

BIBLIOTHECA

DA

Faculdade de Medicina de S. Paulo

Secção "Dr. Mathias Valladão"

Classificação

Estante

Prateleira

N.º

DEDALUS - Acervo - FM



10700060644

378949



A Bibliotheca da
"FACULDADE DE MEDICINA"
offerece,
José Carlos de Macedo Soares.

LE TRAITEMENT
DE
LA TUBERCULOSE
ET
LA CICATRISATION DES PROCESSUS TUBERCULEUX

A LA MÊME LIBRAIRIE :

Les Tuberculoses du pied, par Ch. Audry, 1890, gr. in-8, 234 pages. 5 fr. »

Les Maladies évitables. Prophylaxie, Hygiène publique et privée, par le Dr Georges J.-B. Baillière, 1898, 1 vol. in-18, 248 pages. (*Bibl. Scient. Contemp.*) 3 fr. 50

Les Rayons de Röntgen et le diagnostic de la Tuberculose, par le Dr Béchère, 1 vol. in-16 carré de 100 pages, cart. (*Actualités médicales*). 4 fr. 50

Traité de Médecine et de Thérapeutique, par P. Brouardel, doyen de la Faculté de Médecine de Paris, et A. Gilbert, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris. 10 vol. in-8, de 800 à 900 pages, illustrés de figures. Prix de chaque volume. 12 fr. »

En vente Tomes I à VII.

La Pratique de l'antiseptie dans les maladies contagieuses et en particulier dans la tuberculose, par Ch. Burlureau, agrégé à l'École du Val de Grâce, 1892, 1 vol. in-18, 300 pages, cart. 5 fr. »

Thérapeutique de la phtisie pulmonaire basée sur les indications, par J.-B. Fonesagrives, 2^e édition, 1880, 1 vol. in-8, de 552 pages. 9 fr. »

Formulaire des Médications nouvelles, par le Dr H. Gillet, ancien interne des hôpitaux de Paris, 1896, 1 vol. in-18, de 252 pages, cart. 3 fr. »

La Tuberculose chez les ouvriers en soie, par le docteur Givre, 1890, gr. in-8, 180 pages. 3 fr. 50

La Pratique des maladies des poumons et de l'appareil respiratoire dans les hôpitaux de Paris, par Paul Lefert, 1894, 1 vol. in-18, cart. 3 fr. »

Nouveaux Eléments de Pathologie médicale, par A. Laveran, professeur à l'École du Val de Grâce, et J. Teissier, professeur à la Faculté de Médecine de Lyon, 4^e édition, 1894, 2 vol. in-8, 1866 pages, avec 125 figures et tracés. 22 fr. »

Traité de Chirurgie clinique et opératoire, publié sous la direction de A. Le Dentu, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris, et P. Delbet, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 10 vol. in-8, de 800 à 1000 pages, illustrés de figures. Prix de chaque volume. 12 fr. »
En vente : Tomes I à IX.

Traité élémentaire de Thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie, par A. Manquat, professeur agrégé à l'École du Val de Grâce, 4^e édition, 1899, 2 vol. in-8, 1940 pages. 22 fr. »

Nouveaux Eléments de Matière médicale et de Thérapeutique, par H. Nothnagel et M.-J. Roszbach. Ouvrage traduit et annoté par le docteur J. Alquier. Introduction par Ch. Bouchard, professeur de pathologie et de thérapeutique générales à la Faculté de Médecine de Paris. 2^e édition, 1889, 1 vol. in-8, de xxxi-913 pages. 16 fr. »

Maladies du cœur et tuberculose, des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, par le Dr Pierre Teissier, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Paris, 1894, 1 vol. gr. in-8, de 327 pages. 7 fr. »

Etudes sur la Tuberculose, preuves rationnelles et expérimentales de sa spécificité et de son inoculation, par J.-A. Villemin, 1868, 1 vol. in-8, de 640 pages. 8 fr. »

6/6.2

LE TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE

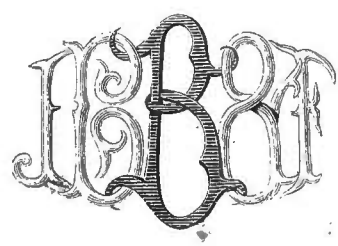
ET
LA CICATRISATION DES PROCESSUS TUBERCULEUX

PAR
LE D^r ALBERT LANDERER

Professeur de chirurgie,
Médecin-Major à la suite du XIII^e Corps d'armée (Wurtemberg),
Médecin-chirurgien en chef à l'hôpital « Charles-Olga »
à Stuttgart.

Ouvrage traduit par le docteur J. ALQUIER

Avec 13 phototypies, contenant 26 microphotogravures
et 30 figures intercalées dans le texte.



PARIS
LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE & FILS
49, RUE HAUTEFEUILLE, 49
(Près du boulevard Saint-Germain).

1899

616.246

L233t

1899

Bibliotheca da
"FACULDADE DE MEDICINA"
offerece
José Carlos de Macedo Soares

PRÉFACE

En 1892, j'ai publié une monographie sous le titre : « *Traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique.* » Cet ouvrage était le résultat de dix années d'études expérimentales et d'observations cliniques approfondies. Si je le fais suivre aujourd'hui d'une autre publication sur le même objet, c'est le sentiment du devoir qui m'y pousse. Je veux répandre davantage l'emploi d'une méthode, qui m'a donné des résultats supérieurs à ceux ordinairement obtenus par d'autres. La constance des succès m'a encouragé à persévérer dans la voie que je m'étais tracée.

Ma méthode n'a été essayée que par un petit nombre d'observateurs. Schottin (1) et, dans ces derniers temps, Heusser, de Davos (2) l'ont mise en usage avec un réel intérêt et avec persévérance ; et eux aussi n'ont pas manqué d'en retirer de bons résultats.

En soumettant à l'examen des personnes compétentes le « *traitement de la tuberculose et la cicatrisation des processus tuberculeux* », je les prie instamment d'essayer d'abord la méthode telle que l'ont faite seize années de travaux assidus et de n'y apporter des modifications que plus tard, après avoir acquis une expérience suffisante.

Dans le domaine de la tuberculose chirurgicale, en particulier, les expériences n'ont pas encore été bien concluantes. J'espère que de notables améliorations pourront encore être obtenues dans la technique et le choix des substances chimiques à employer ; mes collaborateurs et moi, nous essaierons de combler ces diverses lacunes.

Je ne donne, dans cet ouvrage, que les résultats de mes expériences et de mes observations personnelles. Je n'ai nullement en vue de présenter un tableau du traitement général de la tuberculose, sur lequel existent des ouvrages nombreux et importants.

(1) *Münchener med. Wochenschrift*, 1892, n° 41-42.

(2) *Therapeutische Monatsschrift*, 1897, n° 9.

Des observations récentes m'obligent à mettre en garde contre l'emploi de préparations impures. On ne doit employer que des préparations cinnamiques pures, obtenues par synthèse. Mes observations personnelles et celles d'autres médecins m'ont fait voir que certains échecs devaient être attribués, en même temps qu'à un manque de soin et d'expérience, à l'emploi de préparations impures et de valeur inférieure.

Ce livre est accompagné de phototypies contenant 26 microphotogravures.

Les microphotogravures 1-11 ont été faites sous la direction de M. le Dr Schmorl, prosecteur à Dresde. Les microphotographies 12-24 ont été faites à l'Institut anatomo-pathologique de l'Ecole vétérinaire de Stuttgart, en présence de M. le Professeur Luepcke, par M. le Dr Popp, médecin assistant de l'Institut. Je les remercie pour l'appui bienveillant qu'ils ont bien voulu me prêter.

Afin d'exclure toute influence subjective, pouvant si facilement intervenir, sans qu'on s'en rende compte, dans le dessin des préparations microscopiques, j'ai fait choix de la microphotographie.

Je dois exprimer ici toute ma reconnaissance à mes collaborateurs, particulièrement à MM. les Docteurs Paul Friedrich-Richter, C. Spiro, Carlos Kræmer, Grosse, Elwert, ainsi qu'à M. le Dr Fischer, de la maison Kalle et C^{ie}, à Biebrich sur le Rhin, qui a bien voulu me fournir de nombreux dérivés de l'acide cinnamique et m'aider de ses conseils au point de vue chimique.

En terminant cet avant-propos, je rends volontiers hommage au mérite de la traduction. Claire, concise, elle est en même temps d'une scrupuleuse exactitude. M. le Dr Alquier, dont les médecins français ont apprécié la traduction du livre de MM. les Professeurs Nothnagel et Rossbach, s'est acquitté avec un rare bonheur de la tâche de présenter mon travail à de nouveaux lecteurs. Je le remercie du soin qu'il a pris de lui conserver sa physionomie.

Docteur Albert LANDERER.

Stuttgart, mars 1899.

TABLE DES MATIÈRES

Préface.	3
Introduction et historique	9
Chapitre premier — Théorie du traitement par l'acide cinnamique.	23
Histologie de l'action de l'acide cinnamique dans la tuberculose	23
Physiologie du traitement par l'acide cinnamique.	42
Théorie de l'action de l'acide cinnamique.	62
Chapitre II Technique du traitement par l'acide cinnamique	68
Technique de l'injection. Injection intra-veineuse et injection glutéale	68
Historique de l'injection intraveineuse.	72
Injection glutéale.	78
Chapitre III. — Traitement de la tuberculose pulmonaire.	83
Technique du traitement de la tuberculose pulmonaire.	83
Fièvre tuberculeuse et septique	87
Marche de la tuberculose pulmonaire sans complications.	93
Complications.	96
Hémoptysies pulmonaires	96
Fièvre, traitement à l'air libre.	97
Cavernes sans fièvre	102
Cavernes avec fièvre	103
Tuberculoses aiguës.	106
Pleurites et empyème	109
Pneumonies	109
Traitement secondaire	112
CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE SOUMIS A NOTRE OBSERVATION.	113
I. — Cas légers, sans complications (obs. 1-40)	114
II. — Cas de tuberculose pulmonaire avancée, sans fièvre essentielle, avec ou sans cavernes (obs. 41-78)	130
III. — Cas de tuberculose avancée, avec fièvre (obs. 79-93)	152
IV. — Cas de tuberculose aiguë (phthisie galopante) (obs. 94-110)	163

Tuberculose du larynx	172
(Obs. 111-119)	173
Chapitre IV. — Tuberculose intestinale et péritonite tuberculeuse chronique	181
Technique du traitement	181
(Obs. 120-136)	182
Appendice : Maladie d'Addison (obs. 137)	193
Chapitre V. — Tuberculose uro-génitale	195
Mode de traitement	195
(Obs. 138-143)	197
Chapitre VI. — Tuberculose chirurgicale (tuberculose des os et des articulations)	201
Inflammations de l'articulation coxo-fémorale (obs. 144-155).	207
Arthrites du genou (obs. 156-168)	212
Tuberculose de l'articulation du pied (obs. 169-174)	219
Tuberculoses osseuses des membres supérieurs (obs. 175-188)	222
Spondylites tuberculeuses (obs. 189-195)	227
Carie de l'os iliaque (obs. 196)	231
Caries costales (obs. 197-200)	232
Tuberculoses du crâne (obs. 201-203)	233
Tuberculoses des parties molles (obs. 204-208)	234
Tuberculoses multiples (obs. 209-214)	237
Chapitre VII. — Tuberculose des ganglions	243
Mode de traitement	243
(Obs. 215-229)	244
Chapitre VIII. — Tuberculose cutanée	250
Technique du traitement	250
(Obs. 230-241)	251
Chapitre IX. — Tuberculose du cerveau et des méninges. — Tuberculose de l'œil.	255
Chapitre X. — Résumé et conclusions	257
Index bibliographique	263
 Explication des planches I-XIII (figures 1 à 26).	 3 - 15

Introduction et Historique

L'exposition de notre méthode et de ses résultats doit être précédée de quelques considérations sur les idées qui en ont été l'origine. Bien que plusieurs de ces idées ne soient plus de mise aujourd'hui, elles n'en sont pas moins importantes, nécessaires même, pour l'intelligence de l'ensemble. Quelques-unes, bien que peu en harmonie peut-être avec la science moderne, peuvent avoir une certaine importance pour le traitement d'autres maladies.

Dans notre première publication (1) : « Un nouveau mode de traitement des processus tuberculeux », nous disions (2) : « Quand on se propose de traiter une maladie infectieuse chronique, telle que la tuberculose, on a deux voies à suivre : on peut se laisser guider par des analogies avec d'autres maladies et chercher un spécifique à usage interne, tels le mercure et l'iode dans la syphilis, la quinine dans la malaria, etc. — La recherche d'un tel spécifique est aussi ancienne que la tuberculose elle-même. Et, ayant réussi à trouver, pour d'autres maladies, de telles médications spécifiques, nous devons être encouragés par ce fait à en chercher une pour la tuberculose, et cela malgré le nombre immense de médicaments essayés et rejetés ensuite. Mais l'humanité, ravagée depuis tant de siècles par cette maladie, la plus terrible de toutes, n'ayant encore pu découvrir un tel médicament, notre espoir d'en trouver un en est singulièrement affaibli. C'est ce qui nous engage à avoir recours, en attendant, à une autre méthode, qui semble au moins nous promettre quelque succès.

La seconde voie (moins empirique), qui se présente à nous pour le traitement de la tuberculose, consiste à observer directement le mode de guérison des foyers tuberculeux à des endroits accessibles à notre observation, et à chercher à provoquer artificiellement les processus, qu'on a ainsi constatés, dans d'autres endroits, où ne se manifeste aucune tendance à une guérison spontanée.

(1) *Munch. med. Wochenschrift*, 1888. N^o 40-41.

(2) Il nous paraît bon de rappeler que ces considérations ont été publiées 2 ans avant la découverte de la tuberculine et ont été écrites 8 ans avant cette époque.

Les altérations, que les maladies infectieuses provoquent aux endroits de leur localisation, sont essentiellement des inflammations, qui diffèrent par leur degré et leur forme. Tant que ces inflammations (exanthèmes précoces dans la syphilis, éruptions cutanées dans la scarlatine, la rougeole, etc.) n'ont pas dépassé la période de l'hypérémie inflammatoire et de l'exsudation séreuse, le retour à l'état normal est possible, et le médecin peut le déterminer, si l'organisme tout seul n'y suffit pas. Les formes plus graves (pustules dans la variolo, formes tardives de la syphilis), aboutissant à la suppuration, à la fonte des tissus, à la nécrose, ne sont plus susceptibles d'un retour complet à l'état normal. Dans le cas de guérison, l'issue la plus favorable du processus est la cicatrice.

Pour ce qui est de la tuberculose, nous connaissons peu les périodes du début, alors qu'il s'agit simplement d'une hypérémie et d'une exsudation séreuse, alors que le retour à l'état normal est encore possible; telle, par exemple, l'hydropisie articulaire tuberculeuse. Dans la plupart des cas il s'agit, au moment où les malades se soumettent à notre traitement, de processus déjà avancés, de nécrobioses, de caséifications tuberculeuses, etc. Ici il ne peut plus être question d'un retour à l'état primitif. L'issue la plus favorable, que nous puissions alors provoquer, est la cicatrice; *amener les processus tuberculeux à l'état de cicatrices solides, telle est, à ce moment, la tâche de la thérapeutique.*

Or, les foyers tuberculeux ont, comme on sait, peu de tendance à passer à l'état de cicatrices; dans le plus grand nombre des cas, ils affectent un caractère progressif, se transforment en abcès chroniques, en ulcères fistuleux, en cavernes, etc., et nous sommes déjà bien satisfaits, quand nous les voyons se calcifier. La cause de cette particularité doit, à mon avis, être cherchée dans la très faible réaction inflammatoire, se produisant dans l'intérieur et autour du foyer tuberculeux; on sait que pendant longtemps la raison d'être du tubercule a été cherchée dans sa privation de vaisseaux, et que les préparations injectées sont très propres à la démonstration de ce fait. Combien faible, par exemple, est l'injection vasculaire dans la tumeur blanche du genou, comparativement à ce qu'elle est dans l'inflammation purulente! Pour celui qui voit dans l'inflammation un processus utile, servant à éloigner l'influence nuisible de l'excitant inflammatoire, il est à peine douteux que la difficulté de la guérison spontanée des processus tuberculeux ne réside précisément dans ce défaut des phénomènes inflammatoires. Il y a trop peu de sang, et par suite, trop peu

de matériaux, pour qu'une réparation, une cicatrice, puissent se produire.

Nous devons donc avoir pour but de provoquer artificiellement cette inflammation devant aboutir à une cicatrice. Ce but n'est pas des plus difficiles à atteindre, et il a même été souvent poursuivi, sciemment ou non, dans les divers modes de traitement proposés jusqu'ici contre la tuberculose. Quand nous traitons par la cautérisation ou l'ignipuncture les surfaces lueuses, les glandes lymphatiques tuberculeuses, nous ne faisons en somme guère autre chose, et le traitement opératoire lui-même a aussi pour résultat de faire naître une cicatrice à la place d'un foyer tuberculeux, surtout quand, au lieu de faire cicatriser les plaies par première intention, on les laisse se guérir lentement par la formation de granulations, comme le font aujourd'hui la plupart des chirurgiens. L'action curative de l'inflammation se manifeste encore plus nettement dans les cas, bien connus, où, un érysipèle ayant envahi une surface lueuse, peu de jours suffisent pour amener une amélioration, voire même une guérison temporaire, qu'on ne pourrait obtenir qu'avec beaucoup de peine et d'art au bout de plusieurs mois.

Je pourrais encore rappeler ici les inoculations d'érysipèle dans le cancer ainsi que les tentatives qu'on a faites pour combattre la tuberculose pulmonaire au moyen de l'inhalation de bacilles de la putréfaction. L'idée d'utiliser les inflammations bactérielles dans le traitement des foyers tuberculeux m'a longtemps et souvent occupé, mais jusqu'ici mes tentatives n'ont pas eu de résultats satisfaisants. On sait qu'on peut impunément introduire, en assez grande quantité, des staphylocoques dans la circulation des animaux sains ; mais, chez les animaux malades, il en est tout autrement, ainsi que nous le verrons. Et tant que nous n'aurons pas appris à « apprivoiser » les bactéries avec plus de sécurité que n'a pu le faire lui-même l'ancien maître de la bactériologie, Pasteur, je considérerai comme irrationnel d'employer des agents, qui, dans nos mains, peuvent être la source de graves dangers et supprimer la vie, qu'ils sont appelés à conserver.

J'ai préféré une autre voie, qui m'a paru plus sûre et moins dangereuse, *j'ai cherché à obtenir une inflammation aseptique par des moyens chimiques.* Pour cela j'ai fait un choix parmi les poudres antiseptiques difficilement solubles. Les substances facilement solubles dans l'eau, telles que le sublimé, l'acide phénique, etc., ont été mises de côté, parce que ces substances sont presque immédiatement absorbées. Quant à obtenir avec elles

une action locale persistante, absolument nécessaire pour transformer le foyer tuberculeux, on ne peut nullement y compter ; bien plus, des quantités un peu considérables de ces substances donnent toujours lieu à une action générale fâcheuse, à un danger d'intoxication.

Ce reproche s'adresse aussi aux injections phéniquées de Hüter dans les processus fongueux. Je ne condamne nullement le traitement phéniqué du fungus, sous forme, par exemple, de lavages articulaires, etc. On ne peut nier que cette méthode ne donne quelques résultats, bien insuffisants, il est vrai. — J'en dirai autant des injections arsénicales, que j'ai autrefois recommandées et pratiquées. Il ne peut ici être question que de l'action générale de l'arsenic, action que l'on peut obtenir plus commodément par l'administration du médicament à l'intérieur. Aujourd'hui encore je soutiens que, dans plusieurs cas de tuberculose, par exemple dans la tuberculose des ganglions lymphatiques et de la peau, on ne peut nier que l'arsenic ne produise un certain effet. Mais je n'ai jamais déclaré qu'il fût un spécifique contre la tuberculose, comme on me l'a reproché (1).

« Si maintenant on veut s'adresser à d'autres moyens d'action, il est évident qu'on peut tourner son expérimentation vers les directions les plus diverses (2). Je fais d'abord abstraction de la thérapeutique mécanique et balnéaire, qui peut bien nous prêter une assistance utile, mais d'où nous ne pouvons guère attendre une réelle guérison. Ce qui m'a paru le plus rationnel, c'est de chercher d'abord parmi les substances à action antiseptique. Mais il ne fut pas difficile d'établir que, parmi les antiseptiques solubles connus (acide phénique, sublimé, acide salicylique, etc.), il s'en trouverait difficilement un seul pouvant nous promettre des résultats essentiels. Ils ont déjà été tous employés, sans succès positif, contre la tuberculose.

D'une manière générale, il ne m'a pas paru rationnel de me servir de substances à action réellement caustique, nécrosique. Au lieu d'avoir recours à une cautérisation incertaine dans ses effets et le plus souvent douloureuse, au lieu de provoquer une gangrène artificielle des tissus, tout chirurgien préférera de beaucoup attaquer le foyer tuberculeux avec le couteau ou avec la cuiller tranchante, et il sera ainsi bien plus sûr du résultat. Ce

(1) Voy. *Chir.Centr.-Blatt*, 1883.

(2) Extrait du rapport fait dans la section de chirurgie de la 62^e assemblée des naturalistes et médecins allemands, 1889; publié dans la *Deutsche med. Wochenschrift*, 1890.

reproche s'adresse surtout, à mon avis, au traitement calcique de Kolischer, qui provoque des phénomènes extrêmement violents, sans qu'on puisse compter positivement sur ses effets.

Ces considérations m'ont conduit à l'idée de déterminer dans les foyers tuberculeux, au moyen d'injections parenchymateuses, des *dépôts de substances antiseptiques difficilement solubles*. Je pouvais espérer obtenir, par cette voie, une action, faible, il est vrai, mais persistante, et, à cause de la difficile solubilité, éviter l'action nuisible du médicament sur l'ensemble de l'organisme. De cette manière il était possible, sans provoquer de violents phénomènes locaux ni de troubles notables dans l'état général, d'atteindre le but désiré. Et ce but doit être, il me semble, la résorption des produits tuberculeux, ou la transformation du foyer tuberculeux en une cicatrice saine et solide, ou, finalement, son élimination de la circulation par calcification ou métamorphoses régressives semblables. — Qu'une telle transformation des localisations tuberculeuses demande, pour se faire, un certain temps (des mois, le plus souvent), cela ne sera nullement surprenant pour qui connaît la lenteur avec laquelle marchent, en général, les processus tuberculeux.

Cherchant parmi les agents antiseptiques difficilement solubles, je dus d'abord m'adresser à l'*iodoforme*. Peut-être la crainte d'un empoisonnement par l'iodoforme m'empêcha-t-elle de procéder avec une énergie suffisante dans l'emploi de ce médicament; le fait est qu'en somme les résultats n'ont pas été favorables. Je ne prétends pas pourtant que l'injection d'une émulsion d'iodoforme dans les abcès tuberculeux chroniques, telle qu'elle a été recommandée récemment par le professeur Bruns, n'ait donné lieu qu'à des succès douteux. Dans le traitement des processus tuberculeux ouverts, l'iodoforme m'a peu satisfait. Il n'empêche nullement les récurrences tuberculeuses, pas plus qu'il ne supprime le mauvais aspect des granulations tuberculeuses, leur mollesse, ni l'écouit croupal.

D'autres agents (sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, acide salicylique, etc.) m'ont encore moins satisfait. »

« J'eus alors l'occasion d'apprécier le *baume du Pérou* comme un excellent antituberculeux (1). Le baume du Pérou est un remède depuis longtemps apprécié avec juste raison contre la tuberculose. Employé à l'intérieur et en inhalations, il manifeste parfois une certaine efficacité contre les processus tuberculeux des voies

(1) Extrait de la *Munch. med. Wochenschr.*, 1888, n^o 40 et 41.

aériennes ; son action a été notamment préconisée dans la tuberculose du larynx.

Mais il n'y a que les processus extérieurs qui soient accessibles à ce traitement, et, dans la tuberculose, ces processus justement n'ont qu'une importance secondaire. Pour atteindre aussi les foyers tuberculeux internes avec ce médicament, qui ne semblait agir que par un contact intime et persistant, je dus procéder d'une autre façon.

Deux voies s'offraient à moi pour faire pénétrer dans des processus internes les médicaments à l'état d'extrême division. La première est l'injection transcutanée dans les foyers périphériques, par exemple dans les articulations tuberculeuses. Cela est simple, et, parmi les observations faites, quelques cas de ce genre sont cités.

Mais les succès obtenus dans le traitement des foyers tuberculeux périphériques, du fongus osseux ou articulaire, par exemple, m'ont toujours paru un résultat bien insuffisant. L'examen des autopsies d'environ 150 individus morts à la suite de lésions fongueuses a permis de constater que, dans une bien petite partie de ces cas, la lésion osseuse a été la cause réelle de la mort ; dans le plus grand nombre des cas, ce sont les processus tuberculeux internes qui ont provoqué l'issue fatale. Depuis plusieurs années déjà cette conviction a pénétré dans mon esprit, et elle s'est surtout imposée à moi dans les cas où, l'état général étant d'ailleurs assez bon, une intervention chirurgicale, une grande opération, telle que la résection de la hanche ou du genou, a ouvert la voie à une aggravation du mal. Si cette manière de voir était, il y a encore peu d'années, considérée comme une grave hérésie, un revirement s'est accompli dans l'opinion, dans ces derniers temps, sous la pression de faits irréfutables. Et l'on peut aujourd'hui dire ouvertement que l'on renonce aux grandes résections « typiques », et que l'on se trouve mieux des résections « atypiques », c'est-à-dire d'opérations en somme plus inoffensives et moins brillantes.

Ne voulant donc pas rester à mi-chemin, je dus chercher à atteindre aussi les foyers tuberculeux internes. Ici les difficultés étaient d'un tout autre ordre et plus difficiles à surmonter. Comment traiter les foyers éloignés de la superficie, par exemple dans le poumon ? Et comment en provoquer la guérison, alors qu'on ne peut pas les diagnostiquer d'une manière absolument précise, alors qu'on n'en connaît pas tout à fait exactement le siège, par exemple dans les ganglions bronchiques ? Mais ici encore il y a un moyen, comme nous allons le voir.

Il nous faut d'abord considérer la genèse des foyers tuberculeux. — Faisant abstraction de la porte d'entrée, le plus souvent inconnue, du poison, nous voyons les foyers tuberculeux prendre naissance par voie embolique, ou, si l'on veut s'exprimer autrement, par voie métastatique. Le torrent sanguin a enlevé les bacilles de l'endroit où ils s'étaient développés et les a portés au point où s'est alors formée la nouvelle localisation, le nouveau foyer tuberculeux. Le torrent sanguin ayant apporté les bacilles, ne pourrait-il pas aussi porter les agents curatifs à l'endroit affecté ?

C'est cette idée qui m'a conduit aux *injections intraveineuses de l'émulsion de baume du Pérou*.

On me dira : c'est une idée en l'air, les granulations de baume du Pérou n'iront pas trouver justement l'endroit malade, elles se déposeront dans dix autres endroits différents, et peut-être provoqueront-elles une inflammation là où il ne le faudrait nullement. Mais il n'en est pas ainsi. Quand nous mêlons au torrent sanguin des éléments solides à l'état d'extrême division, le sort de ces éléments n'est pas du tout soumis au hasard. Des recherches nombreuses sur ce sujet nous ont permis de savoir ce qu'ils deviennent (Cohnheim, Ponfick, Slaviansky, Rüttimeyer et d'autres) : chez les animaux à l'état normal, ils se déposent, portés le plus souvent par les globules blancs du sang, dans le foie, la moelle des os, etc. Il n'en est pas de même chez les animaux malades : le premier qui, sur ce sujet, nous a donné des renseignements du plus haut intérêt, a été Schüller. Il a trouvé que ces éléments corpusculaires (par exemple, le cinabre) se déposent d'une manière prédominante aux endroits, où auparavant il s'était produit une inflammation ou une lésion. — Ces observations ont été confirmées, pour les bactéries, par Ribbert, Orth, Wissokowitsch.

Si donc, sur un organisme infecté de tuberculose, c'est-à-dire présentant des processus locaux tuberculeux, nous introduisons dans la circulation des éléments corpusculaires, nous pouvons nous attendre à ce qu'ils passeront, d'une manière prépondérante, dans les endroits infectés des tissus, ces endroits étant le siège d'une inflammation. Ce moyen de faire pénétrer les agents curatifs à l'état de division extrême, à travers le torrent circulatoire, jusqu'aux endroits affectés, est un moyen certain. Mais on comprend aisément qu'on ne peut employer que des émulsions, dans lesquelles un examen microscopique, chaque fois renouvelé, n'a permis de trouver aucune granulation, dont le volume dépasse

celui d'un globule rouge sanguin. Nous verrons plus tard comment on arrive à ce résultat.»

« L'idée d'introduire dans la circulation des éléments corpusculaires, tels qu'une émulsion de baume du Pérou, doit au premier abord paraître étrange (1). Mais elle le paraîtra moins, si l'on veut bien y réfléchir un moment. Si les éléments corpusculaires qui doivent être introduits dans la circulation peuvent être réduits en granulations tellement fines, que leur volume ne dépasse pas celui d'un globule rouge sanguin, on comprend aisément que des engorgements de capillaires d'une certaine étendue ne pourront guère se produire. Si l'on choisit ensuite un excipient approprié au plasma sanguin, par exemple, la solution physiologique de NaCl (0,70/0), et qu'on lui donne, au moyen de l'hydrate de Na, un degré convenable d'alcalinité, un tel liquide, ne contenant aucune substance nuisible ni physiquement, ni chimiquement, pourra, sans grand danger, être introduit dans la circulation. On pourra faire une telle injection avec beaucoup moins de scrupule qu'on ne fait une transfusion de sang, ne sachant jamais, dans ce dernier cas, si l'on n'introduit pas en même temps des quantités mortelles de ferments.

J'ai fait plus de mille fois, sur des lapins, sans jamais provoquer aucun accident fâcheux, des injections intraveineuses avec l'émulsion gommée, que j'employais au début. Sur l'homme, je les ai pratiquées peut-être 200 fois.

Dans trois cas j'ai noté une oppression modérée, qui disparut en quelques minutes, pour faire place à l'état normal; une fois, à la suite d'une injection chez un individu à l'état de narcose, durant lequel des quantités notablement plus grandes peuvent être introduites, des douleurs lombaires se manifestèrent — phénomènes que la transfusion nous a appris à connaître. La cause de cet accident a été longtemps obscure pour moi, l'émulsion employée ayant été si finement divisée, que les granulations avaient à peine le tiers du diamètre d'un globule rouge sanguin, et l'on devait penser qu'elles passeraient sans difficulté aucune à travers les capillaires du poumon.

L'observation directe de la circulation pulmonaire chez la grenouille m'a permis d'élucider cette cause.

J'ai fait mes recherches, à l'aide de l'appareil de Holmgren, sur la grenouille curarisée. Si, chez une grenouille vigoureuse, dont la

(1) Extrait du *Deutsche med. Wochenschrift*: *Le traitement de la tuberculose par le baume du Pérou*, 1890, n^{os} 14-15.

circulation est en bon état, on fait pénétrer, à l'aide de la seringue de Pravaz, à travers une canule liée à la veine abdominale, 1 cent. cube d'une émulsion gommeuse de baume du Pérou, à 1 pour cent, on constate que la circulation, au début, n'en est que peu troublée. On voit les granulations brillantes de l'émulsion, paraissant tout à fait petites relativement aux globules sanguins de la grenouille, rouler le long des parois des capillaires. Bientôt pourtant une granulation se fixe à la paroi du capillaire, derrière un de ces flots de parenchyme, à forme grossièrement losangique, qu'on observe dans le poumon de la grenouille. Chaque granulation de baume, apportée par le torrent sanguin, se colle à la première, et ainsi se forment peu à peu de petits amas brillants, qui peuvent obstruer les capillaires. Tant que la quantité des granulations reste peu considérable, le torrent sanguin parvient, à l'aide des globules rouges qu'il lance contre lui, à rompre le coagulum et à se frayer un libre passage. Si la quantité des granulations est plus grande, au contraire, le thrombus grandit peu à peu, jusqu'à former de grosses masses grises, brillantes, qui finissent par devenir visibles à un faible grossissement, et ces masses, engorgeant les capillaires dans une étendue assez grande, portent un notable préjudice à la circulation du sang dans le poumon.

Qu'il se passe, chez l'homme, quelque chose d'analogue à ce que j'ai observé sur la grenouille, c'est ce qu'on peut induire de ce fait, que, dans les trois cas, où j'ai observé de l'oppression à la suite de l'injection intra-veineuse, ce n'est pas au moment de l'injection que cette oppression s'est produite, mais bien 3 à 5 minutes plus tard. Mais, le coagulum s'étant rapidement redissous, tout était rentré dans l'ordre au bout de 5 à 6 minutes.

On ne pouvait guère douter que cet accident fâcheux de la formation d'un trombus ne fût dû à la viscosité de l'émulsion. L'enveloppe gommeuse, qui entoure chaque granulation de baume, fait que ces granulations s'accrochent l'une à l'autre et à la paroi du capillaire et occasionnent ainsi des obstacles à la circulation, obstacles qu'on pourrait donc éviter en se servant d'une autre émulsion, moins visqueuse.

En employant le carbonate de sodium, en faisant tomber goutte à goutte une solution alcoolique de baume du Pérou dans une solution de carbonate de Na, on peut bien obtenir une émulsion, mais les granulations n'en sont pas assez fines.

Il en est tout autrement si l'émulsion est faite avec du jaune d'œuf. L'examen microscopique de l'émulsion brute nous montre déjà que les granulations sont beaucoup plus dégagées. Quand

elles sont groupées, elles donnent l'impression de petits amas sphériques en désagrégation, et les courants légers, qui se laissent voir dans le champ du microscope, suffisent pour rompre ces amas isolés. Quand l'émulsion a été convenablement purifiée, les granulations sont devenues excessivement fines, uniformes, plus petites que les globules du lait, de sorte que, en surface, 10 à 15 d'entre elles seraient peut-être égales à un globule rouge sanguin.

Cette émulsion, même concentrée (1 : 20), ayant été injectée dans la veine abdominale de la grenouille, on obtient de tout autres phénomènes que ceux obtenus avec l'émulsion gommeuse : Ce qui frappe tout d'abord, c'est qu'on ne voit, en général, qu'une faible partie de l'émulsion. La circulation s'accélère, ce qui arrive naturellement lorsque 1 cent. cube de liquide est rapidement introduit dans les vaisseaux de la grenouille. Mais on n'aperçoit, au milieu des globules rouges du sang, qu'un petit nombre de granulations fines et fortement réfringentes. Bientôt un autre phénomène captive l'attention. Avant l'injection, on ne voyait qu'un petit nombre de globules blancs du sang, et ces globules étaient petits, sphériques, homogènes, brillants. Après l'injection, leur nombre s'est rapidement accru : ils se montrent maintenant dix fois, vingt fois, plus nombreux dans les capillaires de la grenouille. D'où sont-ils venus si brusquement ? on ne sait trop. Leur aspect s'est totalement modifié ; ils sont presque deux fois plus grands qu'auparavant, ils ont souvent une forme plutôt ovale, et ils sont fortement granulés. On dirait qu'ils ont rapidement reçu en eux les granulations de l'émulsion. Au bout de quelques minutes on ne trouve absolument plus de granulations libres. Les globules blancs du sang, extrêmement abondants, s'amassent, par groupes de 3 à 8, derrière un flot de parenchyme, devant un capillaire devenu momentanément plus étroit, mais ils n'adhèrent pas ensemble et se laissent facilement séparer et entraîner par les globules rouges. — On n'observe aucune coagulation mettant obstacle à la circulation du sang, alors même qu'on a répété une seconde fois l'injection de 1 cent. cube d'émulsion.

Il semble donc hors de doute que les granulations sont absorbées immédiatement par les globules blancs du sang.

Cette manière de voir concorde parfaitement avec les expériences d'autres observateurs, qui se sont occupés de l'introduction des éléments corpusculaires dans la circulation. Quelles qu'aient été les substances injectées, granulations de cinabre, globules du lait, etc., ou bactéries, elles ont toujours disparu de la circulation

au plus tard au bout de quelques heures et se sont trouvées ensuite d'une manière prédominante dans les globules blancs du sang.

C'est ce qui a été encore confirmé par une expérience sur le chien.

Chez un petit chien du poids de 5 kilogr., 5 cent. cubes d'une émulsion de baume du Pérou (1 : 20) furent injectés dans la veine jugulaire. Au bout de deux minutes, puis de dix minutes, 10 cent. cubes de sang furent recueillis dans la carotide. Le chien, durant l'injection, ne manifesta pas la moindre inquiétude, et, une fois délié, il se montra gai et même agressif. Dans l'échantillon de sang recueilli le premier on ne trouva que quelques granulations d'émulsion ; dans le second, point du tout. Dans le sang, même à l'état de forte dilution, on ne trouva pas trace de l'émulsion. Le chien, observé pendant quatre semaines, ne montra rien d'anormal.

J'ajouterai que, dans les 200 injections intraveineuses, que j'ai pratiquées sur l'homme, en employant cette émulsion, je n'ai jamais observé la moindre trace d'oppression.

Guidé par cet ordre d'idées, je m'adressai, pour combattre la tuberculose, à l'injection intraveineuse de l'émulsion de baume du Pérou.

L'examen microscopique de lapins tuberculeux, auxquels j'avais pratiqué l'injection intraveineuse de baume du Pérou, a permis de constater la disparition des bacilles, le ratatinement et la calcification des masses caséuses et un emphysème vicariant.

Les inconvénients du baume du Pérou, employé dans les tuberculoses chirurgicales, étaient : les vives douleurs accompagnant les injections locales pratiquées dans les foyers tuberculeux des os et des articulations, et, en second lieu, la très grande difficulté d'obtenir, pour les injections intraveineuses, une émulsion d'une finesse suffisante. La nécessité de filtrations fréquentes faisait diminuer la concentration de plus en plus, souvent même jusqu'à 0,1 0/0, ce qui nuisait à l'action du médicament.

Malgré les fréquents insuccès constatés dans l'emploi du baume du Pérou, je ne pouvais me défendre de cette idée, que c'était bien dans le baume du Pérou qu'étaient renfermés les éléments actifs, à l'aide desquels on devait pouvoir obtenir de meilleurs résultats, pouvant les employer purs et, par conséquent, plus concentrés. Je songeais toujours en première ligne à l'*acide cinnamique*, mais je n'osais encore l'employer.

Au mois d'août 1890, j'expérimentai pour la première fois

l'acide cinnamique sur le lapin ; au mois de décembre 1890, je fis les premières observations sur l'homme.

