

Des symptômes de la tuberculisation chez les enfants et de leur valeur sémiologique / par Joannès Grangé.

Contributors

Grangé, Joannès.
Royal College of Surgeons of England

Publication/Creation

Paris : Adrien Delahaye, 1874.

Persistent URL

<https://wellcomecollection.org/works/bxm3hnz4>

Provider

Royal College of Surgeons

License and attribution

This material has been provided by This material has been provided by The Royal College of Surgeons of England. The original may be consulted at The Royal College of Surgeons of England. where the originals may be consulted. This work has been identified as being free of known restrictions under copyright law, including all related and neighbouring rights and is being made available under the Creative Commons, Public Domain Mark.

You can copy, modify, distribute and perform the work, even for commercial purposes, without asking permission.



Wellcome Collection
183 Euston Road
London NW1 2BE UK
T +44 (0)20 7611 8722
E library@wellcomecollection.org
<https://wellcomecollection.org>

10

DES SYMPTOMES
DE LA
TUBERCULISATION

CHEZ LES ENFANTS

ET DE LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE

PAR

JOANNÈS GRANGÉ,

Docteur en médecine de la Faculté de Paris.



PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE - ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE.

—
1874

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

TUBERCULOSIS

BY DR. J. H. HENNING

CHICAGO, ILL.

1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

TUBERCULOSIS

BY DR. J. H. HENNING

CHICAGO, ILL.

1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

TUBERCULOSIS

BY DR. J. H. HENNING

CHICAGO, ILL.

1910

THE UNIVERSITY OF CHICAGO

LIBRARY

TUBERCULOSIS

BY DR. J. H. HENNING

CHICAGO, ILL.

DES SYMPTOMES
DE LA
TUBERCULISATION
CHEZ LES ENFANTS
ET DE LEUR VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE.

Un savant médecin de l'hôpital des Enfants, M. Labric, nous disait : Attachez-vous à reconnaître les maladies aux symptômes généraux, l'auscultation et la percussion ne doivent vous servir qu'à confirmer votre diagnostic.

M. Roger, un maître dans l'art d'ausculter, et chez lequel nous avons été assez heureux pour passer deux années consécutives, s'exprimait ainsi à propos de la phthisie tuberculeuse : La percussion en général est chose bien difficile et bien trompeuse chez les enfants ; l'auscultation ne vous permet pas de distinguer une bronchio-pneumonie simple d'une bronchio-pneumonie tuberculeuse, ce sont donc les symptômes généraux qui vous mettront sur la voie. Tels sont les motifs qui

m'ont déterminé à étudier d'une manière particulière les symptômes généraux et locaux de la phthisie tuberculeuse chez les enfants.

Trois années passées dans le service de M. Guéneau de Mussy, service auquel était adjoint une crèche;

Deux années passées à l'hôpital des Enfants, dans le service de M. Roger, deux années exceptionnelles, 70 et 71, où le froid, la misère et les privations semblent avoir accru le nombre des phthisiques, nous ont déterminé à faire cette étude.

Nous envisagerons toutes les fonctions et nous étudierons les signes cliniques que peuvent nous fournir les symptômes généraux et locaux.

On sait que chez l'enfant le tubercule tend à se généraliser; pour nous les termes de phthisie et de phthisie tuberculeuse seront donc l'expression de diathèse tuberculeuse.

Nous aurons à examiner la tuberculisation de la poitrine, de l'abdomen et de l'encéphale, c'est-à-dire la phthisie pulmonaire, abdominale et encéphalique. Mais ce n'est pas un exposé méthodique de ces trois expressions de la tuberculose que nous voulons faire. Je prendrai, je le répète, chacune des grandes fonctions : respiration, circulation, innervation, digestion, sécrétion, système cutané, et nous envisagerons les faits cliniques que nous pouvons tirer des symptômes fournis par les troubles de ces mêmes fonctions.

Disons enfin que nous avons limité notre sujet, nous ne nous occuperons que de la phthisie commune ou chronique à marche lente ou aiguë, c'est-à-dire celle que nous avons le plus communément observée à l'hôpital des Enfants.

Mais avant d'entamer notre sujet, qu'il nous

soit permis d'entrer dans quelques détails de statistique.

Nos observations ont été faites du 7 mars 1870 au 1^{er} décembre 1871, ce qui constitue une période de vingt mois.

Durant cette période, 1,186 enfants malades ont passé dans le service auquel j'étais attaché. 424 sont morts.

Sur ces 1,186 entrants, il y en avait 156 tuberculeux ; il en est mort 126.

Donc pendant ces vingt mois d'observation :

1^o La phthisie entre pour plus d'un tiers dans la mortalité générale ;

2^o Sur 100 enfants tuberculeux, il en meurt près de 81.

CHAPITRE PREMIER.

Respiration.

Dans ce chapitre, nous étudierons les symptômes fournis par les mouvements respiratoires, le larynx, la trachée, les bronches, la fétidité de l'haleine, et si nous traitons tout d'abord de la forme du thorax, c'est comme influence de la cage thoracique sur l'acte respiratoire.

DU THORAX CHEZ LES ENFANTS TUBERCULEUX.

En 1840, un médecin du Bas-Rhin, adressait à l'Académie un mémoire rapporté par Louis et Gaultier de Claubry; ce mémoire tendait à démontrer « que là où des inspirations faibles, incomplètes ont lieu, ce qui coïncide avec le développement imparfait du thorax, là aussi les vésicules pulmonaires restent affaissées, se flétrissent, s'oblitérent même.

C'est en partant de cette idée vraie, en s'appuyant sur ce fait physiologique incontestable, que les parois des cavités splanchniques s'accommodent dans leur développement ou leur resserrement, soit alternatif, soit permanent, que l'auteur s'explique par ce seul fait, pourquoi la phthi-

sie pulmonaire sévit principalement sur les sujets à poitrine étroite, à thorax déprimé et chez ceux qui par leurs occupations sédentaires, le défaut d'exercice à l'air libre ne font que des inspirations incomplètes, ne dilatent jamais la totalité du parenchyme pulmonaire. » Je n'ai pas à suivre ce mémoire dans ses conséquences, je ne prends que le fait : le défaut d'ampliation de la poitrine peut-il causer la phthisie tuberculeuse, les phthisiques ont-ils réellement la poitrine plus étroite.

Nous croyons pouvoir avancer que la respiration entravée, et par suite l'hématose, est une condition suffisante pour déterminer la tuberculisation, consécutivement à l'affaiblissement lent et progressif de l'enfant.

Or une gêne même légère de la fonction respiratoire peut amener son étiolement.

On voit quelquefois des enfants jusqu'alors bien constitués, figure fraîche, colorée, devenir tristes, pâles, maigres, et les yeux se cerner ; cependant ils n'ont point de fièvre, ils ne toussent pas ; on ne sait à quelle cause attribuer ce changement. Regardez les amygdales ; elles sont énormes au point de gêner l'inspiration. Telle était la seule cause de l'affaiblissement de l'enfant ; elle passait inaperçue, parce qu'il y avait absence de douleur.

Enlevez ces amygdales, et vous voyez tous les signes de la santé revenir avec rapidité.

Les vieillards n'aiment ni les bruits ni les cris, et si les enfants élevés autour d'eux se livrent à leurs ébats, on ne tarde généralement pas à leur imposer plus ou moins le silence, aussi nous disait

M. Guérard, auquel nous devons ces faits, a-t-on remarqué que les enfants élevés par des personnes âgées étaient presque toujours pâles et chétifs.

Chez l'enfant le cri est nécessaire ; il force la poitrine à se dilater, les vésicules pulmonaires les plus éloignées entrent en jeu ; tout y gagne, le développement pulmonaire et *thoracique* et l'hématose.

Ces cris chez l'enfant sont tellement nécessaires qu'ils sont pour ainsi dire instinctifs. Il suffit pour s'en convaincre de considérer attentivement les enfants à la sortie des classes, à peine sont-ils dans les cours de récréation ou dans la rue que de toutes ces petites poitrines s'élancent des cris plus ou moins aigus et inconscients, puis ce n'est qu'après que vous les voyez organiser leurs jeux.

Enfin, s'il me fallait donner une preuve de plus de l'utilité du cri ou plutôt de l'ampliation de la poitrine qui en est la conséquence, je le prendrai chez le nouveau-né.

La nature veut que toutes les vésicules pulmonaires reçoivent de l'oxygène, et partant que la cage thoracique prenne son maximum d'amplitude, aussi la première manifestation de la vie est le cri, et la nature a placé son incitation dans une faculté spéciale de l'axe cérébro-rachidien, désigné sous le nom de propriété ou pouvoir réflexe.

Ainsi donc c'est un besoin, une nécessité pour l'enfant d'agrandir sa poitrine, de faire fonctionner le plus possible les vésicules pulmonaires. Dès que les moyens lui en sont ôtés, vous voyez l'en-

fant dépérir et l'évolution tuberculeuse se faire rapidement, surtout s'il y avait chez lui une prédisposition.

Si j'ai insisté sur ce premier point, c'est moins comme question étiologique de la phthisie que comme pathogénie de ce second symptôme, à savoir que les phthisiques ont la poitrine plus étroite que les sujets non tuberculeux.

Plusieurs auteurs se sont occupés de cette question, et l'on sait réellement aujourd'hui que la poitrine est plus étroite chez les phthisiques. Alphonse Leroy avait remarqué cette étroitesse de la poitrine dans certaines familles, et il disait que la plupart des membres mouraient avant trente ans.

L'étroitesse dont nous parlons n'est pas le fait des cavernes pulmonaires qui ont à leur niveau produit une dépression de la paroi thoracique, mais bien cette étroitesse absolue que l'on remarque chez les sujets atteints de tubercules et n'ayant pas encore d'excavation du poumon.

Nous avons mesuré la poitrine d'un certain nombre d'enfants sains et d'enfants tuberculeux, et nous avons pu nous assurer du fait.

Si l'on représente par une circonférence la poitrine d'un enfant phthisique d'un âge donné, on voit qu'elle peut être inscrite dans la circonférence représentant la poitrine d'un enfant sain, de même âge, et souvent même d'un âge moins avancé.

Poitrine de phthisique.	Poitrine saine.
43 c.	48 c. par exemple à 3 ans.
66 c. 7	
73 c.	82 c. 2 — de 13 à 14.

DES MOUVEMENTS RESPIRATOIRES. — FRÉQUENCE. —
FORME. — DYSPNÉE.

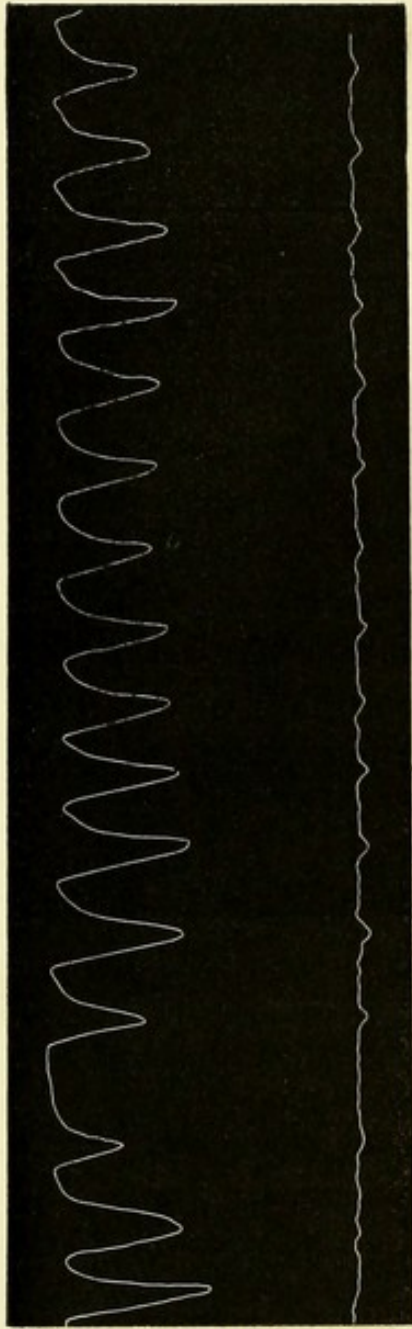
Si l'on a pu donner des chiffres exprimant la fréquence de la respiration aux différents âges de l'enfance, on comprendra qu'il n'en peut être de même à l'état de maladie.

Dans la phthisie tuberculeuse pulmonaire, le chiffre peut ne pas dépasser la moyenne, comme il peut aussi s'élever de 20 à 60, et même davantage, lorsque survient un état inflammatoire.

Dans le pneumothorax, le nombre des mouvements respiratoires est augmenté ; il y aura alors dyspnée. (Voir dyspnée.)

Dans la phthisie abdominale très-avancée, la respiration est plus active, les mouvements respiratoires plus brefs, et ils prennent la forme thoracique. En effet, le ventre est distendu, le mouvement abdominal diminue ou n'a plus lieu, le mouvement thoracique augmente en fréquence, mais surtout en amplitude, l'expiration suit immédiatement et brusquement l'inspiration ; car la ligne de descente se fait brusque et rapide : c'est ce que démontre le tracé de la respiration thoracique et abdominale que nous avons obtenu simultanément à l'aide du pneumographe de Marey. (Obs. 22, planche I.)

Tout le monde sait que dans la méningite tuberculeuse la respiration devient moins fréquente, suspicieuse et irrégulière, comme le démontre le tracé que nous en donnons (obs. 39, pl. II). Or, je



Pl. I.



Pl. II.

crois que l'irrégularité des mouvements respiratoires se montre à une période plus rapprochée du début qu'on ne le pense généralement.

Enfin, disons que si le plus souvent le nombre des mouvements respiratoires diminue dans la méningite, on le voit quelquefois s'élever beaucoup, le pouls restant peu fréquent. Or, dans la méningite, la respiration s'accélérait, le nombre des pulsations restant le même, est un indice de mort prochaine.

Dyspnée. — On peut voir, d'après nos observations (obs. 3, 6, 13 et 21) que grande était la dyspnée toutes les fois que l'enfant avait des cavernes pulmonaires d'une certaine étendue.

Dans la tuberculisation des plèvres, la dyspnée est médiocre, parce qu'il n'y a pas compression des poumons.

C'est au contraire un symptôme constant dans le pneumothorax. (Obs. 4.)

Mais si du troisième au cinquième jour, la dyspnée diminue, on pourra porter un pronostic favorable ; car si au contraire la mort doit survenir, il y aura accélération de la respiration jusqu'à la fin..

Enfin, lorsqu'un enfant est atteint d'asthme, on devra songer à la tuberculisation des ganglions bronchiques.

Les tubercules du larynx sont très-rares chez les enfants. Tonnelé en cite un cas. Rilliet et Bar-

thez disent n'avoir également observé qu'un seul exemple.

Nous avons eu l'occasion de voir chez M. Roger un enfant ayant présenté cette lésion à l'autopsie. (Obs. 3.)

Il y avait eu aphonie les cinq ou six derniers jours de vie.

C'est le seul symptôme qu'il soit donné d'observer; mais pour que l'aphonie soit véritablement un indice, il faut qu'elle soit persistante et non intermittente; car l'intermittence indiquerait plutôt une compression.

D'après Rilliet et Barthez, les tubercules et ulcérations tuberculeuses du larynx coïncident avec une tuberculisation considérable et généralement plus concentrée dans le poumon que dans les autres organe

Si chez l'adulte, la phthisie débute souvent par le larynx, en somme, c'est une lésion très-rare chez les enfants, et nous nous expliquons facilement cette rareté, par cela même que chez eux le tubercule se généralisant avec une grande rapidité et frappant des organes essentiels à la vie, celle-ci ne dure pas assez pour qu'il atteigne l'organe de la phonation.

Mais ce qu'il est plus commun d'observer, ce sont des ganglions tuberculeux comprimant le larynx, la trachée et les bronches.

On constate en effet des compressions, des déformations de ces organes, mais qui ne vont que très-rarement jusqu'à l'oblitération de ces conduits.

Cependant Cloquet, Leblond, Barth en ont cité des exemples.

M. Roger, dans la dernière édition de ses recherches cliniques sur les maladies des enfants, cite un cas d'un très-grand intérêt au point de vue clinique.

Il s'agit d'une petite fille qui ne présentait aucun symptôme de tuberculisation pulmonaire, mais qui portait au cou une tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur était rétrécie au niveau de la partie supérieure gauche du cartilage thyroïde presque sur la ligne médiane.

L'enfant donnait des signes de laryngite et suffoquait.

Si l'on venait à presser sur cette tumeur, on augmentait la suffocation ; de plus, ajoute Roger, le nez était affaissé, la cloison des fosses nasales détruite et la voûte palatine perforée.

A l'autopsie, on trouva un ganglion tuberculeux qui, situé d'abord entre l'os hyoïde et le cartilage thyroïde s'était porté à gauche, en arrière et en bas. Cette tumeur rétrécissait la cavité du larynx.

Dans tous ces cas de compression du larynx, de la trachée ou des bronches, on devra écarter l'idée de syphilis qui est rare chez l'enfant, et songer au tubercule qui est au contraire si commun.

Lorsqu'il y a compression, la voix et la toux prennent un caractère rauque, et cette raucité est certainement plus le fait de la compression de ces conduits que de celle qui serait exercée sur des nerfs.

(La perforation sera mentionnée à l'article expectoration.

HALEINE. — Nous n'avons que peu de chose à dire sur ce sujet, si ce n'est qu'une grande fétidité de l'haleine chez un phthisique devra faire penser à la gangrène pulmonaire, comme le témoigne l'observation que nous donnons d'un enfant de 2 ans 1/2, qui présenta ce symptôme; et l'on trouva en effet à l'autopsie, une portion du poumon droit gangrené (obs. 1).

Quelquefois on a mentionné l'haleine fétide des enfants atteints de méningite; mais il ne faut pas oublier que cette fétidité de l'haleine peut être causée par le calomel que l'on administre presque toujours dans cette affection.

CHAPITRE II

Circulation.

Dans ce chapitre, nous étudierons le pouls et la température dans la phthisie pulmonaire, abdominale et encéphalique. La compression des vaisseaux par des masses tuberculeuses : les œdèmes que l'on observe chez les enfants tuberculeux.

Nous étudierons à la fois le pouls et la température qui sont les principaux éléments permettant de constater et de mesurer l'état fébrile.

Voici les différentes remarques auxquelles donnent lieu ces deux éléments.

Le début de la tuberculose est souvent indiqué par de la fièvre.

Ce premier symptôme ne peut évidemment donner de suite l'idée de tuberculisation. Cependant, au bout de cinq ou six jours on devra écarter les fièvres éruptives, s'il n'y a aucune manifestation indiquant l'une d'elles.

Enfin si cet état fébrile persiste sans accuser de symptômes locaux, on pourra écarter l'idée d'inflammation locale aiguë franche; on devra croire alors à une tuberculisation générale, car, comme le font remarquer Rilliet et Barthez, « il n'y a pas de maladie d'enfants qui, avec une marche aiguë

ou sub-aiguë, ne donne lieu, au bout de dix à douze jours, à des symptômes locaux pour indiquer sa nature.

Si la phthisie doit avoir une marche rapide, la fièvre persiste violente (planche III obs. 5) ou avec peu d'alternatives.

Nous devons cependant faire une exception pour la méningite où le pouls et la température prennent un caractère particulier, comme nous le verrons plus loin.

Dans la phthisie tuberculeuse, lorsque la mort est prochaine, on constate souvent une descente du thermomètre, la température peut même aller au-dessous de la normale (planche IV), ou bien indiquer de grandes oscillations (planche VI, obs. 18).

D'autres fois, c'est le pouls qui devient insensible (planche V).

Cette planche, montre de plus, que lorsque survient un état inflammatoire la température s'élève et reste stationnaire (obs. 15).

Dans toutes ces courbes, ce qui frappe est la grande différence entre la température du matin et celle du soir, et c'est le propre de la phthisie tuberculeuse.

Si la tuberculisation doit avoir une marche lente, on voit la fièvre au début tomber ou se prolongeant peu intense et passer bientôt à l'état de fièvre hectique.

Chez l'enfant l'hecticité est un symptôme de tuberculisation.

Tant que dure la fièvre hectique le pouls est régulier, normal comme fréquence, mais peu déve-

loppé en général ; la chaleur n'est pas élevée et elle se localise souvent aux pieds et à la paume des mains, et elle présente une certaine sécheresse.

Si le pouls vient à s'élever, la chaleur peut aussi s'élever, dans quelques cas cependant elle reste basse, le pouls indiquant seul l'état fébrile (Roger planche VII). Dans d'autres cas il y aura même refroidissement. C'est ce que l'on observe toutes les fois que la tuberculisation ne s'accompagne d'aucune inflammation d'organe.

Vers la fin de la vie on voit quelquefois la fièvre hectique prendre un grand accroissement, le pouls et la chaleur s'élèvent, et cette augmentation, sans que d'autres symptômes viennent accuser une maladie fébrile, annonce une mort prochaine.

Dans la phthisie du péritoine, l'accélération du pouls est moindre que dans la tuberculisation d'autres organes et d'après Rilliet et Barthez, il y a même souvent ralentissement ; ces auteurs citent à l'appui le cas d'un enfant atteint d'une phthisie intense du péritoine et qui n'avait que 52 pulsations.

Il en est de même de la chaleur ; elle est modérée dans la tuberculisation du péritoine et si elle s'élève, c'est qu'il s'est fait une péritonite aiguë.

La température peut aider au diagnostic et permettre de différencier une phthisie aiguë à forme typhoïde d'une fièvre typhoïde.

Ainsi le tracé que nous donnons (pl. III, obs. 5) est celui d'un enfant chez lequel on avait diagnostiqué fièvre typhoïde au début, mais la marche de

la température si différente dans ces deux affections fit bientôt voir l'erreur.

En effet, dans le premier stade de la fièvre typhoïde, on voit la température du matin et du soir augmenter peu à peu et régulièrement de un demi à un degré par jour.

Au déclin la descente se fait d'une manière analogue.

Tandis que dans la tuberculose aiguë on constate du matin au soir des variations parfois très-considérables : deux, trois et quatre degrés même.

Ainsi, dans le tracé III on voit la température du matin indiquer 37,6 et monter le soir à 40,6. De plus, si l'on compare le pouls à la température on voit, comme l'a montré M. Roger, qu'il y a un contraste frappant entre le nombre de pulsations et la chaleur dans la fièvre typhoïde : 40 degrés par exemple avec 96 pulsations seulement ; tandis que dans la tuberculose, nous voyons généralement la fréquence du pouls être plus en rapport avec le degré de température.

C'est Robert Whytt qui le premier donna une bonne description du pouls dans la méningite et la marche du pouls est pour ainsi dire parallèle à celle de la température. Elle permet de considérer trois périodes.

A une première période il y a accélération du pouls, élévation de la température.

A une période moyenne il y a au contraire, ralentissement du pouls qui devient irrégulier, la température s'abaisse également.

