que le malade présente toujours ou presque toujours : par le moyen de la médication corroborante et autres médications conseillées ci-dessus (770).

6. Pallier les accidens cérébraux par les médications qui conviennent à l'hypérémie encéphalique (189) et à l'encéphalite (622). Émissions sanguines, vésicatoires, séton, cautères ou moxas à la nuque. Purgatifs, opiacés, etc.

ARTICLE IV.

TUBERCULISATION LARYNGIENNE.

784. *Bibliographie.* — TROUSSEAU et BELLOC. — (*Tr. prat. de la Phth. laryng., de la Laryngit. chron.* etc.) — Voir, *passim*, tout ce que ces auteurs disent relativement à la phthisie laryngée tuberculeuse.

LOUIS. — (*Rech. anat., path. et thér. sur la phth.*) Ire partie, chap. I, art. 3, *De l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère* (chez les phthisiques).

TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760). — Pag. 155-7. (*Tubercules du larynx.*)

BARTH. *Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes.* — Mém. déjà cité. (490.)

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 369-77. (*Tubercules et ulcérations du larynx.*)

785. *Bref aperçu.* — Il est rare, plus rare qu'on ne serait porté à le penser de prime abord, en un mot, il est très rare que la sécrétion tuberculeuse vienne à s'établir dans le tissu cellulaire sous-muqueux ou dans les follicules du larynx. Dans la plupart des cas où la phthisie pulmonaire s'accompagne d'une laryngite chronique, même ulcéreuse, et qui sont, bien des fois, si improprement qualifiés de phthisie laryngée, l'affection du larynx n'étant là qu'un élément accessoire et secondaire, et non pas le fait principal ; eh bien ! dis-je, dans la plupart de ces cas-là, il est aujourd'hui reconnu que la laryngite n'est pas de nature tuberculeuse. En pareille circonstance, la tuberculisation laryngienne est l'exception, et non la règle.

Cela posé, et après avoir ainsi prémuni nos lecteurs contre l'erreur qui consisterait à exagérer la fréquence relative de la tuberculisation laryngienne, passons outre, et commençons par dire qu'on a parfaitement constaté, chez divers sujets, l'existence de petits dépôts de matière tuberculeuse sur différents points du larynx, notamment sur les bords ou à l'angle des cordes vocales, à la base de l'épiglotte, au-devant des cartilages aryténoïdes, etc.

Comme de raison, les tubercules laryngiens amènent, dans le point

où ils se sont produits, l'ulcération de la muqueuse ; puis, autour de cette ulcération, une inflammation purement et simplement érythémateuse ou catarrhale, qui occupe une plus ou moins grande étendue du larynx.

De là, les symptômes locaux qui sont propres à la laryngite chronique (498. A) : douleur laryngée, enrouement ou extinction de voix, dysphagie, petite toux, dyspnée, etc. C'est particulièrement dans le cas où l'ulcération a son siége sur les cordes vocales que se fait observer l'extinction complète et absolue de la voix.

De là aussi, la tuberculisation laryngienne fût-elle le seul et unique vice de l'économie, se fût-elle développée isolément et indépendamment de la phthisie pulmonaire, doivent naître les symptômes généraux de dépérissement et de fièvre hectique, que nous avons reconnus comme propres à la laryngite ulcéreuse (498. D.).

Au surplus, la tuberculisation laryngienne ne pourrait guère, à elle seule, entraîner la mort par le fait de la fièvre lente et d'un dépérissement indéfiniment progressif. Le larynx n'est point par lui-même un organe assez essentiel à la vie pour qu'un tel dénouement soit, en pareille occurrence, une fatalité inévitable. Mais ce qui est toujours à craindre, ce qui, en cas de tuberculisation laryngienne, peut tout-à-coup trancher prématurément les jours du malade, c'est le développement accidentel d'une laryngite périglottique œdémateuse (493. — 494. C. — et 495), cette maladie terrible et dont il est si difficile de réchapper, surtout quand elle vient se greffer sur un larynx déjà malade.

