

de la sonorité tympanique, du souffle, des râles et de la voix amphoriques, du bruit d'airain, etc.; sur l'absence de matité à la partie inférieure et postérieure du poumon. L'autopsie a confirmé le diagnostic posé pendant la vie, et elle a permis de bien constater les conditions physiques que M. Vulpian avait indiquées, comme nécessaires pour la production du phénomène. La caverne, énorme, *avait ses parois extrêmement minces et adhérentes* à la paroi thoracique, absolument confondues avec elle; la caverne, vide, communiquait avec les bronches. En somme, on voit que, dans les cas analogues à celui-ci, se trouvent réalisées les dispositions physiques que crée le pneumo-thorax; elles peuvent être résumées ainsi: vaste cavité, pleine d'air, à parois très-minces, en contact immédiat ou à peu près immédiat avec la paroi thoracique, et communiquant avec l'air extérieur par l'intermédiaire des bronches.

— L'observation XCIII, dont j'ai seulement donné un résumé, mérite une mention particulière; il s'agit d'un cas vulgaire de tuberculose pulmonaire chronique, avec *péritonite tuberculeuse*, mais celle-ci a été un peu spéciale, dans son expression clinique. Comme on le sait, dans la forme chronique de la tuberculose péritonéale, le ventre, augmenté de volume dans son ensemble, présente, à la palpation, une série d'inégalités, de bosselures. Le plus généralement, il y a très-peu d'ascite, et souvent même le liquide est collecté, en certains points de la cavité abdominale, dans des régions, pour ainsi dire, indépendantes les unes des autres. Les autopsies montrent que, dans ces cas, les anses intestinales, agglutinées ensemble par l'inflammation tuberculeuse, forment, par place, pour me servir de l'expression de Grisolle, de véritables gâteaux. C'est dans les intervalles, séparant, les unes des autres, ces masses intestinales, que se trouve le liquide ascitique épanché, ainsi séparé, plus ou moins complètement, d'autres collec-

tions semblables; mais ce liquide est alors en petite quantité, et, somme toute, l'ascite est, en général, fort peu considérable. Dans le cas actuel, l'ascite était énorme; le ventre uniformément distendu avait l'aspect que, d'habitude, on rencontre chez les malades atteints de cirrhose hépatique. L'autopsie vint donner la raison de ce fait. Le péritoine viscéral ne présentait presque aucune altération: à peine si, à la surface de l'intestin grêle, il était vascularisé, et si on trouvait, çà et là, quelques granulations tuberculeuses miliaires. Mais il n'en était plus de même du péritoine pariétal: celui-ci était épaissi, opaque; par places, il était le siège d'une vascularisation des plus nettes, avec formation de néo-membranes minces. De plus, sa surface, dans toute son étendue, était parsemée d'une infinie quantité de granulations tuberculeuses; elles étaient en grand nombre, surtout dans les fosses iliaques droites et gauches. Cette distribution de l'inflammation et des granulations tuberculeuses, explique très-bien, d'une part, l'abondance de l'ascite, et, d'autre part, les caractères particuliers de l'intumescence du ventre.

— L'observation XCIV est celle d'un malade chez lequel, avec une marche aiguë, nous avons vu rapidement se produire la déformation hippocratique des doigts. Le malade, en traitement à l'hôpital, depuis plus d'un mois, pour une tuberculose, d'abord peu accentuée, mais qui, plus tard, évolua rapidement, fut pris, aux extrémités digitales des mains, de douleur, de chaleur, de rougeur, de tuméfaction, en un mot des phénomènes classiques de l'inflammation occupant les dernières phalanges des doigts, dans leur ensemble; le malade ne pouvait plus tenir ses mains sous la couverture, tellement la chaleur du lit le faisait souffrir. En même temps les ongles se déformaient visiblement, se courbaient dans tous les sens. Au bout de quelques semaines, cet état aigu se dissipa, mais les doigts

restèrent définitivement altérés dans leur forme; ils furent, à partir de ce moment, *hippocratiques*.

Bientôt les phalanges des gros orteils sont prises à leur tour, exactement de la même façon, environ une quinzaine de jours après la cessation des phénomènes aux doigts de la main, et elles subissent le même sort; pendant ce temps, et corrélativement, les lésions pulmonaires s'étendaient de plus en plus.