Enfin, à la troisième période, c'est-à-dire celle

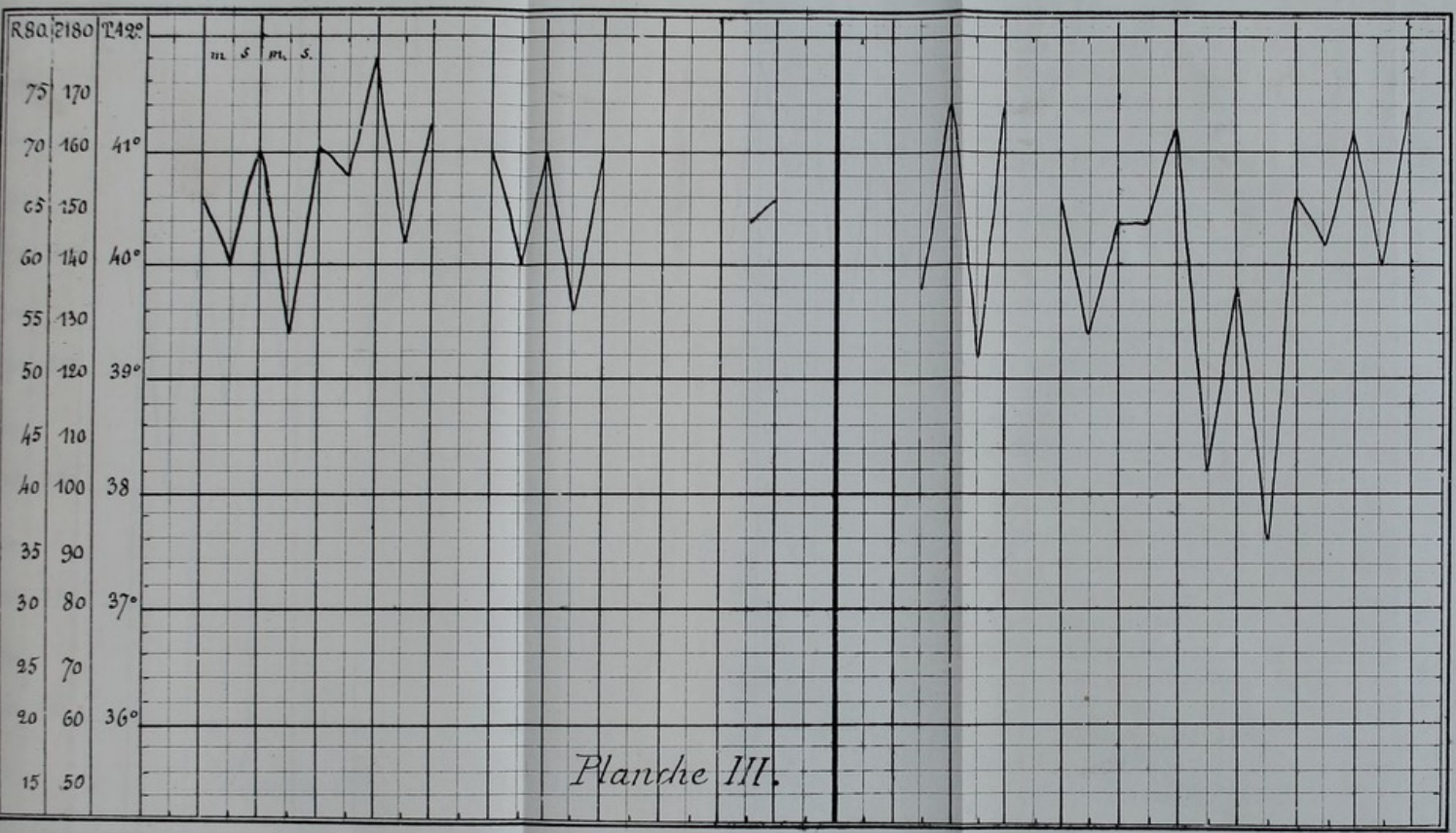
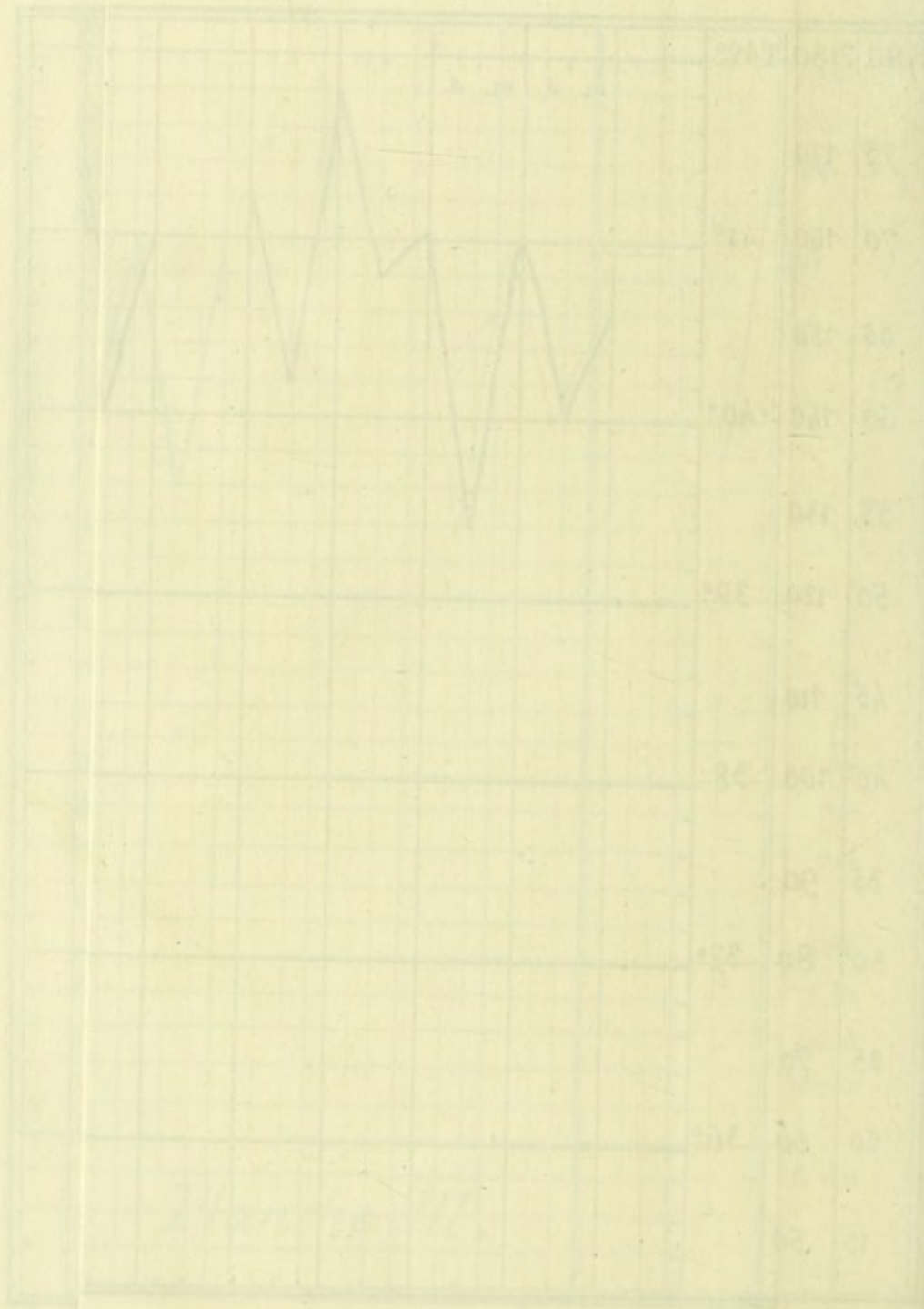
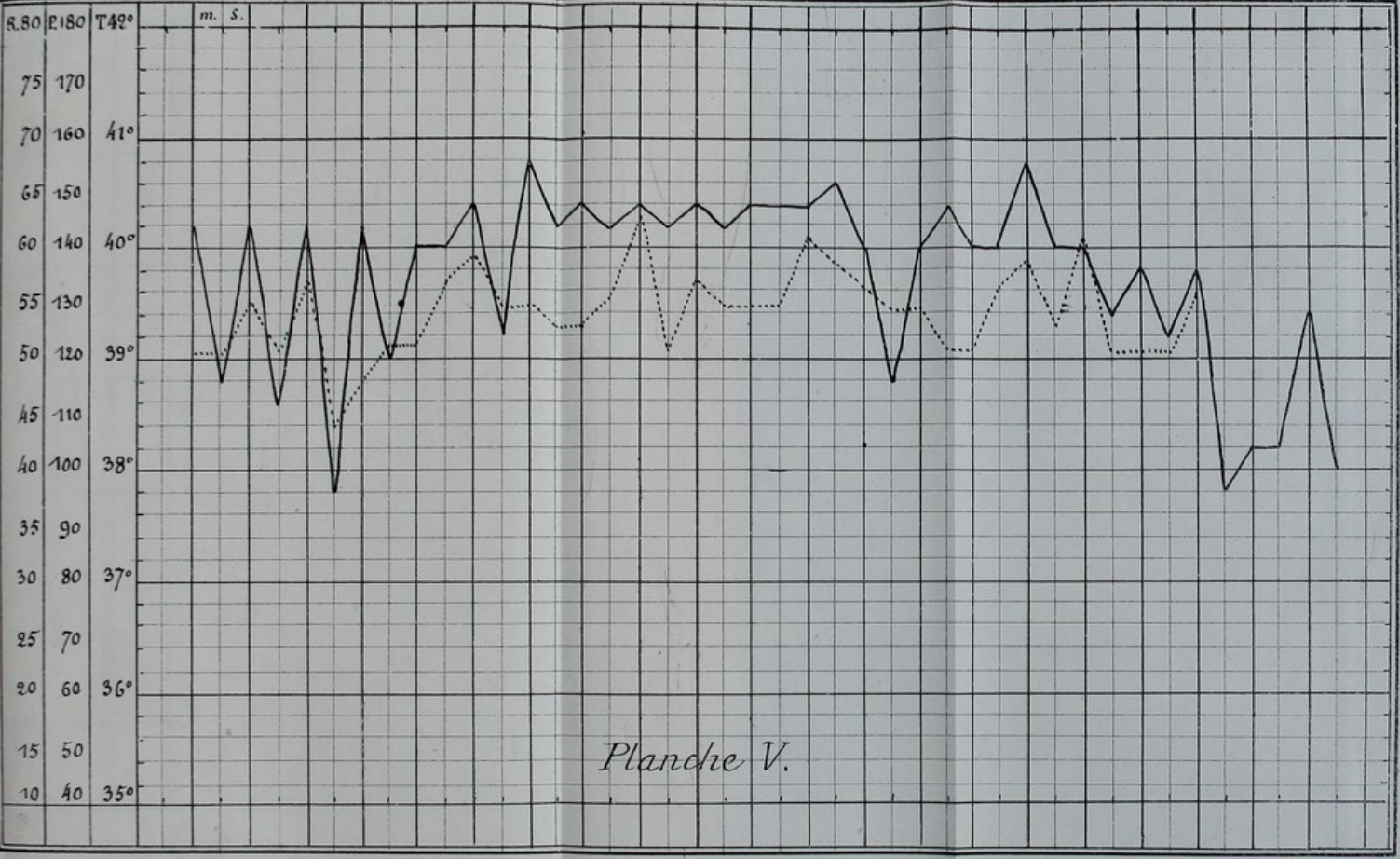


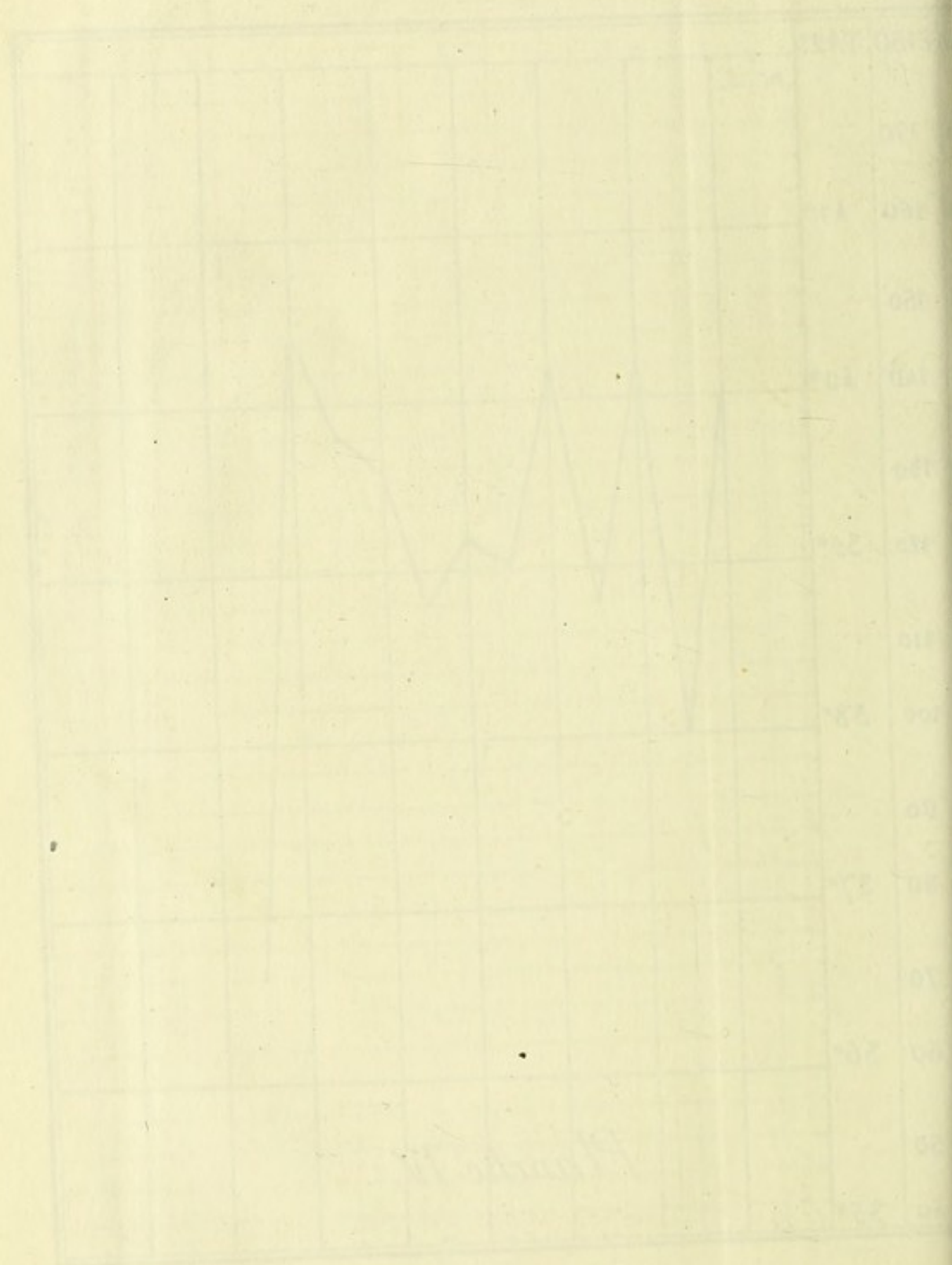
Planche III.



Handwritten text, possibly a signature or title, located below the graph.



Planché V.



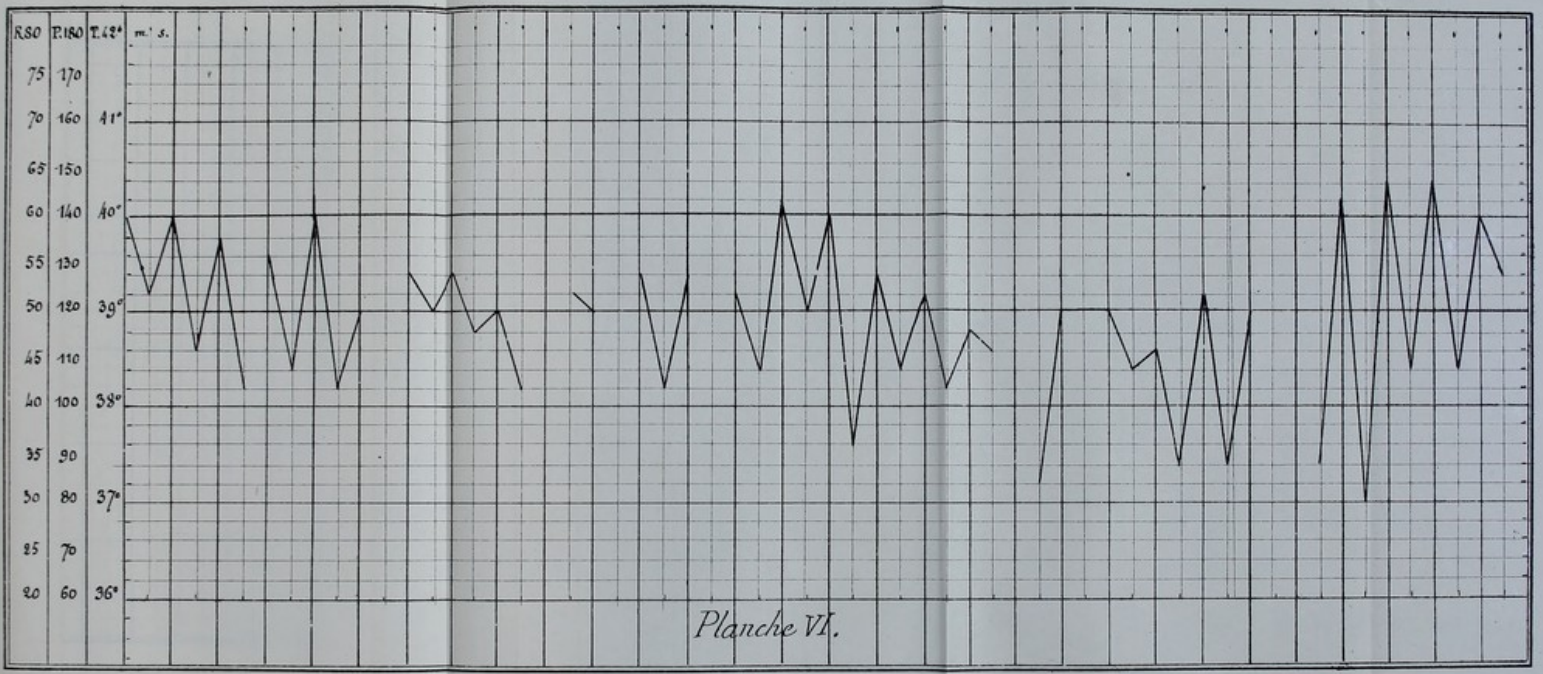
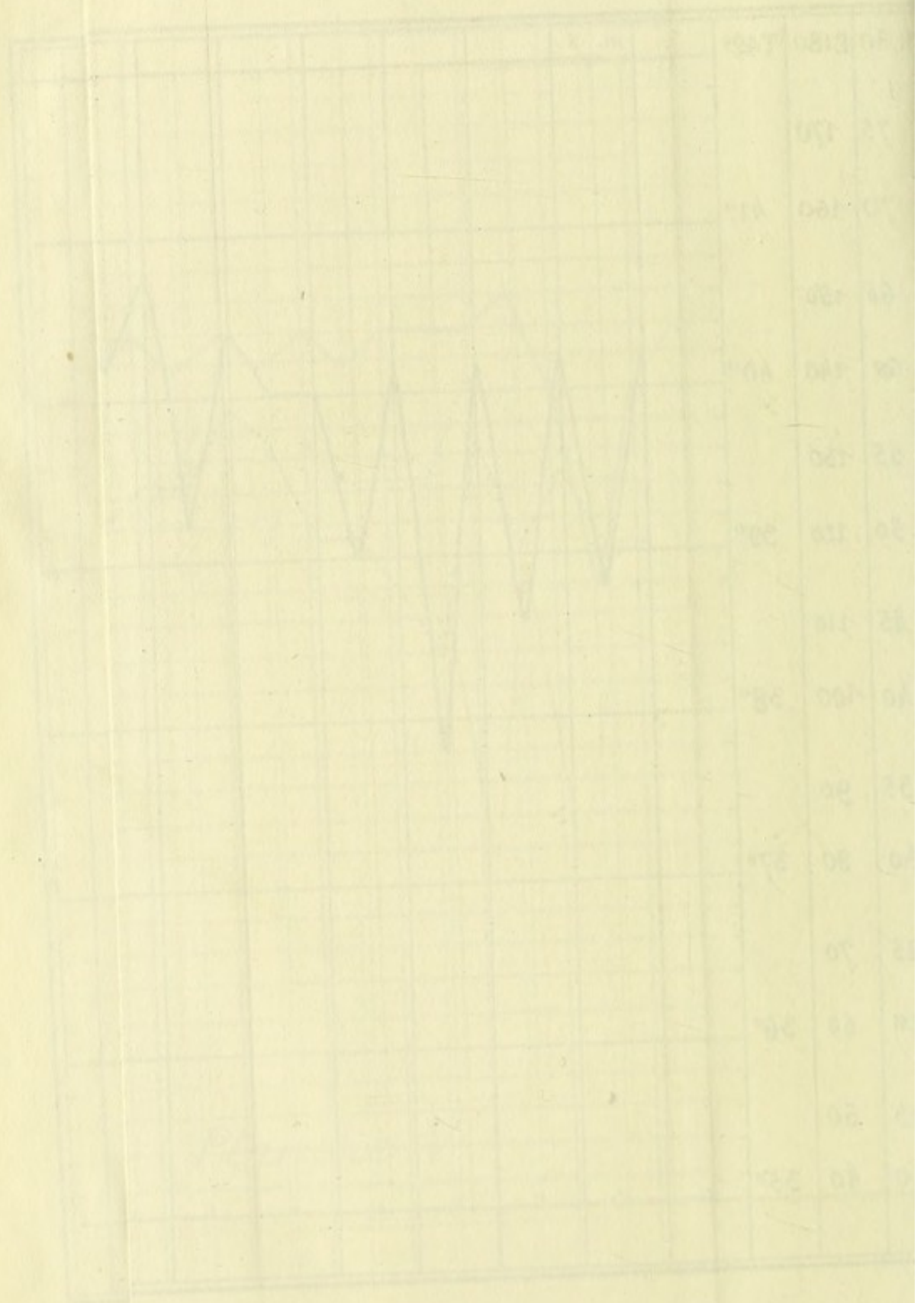
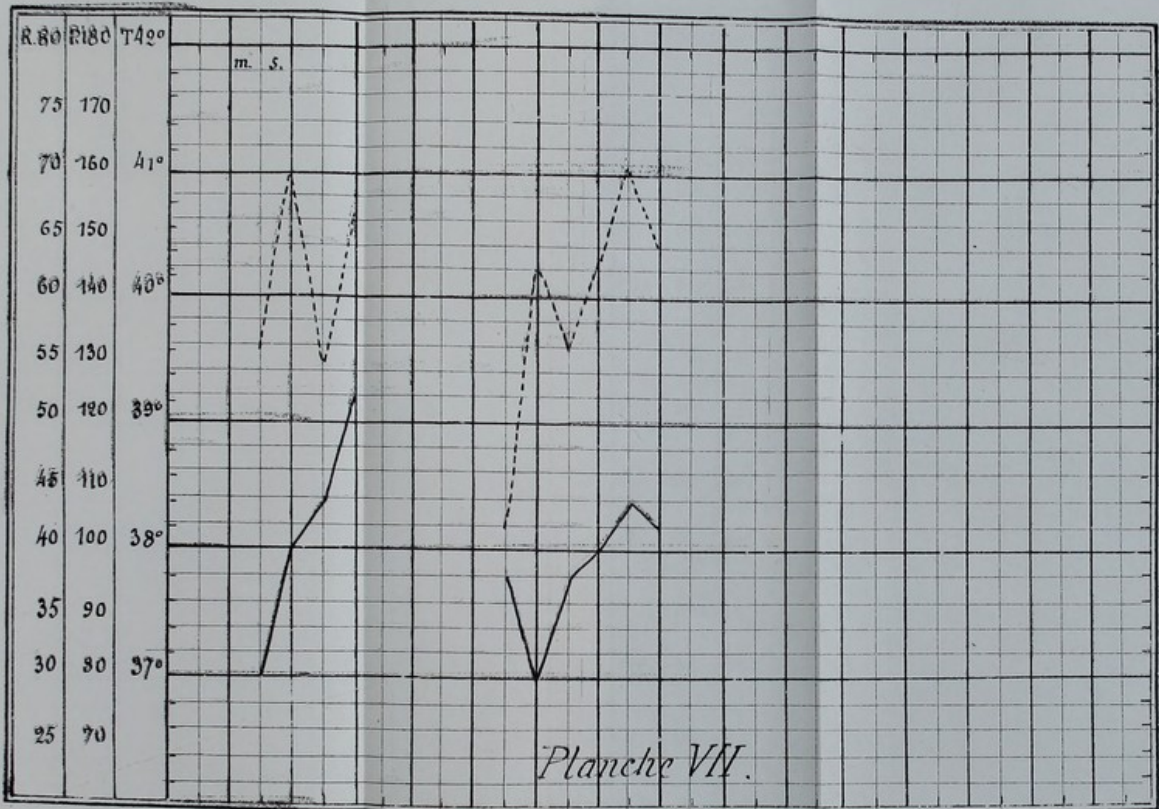
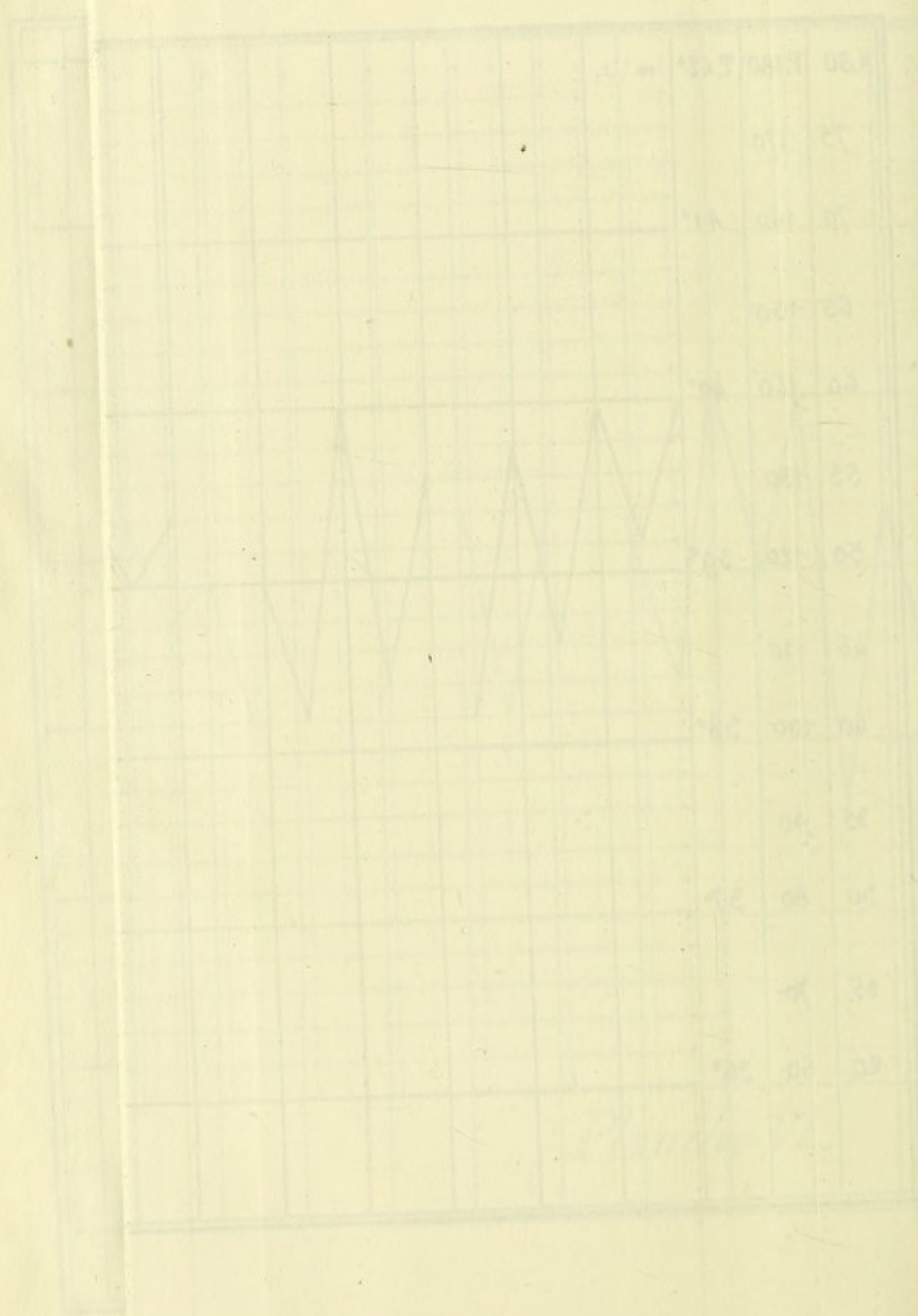
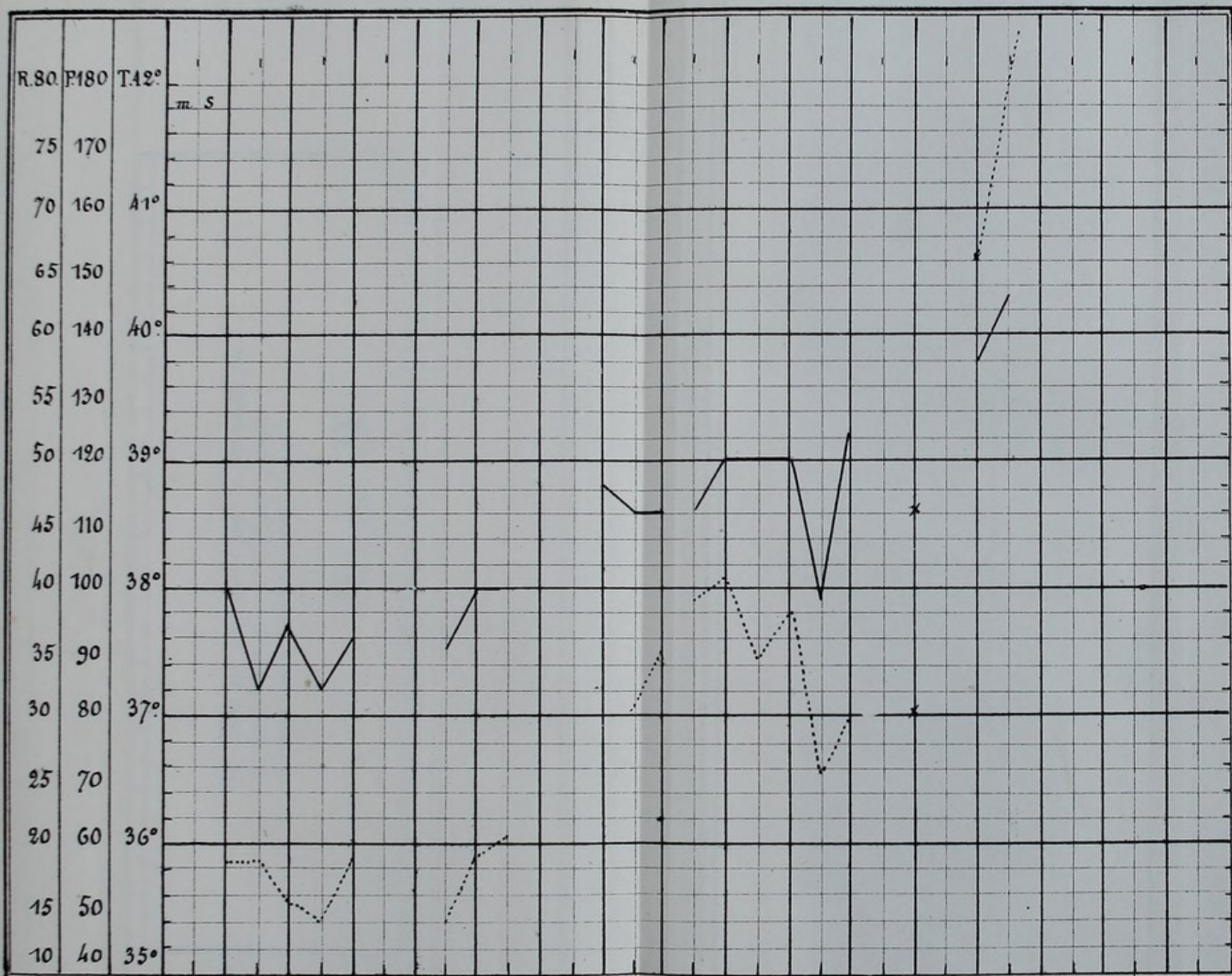