Quant au traitement de la tuberculisation laryngienne, il doit consister à combattre à la fois la diathèse tuberculeuse et les accidens locaux, en un mot, à combiner ensemble avec discernement, suivant les indications particulières du cas donné, le traitement général de la diathèse en question (770) et le traitement spécial de la laryngite (500.)

ARTICLE V.

TUBERCULISATION INTESTINALE.

786. *Bibliographie.* — LOUIS. — (*Recherch. anat., pathol. et thérap. sur la phth.*) Ire partie, chap. III, art. 3, *Du duodénum ;* — art. 4, *De l'intestin grêle ;* — art. 5, *Du gros intestin* (chez les phthisiques).

TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760), p. 138-44 (*Tubercules intestinaux*).

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 434-49 (*Tuberculisation gastro-intestinale et lésions secondaires*).

787. *Remarque préliminaire.* — De toutes les parties du canal digestif, l'intestin est la seule qui se montre très sujette à devenir le siége des tubercules, la seule, surtout, dont la tuberculisation soit, non pas toujours, tant s'en faut, mais quelquefois protopathique, indépendante d'une tuberculisation générale aiguë, d'une tuberculisation pulmonaire, mésentérique ou autre, et, en un mot, puisse constituer ainsi l'unique mal, ou du moins le mal principal du sujet. Je ne sache pas, par exemple, qu'il y ait dans les fastes de l'observation médicale un seul cas de tubercules ou d'ulcérations tuberculeuses de l'estomac, à titre de tuberculisation isolée et idiopathique. Voilà donc pourquoi, laissant de côté l'estomac, ainsi que la bouche, le pharynx et l'œsophage, je n'ai jugé à propos de réserver un article particulier que pour la tuberculisation de l'intestin.

788. *Synonymie.*— Ulcérations tuberculeuses de l'intestin; — Entérite tuberculeuse; — Diarrhée colliquative (460. B. α.); — Phthisie intestinale, de MM. Rilliet et Barthez et autres auteurs contemporains; — pourquoi pas Entérophthisie (764. C.)?

789. *Quelques mots touchant le siége des tubercules intestinaux.* — A. C'est dans le tissu cellulaire sous-muqueux, ou à l'intérieur des follicules mucipares, que l'on peut constater l'existence du tubercule. Si tant est que la matière tuberculeuse puisse se produire à la surface libre de la muqueuse, comment s'en assurer? Comment le démontrer? Car, dans une telle hypothèse, on doit reconnaître qu'elle serait aussitôt balayée et entraînée avec le chyme, les mucosités et les matières stercorales.

B. Les tubercules, ou ce qui est la même chose au point de vue dont il s'agit ici, les ulcérations tuberculeuses s'observent plus fréquemment, et surtout, pour l'ordinaire, en plus grand nombre dans l'intestin grêle que dans le gros intestin. En règle générale, les ulcérations sont rares dans le duodénum, et se montrent de plus en plus nombreuses depuis cette première portion de l'intestin grêle jusqu'à la valvule iléo-cœcale, au voisinage de laquelle elles sont ordinairement plus multipliées, plus rapprochées entre elles que partout ailleurs. Dans le gros intestin, c'est au cœcum surtout qu'on les rencontre.