L'acide cinnamique (C^6H^5 . $CH=CH$. $COOH$) est contenu dans le baume du Pérou, qui, d'après Tappeiner, est composé de 50 à 60 0 0 d'éther benzyl-cinnamique, 10 0 0 d'acide cinnamique et 30 0 0 de résine. On le trouve en outre dans le styrax, dans le baume de tolu et dans quelques espèces de benjoin. Le benjoin de Sumatra, par exemple, renferme des quantités assez notables d'acide cinnamique, tandis que le benjoin du Siam n'en contient point. Il est insoluble dans l'eau froide, soluble dans l'eau chaude ; il se dissout facilement dans l'alcool et dans l'éther ; quand il est pur, il forme de beaux cristaux blancs, inodores.

Le cinnamate de sodium se dissout facilement dans l'eau.

On peut préparer l'acide cinnamique de diverses manières ; en général on l'extrait du styrax par décoction dans une solution alcaline et précipitation de l'acide cinnamique au moyen de l'acide chlorhydrique, ou encore par synthèse. L'acide cinnamique, dont je me suis servi dans ces derniers temps, avait été extrait du styrax.

La forme, sous laquelle j'emploie l'acide cinnamique, correspond essentiellement à celle du baume du Pérou. Pour les injections intracineuses et parenchymateuses, les injections à travers les os par exemple, je me sers d'une émulsion faite avec du jaune d'œuf (Comp. p. 17).

Les résultats obtenus avec l'émulsion d'acide cinnamique ont été consignés dans le « *Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure*, » Leipzig, F. C. W. Vogel, 1892, p. 43-61 (tuberculoses internes) et p. 71-87.

Une autre phase dans l'histoire du traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique est marquée par le passage de l'emploi de l'émulsion à l'emploi des *solutions aqueuses des sels de l'acide cinnamique*, au printemps de l'année 1893.

La cause directe en fut la difficulté qu'on trouve dans la préparation de l'émulsion. L'art d'obtenir une émulsion uniforme n'est pas facile à apprendre, et la préparation de l'émulsion pour injections n'est pas facile non plus. Au début, je voyais parfois avec une surprise douloureuse survenir des frissons, qui apparaissaient une demi-heure à une heure après l'injection, sans toutefois produire de réels dommages chez les malades. Après en avoir d'abord cherché la cause dans une préparation défectueuse de l'émulsion, j'en vins enfin à ce résultat, que cette cause devait être cherchée dans un état d'alcalinité insuffisant de l'émulsion.

Il ne suffit pas de communiquer une fois seulement, au moyen de la soude, une réaction alcaline à l'émulsion; la réaction acide revient fréquemment, parce que l'acide cinnamique (peut-être dans l'intérieur des granulations de l'émulsion) ne passe que peu à peu à l'état de cinnamate de sodium. C'est seulement lorsqu'une réaction nettement alcaline persiste dix minutes au moins après la dernière addition d'hydrate de sodium, qu'on peut considérer tout l'acide cinnamique comme neutralisé, et ce n'est qu'alors que l'émulsion peut être mise en usage. — Cette circonstance, qui n'attira mon attention qu'à la suite d'une longue expérience, pourrait bien expliquer pourquoi Heusser (Davos) a observé, même à la suite d'injections glutéales, de l'irritabilité, divers troubles nerveux, etc. La présence de quantités, même très petites, d'acide cinnamique libre doit être considérée comme la cause des frissons observés à la suite des injections intraveineuses.

L'émulsion, on le comprend, n'est pas stérilisable. La réaction acide s'opposerait au développement des bactéries pathogènes; d'ailleurs l'injection de liquides non stérilisables ne répugne nullement aux idées actuelles.

La théorie de la précipitation des éléments corpusculaires aux endroits affectés conserve-t-elle aussi sa valeur dans l'emploi des solutions aqueuses? C'est une question qui sera discutée dans la suite. La pratique a cependant tellement parlé en faveur de l'emploi des solutions aqueuses, que je ne me sers encore de l'émulsion que dans des cas exceptionnels. C'est seulement dans certaines formes de tuberculoses chirurgicales que l'emploi des substances difficilement solubles pourrait mériter la préférence. Il en sera aussi question plus tard.

Depuis déjà de nombreuses années, mon attention a été attirée sur les inconvénients que présente, pour les malades alités par suite de tuberculoses chirurgicales, le séjour prolongé dans les hôpitaux encombrés des grandes villes. Cette constatation a été faite presque partout. Déjà, durant mon internat, j'avais été frappé par la rapidité avec laquelle dépérissent, dans les stations de plithisiques, les malades atteints de tuberculose interne, tandis que ceux transportés ailleurs à cause, par exemple, d'une tuberculose chirurgicale, résistent souvent pendant un temps très long. Les effets directement nuisibles, qu'exerce sur la tuberculose pulmonaire le séjour dans les hôpitaux encombrés, sont connus de tout le monde. C'est de là qu'est née l'impulsion qui porte les malades vers les sanatoria.

Ces considérations m'ont amené à fonder, en l'année 1896, un établissement où les malades seraient traités à l'air libre et par l'acide cinnamique. C'est le 1^{er} juillet 1896 qu'a eu lieu l'inauguration du sanatorium de Kræhenbad près de l'Alpirsbach, dans la Forêt Noire, à 510 mètres d'altitude.

L'observation des résultats obtenus à l'hospice, au sanatorium, à la maison et à la polyclinique, étant dans une seule et même main, les jugements portés pourront être considérés comme aussi impartiaux que possible.

CHAPITRE I

Théorie du traitement par l'acide cinnamique.

Histologie de l'action de l'acide cinnamique dans la tuberculose (1). — *Les modifications histologiques, provoquées par l'acide cinnamique sur les processus tuberculeux*, ont été étudiées sur des milliers de coupes faites chez l'homme et sur diverses séries de lapins tuberculeux (12 en tout environ).

Les résultats ont été si concordants, les préparations se ressemblent tellement entre elles, qu'il est impossible de faire intervenir l'action du hasard.

Celui qui a quelque expérience dans l'examen de telles préparations peut presque toujours dire avec certitude, en présence d'une de ces préparations, si le traitement par l'acide cinnamique a été institué ou non.

Citons ici, comme introduction, les parties les plus importantes de la publication du D^r P Richter, *Virchow's Archiv.* volume 133, 1893.

Voyez les fig. 1-11, tableaux I à VI.

« Cette série d'expériences est relative à dix lapins, de taille aussi égale que possible, auxquels, le 12 mai 1892, on injecta, dans les veines de l'oreille, une culture fraîche de bacilles tuberculeux (de l'institut pathologique de Leipzig) en solution chloruro-sodique. Le 23 mai, le premier lapin mourut, sans que l'autopsie ait permis de constater chez lui aucune altération tuberculeuse macroscopique; le 25 mai, mourut un second lapin, et l'on trouva chez lui une quantité modérée de nodules tuberculeux dans les deux poumons; le 1^{er} juin, ce fut le tour d'un troisième lapin, qui présenta une tuberculose très étendue des deux poumons et des foyers tuberculeux isolés dans le foie; la rate était indemne. A partir du jour, où l'existence d'une tuberculose générale expérimentale put être admise avec probabilité chez tous les animaux

(1) Voyez les microphotographies (tableaux 1-13) et les explications annexées.

en expérience, le traitement fut commencé chez six lapins ; l'un d'eux fut laissé pour le contrôle. On employa la même émulsion (3 0 0) que celle dont Landerer se sert chez l'homme ; mais on l'administra à doses relativement plus élevées qu'il n'est prudent de le faire chez l'homme. On commença par des injections de 0^{gr},1 à 0^{gr},2, et ces injections furent faites trois fois la semaine ; à partir de la troisième semaine, ces doses furent peu à peu augmentées, jusqu'à ce qu'elles eussent atteint 1^{gr} ; mais bientôt on renonça à ces doses élevées, et, à la fin, 0^{gr},50 en moyenne furent injectés dans les veines deux fois par semaine. Le 1^{er} décembre, par conséquent six mois après le début du traitement, les injections furent interrompues. Les animaux, qui, après l'infection, avaient beaucoup maigri et qui même, au commencement du traitement, avaient très peu d'appétit, supportèrent très bien ces injections, même celles faites avec les plus hautes doses, et ils augmentèrent tous notablement de poids. Deux de ces animaux moururent spontanément : l'un d'eux, très faible et très chétif, mourut, après avoir reçu six injections, le 19^e jour après le début du traitement ; l'autre mourut, 7 mois et demi après le même début, d'une pneumonie aiguë ; tous les autres animaux durent être tués par le chloroforme. Celui qui n'avait pas été soumis au traitement mourut, très amaigri, relativement tard, 7 mois seulement après l'infection ; on négligea malheureusement d'en faire l'autopsie. Il ne faut pas en conclure que l'infection primitive ait été d'une faible gravité ; car, comme nous l'avons déjà dit, deux autres animaux étaient morts de tuberculose nettement caractérisée, l'un au 13^e, l'autre au 18^e jour après l'infection. On ne peut jamais éviter ces inégalités dans la marche du mal, car il n'est pas possible, surtout avec les injections intraveineuses, de distribuer aux différents animaux des quantités tout à fait égales de bacilles.

Voici les observations faites à l'autopsie et les résultats de l'examen microscopique :

I. — Lapin, mort 19 jours après le commencement du traitement, 39 jours après l'infection. Pour rendre bien net l'effet de l'injection, on lui fit encore, le 18^e jour, une injection de 0^{cc},8 (fig. 1, planche 1).

Examen macroscopique. — Sur les deux poumons sont répandus de nombreux nodules miliaires, entourés d'un cercle hypérémique nettement marqué. Les deux poumons sont gorgés de sang, ils sont emphysémateux au niveau de leurs bords. La

rate est volumineuse, sans tubercules visibles à l'œil nu. Le foie, très riche en sang, contient des coccidies et des tubercules isolés. Stase sanguine dans les reins ; couche corticale manifestement amoindrie ; pas d'autres altérations d'ailleurs.

Examen microscopique. — Capillaires du poumon fortement dilatés, regorgeant de leucocytes ; on en trouve aussi en abondance dans un grand nombre de vaisseaux, surtout dans les parties centrales ; en d'autres endroits, les parois vasculaires et le tissu voisin des vaisseaux sont traversés par des masses de leucocytes. Les tubercules se présentent surtout autour des canalicules bronchiques. Ils sont entourés de zones de leucocytes, la plupart multinucléaires. On observe une immigration de leucocytes dans les tubercules mêmes ; mais elle n'est pas très prononcée. Il faut encore signaler la faible richesse des foyers tuberculeux en tissus nécrotiques. — Dans le tissu voisin des foyers tuberculeux on trouve les cloisons alvéolaires traversées par de nombreux leucocytes, qui, en certains endroits, cachent presque entièrement le tissu ; les cloisons alvéolaires paraissent partiellement gonflées et fortement imbibées de liquide. A côté, tissu presque normal.

Les foyers tuberculeux contiennent de nombreux bacilles ; mais ils ne diffèrent pas essentiellement, sous ce rapport, de ceux observés chez les animaux non traités.

Il s'agit donc ici essentiellement d'une ectasie capillaire, d'une imbibition séreuse et d'une accumulation de leucocytes autour des tubercules et dans les cloisons alvéolaires ; cette première période pourrait être désignée sous le nom de *leucocytose du poumon*.

II. — Lapin bien nourri et gras (14 jours auparavant il a mis bas 6 petits vivants) ; le 98^e jour après l'infection, le 78^e jour après le commencement du traitement, il est tué au moyen du chloroforme (fig. 2).

Examen macroscopique. — Poumons remplis d'air, emphysème marqué au niveau des bords. Nodules d'un blanc jaunâtre répandus, en petit nombre, sur les deux poumons. Ils font peu saillie au-dessus de la surface. Beaucoup d'entre eux sont entourés d'un cercle rougeâtre, ce qui donne au poumon un aspect marbré. A la section, les deux poumons se montrent gorgés de suc.

La rate, très augmentée de volume, ne présente point de nodules tuberculeux ; il en est de même des reins. Tubercules isolés dans le foie.

Examen microscopique. — Il donne des résultats qui, sous de nombreux rapports, ressemblent à ceux fournis par l'examen du lapin précédent. La zone de leucocytes, qui entoure les tubercules et qui est formée de plusieurs couches (de 6 à 10), s'interrompt nettement à la périphérie; dans le foyer tuberculeux lui-même, dans l'intérieur duquel on ne trouve plus de caséification centrale, non seulement il s'est produit une immigration très abondante de leucocytes, mais encore, en quelques endroits, les capillaires tendent déjà à pénétrer dans le tubercule. Au niveau des bords du retranchement de leucocytes, on distingue déjà des cellules fusiformes de tissu conjonctif et des cellules épithéliales, parfois groupées régulièrement, en couches concentriques, d'autres fois irrégulièrement disséminées.

Ici encore les parois alvéolaires sont en partie traversées par des leucocytes; elles sont gonflées, et en certains endroits on trouve, dans les alvéoles, un exsudat pauvre en noyaux. D'autres parties sont emphysémateuses. — Bacilles en nombre modéré, se colorant difficilement et laissant échapper facilement leur matière colorante.

Il s'est donc produit ici déjà un net englobement du tubercule. On constate aussi le commencement d'une néoplasie vasculaire ainsi que d'un envahissement du tubercule par le tissu conjonctif. Cette période pourrait être désignée sous le nom de « période de l'enkystement » et de la pneumonie interstitielle.

III. — Lapin, encore vigoureux et bien nourri, tué, au moyen du chloroforme, 122 jours après le commencement du traitement, la dernière injection ayant été faite 3 jours auparavant (fig. 3 et 4).

Examen macroscopique. — La rate et les reins sont indemnes de tubercules; le foie en renferme quelques-uns, disséminés et ayant subi en partie la dégénérescence graisseuse.

Les deux poumons contiennent une quantité modérée de nodules, petits et grands, donnant l'impression de tubercules confluents; ils ont une couleur gris jaunâtre et une certaine consistance. On y trouve des bacilles tuberculeux tout à fait isolés. Les bords du poumon sont emphysémateux. Les poumons sont d'ailleurs remplis d'air; ils ne sont pas gorgés de sang.

Examen microscopique. — Les nodules présentent, au centre, une légère caséification, d'où l'existence de plusieurs couches de cellules épithéliales bien conservées. Les nodules sont traversés de leucocytes multinucléaires, qui selon toute apparence ont immigré de la périphérie dans le tubercule. La zone périphérique du

nodule est formée d'une couronne de jeune tissu conjonctif fibreux, encore riche en cellules, et entourant de tous côtés le tubercule à la manière d'une capsule. De ce tissu partent, en pénétrant dans le tubercule, des cellules isolées, allongées, fusiformes, quelques cordons de tissu conjonctif déjà bien développé, ainsi que des capillaires. En rapport intime avec cette couche se trouve partout, à la périphérie du tubercule, le tissu pulmonaire sain. On n'a trouvé que quelques bacilles tout à fait isolés (seulement 1 à 2 dans un grand nombre de préparations); ils étaient dans la couche de cellules épithéliales, voisine de la couronne de tissu conjonctif.

On pourrait donner à cette période le nom de « *période de l'encapsulation et de la pénétration du tissu conjonctif.* »

IV — Lapin, dans un bon état de nutrition, tué par le chloroforme, au 155^e jour après le commencement du traitement.

Examen macroscopique. — Les poumons présentent les mêmes altérations que dans le cas précédent. Mais les nodules sont moins nombreux, et leur volume est moindre.

Examen microscopique. — Les nodules ne présentent point de nécrose au centre. Les tubercules sont traversés de nombreuses cellules arrondies et de traînées de tissu conjonctif de nouvelle formation, rayonnant de la périphérie dans le tubercule et rendant sa structure indistincte. Dans l'intérieur du tubercule se trouvent, en plusieurs endroits, des cavités remplies de globules rouges sanguins. En dehors, le tubercule est limité par une couche de tissu conjonctif fibreux, qui est notablement plus pauvre en cellules que chez l'animal précédent. Les alvéoles et le tissu interalvéolaire, au pourtour du tubercule, ne présentent aucune altération inflammatoire récente. Mais les cloisons alvéolaires ont, en plusieurs endroits, triplé d'épaisseur par suite d'un dépôt de tissu conjonctif fibreux. Nodules lymphatiques assez abondants. Des bacilles tuberculeux n'ont été trouvés dans aucune préparation.

Rate augmentée de volume, gorgée de sang, sans tubercules.

Le foie présente, en divers points, des rétrécissements cicatriciels, qui, au microscope, ne manifestent nullement une ancienne structure tuberculeuse.

V. — Lapin, mort 224 jours après le commencement du traitement. L'autopsie permet de constater une pneumonie double des deux lobes inférieurs. Nodules tuberculeux isolés, ramollis,

et se montrant, sous le microscope, purulents et traversés par des cellules arrondies. Le tableau de la tuberculose étant ici effacé par la pneumonie concomitante, nous n'insisterons pas davantage sur ce cas. — En même temps d'autres lapins mouraient aussi de pneumonie.

VI. — Lapin dans un excellent état de nutrition, ayant beaucoup augmenté de poids, tué par le chloroforme 278 jours après le commencement du traitement, 298 jours après l'infection (fig. 7-11).

Examen macroscopique. — Rate, foie, reins sans tubercules.

Poumons vides d'air au niveau de leurs lobes supérieurs, des deux côtés. Dans les lobes inférieurs, des deux côtés, nombreux nodules blancs, ressemblant beaucoup à des tubercules, à l'œil nu, mais se montrant, au microscope, formés d'embryons et d'œufs de parasites. Emphysème très accentué, surtout au niveau des bords. On trouve, à la section, au niveau des lobes supérieurs, des endroits qui tranchent, par leur couleur et leur consistance, sur les autres parties; ils rappellent l'induration ardoisée des processus tuberculeux de l'homme, ils sont durs au toucher et, à la section, laissent reconnaître des nodules isolés.

Examen microscopique. — La structure du tissu pulmonaire a subi des altérations particulières. Dans le voisinage immédiat de grandes cavités, qui ne sont sans doute autre chose que des alvéoles fortement dilatées, on trouve des vacuoles moins étendues, dont les parois sont encore un peu infiltrées; leur tissu offre une forte augmentation de fibres et de cellules de tissu conjonctif, avec noyau un peu oblong. Les parois de ces vacuoles sont souvent si épaisses, qu'il ne peut guère être question d'une véritable cavité, une paroi étant immédiatement adossée à l'autre ou même la pénétrant. A côté se trouve, très étendu, un tissu pulmonaire à aspect normal. Les foyers correspondant aux anciens foyers tuberculeux ne s'observent encore que disséminés çà et là; ils représentent deux types. Les uns ressemblent à ceux déjà décrits, avec anneau épais de tissu conjonctif; le centre, dans lequel on ne distingue absolument plus de tissu nécrotique, est occupé par des masses de leucocytes (le plus souvent uninucléaires). De la périphérie rayonnent dans le foyer de fortes traînées de tissu conjonctif pauvres en noyaux, se ramifiant vers diverses directions, de sorte que le foyer paraît partagé en plusieurs sections; il existe quelques rares capillaires. En d'autres endroits on trouve des foyers, relativement pauvres en leucocytes, formés presque uniquement par des traînées de tissu conjonctif et semblables à

d'anciennes cicatrices. — Dans aucune section on n'a pu distinguer, par la coloration, aucun bacille tuberculeux.

Nous avons affaire ici manifestement à une formation de cicatrices, à un ratatinement cicatriciel, aussi bien autour des tubercules que dans les cloisons alvéolaires, de sorte que nous pourrions désigner cette période sous le nom de « *période de la cicatrisation* ».

Les processus, que l'injection intraveineuse d'une émulsion d'acide cinnamique provoque dans les poumons des lapins tuberculeux, peuvent être résumés de la manière suivante : d'abord prend naissance autour des foyers tuberculeux une inflammation, qui consiste principalement en une ectasie des capillaires, une imbibition séreuse et une accumulation de leucocytes (stade de la leucocytose). Plus tard on trouve autour des nodules tuberculeux un rempart de leucocytes et en même temps une immigration commençante de leucocytes multinucléaires dans les nodules et dans les cloisons alvéolaires, ainsi qu'une nouvelle formation de vaisseaux (stade de l'enkystement).

Dans une période ultérieure nous trouvons le tubercule entouré de jeune tissu conjonctif, dans lequel prédominent les cellules épithéliales, et en même temps ce jeune tissu conjonctif et des vaisseaux pénètrent dans le tubercule (stade de la pénétration et de la vascularisation).

Dans cette dernière période les bacilles ont déjà presque entièrement disparu. Enfin nous voyons ce jeune tissu conjonctif passer à l'état de tissu cicatriciel, tandis que les autres parties des poumons s'offrent à nous, partie emphysémateuses, partie normales, partie à l'état de pneumonie interstitielle chronique (stade de la cicatrisation et du ratatinement).

On ne trouve plus de bacilles. Les animaux ont repris maintenant leur état normal, ils ont augmenté de poids, après avoir maigri avant le traitement et être restés, au début du traitement, dans un état stationnaire.

Les processus qu'on observe, dans les périodes tardives, autour des grands foyers tuberculeux, ressemblent entièrement à ceux qui se produisent dans les cas où des pertes de substance, des parties nécrosées, des corps étrangers (lames de verre, fragments hépatiques mortifiés), n'exerçant aucune action chimique nuisible, sont le siège d'un travail de pénétration et d'enkystement.

Si nous jetons un coup d'œil d'ensemble sur les résultats obtenus par le traitement, au moyen des injections intraveineuses d'acide cinnamique, des lapins rendus tuberculeux, nous sommes frappés par ce fait, que la marche de la tuberculose inoculée est,

sous l'influence de ce traitement, essentiellement plus lente qu'elle n'est d'habitude. Des méthodes de traitement, réussissant à maintenir en vie, durant une année presque entière, des lapins tuberculeux, n'ont pas encore jusqu'ici été décrites ; nous sommes cependant bien loin de tirer de la seule durée de la marche de la tuberculose des conclusions aussi étendues que celles de Kitasato (1), qui, dans la communication de ses expériences sur l'action curative de la tuberculine, chez des cobayes tuberculeux, déclare que, si, l'infection ayant eu lieu d'une manière parfaitement exacte, il parvenait à maintenir en vie, pendant plus de onze semaines, un cochon d'Inde tuberculeux, il considérerait, par ce seul fait, l'action curative du traitement comme démontrée.

La tuberculose par inoculation, chez le lapin, présente aussi, sous l'influence des injections intraveineuses d'acide cinnamique, certaines particularités, qui la distinguent de la tuberculose ordinaire. Au lieu de nodosités étendues, caséuses, à fusion lente et contenant de nombreux bacilles, nous ne trouvons ici que des nodules épars, dont la richesse en bacilles va en diminuant de plus en plus, jusqu'à ce qu'enfin on ne puisse plus en découvrir, et qui, au lieu de la tendance à la caséification, présentent plutôt de la tendance à une transformation fibreuse. Chez nos animaux en expérience, les organes abdominaux, particulièrement la rate et le foie, ont offert peu de tubercules ou même point du tout, ce qui doit être mis sur le compte non du traitement, mais du mode d'infection. Si, en effet, contrairement à ce qui se produit chez le cobaye, on constate déjà, chez le lapin, à la suite de l'infection ordinaire, sous-cutanée ou intrapéritonéale, que le poumon est le principal endroit de localisation de la tuberculose, on comprend aisément que, à la suite d'une injection intraveineuse des cultures de bacilles dans les veines de l'oreille, les poumons, étant la première et la plus importante station sur le trajet du sang, soient inondés d'une si grande quantité de germes, qu'il n'en reste plus pour les autres organes.

Les résultats de nos observations rappellent beaucoup, au point de vue macroscopique et microscopique, ceux qu'ont obtenus, dans l'injection intraveineuse de bacilles tuberculeux morts, Prudden, Hodenpyl et surtout Wissmann (2).

Ajoutons encore ici quelques faits observés sur des préparations provenant d'autres séries, chez l'homme, etc...

(1) KITASATO, *Zeitschrift für Hygiene*, Bd. 43.

(2) WISSMANN, *Virchow's Archiv.*, Bd. 427.

Les différences que présentent les foyers nécrotiques, chez les lapins traités et non traités, ressortent de l'examen des figures 18 et 19, provenant de la même série et d'observations faites le même jour. Dans la figure 18 on voit des foyers confluents de masses nécrotiques, entre lesquelles apparaissent à peine encore quelques restes de tissu pulmonaire à peu près normal. La figure 19, au contraire, présente seulement quelques petits foyers avec anneau bien distinct de tissu conjonctif et nécrose de très petite étendue. — A un plus fort grossissement on voit nettement aussi les différences entre les animaux traités et les animaux non traités. Chez les animaux non traités, on a de grandes masses nécrotiques ; aux points où elles confinent au tissu sain, on ne voit que quelques leucocytes isolés, point de dilatation vasculaire, et, en général, on n'y rencontre que très peu de phénomènes, qui puissent être rattachés à un travail de réaction du côté du tissu.

Chez les animaux traités, au contraire, on a des anneaux très distincts, composés de tissu conjonctif, de cellules fusiformes, de cellules épithéliales, de leucocytes. De ce retranchement partent, en pénétrant dans le foyer, des cellules épithéliales, des cellules fusiformes avec longs prolongements et de jeunes vaisseaux.

Les phénomènes observés dans la *tuberculose du péritoine* sont tout à fait analogues à ceux de la tuberculose pulmonaire. Vu la structure plus simple du tissu, ils sont ici plus faciles à observer. Malheureusement nous n'avons pas réussi jusqu'ici à pousser jusqu'à la guérison une seule série de tuberculoses péritonéales, bien que nous ayons expérimenté sur cinq séries. Dans trois séries, nous avons cherché à produire l'infection au moyen d'une culture pure de bacilles tuberculeux, en injectant cette culture triturée dans une solution chloruro-sodique ou en l'introduisant, par une petite incision, dans la cavité abdominale. Dans deux séries, l'infection ne réussit pas, ainsi que nous pûmes nous en convaincre par la laparotomie. Dans la troisième série, tous les animaux étaient déjà morts au bout de quatre semaines, de sorte que le traitement, commencé à la fin de la troisième semaine, n'avait produit aucun résultat appréciable. Nous eûmes recours alors à l'implantation de petits fragments de ganglions lymphatiques tuberculeux ; mais la laparotomie montra qu'aucune tuberculose péritonéale n'avait pris naissance. Dans la cinquième série, une masse de ganglions lymphatiques, triturée dans une solution chloruro-sodique, fut introduite, au moyen d'une petite plaie de laparotomie, dans la cavité abdominale. Les animaux ayant encore, trois semaines après, conservé toute leur vivacité, et une

laparotomie d'essai n'ayant permis de constater l'existence d'aucune tuberculose péritonéale, on fit sur les mêmes animaux une nouvelle infection avec une masse triturée de ganglions lymphatiques tuberculeux. Il se produisit alors une infection très grave, qui ne resta nullement limitée au péritoine; une très grave tuberculose pulmonaire prit aussi naissance, laquelle sans doute provenait de la première infection.

Aucun de ces animaux ne survivait au quatrième mois. Comme, dans nos mauvaises étables, les lapins malades périssent régulièrement en hiver, nous avons pu entreprendre, ce printemps seulement, de nouvelles séries d'expériences. Mais nous ferons observer que, chez les animaux de notre cinquième série, on ne pouvait pas méconnaître, dans chaque cas particulier, les modifications produites par l'acide cinnamique.

La structure plus simple de l'épiploon, que nous avons principalement observé, simplifie aussi les résultats de l'observation microscopique.

Ces résultats sont ici, il est vrai, parfois un peu compliqués par la présence de petits follicules lymphatiques, qui, du reste, présentent aussi le plus souvent des altérations tuberculeuses. Dans les nodules caséux les altérations sont tout à fait analogues à celles observées dans les poumons : leucocytes et tissu conjonctif à diverses périodes de développement, vaisseaux nouveaux, se développant dans l'intérieur du foyer.

L'influence du traitement par l'acide cinnamique sur la tuberculose du péritoine ressort de l'examen des figures 20 à 23. La figure 24 offre une préparation de nodosités épiploïques non traitées.

La figure 20 présente trois nodosités épiploïques chez un animal, ayant reçu 28 injections de cinnamate de sodium. La plus grande offre encore des masses caséuses. On voit d'ailleurs l'anneau de tissu conjonctif et de leucocytes, qui enkystent le foyer et pénètrent en même temps dans son intérieur, processus ressemblant donc entièrement à ceux que nous avons signalés dans les nodules pulmonaires caséux.

Les figures 21 et 22 montrent les mêmes processus à de plus forts grossissements. On voit ici surtout nettement (fig. 22) la pénétration de jeunes vaisseaux et de jeune tissu conjonctif dans les foyers nécrotiques. Dans la fig. 23 il n'existe plus de grandes masses caséuses, on trouve partout des masses de leucocytes ainsi que du jeune tissu conjonctif.

La figure 24 (fournie par un animal non traité, mort le jour

même) montre aussi une accumulation assez considérable de leucocytes dans les parties marginales du foyer caséeux ; mais elle n'est pas aussi abondante que chez les animaux traités, l'anneau est incomplet, l'immigration de leucocytes dans le foyer est aussi moins homogène. On n'a pu constater ici, à l'aide d'un plus fort grossissement, la présence ni de cellules fusiformes et épithéliales, ni de jeunes vaisseaux en quantité notable et à disposition régulière.

Comparée avec la fig. 18 (tuberculose pulmonaire chez le même animal, chez lequel on ne pouvait distinguer aucun processus curatif dans les tubercules confluents), la fig. 24 montre que, dans la cavité abdominale, les conditions pour une guérison spontanée des processus tuberculeux sont plus favorables que dans le poumon, et qu'ici il se produit spontanément des processus curatifs très distincts (comparez d'ailleurs l'explication des figures, à la fin du volume).

Les processus curatifs observés, à la suite du traitement par l'acide cinnamique, dans les tuberculoses de l'épiploon, ne se montrent pas seulement identiques aux processus curatifs dans les tuberculoses pulmonaires ; ils offrent encore une grande ressemblance avec les processus curatifs observés par plusieurs auteurs dans le traitement opératoire de la tuberculose du péritoine, chez l'homme.

Les observations faites jusqu'ici se rapportent principalement aux faits, particulièrement saillants, de pénétration des grandes nodosités tuberculeuses et de résorption des masses caséuses.

On voit aussi, bien entendu, régresser ces processus, dans lesquels il ne s'est pas encore produit de nécroses étendues. Ces processus, peut-être de nature productive (Baumgarten), offrant des caractères moins saillants que les nécrobioses visibles, on comprend qu'il est plus difficile de reconnaître chez eux des modifications et des phénomènes de régression.

Je n'ai pu réussir à montrer avec certitude, dans les préparations, les processus dont il s'agit ici. Le temps et les moyens qui étaient à notre disposition, à moi et à mes collaborateurs, nous étaient trop parcimonieusement mesurés, pour que nous ayons pu approfondir ces questions particulières.

Peut-être une partie des néoplasies tuberculeuses disparaît-elle simplement par résorption, ainsi que cela se passe, par exemple, dans les cas d'hydropisie articulaire tuberculeuse, d'épaississement inflammatoire tuberculeux des membranes synoviales et des membranes séreuses. Mais on peut conclure de l'examen des

figures 7 et 8 que, dans la régression de ces processus tuberculeux, où il ne s'est pas formé de grandes masses nécrobiotiques, il s'agit d'une néoplasie (inflammatoire) de produits conjonctifs.

Il s'agissait ici sans doute, ainsi que cela ressort de la comparaison avec d'autres nombreuses préparations, d'une pneumonie tuberculeuse chronique. Nous avons assez fréquemment rencontré de telles pneumonies chez les lapins tuberculeux. Les cloisons alvéolaires, encore conservées, renfermaient des masses nécrotiques presque homogènes, dans lesquelles les épithéliums ne pouvaient plus être distingués.

De tels processus ou des processus purement inflammatoires peuvent offrir des aspects tels que celui représenté par la fig. 8. On a ici une pneumonie interstitielle, avec développement très marqué de tissu conjonctif dans les cloisons alvéolaires. Les parois alvéolaires sont considérablement épaissies par un tissu conjonctif riche en fibres et relativement pauvre en noyaux. Les épithéliums sont en partie desquamés.

Nous avons pu aussi observer souvent en d'autres endroits la transformation des processus tuberculeux en tissu fibreux. C'est ainsi que l'on voit, à la suite d'un traitement prolongé par l'acide cinnamique, les granulations des surfaces ulcérées tuberculeuses prendre un caractère fibreux, de telle sorte que la cuiller ne peut plus les attaquer et qu'elles ne peuvent plus être enlevées que par les ciseaux et les pinces. De même nous avons enlevé à des articulations tuberculeuses en voie de guérison, par exemple à côté de la rotule et de l'olécrane, un tissu fibreux, fortement adipeux, qui avait remplacé les masses fongueuses qui y existaient auparavant (comparez le passage du lipome arborescent des articulations à l'état de tuberculose articulaire). Ces masses conjonctives, provenant de granulations tuberculeuses, se font remarquer par la rareté des cellules géantes qu'elles contiennent.

Les observations faites chez des hommes, longtemps traités par l'acide cinnamique, ont donné les mêmes résultats histologiques que les recherches faites sur des animaux. Jusqu'ici nous avons eu six fois l'occasion de soumettre à l'examen histologique des poumons d'hommes, qui avaient été traités par l'acide cinnamique. Le premier, soumis au traitement en l'année 1894, mourut en 1893, en présentant deux cavernes de l'étendue d'une petite pomme, un ratatinement très marqué des sommets des poumons, de l'induration dans les lobes supérieurs, des indurations pleurétiques (Monographie, 1892, n^o 148). La figure 26 représente une coupe à

travers le lobe supérieur gauche (comp. la description y annexée).

Le second malade fut un jeune homme, renvoyé de Davos comme incurable. Malheureusement l'autopsie ne put être faite que trop tard, de sorte qu'une belle coloration n'était plus possible. Les résultats de l'observation furent d'ailleurs exactement les mêmes que dans les autres cas.

Le troisième cas date de l'année 1895; il s'agit d'un homme qui arriva, la nuit, dans la maison, en présentant une dyspnée excessive; il mourut le lendemain, sans qu'on eût pu le soumettre à un examen précis. Ce malade avait pu, durant environ un an, se livrer à de légers travaux. On trouva chez lui un exsudat pleurétique récent, unilatéral, ayant exercé une action compressive sur le poumon. C'est de lui que proviennent la plupart des préparations représentées.

Un quatrième cas concerne un malade présentant une sténose laryngée très accentuée, et chez lequel le diagnostic avait d'abord été incertain (n° 77). De ce cas aussi proviennent de nombreuses préparations, qui montrent la guérison de processus tuberculeux à diverses périodes.

Dans le cinquième cas il s'agissait d'une tuberculose multiple.

Un sixième cas (n° 90) est celui d'une tuberculose pulmonaire à marche grave. L'examen de ces deux derniers cas n'est pas encore terminé: mais on a pu constater qu'ici encore les mêmes processus s'offrent à l'observation (1).

Les processus microscopiques observés chez l'homme correspondent absolument à ceux constatés chez le lapin. Il est naturellement impossible, chez l'homme, de suivre la marche graduelle des processus. Mais on peut voir, déterminés sans doute par l'étendue variable des foyers, les processus réparateurs à différents degrés de développement dans divers endroits du même poumon.

Les processus réparateurs en question se montrent ici également, de la manière la plus nette, là où il s'agit de modifications, se produisant dans un tubercule bien développé, avec nécrose prononcée (figures 12 et 13).

Les phénomènes d'infiltration de leucocytes, de formation d'anneaux, de développement de cellules fusiformes et épithéliales, de néoplasie vasculaire, etc., sont entièrement les mêmes que ceux que nous avons appris à connaître chez le lapin.

(1) Le D^r Knauss, médecin communal et prosecteur à l'hôpital de Stuttgart, m'a dit avoir vu les mêmes anneaux de tissu conjonctif sur le poumon d'un tuberculeux traité, au moyen de l'acide cinnamique, par un médecin étranger, et considéré, dès le début, comme incurable.

Les tubercules, chez l'homme, étant d'un volume considérable relativement aux tubercules chez le lapin, les formations de tissu conjonctif et d'anneaux sont ici beaucoup plus importantes (ce qu'on peut voir déjà dans les figures 12 et 13).

C'est ce qu'on peut constater surtout nettement, en comparant des tuberculoses pulmonaires traitées, chez l'homme, par l'acide cinnamique (fig. 12, 13, 15), avec des tuberculoses pulmonaires en voie de guérison spontanée (fig. 16 et 17). — Les processus sont tout à fait les mêmes ; ils sont seulement, à la suite du traitement par l'acide cinnamique, beaucoup plus fortement prononcés.

Les figures 12 et 13, 16 et 17, montrent nettement qu'il ne s'agit, dans le traitement par l'acide cinnamique, que de seconder et renforcer les processus, dont se sert la nature pour guérir les foyers tuberculeux et triompher de la tuberculose.

Dans la tuberculose de l'homme on voit encore un autre processus qu'on n'observe pas chez le lapin, c'est l'*encapsulation de cavernes*.

Ainsi que nous le verrons, en parlant de la marche des tuberculoses pulmonaires, on voit souvent, dans le cours du traitement, des symptômes bien accentués de cavernes disparaître entièrement ou presque entièrement, en même temps qu'aucun bacille ne se trouve plus dans les crachats. Nous n'avons à notre disposition, sur des cas de ce genre, aucune donnée anatomo-pathologique. Nous ne pouvons donc pas décider là-dessus s'il s'est produit ici des cicatrisations conjonctives des cavernes (petites), ou si ces cavernes sont simplement devenues latentes pour l'examen physique.

Nous avons eu souvent l'occasion d'observer comment se développent les processus dans l'encapsulation des grandes cavernes. L'encapsulation des cavernes se montre, au point de vue histologique, analogue au développement du tissu conjonctif.

La figure 14 représente, à un faible grossissement, les phénomènes qui se passent ici. Nous avons vu d'ailleurs, d'une façon encore plus nette et plus typique, les processus d'encapsulation dans des préparations plus anciennes, qui malheureusement ne peuvent plus être reproduites. — A gauche, une couche épaisse de granulations ; elles ne montrent pas, en général, de structure papillaire bien distincte, ainsi qu'on la voit habituellement dans les granulations. Leur richesse en cellules rondes est considérable ; elles sont relativement pauvres en cellules géantes. Nous n'avons pu réussir à démontrer l'existence d'un revêtement d'épithélium ou d'endothélium, bien que le revêtement lisse, d'apparence mu-

queuse, des anciennes cavernes, tend à faire admettre le fait.

Extérieurement les cellules fusiformes et les fibres de tissu conjonctif augmentent peu à peu et passent, sans limites bien tranchées, dans une couche de tissu conjonctif fibreux, dont la stratification concentrique est tantôt bien marquée, tantôt moins distincte. Ici encore existent, entre les fibres de tissu conjonctif, des couches, qui sont plus riches en cellules fusiformes, en leucocytes et en cellules épithéliales. Dans la figure 14, cette couche n'est précisément pas bien marquée, parce que les couches fibreuses pauvres en cellules apparaissent comme des lacunes dans le tissu. Au delà de cette couche de tissu conjonctif se trouve, ici également sans limites bien tranchées, du tissu pulmonaire à peu près normal. Ce tissu est, en quelques endroits, nettement emphysémateux; en d'autres endroits on voit encore les restes de tubercules ou une infiltration inflammatoire.