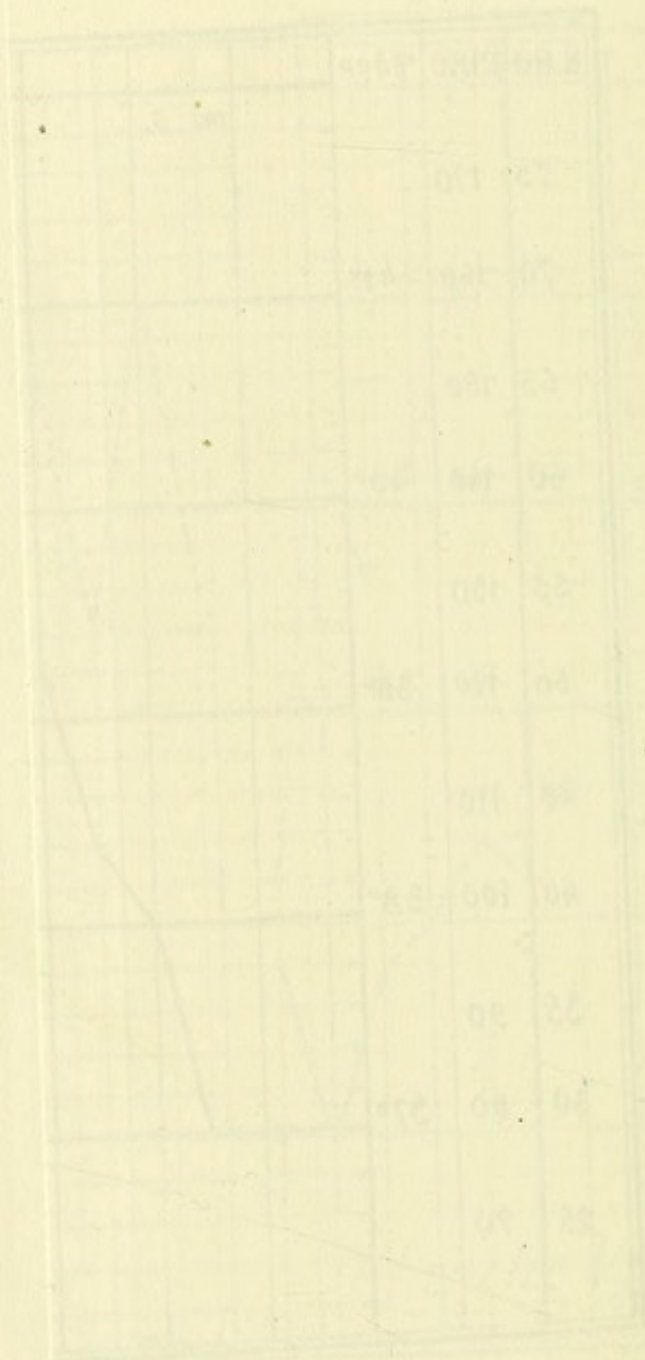
Planche VI.

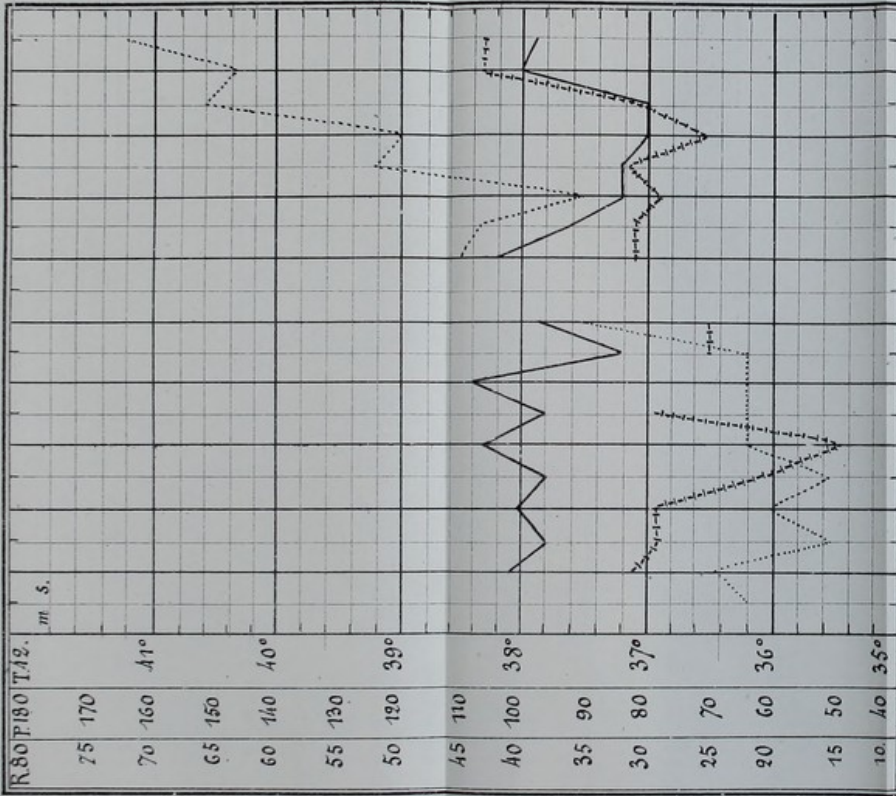






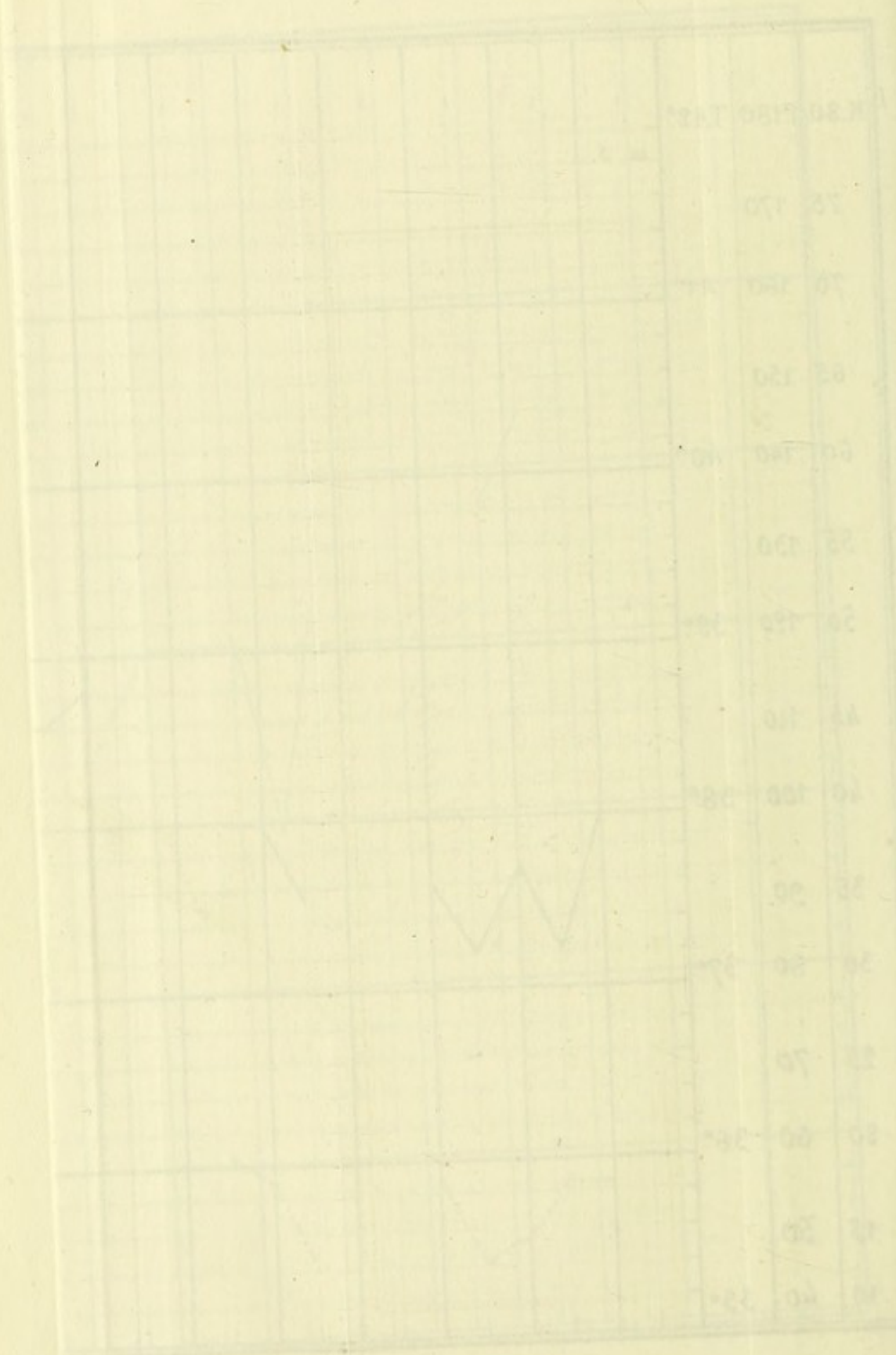






Le Puls est représenté par le pointillé fin
 la température par la ligne pleine
 la respiration par le tracé croisé.

Planche IX.



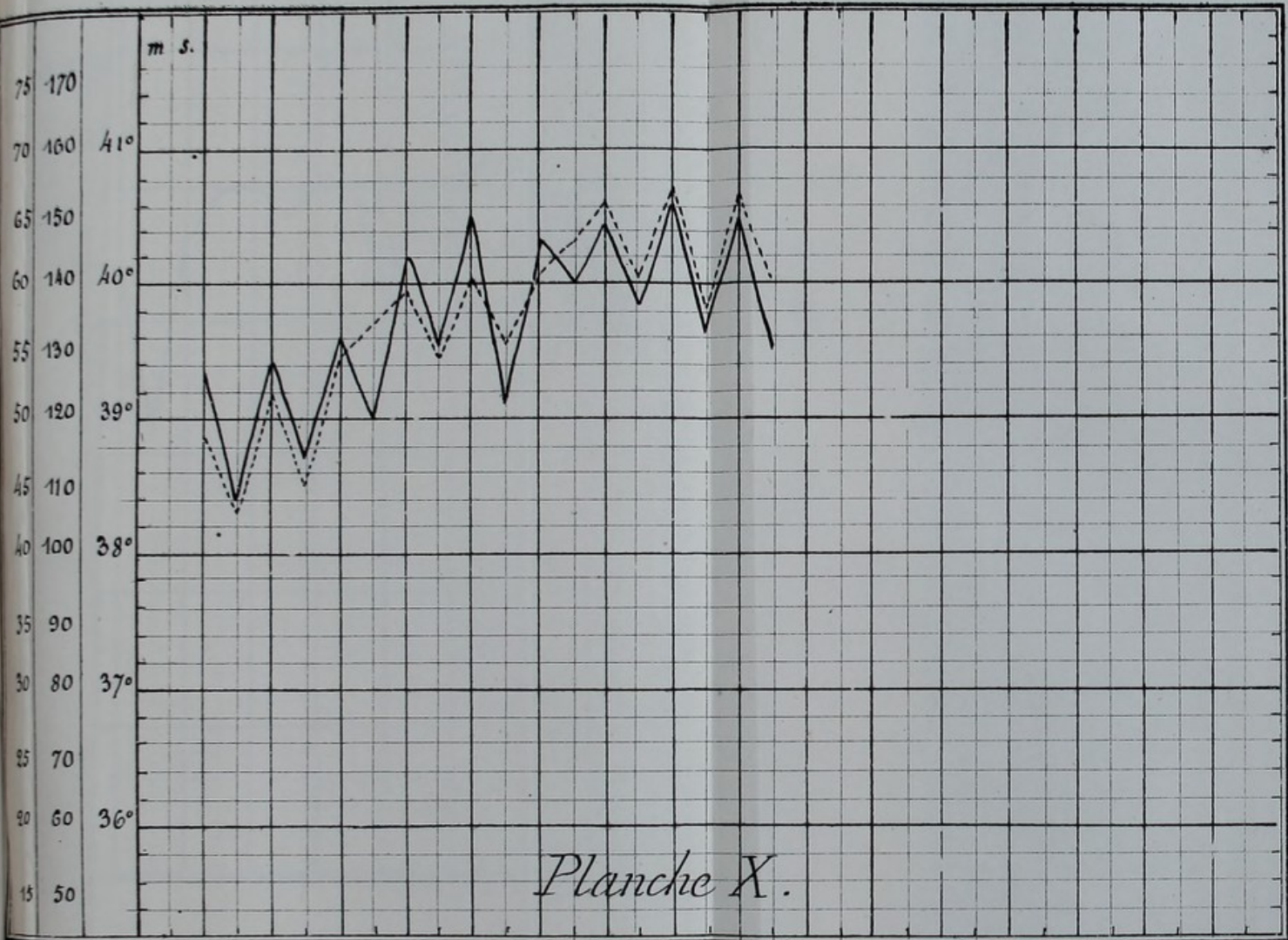
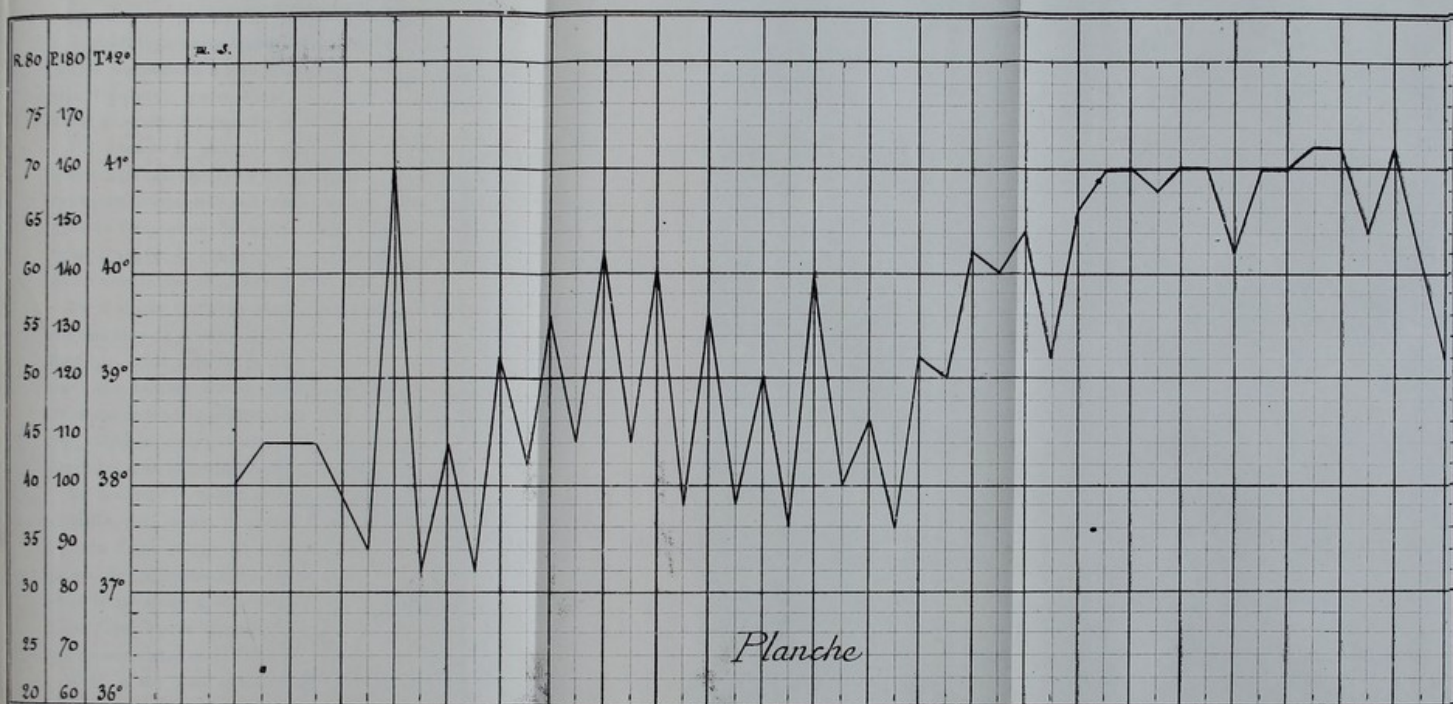


Planche X.



qui précède la mort, le pouls s'accélère de nouveau, devient petit et la température s'élève.

L'élévation de la température et la fréquence du pouls, succédant à une température et à un pouls peu fréquent permettent donc d'annoncer une mort prochaine (obs. 39, pl. VIII).

Ce pronostic pourra encore être indiqué par une accélération de la respiration, le pouls restant peu fréquent; ou bien encore par la très-grande fréquence du pouls sans élévation de la température, le tracé que nous donnons en est un exemple frappant (planche IX, obs. 23).

Le docteur O. Grey insiste dans la gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie (71) sur un fait qui était d'ailleurs fort connu et mentionné dans les traités de maladies d'enfants : lorsque chez un enfant le pouls vient tout à coup à tomber, dans le cours d'une maladie aiguë, on doit craindre une affection cérébrale intercurrente.

Le docteur O. Grey, cite l'observation de deux enfants qui, dans le cours l'un d'une diarrhée, l'autre d'une rougeole, avaient tous deux une centaine de pulsations, le pouls tomba subitement chez le premier à 76, chez le second à 82 et tous deux furent pris bientôt d'accidents de méningite, vomissements, convulsions, coma et mort rapide.

Ceci n'est pas entièrement absolu, car nous donnons la température (pl. X, obs. 31) d'un enfant où elle s'éleva, ainsi que le pouls, lorsque survinrent des accidents indiquant des tubercules cérébraux.

Nous avons vu plus haut que la température

permettait dans la généralité des cas de distinguer une phthisie pulmonaire aiguë d'une fièvre typhoïde, or elle permettra ausside faire un diagnostic différentiel entre la méningite tuberculeuse et la fièvre typhoïde à forme cérébrale et nous pouvons ajouter, que parfois ce symptôme sera le seul qui donnera la possibilité d'éviter une erreur.

