bronchiques peuvent participer à l'intumescence qui frappe ceux qui siègent ailleurs, mais je ne sais pas que la lésion ait jamais été assez prédominante dans les premiers pour produire les accidents que nous allons décrire.

**Symptômes. Diagnostic.** — Après avoir lu la description que donnent MM. Rilliet et Barthez, on reste convaincu que la tuberculisation des ganglions

bronchiques n'a aucun signe spécial qui la caractérise, mais que les troubles fonctionnels qu'on observe résultent uniquement de la compression que les organes malades exercent sur les viscères voisins. Nous n'insisterons pas sur ce sujet, attendu que nous avons indiqué plus haut avec détail les troubles qui résultent de la compression de la veine cave (p. 540), des conduits aëriens et de l'œsophage (p. 387). La distension ou la compression du pneumogastrique altère le timbre de la toux et de la voix, elle produit des accès d'asthme intermittents et des quintes de toux semblables à celles qu'on observe dans la coqueluche; ailleurs, lorsque le nerf récurrent était compris dans la tumeur, on a observé des accidents asphyxiques assez semblables à ceux que provoque l'œdème de la glotte. MM. Rilliet et Barthez ont remarqué que la tuberculisation des ganglions bronchiques, soit qu'elle existât seule, soit surtout qu'elle coïncidât avec quelque lésion pulmonaire encore peu avancée, pouvait produire diverses altérations du bruit respiratoire, telles que respiration dure, expiration prolongée, souffle tubaire, phénomènes qui sont surtout perçus au sommet et en arrière, très-rarement en avant. Ces auteurs se rendent compte du phénomène en disant que les ganglions tuberculeux, appuyant sur la colonne vertébrale d'une part et de l'autre sur les bronches, transmettent directement à l'oreille les bruits qui se passent dans ces conduits, bruits qui, à l'état normal, ne sont pas perçus, parce qu'ils sont séparés de l'oreille par une couche plus ou moins épaisse de parties molles. Les phénomènes stéthoscopiques, ainsi que les signes de compression, sont remarquables par leur marche irrégulière et par les alternatives qu'ils présentent. Les premiers d'ailleurs manquent toujours lorsque les tubercules bronchiques ramollis communiquent largement avec les bronches; cette communication ne peut être reconnue pendant la vie. Mais si la perforation s'opère avant le ramollissement du ganglion, celui-ci pourra, en s'engageant dans la bronche, obturer ce conduit et produire la mort par asphyxie : il existe un cas de ce genre (1). Inutile de dire que la communication avec un vaisseau donne lieu à une hémorrhagie foudroyante : celle qui s'établit avec l'œsophage rend la déglutition difficile et provoque des quintes de toux; lorsque le poumon est perforé, il se produit un pneumothorax.

On voit par là combien il est difficile le plus souvent de reconnaître la tuberculisation bronchique; le diagnostic est d'autant plus obscur, que la maladie est rarement isolée et qu'elle coexiste souvent avec des lésions graves du côté des poumons. Les seuls signes qui offrent quelque valeur sont ceux qui indiquent une compression des organes pectoraux; en effet, lorsqu'un enfant de trois à quatre ans qui tousse, qui maigrit, qui a de la fièvre, de la diarrhée et des sueurs nocturnes, présente des signes de compression du côté de la veine cave, de l'œsophage, de la trachée ou des bronches, on devra presque à coup sûr diagnostiquer une dégénérescence tuberculeuse des ganglions bronchiques. On arrivera à ce diagnostic par voie d'exclusion; car si chez un adulte de pareils accidents dépendent presque toujours d'une tumeur anévrysmale de l'aorte ou d'une tumeur squirrheuse des médiastins, il n'en est pas de même de l'enfant et des jeunes gens chez lesquels les anévrysmes aortiques sont à peu près inconnus, et qui, par contre, sont très-sujets à la tuberculisation des ganglions bronchiques. Ajoutons encore que le diagnostic pourrait être éclairé par des lésions analogues existant du côté des ganglions du cou, rien de plus commun chez les jeunes sujets qui ont une tuberculisation des ganglions bronchiques, que de voir les ganglions des parties latérales du cou considérablement

(1) Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie, t. II, p. 284.

tuméfiés et venir par conséquent ajouter une présomption de plus en faveur du diagnostic.