790. *Symptômes.* — Les mêmes que ceux de l'entérite (462). Et cela se conçoit aisément, puisque, après tout, les tubercules ne deviennent cause de maladie que parce qu'ils déterminent en une multitude de points une inflammation ulcérative de la muqueuse intestinale, et, par suite, constamment ou à peu près, une entérite catarrhale dans l'intervalle des ulcérations. La diarrhée est le symptôme le plus constant; tantôt elle persiste opiniâtrément sans s'interrompre un seul jour jusqu'à la mort du malade; tantôt, soit naturellement, soit surtout sous l'influence d'un bon régime et de médicamens convenables, elle se suspend pour reprendre ensuite de plus belle, et offre des alternatives irrégulières de cessation complète et de recrudescence. En règle générale, mais non pas absolue (notons bien cette restriction), l'abondance de la diarrhée est proportionnée à l'étendue, à la profondeur et au nombre des ulcérations intestinales. Ce qu'il importe encore de remarquer, c'est que l'appétit se conserve, en général, assez bon jusqu'à une époque avancée de la maladie, et que la soif est rarement très vive. Les selles sont quelquefois striées de sang, mais, du moins généralement, sans douleurs tormineuses, sans épreintes dyssentériques; et c'est même là un des phénomènes les plus propres à faire soupçonner la funeste nature de la maladie, l'existence des ulcérations en question. Quelquefois, mais bien plus rarement, on voit souvent un véritable flux de sang, ayant ordinairement tous les caractères de l'entéro-hémorragie cis-rectale (222); accident qui peut même être poussé au point d'emporter le malade prématurément et tout-à-coup, et qui, en vérité, mérite bien alors le nom de complication, et de complication terrible, plutôt que celui de symptôme.

791. *Marche de la maladie.* — Quelquefois aiguë, très aiguë même, et véritablement en guise de phthisie galopante, la phthisie intestinale peut enlever ses victimes, surtout quand ce sont de jeunes enfans, en deux ou trois semaines. Mais, le plus ordinairement, elle affecte une marche chronique; elle peut durer un an et même davantage, mais seulement, il est vrai, dans le cas où la diarrhée est modérée, et a des intermittences d'un plus ou moins grand nombre de jours. Au surplus, il est fort permis de penser que la tuberculisation intestinale n'aboutit pas toujours à la mort; mais que, dans un certain nombre de cas, les ulcérations se cicatrisant après l'élimination de la matière tuberculeuse qui les a fait naître, et la sécrétion de cette matière cessant de se produire dans l'intestin, le malade recouvre la santé à la suite d'un dévoiement plus ou moins long. Mais il faut avouer qu'on ne peut jamais fournir la preuve d'un semblable fait; car, en pareille circonstance, comment démontrer que ce n'est pas tout simplement à une entérite catarrhale pure (465) que nous aurons eu affaire? Il n'y a, nous allons tout-à-l'heure insister sur ce point formellement (79), il n'y a aucun moyen de diagnostic certain et péremptoire entre l'entérite catarrhale pure et l'entérite tuberculeuse.

792. *Coup d'œil anatomique sur les phénomènes d'inflammation et d'ulcération autour du tubercule intestinal.* — A. Tôt ou tard, consécutivement à la présence du tubercule, survient, comme de raison, l'inflammation des points correspondans de la muqueuse intestinale et du tissu cellulaire sous-muqueux. La muqueuse s'ulcère inévita-

blement; le tissu sous-muqueux s'épaissit ou s'ulcère; et l'inflammation, gagnant en profondeur de proche en proche, peut s'étendre jusqu'à la tunique séreuse, et, là, déterminer une adhérence salutaire entre les surfaces contiguës du péritoine. Je dis une adhérence salutaire, parce que la nature, en procédant ainsi, empêche ordinairement que les progrès de l'ulcération n'amènent un épanchement de matières intestinales dans la cavité péritonéale. Cependant, dans quelques cas, soit parce que l'inflammation adhésive ne s'est point opérée, soit parce que l'adhérence n'a pas encore eu le temps de se consolider, un semblable épanchement a lieu : d'où une péritonite suraiguë et mortelle (575. D. γ.).