En effet, l'élévation de la température devra par une durée longue faire pencher vers une fièvre typhoïde.

Il en sera de même d'une température de 40 à 41 degrés avec 95, 100 et 110 pulsations.

Car la même température dans la méningite tuberculeuse ne se noterait qu'avec 125, 130 pulsations et plus.

On opinera également pour une méningite tuberculeuse, si avec des phénomènes cérébraux, la température ne dépassait pas 35, 36 ou 37 degrés, après avoir été plus élevée quelques jours avant (obs. 35).

Enfin, on affirmera une méningite tuberculeuse si après cet abaissement de la température coïncidant avec un ralentissement du pouls et de la respiration, ces trois éléments venaient tout à coup à s'élever de nouveau.

ŒDÈMES

Quelquefois à la dernière période de la tuberculose, on remarque un léger œdème autour des malléoles et sur le dos du poids; ce signe présente une certaine valeur chez les petits enfants et ne

doit pas être dédaigné, puisque chez eux l'examen de la poitrine est bien souvent négatif.

Mais deux causes concourent à la production de l'anasarque : tantôt elle est le résultat de la cachexie, tantôt le fait d'une compression vasculaire.

C'est dans le premier cas que l'œdème se manifeste aux extrémités inférieures, dans le second il se localise le plus souvent à la face.

On sait, en effet, que chez les enfants tuberculeux il est bien rare de ne point trouver les ganglions hypertrophiés et présentant des tubercules à un état plus ou moins avancé.

Souvent même ces ganglions forment des masses énormes qui peuvent alors comprimer les veines caves supérieure et inférieure, soit isolément, soit simultanément et produire ces hydropisies générales ou partielles qui compliquent quelquefois la maladie.

Lorsqu'il y a compression de la veine cave supérieure, il y a œdème de la face commençant par les paupières; on ne confondra pas avec l'œdème de la face résultant de la maladie de Bright, si l'on a soin de rechercher la présence de l'albumine dans les urines (obs. 8, 9, 16).

Si l'œdème des membres inférieurs est assez prononcé et si à plus forte raison il envahit le scrotum, c'est alors moins à l'état cachectique qu'à la compression des vaisseaux abdominaux que sera dû cet œdème (obs. 7, 20).

Il ne faudrait pas croire cependant, que chez ces enfants tuberculeux, l'œdème soit entièrement

produit par une oblitération complète des vaisseaux ; en effet, cette anasarque ne se montre que tard, alors que le sang est déjà altéré et dans ces conditions une compression légère suffit pour la produire.

C'est ce qui explique pourquoi dans les autopsies d'enfants, ayant présenté un œdème local, on trouve les vaisseaux, correspondants à la partie œdématiée, entourés de masses ganglionnaires tuberculeuses amenant une compression faible, mais non une oblitération complète.

Dans la phthisie à marche rapide ou phthisie aiguë, il survient quelquefois une anasarque que l'on ne peut rattacher à aucune autre maladie et qui diffère de celle que nous venons de décrire en ce qu'elle est plus générale et que son intensité est plus grande, la peau est plus colorée, quelquefois même violacée et il y a de la tension et de la renitence.

Tonnelé, en 1829, cita un cas de compression de la veine cave supérieure par une masse tuberculeuse ; l'enfant toussait depuis longtemps et avait beaucoup maigri, il tomba tout à coup dans un grand abattement.

Il y avait fixité du regard, dilatation de la pupille, convulsions.

A l'autopsie on constata un épanchement de la pie-mère, produit par l'obstacle au retour du sang dans les jugulaires internes.

On a vu la compression et la diminution du calibre de l'aorte produites par une même cause et

amener consécutivement une hypertrophie du ventricule gauche.

Enfin la tuberculisation et l'hypertrophie de ces ganglions se font souvent d'une manière formidable et causent la mort subite de l'enfant en produisant une perforation de l'artère pulmonaire.

Mais pour terminer ce qui a trait à ce sujet, disons que dans la généralité des cas, ces masses tuberculeuse se formant lentement et au milieu de tissus présentant une certaine mollesse, les parties voisines s'accommodent plus ou moins de leur contact.

Disons aussi qu'il nous a semblé, bien que le contraire soit admis, que les ganglions abdominaux causaient plus souvent l'œdème que ceux développés dans la cavité thoracique.

En effet, la compression y est favorisée par des plans résistants, comme l'os iliaque, la colonne vertébrale (obs. 1 et 8,) et le mésentère qui ne se laisse pas distendre. Et dans les autopsies que j'ai faites, j'ai pu voir avec quelle facilité les ganglions englobaient des vaisseaux en s'accolant à la colonne vertébrale, etc., par suite de ces dispositions anatomiques, tandis que dans la cage thoracique qui, fermée de toute part, semble plus propre à cette compression, il y a le poumon qui peut se laisser refouler d'une manière étonnante.

CHAPITRE III.

Innervation.

Les symptômes que nous avons à mentionner ici sont généralement dus à des phénomènes de compression.

Lorsque nous avons traité de la circulation chez les enfants tuberculeux, nous avons signalé les symptômes produits par la compression des vaisseaux par les ganglions hypertrophiés et tuberculeux. Or ces ganglions peuvent également comprimer des nerfs, le pneumogastrique par exemple.

On constate alors la raucité de la toux ou bien de l'aphonie, des quintes de toux simulant la coqueluche, une dyspnée intense.

Ces quintes de toux se distinguent de la coqueluche par l'absence de ces reprises accompagnées du sifflement caractéristique de cette dernière affection et enfin par l'absence de vomissements.

On a remarqué depuis longtemps que la pression exercée en certains points du thorax, chez les tuberculeux, faisait naître de la douleur. C'est ce que l'on peut observer, en effet, lorsqu'on exerce une pression dans les espaces sous-claviculaires.

On dit qu'il n'y a pas généralement douleur

dans la tuberculisation ou phthisie des plèvres, parce que le plus souvent elle est costale et qu'elle se forme avec une grande lenteur et que, si à un moment donné l'enfant se plaignait d'une douleur au côté, ce serait l'indice qu'une pleurésie aiguë avec épanchement de liquide se serait formée.

Nous croyons que ceci est trop absolu, en effet nous avons vu bien souvent des enfants accuser de la douleur au côté, et à l'autopsie on ne trouvait pas de liquide, mais bien une tuberculisation de la plèvre qui formait une couche tuberculeuse épaisse, entre la paroi thoracique et le poumon. Nous pensons donc que cette tuberculisation des plèvres est plus propre qu'un épanchement liquide à causer de la douleur par la facilité avec laquelle ces produits tuberculeux peuvent amener de la névrite par compression.

Dans le pneumothorax la douleur n'est pas un phénomène constant, on peut constater parfois qu'elle manque complètement.

Si elle existe, c'est dans tout le côté malade (obs. 4), et son caractère est d'être exaspéré par la pression. Elle disparaît quelquefois au bout de peu de jours et cette diminution de la douleur coïncidant avec une diminution de la dyspnée est d'un pronostic favorable.

Dans la phthisie abdominale il y a presque toujours douleur et son siège est variable.

Si dans le cours d'une péritonite chronique il survient une douleur vive en un point du ventre, si cette douleur est accompagnée d'autres symp-

tômes inflammatoires, c'est qu'il s'est fait une péritonite aiguë.

Mais si l'infiltration tuberculeuse était très-étendue, cette douleur serait peu vive, elle pourrait même manquer; c'est ainsi que parfois il peut se produire une perforation de l'intestin qui n'est révélée qu'à l'autopsie (obs. 2).

Lorsqu'un enfant est affecté de névralgie sciatique, on devra songer à ces masses ganglionnaires tuberculeuses de l'abdomen et rechercher s'il n'y a pas là une compression exercée par elles comme Rilliet et Barthez en rapportent un exemple.

Dans la méningite tuberculeuse et les tubercules de l'encéphale la douleur est un phénomène constant, elle est révélée même chez le tout jeune enfant, par la nature du cri et le décubitus (voir décubitus, p. 44).

La persistance de la céphalalgie appartient plus à la méningite granuleuse ou aux tubercules cérébraux, qu'à la fièvre typhoïde; car dans la fièvre typhoïde des jeunes enfants, il y a peu ou pas de céphalalgie en général, mais plutôt de la stupeur comme le fait remarquer M. Roger.

Enfin rappelons que c'est par suite de la compression d'un nerf, le pneumogastrique que les tumeurs tuberculeuses du cervelet donnent lieu à des vomissements (voir vomissement, page 32), et que c'est à la même cause qu'il faut attribuer le ralentissement et l'irrégularité des mouvements cardiaques et respiratoires (mouvements respiratoires, p. 44).

MOTILITÉ, INCOORDINATION.

Ce n'est que dans la tuberculisation de l'encéphale que nous trouvons des troubles de la motilité chez les tuberculeux. Ils sont très connus et nous n'insisterons pas.

En effet, chez un enfant, un affaiblissement musculaire, une paraplégie, une hémiplégie (obs. 27), une paralysie de la face, des accès épileptiformes ou éclamptiques (obs. 25), des mouvements de recul, du tremblement (obs. 26), du mâchonnement (obs. 27), des contractions (obs. 38), du strabisme éveilleront immédiatement l'idée de tubercules ou de granulations de l'encéphale. En effet, lorsqu'on est en présence d'un état typhoïde ou cérébral et que l'on hésite entre fièvre typhoïde ou méningite, s'il survient du strabisme, on pourra affirmer méningite tuberculeuse (obs. 32).

Il en sera de même des convulsions que l'on n'observe généralement pas dans la fièvre typhoïde (obs. 35).

Quant aux contractures, on ne confondra pas celles qui sont le fait d'une tuberculisation de l'encéphale, avec celles qui sont le résultat d'une action musculaire, car dans le premier cas il y a toujours fièvre (obs. 14), et absence au contraire de ce symptôme dans le second cas.

Ces accidents peuvent durer un certain temps, plusieurs mois par exemple, puis tout à coup une méningite aiguë se déclare et l'enfant est enlevé

rapidement. Mais il y a un symptôme que j'ai pu observer et qui est très intéressant au point de vue du diagnostic; c'est un symptôme d'incoordination.

On sait en effet que des enfants peuvent avoir des tubercules du cervelet ou du cerveau qui ne donnent lieu à aucun symptôme (obs. 33), mais souvent c'est par le manque d'une observation attentive.

Il est rare en effet que des tumeurs du cervelet ne causent pas de troubles dans la station, mais si faibles qu'ils passent inaperçus.

Ainsi dans l'observation 34, que je cite, il s'agit d'un enfant de 7 ans qui présentait ce symptôme, sur lequel M. Voillemier appelait l'attention dans une de ses cliniques de l'Hôtel-Dieu : « Jette-t-on un objet à terre, si l'enfant veut se baisser pour le ramasser, il ne s'y prendra pas comme un autre enfant. Il ne peut en effet se baisser assez en fléchissant les cuisses sur les jambes pour ramasser l'objet. On le voit tenter le mouvement, puis se laisser tomber en avant, les mains à terre et de l'une de ses mains ramasser ensuite l'objet. Si l'enfant est intelligent et si on lui demande de faire autrement, il essaiera, mais n'y réussira pas. »

Ce symptôme avait été remarqué par les parents de l'enfant que nous citons, et ils exprimaient cette remarque d'une manière originale, mais qui rend bien la pensée : pour ramasser un objet à terre, disaient-ils, leur enfant ne pouvait se baisser, de sorte que l'on croyait toujours que le fond de son pantalon était trop étroit.

C'était simplement un trouble apporté dans la coordination par la présence d'une tumeur du cer-velet. En effet des convulsions se montrèrent plus tard et dix mois après l'enfant mourait subite-ment.

Nous trouvâmes à l'autopsie une tumeur du cer-velet de la grosseur d'une noix.

Quant aux phénomènes intellectuels, disons que l'intelligence est généralement conservée dans les deux premières périodes de la ménin-gite. Ce n'est guère que dans la troisième que l'on voit survenir la perte de connaissance (obs. 14), le coma (obs. 10).

Quand il y a idiotie, c'est généralement le fait de gros tubercules cérébraux (obs. 40). Dans d'au-tres cas, il y a simplement perte de mémoire (obs. 34).

CHAPITRE IV.

Digestion.

Dans ce chapitre nous dirons quelques mots de l'appétit, de la soif, et nous signalerons quelques remarques cliniques à propos des vomissements, de la constipation et de la diarrhée.

L'appétit est généralement conservé ou simplement diminué chez les enfants tuberculeux. La perte complète de l'appétit est d'un pronostic fâcheux.

La soif n'est grande que lorsqu'il se fait une inflammation autour des tubercules, c'est-à-dire lorsqu'il y a pneumonie tuberculeuse.

M. Roger nous a souvent fait remarquer cette avidité si grande des boissons chez l'enfant dans les cas de pneumonie et le parti que l'on pourrait en tirer comme diagnostic.

Dans la méningite il y a souvent répulsion des liquides, tandis que dans la fièvre typhoïde on note une soif assez grande.

Enfin, dans la méningite il y a quelquefois dysphagie (obs. 29).

VOMISSEMENTS.

Chez l'enfant le vomissement est un symptôme

que l'on trouve presque toujours au début d'une foule de maladies très-différentes.

Mais ce symptôme prend cependant une grande valeur par sa durée ou par son association avec d'autres symptômes (obs. 38).

Lorsqu'on est en présence d'un enfant d'une très-grande maigreur, si l'on sait qu'il a des vomissements fréquents, il faudra rechercher la cause de cet amaigrissement et on la trouvera souvent dans la présence de tubercules cérébraux ou de l'abdomen.

Des vomissements coïncidant avec une constipation opiniâtre devront faire penser à une méningite ; peut-être il est vrai quelquefois à une péritonite, mais cependant chez l'enfant la péritonite est le plus souvent accompagnée de diarrhée.

M. Roger a vu des enfants à la mamelle vomir durant des mois, et d'après ce savant observateur, il ne faudrait pas croire alors au rejet du trop plein des tétées ; en effet, un état anémique, l'amaigrissement et enfin des convulsions seront le témoignage d'une tuberculisation cérébrale à évolution lente.

Lorsque les vomissements sont liés à une méningite, la langue est nette, tandis que si le point de départ est une affection de l'estomac, une fièvre typhoïde, une pneumonie, la langue est toujours saburrale.

On sait que les vomissements de sang ou hématomèses véritables sont très-rares chez les enfants. M. Roger en cite un cas dans sa clinique, c'est celui d'un enfant scrofuleux qui mourut d'héma-

témèse et à l'autopsie duquel on trouva l'estomac distendu par une grande quantité de sang provenant d'une ulcération tuberculeuse de l'organe, ulcération reposant sur une artériole.

Une constipation opiniâtre ne devra faire songer à une méningite que lorsque ce symptôme coïncidera avec une céphalalgie persistante, de la fièvre, ou au contraire avec un pouls ralenti et irrégulier. D'autres fois avec un ventre rétracté ou en bateau, comme on le dit.

Ce phénomène de rétraction de l'abdomen dans la méningite est moins le fait d'une rétraction des muscles de la paroi que de la non-sécrétion de l'intestin qui se rétracte alors. La preuve en est, que lorsque la diarrhée s'est montrée exceptionnellement dans la méningite ou lorsqu'elle survient vers la dernière période, ce qui arrive le plus généralement, le ventre perd alors cette forme caractéristique, quelquefois même elle est remplacée par du ballonnement.

La diarrhée amène toujours chez l'enfant un grand amaigrissement, mais cela ne doit pas immédiatement éveiller l'idée de tuberculisation. Ce qui devrait y faire penser, c'est plutôt la fréquence de la diarrhée, ses alternatives avec de la constipation.

Dans la diarrhée symptomatique d'une tuberculisation abdominale, le ventre perdra toujours du sa souplesse. M. Roger nous montrait en effet que chez les enfants sains ou qui n'avaient que

des diarrhées simples, on pouvait en saisissant à pleine main la paroi abdominale, la faire mouvoir en tous sens, sentir la colonne vertébrale et cela sans la moindre difficulté et sans faire naître la moindre douleur ; tandis que dans la tuberculose abdominale il est difficile et même impossible d'agir de même.

CHAPITRE V.

Sécrétions.

Nous étudierons dans ce chapitre, l'expectoration, la sécrétion urinaire, la sueur.

EXPECTORATION.

Si chez l'adulte, l'expectoration est un élément important de diagnostic dans les maladies des organes respiratoires, il ne faut pas oublier que cet élément manque complètement chez les enfants. En effet, ils n'expectorent jamais si ce n'est à un âge déjà avancé, dix ans environ, c'est donc seulement à partir de cet âge que l'expectoration peut être étudiée.

Et cependant l'on parle quelquefois de crachements de sang ou hémoptysies chez de jeunes enfants ; or chez eux, il n'y a pas d'hémoptysie à proprement parler, les hémorrhagies sont toujours foudroyantes et amènent une mort rapide (obs 12).

Nous n'appellerons donc pas hémoptysie le sang que rendent quelquefois les enfants affectés de coqueluche. Le sang dans ce cas ne provient pas du poumon et il n'indique nullement l'existence de tubercules ; il est dû à la rupture de petits vaisseaux du pharynx.

De même parfois on est frappé de voir des enfants à la mamelle rendre par la bouche du sang qui vient tacher leur bavette. M. le professeur Depaul a souvent appelé notre attention sur ce fait et comme le dit ce savant maître, il serait peu rationnel de songer aux tubercules. La cause en est dans le mamelon de la femme qui nourrit. Si on l'examine attentivement, on ne manquera jamais de trouver de petites crevasses qui ont fourni ce sang pendant l'acte de la succion.

Dès que l'enfant a atteint l'âge de dix ans environ, avons-nous dit, il commence seulement à expectorer. Chez le tuberculeux ce seront ces crachats nummulaires, muco-purulents qui se rencontrent également dans la rougeole comme tout le monde le sait, mais aussi dans la coqueluche, comme le fait remarquer M. Roger avec juste raison.

Les phénomènes concomitants empêcheront toute erreur. De plus, le microscope ferait découvrir dans l'expectoration des enfants tuberculeux affectés de cavernes, des fibres élastiques que l'on ne trouverait pas dans les deux autres cas.

SÉCRÉTION URINAIRE.

Il est pour ainsi dire impossible de recueillir la totalité de l'urine des jeunes enfants.

Chez eux le besoin d'uriner est fréquent, et comme la vessie reçoit ses nerfs d'un plexus nerveux mixte, cet organe peut se contracter sans l'action de la volonté, ce qui explique pourquoi

l'enfant urine aussi bien pendant le sommeil que pendant l'état de veille.

Cette difficulté de se procurer la totalité de l'urine devient bien plus grande encore lorsque l'enfant est malade.

Il est donc inutile de faire des dosages qui ne peuvent être sérieux, ne portant pas sur la totalité du liquide excrété.

Tout ce qu'il est possible de faire, c'est de rechercher qualitativement tel ou tel principe.

Voici les quelques remarques que nous avons pu faire.

Nous avons examiné dans un très-grand nombre de cas la qualité de l'urine, elle a toujours été acide.

Nous n'avons jamais trouvé de sucre, quel que soit le procédé employé, même dans les cas où les deux poumons étaient très-compromis.

Quant à l'albumine, nous ne l'avons notée que chez quelques tuberculeux présentant de la péritonite chronique, de l'ascite et une fois dans l'urine d'un enfant tuberculeux pris de convulsions.

Les dépôts urinaires étaient toujours constitués par de l'acide urique ou des urates, ou par le mélange des deux ; ils ne m'ont jamais présenté de phosphates, même dans les cas où l'enfant était plongé dans le plus profond état cachectique.

Cependant d'après le D^r Casselmann, les phosphates terreux augmenteraient dans la méningite. Ils diminueraient au contraire dans la tuberculose aiguë des poumons, d'après Vogel ; d'après le même auteur, le chlorure de sodium disparaîtrait

de l'urine dans cette dernière affection, mais c'est la règle dans toutes les maladies aiguës du poumon.

Enfin on peut rencontrer de la substance tuberculeuse qui, vue à l'œil nu, ressemblerait au pus, mais s'en distinguerait au microscope.

On trouve des corpuscules de pus irréguliers mêlés à un détritum mal déterminé, des fragments de cellules, des fibres élastiques, des noyaux et une matière granuleuse dans laquelle on aperçoit quelquefois des cristaux de cholestérine.

Je n'ai vu qu'un cas de tuberculisation des urétères et de la vessie, mais rien n'avait appelé notre attention sur les urines.

M. Roger cite un cas dans lequel un enfant avait rendu quelques jours avant de mourir, des urines chargées de muco-pus et de débris de tubercules. Ce savant clinicien trouva à l'autopsie un des reins triplé de volume et transformé dans presque tout son tissu en matière tuberculeuse.

Quant aux organes génitaux, nous n'en parlerons que pour citer une observation intéressante (obs. 11). Il s'agit d'un enfant affecté d'une tumeur scrotale qui, au palper, donnait la sensation d'un cordon tuberculeux. Tout faisait pencher vers ce diagnostic, le père avait eu une tumeur analogue, d'après les renseignements; l'enfant était tuberculeux, le palper et enfin l'opinion d'un chirurgien distingué. A l'autopsie on trouva une hernie de l'appendice iléo-cæcal.

SUEURS.

Dans la tuberculose, l'enfant tout comme l'adulte est sujet à des transpirations plus ou moins abondantes. Ces sueurs sont générales ou partielles, et dans ce dernier cas bornées à la tête et au tronc.

Elles sont quelquefois d'une abondance extrême surtout la nuit et s'accompagnent souvent de sudamina (les éruptions sudorales sont communes chez l'enfant).

C'est en général deux à trois mois après l'invasion de la tuberculose qu'elles se montrent et rarement au début; et elles paraissent être plus abondantes chez les phthisiques qui ont des cavernes.

Enfin on a remarqué qu'il n'y avait pas comme chez l'adulte rapport entre la sueur et la diarrhée.

Dans la tuberculisation de l'encéphale, les sueurs sont généralement bornées à la face et d'après Rilliet et Barthez, lorsque cette sueur se montre en même temps que la coloration violacée du visage, la mort ne tarde pas à arriver.

CHAPITRE VI.

Systeme cutané.

Bien que le symptôme que nous aurons à signaler ici soit le résultat d'un phénomène nerveux, nous avons cru devoir l'étudier à part.

SYSTEME CUTANÉ.

Nous ne ferons que mentionner cet état ichthyosique de la peau que l'on remarque chez les enfants tuberculeux. (Obs. 6.)

Il m'a semblé trouver cet état de la peau chez les tuberculeux, très-émaciés et affectés surtout de tuberculisation abdominale.

Ce n'est pas de l'ichthyose véritable ; car on remarque en même temps chez eux, comme chez beaucoup d'enfants tuberculeux, un développement assez prononcé du système pileux. Or, dans la véritable ichthyose, il est impossible de trouver même un léger duvet sur les parties cutanées ainsi modifiées.

On observe souvent dans la phthisie pulmonaire la rougeur des joues ; cette rougeur bornée aux pommettes se montre généralement le soir en même temps qu'un peu de fièvre. Elle a été de

tout temps regardée comme un symptôme précurseur de la phthisie.

Enfin, lorsque la phthisie a fait de grands progrès, on voit quelquefois une rougeur très-vive se montrer sur l'une des joues. (Obs, 4, 6 et 19.)

M. le professeur Gubler, dans un mémoire très-intéressant, a étudié ce phénomène que l'on observe si souvent.

Cette rougeur se montre dans la plupart des cas du côté qui correspond au poumon affecté.

Cette joue accuse au thermomètre une température plus élevée que celle du côté opposé.

Si les deux poumons sont malades, la rougeur se montre généralement sur les deux joues.

Nous avons vu survenir quelquefois, chez des enfants tuberculeux, un érythème de la face qui simulait la rougeole; cet érythème est accompagné d'une forte chaleur, mais d'aucun symptôme catarrhal, et il est très-passager.

Dans un des cas dont nous donnons l'observation (obs. 17), l'érythème n'a duré qu'un seul jour, le thermomètre monta brusquement à 41 degrés, mais le lendemain il tombait à 37,2. (Pl. XI.)

A la suite, il n'y eut pas de phénomènes plus marqués du côté de la poitrine.

Par une singulière coïncidence, le même enfant, dix-sept jours après, présenta une éruption de rougeole véritable avec larmolement des yeux, injection de la sclérotique, rougeur très-vive de la conjonctive, photophobie.