La figure 15 montre, à droite, la couche de granulations; à gauche, la couche de tissu conjonctif encapsulante. Le champ de la vision n'était plus suffisant pour permettre de voir le passage dans le tissu pulmonaire à peu près normal.

On constate d'ailleurs, dans les poumons des individus qui ont été soumis au traitement, à côté de l'enkystement et de l'invasion des foyers nécrotiques et de l'encapsulation des cavernes, une infiltration inflammatoire des cloisons alvéolaires, un développement de tissu conjonctif à diverses périodes, des processus induratifs chroniques du genre de ceux représentés par les fig. 7 et 8, un emphysème à différents degrés de développement. Il est relativement rare de rencontrer des calcifications.

Les observations microscopiques faites sur les poumons d'hommes tuberculeux, traités par l'acide cinnamique, sont, bien entendu, différentes suivant que le traitement a été poursuivi jusqu'à la fin ou que les malades ont succombé durant le traitement.

Voici ce qui a été observé d'essentiel dans l'autopsie de quelques cas :

La fig. 26 représente une coupe à travers le lobe supérieur gauche (d'après un dessin). Il a été brièvement question de ce cas à la page 35. On voit d'abord que le sommet du poumon est ratatiné en un lobule linguiforme, qui avait à peu près le volume de la première articulation du pouce. Ce lobule était vide d'air. Dans le reste de la partie supérieure du lobe supérieur, nombreux points cirrhotiques, quelques traînées assez marquées de tissu conjonctif.

C'est dans les cavernes qu'ont été observés les faits les plus in-

intéressants. Il s'en trouvait une dans chaque lobe supérieur ; à gauche, elle avait le volume d'une petite pomme (voy. fig. 26) ; à droite, le volume d'une grosse noix. Ces cavernes avaient des parois assez lisses et étaient entourées d'une membrane de tissu conjonctif à couches concentriques et d'une largeur allant jusqu'à quelques millimètres. Cette membrane adhérait fortement au tissu voisin et ne s'en laissait détacher que difficilement par le manche du scalpel et la sonde cannelée. (Dans la photographie, la membrane encapsulante est représentée comme si elle était facilement séparable, à peu près comme une paroi kystique l'est du tissu environnant.) La membrane n'est pas aussi distincte.

Dans un autre cas, le sommet des poumons présentait un aspect analogue ; il était de même ratatiné en un lobule cicatriciel, vide d'air. Dans les parties moyennes des poumons, quelques nodules péribronchiques anciens, durs, du volume d'un noyau de cerise. L'examen microscopique n'a pas encore été fait.

Dans un autre cas (n° 90), signalé dès le début comme incurable, on trouva tout d'abord les deux lobes supérieurs transformés en énormes cavernes. Ces cavernes offraient une surface intérieure lisse ; leurs parois étaient formées de couches de tissu conjonctif de 2 à 4 millimètres d'épaisseur, et tellement compactes, que, malgré de nombreuses adhérences pleurétiques, les poumons purent être enlevés sans être lésés. Ces cavernes étaient traversées par des cordons vasculaires d'une grande dureté. Elles étaient vides. Une de ces cavernes avait une hauteur de 15 cent. ; la hauteur de l'autre était de 12 centimètres.

Les parties moyennes des poumons offraient, des deux côtés, à peu près les mêmes particularités. Elles étaient occupées, dans une hauteur d'environ trois travers de doigts, par un conglomérat de nodosités caséeuses, dont le volume pouvait atteindre celui d'une petite pomme. Ces nodosités faisaient un peu saillie au-dessus de la surface de section ; elles étaient dures, sèches, non ramollies au centre. Chacune de ces nodosités se montrait entourée par une capsule de tissu conjonctif, qui envoyait des traînées rayonnantes de tissu conjonctif vers le centre du foyer. Les parties inférieures des poumons n'offraient point de tubercules visibles, mais étaient le siège d'hypostases (phénomènes d'agonie). Ganglions bronchiques ardoisés, non caséeux. Nombreuses adhérences pleurétiques (1).

(1) Des faits de ce genre, assez fréquemment observés, viennent à l'appui de cette manière de voir, d'après laquelle l'infection se propage souvent, par aspiration de la sécrétion bacillaire, des sommets jusqu'aux parties plus profondes des

Les autopsies des cas graves permettent de constater des processus manifestes d'induration en même temps que de l'emphysème (comparez d'ailleurs les résultats des autopsies, communiqués à propos des observations des malades). Nous n'avons pas eu l'occasion de faire des autopsies de cas légers, ayant abouti à la guérison.

Les tuberculoses à marche aiguë, traitées, seulement pendant peu de temps, par des injections à faibles doses, offrent, à l'examen macroscopique, quelques traces à peine des résultats du traitement par l'acide cinnamique. Nous avons fait aussi des expériences analogues dans des cas de tuberculoses tout à fait malignes par inoculation chez des lapins. Les injections, à la vérité peu nombreuses, n'ont souvent donné lieu qu'à des résultats peu appréciables au microscope : quelques rares leucocytes sur les bords, mais point de formation d'anneau, point de pénétration dans le foyer. Leur énergie était-elle trop faible, les foyers étaient-ils trop nombreux et trop étendus ? Nous ne sommes pas en état actuellement de répondre à ces questions.

Les observations microscopiques faites sur les poumons de lapins tuberculeux, traités par l'acide cinnamique, ont donné d'ailleurs des résultats différents suivant la matière employée pour l'injection.

Les phénomènes les plus intenses ont été provoqués par l'ancienne émulsion gommeuse de baume du Pérou. On a observé alors, tout autour des nodosités tuberculeuses, des cercles inflammatoires d'un rouge brun, ayant souvent plusieurs millimètres de largeur, se confondant avec les tissus voisins, et, par places aussi, des hémorrhagies manifestes. Les foyers eux-mêmes étaient, à la suite d'un traitement prolongé, fortement marqués, à surface de section jaunâtre, secs, calcifiés en divers endroits. Dans les intervalles se trouvaient des endroits resserrés, de sorte que le poumon avait un aspect fortement granulé. A côté existait toujours un très fort emphysème.

Après l'usage d'une émulsion d'acide cinnamique au jaune d'œuf, les cercles étaient moins larges, l'injection était aussi d'un rouge moins prononcé. Les foyers sont ici plus petits et finissent par disparaître, parce que ici à l'enkystement du début se joint plus tard la pénétration de tissu conjonctif et la cicatrisation, tandis que, à la suite du traitement par le baume du Pérou, il ne s'est produit, dans les cas observés, que de l'enkystement avec

poumons, de même que le début par des nodules péribronchiques montre que la muqueuse bronchique a été le lieu de l'infection.

pénétration légère. La calcification n'a pas pu ici être constatée. L'emphysème existe aussi, peut-être à un degré un peu plus faible. La surface du poumon a un aspect presque aussi cirrhotique qu'après l'emploi de l'émulsion au baume du Pérou. Sur la surface de section on trouve ici des endroits à peu près normaux à côté d'endroits emphysémateux. Au début, foyers avec cercles d'inflammation. Plus tard la formation cicatricielle, à l'examen macroscopique, ne se montre que peu prononcée.

Chez les animaux traités par des injections de cinnamate de sodium, les phénomènes sont les mêmes que chez ceux traités par injections de l'émulsion ; ils sont seulement en moyenne un peu moins marqués, d'autant moins que l'injection autour des foyers tuberculeux est plus faible. Les processus d'enkystement, de pénétration et de cicatrisation sont, avec le cinnamate de sodium, les mêmes qu'avec l'émulsion d'acide cinnamique, bien que peut-être moins intenses, parce que l'émulsion agit chimiquement d'une manière qui paraît différente.

Les phénomènes du côté du système vasculaire ont été aussi le plus fortement accentués à la suite des injections intraveineuses faites avec l'émulsion gommeuse de baume du Pérou. On a trouvé alors les capillaires et les veines excessivement dilatés, en même temps qu'une diapédèse des globules rouges sanguins et, en quelques endroits, des hémorrhagies manifestes dans le tissu.

À la suite de l'injection d'une émulsion d'acide cinnamique, la dilatation capillaire était encore très prononcée, mais la diapédèse des globules rouges et de réelles hémorrhagies n'étaient que très rarement observées.

Avec le cinnamate de sodium, la dilatation capillaire est encore très manifeste, souvent même très fortement accentuée, mais les hémorrhagies ne se rencontrent à peu près jamais.

Les résultats de l'examen histologique, à la suite du traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique, sont, comme nous l'avons vu, parfaitement concordants, soit qu'il s'agisse d'une tuberculose chez l'homme ou d'une tuberculose expérimentale chez l'animal, d'une tuberculose des poumons ou d'une tuberculose du péritoine.

Si nous résumons encore une fois les résultats des observations, nous constatons qu'au début du traitement par l'acide cinnamique il se produit une dilatation des capillaires, une accumulation de leucocytes, ordinairement multinucléaires, à l'intérieur et à l'extérieur des vaisseaux, et sans doute aussi une imbibition séreuse abondante, démontrée par les phénomènes de

gonflement dont les tissus sont le siège. Plus tard apparaissent, à côté des leucocytes, des cellules fusiformes, avec formation de fibres de tissu conjonctif, des cellules épithéliales et de jeunes vaisseaux, qui pénètrent dans les foyers tuberculeux, s'y développent, en même temps que les masses nécrotiques se rapetissent et finalement se résorbent, de sorte que à la place des processus tuberculeux on finit par avoir un tissu conjonctif et vasculaire, d'abord riche en noyaux. Ce tissu passe ensuite à l'état de tissu cicatriciel. Le produit tuberculeux est devenu une cicatrice. — Contrairement à ce qui se passe avec la tuberculine, les processus provoqués par l'acide cinnamique ne montrent aucune tendance à la mortification, mais offrent, au contraire, dès le début, un caractère accentué de productivité.

Les processus provoqués par l'acide cinnamique présentent, comme nous l'avons déjà dit, une certaine analogie avec ceux qui se produisent à la suite de l'implantation de corps étrangers, de petits morceaux de foie morts, de capsules de verre, etc., à la suite de l'injection de bacilles tuberculeux privés de vie. L'organisation, ou plutôt la substitution du thrombus rouge, du coagulum sanguin, de l'escarre sanguine humide, sont aussi des phénomènes du même genre.

Il n'est pas facile de donner une classification des effets de l'acide cinnamique. Au début du traitement par l'acide cinnamique nous observons tous les signes d'une inflammation aiguë (dilatation des capillaires et des veines, émigration de globules blancs et transsudation séreuse). Cette inflammation doit être considérée comme déterminée chimiquement. Plus tard le processus affecte un caractère prononcé de productivité. L'ectasie capillaire, la leucocytose, restent, il est vrai, manifestes ; mais la formation nouvelle d'éléments fixes de tissus, de cellules et de fibres de tissu conjonctif, de vaisseaux, prédomine alors tellement, que l'on doit mettre ce processus sur le compte de la régénération ou plutôt de la cicatrisation.

Il est singulier de voir la même substance provoquer au même endroit, au début, une vive inflammation, tandis que, à la disparition des processus tuberculeux, on n'observe que des processus régénérateurs. On devrait admettre que l'acide cinnamique et le poison tuberculeux, mêlés ensemble, donnent naissance à une matière qui provoque une inflammation locale ; cette matière est en quantité d'autant plus grande, que le processus est plus récent et le poison tuberculeux plus abondant, et la quantité de cette matière diminue à mesure que le poison tuberculeux devient

moindre. A l'appui de cette manière de voir je citerai ce fait d'observation, que l'acide cinnamique ne provoque aucune inflammation dans les organes sains.

Physiologie du traitement par l'acide cinnamique.

Les effets physiologiques de l'acide cinnamique tiennent principalement à ce qu'il possède, ainsi que ses dérivés, la propriété d'être éminemment chimico-tactique. C'est à cela que se rattache sa propriété d'attirer énergiquement les leucocytes.

Les phénomènes en question ont été mis en lumière par P.-F. Richter et Spiro (1) et par K. Spiro (2).

Avant d'exposer ce que ces travaux renferment de plus essentiel, citons un passage de l'article « Traitement de la tuberculose par le baume du Pérou » (3).

« Si l'on injecte dans la veine abdominale d'une grenouille une émulsion au jaune d'œuf de baume du Pérou, même à l'état de concentration (1 : 20), on constate avec surprise, en observant directement la circulation du sang dans le poumon à l'aide de l'appareil de Holmgren, que l'on ne retrouve, en général, qu'une très petite quantité de l'émulsion. La circulation s'accélère, ce qui arrive, naturellement, lorsque 1 cent. cube de liquide est rapidement introduit dans la circulation de la grenouille. Mais on ne voit qu'un petit nombre de granulations fines, fortement réfringentes, se mouvoir entre les globules rouges de sang. Bientôt un autre phénomène captive l'attention. Avant l'injection on ne voyait qu'un petit nombre de globules blancs, et ces globules étaient petits, sphériques, homogènes, brillants. Après l'injection, au contraire, leur nombre a augmenté rapidement; on en aperçoit maintenant dans les capillaires de la grenouille dix fois, vingt fois plus qu'auparavant. D'où sont-ils venus si brusquement? Leur aspect s'est aussi entièrement modifié, ils sont presque deux fois plus volumineux qu'auparavant, leur forme est devenue ova-

(1) P.-F. Richter et Spiro, *De l'action des injections intra-veineuses d'acide cinnamique sur le sang*, dans *Archiv für experimentelle Pathologie und Pharmakologie*, 1894.

(2) Spiro, *Des propriétés excito-inflammatoires de l'acide cinnamique*, Leipziger Inaugural Dissertation, 1893.

(3) Dans *Deutsche med. Wochenschrift*, 1899.

laire et ils sont fortement granuleux. On dirait qu'ils ont rapidement reçu en eux les granulations de l'émulsion. Quelques minutes après, on ne trouve absolument plus de granulations à l'état de liberté. Les globules blancs s'accumulent, en petits amas de 3 à 8, derrière un îlot de parenchyme du poumon, devant un capillaire momentanément plus étroit; mais ils restent simplement juxtaposés, sans adhérer l'un à l'autre, et ils sont facilement détachés et emportés par les globules rouges. Même après qu'on a renouvelé deux fois l'injection de 1 cent. cube d'émulsion, on n'observe aucune coagulation venant troubler la circulation; la circulation continue à se faire normalement. »

Ces expériences, faites en 1888 et 1889, permettaient d'admettre qu'il existait certains rapports entre le baume du Pérou et l'acide cinnamique d'un côté et les leucocytes de l'autre. Ces rapports furent plus tard exposés dans le travail de Spiro. Nous en extrayons ce qui suit :

« L'acide cinnamique possède, ainsi que cela ressort de la première publication de Landerer, p. 9, une influence facilement appréciable sur les leucocytes du sang en circulation; on peut aussi lui attribuer avec une certaine vraisemblance une action chimico-tactique. Il va de soi qu'on ne peut guère aborder directement, à un point de vue purement chimique, l'étude de ces problèmes biologiques compliqués, dans lesquels tant d'explications diverses sont possibles; il valait cependant la peine de faire des recherches à ce point de vue, et l'on y était porté, quand on réfléchissait aux relations étroites, offertes, sous ce rapport, par l'acide maléique, dont l'acide cinnamique se rapproche beaucoup chimiquement, leurs formules présentant entre elles cette ressemblance, que le groupe carboxyle du groupe maléique est remplacé par le groupe phényle (1), qui, comme on sait, est aussi fortement négatif (2). Mais on pouvait, avec beaucoup plus de probabilité, attribuer une action chimico-tactique à l'acide cinnamique, quand on tenait compte de cette circonstance, que cet acide est un acide végétal, les acides végétaux présentant, d'après les recherches

(1) Comparez les recherches de V. Meyer et de ses élèves, *Berichte der deutsch. Gesellsch.* Bd XX und folgende.

(2) Il eût été important d'utiliser les intéressantes isoméries stéréométriques trouvées par Liebermann (*Berliner Berichte*, Bd XXIV et suiv.) pour des recherches comme celles de Buchner (*Berliner Ber.* 1892, 1163), B. Meyer (*Berliner Ber.* 1891, 1074), O. Loew (*Centralblatt für Bacteriol.* XXI, 361). Malheureusement les isoméries trouvées pour l'acide cinnamique ne sont pas encore chimiquement aussi nettement établies que pour les acides fumarique et maléique (comp. A. Hantzsch et Victor Meyer, *Berliner Ber.* XXVI, S. 4 und S. 16).

de Pfeffer (comparez l'acide malique), une chimiotaxie positive, et de plus que cet acide a été trouvé parmi les produits de décomposition bactériels, dont l'action a été déjà mise en évidence d'une manière générale par Buchner et autres. Les premières recherches sur l'action chimico-tactique des préparations d'acide cinnamique ont été faites sur des substances végétales, que M. le professeur A. Fischer, de l'institut botanique, a bien voulu mettre à ma disposition, avec l'autorisation bienveillante de M. le conseiller Pfeffer. Dans ces recherches, souvent répétées, exécutées exactement de la manière indiquée par Pfeffer, le cinnamate de potassium a manifesté la même énergie chimico-tactique que celle que Pfeffer a trouvée, en général, chez les sels potassiques des acides organiques, et nous pouvons par conséquent, en utilisant la nomenclature proposée par Pfeffer, désigner leur valeur par a_2 ou $a_2 r_1$, pour le bactérium termo ou le spirillum undula, c'est-à-dire que le cinnamate de potassium, à 5 pour cent, a exercé une attraction suffisante, pour qu'il se produise une accumulation tout autour des capillaires, mais une pénétration dans ces capillaires peut à peine ou rarement être constatée.

Passant à nos recherches sur les leucocytes, nous ferons remarquer que, dans la disposition de nos expériences, nous nous sommes un peu écartés de celle de Buchner. Tandis que Buchner enfonce sous la peau des verres capillaires remplis et fermés des deux côtés et ne les brise qu'après la cicatrisation de la plaie, nous avons introduit des verres capillaires, qui étaient ouverts d'un côté, qui n'étaient donc pas clos entièrement, mais seulement à moitié, de sorte que, du côté fermé, il y avait un espace contenant de l'air. Nous nous sommes servis dans nos recherches, chez la grenouille, du sac lymphatique postérieur; chez le lapin, du tissu cellulaire sous-cutané du dos, qui, comme on sait, est pourvu, chez le lapin, d'un très petit nombre de grosses artères, de sorte que nous avons réussi très facilement à éviter l'hémorragie, pendant que nous enfoncions le petit tube. Nos expériences ont été faites avec les précautions aseptiques les plus minutieuses (pour désinfecter les instruments nous nous sommes servis d'alcool), et nous ferons remarquer expressément que nous ne tenons compte que des expériences, dans lesquelles nous avons pu nous convaincre, par des inoculations de contrôle, que les bouchons purulents qui prenaient naissance étaient d'origine aseptique.

Dans nos expériences avec l'acide cinnamique pur, la difficile solubilité de cet acide constituait un obstacle (nous avons trouvé

cette solubilité = 1 : 3550 à 15° C) (1); ces solutions si diluées étaient inactives au point de vue chimico-tactique, et nous nous empressâmes d'employer les sels, d'autant plus que l'on emploie aussi naturellement, pour injections thérapeutiques, les sels alcalins d'acide cinnamique. Nous nous servîmes d'abord du cinnamate de potassium; mais, comme l'action du potassium sur la grenouille, malgré les petites doses introduites dans les capillaires, nous parut pouvoir jouer un certain rôle, vu l'état de concentration de la solution employée, nous nous servîmes plus tard du cinnamate de sodium. Nous étudiâmes son influence sur les leucocytes, en l'employant à doses croissantes : tandis que des solutions à concentration très faible ne nous donnèrent aucun résultat, que des solutions à 0,5 pour cent ne nous en donnèrent que rarement, nous vîmes, après avoir employé des tubes avec une solution de 1 pour cent et les avoir laissés 48 à 72 heures dans le corps de l'animal, une action se produire dans le 30 pour cent environ de nos expériences; mais cette action se manifesta toutes les fois que nous avions employé une solution à 5 pour cent. Relativement à la nature des leucocytes, nous pouvons faire observer qu'il s'agissait, dans le plus grand nombre des cas, de cellules lymphatiques polynucléaires, mais qu'on observait aussi parfois, d'après Ehrlich, des cellules éosinophiles.

Nous avons obtenu la même chimiotaxie positive bien accentuée par l'emploi de l'alcool cinnamique, en solution à 5 pour cent; ici encore les tubes contenaient presque toujours, à la pointe, un bouchon purulent aseptique, soit que l'expérience eût été faite chez un animal à sang chaud, soit qu'elle eût été faite chez un animal à sang froid; nous avons cru pouvoir attacher une certaine importance à ce résultat, parce que l'alcool cinnamique existe constamment dans l'essence de cannelle, à laquelle Pohl (2) a reconnu, il y a quelques années, la propriété de provoquer une leucocytose.

Nous avons aussi, en même temps que nous faisons les recherches en question, étudié les propriétés que possèdent l'acide cinnamique et ses dérivés d'exciter une leucocytose, et les substances expérimentées (acide cinnamique en émulsion alcaline avec jaune d'œuf, ou alcool cinnamique en solution aqueuse) ont été injectées dans les veines de l'oreille, chez des lapins.

(1) Kraut a trouvé 1 : 3500, dans l'eau, à 17° C (Voy. *Liebig's Annalen der Chemie*, cx, 270.

(2) POHL, *Archiv für experim. Pathologie und Pharmakologie von Naunyn et Schmiedeberg*. Bd. XXV

Limbeck (1) ayant démontré, dans une série de processus inflammatoires exsudatifs, l'existence d'une augmentation de leucocytes dans le sang, et ayant confirmé en même temps les observations qui avaient déjà été faites par Virchow, Cohnheim et d'autres (2), il était naturel de présumer que le même fait se produisait aussi à la suite de l'injection intraveineuse d'acide cinnamique, les observations de Landerer ayant prouvé que cette injection provoquait des processus inflammatoires dans les poumons. Les propriétés chimico-tactiques, que j'avais reconnues à l'acide cinnamique et à ses dérivés, tendaient aussi à faire admettre cette opinion, Buchner et d'autres ayant déjà trouvé qu'une série de corps à action chimico-tactique jouissaient de la propriété de faire augmenter le nombre des leucocytes. Cela nous conduirait trop loin, si nous voulions ici approfondir toutes les questions qui ont trait à la leucocytose; nous ferons seulement remarquer que nos expériences ont fourni, relativement à la leucocytose, des résultats tout à fait analogues à ceux que Buchner nous a fait connaître relativement à la protéine des bactéries, et que nous y trouvons en même temps une nouvelle confirmation des rapports entre la chimico-taxie et la leucocytose.

Tous les dérivés de l'acide cinnamique, auxquels nous avons reconnu des propriétés chimico-tactiques, de même que l'émulsion d'acide cinnamique au jaune d'œuf, employée par Landerer, ont provoqué une leucocytose intense, qui, à la suite d'une injection unique, atteignait son summum au bout de 4 heures environ et disparaissait environ après 24 heures. Les éléments qui se présentaient étaient principalement des cellules polynucléaires, qui, comme on sait, jouent le rôle principal dans l'inflammation, et qui formaient la partie la plus importante des infiltrations inflammatoires, qui se produisaient, chez les animaux en expérience, tout autour du foyer tuberculeux, à la suite des applications de l'acide cinnamique.

Ce résultat n'est pas sans intérêt au point de vue théorique, car il concorde d'une certaine façon avec les opinions de Metschnikoff (3), qui considère l'inflammation comme une chimico-taxie locale, et la leucocytose comme une chimico-taxie générale, se produisant dans le sang.

(1) V. Limbeck, *Klinisches und Experimentelles über die entzündliche Leucocytose.* (*Zeitschrift für Heilkunde*, X, 392, 1889.)

(2) Pour la bibliographie, voyez Rieder, *Beitraege zur Kenntniss der Leucocytose* etc. *Monographie*, Leipzig, F. C. W. Vogel, 1892.

(3) Elias Metschnikoff, *Leçons sur la pathologie comparée de l'inflammation*, Paris, 1892.

Quelle a été, d'après nos recherches, l'intensité de la leucocytose, pouvant aussi se produire chez l'homme? C'est ce que montrent quelques procès-verbaux, pris au hasard au milieu d'une longue série de nos expériences, ayant toutes donné des résultats identiques :

27 juillet 1892.

Méthode Thoma-Zeiss, liquide dissolvant : une solution à 5 0/0 de sulfate de sodium.

Lapin gris, rapport des globules blancs aux globules rouges comme 1 : 644.

9 h. 0^{sr},50 d'une solution d'alcool cinnamique à 5 0/0 sont injectés.

11 h. Rapport des globules blancs aux glob. rouges = 1 : 298

12 h. — — — = 1 : 243

1 h. — — — = 1 : 186

Au bout de 24 heures le rapport était comme 1 : 710.

28 juillet 1892. Lapin gris.

Méthode, la même que ci-dessus.

Rapport des globules blancs aux globules rouges 1 : 598.

9 h. 30. On injecte 0^{sr},4 de l'émulsion d'acide cinnamique.

12 h. 30. Rapport comme 1 : 212.

1 h. 30. Rapport comme 1 : 197.

29 juillet 1893. Rapport, à 10 h. mat., comme 1 : 744.

Quant à l'origine de ces leucocytes, des expériences, qui seront données ailleurs en détail, tendent à faire admettre qu'ils proviennent des organes lymphoïdes, d'où ils seraient transportés dans le sang par attraction chimico-tactique. »

Du travail de P.-F. Richter et C. Spiro nous extrayons ce qui suit :

« Landerer a déjà, dans ses expériences sur la grenouille, établi la propriété que possède le baume du Pérou d'exciter une forte leucocytose, et il a montré que, peu de temps après l'injection dans la veine abdominale de l'émulsion employée dans un but thérapeutique, les vaisseaux se remplissent de leucocytes abondants. Nos expériences, faites aussi bien sur l'homme que sur les animaux (lapins et chiens), et dans lesquelles nous nous sommes servis de l'émulsion d'acide cinnamique, employée pour l'usage thérapeutique, ont montré que l'acide cinnamique et ses dérivés font partie des substances capables de provoquer la plus forte leucocytose, que cette action ne se manifeste avec intensité

qu'à la suite des injections *intraveineuses*, et qu'elle est relativement faible à la suite d'une application *sous-cutanée*. L'augmentation du nombre des leucocytes a commencé à se produire au bout d'une heure environ ; elle a atteint son maximum, dans la plupart des cas, au bout de 3 à 4 heures, plus rarement au bout de 8 heures ; puis, du moins après l'emploi de doses moyennes, le nombre des leucocytes a diminué peu à peu, pour revenir à l'état normal au bout de 24 heures environ. Cet accroissement du nombre des leucocytes était déjà très marqué à la suite d'une seule injection ; il s'accroissait encore davantage, quand les doses étaient un peu augmentées ou que les injections étaient renouvelées plusieurs fois dans les 24 heures. Dans les cas de ce genre, cet accroissement a pu atteindre l'énorme proportion de 1 : 51.

En multipliant ainsi les injections, nous obtenions des résultats qui différaient de ceux observés d'habitude : le retour à l'état normal était retardé, ne se produisait parfois qu'au bout de 48 heures ; si, ce retour à l'état normal ne s'étant pas encore fait complètement, on pratiquait une nouvelle injection (ce que nous avons observé plusieurs fois chez des lapins rendus tuberculeux, auxquels nous faisons, comme traitement, des injections toutes les 48 heures), nous constatons alors que les accroissements, avec ces doses successives, devenaient encore plus marqués. Bien que ces injections répétées eussent pour résultat d'élever le nombre absolu des leucocytes, on constatait néanmoins que, si l'on ne renouvelait pas l'injection, la persistance de la leucocytose n'allait pas au delà de 48 heures. Une augmentation persistante du nombre des leucocytes dans les intervalles des injections, une sorte de leucocytose chronique, n'a pu être obtenue chez nos animaux, auxquels nous avons pratiqué des injections, tous les deux ou trois jours, pendant plusieurs mois.

A l'appui de ce que nous venons de dire citons quelques expériences ; elles ont été faites sur des lapins ; les globules ont été comptés avec l'appareil de Thoma-Ziess, dans le sang des veines de l'oreille, où les injections avaient été faites :

1. — Expérience avec une solution d'alcool cinnamique 2 : 150, quantité injectée 0^{cc},75.

Avant l'injection.	7.486 leucocytes.
Au bout de 3 heures.	27.240 —
— 10 —	18.406 —
— 24 —	8.350 —

2. — Expérience avec une solution de cinnamate de sodium, quantité injectée 0^{cc},5 :

Avant l'injection : 9.406 leucocytes ; rapport						1 : 533
aux globules rouges						
Au bout de 2 heures : 13.736 leucocytes ; rapport.						1 : 353
— 4 —	34.204	—	—			1 : 148
— 20 —	16.122	—	—			1 : 286
— 24 —	8.100	—	—			1 : 505

3. Expérience avec émulsion employée dans un but thérapeutique :

Avant l'injection : 8.000 leucocytes ; rapport						1 : 623
21 juin. Injection de 0 ^{cc} ,3.						
Après 4 heures : 31.440 leucocytes ; rapport						1 : 143
— 24 —	10.220	—	—			1 : 470
22 juin. Injection de 0 ^{cc} ,3.						
Après 4 heures : 44.806	—	—				1 : 94
— 24 —	15.786	—	—			1 : 311
23 juin. Injection de 0 ^{cc} ,5.						
Après 3 heures : 71.186	—	—				1 : 51
— 10 —	26.380	—	—			1 : 187
— 24 —	21.100	—	—			1 : 216
— 48 —	15.310	—	—			1 : 380
— 72 —	7.634	—	—			1 : 612

Quant à la forme des leucocytes, la distinction d'après la différenciation du protoplasma, telle qu'elle a été proposée par Ehrlich, ne peut pas être utilisée pour nos recherches, parce que la granulation éosinophile des leucocytes du lapin n'indique rien de particulier, appartient même à presque tous les globules blancs du sang, tandis qu'une granulation neutrophile n'existe pas. C'est donc dans le nombre des noyaux (mononucléaires, polynucléaires ou à granulations polymorphes) que nous avons le seul moyen de distinction. Faisons seulement remarquer ici en quelques mots — nous reviendrons plus tard encore sur ce point — que, au moment du maximum de la leucocytose, les cellules polynucléaires étaient de beaucoup les plus nombreuses. Pendant que, dans la veine de l'oreille du lapin à l'état normal, le nombre des cellules polynucléaires oscillait entre 50 et 65 pour ccnt, ce nombre était, au moment du maximum de la leucocytose, au moins

de 85 p. cent. Les résultats ont été les mêmes chez l'homme, sauf qu'ici, les doses choisies étant relativement plus faibles, le degré de la leucocytose était plus faible aussi ; ici également le processus était caractérisé par l'augmentation prépondérante des cellules neutrophiles, polynucléaires : de 70 à 75 p. cent, qu'elles étaient dans le sang normal, elles s'élevèrent jusqu'à 90 p. cent, dans un cas même jusqu'à 98 p. cent ; on notait en même temps, d'une manière presque générale, un accroissement du nombre des cellules éosinophiles. Ce dernier fait ne doit être mentionné qu'incidemment ; ainsi qu'on le sait d'après les recherches de Neusser, Canon et autres, l'éosinophilie se présente dans les états les plus divers, les plus hétérogènes, sans que jusqu'à maintenant l'explication de ce fait ait pu être trouvée ; nous ne mentionnons ce résultat que parce que, dans une autre leucocytose artificiellement provoquée, dans celle qui succède à l'emploi de la tuberculine, la multiplication des cellules éosinophiles a été signalée par plusieurs auteurs.

Nous rapporterons avec plus de détails, à cause de son intérêt théorique, un cas de leucémie, dans lequel furent pratiquées, pour une affection tuberculeuse concomitante des sommets, un certain nombre d'injections d'acide cinnamique. Il s'agissait d'un cas de leucémie spléno-lymphatique ; le rapport des cellules mononucléaires aux cellules polynucléaires s'était modifié, environ 45 0/0 de cellules polynucléaires pour 55 0/0 de cellules mononucléaires, fait que Löwit considère comme caractéristique pour la leucémie ; les cellules éosinophiles n'avaient pas augmenté de nombre ; le rapport des globules blancs aux globules rouges était 1 : 14, le nombre des érythrocytes était considérablement amoindri, 2 millions et demi environ. Les injections intraveineuses de quantités tout à fait minimales (0 cme., 05 d'émulsion d'acide cinnamique) firent, en trois heures, monter le nombre absolu des leucocytes de 170.000 à 560.000, de plus du triple par conséquent, tandis que le nombre des érythrocytes s'élevait aussi un peu, de telle sorte que le rapport était 4 : 5, 5.

Il était intéressant d'étudier les préparations, faites d'après les méthodes de Ehrlich : Le rapport des diverses sortes de leucocytes y avait subi des modifications considérables au moment de l'injection. On comptait 86 0/0 de leucocytes polynucléaires contre seulement 14 0/0 de mononucléaires ; les cellules éosinophiles, rares auparavant, avaient un peu augmenté de nombre ; en trouvaient en même temps, à ce moment, quelques globules rouges sanguins pourvus de noyau, qui faisaient défaut avant l'injection. On constata ensuite que ce rapide accroissement du nombre de leucocytes ne se maintint pas longtemps ; au bout de 24 heures, l'état primitif était de nouveau atteint ; et puis

commença une lente diminution de la quantité des leucocytes. Deux jours après la première injection, le rapport était 1 : 17; quatre jours après, 1 : 69, avec un nombre absolu de 46.000 leucocytes; à partir de ce moment, ce rapport revint lentement à sa valeur primitive. La même amélioration, de courte durée, de l'état du sang, coïncidant avec une amélioration de l'état général et des symptômes objectifs (*diminution manifeste du volume des ganglions lymphatiques et de la rate*), fut observée à la suite de deux autres injections, de sorte que nous pouvons nous dispenser de donner un rapport détaillé des résultats obtenus.

Ce cas est remarquable à plusieurs points de vue. Il montre d'abord que les lieux de formation du sang, à l'état pathologique, réagissent, à l'égard des irritations qui les affectent, d'une manière beaucoup plus intense qu'à l'état normal; il démontre encore la différence, non seulement quantitative, mais encore qualitative, entre la leucémie et la leucocytose, et il fait voir qu'une leucocytose transitoire peut accidentellement se transformer en une leucémie d'une certaine durée, cette dernière dominant même complètement pendant quelque temps les phénomènes morbides et obscurcissant les résultats primitifs de l'examen microscopique du sang. — Ce cas offre, sous ce rapport, une sorte de pendant expérimental à une observation, publiée par Müller dans la Clinique de Ziemssen, d'après laquelle une septicémie serait survenue dans le cours d'une leucémie. Après le début de la fièvre septique Müller observa un accroissement du nombre des leucocytes à granulations polymorphes « comme expression d'une leucocytose symptomatique dans un organisme leucémique ».

Nous croyons devoir appeler l'attention sur ce fait, en apparence paradoxal, que, sous l'influence d'un agent faisant augmenter le nombre des leucocytes, il se produit, dans la leucémie, une diminution, passagère il est vrai, du nombre des leucocytes : ce fait semble concorder avec d'autres observations, qui ont été faites plusieurs fois déjà dans les maladies infectieuses fébriles. Le premier cas de leucémie de ce genre a été rapporté par Eisenlohr : ici, sous l'influence d'une affection typhique, les ganglions lymphatiques et la rate se désenflèrent, le nombre des globules blancs du sang diminua dans une telle proportion, que, « au moment du maximum de la fièvre, le diagnostic leucémique n'était absolument plus autorisé », quelques jours après la chute de la température, après quoi il se produisit de nouveau une rapide augmentation des phénomènes. — Henk rapporte un cas semblable : à l'apparition d'une pleurésie exsudative les phénomènes leucémiques regressèrent aussi momentanément; nous ferons observer que, ce même malade ayant été, quelques mois plus tard, pris d'un rhumatisme articulaire aigu fébrile, l'état du sang n'en éprouva aucune influence. — Des cas analogues ont été publiés par Quincke, Stintzing, Fröhlich, Kovacs; tous ces cas mentionnent, comme caractère commun, la régression de la leucémie pendant l'évolution des maladies les plus diverses s'associant à la leucémie. On ne pourrait, dans l'état actuel de

nos connaissances, donner une explication de ce processus qu'en se lançant dans le domaine des hypothèses, à moins d'admettre avec Müller d'une manière générale que, dans son cas, le virus septique, dans le nôtre, l'acide cinnamique, substance, comme nous l'avons vu, ayant des rapports très étroits avec la leucocytose, exercent une excitation perturbatrice sur les lieux de formation du sang affectés et sur les processus. Cette idée, que les substances provocatrices d'une leucocytose exercent une action spéciale sur les lieux de formation du sang leucémiques, pourrait trouver un appui dans un cas de Henk, entièrement analogue au nôtre. Henk a constaté, dans un cas de leucémie splénique, après quelques injections de tuberculine, que le rapport des globules blancs aux globules rouges du sang avait diminué, le jour qui suivit l'injection, de 1 : 57 jusqu'à 1 : 109. Malheureusement l'examen ne fut fait ni immédiatement ni quelques heures après l'injection; cependant, d'après les propriétés que nous reconnaissons à la tuberculine, et d'après les propriétés, chimicotactiques-leucocytiques, qu'elle possède, on peut bien admettre qu'il en a été de ce cas comme du nôtre et que la diminution de la leucocytose aura été précédée d'une attraction des globules blancs dans le sang. Ces faits, encore obscurs, méritent en tout cas d'être l'objet de nouvelles études.

Comment se produit l'augmentation des leucocytes? A priori, deux voies sont possibles; il s'agit ou bien d'une augmentation réelle, ou bien d'une augmentation seulement apparente, c'est-à-dire d'un déplacement des leucocytes des parties centrales vers les parties périphériques, de sorte qu'un observateur, faisant porter son examen sur les parties périphériques, conclurait à une augmentation, alors que la quantité totale des leucocytes n'aurait en réalité nullement augmenté. Contre cette dernière opinion, qui ne reconnaît point, en général, de leucocytose, et qui est représentée par Rieder et son élève Schulz, contre cette opinion, Goldscheider et Jacob, dans leurs expériences sur l'hyperleucocytose artificielle au moyen d'une série d'extraits d'organes, ont élevé des objections importantes. Ils ont montré qu'il existe, même à l'état normal, une inégalité dans la distribution des leucocytes entre les vaisseaux périphériques et les vaisseaux centraux, mais que leurs substances excitatrices de la leucocytose ont constamment déterminé une augmentation des leucocytes aussi bien dans les vaisseaux de la périphérie que dans les vaisseaux du centre.