B. Les ulcérations tuberculeuses de la muqueuse intestinale sont tantôt arrondies, tantôt oblongues; et, dans ce dernier cas, elles sont ordinairement transversales, rarement situées suivant le sens longitudinal de l'intestin. Leurs bords sont inégaux, déchiquetés, rouges, ramollis, presque toujours épaissis, plus ou moins décollés, — souvent réunis, d'un côté à l'autre de l'ulcération, par des bandelettes, ou, comme on le dit, des ponts de membrane muqueuse enflammée et décollée. Quelquefois, mais rarement, ces bords sont aplatis et minces : souvent, au-dessous d'eux, on trouve des fragmens de matière tuberculeuse, soit encore à l'état cru, soit à l'état de ramollissement. Le fond de l'ulcération est formé, soit par le tissu sous-muqueux épaissi, soit par la tunique musculeuse, qui présente aussi un épaississement analogue, soit par la séreuse elle-même. Souvent, dans le cas d'ulcérations un peu grandes, il se montre parsemé d'élevures ou bourgeons, rouges et mollasses, qui sont autant de débris de la muqueuse. L'épaississement des tuniques sous-jacentes est parfois très considérable; il n'est pas très rare qu'elles acquièrent jusqu'à 3 et 4 millimètres d'épaisseur, et, en pareille circonstance, elles ont un aspect grisâtre et un degré de consistance tel qu'elles crient sous le scalpel. Quant à l'étendue que les ulcérations ont en largeur, elle est très variable; il en est qui sont à peine égales à une petite lentille, tandis que d'autres occupent tout le contour de l'intestin dans une hauteur de 3, 4, 5 et même 6 centimètres.

793. *Aperçu des complications les plus ordinaires.* — Il y a des cas, je le répète et je l'affirme de nouveau, dans lesquels les ulcérations tuberculeuses de l'intestin constituent réellement le principal élément de la maladie, et sont par elles-mêmes la cause unique ou presque unique de la mort. Mais, après tout, ces cas sont extrêmement rares. D'ordinaire, la tuberculisation intestinale sévit en coexistence avec la tuberculisation du poumon, du péritoine, des ganglions mésentériques, etc., soit qu'elle ait été la première à se manifester, et que le dévoiement ait précédé de plus ou moins loin les symptômes de la tuberculisation pulmonaire, péritonéale, mésentérique, etc., soit qu'au contraire, ce qui me paraît être le cas le plus commun, les tubercules sous-muqueux de l'intestin n'aient pris naissance que deutéropathiquement, soit enfin que le développement de la sécrétion tuberculeuse ait eu lieu simultanément dans les divers organes.

794. *Étiologie.* — (768). — Rien à dire à cet égard après l'étiologie générale des tubercules, à laquelle je renvoie le lecteur. Nous ignorons, en effet, complétement quelles sont les conditions pathogéniques spéciales qui peuvent faire que la sécrétion tuberculeuse vienne à s'opérer au-dessous de la muqueuse intestinale plutôt qu'ailleurs.

795. *Diagnostic.* — On ne peut, sur le vivant, distinguer sûrement, péremptoirement, infailliblement la tuberculisation intestinale et l'entérite catarrhale pure. Mêmes symptômes locaux, mêmes symptômes généraux dans l'une et l'autre maladie. On a bien avancé qu'un examen attentif des évacuations alvines pourrait fournir d'importantes lumières, si l'on inspectait les selles chaque jour peu après l'exonération, et si on ne se bornait pas à en noter seulement l'abondance, la consistance et la couleur, mais qu'on cherchât, à l'aide des réactifs et du microscope, à y constater la présence de la matière tuberculeuse. Mais cette étude chimique et microscopique des évacuations alvines, dans l'intérêt de la séméiotique, est entièrement à faire. Et, le dirai-je? — avec nos moyens actuels d'investigation, lorsque la chimie et le microscope ne peuvent nous servir que si peu à reconnaître la matière tuberculeuse dans les crachats des poitrinaires, comment espérer la reconnaître plus facilement au sein de selles abondantes où elle doit exister en proportion encore cent fois moindre que dans les crachats en question? Toutefois, à défaut de certitude absolue, le diagnostic de la tuberculisation intestinale peut être assez souvent établi avec un haut degré de probabilité : c'est lorsqu'un sujet, déjà évidemment atteint de tubercules pulmonaires, intrà-osseux, ganglionnaires ou autres, se trouve pris d'une diarrhée opiniâtre et rebelle.