A propos de ce malade, comme à propos des autres, dont les observations précédent, je signalerai l'efficacité très-remarquable d'un moyen de traitement dont j'ai vu bien souvent les bons résultats, entre les mains de M. Vulpian.

Pour combattre les sueurs nocturnes, non-seulement chez les phthisiques, mais encore dans beaucoup d'autres maladies, fièvres gastriques, rhumatisme articulaire aigu, M. Vulpian emploie des pilules qui renferment, chacune, un demi-milligramme de sulfate d'atropine. Il en prescrit une ou deux, à une heure d'intervalle, le soir. Si cette dose n'est pas suffisante, on en donne une ou deux autres, à une heure d'intervalle dans l'après-midi. Il est rare qu'on soit obligé de prescrire ainsi quatre pilules par jour. A part la suppression de la sueur, ces pilules prises à cette dose, ne donnent lieu, dans l'immense majorité des cas, à aucun phénomène d'atropinisme. Ce moyen de combattre les sueurs, simple palliatif contre l'un des symptômes les plus pénibles de la phthisie, est de beaucoup supérieur à tous ceux de l'ancienne pharmacopée, dont les effets sont presque nuls.

— L'observation XCV est un de ces exemples de tuberculose que MM. Bazin et Pidoux auraient décrits sous le nom de *phthisie scrofuleuse*. Il faut bien le reconnaître, l'exacte observation des faits montre que, chez les scrofuleux, la tuberculose a, en général, une physionomie à

part, et qu'elle évolue d'une façon spéciale. Si quelquefois, en effet, la phthisie scrofuleuse est annoncée par des bronchites répétées, ou par des hémoptysies, le plus souvent son début est, pour ainsi dire, lent et insidieux. Il n'existe ni fièvre, ni douleurs. La dyspnée est modérée; l'amaigrissement, à peu près nul; les forces sont presque conservées; l'appétit peut persister. Il en est ainsi pendant des mois, des années même, et, seul, l'examen attentif de la poitrine peut révéler l'existence de la maladie.

Lorsque la fonte tuberculeuse arrive, la fièvre hectique peut faire complètement défaut; les sueurs sont rares; l'appétit est conservé; l'embonpoint, ordinaire. Ce n'est que beaucoup plus tard qu'il survient de l'anorexie, que les extrémités s'infiltrant, que la peau, couverte de moiteur, prend une teinte jaunâtre; la fièvre s'allume plus vive, et la terminaison fatale est alors très-rapide; mais, je le répète, c'est après une longue existence de la maladie que la dernière période de l'affection survient, et des malades ayant leurs poumons creusés de vastes cavités peuvent offrir certaines des apparences de la santé. Quelle différence entre ces cas et ceux de phthisie commune! Aussi, comme le fait remarquer M. Bazin, ni le pronostic, ni le traitement ne sont les mêmes, dans ces cas, et dans ceux de tuberculose pulmonaire ordinaire. Il faut bien le répéter d'ailleurs, ces différences entre la phthisie commune et la phthisie des scrofuleux ne peuvent être admises qu'à titre de fait général et non comme étant constantes. Il est des cas, en effet, où chez des scrofuleux, la phthisie pulmonaire évolue avec rapidité: on peut observer, chez ces diathésiques, les formes les plus rapides de la phthisie; soit la tuberculisation granuleuse aiguë, asphyxique ou typhoïde, soit la tuberculisation caséuse sous forme nodulaire ou sous forme d'infiltration lobulaire ou pseudo-lobaire, avec fonte rapide du poumon, et production de vastes cavernes

en peu de temps ; la mort arrive au bout de quelques semaines.

Le malade de l'observation XCV était un Parisien des faubourgs, fils d'une tuberculeuse et d'un père rhumatisant. Pendant son enfance, les ganglions du cou s'engorgèrent, et il eut des tumeurs énormes, qui s'abcédèrent ; sa peau, conturée de cicatrices, en porte les traces indélébiles. Le cuir chevelu, la face, furent, à différentes reprises, couverts d'éruptions d'impétigo scrofuleux, qui ont laissé, dans ces diverses régions, de nombreuses cicatrices, analogues à celles du cou.

Le 2 janvier 1877, il est atteint de pneumonie, et, à propos de cette maladie aiguë, la tuberculose pulmonaire et la tuberculose adéno-bronchique évoluèrent. L'évolution symptomatique de la phthisie se fit lentement, sans grande réaction, sans hémoptysie, sans amaigrissement notable ; en un mot, comme les observateurs l'ont noté dans des cas de ce genre, la phthisie, chez lui, a eu une marche torpide, une évolution très-lente.