**Pronostic.** — Quoique grave, la phthisie bronchique l'est moins cependant que celle des poumons.

**Étiologie.** — La tuberculisation des ganglions bronchiques est incomparablement plus commune dans le jeune âge. C'est à peine, en effet, si de loin en loin on en rencontre quelques cas chez les jeunes gens et les adultes. Toutes les périodes de l'enfance sont presque également sujettes à la tuberculisation des ganglions bronchiques : la maladie est plus commune chez les garçons que chez les filles jusqu'à onze ans; mais, à l'époque de la puberté, il n'y a plus de différence entre les deux sexes.

**Traitement.** — Le traitement doit être à peu près le même que celui de la phthisie pulmonaire.

#### DU CARREAU

**SYNONYMIE.** — Atrophie mésentérique, écouelles mésentériques, tubercules des ganglions mésentériques, phthisie mésentérique, etc.

On nomme *carreau* la tuberculisation des ganglions mésentériques. Ce mot n'est qu'une expression métaphorique pour désigner la dureté, la résistance que donnent au ventre le grand nombre de tumeurs développées dans le mésentère. Il ne doit pas s'appliquer à la tuberculisation peu étendue des ganglions mésentériques, mais aux cas seulement où cette altération, étant considérable, devient prédominante sur toutes les autres, et lorsqu'elle est la cause des principaux accidents qu'on observe. Ainsi envisagé, le carreau n'est pas une maladie très-commune : d'après les calculs de M. Rilliet et Barthez, on ne l'observerait que sur un seizième des tuberculeux; il est fréquent, par contre, de trouver des tubercules dans le mésentère : il en existe, en effet, chez près de la moitié des enfants tuberculeux, et chez la cinquième partie des adultes qui meurent phthisiques. Expression de la même diathèse, ces tubercules, disséminés dans les ganglions du mésentère, ne paraissent pas avoir une large part même aux troubles intestinaux si communs dans la phthisie pulmonaire.

**Historique.** — On ne trouve quelque indication précise sur le carreau qu'à dater du xvi<sup>e</sup> siècle. A cette époque, Benivieni (de Florence) et Fernel dirent quelques mots des tumeurs mésentériques; il en fut de même de Sydenham, de Fr. Hoffmann et de Sauvages. Mais c'est Morgagni qui traça pour la première fois l'histoire anatomique de la maladie. Tel était l'état de la science lorsque la Société de médecine de Paris, ayant en 1787 mis au concours l'histoire du carreau, décerna le prix à l'ouvrage de Baumes, qui était en effet une monographie assez complète. Depuis cet auteur, la maladie n'a été l'objet d'aucun travail capital, à l'exception pourtant de celui de Joy en Angleterre. Nous signalerons aussi comme bons à consulter et résumant très-bien l'état de nos connaissances : l'article inséré par Guersant dans le *Dictionnaire de médecine*, celui de MM. Delaberge et Monneret dans le *Compendium*, et enfin le chapitre que MM. Rilliet et Barthez ont consacré dans leur livre à l'étude du carreau.

**Anatomie pathologique.** — Dans le carreau, les ganglions mésentériques sont augmentés de volume, leur grosseur varie depuis celle d'un pois jusqu'à celle d'un gros marron ou d'un petit œuf; réunis entre eux, ils forment une masse dure ou molle, bosselée, ayant quelquefois le volume de deux poings réunis, peu ou point mobile, et placée en avant de la colonne vertébrale, sur l'aorte et la veine cave inférieure. Les ganglions incisés offrent un aspect différent suivant l'époque où on les examine. Au début, on y trouve çà et là, infil-

trées, des granulations grises, demi-transparentes, ou de la matière tuberculeuse jaunâtre, séparée par des portions encore saines de tissu. Cependant peu à peu celui-ci est détruit, et remplacé par une nouvelle quantité de matière tuberculeuse; enfin il arrive une époque où le ganglion, complètement transformé, ressemble tout à fait, par son volume, sa couleur et sa densité, à un marron dépouillé de son enveloppe. Il est pourtant des ganglions qui sont moins altérés : ainsi, lorsqu'un de ces organes n'est encore que partiellement envahi, le tissu qui avoisine les tubercules est parfois tout à fait sain; plus souvent il est d'un gris rosé et un peu ramolli; quelquefois il est grisâtre, induré et cassant, altération qui est probablement consécutive au dépôt de la matière tuberculeuse, et qui est l'analogie de l'induration grise qu'on rencontre si communément autour des cavernes pulmonaires. Les tubercules mésentériques, qui sont souvent entourés d'un kyste, peuvent se ramollir : cela aurait lieu, d'après MM. Rilliet et Barthez, plus souvent de trois à dix ans qu'avant ou après cet âge. Lorsque l'altération n'est pas très-étendue, la matière tuberculeuse peut subir la transformation crayeuse ou crétaçée, ce qui est un mode de guérison.