796. *Thérapeutique.* — Combattre, d'une part, la diathèse tuberculeuse par les moyens corroborans ou autres dont nous avons reconnu l'utilité et la convenance (770); et, d'autre part, modérer l'entérite, diminuer ou tarir la diarrhée par les moyens appropriés, diète rigoureusement réglée quant à la quantité et au choix des alimens, tisanes émollientes ou astringentes selon le cas, opium, diascordium, etc. (467) : voilà la double indication. Mais le malheur est que, par cela même, le médecin est ici placé entre deux écueils. L'un de ces écueils, c'est d'accroître, par l'alimentation analeptique et par les médicamens corrobo-

rans et plus ou moins irritans, l'état inflammatoire de la muqueuse intestinale et l'abondance de la diarrhée. L'écueil opposé, c'est d'augmenter encore la débilité des forces vitales en substituant à la médication corroborante le régime reconnu pour le plus propre à calmer l'entérite et à diminuer la diarrhée. Comment donc faire ? Il faudra observer avec a plus scrupuleuse attention quelle est l'action de l'alimentation analeptique et des médicamens ferrugineux, amers, iodiques, etc., sur le tube digestif du malade. En suspendant, reprenant et modifiant avec habileté le genre de nourriture et de médicamentation, on pourra s'assurer que le dévoiement n'augmente pas toujours sous l'influence d'un pareil traitement; et, dans ce cas, on devra insister sur l'emploi des moyens qui ont le plus de chances d'attaquer puissamment la diathèse du malade. Si, au contraire, en procédant ainsi, on ne fait qu'empirer le dévoiement, il faudra supprimer le vin, les viandes, etc., et maintenir strictement la diète dans une parcimonieuse mesure et dans l'inflexible prescription d'alimens très légers, comme les bouillons et les potages (467. C.).

ARTICLE VI.

TUBERCULISATION HÉPATIQUE.

797. *Bibliographie.* — TONNELLÉ. — Mémoire déjà cité (760). — Pag. 145-6. (Obs. n° XVI, *Tubercules et atrophie du foie; ascite.*)
ROCHE et SANSON. — (*Nouv. élém. de path.*, T. III, p. 69.)
RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. cl. et prat. des mal. des enf.*) — T. III, p. 450-3. (*Tuberculisation du foie.*)

798. *Bref aperçu.* — A en juger d'après un fait, déjà relaté plus haut (763. E.), et dont je viens encore de citer les garans dans la bibliographie qui précède, ce fait fût-il le seul et unique de ce genre dans les annales de l'observation, force est bien de professer que la tuberculisation hépatique peut se montrer chez certains sujets isolée, primitive, idiopathique. Elle a donc, assurément, quelque droit d'avoir dans une nosographie sa place à part, comme, depuis longtemps déjà, un de nos devanciers, Alibert, la lui avait assignée dans sa famille soi-disant naturelle des *Choloses*, genre VIIIe, *Hépatisie :* ainsi désignait-il la phthisie ou consomption d'origine hépatique, dont il admettait deux espèces, savoir, 1° l'*hépatisie tuberculeuse*, qui est la maladie ici en question, 2° l'*hépatisie abcédée* (qui était là, bien à tort, séparée et éloignée de l'hépatite, dont elle est un des résultats).

Mais, il faut bien le déclarer, la tuberculisation hépatique n'est, dans l'immense majorité, j'allais dire la presque universalité des cas, rien

qu'un détail ordinairement insignifiant au milieu d'une tuberculisation générale de l'économie, rien qu'un élément accessoire et deutéropathique à côté d'une tuberculisation pulmonaire, intestinale, mésentérique ou autre. Et, disons-le sur-le-champ, toujours est-il que, même à tel titre, même à titre secondaire, elle est excessivement rare chez l'adulte, tandis qu'elle est, au contraire, assez fréquente chez l'enfant.