Il n'est pas douteux que les ganglions bronchiques n'aient participé à la tuberculose, car on constatait du souffle à la racine des bronches, et la *toux à forme de coqueluche*.

Ces symptômes, peu accusés dans le cas dont nous venons de parler, existaient, au contraire, très-prononcés, très-nets, chez le malade de l'observation suivante (XCVI). Ce malade offrait un bel exemple, absolument type, de *tuberculose des ganglions bronchiques*.

— L'observation XCVII est un cas intéressant de tuberculose du sommet du poumon droit. La lésion paraissait exclusivement localisée dans ce sommet. Les autres parties du poumon atteint et l'autre poumon tout entier ne présentaient aucun signe de tuberculisation.

La malade est une jeune femme de 20 ans ; elle a eu, à

18 ans, des coliques de plomb dont elle guérit très-bien ; quelque temps après, étant très-pâle, facilement étouffée, elle entra à Beaujon, où elle resta deux mois environ en traitement, pour une chloro-anémie. Déjà, à l'âge de 16 ans, elle avait eu une pneumonie ; depuis lors, elle s'enrhumait souvent, et elle éprouvait quelquefois des douleurs dans le côté droit de la poitrine.

Le jour de son entrée à l'hôpital, on constate que la malade n'est pas amaigrie, mais elle a un teint très-pâle, presque jaunâtre, de chloro-anémique.

La percussion est douloureuse à droite, en haut et en arrière du thorax : en ce point, perte d'élasticité ; matité. Frottements — râles très-nets dans toute la partie mate ; souffle et égophonie des plus caractéristiques ; rien d'ailleurs dans les autres régions des poumons. Aucune expectoration.

État général satisfaisant ; appétit à peu près conservé. On hésita, comme diagnostic, entre une pleurésie locale simple et une pleurésie provoquée par des tubercules siégeant au sommet du poumon droit, en inclinant toutefois vers cette dernière interprétation des phénomènes symptomatiques.

Le 6 avril, après deux mois de séjour environ, la malade quittait l'hôpital, très-améliorée au point de vue général ; mais les phénomènes physiques persistaient avec les mêmes caractères que lors de son entrée à l'hôpital.

Le 19 juillet, la malade revient dans le service, parce que, depuis quelque temps, elle va en s'affaiblissant par le fait de sueurs nocturnes abondantes. A un nouvel examen, on constate une expectoration franchement purulente ; en outre, cette fois, on trouve tous les signes de l'existence d'une vaste excavation dans le sommet du poumon droit : partout ailleurs, *il n'y a rien* d'anormal ; le reste du poumon droit et tout le poumon gauche sont sains.

Voilà le fait : donc, ici, sous le couvert d'une pleurésie

du sommet du côté droit du thorax, pleurésie déterminée très-vraisemblablement par le développement de tubercules dans le lobe supérieur du poumon droit et dans la région correspondante de la plèvre, il s'est produit dans ce lobe une *pneumonie caséuse*, et ce processus morbide a eu pour conséquence la formation d'une vaste caverne, alors que toutes les autres parties de l'appareil pulmonaire restaient indemnes de lésions. Il y a actuellement, dans le service, une autre jeune fille tuberculeuse, couchée au n° 15 bis, dont l'histoire clinique est analogue.

En terminant ce bref résumé des principaux faits de phthisie pulmonaire, observés dans notre service, je veux consigner encore une remarque, déjà faite par d'autres médecins, et dont nous avons vérifié la justesse chez un grand nombre de phthisiques : c'est qu'il est commun de trouver les lésions disposées de telle sorte dans les deux poumons, que les signes sont plus manifestes en avant d'un côté et en arrière du côté opposé. Il n'est pas rare de constater, par exemple, de la matité et du souffle en avant et en haut, du côté gauche, la partie postérieure de ce même côté, au même niveau, offrant des signes beaucoup moins marqués ou même nuls, tandis que, du côté droit, ce sera l'inverse qui sera révélé par l'examen.

— Plusieurs des tuberculeux dont il vient d'être question, ont eu, quelquefois, dans le cours de leur maladie, d'abondantes diarrhées. M. Vulpian parvenait, presque toujours, à les enrayer, quelle que fût la cause du flux (tuberculose intestinale, entérite des tuberculeux, etc.), en faisant pratiquer, sous la peau de l'abdomen, des injections de chlorhydrate de morphine; un, deux, trois, quatre centigrammes de cette substance, plus ou moins, suivant les cas.