En général, chez les sujets emportés par le carreau, on trouve le péritoine intact : mais presque toujours il existe des tubercules dans quelques autres organes, notamment dans les poumons et dans l'intestin. Ce dernier viscère offre, chez plus de la moitié des sujets (Guersant), des ulcérations au fond desquelles existent des tubercules miliaires. Mais il ne faudrait pas s'autoriser de ces lésions pour dire, avec quelques personnes, que l'engorgement et la dégénérescence des ganglions ne sont qu'un effet de l'état de l'intestin; car il n'existe entre les deux ordres de lésions aucun rapport de cause à effet; elles ne sont pas proportionnées l'une à l'autre, mais toutes deux sont l'expression de la même cause, de la même diathèse.

**Symptômes.** — Le carreau débute lentement, d'une manière obscure. La plupart des enfants pâlisent, ils sont faibles et sujets à la diarrhée. Après un temps plus ou moins long, on voit communément, mais pas toujours, le ventre se développer, se tuméfier; lorsque les parois abdominales se laissent déprimer, on distingue, par la palpation, des tumeurs dures, inégales, marronnées, fixes, et plus souvent un peu mobiles, situées dans le voisinage de l'ombilic ou vers les flancs. La pression est généralement indolente; mais quelquefois elle réveille des douleurs assez vives, sans que l'état des ganglions, du péritoine et de l'intestin rende compte de cet excès de sensibilité. Les malades ont presque tous de la diarrhée, ce qui tient moins au carreau qu'aux ulcérations intestinales qui existent presque toujours; les matières excrétées sont très-variables quant à leur couleur, à leur aspect, et il n'est pas vrai de dire qu'elles soient communément argileuses. La diarrhée est continue, ou bien elle alterne avec la constipation : c'est là le seul trouble un peu constant que les organes digestifs présentent. Quant à l'appétit, il est variable; tantôt il est nul, le plus souvent il est conservé, ou bien il est irrégulier. On a dit que les enfants affectés du carreau étaient insatiables, qu'ils avaient beaucoup de voracité; mais il ne paraît pas que ce phénomène, qui d'ailleurs est rare, soit sensiblement plus commun dans le carreau que dans la tuberculisation des autres organes, et même que dans l'entéro-colite chronique. La langue est toujours humide et nette, la soif variable; il n'existe presque jamais de vomissements. On a prétendu que, dans le carreau, l'urine était blanche, laiteuse, que la salive était épaisse et visqueuse, et que la sueur, devenue plus abondante, exhalait une forte odeur acide; ces phénomènes ont été rarement rencontrés.

Cependant, lorsque la maladie est grave, les enfants sont minés par la fièvre

hectique; ils maigrissent, ils dépérissent; les membres inférieurs sont décharnés et proportionnellement plus amaigris que les supérieurs; mais il est difficile de faire, en pareil cas, la part exacte qui revient au carreau, attendu que presque toujours il existe des tubercules dans quelques autres organes, notamment dans les poumons, où l'on en rencontre chez plus des cinq sixièmes des malades: aussi la plupart d'entre eux toussent et ont des sueurs nocturnes.

La tuberculisation des ganglions mésentériques, à moins qu'elle ne soit très-étendue, peut, quand elle existe seule, ne réveiller aucun trouble dans l'économie. Chacun connaît l'histoire de ce nègre dont Morgagni a parlé d'après Ingrassias, qui, pendu pour un méfait, au milieu des apparences de la plus parfaite santé, présenta néanmoins, à l'ouverture de son corps, soixante tumeurs strumeuses du mésentère dont le volume variait depuis la grosseur d'un pois jusqu'à celle d'un œuf de poule. Bayle cite aussi l'observation d'une petite fille de cinq ans, d'une santé florissante, qui, étant morte de brûlures après cinq heures de souffrances, portait dans son mésentère, chargé de graisse, douze tubercules suppurés, dont plusieurs avaient acquis le volume d'une petite noix; nul autre organe ne renfermait de ces productions. Guersant a observé des faits semblables; j'en ai vu également plusieurs.

**Marche. Durée. Terminaisons.** — Le carreau paraît avoir une marche très-lente. Il est impossible de dire actuellement quelle en est la durée moyenne.