Quoi qu'il en soit, les tubercules hépatiques peuvent également se développer, soit à la surface du parenchyme viscéral, au-dessous de la tunique propre, soit çà et là dans la profondeur même du viscère.

Or, quels en peuvent être les symptômes ?

Reconnaissons, d'abord, que dans le foie, aussi bien et, peut-être même, plus que dans tout autre viscère, les tubercules peuvent naître, grossir, se ramollir même, sans aucune douleur, sans aucun symptôme, sans le moindre trouble dans la santé, en un mot, demeurer à l'état d'affection latente fort longtemps, et même indéfiniment. Tant il est vrai que le foie est, de tous les organes importans de l'économie, celui qui se montre le mieux disposé pour supporter patiemment et, pour ainsi dire, en silence, des altérations profondes et graves ! L'état latent de la tuberculisation hépatique subsistera d'autant plus aisément et d'autant plus complétement que les tubercules seront en petit nombre et d'un volume peu considérable. Au surplus, les symptômes, quand il y en a, sont ceux de l'hépatite chronique ; et, — hormis la teinte ictérique de la peau ou du moins des conjonctives, symptôme accusé par les auteurs bien moins d'après l'observation, j'en ai grand'peur, que d'après l'induction théorique, — les autres symptômes, tels que la dyspepsie, la langueur, la diarrhée, l'amaigrissement, la fièvre, etc., risquent fort d'être inévitablement confondus avec ceux des diverses tuberculisations avec lesquelles coexiste d'ordinaire la tuberculisation hépatique. Je ne sache pas, quoi qu'en aient dit certains auteurs, d'observation authentique dans laquelle les tubercules hépatiques se soient développés au point de former, à la surface du viscère, des bosselures considérablement saillantes et appréciables, même sur le vivant, à travers les tégumens par le moyen de la palpation, ainsi que cela se voit, et que je l'ai moi-même vu dans le cas de ces tumeurs squirrheuses communément désignées aujourd'hui sous le terme de *squirrhe* ou *cancer marronné du foie*, et que les anciens anatomo-pathologistes ont, il est vrai, qualifiées assez souvent du nom de tubercules, ce nom ayant de leur temps une signification très large et n'ayant pas encore reçu la destination particulière et précise à laquelle il est consacré depuis Bayle (762). Est-il téméraire de supposer que les auteurs dont je relève ici et dont je mets en doute l'assertion ont fait confusion et se sont laissé

tromper par la similitude du terme, sans considérer la différence fondamentale des choses?

Il est bon d'être averti que, si, dans bon nombre d'autopsies, la tuberculisation hépatique se présente sous les aspects les plus réguliers et les plus parfaitement reconnaissables, soit à titre de granulations grises, soit à titre de tubercules crus, il est aussi des cas dans lesquels les tubercules du foie présentent une teinte verte plus ou moins foncée, qu'ils doivent, sans le moindre doute, à la bile. Chez certains sujets, le foie offre, dans son intérieur, une ou plusieurs cavités remplies d'une pulpe ou boue verdâtre, qui au premier aspect, assurément, ne serait pas prise pour de la matière tuberculeuse, et qui pourtant n'est pas autre chose que cette matière ramollie et colorée par la bile.

En supposant qu'on diagnostiquât, qu'on devinât l'existence d'une tuberculisation hépatique, qu'aurais-je à dire du traitement? Rien, absolument rien que de rappeler les principes généraux de la thérapeutique des affections tuberculeuses (770).

ARTICLE VII.

TUBERCULISATION MÉSENTÉRIQUE.

799. *Bibliographie.* — INGRASSIA. — (*De tumoribus præter naturam*, tomus primus. Naples, 1553, in-f°.) Tractat. I, cap. I, comment. 2.