Nous avons pu nous dispenser de numérations de ce genre pour réfuter l'opinion de Rieder (le travail de Schulz n'a été publié que quelques temps après la fin de nos recherches), parce que l'examen des organes des nombreux animaux, que nous avons traités,

dans un but thérapeutique, par l'émulsion d'acide cinnamique, nous a appris qu'il s'agissait en effet d'une réelle augmentation du nombre des leucocytes : ainsi que le fait voir clairement le travail de l'un de nous, nous avons trouvé les poumons de nos animaux en expérience bourrés de leucocytes, qui remplissaient les vaisseaux ou qui en étaient déjà sortis, et cela, non passeulement au moment où la leucocytose avait déjà diminué, mais encore concurremment avec une augmentation des leucocytes dans les régions vasculaires périphériques. Comparez aussi l'augmentation du nombre des leucocytes, observée dans le sang en circulation dans les poumons (p. 42). Ces résultats concordent donc parfaitement avec ce que Goldscheider et Jacob ont observé, à la suite des injections de leurs extraits, chez les animaux en expérience, dans la période de l'hyperleucocytose.

Si donc il s'agit, comme nous l'avons démontré, d'une *réelle augmentation* du nombre des leucocytes dans le sang, cette augmentation pourrait bien tout d'abord se produire directement dans le *sang lui-même*. Cette manière de voir a été adoptée par Buchner et Rømer pour la protéinleucocytose, qu'ils ont décrite et bien étudiée; ils basent l'irritation formatrice directe, qu'ils attribuent à leurs substances relativement aux leucocytes, premièrement sur ce que l'augmentation de ces leucocytes a été constatée à peu près exclusivement dans le système veineux et ne peut donc pas être rapportée à un accroissement de formation dans les organes hémopoïétiques, car alors on devrait aussi la rencontrer dans le système artériel. Ce résultat ne peut être appliqué à la leucocytose de l'acide cinnamique; nous avons pu régulièrement constater l'existence d'une leucocytose dans le sang artériel, bien qu'elle fût plus faible que dans les veines correspondantes; en voici quelques exemples, tirés de nos expériences :

Jeune chien, du poids de 2 kilog. ; numération d'après Thoma-Zeiss, comme ci-dessus; avant l'injection, dans la veine jugulaire 9740 leucocytes, dans la carotide 7460; 3 heures et demie après l'injection de 0cmc.,5 d'émulsion d'acide cinnamique, dans la veine jugulaire 15.630 leucocytes, dans la carotide 9720 leucocytes.

Vieux chien (ayant servi déjà à d'autres expériences), pesant 5 kil. ; numération avant l'injection : veine crurale 8220 leucocytes, dans l'artère crurale 6440 leucocytes. — Injection de 0cmc.8 d'émulsion : au bout de 5 heures, dans la veine crurale 18320 leucocytes, dans l'artère 9040 leucocytes.

Des résultats semblables ont été obtenus aussi par Lœwit chez des lapins leucocytosiques.

La seconde preuve que donne Rømer est la réunion, à peu près généralement constatée, des leucocytes en petits amas, et il tend surtout à attribuer une grande importance à la ressemblance morphologique des leucocytes réunis deux à deux, ce qui donne l'impression que « leur division est arrivée à sa fin ». Nous pouvons confirmer la réalité de ces faits, sans nous associer à leur interprétation. La réunion des leucocytes en groupes, en amas, a été spécialement constatée presque toujours dans la veine de l'oreille ; cependant des expériences dirigées particulièrement sur ce point nous ont montré que l'on obtient souvent aussi le même résultat, chez le lapin à l'état normal, en comptant les leucocytes dans le sang de la veine de l'oreille, tandis que ce résultat fait défaut, quand on les compte dans les vaisseaux artériels, surtout dans les vaisseaux volumineux, et nous croyons donc, avec Lœwit, que ces particularités offertes par les leucocytes tiennent à des conditions physiques du courant sanguin et des globules (viscosité, etc.).

Faisons encore remarquer ici que Lœwit a cherché une explication toute particulière, en se plaçant à un tout autre point de vue. Il a pour la première fois montré que l'action leucocytosique d'une série de substances est précédée d'une période, dans laquelle le nombre des leucocytes est diminué, et il a exprimé son idée en disant que cette diminution est en connexion causale avec la leucocytose, que la leucocytose n'est, suivant son expression, que la conséquence d'une « leukolyse ». Nous n'avons aucun motif de critiquer cette conclusion, contre laquelle Goldscheider et Jacob ont élevé des objections, parce que la base, sur laquelle est fondée cette opinion, n'existe pas pour notre substance ; nous n'avons jamais constaté, dans nos expériences, une diminution des leucocytes en rapport avec une augmentation ultérieure, ainsi que Roujitchka l'a tout récemment observé pour la pilocarpine. Remarquons encore d'ailleurs que Lœwit n'a jamais pu apporter la preuve d'une réelle lyse, c'est-à-dire d'une destruction de leucocytes, ayant laissé des restes morphologiquement appréciables. L'apparition immédiate d'un plus grand nombre de leucocytes dans le sang en circulation dans les poumons, chez la grenouille (p. 45) parle aussi contre l'existence antérieure d'une leukolyse.

Il reste encore à discuter l'opinion, qui admet *une augmentation de production de leucocytes dans les organes hémopoétiques*. Cette opinion semble trouver déjà un point d'appui dans les résultats, que nous avons fréquemment observés chez nos ani-

maux traités par des injections répétées, c'est-à-dire le gonflement et la rougeur de l'intestin et de la rate ; des résultats tout à fait semblables ont été publiés récemment par Roujitchka. Cet observateur a constaté que la leucocytose, qui se manifeste à la suite des injections de pilocarpine, était accompagnée d'une hyperplasie de la rate avec augmentation des corpuscules de Malpighi et grossissement des follicules.

Pour la démonstration expérimentale de cette manière de voir deux voies étaient ouvertes, soit l'examen histologique de la rate, des ganglions lymphatiques, etc., soit l'extirpation de ces organes. Les méthodes d'examen, employées jusqu'ici, suivant la première voie, ne promettant aucun résultat certain, nous avons préféré la seconde voie, c'est-à-dire que nous avons cherché à établir l'influence que l'extirpation des organes en question peut avoir sur la production et la marche de la leucocytose. L'extirpation de la rate — la seule dont il puisse être question dans les expériences — a été pratiquée aussi bien chez des lapins que chez des chiens. Quand les animaux se sont rétablis, ce qui arrive au bout de 5 à 8 jours, on trouve constamment le nombre des leucocytes augmenté, pas toujours, il est vrai, à un aussi haut degré que l'admet Rieder par exemple, mais, en moyenne, de $1\frac{1}{4}$ du nombre primitif. Si, à ce moment, on injecte chez l'animal privé de la rate une émulsion d'acide cinnamique, on constate qu'il existe encore constamment, il est vrai, une leucocytose, mais cette leucocytose était notablement plus faible que chez les animaux à l'état normal. Voici quelques exemples choisis parmi nos expériences :

1. — Lapin de grosseur moyenne ; nombre de leucocytes dans la veine de l'oreille = 9,880.

26 novembre 1892. Extirpation de la rate.

1^{er} décembre 1892. 13,150 leucocytes. Injection de 0^{cc},4 d'émulsion dans la veine jugulaire gauche ; 4 heures après, 16,400 leucocytes dans la veine auriculaire, 14,200 dans la veine jugulaire.

2 décembre. 13,280 leucocytes dans la veine de l'oreille ; injection de 0^{cc},5 d'émulsion cinnamique ; au bout de 4 heures, 15,600 leucocytes dans la veine auriculaire.

3 décembre. Nouvelle injection de 0^{cc},5 d'émulsion cinnamique ; 6 heures après, dans la veine auriculaire 21,200 leucocytes, dans la veine crurale 19,300.

2. — Chien de taille moyenne, nombre de leucocytes dans la veine crurale 10,260.

6 décembre. Extirpation de la rate.

12 décembre. Dans la veine crurale 13,150 leucocytes (beaucoup de globules rouges à noyaux) ; on injecte 0^{cc},6 d'une émulsion, à 5 0 0, dans la veine jugulaire ; 3 heures après, dans la crurale, 13,240 leucocytes ; 6 heures après, 15,060.

13 décembre. 14,710 leucocytes. On injecte 0^{cc},8 d'une émulsion cinnamique ; au bout de 6 heures, 16,424 leucocytes.

14 décembre. 15,600 leucocytes. On injecte 0^{cc},8 d'émulsion ; 4 heures après, 21,150 leucocytes.

Il ressort de ces expériences que l'extirpation de la rate a une certaine influence sur la leucocytose, aussi bien au point de vue du degré qu'au point de vue du moment de sa production, et qu'il est besoin d'injections accumulées, pour provoquer chez l'animal privé de rate un degré de leucocytose approchant à peine de celui que provoque une injection unique sur l'animal à l'état normal. Il est vrai que l'action supplémentaire des autres glandes hémopoétiques rend plus difficile une interprétation précise des résultats obtenus.

Cette théorie, proposée par Limbeck, Weigert et autres, au sujet de la production d'une irritation sur les organes hémopoétiques, qui, par suite, seraient excités à produire davantage, n'est nullement contredite, ainsi que l'admet Rømer, par cette circonstance, que ce sont principalement les formes polynucléaires des globules blancs qui participent à la leucocytose, tandis que, d'après Ehrlich, ce sont surtout les cellules mononucléaires que les organes lymphatiques apportent à la circulation. Nous avons pu, en effet, de même que Lœwit, trouver dans notre leucocytose que, au commencement, la prédominance des formes polynucléaires sur les mononucléaires n'est pas au même degré qu'elle le sera plus tard. Nous pouvons donc nous ranger à l'opinion de Lœwit, d'après laquelle le courant sanguin reçoit primitivement des cellules mononucléaires, qui y deviennent ensuite polynucléaires, et nous en trouvons une autre preuve dans ce fait, à savoir, que, au moment du maximum de la leucocytose, à la suite des injections d'acide cinnamique, nous avons, exactement comme Rømer, rencontré principalement des cellules à deux noyaux, tandis qu'au déclin de la leucocytose on voyait des cellules qui avaient trois noyaux et davantage.

D'après ce que nous avons déjà dit au sujet des propriétés chimico-tactiques de l'acide cinnamique, nous devons aujourd'hui admettre comme probable que les leucocytes, en même temps qu'ils se forment en plus grande abondance, sortent aussi en plus grand nombre, attirés dans le sang, des lieux de leur forma-

tion, et que de ces deux facteurs résulte la leucocytose intense qui se produit.

Contrairement aux globules blancs, les *globules rouges* n'éprouvent aucune altération essentielle à la suite des injections intraveineuses d'acide cinnamique: on ne les a pas trouvés, après l'injection, diminués de nombre, et les recherches microscopiques n'ont pas non plus permis de constater la présence de formes d'érythrocytes, pouvant être considérées comme des produits de destruction ou des formes de dissolution. Ces faits concordent avec les résultats de déterminations d'hémoglobine, que nous avons faites à plusieurs reprises sur des lapins; nous nous sommes servis, dans nos expériences, de la méthode calorimétrique de Hoppe-Seyler; mais comme il s'agissait pour nous moins de chiffres absolus que de la comparaison des quantités relatives d'hémoglobine avant et après les injections, nous avons un peu modifié cette méthode: au lieu de faire nos recherches avec une solution normale d'hémoglobine oxy-carbonique, comme le faisait Hoppe-Seyler, nous avons comparé directement, au point de vue calorimétrique, le sang contenant de l'oxyde de carbone, et que nous retirions de la veine auriculaire, avant et après l'injection. Nous n'avons constaté, ni immédiatement après l'injection, ni quelques heures après, aucune diminution de la quantité d'hémoglobine.

Les injections d'acide cinnamique exercent une influence intéressante sur les *lamelles sanguines*, le troisième élément corpusculaire du sang; nous nous sommes servis de la méthode ci-dessous; nous devons l'indication de cette méthode à M. le conseiller privé Ludwig, qui a eu l'obligeance de mettre à notre disposition son laboratoire pour une partie de nos expériences. On faisait tomber goutte à goutte le sang dans une solution, qui, sur 100 parties de solution chloruro-sodique physiologique, contenait deux parties d'oxalate d'ammonium, et l'on ajoutait une quantité de sang à peu près suffisante pour que l'oxalate d'ammonium se trouvât en solution à 2 p. 100; cette solution était ensuite concentrée jusqu'à formation manifeste d'un dépôt. On observa que, deux à trois heures après l'injection, pendant que la leucocytose augmentait, ou avait déjà atteint son maximum, le nombre des lamelles sanguines diminuait, parfois jusqu'à disparition complète, et ce fait s'observait aussi bien dans le système vasculaire artériel que dans le système veineux, chez le chien aussi bien que chez le lapin; au bout de 24 heures, les choses étaient à peu près revenues à l'état primitif.

Nos recherches sont cependant trop peu nombreuses pour nous permettre d'établir des conclusions au sujet d'un rapport entre la diminution des lamelles sanguines et l'augmentation des leucocytes, et un tel rapport est d'autant plus incertain, que la diminution et la disparition des lamelles sanguines ont été aussi observées à la suite d'injections intraveineuses d'acide cinnamique, alors que, comme après l'extirpation de la rate, la leucocytose était insignifiante ou même faisait entièrement défaut.

L'existence d'une certaine connexion entre les leucocytes et les lamelles sanguines résulterait des données de Botkin, qui croit avoir constaté, simultanément avec la désagrégation des éléments leucocytaires, une augmentation considérable des lamelles sanguines; Læwit a pu aussi, avec ses substances leukolytiques (à l'exception de l'extrait de sangsue), constater que, aussitôt que la leucocytose s'était produite, les lamelles sanguines se reconstituaient en plus grand nombre et réunies en amas; on pourrait dire encore contre ces données qu'elles ne sont que des résultats d'estimation, la numération des lamelles sanguines étant impossible sur une préparation sèche et des produits de désagrégation pouvant bien être pris pour de telles lamelles. Un examen plus attentif des rapports de la leucocytose avec la formation ou la destruction des lamelles sanguines pourrait nous fournir des éclaircissements intéressants. »

Ces travaux n'ont pu être continués par suite de certaines circonstances; ils n'offraient pas d'ailleurs, au point de vue thérapeutique, une importance bien marquée.

Chez l'homme, nous avons pu, depuis lors, constater d'une manière régulière l'existence de l'hyperleucocytose. Nous l'avons rencontrée à la suite des injections intraveineuses de cinnamate de sodium. Chez des malades présentant des plaies ou des surfaces granuleuses, que l'on pansait d'une manière prolongée avec des dérivés de l'acide cinnamique, nous avons aussi presque constamment trouvé le chiffre des leucocytes augmenté.

Nous avons pu aussi établir, chez l'homme, que les globules sanguins n'étaient pas altérés.

La numération des leucocytes a donné des chiffres en moyenne assez élevés, parce que l'observation a porté sur des malades qui, tout en étant soumis au traitement par l'acide cinnamique, avaient en même temps des plaies que l'on pansait avec des dérivés de l'acide cinnamique.

Exemples : W — Tuberculose du pounon et de l'articulation de la main, tentative de résection, avec ablation de tous les os,

totalemant cariés, du carpe, grattage du cubitus et du radius, des os métacarpiens, etc...

13 avril 1898, 9 heures du matin : Injection de 25 milligr de cinnamate de sodium.

11 heures — Leucocytes	1 : 276
2 — — —	1 : 239
5 — — —	1 : 256

14 avril : Point d'injection.

11 heures.	1 : 623
2 —	1 : 424
5 —	1 : 466

L. — Tuberculose du poumon et du pied.

15 avril, 9 heures : Injection de 25 millig. de cinnamate de sodium.

11 heures.	1 : 522
2 —	1 : 295
6 —	1 : 321

13 avril : Point d'injection.

11 heures.	1 : 623
2 —	1 : 395
5 —	1 : 414

H. — Tuberculose des gaines tendineuses et des os, pansée avec le cinnamylmetacrésol.

19 avril, 9 heures : Injection de 5 millig. de cinnamate de sodium.

11 heures.	1 : 358
2 —	1 : 121
5 —	1 : 201

20 avril : Point d'injection.

11 heures.	1 : 289
2 —	1 : 216
5 —	1 : 301

S. — Tuberculose pulmonaire, 22 avril, 9 heures, injection de 3 millig. de cinnamate de sodium.

11 heures.	1 : 389
2 —	1 : 159
5 —	1 : 217

3 avril : Point d'injection.

11 heures.	1 : 372
2 —	1 : 340
5 —	1 : 402

I. — Carie costale (opérée et pansée avec le cinnamylmetacresol).
Tuberculose pulmonaire.

4 mai, 9 heures : 25 millig. de cinnamate de sodium en injection intraveineuse.

11 heures	1 : 163
2 —	1 : 238
5 —	1 : 152

5 mai : point d'injections.

11 heures	1 : 268
2 —	1 : 209
5 —	1 : 262

H. — Spina ventosa, pansement au cinnamymétacresol.

6 mai, 9 heures : 25 millig. de cinnamate de sodium, en injection intraveineuse.

11 heures	1 : 252
2 —	1 : 242
5 —	1 : 255

7 mai : aucune injection.

11 heures	1 : 226
2 —	1 : 174
5 —	1 : 205

Chez ce malade, d'autres injections, faites plus tard, n'ont produit aucun effet au point de vue du nombre des leucocytes.

C'est une chose remarquable, que l'acide cinnamique ou plutôt le *cinnamate de sodium*, qui produisent, chez l'homme et les animaux tuberculeux, des effets si intenses, *n'exercent, chez les animaux sains, à l'exception d'une légère leucocytose, aucune action appréciable*. Nous avons, en trois jours, injecté, partie dans les veines, partie dans le péritoine, jusqu'à 5 gr. de cinnamate de sodium en solution à 5 pour cent, sans que nous ayons pu constater aucune altération macroscopique ou microscopique.

Nous ferons observer particulièrement que ni les poumons, ni les reins, ni l'intestin, ne présentaient rien d'anormal.

Nous avons toujours porté notre attention spécialement sur les

reins. Ces organes n'ont jamais éprouvé aucune influence nuisible.

J'ai vu, en tout, cinq cas de néphrite se produire pendant le traitement par l'acide cinnamique, sur environ 500 cas qui, depuis 1890, ont été soumis plus ou moins longtemps au traitement cinnamique. Dans aucun de ces cinq cas l'acide cinnamique ne peut être incriminé, d'autant moins que les personnes soumises à ce traitement étaient presque exclusivement des gens malades depuis longtemps, souvent depuis plus de dix ans.

Dans deux cas on a employé l'émulsion glycéinée d'acide cinnamique en quantités considérables. Dans l'un de ces cas il s'agissait d'un abcès coxo-fémoral, qu'on avait rempli avec environ 50 cc., à 2 0/0, d'acide cinnamique glycéiné. L'enfant (poli-clinique) était le lendemain un peu abattu, la température dépassait 39°. L'abcès fut de nouveau ouvert, bien qu'on ne remarquât aucune réaction, et le contenu en fut évacué. L'état cependant ne s'améliora pas, et l'enfant mourut dans des convulsions au bout de deux jours. L'urine, sécrétée en petite quantité, était fortement albumineuse. L'autopsie ne put être faite. Je considère ce cas comme étant une intoxication aiguë par la glycérine.

Dans un autre cas, observé chez un jeune homme assez déprimé, il s'agissait d'un abcès des vertèbres, dans lequel on injecta deux fois, dans l'intervalle de 10 semaines, chaque fois 50 à 60 cc., à 2 0/0, d'acide cinnamique glycéiné. Il se produisit plus tard une fistule. Environ trois mois après, il se manifesta de l'albuminurie, et le malade, quelques semaines après, succomba au milieu d'accident surémiques. Il s'est agi ici probablement d'une amyloïde (l'autopsie ne put être pratiquée, le malade n'étant resté que peu de temps à l'hôpital); mais ici encore la glycérine peut bien avoir hâté la catastrophe.

Un autre cas, que j'ai vu seulement en consultation à plusieurs reprises, concernait une coxite grave avec abcès, chez un enfant très déprimé, malade depuis déjà quatre ans et présentant en outre une otite suppurative double et des fistules à l'apophyse mastoïde; six mois après une injection pratiquée dans l'abcès coxalgique avec 20 cc. d'acide cinnamique glycéiné, à 2 0/0, il se produisit de l'albuminurie. L'enfant mourut. — Ici encore il s'est agi, selon toute apparence, d'une amyloïde (1).

Chez un autre malade traité à domicile, et qui n'a séjourné que

(1) Ces insuccès répétés m'ont décidé à renoncer entièrement à l'emploi de la glycérine pour les injections dans les abcès et les tissus. L'influence nuisible exercée par la glycérine sur les reins a d'ailleurs été suffisamment confirmée par plusieurs auteurs (Schellenberg, Langenberk's *Archiv. für klinische Chirurgie* Band 49).

peu de temps à Kræhenbad, il se produisait de temps à autre, après le traitement, de violentes migraines avec vomissements, etc. (n° 43).

Un autre cas (tuberculose pulmonaire avancée et ancienne coxite) s'est aussi accompagné d'amyloïde (n° 59). Ici encore le malade, après sa sortie, succomba à des accidents urémiques.

Dans quelques cas de reins amyloïdes, au contraire, l'albumine a diminué pendant le traitement par l'acide cinnamique, en même temps que l'état de la nutrition s'améliorait. Voyez les observations de tuberculoses chirurgicales. Je n'ai vu encore aucun cas de tuberculose, accompagné de dégénérescence amyloïde, qui ait guéri sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique ; je considère donc ce traitement, dans l'amyloïde tuberculeuse, sinon comme contre-indiqué, du moins comme inutile.

A côté de ces quelques cas il en est 500 autres traités par l'acide cinnamique, et dans lesquels on n'a jamais observé la moindre trace d'albuminurie.

Si l'acide cinnamique exerçait une action fâcheuse sur les reins, les malades que j'ai traités, il y a 6 et 7 ans, au moyen de doses souvent élevées de ce médicament (Monographie 1892, n° 152), auraient dû présenter depuis longtemps des accidents du côté des reins. Il ne serait pas possible non plus que, pendant le traitement par l'acide cinnamique, dans les tuberculoses génito-urinaires, l'albumine et les éléments figurés eussent diminué de quantité. Chez le lapin non plus nous n'avons jamais observé aucun trouble du côté des reins.

Quelques malades très sensibles, très nerveux, se sont plaints de battements de cœur. C'était le plus souvent un effet de l'imagination, car de semblables plaintes se sont produites aussi à la suite d'une injection sous-cutanée de quelques gouttes de solution chloruro-sodique physiologique.

L'acide cinnamique doit donc être considéré comme étant une substance assez indifférente à l'égard de l'organisme sain.

Théorie de l'action de l'acide cinnamique. — L'explication théorique de l'action de l'acide cinnamique n'est pas chose aisée.

Tant que j'ai employé l'émulsion, cette explication, basée sur les considérations développées p. 15 et suivantes, ne présentait pas de grandes difficultés. L'observation microscopique, faite sur la circulation du sang dans le poumon de la grenouille, a montré comment les leucocytes se chargent des granulations de l'émulsion. L'opinion, d'après laquelle les leucocytes chargés de l'émul-

sion se déposent aux endroits malades et y provoquent une inflammation salubre, a trouvé une entière confirmation dans les résultats des observations histologiques sur les poulmons, l'épiploon, etc., tuberculeux (voyez p. 25 et suivantes), ainsi que dans les résultats des observations physiologiques. Schüller et autres ont montré, il y a déjà bien des années, que les éléments corpusculaires se déposent surtout aux endroits enflammés (voyez p. 15).

L'explication est aussi valable, à la rigueur, pour les solutions aqueuses. On peut admettre que les leucocytes, en vertu des propriétés chimico-tactiques de l'acide cinnamique, se chargent tout particulièrement de cinnamate de sodium, et que le fait a lieu également, soit que les leucocytes reçoivent en eux les granulations de l'émulsion, soit qu'ils reçoivent en eux le cinnamate de sodium en solution aqueuse. Ce n'est nullement une chose nouvelle de voir certaines cellules ayant des relations spéciales avec certaines substances chimiques; voyez, par exemple, les relations des cellules des reins avec l'urée.

Je soutiens encore aujourd'hui ces idées fondamentales, à savoir que nous devons considérer l'inflammation comme un processus curatif, et que nous possédons dans une inflammation exactement dosable un moyen thérapeutique puissant. Je crois même que beaucoup de nouvelles conquêtes thérapeutiques doivent être examinées et sont susceptibles d'une plus grande extension à ce point de vue.

Les effets du traitement par l'acide cinnamique ne peuvent pas cependant être envisagés uniquement comme étant l'action d'une hyperémie inflammatoire. Il faut surtout se garder d'admettre cette opinion, indiquée dans quelques publications anciennes, et d'après laquelle l'hyperleucocytose, générale et locale, jouerait ici un rôle essentiel, et d'après laquelle l'hyperleucocytose provoquée artificiellement constituerait un agent curatif universel. La leucocytose artificielle est un élément intéressant, et sans doute important, du traitement par l'acide cinnamique; mais elle n'est rien de plus.

Si la leucocytose avait aussi une influence curative sur d'autres maladies, ainsi qu'on a semblé l'admettre pendant un certain temps, on ne comprendrait pas que les injections intraveineuses des sels de l'acide cinnamique n'aient pas produit la moindre action dans d'autres affections (entre autres, dans une actinomycose des plus graves, dans deux sarcomes inopérables, trois carcinomes inopérables), dans lesquelles je les ai employées pen-

dant plusieurs mois. Ce n'est que dans deux cas de lymphosarcome, maladie considérée, aujourd'hui plus encore qu'autrefois, comme ayant un certain rapport avec la tuberculose, que j'ai pu constater une diminution incontestable du volume de la tumeur et une amélioration de l'état général (l'observation avait duré deux ans).

C'est pour moi un fait parfaitement établi par l'expérience, que l'acide cinnamique n'est efficace que contre les processus tuberculeux, tellement qu'on peut même lui attribuer une certaine importance diagnostique et conclure parfois de l'effet du médicament à l'existence de la maladie.

On ne peut donc se défendre de cette idée, que les sels de l'acide cinnamique doivent avoir un certain rapport particulier avec le bacille tuberculeux et avec les toxines qu'il produit.

On va naturellement s'empresser de dire que je considère l'acide cinnamique comme un remède spécifique de la tuberculose. Je n'ai jamais dit que l'acide cinnamique fût un spécifique contre la tuberculose. Au contraire ! Par exemple, on peut lire dans ma monographie de 1892, à la page 96 : « L'acide cinnamique n'est nullement, cela va de soi, un spécifique contre la tuberculose. » Je ne me suis jamais non plus, dans aucune de mes publications ultérieures, servi de cette expression.

Ce que nous savons de l'efficacité des agents thérapeutiques est, en général, il faut bien l'avouer, quelque chose de bien superficiel, notamment quand il s'agit des médicaments dits spécifiques. Nous savons qu'à la suite de l'emploi du mercure et de l'iode les accidents syphilitiques régressent le plus souvent rapidement ; que, sous l'influence de la quinine, beaucoup de cas de fièvre intermittente disparaissent. Mais quel est le mode d'action de ces médicaments ? Nous ne savons là-dessus que bien peu de chose. Nous admettons qu'il s'agit ici d'effets antiseptiques, en d'autres termes, d'une action bactéricide.

La seule explication admissible de l'action d'un spécifique est l'ingénieuse hypothèse de Behring, d'après laquelle un spécifique ne serait autre chose qu'une substance ayant la propriété de se combiner avec les poisons engendrés par certaines bactéries, pour donner naissance à des produits non toxiques.

Bien des faits semblent démontrer que l'action de l'acide cinnamique doit être comprise dans ce sens. L'acide cinnamique, ou plutôt le cinnamate de sodium, n'est point toxique, point bactéricide, il n'a absolument aucune action sur l'homme à l'état de santé ; son efficacité semble liée à l'existence des processus tuber-

culeux (voyez p. 60), puisque les animaux sains n'éprouvent de sa part aucune influence bien appréciable. On pourrait donc admettre que le cinnamate de sodium est une sorte d'antidote de la toxine tuberculeuse. Quand on voit une matité étendue, avec râles, etc., signes certains d'une grande infiltration tuberculeuse, régresser au bout de quelques mois, sans fièvre, en même temps que l'état général du malade s'améliore, il faut bien admettre que, ces masses riches en bacilles et en toxines ayant été résorbées, de grandes quantités de toxines ont dû pénétrer dans la circulation. Puisque les phénomènes d'empoisonnement font entièrement défaut, et qu'au contraire le bien-être du malade n'a fait que s'accroître, les toxines doivent, avant de passer dans la circulation, être entrées dans une combinaison non toxique.

Cette hypothèse, d'après laquelle le cinnamate de sodium se combinerait avec le poison tuberculeux pour donner naissance à un composé non toxique, présente quelque chose de séduisant; mais elle n'est basée actuellement sur aucune preuve.

L'acide cinnamique n'assure, en tout cas, aucune immunité contre la tuberculose. Du moins il n'est point d'observations cliniques qui plaident en faveur de cette opinion. Faisant abstraction de ces cas, dans lesquels on ne peut pas établir, en général, une action favorable de l'acide cinnamique, on voit aussi, dans des cas à terminaison favorable, notamment dans les tuberculoses chirurgicales multiples, de nouveaux foyers se manifester çà et là, même après un traitement de plusieurs mois. N'ayant aucune notion bien exacte sur la durée du développement des foyers tuberculeux des os, nous pouvons bien admettre que ces foyers existaient déjà avant le commencement du traitement. Mais quand nous voyons, dans des cas soumis depuis longtemps au traitement, survenir une tuberculose méningée, contre laquelle l'acide cinnamique semble n'exercer absolument aucune action, nous sommes bien obligés de mettre en doute l'action immunisante de l'acide cinnamique.

Le clinicien a tous les jours sous les yeux des exemples de la difficulté qu'il y a à produire une immunité contre la tuberculose. Il voit tous les jours que le fait d'avoir résisté aux processus tuberculeux non seulement ne protège pas contre une nouvelle infection, mais augmente considérablement, au contraire, les chances de réceptivité. Une syphilis dont on a triomphé donne une immunité naturelle contre une nouvelle infection; une tuberculose ne donne pas cette immunité. Il faudra donc au clinicien des preuves péremptoires pour vaincre ses doutes sur la possibilité d'une immu-

nisation contre la tuberculose. — Je n'ai pu malheureusement jusqu'ici établir directement par l'expérience si les hommes ou les animaux traités par l'acide cinnamique sont à l'état d'immunité contre la tuberculose.

Les résultats des observations microscopiques sur les poumons traités par l'acide cinnamique ne sont pas en état de nous donner des éclaircissements sur cette question. On voit seulement que, sous l'influence de l'acide cinnamique, les leucocytes, le tissu conjonctif et les vaisseaux acquièrent la faculté de pénétrer dans les tissus tuberculeux et de les faire résorber. Ce qui frappe tout d'abord, c'est moins la régression du tubercule que l'accroissement d'activité du tissu péri-tuberculeux. La disparition des bacilles serait aussi un phénomène secondaire. Les observations histologiques, qui décèlent un accroissement de la force de résistance du tissu sain à l'égard du tissu tuberculeux, et qui permettent de reconnaître une augmentation des processus curatifs naturels à l'égard de la tuberculose, parlent plutôt en faveur d'un autre mode d'explication. D'après cette explication l'acide cinnamique serait une substance préservatrice (un alexitère), dans le sens de Buchner, ou bien encore, sous son influence, les leucocytes, se précipitant en grande quantité vers l'endroit malade, mettraient un alexitère en liberté. Nous admettons pour le moment que les alexitères (voyez les travaux de Buchner, Hahn et autres) doivent leur naissance à des substances qui passent des cellules dans le plasma.

L'acide cinnamique peut lui-même être une substance préservatrice, ou bien il peut provoquer une combinaison entre les poisons tuberculeux et les alexitères sortis des cellules ou existant dans les humeurs de l'organisme, de manière à donner naissance à des produits inoffensifs. Pénétrer plus profondément dans ces questions est pour moi, dans l'état actuel de nos connaissances, chose à peu près impossible. Heureusement que les applications pratiques ne dépendent pas absolument de l'éclaircissement de ces questions, bien que cet éclaircissement pût être d'un précieux secours pour les progrès du traitement (1).

Au point de vue pharmacologique l'acide cinnamique présente

(1) A l'appui de l'opinion, que l'acide cinnamique ne serait qu'une substance préservatrice ou provoquerait la formation des substances préservatrices naturelles, nous pourrions citer l'observation d'après laquelle, dans les infections les plus graves, se terminant par la mort au bout de quelques semaines, on ne voit point se produire de leucocytose ni de phénomènes inflammatoires autour des foyers tuberculeux, sans doute parce que l'infection est alors trop intense pour que l'organisme ait la force de provoquer la production des leucocytes et une quantité

des propriétés particulières. — Relativement indifférent au point de vue chimique, il ne fait nullement partie de ces substances à action énergique, que la thérapeutique actuelle emploie si volontiers et, à mon avis, trop largement. Et cependant il manifeste des effets puissants contre une maladie déterminée, et il montre une affinité bien marquée à l'égard des produits de cette maladie.

Dans le laboratoire de chimie de Kalle et C^{ie}, Biebrich sur le Rhin, on a analysé l'ancienne et la nouvelle tuberculine, pour savoir si elles contenaient de l'acide cinnamique; on n'a pas trouvé la moindre trace de cet acide ni dans l'une ni dans l'autre.

suffisante de matières préservatrices. Qu'on se rappelle aussi à ce sujet les observations de v. Jacksch et autres, d'après lesquelles il ne se forme point de leucocytose dans les pneumonies les plus graves, rapidement mortelles.

CHAPITRE II

Technique du traitement par l'acide cinnamique.

Technique de l'injection. Injection intraveineuse et injection glutéale. — J'employais autrefois l'acide cinnamique extrait du styrax. Il était souvent impur. Dans ces derniers temps, je me suis servi d'un acide cinnamique irréprochablement pur, préparé par synthèse; je me le procure dans la maison Kalle et C^{ie}, Briebrich sur le Rhin. Il représente une poudre absolument incolore, grossièrement cristallisée; vue au microscope, elle offre surtout une forme cristalline rhomboïdale. Difficilement soluble dans l'eau froide, elle se dissout facilement dans l'eau bouillante, dans l'alcool, dans les huiles grasses, sous l'influence de la chaleur, sans colorer la solution. Un acide cinnamique non absolument incolore, se dissolvant difficilement, incomplètement, dans l'eau chaude, dans l'alcool, dans l'huile, et donnant une solution colorée, n'est pas propre aux usages thérapeutiques. Le cinnamate de sodium, que je désigne, pour plus de simplicité, sous le nom de *hétol*, se prépare au moyen de l'acide cinnamique; on fait bouillir pour cela dans de l'eau les quantités convenables d'acide cinnamique et de bicarbonate de sodium. — Le cinnamate de sodium, ou *hétol*, se présente sous la forme d'une poudre cristalline d'un beau blanc, très stable, et pouvant être conservée en flacons colorés, bien clos, que fournit la maison indiquée ci-dessus.

Le cinnamate de sodium se dissout dans l'eau chaude, dans la proportion de 1 : 20. Une solution plus concentrée que cette solution à 5 0/0 laisse précipiter une partie du sel. La stérilisation détermine dans cette solution à 5 0/0 un léger précipité de cinnamate de sodium; on doit donc remplacer l'eau qui s'évapore, ou bien, en général, se servir d'une solution un peu plus faible, d'une solution à 4 0/0.

Les solutions — j'emploie le plus souvent une solution à 1 0 0 et une solution à 5 0 0 — doivent avoir une réaction neutre ou plutôt un peu alcaline. La solution récemment préparée doit donc

être toujours examinée au point de vue de sa réaction. Les solutions à réaction acide seront absolument rejetées. On peut les rendre neutres en les faisant bouillir de nouveau avec du bicarbonate de sodium. Une réaction fortement alcaline ne conviendrait pas non plus.

On peut faire dissoudre le cinnamate de sodium dans de l'eau distillée, ou mieux dans une solution chloruro-sodique physiologique (0,7 0/0).

Il convient, avant d'employer la solution, et si le pharmacien ne l'a déjà fait, de la filtrer à travers du papier de Suède et puis de stériliser.

La solution supporte bien la stérilisation. — La première fois, elle doit être stérilisée au moins durant 5 minutes, c'est-à-dire qu'elle doit séjourner pendant cinq minutes dans un bain d'eau bouillante, le flacon étant muni d'un tampon d'ouate. Si la solution doit être transportée, le bouchon de verre doit aussi, bien entendu, être stérilisé.

Plus tard, c'est-à-dire quand la solution a été stérilisée, il suffit de la faire bouillir pendant 3 minutes environ (dans le même verre et avec le même tampon).

La solution de cinnamate de sodium se stérilise plus facilement et reste plus longtemps stérilisée que la solution chloruro-sodique et l'eau distillée, pour lesquelles une stérilisation d'une durée de 5 minutes ne suffit pas. Bien que le pouvoir antiseptique de la solution soit presque nul, le cinnamate de sodium paraît cependant être une mauvaise solution nutritive.

Il est bon de conserver les solutions de cinnamate de sodium dans des flacons colorés, parce que la solution devient peu à peu opalescente à la lumière. Cette altération est-elle préjudiciable? Je l'ignore; je n'emploie plus de telles solutions troubles.

Dans les cas (rares d'ailleurs), où l'on donnerait la préférence à l'émulsion d'acide cinnamique sur la solution de cinnamate de sodium, voici comment on préparerait cette émulsion.

La formule de l'émulsion que j'emploie est la suivante :

Acide cinnamique finement pulvérisé.	5 gr.
Huile d'amande	10 —
Un jaune d'œuf.	
Solution de chlorure de sodium (0,7 0/0) q. s.	
Pour faire émulsion 100,0.	

L'émulsion doit être préparée avec une scrupuleuse exactitude.

D'abord on doit finement triturer l'acide cinnamique dans un mortier, après quoi la poudre devra, mêlée avec un peu d'huile d'amande, être triturée dans le mortier le plus finement possible; ensuite on ajoutera, en triturant toujours, le reste de l'huile, puis le jaune d'œuf, privé de l'embryon. Quand tout cela sera mêlé et trituré soigneusement, on ajoutera goutte à goutte la solution chloruro-sodique à 0,7 0/0, en agitant toujours, jusqu'à ce que le poids ait atteint 100 grammes. La préparation de l'émulsion doit durer au moins dix minutes. Cette émulsion représente un lait jaunâtre, à réaction fortement acide. Elle doit, même abandonnée à elle-même pendant plusieurs jours, rester homogène et ne laisser déposer aucun cristal d'acide cinnamique. Si les granulations de l'émulsion se séparent de la solution chloruro-sodique et nagent à la surface, comme une sorte de couche de crème, alors l'émulsion, quoique régulièrement préparée, ne peut être employée sans inconvénient. Avant d'être rendue alcaline, l'émulsion fraîchement préparée doit être abandonnée à elle-même seulement pendant une heure.