Nul doute que le carreau ne soit susceptible de guérison. Cette terminaison est peut-être même ordinaire dans les cas où la maladie est simple et lorsqu'elle n'a pas acquis un grand développement: Nous ne croyons pas qu'il soit exact de dire, avec quelques personnes, que le carreau soit susceptible de résolution, car la matière tuberculeuse, quand elle est accumulée en grande quantité, n'est guère susceptible d'être résorbée; elle change plutôt de nature; elle subit, par exemple, fréquemment la transformation crétacée.

La terminaison funeste et l'épuisement qui la précèdent dépendent de l'influence fâcheuse que la diathèse tuberculeuse exerce sur la constitution entière, et de la multiplicité des lésions qu'elle produit. On a cru pendant longtemps que l'émaciation résultait de ce que le chyle, ne pouvant plus traverser les ganglions mésentériques, reflue vers l'intestin et était rendu par les selles. Cette cause d'épuisement ne me semble pas aussi hypothétique qu'on l'a dit; mais elle ne joue qu'un rôle secondaire, car tous les ganglions ne sont pas malades, tous ne le sont pas au même degré; et si la destruction de l'organe n'est pas complète, si le parenchyme n'est qu'infiltré, ces canaux sont encore perméables, comme le prouvent d'ailleurs les injections faites en Allemagne par le docteur Becker, qui, ayant poussé du mercure à travers des ganglions diversement altérés, a vu l'injection les traverser librement et arriver dans les vaisseaux afférents; ajoutons enfin, qu'à supposer que tous les ganglions fussent dégénérés, si les veines sont perméables, l'absorption pourra encore avoir lieu.

**Diagnostic.** — Le diagnostic du carreau est difficile. Guersant regardait avec raison le diagnostic de cette maladie comme un des points les plus obscurs de la pathologie de l'enfance; il déclare que presque tous les symptômes qu'on a assignés à cette maladie ne lui appartiennent pas, mais dépendent de plusieurs autres affections du ventre, avec lesquelles on la confond souvent, parce qu'elles l'accompagnent ordinairement et marchent avec elle. Le seul caractère positif du carreau est l'existence des tubercules mésentériques. Quant au volume du ventre, d'après lequel surtout le vulgaire diagnostique la maladie, c'est un signe sans valeur; car, ainsi que l'a noté Guersant, la plupart des enfants, jus-

qu'à trois ou quatre ans, ont le ventre volumineux, en raison de l'étendue proportionnellement plus grande du tube intestinal, à cause du volume du foie, du dégagement plus abondant des gaz qui s'opère dans les organes digestifs de ceux qui sont faibles et rachitiques, de ceux qui digèrent mal ou qui ont seulement une alimentation grossière. La péritonite chronique est la maladie qu'on a peut-être le plus souvent confondue avec le carreau; mais les douleurs abdominales, les vomissements verdâtres, et surtout la rénitence uniforme du ventre, qui caractérise la péritonite, éclaireront le diagnostic.

**Pronostic.** — Le pronostic est très-fâcheux: cependant, lorsque le carreau existe seul, lorsqu'il n'y a de tubercules nulle autre part, du moins dans aucun organe important, la maladie peut avoir une heureuse issue; les ganglions reviennent alors sur eux-mêmes, et éprouvent, comme nous l'avons dit, la transformation crétacée. Plus l'enfant est âgé, plus il a de chances en sa faveur. Quand les ganglions ont acquis des dimensions très-considérables, lorsque la fièvre hectique est permanente, et qu'une diarrhée colliquative épuise les sujets, la mort est inévitable.

**Étiologie.** — MM. Rilliet et Barthez ont prouvé par leurs relevés combien était erronée l'idée de ceux qui regardent le carreau comme une maladie fréquente chez les jeunes enfants. Ces habiles médecins se sont, en effet, assurés que la tuberculisation mésentérique n'atteignait jamais ou presque jamais les enfants au-dessous de trois ans. La maladie est d'autant plus légère que l'enfant est plus jeune: elle a son maximum de fréquence de cinq à dix ans, et elle est fort rare de douze à quinze. Les mêmes observateurs ont démontré que les garçons étaient atteints en plus grande proportion que les filles. Les causes du carreau sont toutes celles qui produisent la diathèse tuberculeuse; mais on ne sait pourquoi cette diathèse s'exerce de préférence sur les ganglions mésentériques.