WHARTON. — (*Adenographia, sive glandularum totius corporis descriptio.* Londres, 1656, in-8°. — Autre édition, Amsterdam, 1659, in-8°). Cap. XI, *Affectus glandularum mesenterii.* — C'est là, je crois, la première description *ex professo* des ganglions mésentériques tuberculeux.

MORGAGNI. — (*De sed. et caus. morbor.*) — Epist. XXXIX, art. 6, 7, 8. — Epist. XLIV, art. 3. — Epist. LXVIII, art. 12.

LIEUTAUD. — (*Historia anatomico-med.*) lib. I, sect. V, art. 5, *Mesenterium strumosum.* — Il y a là quatre observations, très intéressantes, dont une d'Ambroise Paré.

BAUMES. *Recherches sur la maladie du mésentère propre aux enfans, que l'on nomme vulgairement* carreau. Mém. qui a remporté le prix proposé par la S. R. de méd. de Paris. Nismes, 1788, in-8°. — Autre éd. Paris, 1806, in-8°, sous le titre que voici : *De l'amaigrissement des enfans*, etc.

BAYLE. — (*Remarq. sur les tuberc.*) Sect. III, observ. IIe, *Tubercules ramollis dans le mésentère, sans aucune lésion manifeste pendant la vie.*

ROCHE. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. IV, p. 618-26.) — Article *Carreau.*

LOUIS. — (*Rech. an., path. et thér. sur la path.*) Ire partie, chap. IV, art. 3, *Glandes mésentériques.*

GUERSANT. — (Dans le *Répert.*, — t. VI, p. 435-51.) — Article *Carreau.*

DELABERGE et MONNERET. — (*Compendium de médecine pratique*, — t. II, p. 80-98.) — Art. *Carreau.*

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*) — Tom. III, page 406-34 (*Tuberculisation des ganglions mésentériques*).

800. *Coup d'œil préliminaire.* — La tuberculisation des ganglions du mésentère, ou par abréviation, ainsi que nous avons intitulé le présent article, la tuberculisation mésentérique peut exister et sévir à titre d'affection unique et simple, ou du moins à titre d'affection principale et prédominante. Cela se voit et se rencontre surtout dans le premier âge de la vie, comme autrefois Sauvages l'avait déjà formellement enseigné d'après ses propres observations (*Nosol. meth.*, cl. X, *Cachexiæ*, gen. I, sp. 9, *Tabes mesenterica*), disant avoir constaté l'état strumeux des ganglions mésentériques chez quelques jeunes enfans qui n'avaient point d'autres écrouelles, — et comme l'attestent aujourd'hui, avec une autorité encore plus grande et moins suspecte d'erreur et de méprise, bien des auteurs contemporains, entre autres, notamment, MM. Rilliet et Barthez. Mais, de plus, il est avéré qu'au-delà de l'enfance on peut aussi rencontrer de semblables exemples. Ainsi, pour ma part, j'ai observé chez un jeune homme de dix-sept ans une tuberculisation mésentérique devenue mortelle, sans concomitance de tubercules pulmonaires, observation que je communiquai dans le temps, avec tous ses détails, à la Société de médecine (voir la *Revue méd.*, sept. 1842, pag. 447).

Voici le fait en substance : — Antoine Trémot, ouvrier mécanicien, âgé de dix-sept ans, entre, le 25 avril 1842, à l'Hôtel-Dieu annexe, salle Saint-Antoine, n° 10 (internat de M. Bonnefous). Diarrhée rebelle aux moyens hygiéniques et thérapeutiques qui calment généralement l'entérite catarrhale pure : dépérissement progressif; nombre de petites tumeurs obscurément appréciables au toucher dans la région ombilicale; cicatrices écrouelleuses sur les côtés du cou, avec un reste d'engorgement dans quelques ganglions subjacens ou voisins, etc.; point d'expectoration, point de toux, point de dyspnée, rien à la percussion ni à l'auscultation. Je prononçai donc le diagnostic qui suit : — Carreau, sans tuberculisation pulmonaire, ou du moins, si celle-ci existe, à peine