La température s'éleva tous les jours; le jour

de l'éruption elle fut de 41 degrés, resta pendant trois jours, puis redescendit.

Cette courbe est intéressante comme diagnostic différentiel de la rougeole et de l'érythème.

Cette rougeur des joues et ces taches érythéma-teuses que l'on remarque chez les phthisiques peuvent être expliquées d'après M. Gubler par une excitation partie des plexus nerveux pulmonaires, atteignant l'encéphale et se réfléchissant sur les nerfs respiratoires de la face.

Dans la méningite, la circulation capillaire éprouve des troubles que l'on doit aussi placer sous la dépendance du système nerveux vaso-moteur. On observe en effet dans la méningite de la rougeur de la face alternant avec une grande pâleur. (Obs. 36, 28 et 29.)

Ce phénomène n'est pas toujours localisé à la face, mais souvent sur d'autres parties du corps, où on peut le faire naître à volonté. Cette rougeur prend le nom de tache méningétique. Mais disons pour terminer ce sujet, que ce symptôme n'est point pathognomonique de la méningite; car on peut le retrouver dans la fièvre typhoïde, et dans d'autres maladies accompagnées de symptômes cérébraux.

Décubitus et attitude.

Nous avons cru devoir terminer notre étude par quelques remarques auxquelles donnent lieu le décubitus et l'attitude.

Dans les affections pulmonaires et même dans les pleurésies doubles, malgré la dyspnée, l'enfant reste couché.

Si donc on voit un enfant en proie à la dyspnée, et assis sur son lit, on devra songer à une affection cardiaque bien plutôt qu'à une affection pulmonaire.

Dans la tuberculisation abdominale, s'il y a péritonite, l'enfant reste instinctivement immobile pour ne pas éveiller de nouvelles douleurs.

Dans la tuberculisation encéphalique, le décubitus est tantôt dorsal, tantôt latéral. Pendant les deux premières périodes, l'enfant peut encore se retourner sur son lit ; lorsque l'enfant est couché sur le côté, il fléchit ses cuisses sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses.

Dans cette affection, lorsque la céphalalgie est intense, on voit l'enfant rester immobile et garder longtemps sa main appuyée fortement sur la partie de la tête où la douleur se fait sentir violente.

D'autres fois, au contraire, il semble exprimer

sa douleur par un mouvement continuel de latéralité de la tête (1).

Pendant mon externat chez M. Guéneau de Mussy, j'ai vu dans le service de la crèche un enfant de 8 mois qui faisait continuellement exécuter à sa tête un mouvement de latéralité de droite à gauche et de gauche à droite, et de temps en temps poussait des cris plaintifs.

A l'autopsie, je trouvai dans la protubérance annulaire un tubercule de la grosseur d'un pois.

(1) Il est vrai que l'on a voulu donner ce symptôme comme le fait de la présence d'une tumeur tuberculeuse dans la protubérance annulaire, mais lorsqu'on fait le relevé des cas cités, on voit qu'il n'en est rien (obs. 24-25).

Observations.

Parmi les 40 observations sur lesquelles je m'appuie, 6 sont empruntées aux thèses de MM. Candellé, Prunac, Lehée. (5, 24, 25, 31, 32 et 35.)

OBSERVATION I. — La nommée Pinot (Gabrielle), âgée de 2 ans et demi, entre à la salle Sainte-Geneviève n° 12, le 12 septembre, service de M. Roger. Cette enfant est pâle et très-maigre, le ventre est gros, dur, matité vers la fosse iliaque gauche.

Le 8 octobre. Haleine fétide.

Le 13. Décès.

Le 14. *Autopsie.* Maigreur extrême, le poumon droit est retenu dans le thorax par des adhérences qui se déchirent, il reste des fragments de poumon collés dans le fond de la gouttière costo-vertébrale de ce côté, pas d'adhérences à gauche. Infiltration tuberculeuse des deux poumons, qui présentent des granulations grises nombreuses disséminées et confluentes, et de pneumonie chronique dans toute l'étendue presque des deux poumons, mais surtout du côté droit. A la face postérieure du poumon droit dans toute la hauteur du lobe inférieur, et dans une épaisseur de 2 à 3 centimètres, il y a gangrène du tissu pulmonaire. Détritrus mou, noirâtre et grisâtre excessivement fétide. Ganglions bronchiques caséux et ramollis.

Péritoine. — Agglutinement des anses [intestinales qui forment, avec des ganglions mésentériques, une masse globuleuse assez compacte au dessous de la colonne lombaire. Granulations jaunâtres, disséminées sur l'épiploon.

OBS. II. — Gille (Léa), 6 ans, salle Sainte-Geneviève n° 30, service de M. Roger, 21 février. Cette petite fille est pâle, chétive, elle a une adénite scrofuleuse aux angles de la mâchoire.

Le 3 mars. Elle meurt presque subitement, la veille elle se tenait encore assise, et ne se plaignait de rien.

Autopsie. — Poumons, aux deux sommets, grosses masses tuberculeuses dures, jaunâtres. Dans les autres portions, granulations tuberculeuses isolées et réunies en petites masses, disséminées vers la plèvre et dans le parenchyme. Granulations dans les scissures interlobaires. Les ganglions sont gros et caséeux.

Péricardite. — Liquide en assez grande quantité, le péricarde est adhérent au ventricule gauche.

Abdomen. — On voit une grande quantité de pus avec flocons verdâtres, volumineux, étalés à la surface du foie et des intestins.

Intestin grêle. — Par insufflation, on constate l'existence d'une perforation intestinale ovalaire, dirigée transversalement, 3 millimètres d'étendue. Ganglions mésentériques volumineux et tuberculeux.

Obs. III. — La nommée Charlot (Ernestine), 5 ans, entre à la salle Sainte-Geneviève, le 23 août 1871, au service de M. Roger. Cette petite fille est malade depuis le siège, à partir de cette époque, amaigrissement et toux. Depuis six jours, elle est plus malade, elle a de l'oppression, et depuis quatre jours, sa voix s'est éteinte.

Le 24. Voix éteinte, sifflement laryngé, dyspnée. R. 52. Accès de suffocation; face bleuâtre.

Auscultation. — Râles à grosses bulles, et ronflement partout et intense. L'air pénètre assez bien dans les poumons; gros crachats muco-purulents épais. En avant, matité à droite, et résonnance métallique de ronflements avec grosses bulles. Rien de particulier à gauche.

Le 25. Mort.

Autopsie. — On pique le thorax sous l'eau, il ne sort point d'air, on a fait cette expérience à cause de la résonnance métallique entendue pendant la vie.

Poumon droit. — Le lobe supérieur présente deux immenses cavernes pleines de pus, et séparées l'une de l'autre par une cloison horizontale, percée d'une petite ouverture qui les fait communiquer. Le lobe supérieur du poumon gauche, présente de gros tubercules à différentes phases, crus caséeux, ramollis. Les tubercules sont farcis de tubercules dans toute la hauteur, mais plus avancés à droite qu'à gauche. Les ganglions bronchiques sont tuberculeux, on remarque de petits ganglions tuberculeux au-devant du cartilage cricoïde, le larynx et la trachée présentent des ulcères tuberculeux.

Abdomen. — Tous les signes de la péritonite tuberculeuse.

¹ OBS. IV. Le nommé Lehoté (Henri), 6 ans et demi, entre à la salle Saint-Louis n° 7, le 15 février 1871, service de M. Roger. Cet enfant, a déjà été en décembre 1870, à la salle Saint-Louis pour une fièvre typhoïde. A cette époque, il était pâle et maigre, mais il n'y avait rien à l'auscultation, il resta à l'hôpital près d'un mois. Il fut repris par ses parents, mais il garda continuellement le lit. La veille de sa nouvelle entrée, il était plus malade, il se plaignait de douleur au côté gauche de la poitrine.

Le 14. La douleur avait augmenté, il y avait dyspnée intense, toux et plainte pendant la nuit, depuis son premier passage à l'hôpital, il a toujours eu la diarrhée. Cet enfant a toujours été délicat; son père est mort de la poitrine à l'âge de 30 ans. On constate lors de son entrée une respiration accélérée, de la fièvre, de la toux. La joue est rouge, les doigts sont en massue. Il est maigre et pâle; diarrhée, l'appétition est conservée. Pouls 140.

Examen de la poitrine. — Du côté gauche, on remarque une voussure. Le cœur est bas et refoulé à droite, occupant une position symétrique de celle qu'il occupe normalement. On le voit, et on le sent battre en dehors du mamelon droit; c'est là qu'on entend ces bruits partant à gauche jusqu'au bord droit du sternum; son tympanique. Bruit de tonneau à gauche, quand l'on percute tintement métallique, accompagnant les mouvements respiratoires. Toux et voix métalliques à l'auscultation. De ce côté, on entend à peine la respiration; pas de souffle. A droite rudesse, et quelques râles à l'auscultation. Le ventre est dur et plat.

Le 27. P. 160. R. 60, Dyspnée assez laborieuse; le côté droit est plein de gros râles sous-crépitants; à gauche on entend à peine la respiration, sonorité partout à gauche; pas de bruit de succussion; pas d'œdème; mort à deux heures du matin.

Le 28 *Autopsie.* Maigreur extrême. On recueille sous l'eau, les gaz qui s'échappent de la poitrine, lors de sa ponction faite selon les règles. On ouvre le thorax avec soin, et l'on trouva la plèvre médiastine gauche, adhérente à la face postérieure du sternum jusqu'au bord droit de celui-ci, épaissie et couverte de pus. Le cœur est encore à droite, ayant fait un mouvement de bascule, de telle sorte, que sa base restant attachée aux gros vaisseaux qui ne sont que peu déplacés, sa pointe est dirigée à droite, en bas et en avant, de sorte

qu'il se trouve couché sur son bord droit. Des gaz très-fétides s'échappent, et le cœur reprend à peu près sa position normale. La plèvre gauche a suppuré, et la cavité contient environ 60 grammes de pus crémeux. La plèvre pariétale est très-épaisse, et assez facile à décoller. Le poumon gauche est refoulé dans la gouttière postérieure, très-ratatiné, couverte d'une couche purulente, et d'une plèvre épaissie. Insufflant par la trachée, l'air sort par une perforation de la plèvre, située à la partie latérale du lobe inférieur gauche, très-près du bord inférieur du poumon. Cette ouverture à contour irrégulier, est bordée d'une sorte d'exsudat blanchâtre. Ayant coupé les bronches avec le bronchiotome, nous arrivons par une des bronches de troisième ou quatrième ordre, jusque dans une caverne à parois anfractueuses pratiquée au milieu du tissu ramolli, et puriforme du lobe inférieur. Cette cavité grosse comme une noix est pleine de détritits puriforme, et l'on ne distingue ni la paroi, ni le parenchyme, ni granulations tuberculeuses. Mais, dans le lobe supérieur existent des granulations jaunes, nombreuses, isolées, d'autres réunies en groupes et implantées dans un parenchyme affaissé. Le poumon droit contient des granulations jaunes sous-pleurales, et parenchymateuses peu nombreuses. Ganglions bronchiques gros et caséux à gauche; à droite ils sont peu affectés. Foie gros; dégénérescence graisseuse.

Péritoine sain.

Obs. V. — *Phthisie aiguë, prise pour une fièvre typhoïde.* — Mort.

Rostand, (Marie), âgée de 14 ans, entre à l'hôpital de la Charité le 10 septembre 1869. Elle est couchée au n° 39, salle Saint-Ferdinand. Cette fille est alitée depuis huit jours. Au début, céphalalgie, fièvre et perte de l'appétit, pas de frisson; toux fréquente, à plusieurs reprises, vomissements alimentaires. La langue est sèche, fendillée, rouge à la pointe et sur les bords. Le ventre est ballonné, douloureux à la pression. Gargouillement dans la fosse iliaque droite, rougeur des pommettes et diarrhée. A l'auscultation, râles soufflants et sibilants des deux côtés, pouls fréquents 124, peau chaude et sèche, T. asc. 40, 6/10.

11 septembre (9^e jour). Même état. Selles diarrhéiques plus abondantes. T. 40. Insomnie. La dyspnée est moins vive. T. soir, 41.

Le 12. Pouls toujours fréquent, 120. Toux plus intense, peau très-sèche. T. 39, 4/10. Râles sibilants des deux côtés,

surtout à gauche. La diarrhée persiste. Ventre très-douloureux et ballonné. Langue sèche et rôtie, un peu de dysphagie. T. soir 41. Expectoration difficile, quelques crachats blancs et spumeux.

Le 13. Céphalalgie plus vive, douleurs vagues dans les membres et insomnie. Vomissements alimentaires dans la soirée. T. matin 40, 8/10. Ventre très-chaud, douleur à la pression dans les fosses iliaques. T. soir 41, 8/10.

Le 14. La langue est moins sèche, recouverte d'un enduit blanchâtre. Râles sibilants et muqueux à droite. Prostration. T. 40, 2/10. Dans la soirée, le mouvement fébrile est plus intense. Peau très-chaude. La langue redevient rôtie. Plus de diarrhée. Ventre toujours ballonné. T. soir 41, 2/10.

Le 15. Même température, soir 41.

Le 16. T. 40. Langue rôtie et fendillée avec enduit noirâtre très-épais. Ventre très-chaud, douloureux. Météorisme et diarrhée. Râles muqueux et sibilants aux deux bases. Pouls fréquent 128. T. soir 41. Somnolence.

Le 17. T. 30, 6/10. Rougeur vive de pommettes. Prostration. T. soir 41. La diarrhée persiste. Même état jusqu'au 20. Vomissements fréquents, toux plus intense. Météorisme et gargouillements dans la fosse iliaque droite. Pouls ralenti et faible. Râles sibilants et muqueux. La langue est humide, collante, sans enduit. T. 40 4/10. Un peu de dyspnée. La respiration paraît soufflante dans la fosse sous-épineuse droite. T. soir 40 6/10.

Le 21. Même état. La langue est rouge et sèche. T. soir 40 6/10.

Le 22. Les vomissements sont plus fréquents.

Le 27. T. matin 39, 8/10. Plus de vomissements. Langue humide et collante. Quelques râles sibilants et muqueux. Prostration extrême dans la soirée. T. 41 4/10.

Le 28 T. 39 2/10. Toux plus fréquente. Sudamina en nombre considérable. Gargouillement et douleur dans la fosse iliaque droite. Somnolence. T. 40 4/10.

Le 29. Râles soufflants et muqueux en arrière. Délire dans la nuit. Diarrhée. Toux fréquente. Ventre météorisé. Pouls petit, régulier. Plus de vomissements. T. soir 40 4/10.

Le 30. T. 39 4/10. La diarrhée persiste. Plus de délire. T. soir 40 4/10.

1^{er} octobre. T. 40 4/10. Langue collante et humide. Pouls toujours petit. Même état du ventre. Légère rougeur des pommettes. T. 41 2/10. L'expectoration persiste.

2. La fièvre est moins vive. T. 38 2/10. T. soir 39 8/10. Diarrhée, toux fréquente.

3. Retour des vomissements. Peu de chaleur à la peau. T. matin 37 6/10. Langue humide, pouls petit. Vomissements dans la soirée. T. soir 40 6/10. Rougeur vives des pommettes. Langue humide et dépouillée de son enduit. Toux et râles sibilants. Somnolence. Diarrhée abondante et soif vive. T. soir 41 2/10.

Le 23. T. 40 2/10. La langue est sèche. La toux et les vomissements persistent. Même état du ventre. Pas de rougeur de la face. T. soir 41 2/10.

Le 24. T. 40 2/10. Vomissements. Pouls petit. Ballonnement du ventre et gargouillement dans la fosse iliaque droite. T. soir 41 2/10. Râles muqueux aux deux bases.

Le 25. Quelques selles diarrhéiques. T. 40. Céphalalgie vive et prostration. Les vomissements persistent. Ventre chaud, météorisé et douloureux. Éruption de sudamina sur le tissu de l'abdomen. T. soir 41 4/10.

La 26. Même état.

Les lèvres sont recouvertes par de nombreuses plaques de muguet. Crachats épais, verdâtres, adhérents, ressemblant aux crachats de la bronchite.

Cet état persiste jusqu'au 10 octobre. En auscultant la malade, on ne perçoit plus de râles en arrière. La percussion donne un son mat sous la clavicule droite et dans la fosse sous-épineuse de ce côté.

Craquements au sommet droit, crachats verdâtres et purulents.

Le 13 octobre, les vomissements sont plus fréquents, ainsi que la dyspnée. La température du corps paraît normale; pâleur vive et bouffissure de la face. Pouls petit. Mêmes caractères de l'expectoration. Cet état continue jusqu'au 20. La dyspnée est devenue plus intense. L'enfant est toujours dans la station assise. La diarrhée est abondante. La face est le siège d'une pâleur très-vive, la percussion est douloureuse dans la fosse sous-épineuse droite. A ce niveau, souffle caverneux s'étendant au sommet. Retentissement de la voix à ce niveau. Le muguet et les vomissements persistent.

Le 24. Les signes stéthoscopiques augmentent. Défaut d'élasticité au niveau de la fosse sus et sous-épineuse droite. Gargouillement et souffle caverneux en ce point. Pectoriloquie. Muguet et vomissements. Les crachats sont nummu-

laïres, verdâtres et purulents. T. 38. Toux fréquente qui réveille les vomissements.

Le 26. Même état. Pâleur de la face. Dyspnée extrême. Cyanose. Pouls petit, à peine perceptible. Respiration difficile. L'enfant meurt le 27 octobre dans la nuit.

L'autopsie n'a pu être faite.

OBS. VI. — La nommée Binet (Marie), 5 ans, entre à la salle Sainte-Geneviève le 27 juin, service de M. Roger. Cette petite fille a été soignée plusieurs fois à la salle Sainte-Catherine. Elle est toujours malade; elle présente un amaigrissement considérable; elle a de la diarrhée et quelquefois des vomissements. La peau est ichthyosée.

Percussion et auscultation. Matité en arrière plus à droite qu'à gauche. Râles des deux côtés de la poitrine, mais plus abondants et plus gros à la base qu'à droite.

2 juillet. Même état. La pommette gauche est très-rouge.

Le 4. Diarrhée.

Le 5. Diarrhée; ventre ballonné, très-douloureux à la palpation; foie gros et abaissé.

Le 6. Râles épais et fins; souffle très-évident à l'expiration.

Le 14. Diarrhée. Amaigrissement rapide, facies hippocratique se caractérisant de plus en plus. Respiration très-fréquente; somnolence.

Le 25. Dyspnée extrême; voix normale. P. 168. R. 64.

Le 27. Dyspnée très-grande.

Le 30. Mort.

Autopsie. Le péricarde est adhérent à la plèvre. Les deux poumons présentent des cavernes assez volumineuses. Le tissu pulmonaire est rempli de granulations caséuses entourées de pneumonie. Les ganglions bronchiques sont tuberculeux et durs. A la surface du foie, on constate une assez grande quantité de tubercules. A la section du foie, on découvre de petites cavernes de la grosseur d'un pois; elles sont remplies de matière tuberculeuse teinte en jaune verdâtre par la bile. La rate est également couverte de tubercules. Le rein n'en présente pas à la surface, mais à la section on en trouve dans la substance corticale. Le mésentère, le péritoine, sont couverts de tubercules, ainsi que la face inférieure du diaphragme au niveau du foie. Les ganglions mésentériques sont transformés en matière tuberculeuse.

OBS. VII. — Le nommé Henri-Louis J..., âgé de 4 ans

et demi, entre à la salle Saint-Louis, n° 10, service de M. Roger. Cet enfant est malade depuis deux mois. Le ventre est très-développé, pâteux et sensible à la palpation. On a la sensation de flot très-nette à la percussion, et le coup le plus léger sur la surface abdominale fait naître des ondulations. A la percussion, sonorité et submatité par place et irrégulièrement distribuées. L'enfant est maigre, il a le teint pâle. Pas de diarrhée ni de vomissements.

Poitrine. Murmure respiratoire normal; de temps en temps on entend quelques râles fins disséminés. Pas de matité.

18 juillet. Le ventre est plus développé; un peu de matité dans la fosse iliaque gauche; pas à droite. Un peu de constipation; urine peu. Œdème du scrotum et des membres inférieurs. Mort le 19 juillet.

Autopsie. Tympanite énorme; ascite considérable; liquide brun clair, sanguinolent. Les ganglions mésentériques et péri-aortiques sont volumineux et caséux. Le péritoine est parsemé de fines granulations.

Poumon. Pneumonie lobulaire; pas de granulations. Les ganglions bronchiques sont caséux.

OBS. VIII. — Nilly, malade depuis trois mois. Perte d'appétit; diarrhée; enflure; n'a jamais eu de fièvre éruptive; teint abdominal.

20 avril. Anasarque généralisée; ascite. Le foie n'est pas gros à la palpation et percussion. Pas d'albumine dans les urines.

Examen de poitrine. Rudesse aux deux sommets. A gauche, le souffle est un peu tubaire. Mort le 25 avril.

Autopsie. Cavité abdominale. Elle contient beaucoup de liquide. Le foie ne présente rien de particulier. Le côlon descendant est collé contre les vertèbres et la fosse iliaque par des adhérences constituées par une fausse membrane couverte de tubercules. Les ganglions du mésentère sont très-gros et caséux.

OBS. IX. — Grangambe (Louis), 5 ans et demi, entré le 7 février 1871. Cet enfant a eu la coqueluche au mois de juillet dernier. Il a souvent la diarrhée. Râles muqueux des deux côtés, gros et nombreux, surtout à droite.

Œdème de la face. Pas d'albumine dans les urines. Ventre ballonné et dur. Les doigts sont normaux, sauf le pouce qui a la forme hippocratique. Meurt le 4 mars.

Autopsie. Tous les organes sont remplis de gros tubercules jaunes, énucléables; à côté d'eux et çà et là se trouve de la granulation semi-transparente. Les ganglions bronchiques sont très-hypertrophiés, et l'on voit à leur centre des amas de matière caséuse dure. Autour de la masse caséuse, il y a du tissu glandulaire contenant des granulations de la grosseur de grains de semoule. Les poumons, surtout à la base, sont remplis de tubercules.

OBS. X. — Viette (Aimable), 3 ans, salle Saint-Louis, n° 5, service de M. Roger. Cet enfant entre dans le service le 20 décembre. Meurt le 26. Il présente du strabisme; le ventre plat. Il est dans un état demi-comateux. Il y avait irrégularité du pouls, 88. Pas de constipation ni de vomissements.

Autopsie. — *Encéphale.* Distension considérable des gros troncs veineux qui sont gorgés de sang noir. Le long des vaisseaux et sur les sillons l'arachnoïde paraît demi-opaque, blanchâtre, et en quelques points, vis-à-vis des sillons profonds, il y a dans l'espace formé entre les deux feuillets de l'arachnoïde et de la pie-mère une masse gélatineuse transparente, jaunâtre, englobant une veine. Cet état trouble de l'arachnoïde existe à la voûte et surtout à la base au niveau des confluent sous-arachnoïdiens, mais malgré une recherche patiente il a été impossible de trouver une granulation de la pie-mère.

Poumons. En quelques rares points, nous trouvons de petits groupes de granulations jaunes bien évidentes sous-pleurales, et en incisant sur un groupe d'une douzaine de ces granulations situées à la surface médiastine du lobe supérieur du poumon gauche, nous trouvons immédiatement contre la plèvre une masse tuberculeuse ramollie de la grosseur d'une noisette et au voisinage de celle-ci quelques granulations jaunes dans le parenchyme. Ganglions bronchiques gros et caséux.

OBS. XI. — Paulet (Emile), 9 ans, entre à la salle Saint-Louis, n° 12, le 8 juin, service de M. Roger. Cet enfant n'a jamais été robuste. Pendant les deux sièges il a habité dans une cave: à cette époque a été pris de diarrhée. Depuis deux jours la diarrhée s'est arrêtée, mais il a des vomissements incessants. Depuis l'âge de trois ans, cet enfant présente une tumeur scrotale. (Son père a été opéré d'une tu-

meur analogue comme siège et est mort après l'opération.) L'enfant est très-maigre, pâle, les yeux caves, les doigts sont en massue, la voix est faible et altérée.

9 juin. Le ventre est gros et un peu empâté, peu sonore, sauf à l'épigastre; constipation, vomissements. P. 108. R. 24. Peau fraîche. La tumeur du testicule est indolore à la pression.