**Traitement.** — Il faut avant tout ordonner une bonne hygiène, placer les malades en bon air, les exposer au soleil, ranimer les fonctions de la peau par des frictions stimulantes et surtout par l'administration de bains salés aromatiques, iodés ou sulfureux; on les soumettra en outre à une alimentation substantielle, mais proportionnée aux forces digestives. Il faut que les aliments, sous un petit volume, contiennent le plus de principes nutritifs possible; on pourra essayer à l'intérieur l'usage des ferrugineux et des toniques, mais à faibles doses et en choisissant les moins énergiques; on doit s'abstenir de tous les moyens violents qui sont encore très-usités en Angleterre, tels que les laxatifs, le calomel, les toniques énergiques, le chlorhydrate de baryte, les antimoniaux, le soufre; quant à l'huile de foie de morue et à l'iodure de potassium, ils pourront être essayés avec avantage.

## DES TUBERCULES DES REINS

**Anatomie pathologique.** — On trouve des tubercules dans les reins beaucoup plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte; ces productions y existent sous forme de granulations grises, ou bien ce sont des tubercules crus; ailleurs ce sont des tubercules ramollis, après l'évacuation desquels il reste des cavernes plus ou moins spacieuses. Les granulations grises et jaunes siègent le plus souvent dans la substance corticale à la surface de laquelle elles ne font aucun relief; mais elles s'y dessinent sous forme de petites taches jaunes qui ne sont pas ordinairement en rapport avec le volume du produit morbide. En général,

le tubercule n'est pas enkysté, et on l'énuclée facilement sans qu'il entraîne aucune portion du tissu; quelquefois aussi la matière tuberculeuse existe dans la substance corticale sous forme de masses ayant le volume d'une olive ou d'une noisette. Ces gros tubercules, qui sont quelquefois enkystés, séparés de la substance du rein par une membrane légèrement aréolaire à sa face interne (Rayer), peuvent se ramollir et se vider dans le tissu cellulaire et plus souvent dans le bassin. Si plusieurs de ces petites cavernes s'unissent entre elles, il en résulte une vaste poche pouvant occuper une grande portion de l'organe.

La matière tuberculeuse peut encore être disposée sous forme de poudre, ou de petits grains du volume d'une tête d'épingle, à la surface et dans l'épaisseur des mamelons ou sous la muqueuse des calices, des bassinets ou des uretères, ce qui donne à celle-ci un aspect inégal. L'altération peut même se propager de là dans la vessie, dans le canal de l'urètre et jusqu'aux vésicules séminales. Par suite de l'infiltration tuberculeuse, les calices acquièrent souvent, d'après M. Rayer, une certaine rigidité qui les empêche de s'affaisser lorsqu'on fait une coupe aux reins; cette circonstance, jointe à leur dilatation, leur donne l'apparence d'excavations tuberculeuses.

Sur seize cas de dégénérescence tuberculeuse des reins, M. Rayer n'a vu que deux fois la tunique extérieure participer à l'altération. Quand il n'existe que des granulations grises et des tubercules disséminés, le tissu rénal est sain et l'organe conserve à peu près son volume: il est rare, en effet, qu'il soit diminué; le plus souvent, au contraire, il est augmenté. Chez les enfants, on voit presque toujours les tubercules envahir les deux reins à la fois; il n'en est pas de même pour l'adulte, chez lequel on trouve plus souvent l'altération limitée à un seul de ces organes. La tuberculisation des reins, à quelque âge qu'elle survienne, coïncide presque toujours avec la présence des tubercules, non-seulement dans les poumons, mais encore dans divers autres organes.

**Symptômes.** — M. Rayer avoue qu'il est impossible de diagnostiquer les tubercules rénaux, lorsqu'ils ne communiquent pas encore avec les canaux excréteurs. Il est vrai que quelquefois l'urine contient un peu d'albumine; mais ce caractère, pouvant exister dans plusieurs maladies, n'a pas une valeur diagnostique certaine. Lorsque les tubercules ramollis se vident dans les calices, dans le bassin ou l'uretère, l'urine est trouble au moment de l'émission, et tient en suspension des grumeaux non fibrineux qui se déposent au fond du vase. Examiné au microscope, ce sédiment était formé, d'après M. Rayer, en grande partie de globules muqueux, et quelquefois de globules sanguins, et d'une matière organique, qui ne se dissout pas dans les acides étendus, comme le font les phosphates et les urates qui constituent ordinairement le sédiment des urines. Cette matière organique, d'après le même auteur, n'offre au microscope que des granules très-distincts des globules purulents et sanguins. Le mélange du débris tuberculeux avec l'urine offre ceci de particulier, que souvent on observe de très-notables différences dans la proportion de cette matière, non-seulement dans les diverses émissions opérées pendant plusieurs jours, mais encore dans les émissions d'une même journée. Jamais non plus, d'après M. Rayer, la proportion de la matière tuberculeuse dans l'urine ne peut être comparée à celle du pus dans les cas d'inflammation du bassin ou de la vessie. Lorsque les accidents qui précèdent se rencontrent chez un sujet tuberculeux, on devra soupçonner que le rein est atteint de la même dégénérescence.