— L'observation XCVIII est un bel exemple de *cancer* propagé au poumon et à la plèvre. L'histoire clinique de ce malade est des plus instructives.

Un valet de chambre de quarante et quelques années est amené dans le service à la visite du soir. Il raconte qu'il est malade seulement *depuis huit jours*; que, jusqu'alors, il a toujours été bien portant. Il y a huit jours, sans cause connue, il a été pris d'accès d'étouffement, de dyspnée : ces accès ont été violents, et même, au dire du médecin qui les a vus, ils ont plusieurs fois mis le malade en danger de mort.

Au moment de son entrée dans nos salles, nous constatons que ce malade est un homme de taille moyenne, très-brun; sa figure est pâle et cependant un peu cyanosée; les lèvres sont bleuâtres; les yeux sortent de l'orbite; la respiration est gênée, saccadée; la voix brève, haletante; la toux fréquente.

Pas d'expectoration.

Le malade est assis dans son lit; il s'appuie sur ses deux mains, et fait mouvoir tous les muscles qui entourent le thorax. L'embonpoint est à peu près conservé.

L'inspection du ventre montre une saillie très-accusée, étendue, volumineuse, dans la région hépatique; la palpation indique que le foie est considérablement augmenté de volume, qu'il est bombé, un peu douloureux à la pression. Signes d'un double épanchement pleural, d'ailleurs peu abondant; phénomènes de bronchite généralisée.

Le malade meurt le surlendemain de son entrée à l'hôpital; il succombe aux progrès de l'asphyxie.

A l'autopsie, on trouve un cancer du foie caractérisé par des masses énormes, arrondies, siégeant à la surface et dans l'épaisseur de l'organe : tout autour de ces masses le tissu hépatique est sain. Le pancréas était englobé complètement dans l'une d'elles. Le diaphragme, tant à sa face

inférieure, qu'à sa face supérieure, est parsemé de millions de nodosités cancéreuses; il en est de même, sur les plèvres pariétales, sur les plèvres viscérales et dans l'épaisseur du poumon.

Le thorax, de chaque côté, renfermait un litre de liquide, contenant du sang en abondance.

Quel a été le point de départ des accidents? Le pancréas, sans nul doute; de là le cancer s'est propagé au foie, puis au diaphragme, et, par l'intermédiaire de ce dernier, aux plèvres et aux poumons. Depuis les travaux de Recklinghausen, on admet généralement qu'il peut se faire une propagation facile des affections intra-abdominales aux organes thoraciques et réciproquement, par les communications lymphatiques qui mettent en rapport les cavités abdominale et thoracique, au travers du diaphragme. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la réalité de ces communications anatomiques, le fait de la propagation est incontestable dans nombre de cas. On voit parfois des pleurésies se produire consécutivement à des inflammations du péritoine. Nous avons eu l'occasion d'observer des cas intéressants de ce genre. M. Vulpian avait dans son service, au même moment, il y a quelques mois, deux malades chez lesquels on avait pu constater une propagation de cette sorte. Dans un des cas, il s'agissait d'une péritonite survenue chez un jeune homme dans la convalescence d'une fièvre typhoïde; quelques jours après le début des accidents péritonitiques, une pleurésie aiguë du côté gauche se déclarait. Dans l'autre cas, une pleurésie aiguë du côté droit se produisait chez une femme, huit à dix jours après les premiers symptômes d'un phlegmon du ligament large du côté droit, phlegmon compliqué d'une pelvi-péritonite peu accusée.

Dans l'observation XCVIII, il faut noter surtout la soudaineté des accidents; la rapidité de leur évolution; leur

terminaison fatale. L'éruption cancéreuse de la plèvre et des poumons ressemblait absolument à celles qu'on observe quelquefois sur le péritoine, et qui marchent si vite. Ces faits de carcinie aiguë du péritoine ont été signalés et décrits par MM. Vulpian et Charcot; pour ma part, j'en ai observé un cas très-net, étant interne de M. Charcot à la Salpêtrière.