Auscultation et percussion. Moins de son à la base droite en arrière qu'à gauche. A la base gauche, gros râles, sous-crépitations épais, sans murmure vésiculaire. Quelques bulles à l'inspiration sous la clavicule gauche. Le chirurgien de l'hôpital des enfants appelé pour donner son avis sur la tumeur testiculaire pose comme diagnostic : tubercules du testicule.

Le 10. Constipation. Les vomissements s'arrêtent. P. 152. Le ventre n'est pas plus douloureux qu'hier, mais il est plus développé. Peau chaude.

Le 11. A été à la selle; ventre très-ballonné, mais peu sensible, matité à droite, son à l'épigastre et au flanc gauche. P. 128. R. 32. Matité aux deux bases en arrière, râles sous-crépitations gros et fins à gauche. On examine encore la tumeur testiculaire. Le scrotum glisse sur le testicule. Cette tumeur est indolente. Pas de bosselures; consistance pâteuse, mais assez forte, simulant un peu la fluctuation. Pas de rougeur; aucun symptôme inflammatoire. Le testicule est gros comme une petite noix, uniformément ovoïde avec quelques bosselures petites le long du cordon. Pas de liquide dans la tunique vaginale. Au-dessus du testicule on sent un léger sillon qui le sépare d'une deuxième tumeur un peu plus molle, qui a une forme cylindroïde grosse comme le doigt et qui se prolonge en haut jusqu'à l'anneau inguinal interne, Pas de ganglions inguinaux.

Le 13. Constipation; n'a pas vomi. P. 128. La peau est chaude; ne se plaint pas du ventre. La langue est sèche et rouge; sur la ligne médiane on voit une petite ulcération peu profonde et large de 2 à 4 millimètres parsemée de plusieurs petites taches blanchâtres.

Le 14. Constipation; nausées et vomissements verdâtres; pouls petit, peu accéléré, facies moins abdominal, mais immobilité dans le décubitus dorsal.

Le 15. Les vomissements s'arrêtent; diarrhée. Le ventre est moins gros, moins tendu. P. 104. Peau modérément chaude.

Le 15. P. 152. Chaleur vive, sèche; soif. Pas de vomissements, diarrhée. L'amaigrissement fait de grands progrès.

Les veines sous-cutanées du ventre sont très-visibles; le ventre est gros, distendu, très-chaud, mais peu sensible. Peu de coliques. Les ulcérations de la langue ont augmenté d'étendue et de profondeur : elles sont creuses, d'un gris jaunâtre sur fond rouge. P. 100.

Le 19, 22, 23, 24 et 25. Alternativement vomissements et diarrhée.

Le 30. L'amaigrissement fait des progrès rapides.

7 juillet. Depuis huit jours aspect cadavérique; dort sans cesse et ne se réveille que pour demander à boire.

Le 10. Mort.

Autopsie. Péritonite tuberculeuse. Toutes les anses intestinales sont adhérentes entre elles et couvertes de granulations tuberculeuses; il en est de même de l'épiploon.

Poumons. Granulations miliaires abondantes. Près de la base du poumon gauche, grosse masse caséuse.

Tumeur scrotale. La tumeur est formée par l'appendice iléo-cæcal ayant fait hernie dans le canal vagino-péritonéal et distendu par matière fécale; le testicule est atrophié, mais pas de tubercules. Le péritoine du canal vagino-péritonéal seul est épaissi et recouvert de granulations tuberculeuses abondantes.

OBS. XII. — Cressot (Victorine), 3 ans. Entre à la salle Sainte-Geneviève, le 7 décembre, service de M. Roger.

Cette petite fille tousse et a la diarrhée.

Le 12, à neuf heures du soir, elle a une hémoptysie foudroyante et meurt en quelques minutes.

Le 14, *autopsie.* — Tubercules des deux poumons dans toute leur hauteur; noyau de pneumonie; par place pneumonie chronique. En incisant l'arbre bronchique on trouve, dans le poumon gauche, au lobe inférieur, une bronche de troisième ordre, qui contient un caillot sanguin. En poursuivant avec le bronchiotome on arrive jusqu'à la surface diaphragmatique du lobe inférieur; ici l'on trouve, tout contre la face inférieure du lobe inférieur, une petite caverne grosse comme un haricot; cette caverne communique directement avec la bronchiole où vient se terminer le caillot.

Les ganglions bronchiques sont augmentés de volume et caséux.

OBS. XIII. — Gaspard (Marie), 14 ans. Salle Sainte-Geneviève, n° 29, service de M. Roger. Entre le 1^{er} juillet.

Cette fille est malade depuis le premier siège; mais elle est plus souffrante depuis quinze jours et elle est obligée de garder le lit. Elle a de la toux, une forte diarrhée; amaigrissement rapide.

1^{er} juillet. Décubitus dorsal, faciès éprouvé, la face est moins maigre que le corps; grande anhélation. La parole est entrecoupée par la gêne de la respiration; la peau est chaude; pouls fréquent, 132.

Les deux sommets, aussi bien en avant qu'en arrière, donnent de la matité; sous la clavicule droite, bruit de pot fêlé. Dans toute la hauteur du poumon droit, gros râles muqueux; sous la clavicule en avant, gargouillement à grosses bulles. Râles muqueux au sommet, en avant et en arrière, au poumon gauche. Ventre non ballonné, mais rénitent et un peu douloureux à la pression. Le foie est un peu gros.

12 juillet. Dyspnée considérable; mort le 13 juillet.

Autopsie. — Les deux poumons sont véritablement farcis de tubercules à des degrés divers. A gauche, au sommet, caverne, tubercules autour. Tubercules ramollis dans l'étendue du poumon. A droite, le poumon tout entier est hépatisé gris; tubercules crus çà et là. Pas de péritonite tuberculeuse.

OBS. XIV. — Bomans (Louise), 6 ans. Salle Sainte-Genève, n° 18, service de M. Roger. Entrée le 1^{er} mars.

Lorsqu'on apporta cette petite fille, on constata qu'elle avait de la contracture des quatre membres, de la fièvre, les pupilles étaient dilatées; elle est sans connaissance. L'enfant meurt dans la nuit.

Le 3, *autopsie.* — L'arachnoïde est opaque, blanchâtre comme du verre dépoli. Cet état épaissi et vitreux de l'arachnoïde prédomine dans la scissure de Sylvius et au niveau du corps pituitaire. Lorsqu'on enlève un peu de la pie-mère et qu'on la débarrasse avec soin de tout fragment de pulpe cérébrale, on trouve, çà et là, de très-fines granulations grises peu nombreuses. Les circonvolutions cérébrales sont tassées extérieurement; les ventricules contiennent beaucoup de liquide.

Poumons. — Ils contiennent quelques granulations tuberculeuses; le lobe inférieur gauche présente, en arrière, un gros ilot tuberculeux du volume d'une noisette; ganglions

bronchiques gros et caséux. Le péritoine est parsemé d'innombrables granulations tuberculeuses réunies en petites tumeurs arrondies framboisées, situées à la surface des organes (intestins, épiploon, paroi abdominale). Elles sont presque libres tant leur pédicule, sorte de petit mésentère, est fin et allongé. Pas de péritonite.

Foie. — Rares granulations à sa surface.

Rate. — Périsplénite fibroïde à sa surface.

Reins. — Congestionnés.

OBS. XV. — Motte (Léonie-Sophie), 13 ans. Entre à la salle Sainte-Geneviève, n° 8, le 14 mars, service de M. Roger.

Cette fille est pâle et d'une très-grande maigreur; elle est alitée depuis cinquante-cinq jours; elle tousse et a de la diarrhée. (Le père est très-sujet aux bronchites.)

Le 15. Bulles de râles muqueux; souffle peu intense au sommet gauche; voix non altérée; sueurs nocturnes.

Voici le relevé de la température et du pouls :

Le 15, m.	T. 00,0	P. 000	s. T. 40,2	P. 120		
— 16,	38,8	120	40,2	130		
— 17,	38,6	120	40,2	132		
— 18,	37,8	108	40,2	116		
— 19,	39	120	40	120	124	
— 20,	40	132	40,4	136		
— 21,	39,2	128	40,8	124	128	
— 22,	40,2	124	40,4	124		
— 23,	40,2	126	40,4	144		
— 24,	40,2	120	124	40,4	132	La voix s'altère et la malade de- vient sourde
— 25,	40,2	128	40,0	128		
— 26,	40,4	128	40,4	140		
— 27,	40,6	136	40	132		
— 28,	38,8	128	40	128		
— 29,	40,4	120	40	120	124	
— 30,	40	132	40,8	136		
— 31,	40	124	40	140		
— 1 ^{er} avril	39,4	120	39,8	120		
— 2,	39,2	120	39,8	128		
— 3,	37,8		38,2		Le pouls devient insensible	

— 4, 38,2 39,4
 — 5, 38 Morte à quatre heures du soir.

Autopsie. — Les deux poumons présentent, chacun à leur sommet, une grande caverne. A gauche, le lobe supérieur est en partie formé par la caverne. On remarque également, çà et là, de petits amas de tubercules, les uns en voie de ramollissement. Dans certains points nous trouvons de la pneumonie chronique sans granulations ni tubercules. A gauche, les deux lobes du poumons sont réunis par de la pleurésie interlobaire et, à la coupe, on tranche les deux lobes à la fois. Le lobe inférieur est induré et présente des granulations, mais bien moins avancées et de la pneumonie chronique. La pneumonie offre une teinte grisâtre et rougeâtre; à côté, on trouve de petites masses, dont quelques-unes sont caséuses; ces petites masses sont bien des tubercules; elles sont dures et peuvent s'énucléer. A droite, mêmes lésions, mais moins avancées. Les lobes inférieurs des deux poumons sont œdématisés, et l'on note des granulations sous-pleurales. A la coupe des poumons on constate l'ouverture béante des bronches et ramifications bronchiques épaissies, dilatées et qui offrent à l'intérieur des fausses membranes. Rien dans les autres organes.

OBS. XVI.— Robin (Eugénie), 9 ans. Entre à la salle Sainte-Geneviève, n° 25, le 24 février. Service de M. Roger.

Cette fille est malade depuis six semaines. Toux; au sommet droit, souffle, résonnance et gargouillements à la percussion; matité à droite; à gauche rien. Fort œdème de la face; pas d'albumine dans les urines.

3 mars, m.	T.	P.	s. T.	40	P.	128
4	—	38	124	40,2	128	
5	—	38,8	132	40,2	136	Se plaint du côté droit
6	—	39	136	39,2	126	
7	—	38,8	116	39,6	116	
8	—	39,8	128	40,4	132	Côté gauche douloureux
9	—	36,6	104			Morte à 1 heure le jeudi 9 mars.

Autopsie. — Épanchement considérable à droite; épanchement léger à gauche. Les deux sommets présentent deux énormes cavernes déchiquetées et remplies de matière tuberculeuse. Vers le milieu du poumon, à la base, on trouve

des tubercules jaunes et des granulations; mais c'est surtout à la séparation des lobes que l'on trouve surtout des granulations semi-transparentes sous-pleurales. Tous les organes présentent des tubercules jaunes. La rate en est remplie, ainsi que des granulations fines.

Reins. — Pâles, un peu gros et contenant quelques tubercules jaunes.

OBS. XVII. — Rabeau (Marie), 9 ans. Entre à la salle Sainte-Geneviève, n° 38, le 25 février. Service de M. Roger.

Cette fille est malade depuis trois mois, et cependant a les apparences d'une bonne santé, comme physionomie, mais elle tousse depuis longtemps, et amaigrissement du corps. La peau est blanche, les joues colorées. Les doigts ne sont pas hippocratiques, sauf le pouce. Le ventre n'est pas douloureux et ne présente rien de particulier à noter. A l'auscultation, on note des râles sous-crépitants assez fin des deux côtés, en arrière..

Voici le relevé des températures :

	3 mars, m. T.	s. T.	38,4	P. 120	
4 —			38		
5 —	38,4	38,4		116	
6 —	38,4	37,8			
7 —	37,4	41			L'enfant a un érythème que l'on prendrait facilement pour rougeole, mais pas de coryza
8 —	37,2	38,4			L'érythème a disparu
9 —	37,2	39,2			
10 —	38,2	39,6		116	
11 —	38,4	40,2		124	
12 —	38,4	40			
13 —	37,8	39,6			
14 —	37,8	39			
15 —	37,6	40			Se plaint d'une douleur au côté droit; rien de particulier à l'auscultation
16 —	37,8	38,6			
17 —	37,6	39,2			
18 —	39	40,2			

19 —	40	40,4	
20 —	39,2	40,6	
21 —	41	41	
22 —	40,8	41	
23 —	41	40,2	
24 —	41	41	Rougeole.
25 —	41,2	41,2	
26 —	40,4	41,2	
27 —	40	39,2	Meurt dans la nuit.

OBS. XVIII — Chapelle, 5 ans et demi. Salle Saint-Louis, n° 1. Service de M. Roger. Entre le 25 mars.

Cet enfant tousse depuis deux mois, a souvent la diarrhée. La peau est sèche, ichthyosée. Le soir, la figure est animée. Les deux sommets sont peu sonores; râles dans toute la hauteur de la poitrine, des deux côtés.

Voici le relevé du pouls et de la température :

26 mars	P.	m.	38,4	s.	40,6	P.	
27 —			38,6		39,2		128
28 —			37,8		39,2		
29 —			38,6		39,2		120
30 —	100		39		40		140
31 —	140		39,2		40		148
1 ^{er} avr.	120		39,2		40		128
2 —			38,6		39,8		
3 —	128		38,2		39,6		
4 —			38,4		40		
5 —			38,2		39		
6 —					39,4		
7 —			39		39,4		
8 —			38,8		39		132
9 —			38,2				
10 —			39,2		39		
11 —					39,4		
12 —			38,2		33,4		
13 —					39,2		
14 —			38,4		40,2		
15 —			39		40		
16 —			37,6		39,4		
17 —			38,4		39,2		
18 —			38,2		38,8		
19 —			38,6				

20	—	37,2	39	
22	—	39	39	
22	—	38,4	38,6	
23	—	37,4	39,2	
24	—	37,3	39	
25				
26	—	37,4	40,2	L'enfant change énormément, sa figure s'étire, il devient pâle, le moindre effort fait devenir les joues très-rouges et la rougeur est très-irrégulière comme forme
27	—	37	40,4	
38	—	38,4	40,4	
29	—	38,4	40	
30	—	39,4		Mort à quatre heures.

Obs. XIX. — Labat Ernestine, 4 ans et demi, salle Sainte-Geneviève, n° 27, service de M. Roger. Les parents disent que cette fille n'est malade que depuis une dizaine de jours.

9 mars. Toux. Pouls 160, R. 48. Auscultation à gauche, râles muqueux dans toute la hauteur, à droite pas de râles, mais rudesse excessive augmentant de bas en haut, sonorité des deux côtés à la percussion, voix éteinte, ventre gros, diarrhée.

Le 10,	s.	P. 136	T. 39,6	
— 11,	m.	P. 100	T. 37,8	
—	s.	P. 112	T. 39,6	
— 12,	m.	P. 120	T. 38,8	
—	s.	P. 112	T. 39	La joue gauche est très-rouge et plus chaude à la main que celle du côté opposé.
— 13,	m.	P. 120	T. 38,4	
—	s.	P. 120	T. 39,4	
— 14,	m.	P. 116	T. 38,4	
—	s.		T. 40	Pouls très-rapide et petit, joues très-rouges surtout la gauche.
— 15,	m.	P. 112	T. 37,8	
—	s.		T. 40,2	Pouls très-petit.
— 16,	m.	P. 112	T. 38,2	
—	s.	P. 124 128	T. 40	

— 17, m. P. 104	T. 39	
— s. P. 120	T. 39,8	
— 18, m. P. 104	T. 38,4	
— s. P. 104	T. 39,2	
— 19, m. P. 112	T. 38,2	
— s.	T. 40,2	
— 20, m. P. 124	T. 38	
— s.	T. 40,2	Le Pouls est très-rapide, les joues sont très-rouges.
— 21, m. P.	T. 38,4	
— P. 120	T. 39,2	
— 22, m. P. 108	T. 37	
— s.	T. 39,2	
— 23, m. P.	T. 37,4	
— s.	T. 39,6	
— 24, m.	T. 38,2	
— s.	—	
— 25, m.	T. 39,2	
— s.	T. 39,6	
— 26.	Morte à 5 heures du matin.	

Autopsie. Adhérence de la plèvre droite, le poumon droit présente une caverne grosse comme une noix à la partie inférieure du lobe supérieur; tout le reste du lobe est hépatisé (hépatisation grise), mais ça et là on trouve quelques granulations miliaires jaunâtres; les ganglions bronchiques du côté droit sont très-hypertrophiés et caséux, à gauche les ganglions sont sains, le lobe supérieur du poumon gauche est rempli de tubercules isolés ou réunis; le tissu est hépatisé (hépatisation rouge); le diaphragme est couvert de tubercules, le foie en contient également beaucoup, la rate ne présente que de la perisplénite, les reins n'ont pas de tubercules.

OBS. XX. — Delaguette, 11 ans, salle Sainte-Geneviève, n° 26. Cette fille avait été envoyée à Brek comme scrofuleuse, elle avait des glandes au cou; elle se plaignait alors aussi du ventre qui était très-douloureux, mais elle n'avait pas de diarrhée à cette époque.

Auscultation. En arrière aux deux sommets, il y a rudesse de la respiration, surtout à l'inspiration; au sommet gauche la rudesse est plus grande encore, en avant et à gauche, il y

a de la matité. Le ventre est douloureux à la pression; voici le relevé des pouls et de la température.

	3 Mars.	s.	P. 120	T. 39,4	
Le	4	—	m. P. 120	T. 39	
—	—	—	s. P. 134	T. 40	
—	5	—	m. P. 128	T. 38,4	
—	—	—	s. P. 104	T. 39	R. 32 Vomissements muqueux et filants
—	6	—	m. P. 136	T. 39	R. 60
—	—	—	s. P. 120	T. 38,6	
—	7	—	m. P. 102	T. 37	
—	—	—	s. P. 114	T. 38,4	
—	8	—	m. P. 108	T. 37,4	
—	—	—	s. P. 108	T. 38,4	
—	9	—	m. P. 108	T. 37,4	
—	—	—	s. P. 92	T. 38	
—	10	—	m. P. 104	T. 38	
—	—	—	s. P. 104	T. 39,2	
—	11	—	m. P. 108	T. 37,6	
—	—	—	s. P. 108	T. 38,8	
—	12	—	m. P. 108	T. 37,6	
—	—	—	s. P. 120	T. 39,2	

Enfin jusqu'au 22 mars, la température varie entre 37 et 38 et quelquefois 39.

12 juin. L'amaigrissement est grand, le foie est gros, le ventre tendu, les veines sont apparentes, diarrhée, dix selles par jour, vomissements fréquents, sueurs nocturnes (tête), œdème des membres inférieurs.

Le 19. Le ventre est tendu, mais peu volumineux, il y a impossibilité de pratiquer le palper, tellement il est douloureux; pas d'épanchement péritonéal, submatité irrégulièrement répartie, diarrhée continue avec coliques vives; œdème douloureux des membres inférieurs; meurt le 11 juillet à 8 heures du soir.

Autopsie. — Pas de péritonite tuberculeuse, mais énormes ganglions mésentériques, abcès volumineux de la fosse iliaque, le pus a mis à nu les vaisseaux et les nerfs de la région; le cæcum est entouré de ganglions dégénérés, il est ulcéré et communique avec l'abcès; le feuillet péritonéal est épaissi, forme une barrière au devant de l'abcès et a empêché la communication de ce dernier avec la cavité péritonéale.

les anses intestinales voisines sont un peu enflammées; on trouve quelques tubercules dans les poumons.

OBS. XXI. — Chabridon, 2 ans, salle Sainte-Geneviève, n° 18, service de M. Roger; toux depuis quelque temps, a eu rougeole.

4 mars. Dyspnée considérable. R. 70 P. 160, râles sous-crépitants aux deux temps de la respiration, gros et fins des deux côtés; respiration soufflante à la base droite.

Le 11. Peau brûlante. Meurt le 25.

Autopsie le 26 mars. — On remarque sur la face supérieure et inférieure du foie un semis de granulations de grosseur très-variable, les plus grosses sont jaunes, les plus fines transparentes, il y en a dans le parenchyme; quelques ganglions mésentériques sont tuberculeux, granulations très-fines sur le péritoine, la rate en est farcie.

Reins. — Quelques granulations.

Poumons. — A la surface des deux poumons semés de granulations fines et transparentes; le lobe inférieur est infiltré de granulations, les bronches sont dilatées; le lobe supérieur droit présente vers sa partie inférieure une caverne de la grosseur d'une petite noix; cette caverne semble faire partie du lobe moyen, mais il y a adhérence complète entre les deux lobes; ganglions bronchiques énormes et caséeux.

OBS. XXII. — Petit (Marie), 14 ans, salle Sainte-Geneviève n° 17, service de M. Roger. Dans cette observation, il s'agit d'une fille de 14 ans qui avait de la péritonite chronique avec ascite; on n'avait pas constaté d'albumine dans les urines; le diagnostic fut confirmé par l'autopsie et l'on trouva des tubercules pulmonaires.

OBS. XXIII. — Rosseur (Françoise), 9 ans, entre à la salle Sainte-Geneviève, n° 26, le 18 juillet 1871, service de M. Roger. Les parents racontent que depuis 7 à 8 semaines environ, l'enfant était triste, maussade, qu'il se plaignait de maux de tête; la figure était devenue pâle; depuis 9 jours, ajoutent-ils, l'enfant est plus malade, le mal de tête est plus violent, il y a une constipation opiniâtre et des vomissements.

18 juillet à la consultation, P. 64

— soir

P. 68 T. 38,1 R. 32

La figure exprime une grande souffrance, l'enfant est couché sur le côté, immobile, il pousse des plaintes et des soupirs; céphalalgie vive; il répond aux questions mais lentement; rien à l'auscultation de la poitrine; le ventre est rétracté, langue blanche très-chargée, vomissements ce matin.

19 juillet. m. P. 52 T. 37,8 R. 28

Somnolence; répond encore aux questions, ventre en bateau.

— — s. P. 60 T. 38 R. 28 32

Le 20 — m. P. 52 T. 37,8 R. 20

l'enfant a été agité pendant la nuit, ce matin coma complet, résolution et insensibilité, un peu de contracture des genoux.

— — s. P. 64 T. 38,5 R. 16

rien à l'ophtalmoscope.

Le 21 — m. P. 64 T. 37,8 R. 28

— — s. P. 64 T. 38,4

— 22 — m. P. 64 T. 37,2 R. 24

— — s. P. 88 T. 37,8 R. 24

grincement de dents.

Le 23 — m.

— — s. P. 112 T. 38,2 R. 32

somnolence, l'enfant a de la diarrhée.

Le 24 — m. P. 108 T. 37,6 R. 32

rougeurs subites de la face.

— — s. P. 92 T. 37,2 R. 28

— 25 — m. P. 124 T. 37,2 R. 32

— — s. P. 120 T. 37 R. 24

— 26 — m. P. 152 T. 37 R. 30

— — s. P. 144 T. 38 R. 44

— 27 — m. P. 164 T. 37,9 R. 44

Mort le 27 après-midi, sans convulsions.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, grande quantité de liquide, injection des méninges, granulations tuberculeuses, liquide ventriculaire, etc., enfin tous les signes d'une méningite; on ne trouve pas de granulations dans les autres organes.

OBS. XXIV. — *Tubercule de la protubérance, épanchement dans le quatrième ventricule.*

Au moment de son entrée, dans la journée du lundi 12 juin, l'enfant était dans un coma complet. Cet état datait de

deux jours. Depuis huit jours il avait la fièvre, était malade, et avait eu à plusieurs reprises des convulsions.

Le 13. Couché sur le dos, les yeux à demi-fermés, la paupière plus tombante du côté droit que du côté gauche. Pas d'écume à la bouche; pas de déviation de la bouche. On n'a pas noté de vomissements. Constipation, ventre méningitique, rétracté en bateau, mais avec encore un peu de souplesse dans les parois. Ne se plaint pas, ne pousse aucun cri; est dans un état de torpeur absolu. De temps en temps, les quatre membres sont agités de petites secousses convulsives, passagères, puis retombent en résolution. Il n'y a pas de contraction permanente.

La sensibilité est conservée. Quand on pince le malade, ses traits se contractent, sa figure exprime la souffrance, et il retire ses quatre membres. Il semble même parfois que le pincement provoque quelques petites convulsions. Les mouvements persistent dans les quatre membres.