Voici dans quel état doit se trouver l'émulsion : Dans l'émulsion

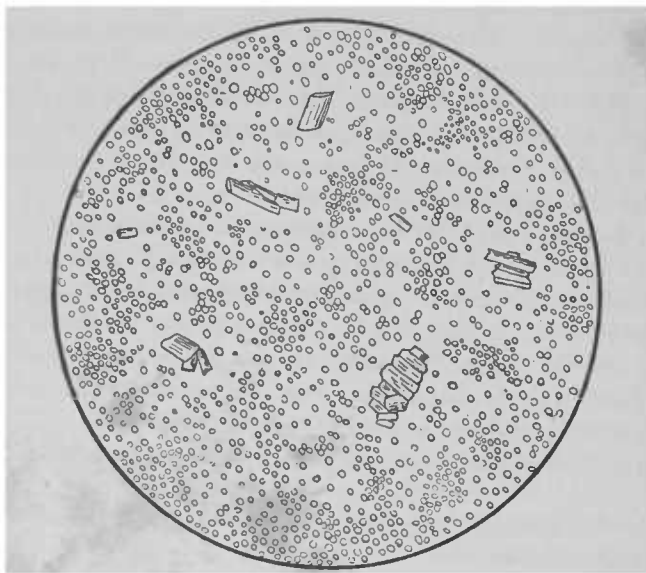


Fig. 1. Émulsion avec cristaux.

acide, l'existence de cristaux ne peut pas être entièrement évitée; mais ces cristaux ne doivent pas être volumineux, c'est-à-dire que leur diamètre doit être tout au plus quatre fois plus grand

que celui d'un globule blanc du sang (fig. 1) (1). Il ne doit pas y avoir de gouttelettes graisseuses plus grandes. La granulation sera homogène, aura à peu près le volume d'un globule de lait.

Pour *alcaliniser l'émulsion*, je prends une solution sodique à 7,5 0/0. Il faut faire tomber goutte à goutte et à diverses reprises cette solution de soude, parce que l'alcalinisation ne doit se faire que peu à peu. Pour 4 cc. d'émulsion on emploie en moyenne 5 gouttes de la lessive sodique à 7,5 0/0; *il est important que l'émulsion soit bien alcaline*; un excès d'alcali n'est pas nuisible; *une émulsion insuffisamment alcaline produit des troubles*. Dans l'émulsion alcaline il ne doit plus se trouver de cristaux (fig. 2). Ce n'est que dix minutes après la dernière addition d'alcali, la

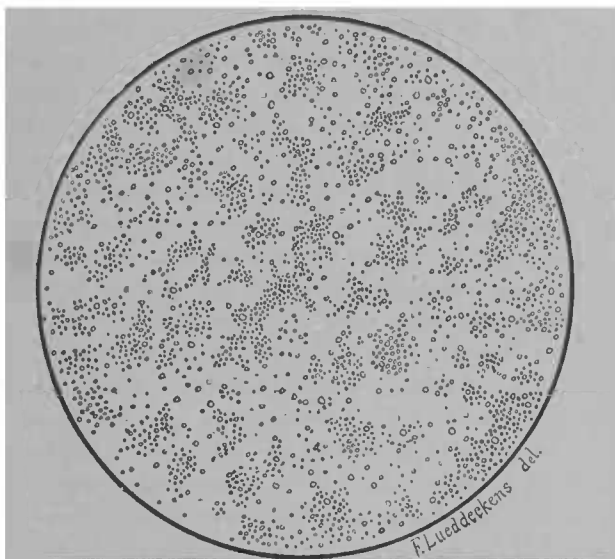


Fig. 2. Émulsion alcaline.

réaction alcaline étant encore nette, que tout l'acide cinnamique est passé à l'état de cinnamate de sodium et que l'émulsion peut être employée. L'alcalinisation de l'émulsion doit être faite avec beaucoup de soin, parce que la réaction acide revient souvent à plusieurs reprises, alors même que l'alcalinisation paraissait parfaite, par suite du lent passage dans le cinnamate de sodium de l'acide cinnamique contenu dans l'intérieur des granulations de

(1) Dans la figure 1, l'un des cristaux, celui qui est à gauche et en haut, a été dessiné un peu trop grand.

l'émulsion. Si l'émulsion contient encore de l'acide cinnamique libre, des frissons peuvent se produire.

L'émulsion acide, tenue au frais (le mieux entourée de glace), peut se conserver assez longtemps. J'ai employé sans inconvénient une émulsion vieille de 14 jours ; mais d'habitude je fais préparer, chaque semaine, une émulsion fraîche.

L'émulsion ne peut pas être stérilisée ; l'émulsion acide reste stérile pendant des semaines ; il n'en est pas de même de l'émulsion alcaline. Nous devons donc recommander de n'alcaliniser que la quantité d'émulsion qui doit être très prochainement utilisée.

Au sujet de l'*historique de l'injection intraveineuse*, nous empruntons ce qui suit à la dissertation de C. Spiro, 1892.

« Quels sont les inconvénients de l'infusion (1) intraveineuse, ayant donné lieu à une si fâcheuse opinion, et de quelle époque date-t-elle ? C'est ce qu'il serait difficile de dire aujourd'hui. Si l'on parcourt un traité de chirurgie de la première moitié de notre siècle, par exemple celui de Chelius, ancien professeur à Heidelberg, on est étonné d'y voir fréquemment recommandée l'injection intraveineuse pour des agents thérapeutiques, que nous sommes habitués aujourd'hui à administrer que par la bouche ou en injections sous-cutanées ; tels, par exemple, l'opium et la morphine. Si l'on remonte plus haut dans la littérature médicale, on voit que les infusions intraveineuses étaient autrefois très fréquemment pratiquées et étaient recommandées par des hommes, qui, comme observateurs, sont dignes de toute notre considération. Je me contenterai de mentionner ici les principaux médecins qui ont fait injecter diverses substances médicamenteuses, dans les veines de l'homme : Hufeland a injecté de l'opium, du camphre (!) du tartre stibié ; Frieriep, des préparations de belladone ; Hertwig, du mucilage de gomme et même de l'air atmosphérique ; Magendie et Haller, de l'eau ; Percy et Laurent, du datura stramonium ; Rust et Ideler, du nitrate de strychnine ; et enfin Latta, des solutions de sel marin et de carbonate de sodium.

Pour quelles raisons ce mode d'application a-t-il été abandonné ? On peut aujourd'hui plutôt le présumer qu'en trouver des preuves dans la littérature médicale ; diverses causes semblent devoir

(1) Nous ne parlons pas ici de la transfusion, car beaucoup d'observateurs, entre autres Magendie, qui recommandent l'infusion, mettent en garde contre la transfusion. Voyez du reste l'*histoire de la transfusion* par Scheel, 1804.

être invoquées : ainsi il est probable que l'application intraveineuse de la morphine a été mise de côté par suite de la découverte du chloroforme ; la méthode, dans son ensemble, a pu aussi être plus rarement mise en usage, alors que l'injection sous-cutanée est devenue florissante ; et enfin elle semble avoir reçu le coup de grâce à la suite des expériences de plusieurs chirurgiens, qui, consécutivement à la lésion des veines (tel le cas de Schulz, de Vienne) ou à l'injection de Fc^2Cl^6 dans les varices, ont vu se produire de fâcheux accidents.

Mais la crainte de l'introduction de l'air dans les veines ne constitue nullement une contre-indication absolue à l'emploi des injections intraveineuses ; c'est ce qu'a fait remarquer, le premier, Th. v. Jürgensen, dans son chapitre sur les méthodes antiphlogistiques (1) ; une plus grande importance doit encore être attribuée aux observations, que Landerer et Schwarz (Halle) ont faites, indépendamment l'un de l'autre, et d'après lesquelles les injections intraveineuses de solutions de chlorure de sodium ou de solutions chloruro-sodiques de sucre de raisin, chez des animaux rendus artificiellement anémiques, ont produit des effets souvent merveilleux. On sait que ces résultats ont été confirmés par Schede et d'autres (2) durant la récente épidémie de choléra de Hambourg, et l'on peut prévoir, à notre époque d'antisepsie et d'asepsie, que le moment viendra bientôt, où l'injection intraveineuse, comme méthode d'application thérapeutique, s'imposera et se généralisera de plus en plus.

La première injection intraveineuse d'une solution chloruro-sodique, dans un cas d'anémie aiguë, chez l'homme, a été faite par moi, avec un succès passager, le 27 mai 1881, plusieurs mois avant la publication de Schwarz ; j'avais déjà auparavant, dans l'hiver de 1880-1881, stimulé par les recherches bien connues de Cronecker, fait, dans le laboratoire de Cohnheim, de nombreuses expériences sur des chiens (3).

C'est dans l'automne de 1882 que j'ai, chez les animaux, et en l'année 1884, que j'ai, chez l'homme, pratiqué couramment les injections intraveineuses, en vue de faire pénétrer les médicaments directement dans le sang. La première publication date de l'année 1888 (4). J'ai envoyé un tirage à part de ce travail au professeur

(1) Jürgensen in *Traité de thérapeutique générale*, de Ziemssen.

(2) Voyez *Deutsche med. Wochenschrift*, 1892.

(3) Voyez mon Rapport sur le Congrès allemand de chirurgie de 1885 et la publication dans les *Archiv für pathologische Anatomie* de Virchow, 1885.

(4) In der *Münchener med. Wochenschrift*, Nr. 40-41.

Guido Baccelli, à Rome. L'injection intraveineuse a donc été publiée par moi plusieurs années avant l'injection intraveineuse de sublimé, faite par Baccelli.

Au sujet de la *technique de l'injection intraveineuse* il faut faire les remarques suivantes.

Voici quels sont les *instruments*, dont on devra se servir :

1° Une bande de caoutchouc, de 1^m à 1^m,50 de longueur, pouvant être lavée, le mieux une bande, un peu plus forte, de Martin, ou une bande d'Esmarch ;

2° De l'éther sulfurique et une solution de sublimé à 0,5 0 00 ;

3° Ouate dégraissée, stérilisée, gaze au sublimé ou à l'iode-forme, bande (*Mullbinde*) d'environ 1^m de long sur 8 centimètres de large ;

4° Une seringue de Pravaz, un certain nombre de canules fines, convenablement choisies (nos 15-12), récemment affilées ;

5° Alcool rectifié, 80 0 0, solution chloruro-sodique, à 0,7 0 0, stérilisée, ou eau stérilisée ;

6° Diverses capsules de Petri ; une avec alcool à 8 0 0, dans laquelle sont les canules ; une autre avec solution chloruro-sodique physiologique, stérilisée, dans laquelle est la seringue ;

7° Un vase avec eau stérilisée ou solution chloruro-sodique physiologique stérilisée.

Je n'ai pas jusqu'ici trouvé de *seringue à injection* qui répondît parfaitement à tous mes désirs. Je donnerais la préférence aux seringues tout en verre, avec ajoutage de verre pour la canule, dans monture de métal avec piston d'amiante. On pourrait aussi se servir des seringues en palladium.

Après avoir stérilisé la solution d'hétol dans une solution sodique à 1 0 0, j'ai soin de laver la seringue plusieurs fois avec la solution sodique chaude. Si l'on soigne bien les seringues, cela suffit pour la stérilisation. L'essentiel est toujours de ne se servir que de seringues neuves et de ne pas les faire servir à autre chose qu'aux injections d'acide cinnamique.

Si la seringue ne fonctionne pas bien, on peut la laisser, pendant une nuit, pleine de salicylol à 1 0 0 et bien bouilli ; après quoi on la lave à plusieurs reprises avec de l'alcool à 80 0 0, puis avec une solution sodique bouillante, et enfin on la rince encore à plusieurs reprises, avant de s'en servir, avec une solution chloruro-sodique stérilisée ou avec la solution d'hétol.

Les canules seront minces ; mais je ne les prends plus de la plus grande minceur, parce qu'elles se courbent, si elles ne sont

pas bien affilées et si la peau est un peu dure. Il est essentiel qu'elles soient bien tranchantes.

Les canules devront séjourner au moins pendant une demi-heure dans de l'alcool rectifié à 60-80 0/0, le mieux dans des capsules de Petri. Avant de s'en servir, on les rincera avec de l'eau stérilisée ou une solution chloruro-sodique, et on les fera fonctionner à plusieurs reprises. L'alcool est, d'après mes expériences, le seul désinfectant qui n'attaque pas le fil des instruments tranchants ; la désinfection est en même temps beaucoup plus sûre que, par exemple, avec une solution phéniquée à 5 0/0.

Tout d'abord on provoquera une *stase dans les veines du bras*. Dans ce but on roule autour du bras une bande de caoutchouc, à peu près comme pour la saignée, en ne serrant pas assez fort pour faire disparaître le poul. Sur les bras développés par l'exercice, surtout chez les hommes, mais aussi chez certaines femmes, on voit alors les veines du pli du coude se gonfler et faire fortement saillie.

Sur les bras qui n'ont pas travaillé, chez les jeunes filles d'une condition élevée, chez les enfants, etc., les veines, malgré la stase sanguine, restent souvent à peines visibles. Parfois il est utile de disposer le premier tour de bande à la partie supérieure du bras et puis, au moyen de tours descendant en spirale, de comprimer le sang vers le coude. — D'autres fois on enlève la bande et l'on comprime de nouveau pendant l'hypérémie paralytique consécutive. Ou bien encore on laisse le bras pendre pendant quelque temps. — Par suite des frottements exécutés pendant la désinfection les veines deviennent d'ailleurs encore plus proéminentes.

La désinfection du champ opératoire se fait le mieux au moyen d'une friction énergique avec de la ouate trempée dans de l'éther sulfurique.

J'ai l'habitude de placer toujours près du bras un morceau de gaze stérilisée et une bande (*Mullbinde*), afin d'avoir toujours sous la main, après l'injection, le pansement aseptique.

Avant de faire l'injection, il faut *mettre le bras dans une bonne position*. — Je le fais placer ordinairement sur une petite table carrée, en fer, avec plateau de verre. Sur cette table est un coussin en forme de coin, avec taie de cuir pouvant être lavée, et par dessus une serviette stérilisée. Le bras doit être dirigé obliquement et un peu en pente vers l'opérateur, et l'articulation du coude sera en état d'extension légère. Par ce moyen les veines se pressent contre la peau et l'injection est plus facile.

Le malade et le médecin doivent d'ailleurs être placés de telle sorte que la lumière tombe directement sur le bras et que la main de l'opérateur ne projette point d'ombre sur le champ opératoire.

La seringue et la canule sont alors lavées avec une solution chloruro-sodique stérilisée ; on fait jouer l'instrument, puis on le remplit de la solution ; on en chasse l'air, et l'on assujétit fortement la canule à la seringue.

Le mieux est de tenir la seringue entre le second doigt et le troisième, le pouce appliqué sur le piston. L'axe longitudinal de la seringue correspond à l'axe longitudinal de la veine, dans laquelle on veut faire l'injection.

La canule, bien affilée, sera introduite par une brusque piqure à travers la peau et la paroi de la veine. Les veines du pli du coude, assez bien fixées à la peau et présentant des parois minces, conviennent particulièrement pour l'injection, d'autant plus que, dans cette région, la peau est tendre, mince et se laisse assez difficilement déplacer. Les veines du bras, surtout la céphalique dans sa partie inférieure, offrent aussi des avantages analogues. À l'avant-bras, la peau est plus dure, les veines ont les parois plus épaisses et se déplacent plus facilement. Elles roulent sous la peau, et l'on peut facilement piquer à côté. Les veines du membre inférieur, par exemple la grande saphène, conviennent encore moins d'ordinaire. Elles ont des parois très épaisses, elles roulent sous la peau et on ne parvient que difficilement à faire pénétrer la canule dans leur intérieur.

Avec un peu d'habitude il est facile de sentir si la pointe de la canule se meut librement dans la veine ou si elle est enfoncée dans le tissu cellulaire sous-cutané. L'écoulement facile du liquide, ne donnant lieu à aucun extravasat local, indique aussi que l'on a bien pénétré dans la veine. On voit souvent à travers la peau la solution se répandre dans la veine, ce que l'on reconnaît à la disparition de la couleur bleue du sang veineux.

Si l'on n'est pas arrivé du premier coup dans la veine, on peut souvent encore y parvenir par un second coup, en fixant la veine avec la main gauche. En général, on fera bien de retirer la canule et d'essayer de faire l'injection à un autre endroit.

Après que l'injection a été faite avec succès, j'ai soin, au moment où j'extrait la canule, de comprimer la piqure avec l'étoffe souple de la bande (*Mullbinde*) ; la seringue est mise de côté, la main droite applique la bande et la fixe sur la plaie.

Le plus souvent il ne sort pas la moindre goutte de sang de la piqure. Ce n'est que dans quelques cas, la stase étant prononcée,

la canule grosse et la veine volumineuse, qu'il se produit une légère hémorrhagie, qui disparaît aussitôt qu'on a enlevé la bande élastique.

J'enlève la bande élastique lentement, peu de temps après l'injection.

La seringue et la canule devront être nettoyées immédiatement après qu'on s'en est servi.

Je n'ai jamais vu se produire une inflammation à l'endroit de la piqûre. J'ai bien fait 50 injections, et même davantage, dans la même veine et au même endroit, sans donner lieu à une inflammation ou à une infiltration.

On laissera le bandage pendant quelques heures, jusqu'à ce que les bords de la piqûre se soient accolés. On fera bien, chez les personnes qui sont obligées de travailler, de pratiquer l'injection au bras gauche.

Si, par mégarde, on a laissé pénétrer dans les tissus un peu du liquide de l'injection, un cataplasme de Priessnitz suffira pour faire disparaître la douleur insignifiante qui peut se produire; mais le plus souvent cette douleur est nulle.

On ne peut nier que, pour ces injections intraveineuses, un exercice prolongé sur le lapin ne soit une condition importante de succès.

L'injection intraveineuse d'hétol, à dose convenable, ne doit être accompagnée d'aucun phénomène objectif ni subjectif. Une légère rougeur, se manifestant à l'endroit de la piqûre — sur 15000 injections, que j'ai pratiquées, je ne l'ai pas observée une seule fois — est une preuve que l'asepsie laissait à désirer.

Quelques légers battements de cœur, une certaine excitation nerveuse, ne se produisent que chez les personnes particulièrement excitables.

À la suite de l'emploi de l'émulsion, les phénomènes désagréables se présentent beaucoup plus fréquemment.

Un médecin, soumis à l'usage des injections de l'émulsion, décrit de la manière suivante les phénomènes qu'il a éprouvés :

Symptômes subjectifs pendant le traitement par l'acide cinnamique.

1. — *Symptômes locaux* : Douleur tout à fait insignifiante au moment de l'injection, comme dans les injections sous-cutanées faites avec un médicament non irritant; cette douleur disparaît complètement

au bout d'un quart d'heure à une demi-heure ; et, lorsque, trois heures après environ, on a enlevé la bande, le bras est de nouveau apte au travail.

Si l'injection a été faite à côté de la veine, il se produit un œdème, accompagné d'une douleur modérée, qui dure un jour à deux jours ; mais les fonctions du bras ne s'en ressentent qu'à peine ou même pas du tout.

2. — *Symptômes généraux :*

a) *Immédiatement après l'injection :* Le plus souvent, pas d'action appréciable ; parfois cependant une légère lassitude, qui dure environ une demi-heure, et à laquelle succède une certaine excitabilité. Si une dose relativement élevée a été rapidement introduite dans la circulation, on éprouve, une demi-minute environ après l'ablation de la bande élastique, une certaine sensation de pression et de chaleur dans la tête (tout à fait semblable à celle qui succède à l'inhalation du nitrite d'amyle) ; de plus, une sorte de sensation spasmodique dans le corps, analogue à celle que provoque un coup appliqué sur l'estomac ; ces symptômes avaient entièrement disparu au bout de quelques minutes.

b) *Pendant la durée du traitement, en général :* Légère excitabilité psychique ; sommeil tardif, mais bon d'ailleurs ; sentiment vague de « plénitude » dans tout le corps. Ces symptômes dépendent-ils, en général, de l'action de l'acide cinnamique ou de la maladie ? c'est ce qui ne peut être absolument décidé. »

L'*injection glutéale* sera faite de la même manière que l'injection des sels peu solubles de mercure, dans les parties supérieures du siège, en ayant soin d'éviter la région du nerf sciatique et des échancrures sciatiques.

On prend des canules un peu plus fortes, pas trop tranchantes, et on les enfonce avec calme et énergie.

La dose peut être, en moyenne, de $1/3$ à $1/2$ plus élevée que pour les injections intra-veineuses.

Nous employons rarement l'injection glutéale ; nous ne nous en servons guère que chez les petits enfants, chez lesquels l'injection intraveineuse ne peut être pratiquée pour diverses raisons. D'abord, chez les enfants au-dessous de 6 ans, les veines sont si peu développées, si peu saillantes, que l'injection intraveineuse est rendue, par ce fait, impossible ; en second lieu, les petits enfants se tiennent, en général, si peu tranquilles, que l'on aurait beaucoup de peine à faire l'injection ; nous avons cependant réussi à pratiquer sans difficulté des injections intraveineuses, dans plusieurs cas, chez des enfants de 7 à 8 ans ; ces enfants, surtout si on les a rendus témoins d'injections faites sur d'autres, ne se dé-

battent plus; et d'ailleurs l'injection intraveineuse est, en somme, bien moins douloureuse que la glutéale.

On a prétendu que les avantages, qui me font préférer l'injection intraveineuse à l'injection glutéale, n'étaient basés absolument sur rien; on m'a même reproché de n'avoir introduit les injections intraveineuses que pour rebuter les médecins peu exercés dans la pratique de la méthode.

Je ferai à ce sujet les remarques suivantes : Les expériences sur le lapin ont montré que les injections glutéales ou sous-cutanées d'une émulsion de baume du Pérou, d'acide cinnamique ou de toute autre préparation cinnamique, peuvent bien provoquer une leucocytose; mais cette leucocytose est notablement moins accentuée qu'avec l'injection intraveineuse, et sa marche est loin d'être aussi typique.

Les effets produits sur les foyers tuberculeux, chez les lapins, étaient si insignifiants, qu'on avait de la peine à les constater; j'ai donc dû depuis longtemps rejeter, comme entièrement inefficaces, les injections sous-cutanées ou glutéales, chez les animaux. Chez l'homme, je ne veux pas nier l'efficacité des injections glutéales des préparations d'acide cinnamique dans diverses formes, d'autant moins que l'absorption de l'acide cinnamique par les plaies tuberculeuses donne lieu aussi à une leucocytose parfaitement démontrée.

Dans les formes graves, les injections glutéales échouent complètement. Dans plusieurs cas, les injections glutéales, longtemps employées, ayant été mises de côté et remplacées par des injections intraveineuses, on a vu les progrès de l'amélioration se faire beaucoup plus rapidement.

Les avantages des injections glutéales et les inconvénients des injections intraveineuses ne sont qu'apparents. La crainte des injections intraveineuses est basée sur la terreur traditionnelle qu'inspirait la lésion des veines à l'époque où l'antisepsie n'existait pas et où régnait la pyémie. Que l'on puisse, dans l'opération si simple qu'est une injection percutanée, éviter avec certitude les accidents infectieux, c'est là un fait qui ne souffre pas la discussion; mais alors même que, malgré la stérilisation la plus minutieuse, quelques microorganismes pénétreraient, par suite de l'injection intraveineuse, directement dans le torrent circulatoire, il ne faudrait pas pour cela redouter des accidents dangereux; on sait, en effet, que des microorganismes pathogènes, du moins des streptocoques et des staphylocoques, peuvent exister, sans inconvénient, en plus grandes quantités dans le sang en circulation que dans les

tissus. Ce n'est que par des foyers locaux, dans les tissus, que les infections prennent vraiment naissance.

Le danger de voir, à la suite d'une injection mal faite, un abcès se former, avec ses conséquences, est donc bien plus grand avec l'injection glutéale qu'avec l'injection intraveineuse.

L'injection glutéale, bien que, à première vue, elle semble plus facile, plus familière au médecin, n'en n'est pas moins, en réalité, plus dangereuse, du moins quand il s'agit d'injections faites avec un liquide n'exerçant aucune influence nuisible sur les éléments fluides et solides du sang.

Il est encore de nombreuses observations cliniques qui parlent en faveur de l'injection intraveineuse et contre l'injection glutéale.

Nous avons observé de légères ascensions de la température à la suite de l'injection glutéale ou de l'injection directe dans les foyers tuberculeux bien plus fréquemment qu'à la suite de l'injection intra-veineuse. Nous croyons aussi que les phénomènes fâcheux, que Heusser (Davos) considère comme étant la règle, doivent être attribués en réalité uniquement à ce que cet observateur faisait usage de l'injection glutéale.

A quoi tiennent ces accidents qui accompagnent les injections glutéales? On ne peut que le présumer. Peut-être s'agit-il ici d'une action nuisible produite sur les cellules par le cinnamate de sodium ou encore de processus inflammatoires, réagissant sur l'état du malade. Ainsi que nous l'avons déjà dit, ces phénomènes fâcheux font entièrement défaut à la suite des injections intraveineuses.

Ceux qui ne sont pas familiarisés avec cette *méthode de traitement par l'acide cinnamique* la considèrent généralement comme très simple et très facile. Malheureusement il n'en est pas ainsi. On l'a comparée, à tort, avec les injections curatives de sérum dans la diphtérie, avec les injections mercurielles dans la syphilis. La diphtérie est une affection beaucoup plus typique que la tuberculose, et le sérum curatif n'agit aussi que sur un phénomène partiel de l'empoisonnement par la toxine diphtérique. Dans la syphilis, il s'agit, en général, d'une altération d'organes beaucoup moins importants que ceux qu'attaque la tuberculose. De plus, la syphilis a beaucoup plus de tendance à une guérison spontanée que n'en a la tuberculose. Il faut encore tenir compte de ce fait, qu'aucune autre maladie bacillaire n'a autant de tendance que la tuberculose à s'associer avec d'autres microorganismes, à favoriser le développement d'autres bactéries dans les tissus du corps, en un mot à préparer le terrain à d'autres infections. Combien de

fois n'arrive-t-il pas, dans les tuberculoses les plus aiguës, les plus graves, les plus dangereuses, de ne trouver dans les crachats que quelques rares bacilles tuberculeux, ou même de n'en point trouver du tout, alors qu'on y rencontre des quantités innombrables de streptocoques, de staphylocoques, de pneumocoques, etc. ! Dans un cas bien avéré de tuberculose vésicale je n'ai pu parvenir, après un mois de recherches, à découvrir aucun bacille tuberculeux, et, dans un autre cas, je n'en ai trouvé que quelques-uns, isolés, à côté d'un nombre infini d'autres bactéries (*bacterium coli*, *bacillus uræ*, streptocoques, staphylocoques, diplocoques, etc.). Dans la sécrétion des fistules osseuses tuberculeuses on trouve à peine un bacille tuberculeux, tandis qu'on trouve toujours, en quantité, des staphylocoques, parfois aussi des streptocoques.

Les cas de tuberculose, représentant des infections bacillaires tuberculeuses à l'état de pureté, sans complications, ne se rencontrent pas fréquemment dans la pratique ; c'est dans ces cas, à l'exception pourtant de la tuberculose méningée, que l'acide cinnamique donne toujours les succès les plus positifs et les plus rapides (tuberculoses osseuses isolées, tuberculoses pulmonaires simples, sans complication, etc.).

Celui qui demande à un médicament de faire face en même temps à toutes ces diverses infections, de supprimer d'un coup toutes ces diverses bactéries dans l'organisme, d'éliminer en un tour de main les fragments nécrosés des os et des parties molles, celui-là fait voir que les faits anatomo-pathologiques, particulièrement les processus curatifs naturels, lui sont inconnus.

En dehors de la nécessité fréquente de combattre en même temps plusieurs sortes de bactéries dans l'organisme, il est encore une autre difficulté, qui réside dans la variété des organes atteints. On comprend, en effet, qu'un traitement doit varier dans ses détails, suivant que c'est le poumon, qui est malade, ou les reins, ou une articulation, ou le larynx, ou la muqueuse nasale, ou un ganglion lymphatique, etc...

Pourra-t-on parvenir, avec un agent quelconque, à guérir tous ces maux, si l'on n'offre en même temps au poumon un air pur ; à l'intestin parsemé d'ulcérations, un régime adoucissant ; aux os ramollis, le repos ; à l'organisme affaibli, une alimentation fortifiante ?

Ne serait-ce pas un résultat déjà bien suffisant, d'amener à guérison une grande partie de ces cas, en faisant appel à toutes les ressources qui peuvent être à notre disposition ? Aussi suis-je d'avis que les tuberculoses tant soit peu avancées devront être

traitées dans des établissements spéciaux, asiles bien aménagés, etc., à moins de trouver ailleurs des conditions extérieures particulièrement favorables, et qu'elles ne pourront être traitées à domicile que si ces conditions favorables leur sont offertes.

La difficulté de la méthode et la complication du problème sont encore des raisons qui prouvent l'impossibilité d'apprendre le traitement par l'acide cinnamique en quelques minutes, en voyant faire une injection intra-veineuse, de même qu'il est impossible de devenir expert dans l'art de l'asepsie, en assistant à une opération aseptique. Je suis prêt à encourager une étude sérieuse de la méthode.

CHAPITRE III

Traitement de la tuberculose pulmonaire

Technique du traitement de la tuberculose pulmonaire. — En tête des *prescriptions à établir au sujet du traitement des tuberculoses pulmonaires* il faut placer l'observation, présentée page 29, d'après laquelle le traitement par l'acide cinnamique provoque des processus inflammatoires tout autour des foyers tuberculeux, soit qu'on veuille voir dans ces processus des inflammations réelles, soit qu'on veuille les considérer comme des processus de régénération (comparez p. 42). Celui qui ne voudra pas avoir constamment devant les yeux ce fait histologique fera mieux de renoncer au traitement cinnamique de la tuberculose.

La conséquence immédiate de ce fait, c'est que, dans les premières semaines du traitement, avant que se soit formée la capsule de tissu conjonctif, enveloppant les foyers nécrosiques et les bacilles qui y sont contenus (comparez page 28), les injections ne doivent être faites qu'avec circonspection, c'est-à-dire à doses petites et lentement progressives. Si les doses étaient élevées — alors que les foyers contenant les bacilles ne sont pas entièrement enclos — de violents phénomènes inflammatoires pourraient se produire dans les foyers, les bacilles, rendus mobiles, seraient entraînés dans la circulation, ce qui pourrait avoir pour conséquence une dissémination de la tuberculose. Cette crainte n'est pas seulement basée sur la théorie ; c'est ce que démontre le cas suivant, le seul du reste, dans lequel une dissémination de la tuberculose a été observée consécutivement au traitement par l'acide cinnamique :

Négociant de 25 ans, souffrant de la poitrine depuis plusieurs années et ayant fréquenté les établissements sanitaires les plus divers, en Europe et hors d'Europe. Dans chacun des lobes supérieurs, vaste caverne ; matité au-dessus des deux lobes supérieurs, et de plus, au même niveau, râles humides étendus, etc. ; amaigrissement considérable, absence d'appétit. — Au printemps de 1893, traitement, durant quatre mois, par les injections avec l'émulsion d'acide cinnamique : l'appétit se relève, le poids du corps augmente, les râles diminuent.

La dose du début est, en général, de 1^{mg} d'hétol (cinnamate de sodium).

Chez les malades très déprimés et fortement fébricitants on peut se trouver dans le cas de débiter par des doses encore plus petites. Et ce n'est qu'en présence d'altérations peu prononcées, d'un état général assez bon et d'une apyrexie complète, qu'on peut débiter par des doses plus élevées, sans jamais pourtant aller au delà de 2^{mg}.

Avant de commencer les injections, j'observe chaque malade au moins pendant deux jours ; je fais surtout prendre exactement la température, le plus souvent quatre fois, et au moins deux fois par jour. Chez les malades qui ont de la fièvre, la température doit être déterminée au moins pendant quatre à cinq jours, quatre fois par jour (de 8 à 10 heures, à 3 heures, de 5 à 6, de 9 à 10), et elle doit être marquée en une courbe. Bien entendu, les malades seront examinés avec le plus grand soin, on notera exactement l'état général dans une observation, on inscrira au moins le résultat des examens dans un schéma (ceux de Hærtel, à Breslau, sont particulièrement propres à cet usage).

Je fais régulièrement une injection toutes les 48 heures (voyez page 47, la disparition de la leucocytose se produisant au bout de 36 à 48 heures), le mieux dans la matinée ; mais j'ai aussi fait des injections, sans inconvénient, l'après-midi ou le soir. J'augmente ensuite la dose généralement de 1^{mg}. Ce n'est que très rarement, chez les personnes très robustes, que j'augmente chaque fois de 2^{mg}.

Dans les cas où le mal est très avancé je n'élève la dose que de 0^{mg},5, et souvent je ne fais cette augmentation que chaque semaine. L'expérience seule peut ici permettre de décider ce qu'il convient de faire. Bien entendu, il y a ici des exceptions (voyez les indications spéciales).

Il est beaucoup plus difficile de fixer les doses maxima ou les doses moyennes.

La dose que je dépasse rarement, même chez les hommes vigoureux, est celle de 25 millig. J'arrive très rarement jusqu'à 50 mg. Quant aux doses de 100 mg., que j'ai employées autrefois dans quelques rares circonstances, j'en suis complètement revenu, n'y ayant trouvé aucun avantage.

Dans les cas ne s'accompagnant d'aucune complication, on atteint, à peu près à la 15^e ou 20^e injection, c'est-à-dire 30 à 40 jours après le début du traitement, la dose moyenne de 25 mg. d'hétol, à laquelle on peut se tenir pendant longtemps.

Pendant combien de temps doit-on continuer les injections? Cela dépend du caractère de la maladie. Chez quelques malades j'ai continué les injections pendant une année entière (cas graves, avec tendance à une élévation de la température). Dans ces cas je me suis borné, en général, à de petites doses (jusqu'à 5 mg.). Mais, en somme, je considère comme plus rationnel, d'après une expérience très étendue, de faire, au plus tard au bout de 4 à 6 mois, une pause de 1 à 2 mois, et si alors un nouvel examen (il se produit encore souvent, pendant cette pause, une notable amélioration, les bruits disparaissent, le poids du corps augmente, etc.) indique la nécessité d'un second traitement, on y procédera de la manière convenable en pareil cas. Dans les cas où le mal est à son début, 3 mois suffisent en général.

Quand le traitement a duré plus de trois mois, il m'a paru rationnel de revenir parfois aux doses primitives, par exemple de passer de la dose de 25 mg., à celle de 5 ou 3 mg., de 5 mg. à 1 mg., et puis de s'élever progressivement, un peu plus rapidement peut-être qu'au début, jusqu'à l'ancienne dose. Je procède à ces changements de dose en l'absence même de tout phénomène subjectif chez le malade. La marche de la maladie vers la guérison est alors beaucoup plus rapide que si l'on avait continué avec des doses uniformes. Quand on ne fait les injections que deux fois la semaine (par exemple chez les malades non alités), ces changements alternatifs de doses, de même que les interruptions, sont alors moins nécessaires.

Une indication importante, permettant de conclure que la dose a été relativement trop élevée, nous est fournie par la *température*. Si, le soir de l'injection, la température s'élève notablement par exemple de 1° (abstraction faite d'autres causes), on en conclura que la dose a été trop élevée. Cela sera considéré comme certain, si, le lendemain soir, la température tombe et puis se relève à la suite d'une deuxième injection. Dans les cas très avancés on observe souvent, même avec des doses de 1/2 — 1 mg., de légères élévations de température, par exemple de 37,7 à 38,2. Dans les cas de ce genre, d'ailleurs exceptionnels, on doit continuer avec de petites doses, et l'on voit souvent alors la température revenir peu à peu à la normale.

Quand la température tombe après l'injection, je considère cela comme un signe très heureux (fièvre tuberculeuse pure, voyez plus bas).

L'appréciation de la température est malheureusement très difficile dans les tuberculoses multiples, surtout quand il existe

des abcès tuberculeux, des fistules, etc... Dans un grand nombre de cas, où la température s'élève, ce n'est que difficilement et après une observation prolongée que l'on peut bien fixer la cause à laquelle la fièvre doit être attribuée.

L'exacte appréciation de la température chez les tuberculeux, au moins dans les formes avancées et multiples, est encore rendue difficile par ce fait, que *les états fébriles observés chez les tuberculeux ne sont nullement d'égale valeur* et ne doivent pas être rapportés à la même cause.

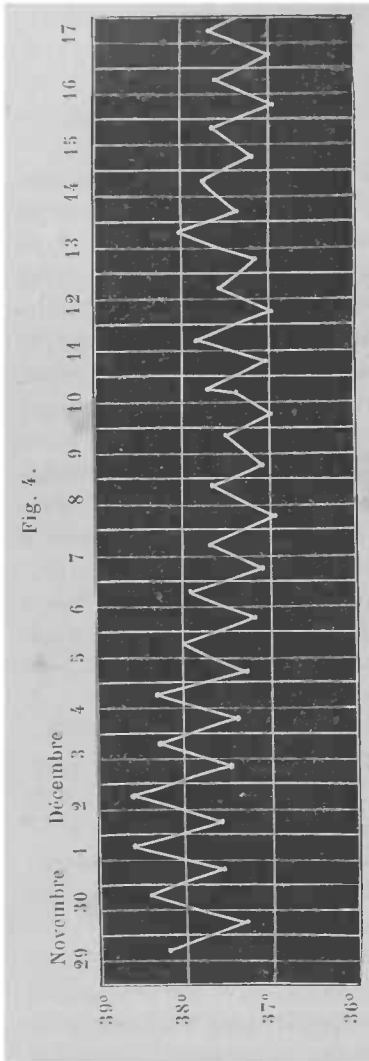
L'observation pratique m'a amené à cette idée (purement subjective pour le moment), que l'on doit distinguer, au point de vue étiologique, deux formes de fièvre, dans la tuberculose. Une de ces formes, que je voudrais désigner sous le nom de *fièvre tuberculeuse pure*, disparaît peu à peu, sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique, souvent au bout d'une semaine ; le plus souvent elle dure plusieurs semaines, même un à deux mois.

Les infections produites purement par les bacilles tuberculeux peuvent provoquer de la fièvre ; c'est ce que démontre l'élévation de la température dans la tuberculose miliaire, dans la méningite tuberculeuse, les tuberculoses osseuses isolées, là où l'élévation de la température ne peut être déterminée que par la toxine tuberculeuse. Dans la tuberculose des glandes cette fièvre tuberculeuse semble de même se présenter fréquemment. La fièvre tuberculeuse, que l'on observe dans les tuberculoses pulmonaires, est, en général, très élevée (37,0°-37,8° le matin, 38,0°-38,6° jusqu'à 38,8° le soir). Mais dans certains cas, notamment sous l'influence d'excès, d'émotions, etc., la température peut monter au delà de 39°. Nous donnons, aux figures 3, 4, 5, 6, 7, 8, quelques courbes de fièvre tuberculeuse pure. Je me contenterai de dire pour le moment que ce qui caractérise cette fièvre, c'est qu'elle régresse peu à peu sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique. Cette chute de la température est, au point de vue du pronostic, d'une importance décisive.