La tuberculisation des reins reconnaît les mêmes causes que la tuberculisation des autres organes. Il n'y a aucun traitement spécial à lui opposer.

## DE LA MALADIE SCROFULEUSE

**SYNONYME.** — Humeurs froides, écrouelles. — Scrophule ou scrofule, vient de *scrofa*, truie, par la ressemblance qu'on a trouvée entre les engorgements des scrofuleux et ceux qui se développent fréquemment chez la truie.

Nous définirons la maladie scrofuleuse un état morbide constitutionnel caractérisé par des lésions diverses de nutrition survenant du côté des parties molles et des os, spécialement par l'engorgement chronique des ganglions lymphatiques.

**Historique.** — Cette maladie a fixé l'attention des médecins dès l'enfance de l'art. Hippocrate en parle, en effet, dans plusieurs passages de ses immortels ouvrages, et il n'est presque aucun auteur depuis lui, et surtout depuis Galien, qui n'en ait traité. C'est une des affections sur la nature desquelles on a le plus disserté et divagué, surtout à partir du XVI<sup>e</sup> siècle. Les obscurités que son histoire présentait décidèrent l'Académie de chirurgie, en 1751, et, trente ans plus tard, la Société royale de médecine, à ouvrir un concours sur les maladies scrofuleuses; c'est ce qui nous a valu les travaux de Bordeu, de Faure, de Charmetton, et plus tard ceux de Baumes, de Kortum et de Pujol. Le zèle des médecins ne s'est pas ralenti, car la science s'est enrichie depuis lors de plusieurs traités spéciaux: les principaux sont celui de Hufeland en Allemagne, et ceux de MM. Lepelletier, Baudelocque et Lebert en France. Enfin Lugol, qui s'est voué avec tant de succès pendant nombre d'années à l'étude des scrofules, a publié des recherches intéressantes sur les causes de ces affections. Il est seulement à regretter que l'auteur n'ait pas adopté, pour l'exposition de ses idées, une méthode plus rigoureuse, et qu'il n'ait pas appuyé ses opinions, souvent fort contestables, de résultats numériques.

**Anatomie pathologique.** — Des lésions très-diverses se rencontrent chez les scrofuleux. Presque toujours on constate un développement insolite des ganglions sous-maxillaires et de ceux des parties latérales du cou. L'altération se continue quelquefois dans les ganglions bronchiques. Elle peut occuper également ceux du mésentère, et plus rarement peut-être ceux de quelques autres parties, comme les aines ou les aisselles. Les ganglions malades ont acquis un volume qui varie depuis celui d'une petite noisette jusqu'à celui d'un gros œuf de poule. L'altération n'est pas parvenue partout au même degré: chez les uns, le tissu est seulement induré ou rougeâtre; plus loin il est ferme, dense, ressemblant pour la couleur et la consistance à de la chair de veau cuite et lavée. Presque toujours on trouve de la matière tuberculeuse en plus ou moins grande quantité, tantôt seulement infiltrée, d'autres fois réunie en masses séparées les unes des autres par du tissu cellulaire lamelleux; le tissu des ganglions est alors complètement détruit; les tubercules sont eux-mêmes à divers états: lorsque la maladie est avancée, ils sont ramollis sur une grande étendue; beaucoup se sont abcédés, se sont ouverts à l'extérieur, et l'on constate alors des trajets fistuleux plus ou moins longs, des décollements considérables de la peau, des suppurations diffuses, des indurations chroniques qui, des ganglions, ont gagné les parties molles environnantes. Les os, surtout les os spongieux, et parmi ceux-ci les os du carpe et du métacarpe spécialement, ainsi que ceux du tarse et du métatarse, les phalanges des doigts et des orteils, les corps des vertèbres et les extrémités articulaires des os longs, sont le siège d'ostéites et de périostites, de caries et de nécroses; on y rencontre souvent de