Le 14. Même état de torpeur. Pouls petit, régulier, rapide. Face un peu rouge, surtout au niveau des pommettes. La paupière supérieure droite est aujourd'hui relevée; le malade la remue comme l'autre.

Le clignement est conservé, mais ne s'exerce que quand on provoque la sensibilité du malade, en le touchant ou en le pinçant dans les régions voisines de l'œil.

Les objets lumineux ne font sur lui aucune impression quand on approche une lumière, l'œil reste immobile; les pupilles, également dilatées, ne se contractent pas. De sorte qu'il paraît y avoir, en même temps, abolition de la sensibilité spéciale, et conservation de la sensibilité générale dans l'organe de la vision. Quand on asseoit le malade sur son séant, il se produit des changements notables. La tête est inclinée en arrière et doit être soutenue; mais, quand on la porte en avant, il se produit comme un réveil de l'intelligence. Les paupières, habituellement baissées, se relèvent toutes deux également. L'enfant paraît entendre qu'on parle autour de lui, tourne la tête, et sans doute par habitude met ses yeux en mouvement. Quand, après cela, on lui fait reprendre la position horizontale, il n'a plus sentiment de ce qui se passe autour de lui.

Le 15. Les convulsions continuent, mais n'affectent jamais un côté plutôt que l'autre. La prostration est plus profonde.

Sueur moite sur tout le corps. Mort le 16, à trois heures du matin.

Une méningite de la base, s'étendant entre la saillie des lobes sphéroïdaux latéralement, le chiasma et les pédoncules d'avant en arrière du liquide dans les ventricules cérébraux, mais en quantité moyenne, et sans que les parois aient diminué de consistance.

Le quatrième ventricule est rempli de sérosité : sa paroi postérieure est bombée ; sa cavité est très-manifestement augmentée. Sur son plancher, un tubercule enclavé par sa base dans l'épaisseur de la protubérance, fait une saillie de trois millimètres environ.

Pas d'autre lésion cérébrale. Quelques ganglions bronchiques et mésentériques tuberculeux ; des granulations dans les deux poumons.

OBS. XXV. — *Un tubercule de la protubérance. Sans symptômes.*

Bassinot (Pierre), 3 ans. Entré, salle Saint-Benjamin, hôpital Sainte-Eugénie, le 14 février 1870. Pas de renseignements sur ses antécédents. L'enfant présente tous les signes d'une tuberculisation abdominale. Diarrhée, grande maigreur, tuméfaction du ventre, état cachectique et œdème des membres inférieurs. Il est pris de diphthérie et meurt dans le service le 21 février.

Pas de tubercules dans les poumons, ni dans les ganglions bronchiques. L'intestin est parsemé, sur sa surface extérieure, de fines granulations. Sa surface muqueuse présente sept ou huit ulcérations assez étendues et profondes.

Les ganglions mésentériques forment autour de la colonne vertébrale une grosse masse tuberculeuse.

L'encéphale est baigné par une sérosité abondante, d'aspect opalin. On ne trouve pas de liquide dans les ventricules. On ne trouve pas trace de méningite, ni de tubercules superficiels. Le cerveau et le cervelet sont sains de tous points. On rencontre dans la moitié gauche et à la partie supérieure de la protubérance un tubercule jaune, cru, du volume d'une noisette. Un caillot sanguin dans le sinus longitudinal supérieur.

OBL. XXVI.—Caron (Léon), 3 ans, salle Saint-Louis, n° 32,

service de M. Roger, entre le 2 novembre 1871. Cet enfant, qui est maigre et chétif, est malade depuis deux mois. Le pouls est à 112, mais pas de chaleur. Le ventre est souple et point douloureux. La respiration est rude des deux côtés et dans toute la hauteur des deux poumons. Quelques râles à droite.

Le 5. Convulsions presque continuelles. La tête est renversée en arrière, et il y a sans cesse des mouvements de latéralité. Les pupilles sont égales. Les mouvements convulsifs des membres sont beaucoup plus marqués à gauche. Les doigts de la main se serrent convulsivement. Secousses brèves interrompues par moment par un tremblement. L'enfant meurt le 7 novembre, sans changement dans son état.

Autopsie le 9 novembre.

Cerveau. — Méningite tuberculeuse; granulations grises disséminées; grosse masse tuberculeuse du volume d'une petite noix à la face externe de l'hémisphère gauche au niveau du sillon de Rolando et entourée de substance cérébrale ramollie. Elle reste suspendue à la méninge lorsqu'on la détache du tissu cérébral. Rien à la moelle ni aux méninges spinales.

Poumon. — Granulations grises disséminées dans les deux poumons; adhérence entre le poumon droit et la plèvre; les bases sont hépatisées. Rien dans l'abdomen.

OBS. XXVII. — Desmaret (Jules), entre à la salle Saint-Louis, n° 5, le 29 octobre 1871, service de M. Roger. Cet enfant était déjà venu pour une bronchite, le 21 septembre, et sorti le 2 octobre. Il rentre aujourd'hui, 29. Les accidents que l'on remarque aujourd'hui se sont développés lentement depuis sa sortie.

Le 31. Il n'a pas de fièvre, il ne tousse pas, mais il y a perte de l'appétit, et enfin il ne peut plus marcher. La jambe gauche est la plus faible. Hier il l'avancait encore en marchant, aujourd'hui il la traîne après lui. Il se tient debout sur la jambe droite quand on l'empêche de tomber. La main gauche est raide, maladroite et agitée d'un tremblement quand il veut s'en servir.

1^{er} novembre. Il y a prostration, il ne se plaint ni ne bouge quand on le pince, soit à droite, soit à gauche, au bras ou à la jambe.

Le 2. Diarrhée et vomissements, somnolence, machonne-Grangé.

ment, respiration suspicieuse, strabisme à peine perceptible; pouls ni lent ni rapide, régulier. Rougeur fugace de la peau pendant que nous l'examinons. Contracture des deux extrémités inférieures qui restent dans la flexion et résistent à l'extension, surtout à droite.

Le 3. Déviation de la tête à droite, ainsi que des yeux; ceux-ci se logent vers l'angle externe. Hémiplégie, vomissements.

Le 5. Sa mère l'emporte mourant.

OBS. XXVIII. — *Méningite tuberculeuse. Mal de Pott.*

Sellier (Félix), 6 ans, entre à la salle Saint-Louis, service de Roger, le 30 décembre. Cet enfant présente en arrière une saillie anguleuse de la troisième apophyse épineuse dorsale, mal de Pott. La mère raconte qu'il a été pris de vomissements et de convulsions depuis trois jours, et elle a remarqué que le visage de son enfant présentait des rougeurs subites alternant avec de la pâleur. Constipation.

Le 31. Pouls 108, assez régulier. Grincements de dents, rougeurs subites et pâleur subite alternatives de la face. Constipation

1^{er} janvier. Pouls 200, presque incomptable. T. 39,5; état demi-comateux; pas de vomissements, pas de cris. A été à la selle. Raideur des membres supérieurs et inférieurs, mais pas de convulsions. On ne note rien à l'auscultation de la poitrine.

Le 3. Mort à sept heures du matin.

Le 3. *Autopsie.*—Vive injection veineuse de la pie-mère, les veines sont distendues par du sang noir. — Arachnoïde louché, présente l'aspect du verre dépoli le long des vaisseaux et au niveau des scissures et des confluent sous-arachnoïdiens. — Pie-mère parsemée de granulations jaunâtres, opaques, volumineuses, confluentes et isolées, très-nombreuses, existant surtout à la convexité de l'encéphale.

Cerveau. — Ne présente rien de particulier, si ce n'est une grande quantité de liquide qui distend les cavités ventriculaires.

Poumon. — Nombreuses granulations tuberculeuses implantées sur un parenchyme nullement enflammé. Rien à noter dans les autres viscères.

Rachis. Les 5^e, 6^e, 7^e et 8^e vertèbres dorsales sont en partie détruites. Au devant de la colonne vertébrale existe une série de poches superposées formées d'une forte membrane fibreuse (périoste et ligaments prévertébraux) distendue par une matière caséuse demi-liquide et granuleuse. La 6^e vertèbre dorsale a complètement perdu son corps.

OBL. XXIX.—Ledoux (Henri), 7 ans, entre à la salle Saint-Louis, n^o 18, le 28 novembre 1871, service de M. Roger. Au dire des parents, cet enfant n'est malade que depuis quatre jours. La respiration est haute et inégale; le nombre des mouvements respiratoires est de 41. La chaleur est modérée, 38.

Le 29. Pouls 28, irrégulier. L'enfant est plongé dans un sommeil comateux. Décubitus sur le côté gauche; ne crie pas; pas de plaintes non plus quand on le remue. Il y a raideur du cou; le ventre est plat.

Poitrine. — Le sommet droit, en arrière, est moins sonore à la percussion, mais pas de râles. En avant, vers les clavicules, rien de particulier. Pupilles moyennes, immobiles; ne cligne pas les yeux quand on approche même très-près le doigt ou un objet brillant. L'enfant ne paraît pas entendre non plus. Les yeux sont fixes, le front est plissé, l'expression de la face est farouche. Il y a du strabisme, mais d'une manière intermittente; il y a dysphagie, les liquides ne peuvent passer. Rien à l'ophtalmoscope.

Le 30. Toute la nuit, l'enfant a poussé des cris qui expriment la souffrance. Rougeurs de la face alternant avec pâleur; pas de vomissements; constipation. P. 88 à 100 très-irrégulier. T. 37,3.

5 décembre. Mort à sept heures du matin.

Le 6. *Autopsie.* — *Encéphale.* — Adhérence entre la dure-mère et la pie-mère assez facile à détacher. L'encéphale mis à nu par l'ablation de la dure-mère, on voit que les circonvolutions sont aplaties et tassées; les veines sont distendues par du sang noirâtre. Partout, à la base et à la convexité, la pie-mère présente des granulations jaunes pour la plupart; quelques-unes sont encore grises et situées le long des vaisseaux principalement; quelques-unes isolées à la face profonde de la pie-mère, où elles font une saillie hémisphérique. En plusieurs points, principalement à côté de gros troncs veineux dans les sillons, on trouve des espèces de blocs de matière caséuse englobant les vaisseaux. La pie-mère, à la

base, et l'arachnoïde, sont épaissies, blanchâtres et opaques, surtout autour des tuber cinereum et du chiasma. Les ventricules contiennent une grande quantité de sérosité transparente. Pas trace de tubercules dans la substance nerveuse.

Rétine. — Pas de granulations, mais congestion des vaisseaux et de la papille.

Poumons. — Farcis de granulations jaunes, parsemées dans toute l'étendue du parenchyme.

Ganglions bronchiques. — Caséeux et volumineux.

Foie. — Adhérence entre le diaphragme et la face supérieure du foie. Granulations grises peu nombreuses aux surfaces. Rien dans les intestins.

OBS. XXX. — *Méningite tuberculeuse.*

Rousseau Julien, salle Saint-Louis, n° 6, service de M. Roger.

15 septembre. Cet enfant a eu la rougeole et la coqueluche il y a six mois. Il n'a ni vomissements, ni diarrhée, mais, depuis deux jours, perte d'appétit complète, grand accablement, alité.

Le 16. Pouls irrégulier 104; pas de chaleur; grande maigreur; pas de vomissements. On remarque une desquamation aux pieds, probablement l'enfant a-t-il eu chez ses parents une scarlatine méconnue. A l'auscultation, on perçoit de temps en temps quelques bulles de râles disséminés. A droite, légère diminution du son.

Le 18. Pouls irrégulier 88 à 96.

Le 19. Très-irrégulier 80 à 112. Injection des conjonctives oculaires. Yeux demi-clos, tournés fortement en haut. Oscillations des pupilles non en rapport avec l'arrivée de la lumière. Peau fraîche.

Le 20. Oscillations pupillaires; pouls un peu plus accéléré; amaigrissement rapide; haleine fétide.

Le 21. Pouls très-petit et très-rapide.

Le 22. Mort à une heure du matin.

Autopsie le 23 septembre à dix heures du matin.

Encéphale. — Méninges très-injectées, les veines se dessinent sous forme de cordons noirs, l'injection est surtout marquée à la voûte plutôt qu'à la base.

Arachnoïde. — A partout perdu sa transparence, surtout au

niveau des espaces sous-arachnoïdiens. En certains points, l'arachnoïde est épaissie et adhérente à la pie-mère.

Pie-mère. — Très-congestionnée à la voûte; nombreuses granulations grises (de la grosseur d'une tête d'épingle) disséminées le long des vaisseaux.

Cerveau. — Assez dur extérieurement; à la coupe, la substance grise tranche très-nettement sur la blanche, tant elle est d'une teinte foncée, presque brune. Piqueté rouge de la substance blanche, les parties centrales sont molles. Les cavités ventriculaires contiennent une sérosité sanguinolente.

Poumons. — Plèvres adhérentes par néomembranes anciennes; ces néomembranes sont remplies de granulations grises. A gauche, les adhérences sont moindres. Nombreux abcès disséminés, gros comme lentille, d'autres comme noisette, remplis d'un liquide puriforme; plusieurs communiquent avec les bronches.

Foie. — Parsemé de petites masses caséeuses.

Rate. — Idem. Pas de traces d'inflammation autour.

Reins. — Ils ne présentent rien de particulier.

OBS. XXXI. — Le nommé Bonin (Louis), âgé de 13 ans, est entré à l'hôpital des Enfants-Malades, le 25 mars 1871, à la salle Saint-Jean, n° 14.

On raconte que cet enfant, d'une bonne santé habituelle, a été pris d'une paralysie rapide du bras droit il y a trois semaines. On n'a point remarqué de paralysie faciale, l'enfant ne pouvait se servir de son membre, qu'il laissait retomber comme inerte sur les parties latérales du tronc, mais il pouvait marcher et même courir. Toutefois, malgré cette santé apparente, trois semaines environ avant cet accident, il commençait à tousser, mais il mangeait bien, les fonctions digestives étaient normales, il ne maigrissait pas, n'avait pas de céphalalgie, dormait bien. Pas d'antécédents tuberculeux, il tousse un peu. Depuis ce moment, jusqu'au 7 avril, il présente à peu près le même état; toutefois, à l'auscultation, on constate quelques râles sous-crépitants, surtout à gauche et en arrière. La paralysie du bras est à peu près complète et la langue est déviée du côté opposé à la paralysie.

7 avril matin. P. 96: T. 38,5. A l'auscultation on entend des râles sous-crépitants nombreux, surtout à la base du côté gauche en arrière, à peine une légère diminution du son à ce niveau. Quelques râles disséminés dans le reste de la poitrine,

sans souffle appréciable, la paralysie du mouvement du bras droit est presque complète, à peine si l'enfant peut exécuter quelques mouvements; il a encore la sensation de contact, mais la sensation de la douleur est beaucoup diminuée; la sensation à la chaleur et au froid est à peu près conservée. La motilité et la sensibilité du membre inférieur du même côté sont conservées. Rien du côté opposé. La langue est fortement déviée à gauche, il en est de même du voile du palais; il existe en même temps une légère paralysie faciale à droite. L'enfant conserve toute son intelligence, toutefois il éprouve une légère difficulté pour la prononciation, mais cette gêne est toute mécanique et tient à la paralysie linguale.

Le 7, soir. P. 116, T. 39,3.

8 avril matin. P. 106, T. 38,4, R. 28. Mêmes signes à l'auscultation, même état général. Soir. P. 122, T. 39,4, R. 30. L'enfant est un peu agité, il est somnolent.

Le 9, matin. P. 108, T. 38,7. R. 32. L'enfant a déliré pendant la nuit, il a eu une attaque convulsive avec contracture généralisée, il veut se lever à chaque instant et croit être menacé d'obus prussiens. A l'auscultation, les râles deviennent plus abondants, les râles sous-crépitants sont plus nombreux, on en rencontre même en arrière, du côté droit, à fines bulles. Le soir. P. 130, T. 39,6, R. 34. L'enfant a eu encore un léger délire dans l'après-midi, ce soir il est somnolent.

Le 10, matin. P. 132, T. 39, R. 30. La nuit a encore été agitée, l'amaigrissement devient très-net, l'enfant ne prend que des bouillons; les réponses aux questions qu'on lui adresse, qui étaient nettes les jours précédents, deviennent incohérentes, on est obligé de le secouer pour le tirer de son état demi-comateux, il a encore eu une attaque pendant la nuit. Le soir. P. 136, T. 40,2, R. 34. Même état de stupeur, la langue devient sèche, ainsi que les lèvres; même état thoracique.

Le 11, matin. P. 128, T. 39,5, R. 40. La gêne de la respiration s'accuse de plus en plus et les râles sont à peu près les mêmes, bien qu'ils soient plus nombreux, surtout à gauche. Le soir. P. 40, T. 40,5, R. 46. Teinte cyanotique. Légère bouffissure de la face. L'enfant ne répond presque plus aux questions qu'on lui adresse, il est continuellement somnolent.

Le 12, matin. P. 130, T. 39,1, R. 44. Même état général,

sorte d'état typhoïde avec coma. Le soir. P. 142, T. 40,3, R. 48. L'enfant délire.

Le 13, matin. P. 144, R. 54, T. 40. Les râles sous-crépitants deviennent très-abondants des deux côtés et, en plusieurs points, on perçoit des râles muqueux à bulles moyennes. Le soir, P. 148, T. 40,4, R. 60. A peine si l'enfant a reconnu son père, la respiration est bruyante, le délire est agité.

Le 14, matin. P. 138, T. 39,8, R. 54. L'enfant asphyxie; mêmes signes stéthoscopiques. Le soir. P. 150, T. 40,6, R. 18. Même état.

Le 15, matin. p. 136, R. 56, T. 39,6. La perte de connaissance est à peu près absolue, la gêne respiratoire est extrême, il n'y a pas eu de convulsions. Le soir. P. 152, R. 60, T. 40,5.

Le 16, matin. P. 40, R. 56, T. 39,5. Pâleur de la face avec teinte bleuâtre des lèvres, quelques râles trachéaux; l'enfant succombe dans la matinée.

Autopsie. — Thorax. — Quelques points de pleurésie récente sur la plèvre viscérale; à la coupe, les deux poumons sont congestionnés, et çà et là on distingue nettement des noyaux de pneumonie lobulaire du volume d'une noisette, ils sont superficiels ou profonds, ils ont une teinte rougeâtre et sont en voie d'altération graisseuse, ils sont composés de petits éléments cellulaires de 7 à 9 millièmes de millimètre de diamètre, avec quelques cellules épithéliales et des granulations protéiques et graisseuses. Ailleurs on voit des granulations miliaires grisâtres, surtout vers les lobes inférieurs; vers les parties supérieures, les granulations sont jaunâtres, plus volumineuses et, en certains endroits, on trouve de petites excavations, dont les plus grosses n'égalent pas le volume d'une petite noisette; elles sont d'origine tuberculeuse, leur cavité contient un liquide puriforme et, sur leur paroi, on voit encore des tubercules jaunes, elles siègent surtout vers la partie moyenne et le sommet du poumon; dans les ramifications bronchiques on fait sourdre du muco-pus. Quelques ganglions bronchiques sont assez volumineux, mais non caséux.

Quelques granulations sur le péricarde; les cavités cardiaques contiennent des caillots jus de groseille.

Abdomen. — Granulations tuberculeuses dans le foie, tubercules jaunes dans la rate, quelques granulations tuberculeuses sur le péritoine, avec un léger exsudat à leur niveau.

Les reins sont sains, un peu congestionnés.

Cerveau. — A la surface convexe, on remarque des trainées jaunâtres où l'on distingue des granulations tuberculeuses blanchâtres; ces lésions d'ailleurs sont assez minimes; à la base, à peine existe-t-il un léger exsudat vers les pédoncules cérébraux et cérébelleux. A la coupe du lobe droit, on trouve plusieurs petites masses jaunâtres tuberculeuses, entourées de granulations, qui s'avancent dans la couche corticale; à ce niveau on voit une zone congestive et, au microscope, on trouve de petits corps granulo-graisseux au milieu d'une substance à granulations grasses isolées; les capillaires sont gorgés de sang et quelques-uns entourés de granulations grasses par petits amas.

A la coupe du lobe gauche, on découvre au niveau du pédoncule cérébral de ce côté, s'étendant jusqu'au pédoncule cérébelleux, une sorte de foyer jaunâtre par place, hémorrhagique en d'autres points, à la périphérie duquel on remarque de la matière tuberculeuse jaunâtre avec quelques granulations.

Une assez grande quantité de liquide séreux existe dans les ventricules latéraux.

OBS. XXXII. — *Méningite prise pour une fièvre typhoïde.*

Alfred Pascal, 12 ans, entré le 28 mars 1870. Peu de renseignements sur l'état de l'enfant malade depuis quinze jours, alité depuis une semaine; agitation extrême depuis deux jours. Délire violent pendant la nuit, qui nécessite la camisole de force. Pouls régulier, 76. Temp. rectale, 38,8; coma. Respiration lente; pupilles immobiles. L'enfant ne montre aucun signe de sensibilité, soit de la vue, soit de l'ouïe. Gargouillement dans la fosse iliaque droite; décubitus dorsal. Les mains sont ramenées sur le ventre et agitées de mouvements convulsifs. Soubresauts des tendons très-marqués et fréquents, les muscles de l'œil sont aussi le siège de mouvements convulsifs.

29 mars. Pouls 68, temp. 38,2. Carphologie très-prononcée. Pâleur très-marquée du visage. Même état des pupilles et de la vue. Les troubles de l'ouïe sont moins intenses que la veille. L'enfant répond un peu aux questions qu'on lui adresse. Délire bruyant cette nuit; céphalalgie vive, ventre douloureux; décubitus latéral; délire tranquille dans la journée.

On diagnostique une fièvre typhoïde à forme ataxique. Dans la soirée, la mère de cet enfant nous apprend que lors du début existaient des vomissements qui ont duré trois jours avec céphalalgie intense. Pouls 80, temp. 38,6. La tache méningitique ne disparut qu'au bout de onze minutes. Abolition de la sensibilité cutanée; troubles manifestes de la vue; l'audition paraît normale. Les extrémités sont bleuâtres, cyanosées et froides. Vers sept heures du soir, la peau est brûlante, l'agitation plus vive.

Le 30. Temp. 37,2. Le délire continue. Temp. du soir, 37,2. La cyanose a cessé; le visage est rouge; sommeil tranquille, intelligence plus nette; céphalalgie intense. La déglutition est gênée et difficile. Mouvements convulsifs des bras et du tronc. L'agitation a duré toute la matinée. Grincements des dents et un peu de trismus. Depuis midi l'enfant est plus calme.

Le 31. Pouls faible, mou et régulier, 76, temp. 37,2. Dysphagie plus intenses; sueurs nocturnes abondantes. Résolution complète et coma; constipation. Respiration, 36, irrégulière, inspirations courtes et petites. Dans la soirée, plaintes continuelles, décubitus dorsal, résolution complète dans la journée; le soir, un peu de lucidité pendant laquelle l'enfant répond par signes aux questions qu'on lui adresse. L'œil est fixe, les paupières entr'ouvertes, peau chaude. Temp. du soir, 38,2. Pouls 160. Resp. 48. Sueurs abondantes. Mort le 1^{er} avril à 5 heures du matin.

Autopsie, dix heures après la mort.

Cerveau. — Injection très-vive des méninges tant à la base qu'à la convexité des hémisphères, lacis très-serré des vaisseaux veineux qui sont gorgés de sang. A la base du cervelet, du bulbe, de la protubérance, dans les scissures de Sylvius et leurs bifurcations, les méninges ont une coloration blanc grisâtre; dans les dernières régions de l'encéphale, les méninges ont une couleur jaunâtre. Dans les mailles de la pie-mère et aux environs des gros vaisseaux, on rencontre une assez grande quantité de pus. La pie-mère est très-épaisse, résiste à la déchirure et se sépare assez facilement des circonvolutions. Adhérences très-manifestes de cette membrane séreuse dans les anfractuosités, surtout à la base. Pas d'altération de la pulpe cérébrale qui, loin d'être ramollie, présente au contraire une consistance normale; à la coupe, la substance grise des circonvolutions offre une teinte rouge

foncée, on y rencontre des points rouges, pointillés, qui se retrouvent aussi dans la substance blanche. Rien à noter vers l'origine des nerfs crâniens. Les ventricules latéraux renferment 15 à 20 grammes de sérosité sanguinolente.

Obs. XXXIII. — Le nommé Bouillé, entre à la salle Saint-Louis le 9 mai, service de M. Roger. Maigreur très-grande. Facies de vieillard. Il y a deux mois a eu la rougeole. Depuis cette époque, il est malade et a un écoulement d'oreille. Diarrhée et constipation alternative. Il a un air intelligent, mais très-souffrant. N'a pas vomi pendant son séjour à l'hôpital. Mort le 18 mai à cinq heures du soir.