Cette fièvre tuberculeuse se distingue nettement d'une autre fièvre, qui dépend d'une infection concomitante, et que je voudrais appeler *fièvre septique* (sans aucun rapport, bien entendu, avec la fièvre septicémique). On rencontre cette fièvre particulièrement dans les formes de tuberculose à marche aiguë, dans la phtisie galopante des jeunes gens et dans les périodes terminales de la tuberculose, dans les cas de cavernes étendues, etc. On trouve fréquemment ici, comme on sait, de grandes quantités de toutes sortes de coques dans les crachats, et en même temps très peu

de bacilles tuberculeux. La courbe est celle de la fièvre « hectique », avec rémissions ou intermissions profondes, le matin, et sommets élevés, le soir

Le mode de production de cette fièvre n'est pas clair du tout.



Voyant combien peu produisent de la fièvre les nombreux coques du pus, qui sont contenus dans un abcès incisé ou qui se forment sur une ulcération, on devrait penser que les coques du pus, dans une caverne ouverte, ne peuvent guère davantage donner naissance à de la fièvre. On devrait donc admettre qu'il existe alors des rétentions de pus ou de substances pyrogènes dans les cavernes ou les infiltrats non encore ouverts. A l'appui de cette opinion on pourrait encore citer cette observation, d'après laquelle les très grandes cavernes, communiquant largement avec la bronche, ne s'accompagnent souvent d'aucune fièvre — En général cette fièvre est considérée comme une fièvre à streptocoques. Fränkel est parvenu à démontrer sur des coupes, dans le tissu du poumon, l'existence de streptocoques. Nous avons cherché aussi à approfondir la pathogenèse de cette fièvre. Nous n'avons pas réussi à découvrir des streptocoques dans le tissu du poumon. Nous avons pu cultiver le staphylococcus albus (?), retiré, sur le cadavre, de cavernes petites, en apparence fermées.

Cette fièvre septique n'est nullement modifiée par l'acide cinnamique, pas plus d'ailleurs, par exemple, que les staphylocoques dans les articulations.

L'existence de cette fièvre amoindrit beaucoup la valeur des mensurations thermométriques au point de vue de la fixation de

la dose normale, au moins dans les cas très graves, multiples et

Fig. 5.

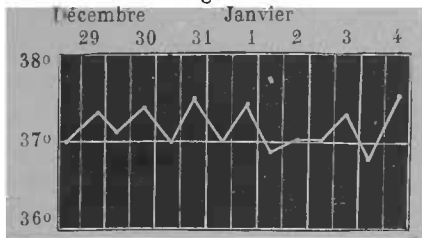


Fig. 6.

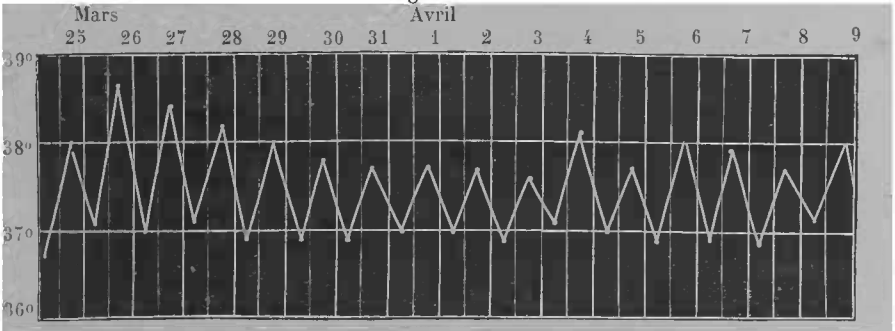


Fig. 7.

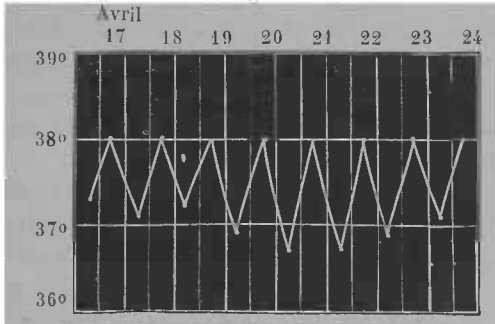
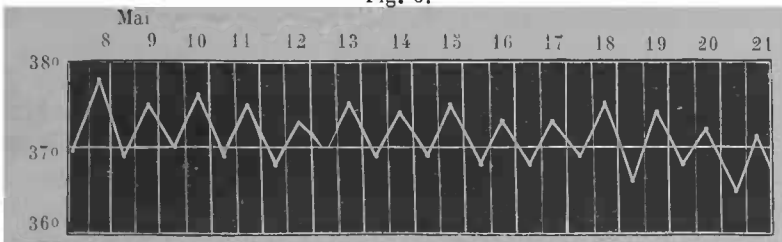


Fig. 8.



s'accompagnant d'une fièvre intense, cas dans lesquels il est difficile de distinguer la tuberculose.

facile de reconnaître la cause réelle de l'élévation de la température.

Dans les tuberculoses multiples on trouve de si nombreux foyers internes, se dérochant à notre connaissance, il existe, notamment quand certains foyers communiquent avec la superficie ou avec les muqueuses, tant de causes de fièvre, qu'il est souvent impossible de faire la part de chacun de ces foyers. On peut en dire autant lorsque des foyers internes existent concurremment avec des tuberculoses chirurgicales. Il arrive souvent, dans ces cas, qu'on ne peut décider d'où vient la fièvre qu'après l'ouverture des foyers chirurgicaux.

Nous pouvons en somme formuler la règle suivante : Le traitement par l'acide cinnamique ne doit donner lieu à aucune augmentation de la température. Si, dans le cours des 24 heures qui suivent l'injection, il se produit une augmentation de la température, c'est que la dose a été trop élevée. Mais on peut (avec une expérience suffisante), malgré une élévation insignifiante de la température, en présence d'un accroissement du bien-être du malade et d'une amélioration manifeste des phénomènes tuberculeux, persister dans l'administration de doses élevées. Si, ayant diminué les doses, on constate que la température baisse les jours suivants, on peut conclure avec certitude que la dose avait été trop élevée. Si elle se maintient à peu près à la même hauteur, on pourra, dans quelques cas, la faire baisser, en élevant la dose avec beaucoup de circonspection, et en prescrivant en même temps un repos complet (au lit ou alternativement au lit et sur la chaise longue).

Il est bon, dans ces cas, de tâter le terrain, d'essayer tantôt de doses plus élevées, tantôt de doses plus petites, jusqu'à ce qu'on voie la courbe s'abaisser peu à peu. L'expérience seule peut alors nous instruire.

La *fièvre septique* augmente parfois modérément sous l'influence des injections d'acide cinnamique, parfois elle n'en est nullement influencée. Elle est influencée d'une manière momentanée par les antipyrétiques, tels que le pyramidon, la phénacétine, etc., qu'il suffit souvent de prescrire à petites doses (0^{gr}, 2-0^{gr}, 3), pourvu qu'on les fasse prendre à un moment propice, au commencement de l'ascension de la température, à midi, ou entre une heure et trois heures. Mais l'administration des antipyrétiques, prolongée même pendant des semaines, ne fait pas disparaître la fièvre septique. Les sérums antistreptocoque et antistaphylocoque n'ont donné lieu à aucune action appré-

ciable. On ne peut alors obtenir quelque résultat favorable que du traitement à l'air libre (voyez page 98), et encore malheureusement pas dans tous les cas.

Le traitement à l'air libre, rigoureusement suivi et combiné, s'il le faut, avec le repos prolongé au lit, est celui au moyen duquel on peut le plus tôt faire baisser peu à peu la température.

Un autre point, qui, en même temps que la marche de la température, mérite d'attirer l'attention au point de vue de la fixation des doses, c'est l'état *subjectif* du malade (à la condition, bien entendu, que ses dires seront contrôlés). Il est un fait qu'il faut considérer comme parfaitement établi, c'est que le traitement par l'acide cinnamique, rationnellement institué (particulièrement par les injections intraveineuses), ne doit nullement incommoder le malade. Le malade ne doit pas même, en général, éprouver la sensation qu'il se passe chez lui quelque chose de particulier. Des malades intelligents, des médecins, par exemple, m'ont affirmé ne pas éprouver la moindre impression, sauf celle d'une guérison lentement progressive. Si, en l'absence d'une élévation de la température ou d'un accident intercurrent (catarrhe récent, excès de régime, etc.), un malade se sent moins bien, éprouve quelque incommodité, il sera indiqué de diminuer la dose ou, au moins, de s'en tenir à la dose atteinte. Il en sera de même si, sans fièvre et sans autres troubles appréciables, il se manifeste une diminution du poids du corps, les phénomènes objectifs de la maladie ne s'aggravant pas en même temps, mais s'améliorant au contraire (bruits de râles, tuméfactions locales dans la tuberculose des os). Ces troubles doivent alors être attribués à ce que le malade a absorbé une trop grande quantité d'acide cinnamique.

Dans ces derniers temps nous avons trouvé, pour ces cas, dans lesquels une trop grande quantité d'acide cinnamique a été absorbée, un criterium objectif dans la numération des leucocytes. Si le rapport des globules blancs du sang est trop élevé, s'il oscille par exemple, d'une manière persistante, autour de 1 : 300, alors même qu'une injection a été omise, cela indique qu'il faut suspendre le traitement. Nous avons observé ces proportions trop élevées de leucocytes particulièrement dans les tuberculoses chirurgicales multiples, dans lesquelles de nombreuses surfaces granuleuses étaient saupoudrées de cinnamylmetacresol, ce qui avait pour résultat une abondante absorption d'acide cinnamique. L'existence de cette hyperleucocytose constituait pour nous, dans ces cas, une raison d'interrompre les injections intraveineuses et même de remplacer provisoirement l'emploi des préparations

d'acide cinnamique par celui du baume du Pérou, plus pauvre en acide cinnamique, ou par l'emploi de l'iodoforme.

Il nous reste à faire remarquer que, dans ces cas, l'urine ne nous a présenté aucune altération. Nous n'avons pas davantage observé d'états analogues à la leucémie.

Une grande exactitude dans l'observation des malades et, dans les cas graves, une certaine expérience, sont donc des conditions indispensables dans le traitement par l'acide cinnamique. Toutes ces conditions, sans compter la technique, qui n'est pas des plus simples, ne pourront être réalisées, dans la pratique privée, que dans un petit nombre de cas.

A ceux qui, sans une instruction spéciale, se basant simplement sur ces communications, voudront entreprendre le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique, je conseillerai instamment de ne jamais choisir, comme premier cas, une tuberculose avancée, s'accompagnant de fièvre, mais seulement une tuberculose peu avancée et apyrétique.

Le mode de traitement typique d'une tuberculose apyrétique, pas trop avancée, avec conservation des forces, devra être le suivant :

Une étude exacte des signes anamnestiques, un examen attentif, non seulement des poumons, mais encore du cœur et même de l'urine, sont indispensables ; il faudra aussi déterminer exactement le poids du corps. Tout d'abord on déterminera exactement la température au moins pendant deux jours, deux à quatre fois par jour. Les indications données par les tuberculeux sont, sous ce rapport, tout à fait incertaines. Presque la moitié de mes malades, prétendant n'avoir point de fièvre, en avaient en réalité.

On commencera par 1 millig., en injection intraveineuse. Le mieux sera de faire l'injection le matin. En général je fais une injection tous les deux jours. Mais chez les malades non sédentaires je n'ai fait que trois injections, quelquefois même deux injections par semaine. J'élève chaque fois la dose de 1 2 millig., de sorte qu'au bout de 20 à 30 jours la dose atteinte s'élève à 10 millig. On passe alors de la solution de cinnamate de sodium à 1 0 0 à la solution à 5 0/0 (2 divisions = 10 millig.), et l'on peut alors s'élever, chaque fois, de 1 2 division = 2^{mg},5, de sorte que l'on atteint ainsi, dans la 5^e ou la 6^e semaine, une dose de 25 milligrammes.

La dose de 25 millig. devrait être, à mon avis, une dose maxima, au-dessus de laquelle on aura rarement l'occasion de s'élever. J'ai fréquemment dépassé cette dose chez les hommes vigoureux ; j'ai

même chez plusieurs d'entre eux employé, pendant longtemps, 40, 45 et même 50 millig. ; j'ai même été, dans ces dernières années, jusqu'à près de 100 millig. Je n'ai constaté aucun effet nuisible direct, la guérison continuait sa marche ; mais, en comparant les cas analogues, les uns traités par des doses élevées (au delà de 25 millig.) et les autres par des doses modérées, je n'ai pu me convaincre que les premières amenassent la guérison plus rapidement que les secondes. Mais les doses élevées donnent, sans aucun doute, plus facilement lieu à des effets concomitants désagréables (voyez p. 83). Un regard jeté sur l'anatomie pathologique du traitement par l'acide cinnamique et sur les processus inflammatoires que provoque ce traitement dans le poumon (page 40), fait voir qu'il n'est pas bon d'exagérer, par de trop hautes doses, l'hypérémie et les phénomènes inflammatoires. Il faut bien se garder aussi de se laisser entraîner par les instances des malades à employer des doses trop élevées. Les processus de résorption, d'enkystement, de pénétration et de cicatrisation, demandent du temps. On ne peut sans danger en abrégé trop la durée, et un médecin, ayant pour principe de suivre la nature, se gardera bien de se laisser entraîner à la forcer.

Voici quelle doit être à peu près la *marche* d'une tuberculose pulmonaire non compliquée, traitée par l'acide cinnamique.

L'*auscultation* — la base la plus importante pour l'appréciation de cette marche — donne en général les résultats suivants :

Les râles humides deviennent plus rares, puis plus secs, prennent le caractère de craquements, etc., et enfin, dans les cas légers, vers la fin du second mois, ils disparaissent totalement.

A ce moment on observe fréquemment une certaine variabilité dans les phénomènes : un jour, on n'entend aucun bruit ; le lendemain, on en perçoit de très manifestes. Il n'est pas rare de trouver encore, pendant un certain temps, la respiration saccadée ou rude.

Je ferai remarquer que la respiration saccadée se présente souvent aux endroits où auparavant existaient des bruits humides.

Il n'est pas rare non plus de constater, durant le traitement par l'acide cinnamique, que, aux endroits où on n'avait rien perçu à un premier et à un second examen, des bruits se font plus tard entendre. Est-ce la conséquence d'un travail inflammatoire se faisant dans des foyers petits, non physiquement appréciables, ou bien s'agit-il simplement d'un catarrhe intercurrent ? C'est ce que nous ne déciderons pas ; la première hypothèse nous semble cependant la plus vraisemblable.

On perçoit souvent des bruits de frottement. Nous les avons souvent aussi entendus, comme signe d'une pleurite sèche circonscrite, dans des endroits inaccoutumés, parfois même au niveau des sommets. Nous avons été frappés de la rapidité avec laquelle disparaissaient, en général, ces signes d'une inflammation sèche de la plèvre (caractérisée en outre par une douleur locale et une légère augmentation de la température).

La *percussion* donne des résultats plus typiques. Il n'y a qu'une petite partie des régions mates, où le son s'éclaircisse entièrement. C'est ce que nous avons observé plus fréquemment dans les parties inférieures qu'au sommet des poumons.

Il est de règle que l'étendue de la matité devienne moindre

Mais, au lieu d'un éclaircissement du son, nous avons, dans des cas assez nombreux, observé une évidente augmentation de la matité; ce fait ne s'est manifesté qu'au niveau des sommets, en même temps que les limites supérieures des poumons semblaient devenues plus profondes.

Nous avons vu aussi parfois, vers la fin du traitement, apparaître une matité bien manifeste (au niveau des sommets), là où, au début, nous n'avions rien pu constater de semblable.

Dans les cas de matité plus étendue, descendant jusqu'à la 3^e ou 4^e côte, nous avons vu, en général, le son s'éclaircir au niveau des parties inférieures, tandis que les parties supérieures restaient dans le même état; le sommet semblait en même temps plus profond — tous signes d'un état de rétraction pulmonaire.

Un traitement par l'acide cinnamique, normalement institué, ne doit pas donner lieu à d'autres phénomènes. En général on voit se manifester de bonne heure une sensation subjective d'amélioration. Parmi les symptômes qui se montrent le plus tôt, à la grande satisfaction des malades, je citerai la diminution et, peu après, la disparition des sueurs nocturnes, qui constituent un tourment si pénible, et contre lesquelles nous n'avons jamais eu à intervenir par d'autres moyens, en dehors de quelques lotions fraîches.

La toux devient plus rare, l'expectoration s'amointrit. Les crachats changent peu à peu de caractère; ils deviennent moins purulents, plus muqueux; ils finissent par être purement muqueux. Plus tard, dans les cas simples, à partir de la 5^e à la 6^e semaine, la toux peut sembler redevenir plus intense. La « toux d'expectoration » devient une « toux d'irritation ». On voit souvent alors survenir une toux assez fatigante; les malades sont obligés de tousser longtemps, avant de finir par expectorer une petite masse

de mucus, visqueuse et tenace. Cette sorte de toux doit être considérée comme un signe favorable. De petites quantités de codéine (sirop de codéine à 1 0/0, par cuillerées à café; ou mieux gouttes de codéine : codéine 0,03 à 0,1, eau distillée et eau d'amandes amères aa 7,5 à 10,0, à prendre 10 à 20 gouttes, plusieurs fois) ne tardent pas à calmer cette irritation; les enveloppements de Priessnitz (2 à 4 heures), suivis de frictions froides, produisent aussi des effets favorables.

L'appétit s'améliore, en général, de bonne heure, sans qu'on ait besoin d'avoir recours à des médicaments appropriés (teinture de quinine composée, acide chlorhydrique en dilution, teinture vineuse de rhubarbe, etc.). Le sommeil est parfois un peu troublé au début du traitement, les malades ne s'endorment que difficilement et tard; mais, dans la suite, le sommeil devient bon et réparateur. Un verre de bière suffit souvent comme hypnotique.

Quelques malades éprouvent, au moment où les processus de rétraction pulmonaire deviennent appréciables, des douleurs rhumatoïdes dans les régions malades, dans les épaules, etc. Les fomentations de Priessnitz, faites la nuit, agissent alors favorablement, en même temps qu'elles calment la toux d'irritation; on pourra aussi employer avantageusement les badigeonnages avec de la teinture d'iode.

Les bacilles des crachats, que nous examinons, autant que possible, toutes les trois à quatre semaines, diminuent à partir de la quatrième semaine, souvent d'une manière assez uniforme. Dans les cas où, malgré l'amélioration de l'état général et des phénomènes de l'auscultation, la quantité de bacilles reste à peu près constante, il faut admettre qu'il existe une caverne (caverne petite, peut-être située dans les parties centrales).

Le *poids du corps* subit, dans le plus grand nombre des cas, un accroissement souvent considérable. Cet accroissement est naturellement plus prononcé chez les malades qui, mal nourris auparavant, ont trouvé dans un sanatorium des conditions hygiéniques plus avantageuses. On voit quelquefois cette augmentation du poids du corps ne se manifester qu'après la suspension des injections. C'est même là le cas le plus fréquent à la suite de l'emploi de l'émulsion d'acide cinnamique.

Les processus inflammatoires, dont les poumons sont le siège, doivent naturellement exiger que les malades gardent le repos le plus complet, au moins pendant les quatre à six premières semaines du traitement. Le repos au lit n'est nullement nécessaire; ils doivent, au contraire (en dehors des repas, etc.), passer la

plus grande partie du jour en plein air, étendus sur un canapé.

Le traitement chez les malades non sédentaires demande presque deux fois plus de temps, avant que l'amélioration et la guérison se produisent; ce retard dans la guérison est encore plus marqué chez les malades qui sont obligés de travailler durant le traitement; ce que l'on ne doit permettre, en général, que dans les cas tout à fait légers.

Quand j'exige de mes malades, autant que possible, qu'au commencement du traitement ils se fassent admettre, pendant 10 à 14 jours au moins, à l'hospice, j'ai en vue de leur faire prendre, pendant ce temps, au moins jusqu'à un certain point, des habitudes hygiéniques rationnelles. Ceux-là seuls, qui en ont fait l'expérience, peuvent se faire une idée des étourderies, des folies, que les tuberculeux ont coutume de commettre quand ils ne sont pas surveillés. Quant aux habitudes vagabondes qu'il est de mode de permettre aux tuberculeux dans certaines stations sanitaires, elles ne peuvent nullement s'accommoder avec le traitement par l'acide cinnamique.

Cette marche, en quelque sorte typique, de la tuberculose, peut être traversée par des *complications*, dont il faut tenir grand compte dans le traitement.

La tendance aux hémoptysies impose au médecin une grande circonspection. On peut admettre que l'accroissement de la fluxion sanguine dans les foyers tuberculeux, durant le traitement par l'acide cinnamique, doit augmenter le danger des hémorrhagies, tant qu'il ne s'est pas produit un enkystement des foyers nécrotiques, et cela d'autant plus que l'examen microscopique permet alors de découvrir une dilatation assez considérable des vaisseaux sanguins dans les poumons. Cette hyperémie doit aussi augmenter la disposition aux hémorrhagies dans les parois des cavernes.

L'encapsulation des foyers ne peut pas en tout cas être considéré comme suffisant avant la fin de la sixième à la huitième semaine. Nous avons d'ailleurs parfois observé des crachats sanguinolents à des époques encore plus tardives.

On se voit donc alors obligé de s'en tenir, au moins pendant six semaines, à l'emploi de petites doses (5 millig. tout au plus). On devra aussi, dans ces cas, n'élever les doses que plus lentement, de 1 millig. tout au plus par semaine. Les doses élevées, au delà de 20 millig. (!), sont alors, en général, contre-indiquées. S'il survient une expectoration sanguinolente, le mieux est de suspendre les injections au moins pendant quatre jours, puis de les

reprendre avec des doses moindres. Si on le peut, on interrompra les injections jusqu'à ce que les crachats soient depuis plusieurs jours entièrement décolorés. Chez les malades, qui présentent constamment un peu de sang dans leurs crachats, on devra continuer les injections ; et cela peut se faire sans danger, comme j'ai eu plusieurs fois l'occasion de m'en convaincre, mais à la condition de ne pas aller au delà de 5 millig., jusqu'à ce que les crachats aient perdu définitivement leur couleur.

Sur environ 200 cas de tuberculose pulmonaire, que j'ai observés pendant ces deux dernières années, je n'ai vu que quatre hémoptysies considérables ; deux se sont produites chez des malades non sédentaires, dont l'un, menant une existence très irrégulière, s'était heurté la poitrine contre une planche, en franchissant la voie d'un tramway électrique. L'autre était un alcoolique, à existence très désordonnée.

Dans un autre cas, c'est à l'emploi de doses trop élevées que j'ai cru devoir attribuer les hémoptysies qui se sont produites (voy. observation n° 63).

Nous recommanderons donc expressément de s'enquérir avec soin, avant de commencer le traitement, s'il n'existe pas une tendance à de fréquentes hémoptysies. Une grande et unique hémoptysie, s'étant produite depuis plusieurs mois, a moins d'importance, sous ce rapport, qu'une série de petites hémorragies fréquemment répétées et s'étant prolongées jusqu'au commencement du traitement. Mais il ne faut pas oublier qu'il y a des malades qui sont toujours tentés d'exagérer et qui prennent pour une hémorragie pulmonaire le moindre filet de sang, venu des dents ou du nez.

La complication la plus importante, celle qui mérite d'être combattue le plus énergiquement, c'est la *fièvre*. Voyez, p. 86 et suivantes, ce que j'ai dit de la fièvre chez les tuberculeux.

Le traitement le plus important à opposer à la fièvre est le *traitement à l'air libre*. On a prétendu, qu'une preuve de la défec-tuosité de l'ensemble de ma méthode consistait dans ce fait, que je considérais comme nécessaire, pour les cas avancés, le traitement à l'air libre et dans des établissements spéciaux. Les cas peu avancés, non accompagnés de fièvre, les tuberculoses pulmonaires sans complications, ne nécessitent pas d'une manière pressante la cure à l'air libre. Le danger des tuberculoses pulmonaires, traitées par l'acide cinnamique, ne doit pas être cherché dans l'activité des bacilles tuberculeux. Dans les affections pulmonaires même les plus graves, mais ne s'accompagnant pas de fièvre, dans les-

quelles on trouverait à peine encore du tissu pulmonaire normal, les crachats renfermant d'innombrables bacilles, on peut encore au moyen de l'acide cinnamique parvenir à améliorer l'état du malade.

Le plus grand danger dépend de l'apparition de troubles, provoqués par un « catarrhe », c'est-à-dire de processus inflammatoires fébriles (voyez p. 110). Ce sont eux qui, dans peu de temps, dépriment fortement les forces des malades et souvent, en quelques jours, annihilent les avantages obtenus en plusieurs semaines et même en plusieurs mois. Les malades eux-mêmes considèrent ces troubles comme résultant de refroidissements et les désignent, en général, sous le nom de « influenza ». On cherche, très rationnellement d'ailleurs, à les prévenir au moyen d'un traitement à l'eau froide, ainsi que par l'accoutumance à l'air frais, l'endurcissement, etc...

La comparaison entre les résultats obtenus au sanatorium, par le traitement à l'air libre, et ceux obtenus à l'hôpital, où malheureusement les dispositions ne permettent guère d'offrir aux malades un air frais et pur, m'a sous ce rapport inspiré une toute autre manière de voir.

La cure à l'air libre produit naturellement des effets toniques, excite l'appétit; l'atmosphère des forêts est riche en ozone, etc. L'air des hauteurs, en particulier, a-t-il une action « spécifique » sur le sang? Nous n'avons pas ici à développer cette question. L'efficacité bien reconnue de l'air de l'Océan — particulièrement basée sur les effets des longs voyages maritimes — permet de mettre en doute cette influence spécifique de l'altitude :

Le rôle essentiel, dans le traitement à l'air libre, me paraît appartenir aux *germes contenus dans l'air de la respiration*.

Les recherches bactériologiques suivantes — encore incomplètes — peuvent être citées à l'appui de cette manière de voir. Elles ne permettent pas encore de tirer des conclusions, ne peuvent donc être exposées que d'une manière sommaire et ne peuvent s'arroger qu'une valeur conditionnelle, d'autant plus que la méthode suivie a été des plus simples. On a exposé à l'air, durant 5 minutes, des cupules de Petri, pourvues de glycérine-Agar. Il a été jusqu'ici constaté que l'air, dans la forêt et les cabanes forestières, à Kræhenbad (Forêt Noire), était entièrement stérile, en hiver et en été. Dans les vérandas couvertes, tantôt air stérile, tantôt (immédiatement après le nettoyage) 3-6 colonies (bacilles volumineux, coques blanchâtres); salle à manger, avant le repas, tantôt tout à fait stérile, tantôt 1 à 2 colonies; après le repas, 2-10

colonies, moisissures et petits coques en colonies grises. Chambre de malade (tuberculose pulmonaire grave, des deux côtés, avec suppurations périrectales, non encore garnie de linoleum : à côté de sarcines, colonies blanches et grises, colonie jaune, ressemblant beaucoup, macroscopiquement et microscopiquement, au staphylocoque, en tout douze. Autre chambre de malade, garnie de linoleum et fréquemment désinfectée avec la formaline : stérile. Salle de consultations : tantôt 1-2 colonies de moisissures, tantôt nombreuses colonies d'un blanc grisâtre ; les lieux d'aisance ont offert 8-25 colonies (ce dernier nombre, peu après le nettoyage) de moisissures, sarcines, etc...

À l'hôpital Karl-Olga (Stuttgart), au contraire, l'air s'est montré, dans tous les temps, beaucoup plus riche en germes ; la salle d'opérations elle-même, très garantie de tous côtés, renfermait presque toujours des moisissures, des levûres, souvent, il est vrai, très clairsemées ; après les opérations, on y trouvait des coques (staphylocoques) ; la salle de pansements, après les pansements, renfermait jusqu'à 100 colonies, moisissures, levûres, sarcines, coques, quelques-unes, entre autres, semblables à des staphylocoques (dans l'hôpital de Karl-Olga l'exposition avait duré 15 minutes).

Après avoir nettoyé à fond la chambre, avoir frotté les meubles avec du pétrole, changé les matelas, frotté les murs, nous avons encore soin, avant d'y loger un nouveau malade, de procéder à une désinfection complète par la formaline ; nous répétons la même opération quand la chambre a été occupée un certain temps ; il nous a semblé que les désinfections fréquentes à la formaline avaient une influence favorable.

Ce qui surtout rend l'air respiré dangereux pour les poumons malades, c'est la présence, dans cet air, de coccus purulents.

Sont-ils abondamment répandus dans l'air, il doit en résulter, pour les poumons malades, le même effet que produit sur les plaies un pansement fait avec des compresses imbibées de pus. Le danger est d'autant plus grand, que les endroits malades, dans les poumons, ne sont pas, en général, protégés par des granulations saines.

Les sanatoria, avec traitement à l'air libre, présentent donc, outre l'avantage d'offrir aux malades une hygiène rationnelle et une bonne alimentation, celui, bien précieux, de mettre les poumons tuberculeux à l'abri de l'infection accidentelle par les coques purulents.

Le traitement à l'air libre est donc particulièrement nécessaire

pour les tuberculeux fébricitants, surtout dans les formes septiques, dans lesquelles l'inhalation de coques purulents représente toujours une infection nouvelle. — C'est dans ces formes qu'on voit fréquemment, dans les sanatoria, la température baisser, sans qu'on ait eu recours à d'autre traitement qu'au repos et à l'air pur.

Nous instituons le traitement à l'air libre d'après les principes de Dettweiler, et nous n'avons rien d'essentiel à ajouter aux prescriptions de cet observateur.

Un autre point, dont il faut tenir grand compte aujourd'hui dans le traitement par l'acide cinnamique, c'est que le malade, au moins dans les 3 ou 4 premières semaines, prenne beaucoup de repos en plein air, le mieux sur un canapé. Ceci importe surtout naturellement chez les malades qui ont des dispositions à la fièvre. Nous avons eu assez souvent l'occasion de vérifier l'exactitude de l'ancienne observation, qui attribue au repos complet au lit (bien entendu à l'air libre) la propriété de faire baisser la température. Les malades moins gravement atteints resteront couchés sur des canapés, sous des verandas couvertes, dans des cabanes forestières; en été, dans des jardins ou des forêts, sous les arbres. Leurs demeures devront toujours être protégées contre le vent. Quand ils seront en bonne voie de guérison, on les accoutumera peu à peu au mouvement (sans cesser d'observer leur température); on les fera promener d'abord, pendant quelques minutes, sur une route horizontale; plus tard, sur des chemins un peu montants.

Les longues promenades, les marches forcées, la gymnastique pulmonaire, dont on abuse en général, ne peuvent pas s'accorder avec le traitement par l'acide cinnamique. Elles ne conviennent, en général, que comme traitement prophylactique et chez les individus entièrement guéris.

Nous ne faisons qu'un usage modéré de l'*hydrothérapie*. Les frictions froides sont très rationnelles. On y habitue les malades, en les faisant frictionner d'abord, au lit, sur diverses parties du corps, avec un mélange d'alcool et d'eau, à 1 : 2; après quoi on les soumet à des frictions sèches; plus tard, on les fait envelopper, pendant quelques instants, avec un drap humide, puis on leur pratique des frictions sèches. Les malades vigoureux, ne présentant aucune disposition aux hémorragies pulmonaires, pourront être soumis à des ablutions froides, de courte durée, sur tout le corps. On leur fera prendre, en outre, chaque semaine, un bain de propreté chaud, avec frictions au savon.

Les bains chauds fréquents ne nous ont donné, en général, que des résultats défavorables.

La nécessité d'une *alimentation très abondante*, composée d'aliments variés, excitant l'appétit, pas trop pauvres en graisse et en carbo-hydrates, s'impose tout naturellement.

Une nourriture variée constitue le meilleur moyen de maintenir l'appétit en bon état. D'ailleurs l'acide cinnamique exerce une action très favorable sur l'appétit et sur les embarras gastriques, si fréquents et si pénibles chez les tuberculeux, surtout quand on y joint le traitement à l'air libre. Les malades, sous ce rapport, ne nous donnent, en général, que peu de peine.

Le lait ne sera donné que bouilli; le lait de chèvre seul pourra être pris cru. Ce n'est que rarement que nous l'additionnons d'un peu de cognac.

Le vin et les boissons alcooliques ne sont que rarement autorisés chez mes malades. Je n'ai jamais pu me convaincre de l'utilité des hautes doses d'alcool chez les tuberculeux; on sait, au contraire, que chez les alcooliques la force de résistance est notablement amoindrie. Chez de tels malades, présentant souvent en même temps de l'emphysème et les signes d'une dégénérescence du cœur, on se voit obligé de s'en tenir à des doses relativement faibles d'acide cinnamique. — Je ne puis m'imaginer que l'alcool, qui rend malades les gens qui se portent bien, puisse donner la santé aux malades. Un malade, qui avait déjà fréquenté de nombreux sanatoria et qui me faisait l'effet d'un buveur intrépide, me donnait ainsi la raison du besoin qu'il éprouvait d'absorber de l'alcool : « Le cognac et les vins généreux ne guérissent nullement la tuberculose, nous en sommes tous convaincus; mais ils nous aident à passer bien des heures sombres. »

Je trouve, au contraire, que, chez les hommes particulièrement, les bières riches en malt, telles que la bière noire de Kœstritz, les bières de Culmbach et de Munich, sont rationnellement indiquées. Les personnes non habituées aux boissons alcooliques, les femmes, les enfants, se trouveront aussi bien, si ce n'est mieux, de l'usage du lait, de l'eau, etc...

Je n'ai jamais trouvé jusqu'ici que l'emploi de hautes doses de boissons alcooliques eût le moindre avantage sur l'abstinence complète de ces boissons.

Le mode de traitement et la marche *des cas de tuberculose pulmonaire plus avancés* et accompagnés d'une forte fièvre ne sont malheureusement pas aussi simples ni aussi typiques que dans les cas dont il vient d'être question.

Les cas où il existe des cavernes, sans fièvre, comportent un pronostic en général favorable et suivent une marche encore assez typique. Cette marche ne se distingue souvent de la marche typique qu'en ce que l'amélioration progresse plus lentement, que la toux et l'expectoration ne diminuent que peu à peu, et que la quantité de bacilles reste souvent constante pendant plusieurs mois. Les autres phénomènes (sueurs, troubles gastriques, respiration courte, etc.) disparaissent fréquemment avec rapidité.

Les phénomènes objectifs éprouvent aussi une amélioration, qui consiste dans la disparition des bruits au niveau des parties pulmonaires non détruites.

Les *symptômes des cavernes*, dans quelques cas, que nous avons exactement suivis, ont totalement disparu. Les bruits de tintement se transformaient d'abord en râles humides, puis secs et finissaient par disparaître entièrement. En même temps la respiration bronchiale devenait moins prononcée, cessant parfois de se faire entendre, le son tympanique disparaissait de même, faisant place à de la matité ou au son pulmonaire normal.

Mais il ne s'agissait ici que de petites cavernes. Les grandes cavernes semblent devenir « plus sèches » ; les bruits de tintement deviennent de plus en plus rares, et, à la fin, on peut n'en plus entendre un seul sur 10 à 15 mouvements respiratoires. Les bruits pouvant encore être entendus sont naturellement humides. On perçoit encore alors une respiration bronchique sonore, souvent amphorique, divers sons alternatifs, etc... Le tissu pulmonaire avoisinant peut, à la percussion et à l'auscultation, paraître à peu près normal.

Ces cavernes, bien entendu, ne peuvent pas arriver à une guérison complète, les parois du thorax ne pouvant, que jusqu'à un certain degré, obéir à une rétraction cicatricielle (1).

(1) Les tentatives que l'on a faites en vue de guérir par une opération ces cavités, incurables de toute autre manière, présentent naturellement une grande importance. On n'est pas d'accord actuellement sur le mode opératoire qu'il convient de choisir. Les divers cas de cavernes pulmonaires, que j'ai eu l'occasion d'ouvrir, à cause de leur situation superficielle, m'ont donné des résultats peu encourageants ; il est vrai qu'il s'agissait de périodes finales, avec fièvre intense, destructions étendues, ne donnant aucun espoir d'enrayer le mal. Ces cas datent tous d'un certain nombre d'années. Je n'imaginai pas alors que les malades dussent mal se trouver de l'ouverture de ces cavernes adhérentes aux parois thoraciques.

Je ne conseillerais pas d'avoir recours à ces ouvertures à l'extérieur, parce que le danger d'une fistule pulmonaire persistante n'est pas entièrement à négliger. Ce serait déjà beaucoup, si, au moyen d'une résection des côtes, on ménageait au thorax rigide la possibilité de se rétracter. J'ai fait des recherches sur le cadavre, et j'ai trouvé que les parties postérieures des première, deuxième, troisième côtes, que j'ai déjà réséquées sans inconvénient dans des opérations de

Quant au pronostic de ces cas, il m'a été donné d'en rencontrer plusieurs, depuis déjà longtemps, dans lesquels les bacilles avaient disparu des crachats et l'aptitude au travail était devenue satisfaisante.

Le traitement ne s'éloigne pas essentiellement de celui des cas non compliqués; au début, les doses devront être un peu moindres, à cause surtout du danger de grandes hémorragies pulmonaires.

Un autre groupe comprend *les cas s'accompagnant de destruction prononcées et de fièvre intense.*

Presque tous ces cas, alors même qu'ils offraient un pronostic très défavorable, ont été soumis au traitement, à l'hôpital ou au sanatorium, et nous avons obtenu, chez plusieurs d'entre eux, des résultats qui ont de beaucoup dépassé notre attente.

La courbe, représentée dans les figures 9 à 11, donne le mouvement de la température dans un cas de tuberculose pulmonaire à marche rapide, avec fièvre élevée et symptômes de cavernes, qui finirent par disparaître, en même temps que le poids du corps augmenta de 18 livres.

On ne peut pas donner des règles précises pour les cas de ce genre; il faut ici, pour instituer un traitement convenable, une grande expérience dans l'emploi de l'acide cinnamique, une observation très exacte, des essais très prudents de doses plus ou moins élevées et beaucoup de soin dans la détermination de la température. Ici il est encore indispensable d'avoir recours aux moyens adjuvants, notamment au traitement à l'air libre, prudemment institué, à une alimentation très soignée, etc.

Somme toute, nous pouvons formuler cette règle : *Plus le malade est faible, plus la fièvre est élevée, plus la dose devra être petite.* On débutera par un demi-millig., tout au plus par 1 millig., et l'on n'élèvera cette dose que très lentement.

L'observation de la température est ici très importante. Si, durant les injections, elle baisse, même très lentement, on considérera cela comme un signe favorable.

spondylite, peuvent être réséquées sans scrupule dans une étendue assez grande. C'est à la pratique à décider si, dans ces cas, une résection sous-périostée serait suffisante, ou s'il faudrait aussi enlever le périoste.