### OBSERVATIONS

Obs. LXXV. — *Goître ordinaire, accompagné de violents accès de suffocation. — Développement hypertrophique notable du lobe moyen du corps thyroïde. — Pénétration de ce lobe à la base du cou, de haut en bas, derrière le sternum. — Compression de la trachée, quelquefois très-marquée, lors des poussées congestives vers le corps thyroïde. — Emphysème pulmonaire concomitant. — Cessation des accidents dyspnéiques sous l'influence de l'iodure de potassium, pris à l'intérieur, et de l'application de pommade iodurée sur la tumeur.*

Le nommé G..., Arthur, âgé de 18 ans, brossier, entré le 14 juin 1877, salle Saint-Jean de Dieu, lit n° 15.

*Antécédents héréditaires.* — Le malade raconte que son père toussait habituellement, et présentait, surtout pendant l'hiver, un gonflement du cou qui produisait quelquefois de violents accès de suffocation.

Sa mère avait des palpitations, et toussait beaucoup aussi.

Dans le pays de ce jeune homme (Seine-et-Marne), il y a beaucoup de personnes atteintes de la même affection que lui, non-seulement dans son village, mais même dans les environs.

*Renseignements.* — Depuis son enfance, il tousse habituellement.

Il n'a jamais eu d'hémoptysie, mais il sue la nuit, assez pour être obligé de changer de chemise; depuis quelque temps il a une diarrhée habituelle.

L'expectoration est ordinairement peu abondante. De temps à autre, elle augmente considérablement. Elle consiste en un liquide clair, transparent et aéré.

Ce malade dit avoir un peu maigri dans ces derniers temps.

Ce qui l'oblige surtout à venir demander du secours, ce sont les accès d'étouffement qui le prennent souvent et qui ressemblent à ceux que présentait son père.

Pendant les quintes de toux, il voit son cou se gonfler peu à peu, et devenir souvent très-volumineux. C'est alors que commence la dyspnée.

Cet état, caractérisé par des alternatives d'augmentation et de diminution du corps thyroïde, avec accès de suffocation plus ou moins marquée, dure depuis son enfance. Il n'en souffrait pas autrement, et ce n'est que depuis 15 jours environ que ces accès de suffocation ont commencé à lui inspirer une certaine inquiétude.

Souvent ses yeux se remplissent involontairement de larmes, en même temps que se montrent les phénomènes précédents.

L'appétit est conservé, mais, aussitôt après son repas, il se met à tousser et à étouffer beaucoup plus que pendant le reste de la journée.

*Etat actuel.* — C'est un garçon vigoureusement constitué, très-brun.

Il est assis dans son lit, ayant plusieurs oreillers pour le soutenir. Facies rouge, congestionné; lèvres un peu bleuâtres. Inspiration pénible; respiration costale supérieure.

La peau est moite; T. A. 38° 2. Langue un peu saburrale. Perte d'appétit; constipation.

*Examen des organes.* — On constate, sur le cou, la saillie que les lobes du corps thyroïde forment sous la peau; le malade vient d'avoir un accès de suffocation. Aussi le volume de la tumeur est-il très-considérable et très-sensible à la vue aussi bien qu'au toucher. Du reste, on la voit grossir au moindre effort que fait le malade pour tousser. On note que le lobe moyen du corps thyroïde, qui est surtout hypertrophié, s'engage au-dessous de la première pièce du sternum et pénètre ainsi jusque dans la cavité thoracique.

L'examen du thorax donne les signes suivants: Il est un peu bombé en avant; les creux sus-claviculaires sont légèrement effacés.

A la percussion, un peu de sonorité exagérée, sous les clavicules.

A l'auscultation, on entend partout, aussi bien en arrière qu'en avant et des deux côtés, un ronflement presque soufflant, qui se perçoit aux deux temps de la respiration, et des râles sibilants; le maximum d'intensité des râles ronflants est au niveau de la septième cervicale; le ronflement diminue à mesure qu'on s'éloigne de l'origine des bronches. Expectoration assez abondante de crachats muqueux, aérés.

Rien de particulier à noter du côté du cœur.

Les urines sont un peu rouges; elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

*Traitement.* — On donne au malade 15 grammes d'huile de ricin. Infusion de fleurs de mauve. Bouillon.

16 juin. — Le malade a encore beaucoup toussé la nuit; hier, dans la soirée, il a eu plusieurs accès de suffocation. Frictions sur la tumeur avec la pommade à l'iodure de potassium. Julep gommeux contenant 30 grammes de sirop d'opium.