Autopsie le 20 mai à neuf heures et demie du matin.

Aspect du corps. — Maigreur très-grande : jambes arquées, cuisses courtes ; rachitisme thoracique.

Poumon droit. Au sommet, quelques fausses membranes rougeâtres, parsemées de granulations. Si l'on fait une coupe du poumon au niveau de ce sommet, on voit dans le parenchyme du poumon quelques rares granulations. Le tissu est congestionné.

Poumon gauche. — Adhérent complètement à la paroi par fausses membranes blanches très-fines et très-molles. A la base diaphragmatique, on trouve une petite caverne de la grosseur d'un très-gros pois : elle est anfractueuse et une partie contient de la matière caséuse ; autour pneumonie. Au sommet, quelques granulations rares et un tissu hépatisé rouge. Le lobe inférieur est hépatisé, rouge et gris lobulairement. Dans le tissu de ce lobe inférieur, on trouve quelques fines granulations grises. Ganglions bronchiques gros, congestionnés et offrant des granulations à la coupe, ainsi que des granulations plus volumineuses et jaunes.

Cœur et péricarde. — Rien.

Intestin. — Pas de perforation, mais dans plusieurs points de l'intestin grêle, on remarque des granulations sous-péritonéales réunies en cercle. A la surface interne correspondante de l'intestin, nous trouvons de larges ulcérations dont les bords sont boursoufflés et entourés de granulations. Ganglions mésentériques très-gros et caséux.

Foie. — Rien.

Rate. — Granulations fines.

Reins pâles, anémiés, mais de grosseur normale.

Cerveau. — Hémisphère droit, à la partie antérieure et su-

périeure du lobe antérieur, on aperçoit 4 ou 5 petites granulations le long des vaisseaux; pas de congestion cérébrale, ni de fausses membranes à la surface. Les parties centrales sont très-molles, les ventricules agrandis par sérosité. Pas de fausses membranes à la base ni au niveau du chiasma. Pas de granulations visibles dans les scissures de Sylvius.

Cervelet. — Au côté droit, nous trouvons à la base un tubercule gros comme une forte amande, jaune-verdâtre; autour le tissu est ramolli. Ce tubercule était adhérent à la dure-mère.

Rochers sains. — Caillots sanguins dans les sinus.

Obs. XXXIV — *Tubercule du cervelet.*

Lorcot (Ernest), 7 ans, salle Saint-Louis, n° 23, service de M. Roger, 23 février. Depuis dix mois, cet enfant a du strabisme et des convulsions éclamptiques. Ses parents ajoutent que depuis quelques mois il avait de la peine à se baisser pour ramasser un objet à terre.

2 mars. L'enfant est pris d'une de ses crises: la tête est fortement renversée en arrière et fait un angle droit avec le corps; vomissements et céphalalgie pendant la crise; apyrexie.

Le 12. Nouvelle crise. Ce sont des convulsions toniques avec perte de connaissance; l'enfant est pâle. Pas de maigreur; pupilles normales. Cet enfant est très-intelligent, mais il n'a pas de mémoire.

Le 13. Le petit malade va mieux; il se lève.

Le 14. Id. Pas de vomissements ni de céphalalgie. Vers deux heures, il est repris de convulsions.

Le 15. Ce matin vers six heures et demie, se disait mieux, et dix minutes après on le trouvait mort dans son lit. Il a eu à l'hôpital cinq accès en tout.

Autopsie. — La famille n'a permis que l'ouverture du crâne. En fendant la dure-mère, on trouve les circonvolutions pâles, tassées et aplaties. La pie-mère n'est point congestionnée à la convexité. Méninges saines, excepté au niveau d'une tumeur dont nous allons parler plus loin. Dilatation très-considérable des ventricules. Les ventricules latéraux surtout fournissent une grande quantité de liquide limpide. Les parois ventriculaires sont plutôt fermes que molles. On a de la peine à retirer l'encéphale à cause de l'adhérence du lobe

droit du cervelet avec la dure-mère. A ce niveau existe une tumeur tuberculeuse dont la portion superficielle reste adhérente à la dure-mère au niveau du sinus occipital. A ce niveau, la dure-mère est un peu épaissie, vasculaire et adhère à la paroi crânienne. Celle-ci vis-à-vis de la tumeur est plus rugueuse qu'ailleurs. La tumeur est grosse comme une noix ; elle occupe superficiellement l'extrémité postérieure du lobe droit du cervelet. Elle est ovoïde, d'un jaune verdâtre, dure, sèche à la coupe, caséeuse, et entourée d'une zone molle et et gris rosé, large de 2 à 3 millimètres. Elle ne paraît pas assez volumineuse pour comprimer le bulbe.

OBS. XXXV. — *Méningite tuberculeuse prise pour une fièvre typhoïde.*

Jourdan (François), 5 ans, n° 8, salle Sainte-Aline. Il entre à l'hôpital de la Charité le 13 septembre 1869. Peu de renseignements sur l'état antérieur du malade. Le billet d'admission porte que l'enfant est alité depuis quinze jours. Perte de l'appétit, diarrhée, céphalalgie très-vive, insomnie et fièvre. Quelques vomissements alimentaires au début.

Le 13. La diarrhée persiste; la langue est rouge, sèche et fendillée; les lèvres sont fuligineuses. L'abdomen est chaud et ballonné. Gargouillement dans la fosse iliaque droite. Sudamina et taches rosées sur la peau du tronc et du ventre. Le pouls est fréquent, 128, un peu mou. La céphalalgie est vive. Pas de dilatation des pupilles. Les vomissements ont cessé depuis deux jours. Température du soir, 38,6.

Le 14. Température du matin, 38°. Diarrhée toujours abondante. Eruption de sudamina sur les avant-bras.

Le 15. Température du soir, 38,6; insomnie; lèvres et dents fuligineuses. Ventre très-chaud, ballonné et douloureux. Sueurs profuses; selles diarrhéiques. Quelques plaintes, surtout la nuit.

Le 16. Pouls accéléré, petit; temp. soir, 39,4; diarrhée. Rougeur très-marquée des pommettes.

Le 17. Temp. matin, 38°; temp. soir, 39,6.

Le 18. Quelques cris dans la matinée. Rougeur moins vive de la face.

Le 19. Pâleur assez vive; quelques cris dans la nuit. Pouls fréquent, 120. Temp. soir, 38.

Le 20. Même état.

Le 21. Pouls petit, mou. La face paraît bouffie; la langue est moins sèche, la peau moins chaude. Temp. 38,2. Nuit meilleure. L'amaigrissement paraît plus marqué; la roséole a disparu. Diarrhée. Ventre plus ballonné et plus douloureux. Temp. soir, 37,8.

Le 22. Toux fréquente. Temp. 37,2; pouls 124, irrégulier. Quelques cris dans la journée.

Le 24. Convulsions. Strabisme convergent. Temp. 39,6. Soif vive; vomissements; insomnie.

Le 25. Plus de diarrhée; chaleur très-vive. Eruption nouvelle de sudamina; sueurs abondantes; pouls fréquent, dicrote. Temp. 39,8; respiration difficile. Chute des paupières supérieures. Temp. soir, 42. L'enfant meurt dans la nuit du 27.

Autopsie vingt heures après la mort. La muqueuse intestinale examinée avec beaucoup de soin ne présente aucune altération; la rate est normale; elle n'est pas hypertrophiée; sa consistance et sa couleur sont normales. Rien dans les ganglions mésentériques et le mésentère. Quelques tubercules aux sommets des deux poumons. La cavité crânienne renferme du pus en assez grande quantité; le cerveau a une coloration verdâtre, tant à sa convexité qu'à sa base. La pie-mère est le siège d'une injection très-vive; quoique très-adhérente à la substance cérébrale, on peut cependant la détacher sans entraîner avec elle une portion de la pulpe du cerveau. Le pus qui remplit le tissu cellulaire sous-arachnoïdien est disséminé sur plusieurs points des circonvolutions réuni par foyers; on en trouve aussi dans les anfractuosités. La coloration est franchement verdâtre. La substance cérébrale, dépouillée des méninges, ne présente aucune altération. Celles-ci sont remplies de granulations petites, nombreuses en des points différents. Les ventricules renferment une certaine quantité de liquide lactescent; le cerveau paraît sain à la coupe. Au niveau de la partie postérieure des lobes cérébraux, les méninges ont une couleur rouge très-manifeste, que le lavage et l'irrigation ne font pas disparaître. Le pus est moins abondant dans cette portion de l'organe; rien au foie; les autres viscères ne sont le siège d'aucune lésion.

OBS. XXXVI. Guillois (Jules), 5 ans, entre à la salle Saint-Louis n° 32, le 19 avril 1871, service de M. Roger. D'après la mère, cet enfant ne serait malade que depuis qua-

tre jours. Il a des nausées, des vomissements et mal de tête. Écoulement considérable de l'oreille droite. La langue est saburrale. P. 120 régulier, ainsi que la respiration. T. 37, 8. Cris de tête pendant la nuit surtout, crie peu dans la journée à moins qu'on ne le remue. Mauvaise humeur et grognements quand on approche seulement de son lit. Physionomie grimaçante, la commissure labiale gauche est plus élevée que celle de droite. La joue de ce côté est également moins pendante que celle du côté opposé.

Le sillon naso-labial est aussi prononcé à droite qu'à gauche. Quand on pince la joue droite, l'enfant paraît moins sentir que lorsqu'on pince l'autre, mais cependant il n'y a pas insensibilité complète. Pas de paralysie du muscle orbiculaire; pupilles égales et se contractant bien, la lumière ne paraît pas l'incommoder, et quand on lui présente une bougie allumée devant les yeux, il la regarde fixement. Assoupissement une grande partie de la journée. Intelligence presque nulle. Il ne répond pas aux questions qu'on lui fait. Pas de paralysie des membres, mais cependant faiblesse quand on le met debout, il ne peut se tenir sans soutien, et il y a de la tendance à tomber toujours à la renverse. Nausées; ventre plat; selles involontaires. Il y a un peu de toux, et on entend des râles sibilants et ronflants dans toute la hauteur de la poitrine.

Le 27. Fièvre très-vive, cris, pupille droite très-petite, affaissement complet. Pouls petit, si fréquent qu'on ne peut le compter. La respiration est excessivement fréquente, mais régulière. Maigreur très-grande, la peau se couvre de sueurs.

Le 28. L'œil est terne, surtout à droite, où l'on remarque, une opacité de la cornée avec ulcération commençante. La conjonctive est injectée, aujourd'hui les pupilles sont normales et égales. Il n'y pas de contracture des membres, mais au contraire une résolution complète. Langue très-sèche, ventre en bateau. Pas de cris ce matin.

Le 29. Est mort pendant la nuit.

Autopsie. — Le 29 avril, quatre heures du soir.

Cerveau. — Les circonvolutions sont aplaties à la base, dépôt fibrineux près du chiasma, à ce niveau l'arachnoïde est dépolie. Les scissures de Sylvius sont couvertes de granulations très-fines.

Les ventricules sont très-grands, et remplis de liquide. Dans la couche optique du côté droit, on trouve implanté un

tubercule jaune assez dur, de la grosseur d'un pois. Le lobe gauche du cervelet contient, dans sa partie supérieure, un tubercule jaune verdâtre de la grosseur d'une noisette, et qui fait un peu saillie en dehors. Autour on remarque un peu d'encéphalite.

Poumons. — Les deux poumons sont criblés de granulations fines et transparentes. Un peu de congestion autour. On remarque aussi quelques tubercules crétacés. Les ganglions sont gros et caséeux.

Reins. — Sont volumineux, et contiennent des granulations, la rate également, le foie est recouvert d'un semis très-fin de granulations.

Obs. XXXVII. — Neïder, 11 ans, salle Saint-Louis, n° 35, service de M. Roger. Depuis quatre jours cet enfant était souffrant. Le mercredi soir, il vomit, et le jeudi matin on le trouve sans connaissance. Dans la journée du jeudi, il a de très-fortes convulsions qui durent deux heures. Les pupilles sont tantôt dilatées, tantôt retractées, mais restent égales.

On constate la tache méningitique.

La sensibilité est conservée, l'enfant a une dyspnée très-grande; 50 R. 150 puls. Il y a raideur du tronc. Ces divers accidents font voir qu'il y a état cérébral, et état pectoral. Ces accidents par leur promptitude ont écarté l'hémorrhagie méningée. Quant à cette dyspnée, elle pourrait bien faire croire à une fièvre typhoïde, ou du moins ces formes, qui débutent par une dyspnée que rien n'explique, mais les convulsions écartent l'idée de fièvre typhoïde, de plus la chaleur n'est pas grande. Il y a contracture des bras. Pas de mâchonnement.

Mort le vendredi soir.

Autopsie. — Dimanche matin, 2 avril.

A l'ouverture du crâne, on remarque tout d'abord un aplatissement considérable des circonvolutions cérébrales; à la surface on note cet état gélatineux particulier, dû à la sérosité. On trouve sur les côtés la séreuse recouverte çà et là de granulations. Les scissures de Sylvius en contiennent également et présentent des adhérences.

Les ventricules contiennent une grande quantité de liquide limpide, ils sont dilatés, et toutes les parties centrales du cerveau sont ramollis. Le cervelet présente à l'extrémité du lobe gauche, une masse tuberculeuse de la grosseur d'un

noix, et jaune verdâtre à la coupe. Ce tubercule est situé tout près de la ligne médiane et comprime la protubérance annulaire. Autour de ce tubercule, la masse cérébelleuse est ramollie et présente un peu d'encéphalite. La moelle ne présente rien de particulier. Les poumons présentent une congestion apoplectique, leur tissu ressemble à celui de la rate. La recherche la plus minutieuse n'y fait découvrir aucune granulation. Les ganglions bronchiques au contraire sont hypertrophiés, caséux, et l'un d'eux est complètement ramolli. Les autres organes ne contiennent pas de tubercules.

Obs. XXXVIII. — Devaux (Émile), 22 mois, salle Saint-Louis n° 6, service de M. Roger, 6 mars.

Il y a dix jours, raideur des extrémités inférieures; sevré il y a une semaine, mais depuis le mois de novembre dépérit un peu. Dans ce même mois, a eu des convulsions en novembre pendant un jour entier. Il y a huit jours a eu une deuxième attaque. Aujourd'hui 6 mars, on constate une contraction intense des quatre membres, mais prédominant aux membres inférieurs. Ceux-ci sont extrêmement fléchis, les cuisses sur le corps, les jambes sur les cuisses, les pieds sur les jambes, les orteils sont souples. Les extrémités supérieures sont plus souples, on peut leur donner la position que l'on veut, sauf le poignet gauche qui est fléchi jusqu'à angle droit, en pronation, les doigts fléchis. Il y a roideur du tronc, du cou, les masses musculaires à la nuque sont dures, et on éprouve de la résistance quand on veut faire fléchir le cou. Depuis deux ou trois jours, diarrhée et vomissements; la vision paraît nulle, les yeux sont dirigés vers la droite, on ne peut les faire dévier de cette direction, même en présentant des objets très-brillants. Il paraît entendre. Rien à l'auscultation P. 128. T. 37,4.

Le 8. Sa tête se meut avec plus de facilité, les yeux se dirigent dans tous les sens, mais d'un air indifférent.

Le 13. Matin, souffle aux deux sommets, surtout à gauche. Meurt le 13 mars, à cinq heures du soir.

Autopsie le 15 mars.

Poumons. — Pneumonie lobulaire disséminée des deux côtés.

La plèvre pariétale gauche est couverte de petites masses tuberculeuses aplaties.

Ganglions bronchiques. — Gros et caséux.

Rate. — Contient quelques granulations jaunes

Reins. — Volumineux.

Foie. — Sain.

Encéphale. — Méninges saines. A l'extrémité postérieure du lobe occipital droit, on constate une tumeur tuberculeuse superficielle, ovoïde dure, grosse comme un petit œuf. Dans le lobe droit du cervelet vers sa superficie, une seconde tumeur, et de même volume.

Ces deux tumeurs, sont réparées l'une de l'autre par la tente du cervelet. Elles sont entourées d'une couche ramollie.

La moelle est saine.

OBS. XXXIX. — Gry (Julien), 12 ans, entré à la salle Saint-Louis, n° 12, le 18 juin, service de M. Roger.

Depuis deux ou trois jours a du malaise, des vomissements et de la céphalalgie. Lors de son entrée on constate qu'il a peu de fièvre. Le pouls est lent et très-irrégulier; céphalalgie très-vive; vomissements fréquents; constipation opiniâtre; changement brusque de coloration de la face.

Le 19, soir. P. 56, T. 38.

A partir du 20, somnolence assez profonde; amaigrissement. Matin, P. 56, T. 37,2; soir, P. 52, T. 37,7.

Le 21, matin. On constate que la lumière lui fait mal; il n'a pas d'autre hyperesthésie. Ventre déprimé en bateau; tache méningitique. Somnolence. Le facies trahit le progrès de l'affection. Matin, P. 48, T. 37,2; le soir on ne trouve rien à l'ophtalmoscope, P. 56, T. 37,6.

Le 22.

Le 23. Depuis son entrée, aucun trouble de l'intelligence. Douleurs vagues, erratiques; peau sèche; est abattu et reste assoupi; obtusion de la sensibilité. Rien à l'auscultation. Matin, P. 52, T. 37,5; soir, P. 56, T. 38.

Le 24, matin, P. 60, T. 38.

Le 25, matin. Assoupissement profond alternant avec délire. Quand on lui parle, il se réveille, sort de son délire et répond bien et sans mauvaise humeur. Céphalalgie très-vive. Soir, délire continu, T. 38,8. Il se lève et va en trébuchant.

Le 26, matin. P. 80, T. 38,6; soir, P. 88, T. 38,6.

Le 27, matin. P. 96, T. 38,6. Assoupissement et délire qui ne le quittent plus; a encore un peu de sensibilité et s'impatiente quand on le pince fortement. A l'ophtalmoscope, la

Grangé.

papille droite est moins blanche qu'avant. Soir, assoupissement profond, P. 100, T. 39.

Le 28; matin. Contraction des muscles de la tête et des membres inférieurs, P. 92, T. 39. Soir, Carphologie, P. 96, T. 39.

Le 29, matin. P. 72, T. 37,9. Soir, P. 80, T. 39,2.

Le 30. Coma et insensibilité absolus. Résolution toute la journée. Soir, P. 80, T. 38,6.

1^{er} juillet, soir. P. 152, T. 39,8.

Le 2, matin. P. 196, T. 40,3. Meurt le soir.

Autopsie. — 4 juillet, 10 heures du matin. A l'ouverture du crâne, grande quantité de liquide; les circonvolutions sont aplaties; les méninges injectées. A la base, état louche de la pie-mère. Dans la partie qui entoure les pédoncules il y a véritable fausse membrane infiltrée de pus. Dans le voisinage, granulations. Partout ailleurs les granulations sont peu abondantes. Parties centrales ramollies. Sérosité dans les ventricules. Enorme tumeur, de la grosseur d'une noix, à la face inférieure du cervelet adhérent à la dure-mère de l'étage occipital, près l'ouverture du canal rachidien, dans la moitié gauche de cet étage. Pas de granulations.

Poumons, — Adhérence générale. Granulations sous-pleurales sur toute l'étendue des deux poumons. A la coupe, on trouve des groupes de granulations épars au milieu d'un tissu sain. Les granulations sont plus grosses et plus abondantes à droite qu'à gauche. Le péritoine est couvert de granulations.

OBS. XL. — Leclerc (Léon), 3 ans, salle Saint-Louis, n° 26, service de M. Roger, 10 août.

Diagnostic : Idiotie.

Mort le 27 septembre.

Autopsie. — Gros tubercules cérébraux, les uns situés dans le pédoncule cérébral droit, d'autres dans l'hémisphère cérébral gauche. Epanchement séreux et dilatation des ventricules latéraux. Peu de consistance de la substance cérébrale.

TABLE DES MATIERES.

Sujet.....	3
Division et statistique.....	5
CHAPITRE I. — Respiration.....	7
Thorax. — Mensuration de la poitrine.....	7
Mouvements respiratoires dans la phthisie pulmon. abdomin. et encéphalique.....	41
CHAPITRE II. — Circulation.....	17
Pouls et température.	17
OEdèmes	22
CHAPITRE III. Innervation... ..	26
Douleur	26
Motilité	29
Incoordination.....	29
Phénom. intellectuels.....	31
CHAPITRE IV. — Digestion.....	32
Vomissements.....	32
Constipation.....	33
Diarrhée.....	34
CHAPITRE V. — Sécrétions.....	36
Expectorations	36
Urines.....	37
Sueurs	40
CHAPITRE VI. — Système cutané.....	41
Decubitus et attitude.....	44

TABLA DE MATERIAS.

1. Introducción 1
 2. Definición de fisiología 2
 3. Objetivos de la fisiología 3
 4. Métodos de estudio 4
 5. Fisiología y medicina 5
 6. Fisiología y nutrición 6
 7. Fisiología y deporte 7
 8. Fisiología y envejecimiento 8
 9. Fisiología y enfermedad 9
 10. Fisiología y diagnóstico 10
 11. Fisiología y tratamiento 11
 12. Fisiología y pronóstico 12
 13. Fisiología y prevención 13
 14. Fisiología y salud pública 14
 15. Fisiología y bioética 15
 16. Fisiología y filosofía 16
 17. Fisiología y arte 17
 18. Fisiología y literatura 18
 19. Fisiología y música 19
 20. Fisiología y danza 20
 21. Fisiología y teatro 21
 22. Fisiología y cine 22
 23. Fisiología y televisión 23
 24. Fisiología y radio 24
 25. Fisiología y prensa 25
 26. Fisiología y internet 26
 27. Fisiología y redes sociales 27
 28. Fisiología y videojuegos 28
 29. Fisiología y realidad virtual 29
 30. Fisiología y robótica 30
 31. Fisiología y nanotecnología 31
 32. Fisiología y biotecnología 32
 33. Fisiología y ingeniería 33
 34. Fisiología y arquitectura 34
 35. Fisiología y diseño 35
 36. Fisiología y moda 36
 37. Fisiología y decoración 37
 38. Fisiología y jardinería 38
 39. Fisiología y agricultura 39
 40. Fisiología y ganadería 40
 41. Fisiología y acuicultura 41
 42. Fisiología y silvicultura 42
 43. Fisiología y pesca 43
 44. Fisiología y caza 44
 45. Fisiología y deporte 45
 46. Fisiología y ocio 46
 47. Fisiología y turismo 47
 48. Fisiología y transporte 48
 49. Fisiología y energía 49
 50. Fisiología y medio ambiente 50
 51. Fisiología y cambio climático 51
 52. Fisiología y contaminación 52
 53. Fisiología y salud ambiental 53
 54. Fisiología y seguridad 54
 55. Fisiología y defensa 55
 56. Fisiología y espacio 56
 57. Fisiología y tiempo 57
 58. Fisiología y espacio-tiempo 58
 59. Fisiología y relatividad 59
 60. Fisiología y cosmología 60
 61. Fisiología y astronomía 61
 62. Fisiología y astrofísica 62
 63. Fisiología y geología 63
 64. Fisiología y meteorología 64
 65. Fisiología y climatología 65
 66. Fisiología y oceanografía 66
 67. Fisiología y hidrografía 67
 68. Fisiología y geografía 68
 69. Fisiología y geología 69
 70. Fisiología y geología 70
 71. Fisiología y geología 71
 72. Fisiología y geología 72
 73. Fisiología y geología 73
 74. Fisiología y geología 74
 75. Fisiología y geología 75
 76. Fisiología y geología 76
 77. Fisiología y geología 77
 78. Fisiología y geología 78
 79. Fisiología y geología 79
 80. Fisiología y geología 80
 81. Fisiología y geología 81
 82. Fisiología y geología 82
 83. Fisiología y geología 83
 84. Fisiología y geología 84
 85. Fisiología y geología 85
 86. Fisiología y geología 86
 87. Fisiología y geología 87
 88. Fisiología y geología 88
 89. Fisiología y geología 89
 90. Fisiología y geología 90
 91. Fisiología y geología 91
 92. Fisiología y geología 92
 93. Fisiología y geología 93
 94. Fisiología y geología 94
 95. Fisiología y geología 95
 96. Fisiología y geología 96
 97. Fisiología y geología 97
 98. Fisiología y geología 98
 99. Fisiología y geología 99
 100. Fisiología y geología 100