Cette opération, chez les malades non fébricitants, peut être considérée comme dépourvue de danger.

Les préjugés, qui règnent actuellement contre toute intervention opératoire dans la tuberculose pulmonaire, m'ont empêché jusqu'ici d'avoir recours aux résections costales dans les cas de cavernes des poumons. Qu'un sommet pulmonaire, siège d'une rétraction cicatricielle soit, pour le malade, un résultat bien plus satisfaisant qu'une caverne ouverte, même à parois lisses, cela est incontestable, car un véritable revêtement épithélial des cavernes ne semble pas se produire (voy. p. 37).

On ne doit pas se laisser décourager, en voyant la température se maintenir, le soir, même durant des mois entiers, à 38° ou

Fig. 9.

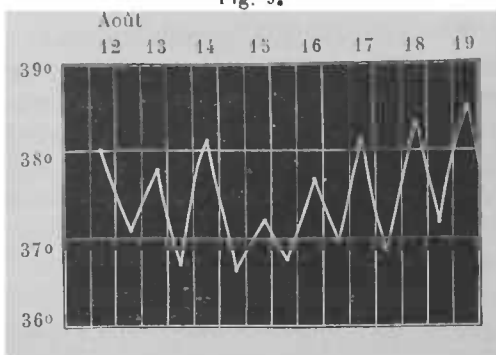


Fig. 10.

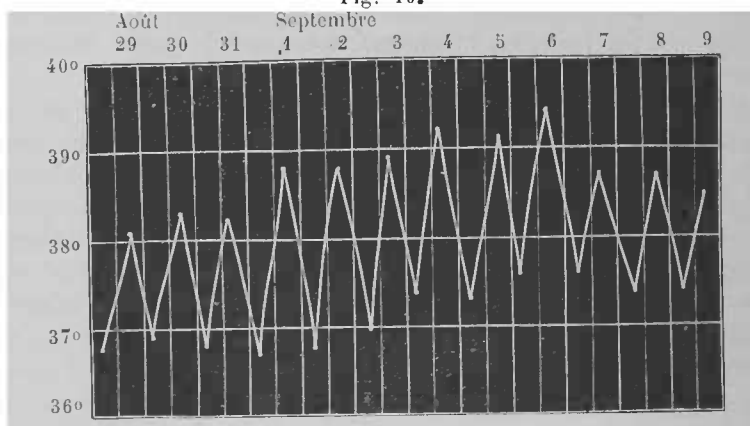
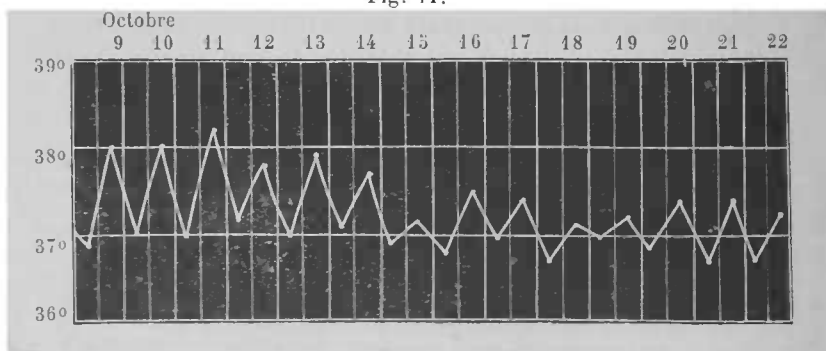


Fig. 11.



au-dessus, car elle finit habituellement par arriver à la normale

(voy. la courbe, fig. 12-15). Ici également il est nécessaire de tenir

Fig. 12.

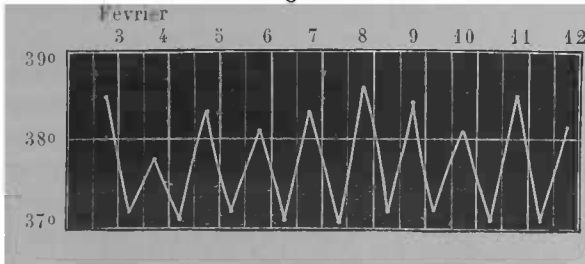


Fig. 13.

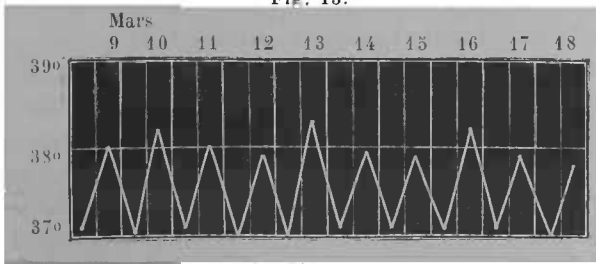


Fig. 14.

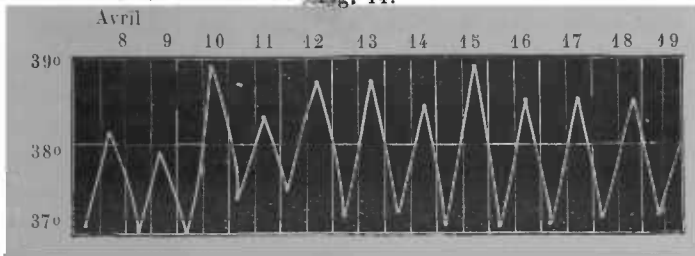
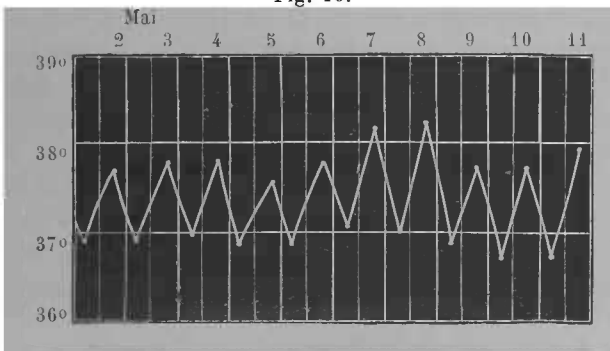


Fig. 15.



compte du poids du corps. Nous avons vu des malades présen-
LANDERER, Tuberculose

tant des températures vespérales de plus de 38°, et dont le poids avait augmenté de 25 livres. Il est évident que l'augmentation du poids du corps doit aussi être considérée comme un signe favorable.

Si, chez de tels malades, la température s'élève légèrement après la première injection, on peut, malgré cela, continuer à injecter, et l'on verra souvent la température s'abaisser pendant la troisième ou la quatrième semaine. Les doses employées varieront alors entre 1 et 4 millig. (3 millig. !). Nous nous sommes fait une règle, en présence de malades, chez lesquels, au bout de quatre semaines, il ne s'est produit aucun abaissement de la température ni aucune amélioration essentielle des autres symptômes, d'interrompre le traitement comme étant sans utilité, bien qu'à ce moment nous ayons trouvé une certaine résistance chez nos malades, qui soutenaient que les injections leur procuraient un notable soulagement. S'agit-il, chez ces malades, à la dernière période de leur affection, d'un réel soulagement de leurs souffrances, ou bien s'agit-il simplement d'une action suggestive ? C'est ce que nous ne saurions décider.

Dans un autre groupe nous placerons les *tuberculoses pulmonaires à marche aiguë*, chez les jeunes gens, la phtisie dite galopante, avec expectoration riche en coques, souvent très pauvre en bacilles tuberculeux, et s'accompagnant d'un dépérissement rapide, qui rappelle souvent la septicémie aiguë. L'examen des poumons ne permet de percevoir que quelques phénomènes très peu accentués (matité, respiration affaiblie, râles humides, peut-être respiration bronchique) à côté d'une fièvre très intense, contre laquelle tout traitement se montre à peu près impuissant.

L'acide cinnamique n'exerce aucune action sur ces températures élevées. On constate même, le soir après l'injection, que la température a plutôt un peu monté. Dans les cas où l'affection a offert, dans sa marche, des périodes apyrétiques, on fera bien de renoncer dès l'abord entièrement au traitement par l'acide cinnamique, dès qu'on aura constaté, par un essai de courte durée, que la courbe de la température ne s'abaisse pas.

Dans les périodes apyrétiques, le traitement par l'acide cinnamique, à petites doses, peut conduire à la guérison. Nous avons aussi observé quelques cas, dans lesquels, durant le traitement par l'acide cinnamique, la température élevée se mettant à baisser, nous parvenions à obtenir de très beaux résultats. L'acide cinnamique seul, sans l'aide du traitement à l'air libre, etc..., aurait-il conduit au même but ? Nous nous le demandons.

Quant au *traitement prophylactique*, tel qu'il est institué notamment dans les établissements sanitaires à haute altitude, nous n'avons pas eu l'occasion de l'employer, nos malades étant en général déjà plus ou moins gravement atteints. L'acide cinnamique semble pouvoir cependant être employé, à ce point de vue, avec quelque avantage ; c'est ce qui ressort notamment des résultats favorables obtenus chez des enfants scrofuleux, chez lesquels de graves phénomènes n'ont, il est vrai, régressé qu'à la suite d'un traitement prolongé. Depuis bien des années nous avons tous les jours sous les yeux de tels enfants, et nous avons pu nous convaincre des transformations complètes qu'ils ont éprouvées dans leur état de santé. Le traitement par l'acide cinnamique étant tout à fait inoffensif, nous ne voyons aucune contre-indication à son emploi chez les malades, chez lesquels on soupçonne à bon droit une tuberculose latente, qui présentent les signes d'une tare héréditaire grave, avec anémie prononcée, chlorose opiniâtre, etc., sans qu'il existe en même temps aucun symptôme manifeste de tuberculose.

Jusqu'ici nous nous sommes abstenus de soumettre à notre traitement ces sortes de malades, nous en tenant à ceux chez lesquels le diagnostic était certain.

Il faut aussi, dans le traitement par l'acide cinnamique, avoir égard à l'état du cœur. Chez les malades présentant un pouls fréquent, mais sans fièvre, et chez lesquels on peut soupçonner une certaine faiblesse du muscle cardiaque, nous n'élevons que lentement les doses, nous en tenant à des doses très modérées. Soumis à des doses trop élevées, de tels malades se sont plaints parfois d'une sensation de plénitude et d'une certaine oppression. Il convient aussi de permettre à de tels malades, dès le début, un exercice modéré et de ne pas les maintenir au lit pendant des semaines entières. Nous n'avons jamais vu l'acide cinnamique exercer une influence nuisible sur le cœur ; au contraire : en même temps que le catarrhe diminue, que la nutrition s'améliore, le pouls devient, en général, plus uniforme et moins fréquent, et les malades se sentent plus portés à l'activité. Nous faisons mention, au n° 63, d'un cas, dans lequel la faiblesse du muscle cardiaque, combinée avec une hémorrhagie insignifiante, finirent par amener la mort.

L'*emphysème pulmonaire* est encore une complication qui mérite d'être prise en considération. Nous avons soumis à notre traitement une série d'anciens malades, chez lesquels il existait un emphysème pulmonaire à côté d'une tuberculose très pro-

noncée des poumons, en même temps qu'une grande abondance de bacilles. Il s'agissait, en général, de cas, dans lesquels la tuberculose existait déjà depuis un certain nombre d'années. On peut être tenté de considérer ici l'emphysème comme un processus accompagnant la guérison spontanée de la tuberculose. Comme il existait, le plus souvent, en même temps, une certaine faiblesse du cœur, une grande dyspnée, une cyanose très accentuée, nous n'avons employé l'acide cinnamique qu'à petites doses.

L'emphysème nous semble aussi avoir une certaine importance au point de vue du pronostic. Ces cas offrent une marche notablement plus lente que les autres, les catarrhes intercurrents sem-

Fig. 16.

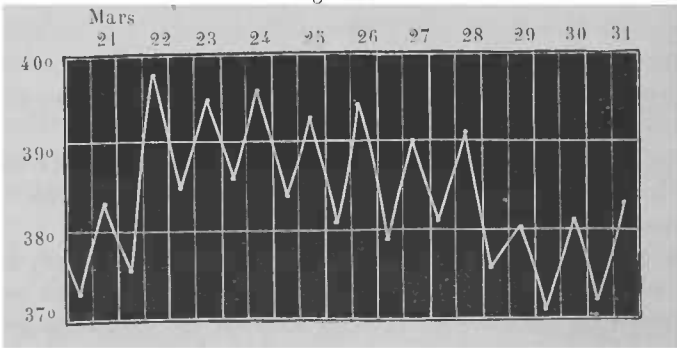
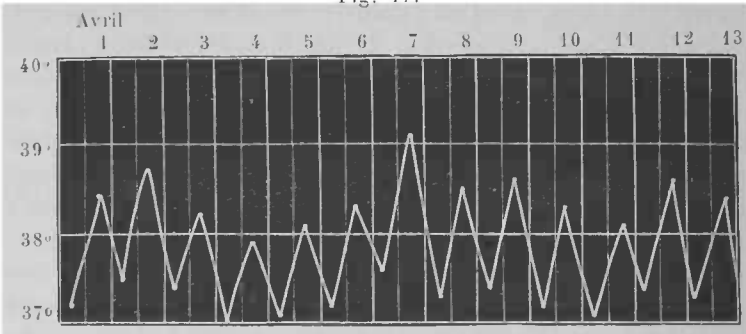


Fig. 17.



blent surtout retarder la guérison. Les processus de rétraction, dans les poumons, ne se manifestent pas aussi nettement et semblent, en général, suivre plus lentement les processus de cicatrisation. Un malade de cette catégorie, un alcoolique (le cas est mentionné p. 107), succomba, 10 jours après une hémoptysie assez insignifiante, à un affaiblissement du cœur.

Le pronostic de ces cas, qui déjà par eux-mêmes présentent une certaine tendance à la guérison, paraît relativement favorable; mais ils exigent un traitement d'une durée notablement plus longue.

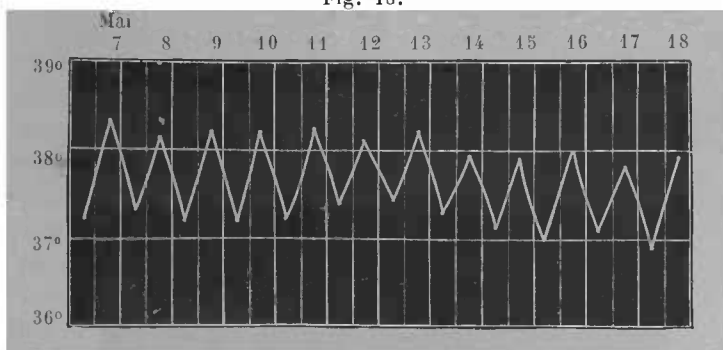
Du côté des *reins*, nous n'avons jamais vu, malgré de nombreuses observations, l'acide cinnamique donner lieu à des complications. Voyez, page 60, ce que nous avons à dire de particulier à ce sujet.

Nous avons eu souvent l'occasion d'observer des *pleurites*, particulièrement des pleurites sèches. Il n'est pas rare non plus de voir, de même que des catarrhes intercurrents, une pleurite sèche, se manifestant par une légère élévation de la température, un accroissement de la toux et une douleur locale. La pleurite sèche et la pleurite séreuse exsudative ne donnent nullement lieu à une modification quelconque du traitement par l'acide cinnamique; on continuera, au contraire, à faire les injections, on mettra en usage les fomentations de Priessnitz ou les badigeonnages avec la teinture d'iode, et l'on verra le plus souvent les phénomènes disparaître rapidement par l'action du traitement à l'acide cinnamique.

Dans l'*empyème tuberculeux*, notre traitement combiné avec une intervention opératoire appropriée, nous a aussi donné des résultats très favorables, comme en font foi les observations.

En présence de l'apparition de *processus pneumoniques* fébriles, nous avons interrompu le traitement cinnamique; le repos au lit, quelques applications hydropatiques ont suffi, en général, pour imprimer à ces processus une marche favorable. Dans les cas

Fig. 48.

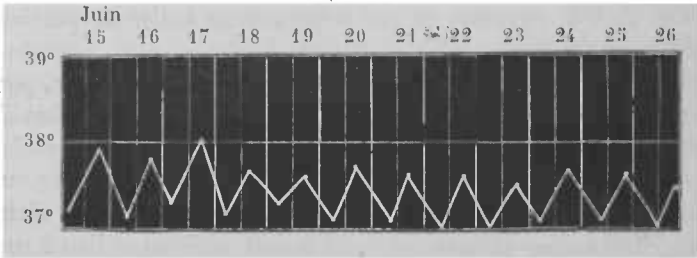


avancés ils peuvent, il est vrai, donner lieu à de sérieux dommages, en diminuant considérablement les forces, déjà épuisées, du malade. Débutant souvent d'une manière tout à fait aiguë,

s'accompagnant de nouvelles manifestations de matité, avec râles crépitants, etc., ils donnent aussi lieu, en général, à une expectoration pneumonique, renfermant des coques abondants.

La courbe, représentée par les figures 17-19, appartient à une

Fig. 19.



complication de ce genre, survenue dans un cas de tuberculose grave (n° 61); la suivante (fig. 20-23) concerne une pneumonie

Fig. 20.

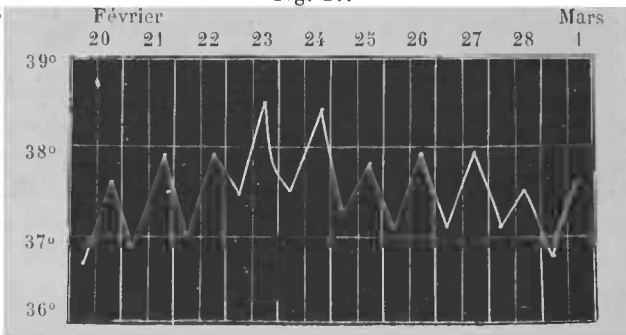
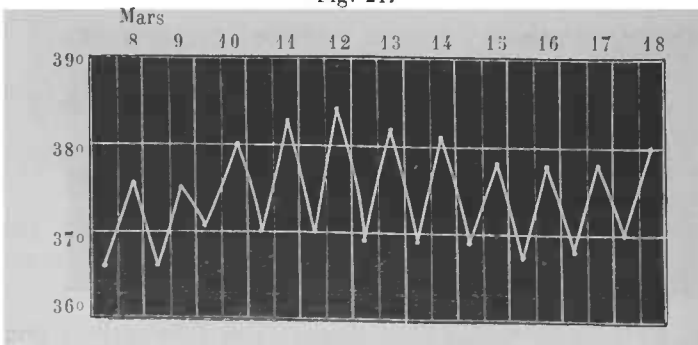


Fig. 21.



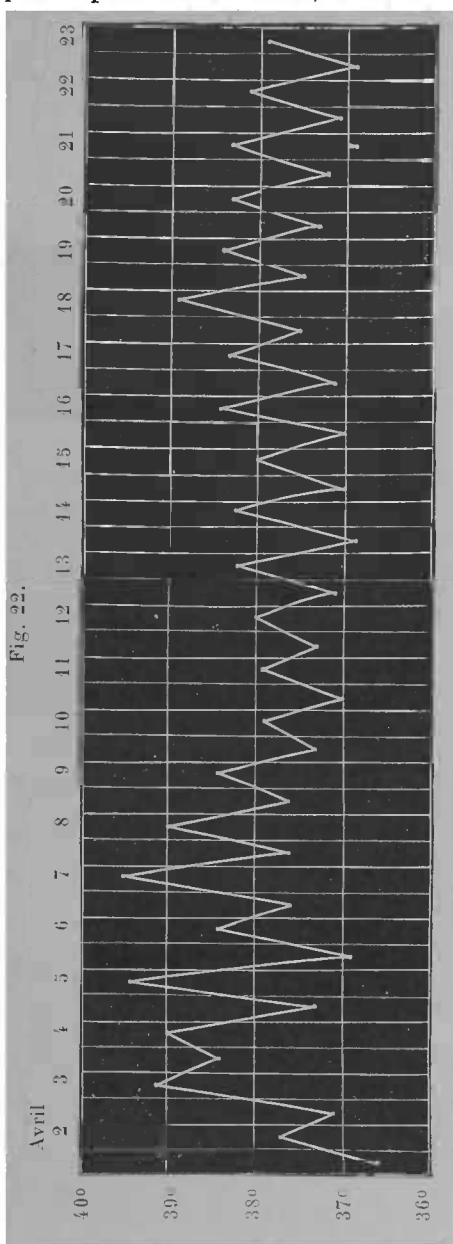
gauche, survenue dans un cas de tuberculose grave, avec vaste caverne.

Quant à l'*influenza*, nous avons eu souvent l'occasion de l'observer, sous sa forme typique, depuis l'année 1890, chez nos malades traités au cabinet de consultations; nous avons eu aussi dans le sanatorium deux épidémies d'*influenza*. Dans tous ces cas nous avons été frappés de la facilité avec laquelle les malades, déjà soumis depuis quelque temps au traitement par l'acide cinnamique, parvenaient à triompher en peu de jours de leur *influenza*. Pas un seul cas ne s'est présenté à nous, dans lequel un catarrhe persistant ou telle autre incommodité aient été observés.

Les malades, une fois guéris, devront, bien entendu, être l'objet d'une surveillance attentive.

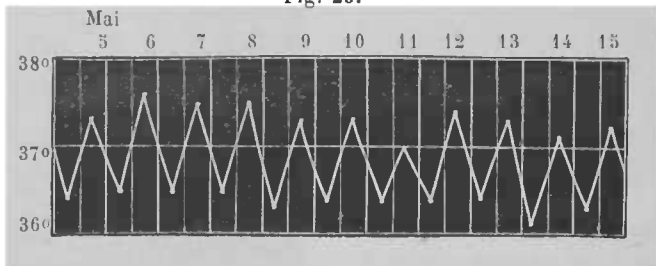
Il sera indispensable de contrôler soigneusement l'état général et le poids du corps. On devra aussi, dans les premiers temps tous les trois mois, plus tard au moins tous les six mois, faire un examen physique parfaitement exact des poumons (cet examen sera fait, autant que possible, par le même médecin), en même temps qu'on examinera les crachats d'après une méthode permettant de reconnaître les bacilles même isolés.

Bien que j'aie observé des cas très graves, dont la guérison,



datant de six ans, persiste encore aujourd'hui, on doit admettre cependant qu'il est une série de cas, dans lesquels un seul traitement ne suffit pas. Tout praticien expérimenté sera malgré lui disposé à appliquer à la tuberculose les principes suivis depuis des siècles dans le traitement de la syphilis. Celui qui s'intéresse à son malade ne se contente pas d'un seul traitement, mais en ins-

Fig. 23.



titue un second, même à un point de vue purement prophylactique. Un tel traitement sera d'autant mieux indiqué chez les tuberculeux, que le phthisique est souvent, sur le caractère définitif de sa guérison, d'un tout autre avis que son médecin, cesse de se soigner aussitôt qu'il se sent bien, et cherche à se dédommager par une existence quelque peu irrégulière, des privations qu'il a dû s'imposer durant sa maladie.

Ce second traitement, nécessaire dans certaines circonstances, pourra être de plus courte durée, moins énergique et être suivi, en général, à domicile, avec toutes les précautions désirables.

CAS DE TUBERCULOSE PULMONAIRE

SOU MIS A NOTRE OBSERVATION

Ces cas ont été classés en quatre groupes, suivant les considérations que nous avons exposées aux pages 92 et suivantes. On comprend que nous n'ayons pas pu établir entre eux une ligne de démarcation parfaitement rigoureuse, bien des cas se trouvant sur la limite de deux groupes voisins. Je ne cite que ceux qui ont été soumis à mon observation depuis l'année 1896, car, comme je le dis dans la préface, c'est cette année-là que je me suis remis avec soin à l'étude du traitement de la tuberculose.

Je ne fais pas mention des cas, dans lesquels le traitement a été interrompu, pour divers motifs, avant la fin de la quatrième semaine; je ne cite pas davantage ceux dans lesquels nous avons renoncé au traitement, n'ayant aucun espoir de le voir aboutir.

Les lettres *KB* indiquent que les malades ont été soignés à Kræhenbad (Forêt Noire); les lettres *KOK* signifient traitement à l'hôpital Karl-Olga (Stuttgart); *cons.*, traitement au cabinet de consultation; *pol.*, traitement à la policlinique; *dom.*, traitement à domicile.

I. — Cas légers, sans complications.

Ces cas — sans fièvre, sans destructions appréciables, avec état des forces assez bien conservé — ont été au nombre de 40.

Leur marche a été, en général, uniforme et satisfaisante (comp. p. 92).

Observation 1. — Garçon de 12 ans. KB.

Du 3 juillet au 15 septembre 1896.

Ce malade a toujours été très délicat ; de très bonne heure, accès d'asthme, environ toutes les 2 à 3 semaines. Depuis six mois, forte toux, avec expectoration, sueurs nocturnes ; légèrement fatigué, amaigri.

ÉTAT ACTUEL : Garçon débile, scoliose du côté gauche, poitrine en carène. GAH (1), jusqu'à la deuxième côte, et GPH (1), dans la fosse sus-épineuse, matité, avec expiration rude, râles humides, secs en divers points, bronchite diffuse. Point de fièvre, 98 pulsations. On trouve des bacilles tuberculeux.

6 septembre. Les accès d'asthme ne se sont pas reproduits. Matité, à gauche, encore appréciable, sans aucun râle dans toute l'étendue du poumon. Depuis 14 jours, point de toux, point d'expectoration. Plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids : 12 livres et demie.

Plusieurs examens ultérieurs permettent de constater que la guérison se maintient.

Observation 2. — Demoiselle de 26 ans. KB.

Du 12 juillet au 10 septembre 1896.

Elle a été très malade dans sa jeunesse. A l'âge de 12 ans, pleuropneumonie. Depuis six mois, forte toux, avec expectoration relativement faible. Sueurs nocturnes depuis un demi-mois. Dyspnée légère.

ÉTAT ACTUEL : un peu scrofuleuse. GAH, jusqu'à la deuxième côte et GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité, expiration rude, avec râles humides fins. DAH (2), jusqu'à la deuxième côte, respiration saccadée. Bruit systolique à la pointe, deuxième son pulmonaire renforcé, frémissement systolique. Le cœur droit s'étend au delà du bord droit du sternum d'une demi-largeur plessimétrique. Bacilles tuberculeux dans les crachats. Expectoration modérée, mucoso-purulente.

10 septembre. Matité, à gauche, encore appréciable ; plus de bruits nulle part, plus de bacilles tuberculeux. Augmentation du poids du corps = 11 livres. État général très bon.

Au printemps de 1897, elle nous annonce que la guérison se maintient. Elle s'est depuis lors mariée et est restée bien portante.

Observation 3. — Demoiselle de 22 ans. KB.

Du 28 décembre 1896 au 25 janvier 1897 (sortie suivant son désir).

Il y a deux ans, pleurésie du côté gauche ; elle est depuis lors malade. Forte toux, avec expectoration relativement modérée. Points de côté fréquents. Sueurs nocturnes, faiblesse extrême. Bacilles tuberculeux en petit nombre.

ÉTAT ACTUEL : Embonpoint relativement bien conservé. DAH, jusqu'à la deu-

(1) G = gauche, A = antérieurement, H = haut, en haut, P = postérieurement.

(2) D = droite, du côté droit.

xième côte, matité, quelques râles humides, GPB (1), au niveau de la sixième côte, sur la ligne scapulaire postérieure, bruit de frottement très distinct. Pas d'autres signes dans le poumon. Dans ces derniers temps, toux, avec augmentation de l'expectoration. Pouls et température normaux, quelques bacilles tuberculeux.

23 janvier. Toux et expectoration seulement le matin, et très modérées. Au bout de 14 jours, plus de sueurs nocturnes. Plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids = 3 livres. Le bon état se serait, parait-il, maintenu.

Observation 4. — Demoiselle de 26 ans. KB.

Du 19 janvier au 3 avril 1897.

Depuis le mois de novembre 1896, toux intense, pénible, avec expectoration. Sueurs nocturnes, rapide amaigrissement du poids du corps dans ces derniers temps, faiblesse extrême. On constate l'existence de bacilles tuberculeux.

ÉTAT ACTUEL : Légère paralysie thoracique. Sommet gauche d'un demi-plessimètre plus profond qu'à droite. A la face et au cou, cicatrices d'anciennes suppurations glandulaires. GAH, jusqu'à la troisième côte, GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité relative, avec râles humides fins; dans l'intervalle, râles secs avec respiration un peu rude. Tout le reste à l'état normal. Température : 37,1-37,4. 82-88 pulsations. Bacilles tuberculeux. Toux intense, avec expectoration, surtout la nuit.

2 avril. Au bout de 14 jours, les sueurs nocturnes ont complètement disparu. Au bout de 5 semaines, plus de toux ni d'expectoration. Au niveau de la région où la matité existe, respiration vésiculaire, on ne perçoit plus aucun bruit anormal. Depuis cinq semaines, il n'y a plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids : 9 livres $\frac{1}{2}$.

Nous apprenons, en avril 1897, que l'état se maintient bon; de même en 1898.

Observation 5. — Demoiselle de 19 ans. KB.

Du 20 octobre 1896 au 8 février 1897.

Tare héréditaire très accentuée. En 1891, au printemps 1896 et en automne 1896, hémoptysies. Depuis 5 ans, toux avec expectoration; depuis six mois, sueurs nocturnes, faiblesse extrême, rapide amaigrissement dans ces derniers temps.

ÉTAT ACTUEL : GAH, jusqu'à la deuxième côte, GPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité; dans la fosse sus-épineuse, son tympanique, respiration bronchique, avec nombreux râles humides, à bulles moyennes; au niveau de la région de la matité, râles humides à petites bulles. DAH, dans la fosse sus-claviculaire, matité avec râles humides; çà et là râles secs. Tout le reste normal. Expectoration abondante. Bacilles tuberculeux en quantité modérée. 72 pulsations; températ. 37,2.

A la sortie de la malade : GAH et GPH, persistance de la matité, absolument plus aucun bruit. DAH, son moins prolongé, sans aucun bruit. Point de bacilles tuberculeux. Depuis 5 semaines, plus de trace de toux ni d'expectoration.

Augmentation de poids = 19 livres. Etat excellent.

Avril 1897 : Même état. La malade s'est depuis lors présentée plusieurs fois à notre observation. Toujours excellent état.

Observation 6. — Fillette de 9 ans, sœur de la jeune fille, sujet de l'observation suivante. KOK.

Du 21 avril au 12 juin 1896.

Tare héréditaire. Tuméfaction générale des ganglions. DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, DAH, jusqu'à la troisième côte, submatité, quelques râles à bulles moyennes; du reste, presque partout dans les deux poumons, rhoncus secs. Toux modérée, expectoration nulle. Pâle et débile. Température du soir, de temps à autre supérieure à 38°.

(1) B=bas, en bas.

20 mai. Plus de râles. Encore quelques rhoncus disséminés.

13 juin. Plus rien d'anormal dans les poumons ; la malade sort dans un état général satisfaisant, qui s'est maintenu depuis.

Observation 7. — Jeune fille de 15 ans. KOK.

Du 18 avril au 12 juin 1896.

Tare héréditaire. Scoliose en forme de S, à droite. DAI et DPH, matité relative, avec respiration rude, quelques râles secs. Pas d'expectoration.

20 mai. DPH, encore quelques rares craquements.

13 juin. On n'entend plus rien d'anormal dans les poumons. État général très amélioré ; légère amélioration de la scoliose. Cet état s'est maintenu.

Observation 8. — Jeune homme de 17 ans. KB.

Du 27 septembre au 20 décembre 1896.

Pendant l'été de 1896, pleurésie ; le malade est resté trois mois au lit ; depuis lors il ne s'est pas bien remis ; état de faiblesse très prononcé, léger accroissement de la température. Depuis le mois de novembre 1895, fungus au pied droit ; à la fin mars 1896, fungus de la peau à la main gauche. Sucurs nocturnes, toux avec expectoration. On constate l'existence de bacilles tuberculeux.

ÉTAT ACTUEL : DAI, jusqu'à la troisième côte, DPH, jusqu'à la troisième apophyse épineuse, matité, sommet du poumon profondément situé, expiration rude, avec râles humides fins, secs çà et là ; tout le reste est normal dans les poumons, sauf un léger frottement au niveau de la ligne axillaire postérieure, au niveau de la sixième côte gauche. Phalange moyenne de l'indicateur gauche épaissie, peau livide. Du côté de la paume de la main, deux ouvertures, avec sécrétion d'un pus ténu. Entre l'indicateur gauche et le pouce, tumeur du volume d'une noix, livide, ouverte, avec sécrétion purulente. Au gros orteil gauche, altérations analogues, deux excoriations.

19 décembre. On n'entend plus aucun bruit au niveau de la partie malade des poumons, la respiration y est encore un peu rude. Point de bacilles tuberculeux, pas d'expectoration ni de toux. Index de la main gauche d'un volume presque normal, les deux surfaces ulcéreuses du côté de la paume sont en voie de guérison, la tumeur du volume d'une noix s'est réduite au volume d'un pois, elle est cicatrisée ; il en est de même des altérations du pied.

Augmentation de poids : 12 livres.

Au mois de février, les endroits fongueux sont traités par le grattage ; 14 jours après, le malade est congédié ; foyers en partie guéris, en partie réduits d'étendue, surfaces granuleuses en bonne voie.

Au commencement de 1898, nous apprenons que le malade est mort rapidement « après de longues souffrances ». Il a probablement succombé à une tuberculose aiguë.

Observation 9. — Jeune fille de 20 ans. KB.

Du 8 juillet au 6 août 1896.

A la suite d'un traumatisme, en 1895, gonflement lent et progressif du genou droit ; peu de temps après, tuméfaction du genou gauche. En même temps, toux légère, avec expectoration peu prononcée. Depuis 4 semaines, sucurs nocturnes.

ÉTAT ACTUEL : DAI, matité avec expiration rude et râles à petites bulles. Le reste des poumons est à l'état normal. Gonflement pâteux de l'articulation du genou, des deux côtés. Capsule synoviale postérieure du genou gauche tuméfiée. Motilité active et passive notablement réduite. Grande sensibilité à la douleur.

2 août. A droite, la tuméfaction s'est réduite de 1 cm 1/2 ; à gauche, de 1 cm. Les sucurs nocturnes ont totalement disparu au bout de 14 jours. Toux et expectoration notablement améliorées.

Elle sort, parce que l'opération, demandée par les parents, est refusée comme inutile. — Son état serait, paraît-il, resté satisfaisant.

Observation 10. — Jeune fille de 8 ans. KB.

Du 8 octobre 1896 au 20 janvier 1897.

À la suite de la coqueluche, affection du sommet du pounon gauche. Enfant maigre, nerveuse. GAH et GHP, légère diminution du son, quelques râles humides; quelques bacilles tuberculeux dans les crachats, pas de fièvre.

Injection glutéale.

15 décembre. Les bruits et les bacilles ont déjà disparu depuis 14 jours.

20 janvier 1897. Rien d'anormal dans les poumons, sauf une légère diminution du son. État général très bon. Le poids du corps a augmenté de 9 livres.

Été de 1898. Nous apprenons que l'enfant se porte bien, mais qu'elle est très sujette aux catarrhes (climat rigoureux, enfant très indisciplinée).

Observation 11. — Homme de 56 ans. KOK.

Du 24 novembre 1895 au 23 février 1896.

Tuberculose pulmonaire traumatique. Pas de tare héréditaire. Contusion de la poitrine il y a quatre mois. Depuis deux mois, hémoptysies fréquentes.

24 novembre. L'état de la nutrition n'est pas défavorable, DA, de la seconde côte à la cinquième, espace plus grand que la paume de la main (endroit contusionné), où, à côté d'une matité relative, on perçoit de nombreux râles humides, à bulles moyennes. Bacilles tuberculeux en quantité modérée dans les crachats. Expectoration peu abondante, mucoso-purulente. Pouls et température à l'état normal.

10 janvier 1896. Les râles ont presque disparu. État général très satisfaisant. Plus de bacilles dans les crachats.

23 février. Plus rien d'anormal à l'auscultation; le son, à la percussion, est un peu affaibli. Le malade sort en très bon état. Au commencement de 1897 nous le revoyons en bonne santé. En 1898 nous apprenons qu'il continue à se bien porter.

Observation 12. — Jeune fille de 20 ans. KB.

De février à septembre 1897.

Tare héréditaire très accentuée. Elle a eu trois pneumonies. Depuis trois ans, toux légère, sans expectoration bien marquée. À la suite de la dernière pneumonie, sueurs nocturnes, fréquentes et abondantes.

ÉTAT ACTUEL : Aspect anémique très prononcé. DAH, jusqu'à la deuxième côte, matité; il en est de même DPH jusqu'à la troisième apophyse épineuse; on y perçoit des râles humides et secs; DPB, GAH et GPH et GPB, rien d'anormal; embarras gastrique très marqué, grande faiblesse. On ne trouve pas de bacilles tuberculeux. Température normale, 82 pulsations.

3 avril. Augmentation de poids; 5 livres; grande activité. On ne trouve plus de bruits anormaux dans les poumons. Embarras gastrique entièrement disparu. État général satisfaisant.

Août 1897. Toujours de la matité; pas de bruits anormaux. DAH et DPH, respiration affaiblie.

Été de 1898, état satisfaisant, aptitude au travail entièrement conservée. Pendant le printemps de 1898, son père est mort de la tuberculose.

Observation 13. — Femme de 51 ans. Cons.

Du 18 avril au 29 juillet 1896.

Souffre, depuis plusieurs années, d'un catarrhe chronique. Dans l'hiver de 1895-1896, augmentation de la toux, hémoptysies. Quelques râles aux deux sommets. Emphysème. Bacilles de la tuberculose dans les crachats.

29 juillet. Plus de bruits dans les poumons; depuis 4 semaines, plus de bacilles dans les crachats. Expectoration très rare, purement muqueuse.

L'état est resté satisfaisant.

Observation 14. — Femme de 27 ans. KB.

Frère mort de la tuberculose. La malade, dès l'enfance, a beaucoup souffert de catarrhes du nez et de la trachée. À l'âge de 10 ans, pneumonie; depuis lors, toux fréquente avec expectoration modérée. Depuis l'automne de 1896, la toux et l'expectoration ont augmenté. Sueurs nocturnes, faiblesse; depuis 3 mois, enrrouement.

ÉTAT ACTUEL : Robuste constitution, état de la nutrition satisfaisant. GAI, jusqu'à la deuxième côte, GPI, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec nombreux râles humides à petites bulles; au niveau de la deuxième côte, sur la ligne mammaire, dans un endroit bien circonscrit, inspiration rude. DA, jusqu'à la troisième côte, diminution du son; dans la fosse sus-claviculaire, matité prononcée, s'étendant aussi, DP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse. Au même endroit, dans une étendue égale à celle d'une pièce de 5 fr., son tympanique, sans respiration bronchique, mais avec râles humides, assez nombreux, à petites et moyennes bulles. La voix est très voilée, souvent tout à fait rauque. Cordes vocales rouges. Température normale. 72-80 pulsations. Poids=140 livres. Bacilles tuberculeux abondants. Toux intense, expectoration peu abondante.

La malade sort le 4 juillet 1897.

La toux et l'expectoration ont considérablement diminué. La matité persiste, mais on n'entend aucun bruit anormal, sauf au niveau d'un endroit circonscrit, près de la colonne vertébrale; on perçoit là de temps en temps, entre trois ou quatre mouvements respiratoires, un craquement tout à fait isolé. GA, dans la fosse sus-claviculaire, on entend encore, entre quatre ou cinq mouvements respiratoires, au milieu de quelques râles secs, un bruit de râle humide, peu accentué; ailleurs tout est normal. Le matin seulement, de temps à autre, voix voilée; l'enrouement n'existe plus, les cordes vocales ont la couleur à peu près normale. Seulement encore quelques bacilles tuberculeux isolés.

Augmentation de poids : 3 livres.

Au printemps de 1898, la malade se trouverait, me dit-on, dans un état assez satisfaisant.

Observation 15. — Jeune fille de 17 ans. KB.

Du 7 juin au 31 juillet 1897.

Père mort de tuberculose. Sœur également tuberculeuse. La malade prétend avoir toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'automne de 1896, époque à laquelle elle commença à tousser et à cracher. Pas de sueurs nocturnes; grande faiblesse.

ÉTAT ACTUEL : La malade a le teint frais, l'état de la nutrition est satisfaisant. DA jusqu'à la deuxième côte, DP jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, avec râles humides à petites bulles; çà et là quelques râles ronflants. GA, état normal; GPI, inspiration rude, pas d'autre anomalie à la percussion ni à l'auscultation.

Respiration : 18-20. Pulsations : 72-78. Expectoration purulente; bacilles tuberculeux en petite quantité.

A la sortie de la malade, la matité est toujours dans le même état; DA et DP, point de bruits anormaux. La toux et l'expectoration ont complètement disparu depuis dix jours environ. Il n'y a plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids : 6 livres.

La malade se trouverait dans un état satisfaisant.

Observation 16. — Femme de 37 ans. KB.

Du 30 juin au 28 août 1897.

Tare héréditaire fortement prononcée. Trois sœurs mortes de la tuberculose, quatre sœurs gravement atteintes par la même maladie. Depuis 7 ans, toux légère, sans expectoration bien marquée; depuis le mois de mars 1896, l'état s'est considérablement aggravé; faiblesse extrême, sueurs nocturnes abondantes, douleurs d'estomac. Appétit très faible.

ÉTAT ACTUEL : Personne nerveuse, débile, très déprimée. DAI jusqu'à la deuxième côte, DP, seulement dans la fosse sus-épineuse, matité; DA, quelques râles humides; DP, nombreux râles humides à petites bulles, quelques râles secs. GA jusqu'à la deuxième côte, GP jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, avec nombreux râles humides à petites et moyennes bulles, parfois quelques râles secs, avec respiration rude. GPB, rudesse à l'inspiration. Température, jusqu'à 38,8. 92 à 108 pulsations. Mouvements respirat. 22-26. Bacilles tuberculeux assez abondants.

25 août. Persistance de la matité DA et DP, seulement dans un endroit circonscrit, dans la fosse sus-épineuse, craquement isolé se faisant rarement entendre;

respiration un peu rude, sans bruits anormaux. DA, dans la fosse sus-claviculaire, respiration saccadée.

GA et GP, matité persistante, quelques râles secs ; dans la fosse sus-claviculaire seulement, quelques râles humides tout à fait isolés. GP, nulle part on ne perçoit de râles humides. Toux et expectoration très réduites. Quelques bacilles isolés.

Automne de 1897, état satisfaisant. Point de nouvelles depuis lors.

Observation 17. — Femme de 28 ans. KB.

Du 9 juillet jusqu'au 2 septembre 1897.

Mère morte phthisique. Depuis deux ans, à la suite de ses dernières couches, points de côté fréquents (côté droit), sentiment de malaise plus accentué. Dans l'hiver de 1896-1897, hémoptysie. Depuis cette époque, point de côté à droite et en haut ; toux et expectoration modérées.

ÉTAT ACTUEL : Etat de nutrition assez bon. DAH jusqu'à la deuxième côte, DPH, dans la fosse sus-épineuse, matité avec râles humides assez abondants, mêlés avec râles secs. GP, diminution du son, râles humides à petites bulles, deux à trois bruits anormaux à chaque mouvement respiratoire. GPB, expiration rude. Au niveau de la huitième côte, on perçoit des frottements. Température normale. 72-78 pulsations. Bacilles tuberculeux isolés.

Au moment de la sortie : le poids a augmenté de 5 livres, sentiment de bien-être très marqué. La toux et l'expectoration ont totalement disparu. DA et DP, la matité persiste ; murmure vésiculaire, sans bruits anormaux. Dans la fosse sus-épineuse D, près de la colonne vertébrale, dans une région circonscrite, respiration rude. GP, matité prononcée ; au même endroit, respiration rude, sans aucun bruit. Les bacilles tuberculeux n'existent plus depuis environ huit jours.

Juillet 1898, état toujours satisfaisant.

Observation 18. — Demoiselle de 16 ans. KB.

Du 25 novembre 1897 au 19 mars 1898.

Pas de tare héréditaire. Frère mort, il y a un an, de tuberculose intestinale. Cette jeune fille a séjourné longtemps dans la chambre du malade. Il y a six mois, l'examen du poulmon a permis de constater une affection du sommet droit. Il y a 4 à 6 semaines, pleurite exsudative. La malade a d'abord maigri ; mais depuis, sous l'influence de soins particuliers, elle a augmenté de poids.

ÉTAT ACTUEL : Jeune fille vigoureuse, dans un bon état de nutrition, teint frais. DAH jusqu'à la deuxième côte, DP dans la fosse sus-épineuse, matité, devenant absolue au-dessous de la cinquième apophyse épineuse. Au niveau de la partie inférieure de la région mate, respiration affaiblie, pas de frémissement vocal. DAH et DPH, au niveau de la région mate, râles humides à petites bulles. Poulmon gauche entièrement sain. Toux et expectoration peu marquées. Pas de fièvre. Respiration et poul à l'état normal. Quelques rares bacilles tuberculeux.

A la sortie : DAH et DPH, persistance de la matité, mais nulle part on n'entend le plus léger bruit anormal. DP, la matité, qui n'est plus absolue, commence à la huitième apophyse épineuse. La toux et l'expectoration ont totalement disparu. Point de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids : 12 livres.

Été de 1898 ; on l'annonce que la malade est toujours dans un état satisfaisant.

Observation 19. — Étudiant de 20 ans. KB.

Du 7 octobre 1897 au 25 mars 1898.

Tare héréditaire. A eu une pneumonie. Depuis 4 ans, sentiment de malaise très prononcé, toux et expectoration peu intenses, diminution de poids peu considérable, mais constante. Sueurs nocturnes.

ÉTAT ACTUEL : Jeune homme de forte stature, bien musclé ; embonpoint disparu, teint terreux. DAH jusqu'à la troisième côte, DPH, dans la fosse sus-épineuse, matité, râles humides à petites bulles. GA, dans la fosse sus-claviculaire et GP dans la fosse sus-scapulaire, diminution du son, respiration saccadée, râles fins. Temp. et poul, à l'état normal. Quelques bacilles tuberculeux.

Au moment de la sortie ; DA, matité seulement dans la fosse sus-claviculaire pas d'autre anomalie à la percussion, à gauche comme à droite. À l'auscultation, partout état parfaitement normal. Depuis déjà six semaines la toux et l'expectoration n'existent plus. Depuis quelques semaines on ne trouve plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids : 7 livres.

Juillet 1898. L'examen du malade permet de constater le même état.

Observation 20. — Femme de 24 ans. KB.

Du 4 novembre 1897 au 3 février 1898.

Pas de tare héréditaire ; mais, d'après la malade, sa mère aurait eu une maladie de poitrine à la suite de ses couches. En janvier 1895, influenza ; la malade se serait levée trop tôt, d'où pleurite sèche. Elle est restée, 4 mois, en traitement dans une clinique médicale, et elle a pris de la créosote en grande quantité. Depuis qu'elle a eu l'influenza, elle a toujours toussé et expectoré. De septembre 1895 jusqu'en mai 1896, séjour à Arosa, d'où elle est sortie guérie, dit-elle. En mars 1897, accouchement ; deux mois après, toux et expectoration. Sueurs nocturnes. Aujourd'hui, toux et expectoration, le matin.

ÉTAT ACTUEL : Jeune femme de constitution vigoureuse et dans un bon état de nutrition. Le poulmon droit ne se dilate pas bien. DAM jusqu'à la quatrième côte, DP jusqu'à la septième apophyse épineuse, matité, avec râles humides à petites bulles ; le murmure vésiculaire est accompagné de nombreux râles sibilants et ronflants ; dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, respiration rude. GA et GP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, diminution du son, avec divers bruits de râle secs. Temp., pouls et resp. à l'état normal. On trouve des bacilles de la tuberculose.

À sa sortie : Toux et expectoration entièrement disparues depuis 10 à 12 jours. Un dernier examen permet de constater l'absence des bacilles. GA et GP, pas le plus léger bruit anormal. DA, ce n'est que dans la fosse sus-claviculaire que l'on entend encore quelques rares craquements secs, pas d'autre bruit appréciable dans tout le reste du poulmon droit. La matité s'étend, DA, jusqu'à la deuxième côte, DP, jusqu'au milieu de l'omoplate.

On pratique encore des injections à la malade, durant 4 semaines, au cabinet de consultation. Au commencement de mars 1898, on n'entend plus de bruits anormaux nulle part. État général très bon. La toux et l'expectoration ont totalement disparu. — Ce bon état s'est maintenu.

Observation 21. — Fillette de 5 ans. KB.

Du 20 septembre au 5 novembre 1897.

Tare héréditaire du côté maternel. Sa mère, qui l'a allaitée, est morte, auprès de son enfant, de tuberculose puerpérale. Il y a un an et demi, pleurésie ; depuis lors, l'enfant est restée malade ; toux, légère expectoration.

ÉTAT ACTUEL : Enfant anémique, très maigre. DA jusqu'à la deuxième côte, DP dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides assez abondants, état normal ailleurs. Pouls, temp., resp., à l'état normal. Il existe des bacilles tuberculeux.

À la sortie : Tous les bruits ont disparu, sauf dans une région circonscrite, de l'étendue d'une pièce de 1 fr. environ, dans la fosse sus-épineuse droite, où l'on perçoit encore quelques rares craquements. Augmentation de poids : 3 livres 1/2. On ne trouve plus de bacilles tuberculeux.

Observation 22. — Jeune homme de 24 ans.

Du 8 novembre 1897 au 5 février 1898 (à l'exception de 3 semaines et demie).

Tare héréditaire. Dans son enfance, jusqu'à l'âge de 5 ans, il a eu deux pneumonies. Plus tard il a toujours été, dit-il, bien portant. Son affection actuelle a débuté en septembre 1896, à la suite, dit le malade, d'un fort refroidissement. En décembre 1896 et janvier 1897, légères hémoptysies. La toux et l'expectoration sont devenues intenses en mars et avril. Sorti de service et resté à la maison jusqu'au commencement de juin, puis séjour dans une maison de santé.

ÉTAT ACTUEL : État de la nutrition assez bon. Thorax affaibli. Le poulmon droit

reste un peu en arrière. Sommet droit plus profond, de l'épaisseur du doigt, que le gauche. DA jusqu'à la deuxième côte, DP jusqu'à la quatrième apophyse épin., matité. DA jusqu'à la deuxième côte, respiration saccadée, avec râles clairsemés. DPH, râles humides isolés, à petites bulles, avec respiration saccadée. GA, dans la fosse sus-claviculaire, légère matité avec râles dissimulés; çà et là râles ronflants; GPH, état normal. Toux et expectoration modérées. Temp., pouls et resp., à l'état normal. On trouve des bacilles de la tuberculose.

Au moment de la sortie: DA et DP, la région de la matité n'a pas varié. DA, dans le voisinage de la colonne vertébrale, respiration encore saccadée; tout le reste est normal, pas de bruits anormaux en DA et DP. A gauche aussi état normal, plus de respiration saccadée. Depuis deux semaines, la toux et l'expectoration ont disparu, plus de bacilles tuberculeux.

Augmentation de poids: 8 livres.

L'état s'est maintenu satisfaisant.

Observation 23. — Jeune homme de 26 ans. KB.

Du 15 décembre 1897 au 1^{er} avril 1898.

Forte tare héréditaire: Père mort phthisique à 37 ans. Mère depuis longtemps déjà souffrant de la poitrine. Au commencement d'avril 1896, crachements de sang, qui ont persisté jusqu'au 6 juin. Au milieu de juin, hémoptysie grave, à la suite de laquelle le malade reste alité pendant quatre semaines; la faiblesse et une expectoration intense ont longtemps persisté. Du milieu d'octobre 1896 jusqu'à Pâques 1897, le malade reste au service. Légères hémoptysies plus fréquentes. Pendant l'été de 1897, traitement par la tuberculine, sans résultat. Pas de sueurs nocturnes; appétit défectueux. Toux et expectoration modérées.

ÉTAT ACTUEL: Taille longue, maigre; thorax paralytique. Teint pâle. DA, jusqu'à la deuxième côte, matité; DP, dans la fosse sus-épineuse, diminution du son. Au niveau de la même région, quelques râles humides, à petites bulles. GA, jusqu'à la troisième côte, sur la ligne axillaire antérieure jusqu'à la cinquième côte, matité, qui, GP, s'étend jusqu'à la cinquième apophyse épineuse. GA, on perçoit, à la fin de chaque expiration, au niveau de la région mate, en même temps qu'une respiration un peu saccadée, un ou deux râles humides bien distincts. Dans la fosse sus-claviculaire, un craquement isolé, sur deux mouvements respiratoires. Sous l'aisselle, râles humides fréquents; de même en GP, au niveau de la matité. Bacilles tuberculeux assez abondants. Pouls, température, respiration à l'état normal.

14 mars. DA, dans la fosse sus-claviculaire, entre huit mouvements respiratoires, un craquement sec; DP, normal; GA, de même; GP, dans la fosse sus-épineuse, entre douze mouvements respiratoires, un craquement. Point de bacilles tuberculeux.

29 mars. Sortie du malade. DA, on ne perçoit plus de la matité que dans la fosse sus-claviculaire. GA, jusqu'à la deuxième côte, sur la ligne axillaire antérieure et moyenne, jusqu'à la quatrième côte, matité. GP, dans la fosse sus-épineuse, légère matité. GA et GP, on ne perçoit aucun bruit anormal; dans la fosse sus-claviculaire, respiration saccadée. DA, rien d'anormal à l'auscultation. DP, dans le voisinage de la troisième apophyse épineuse, entre douze mouvements respiratoires, on entend une seule fois un craquement sec. On ne trouve plus de bacilles.

Augmentation de poids: 11 livres.

L'état s'est maintenu satisfaisant.

Observation 24. — Demoiselle de 29 ans. KB.

Du 13 janvier au 28 mars 1898.

Pas de tare héréditaire. Il y a 10 ans, entre le sacrum et le coccyx, il s'est formé peu à peu une tumeur, qui serait restée fermée pendant 8 ans, donnant lieu à des douleurs, surtout quand la malade s'asseyait ou allait à la selle. En mai 1896, la tumeur s'ouvrit, et le médecin traitant déclara qu'il s'agissait d'une fistule rectale. La plaie guérit, mais se rouvrit deux mois après, resta ouverte deux à trois mois et se cicatrisa alors définitivement. Été et automne de 1896, traitement par la tuberculine (ancienne); la malade fut très éprouvée à la suite des trois premières injections. Hiver de 1896-1897, nouveau traitement par la tuberculine. Été de 1897, séjour dans un établissement pour les maladies de poitrine.

LANDERER. Tuberculose.

ETAT ACTUEL : Constitution en apparence vigoureuse, état de la nutrition satisfaisant. Le poumon gauche reste en arrière pendant la respiration, le sommet est plus profond qu'à droite, d'une largeur et demie du plessimètre. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, 2-3 râles humides, notamment dans l'inspiration, quelques craquements secs, çà et là râles sifflants et ronflants. DA, jusqu'à la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité; au même endroit, respiration méritant le nom de bronchique, nombreux râles humides au milieu de quelques râles secs, perçus surtout dans l'inspiration; expiration libre. Temp. 38,4; resp. 18-22; pouls 72-80. Toux et expectoration pas très marquées. On trouve quelques bacilles tuberculeux disséminés.

11 mars. Des deux côtés, matité persistante, mais plus de bruits anormaux. Dans la fosse sus-épineuse droite, respiration saccadée; il en est de même dans la fosse infraclaviculaire gauche. Toux et expectoration supprimées; le matin, quelques efforts de toux expulsent parfois un peu de mucus. 18 mars, on ne trouve point de bacilles dans les rares crachats muqueux.

30 avril. Toux et expectoration disparues. Le matin seulement, la malade tousse un peu et rejette un mucus clair. Elle se sent très bien. Augmentation de poids: 2 livres $\frac{1}{2}$. On ne trouve plus de bacilles tuberculeux. DA, jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte, DP, jusqu'à la troisième apophyse épineuse, matité; GA, seulement dans la fosse sus-claviculaire, GP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité. Au niveau des régions mates, D et G, on ne perçoit pas le plus léger bruit anormal; dans la fosse sus-épineuse droite, respiration saccadée; sur tout le reste du poumon, respiration vésiculaire normale.

L'état s'est maintenu très satisfaisant.

Observation 25. — Femme de 30 ans. KOK et cons.

Du 20 novembre 1897 au 1^{er} février 1898.

Tare héréditaire. Depuis le dernier accouchement, toux et expectoration modérée, sueurs nocturnes peu abondantes, légère diminution de poids.

ETAT ACTUEL : Femme bien nourrie, n'ayant pas l'aspect malade. Appétit satisfaisant. DA, jusqu'à la deuxième côte, DP, jusqu'à la limite de l'épaule, matité peu intense, avec respiration affaiblie et râles assez abondants, partie humides, partie secs. Pas autre chose d'anormal dans les deux poumons (légères scrofules). On ne trouve pas de bacilles tuberculeux dans les crachats.

Les phénomènes morbides ont déjà disparu à la fin de décembre. Fin janvier : la matité semble être devenue plus intense; pas de bruits anormaux, respiration affaiblie. Ni toux ni expectoration. Etat entièrement normal. Cet état s'est depuis lors maintenu.

Observation 26. — Jeune homme de 26 ans. Cons.

Du 1^{er} mars jusqu'au 4 mai 1898.

Depuis un an il souffre de la poitrine; toux et expectoration très marquées; de temps à autre, sueurs nocturnes; pas de tare héréditaire. Etat de la nutrition et des forces assez satisfaisant.

Poumon : DPH, matité sus-épineuse, respiration rude, affaiblie, DAIH, au-dessus de la clavicule, légère diminution du son et partout légers râles ronflants; deuxième à troisième côte, quelques craquements à tintement métallique; plus bas, simplement respiration rude, affaiblie.

Bacilles tuberculeux abondants dans les crachats.

4 mai. Le malade a dû quitter Stuttgart. Etat général satisfaisant. On trouve des bacilles tuberculeux, mais peu abondants.

DPH, légère matité sus-épineuse, sans bruits anormaux. DAIH, au-dessus de la clavicule, légère diminution du son, respiration rude, affaiblie, sans bruits anormaux.

Observation 27. — Homme de 27 ans. KOK.

Du 12 novembre 1896 jusqu'au 10 janvier 1897. Cons. du 11 janvier jusqu'au 11 avril. Inject. du 26 décembre 1896 jusqu'au 11 avril 1897.

Le 10 juillet 1896, fracture de côte. Le malade est resté longtemps en traite-

ment, sans qu'il se soit manifesté aucune altération du côté du poumon. Depuis lors, simulation d'une névralgie intercostale et d'une scoliose consécutive. En même temps s'est produite une affection du sommet droit, qui a obligé le malade à entrer, à plusieurs reprises, dans un établissement destiné au traitement des maladies de poitrine. Il aurait toujours été, dit-il, bien portant auparavant, sans tare héréditaire. De temps en temps, altérations catarrhales vers le sommet droit. De temps en temps toux intense, mais que le malade exagère, par exemple au moment où on pratique la percussion. Expectoration très peu abondante, de sorte qu'il n'a pas été possible jusqu'ici d'y démontrer l'existence de bacilles tuberculeux ; on ne l'a pu que très tard.

ÉTAT ACTUEL : Le malade a plus mauvais air qu'auparavant ; mais l'état de la nutrition est bon. Il tient l'épaule gauche baissée et prétend ressentir une douleur quand on exerce une compression le long de la quatrième côte.

Poumon : DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, affaiblissement du murmure respiratoire. DPB et GPB, depuis la pointe de l'omoplate jusqu'en bas, râles nombreux à fines bulles ; en avant, ils ne sont qu'isolés. Sous le bord du pectoral, plusieurs ganglions infiltrés, sensibles à la pression.

25 novembre. Le catarrhe a disparu. DPH, diminution du son et murmure respiratoire affaibli. Rien autre. Appétit bon, aliments ingérés abondants. Aspect, état de la nutrition, satisfaisants. Pouls, temp., à l'état normal.

16 janvier. Matité DPH ; au même endroit, respiration rude. Etat général satisfaisant, toux variable, plus d'expectoration. Au cabinet de consultation.

1^{er} avril. Congédié, l'état général étant bon, la toux ne paraissant qu'artificielle. Examen des crachats impossible ; dans les poumons, en dehors d'un peu de rétraction au sommet et d'une légère diminution du son DPH, on ne constate plus rien.

Ganglions disparus. Le malade prétend toujours souffrir au niveau de la fracture costale.

Observation 28. — Servante de 22 ans. Cons.

Du 10 janvier au 22 avril 1898.

Père et mère morts de tuberculose. Dans la même chambre, où elle a habité, une autre jeune fille est morte de tuberculose. Une autre fille de cette famille est atteinte de la même maladie. Depuis neuf mois, toux, sueurs nocturnes, faiblesse très marquée.

ÉTAT ACTUEL : Grasse, anémique. DPH, matité relative ; de même DAI ; au même endroit, râles secs et respiration rude. GAH, jusqu'à la troisième côte, GPI jusqu'à l'épine de l'omoplate, râles humides, sans matité appréciable ; rien d'anormal dans le reste des poumons. Toux modérée, expectoration muqueuse, avec de très rares bacilles tuberculeux. — Appétit mauvais.

15 mars. Les râles dans les poumons ont disparu. Plus d'expectoration. Les sueurs nocturnes ont déjà disparu depuis plusieurs semaines. Appétit meilleur. La dyspnée s'est aussi améliorée.

22 avril. GH, matité semble plus marquée ; DPH, matité relative. Au même endroit, les bruits respiratoires se sont affaiblis. Plus d'autres anomalies.

Juillet 1898. A repris son service et est restée bien portante.

Observation 29. — Homme de 51 ans. KOK et cons.

Du 4 novembre 1897 jusqu'au 28 avril 1898.

Est malade depuis déjà plusieurs années, a fréquenté divers établissements à altitude élevée. Depuis 1895, hémoptysies fréquentes, surtout au printemps, s'accompagnant de crachements de sang, qui durent souvent pendant plusieurs mois. Toux pas trop fatigante, expectoration modérée. Sueurs nocturnes très rares. Appétit et état de la nutrition, satisfaisants.

ÉTAT ACTUEL : Homme grand, maigre, à aspect un peu souffrant. Mouvements resp., pouls et temp., à l'état normal. Thorax paralytique. Le côté droit se dilate mal. DAI, jusqu'à la troisième côte, matité relative ; de même DII, jusqu'à l'épine de l'omoplate. Au même endroit, nombreux râles secs ; çà et là aussi, râles humides. Respiration affaiblie. DPB et GPB, quelques râles secs. Emphysème

modéré. Expectoration muqueuse, renfermant une quantité modérée de bacilles tuberculeux.

3 février. A eu, une fois, pendant trois jours, des crachats sanguinolents. Seulement encore DPL, quelques légers râles secs. État général amélioré. Peu de toux. Expectoration très modérée, renfermant encore quelques très rares bacilles de la tuberculose.

23 avril. Plus de bruits anormaux nulle part. DAll et DPL, respiration affaiblie. Aux mêmes endroits, matité marquée; sommet droit du poulmon à une largeur de doigt au-dessus de la clavicle. N'a plus eu de crachats sanguinolents; aux deux derniers examens, on n'a plus trouvé de bacilles. État général satisfaisant.

A pu, pendant tout l'été, s'acquitter de son service, très fatigant.

Observation 30. — Négociant de 21 ans. KB.

Du 24 juin au 29 août 1897.

Pas de tare héréditaire. A toujours été maladif, très sujet aux refroidissements. Tousse un peu depuis 2 à 3 ans. Il y a un an, pour la première fois, hémoptysie; en a eu, depuis lors, plusieurs autres. Sueurs nocturnes peu intenses.

ÉTAT ACTUEL: DA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides, à petites bulles. GP, matité relative dans la fosse sus-épineuse, en même temps que râles humides à petites bulles, çà et là râles secs. Pouls, temp., mouvem. respirat., à l'état normal. Expectoration peu prononcée. On trouve des bacilles tuberculeux.

Au moment de la sortie. Depuis 10 à 12 jours, la toux et l'expectoration ont entièrement disparu; DA et DP, au niveau de la région de la matité, on ne perçoit plus le moindre bruit anormal; GP, partout état normal. On ne trouve plus de bacilles tuberculeux. Excellent état général. Augmentation de poids: 41 livres.

Ce malade s'est bien trouvé jusqu'au mois de janvier 1898, époque à laquelle, en patinant, il s'est tout à coup senti gravement malade; trois jours après il mourait, en présentant les symptômes d'une inflammation abdominale. (Il s'est agi probablement de la perforation d'un ulcère stomacal, dépendant d'une tuberculose intestinale, qui ne s'était manifestée par aucun signe durant le traitement).

Observation 31. — Homme de 32 ans. KOK.

Du 13 mai jusqu'au 18 juin 1897.

Souffre, depuis très longtemps, de catarrhe. En 1896, il a été opéré d'une fistule du rectum. Pas de tare héréditaire.

A l'air fatigué. Toux modérée. Crachats nummulaires, quelques bacilles tuberculeux. DP, jusqu'à l'épine de l'omoplate, diminution du son. DP, partout des râles. 19 mai. Matité non modifiée. Les bruits anormaux ne sont presque plus appréciables. Toux et expectoration très diminuées.

8 juin. L'état général s'est notablement relevé. DP, matité tout à fait légère au-dessus de l'épine de l'omoplate; on peut à peine la constater. Plus d'autres anomalies.

18 juin. Congédié au cabinet de cons.

S'est, depuis lors, trouvé très bien, n'a eu qu'un seul catarrhe, qui a rapidement disparu.

Observation 32. — Jeune homme de 18 ans. KOK.

Du 16 juin au 15 août 1898.

Il a ses parents; son père est resté longtemps souffrant, de même qu'une sœur; mère et deux frères en bonne santé.

Depuis 2 ans, toux, expectoration, dyspnée, sueurs nocturnes. En mai 1897, point de côté à la poitrine et au dos, à droite; long séjour au lit; très déprimé. Depuis lors, son état s'est, dit-il, lentement amélioré.

ÉTAT ACTUEL: État des forces assez bon; thorax aplati dans les parties supérieures.

Poumons: GA, matité sus-claviculaire relative. Inspiration saccadée de temps à autre, expiration rude: il en est de même dans la région sous-claviculaire.

GP, dans la fosse sus-épineuse, craquements rudes; au niveau de l'omo-

plate on perçoit aussi un bruit de cuir sec (frottement ?) et une expiration rude.

DA, matité jusqu'à la deuxième côte ; en bas, quelques râles sonores, chantants, devenant plus fréquents vers le haut. Sous la clavicule, au commencement de l'expiration, râles secs et fins. Au sommet, expiration un peu rude.

DPH, submatité sus-épineuse ; rhoncus sec, venant de la profondeur, de temps à autre quelques râles sibilants. Dans la fosse sous-épineuse, craquements secs ; plus profondément et en bas, râles ronflants et sibilants.

DPB, matité ayant la largeur de deux doigts.

En ce moment, toux légère, pas d'expectoration. Au commencement, température vespérale peu élevée, s'abaissant rapidement jusqu'à la normale.

On ne trouve pas de bacilles.

14 juillet. Etat toujours satisfaisant, température normale. Le malade vit beaucoup en plein air ; jamais de sueurs nocturnes.

Poumons : GA, submatité jusqu'à la deuxième côte. Expiration rude.

GP, expiration rude (plus de craquements).

DA, matité sous-claviculaire jusqu'à la deuxième côte ; bruit de râles au commencement de l'expiration, pas d'autres bruits.

DPH, craquements secs, sus-épineux et sous-épineux ; la matité inférieure, ayant une étendue de deux travers de doigt, persiste encore.

12 août. Au moment de la sortie, plus de bruits anormaux ; en DA seulement, respiration rude ; de même en DP ; dans le reste du poumon, respiration vésiculaire.

Le poids a augmenté de plusieurs livres ; le malade se sent très bien, n'a plus ni toux ni expectoration.

Observation 33. — Homme de 24 ans. Cons.

Du 29 octobre 1897 au 1^{er} avril 1898 (avec intervalles prolongés).

Pas de tare héréditaire. A toujours joui auparavant d'une bonne santé. Au printemps de 1897, influenza à marche grave. Depuis lors, toux et un peu d'expectoration.

ÉTAT ACTUEL : Forte constitution, homme bien nourri, mais d'apparence anémique. Toux et expectoration modérées (on ne trouve point de bacilles tuberculeux) ; température normale. Poumon ; DPH, matité, râles fins disséminés, respiration faible.

Janvier 1898. Plus aucun phénomène objectif. Etat général bon. Plus de toux ni d'expectoration. Travaille sans aucune peine. Interruption du traitement. Plus tard, on reprend les injections, jusqu'au 1^{er} avril, sans qu'il y ait aucun motif particulier.

Observation 34. — Demoiselle de 24 ans. Cons.

Du 5 mai au 30 juin 1898.

Père mort de tuberculose. Il y a six mois, influenza, avec pleurésie ; depuis lors, douleurs, amaigrissement, sueurs, un peu de toux, sans expectoration.

ÉTAT ACTUEL : Etat de la nutrition assez bon ; n'a pas l'air malade. Appétit et sommeil mauvais ; douleurs pleurétiques. DAH, jusqu'à la deuxième côte, submatité, avec respiration saccadée et râles secs et humides. DPH, submatité, avec mêmes phénomènes d'auscultation. DPB, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate, submatité, avec râles secs et frottement. GPH, râles secs. GP, râles ronflants et craquements. On ne trouve pas de bacilles. L'appétit est mauvais ; le sommeil est troublé par les douleurs.

7 juin. Etat général notablement amélioré, surtout l'appétit et le sommeil. Les douleurs ont disparu. Plus de sueurs. On entend encore quelques rhoncus secs.

25 juin. Matité persistante. Quelques râles ronflants disséminés en DPH et DPB. Etat satisfaisant.

Observation 35. — Négociant de 22 ans. KB.

Du 12 juin jusqu'au 3 août 1897.

Tare héréditaire très accentuée du côté maternel. Depuis un an, il offre les symptômes de la tuberculose. Toux et expectoration intenses. Sueurs nocturnes.

Il est depuis longtemps en traitement chez des spécialistes pour une laryngite et une pharyngite chroniques. Brusque et rapide diminution de poids, laquelle, au dire du malade, aurait coïncidé avec une forte fièvre; sa description ferait penser à une malaria.

Jeune homme fortement bâti. Les muscles et le tissu adipeux sont bien conservés. D₄H, jusqu'à la troisième côte, D₅H, dans la fosse sus-épineuse, matité; dans la fosse sus-claviculaire, son tympanique, avec respiration bronchique et râles fins et moyens; ailleurs, petits râles humides, secs çà et là. G₄H, jusqu'à la deuxième côte, G₅H, dans la fosse sus-épineuse, son raccourci; dans la même région, respiration rude, quelques râles à petites bulles. Température, pouls et mouvements respiratoires, à l'état normal. Bacilles tuberculeux en grand nombre dans les crachats abondants. — Au bout de peu de temps, l'état général du malade s'est notablement relevé; la toux et l'expectoration, huit jours environ avant la sortie du malade, ne se produisaient guère que le matin; les deux premiers crachats étaient facilement expectorés. Augmentation de poids: 5 livres. Les phénomènes objectifs sont en rapport avec le bien-être général. A la percussion on ne constate pas de changements notables. A l'auscultation, on constate qu'à la place de la respiration bronchique il n'existe plus qu'un murmure vésiculaire un peu rude. G₄A et G₅P, on ne perçoit plus aucun bruit anormal. D₄A et D₅P, on n'entend plus que quelques râles humides et quelques râles secs disséminés.

Le malade part contre l'avis du médecin. Au milieu de mai 1898, le médecin de la famille du malade nous annonce que l'état s'est maintenu satisfaisant; l'état objectif des poumons serait aussi bon qu'au moment de la sortie, l'année précédente.

Observation 36. — Négociant de 21 ans. KB.

Du 30 mai jusqu'au 13 août 1898.

Pas de tare héréditaire. Malade depuis environ un an; lors de l'examen pour la conscription, on constate une affection du sommet droit du poumon. Séjour de 7 mois en Suisse, dans une maison de santé, où l'on n'a jamais examiné les crachats pour savoir s'ils contenaient des bacilles. Toux et expectoration déjà depuis longtemps.

ÉTAT ACTUEL: Constitution faible, les poumons respirent uniformément, le visage a le teint de la santé. D₄A, respiration rude avec râles humides pas très nombreux, çà et là quelques râles secs. D₅P, au niveau de la région mate, râles humides, très nombreux, venant de la profondeur. G₄A, respiration rude, avec râles humides à petites bulles, 2 ou 3 sur un mouvement respiratoire; G₅P, matité dans la fosse sus-épineuse; au même endroit, râles humides, à petites bulles, assez abondants. Pouls, température, mouvements respiratoires, à l'état normal. 10 à 12 bacilles, en moyenne, dans le champ du microscope.

2 juillet. D₄A, entre quatre mouvements respiratoires, un craquement sec, il en est de même G₄A, dans la fosse sus-claviculaire et infraclaviculaire, des deux côtés. D₅P, dans la fosse sus-épineuse, râles secs disséminés dans la profondeur. G₅P, entre cinq mouvements respiratoires, un craquement sec.

18 juillet. Dans 3 préparations on a trouvé 7 bacilles.

13 août. La matité a persisté en avant comme en arrière. Quand la respiration est tranquille, on n'entend nulle part des bruits anormaux; ce n'est que en G₅P, à la hauteur de la 3^e apophyse épineuse, qu'on entend, à la fin de l'expiration, entre 6 mouvements respiratoires, deux bruits de râles secs, avec respiration un peu rude.

Dans la fosse sous-épineuse, à droite, à la fin de l'inspiration, pour 5 mouvements respiratoires profonds, on perçoit un râle sec; ailleurs, respiration saccadée.

9, 11 et 15 août, on ne trouve plus de bacilles.

Observation 37. — Femme de 24 ans. KOK.

Du 16 juin jusqu'au 26 août 1898.

Pas de tare héréditaire; étant jeune fille, elle a toujours été bien portante. Il y a deux ans, elle a soigné, durant une année presque entière, son mari, mort d'une affection des poumons, et elle a perdu beaucoup de ses forces dans cette circonstance; son poids est descendu de 143 livres à 115 livres. Depuis cette

époque elle a été constamment malade. L'an passé, pneumonic, et, depuis lors, toux et expectoration. Du 27 avril au 28 mai 1898, ses souffrances ont considérablement empiré ; expectoration abondante ; 39,5-40°. Le poids de son corps, qui était remonté à 124 livres, est tombé à 112 livres. Elle a un enfant de 3 ans, toujours un peu malade.

ÉTAT ACTUEL : Cette jeune femme a l'air malheureuse, les yeux sont enfoncés dans les orbites, l'état de la nutrition laisse beaucoup à désirer ; anémie très accentuée.

Poumons. GA, sommet profondément situé, matité jusqu'à la deuxième côte. Craquements manifestes au-dessus de la clavicule ; de même au-dessous de la clavicule, jusqu'à la troisième côte ; à mesure qu'on descend, ils deviennent plus clairsemés. Sur la ligne axillaire, bruits de raclement secs.

GP, matité absolue jusqu'à l'épine de l'omoplate, submatité jusqu'à la 6^e apophyse épin., craquements et rhoncus, ça et là râles humides, diminuant d'intensité à mesure que l'on descend.

DA, au niveau de la submatité, râles secs, moins distincts, un peu plus clairsemés, ça et là quelques râles humides ; de même sous la clavicule jusqu'à la quatrième côte, ces râles diminuant à mesure que l'on descend, mais ne disparaissant pas complètement.

DP, submatité jusqu'à l'épine de l'omoplate, râles secs dans toute l'étendue du poumon.

Toux et expectoration abondantes, nombreux bacilles tuberculeux, température normale.

20 juin. Brusquement frisson, tempéat. jusqu'à 40°. Violentes coliques ; abdomen sensible à la pression, particulièrement à droite. Durée 2 jours, puis la température tombe, les douleurs disparaissent. L'état général reste supportable jusqu'au 27 juin, où un nouvel accès du même genre se manifeste (application de vessies pleines de glace, repos au lit, diète, opium). On soupçonne une tuberculose intestinale. Les injections ne sont pas interrompues. L'accès dure deux jours, puis retour à l'état antérieur, jusqu'au 12 juillet, où a lieu un nouvel accès, qui dure aussi 2 jours. Depuis lors jusqu'au 20 août il ne s'est pas produit d'autre accès.

L'état général s'est notablement amélioré, la malade a meilleure apparence, la toux s'est un peu amoindrie, on trouve toujours d'assez nombreux bacilles. La température est constamment inférieure à 38°. La malade vit beaucoup en plein air ; elle a augmenté de poids.

État des poumons, le 22 juillet : GA, matité au niveau du sommet. Expiration douce. Sous la clavicule, quelques gros râles ; ça et là, râles sonores.

DA, submatité au niveau du sommet, rhoncus fins sous la clavicule, clairsemés jusqu'à la deuxième côte.

GP, submatité jusqu'à l'épine de l'omoplate ; au même niveau, quelques râles et craquements secs.

DP, expiration un peu rude, ça et là, râles sonores venant de la profondeur ; en descendant, quelques râles secs.

12 août. On ne perçoit plus quelques bruits anormaux que en DP ; partout ailleurs, respiration normale.

20 août. La malade sort pour des raisons de famille. L'état général paraît très bon. Elle a l'intention de revenir.

Observation 38. — Femme de 27 ans. Cons.

En traitement depuis le 16 juin 1898.

Pas de tare héréditaire ; a toujours joui auparavant d'une bonne santé. En septembre 1896, refroidissement, à la suite duquel est restée de la toux, qui a persisté jusqu'à maintenant. Pas de troubles généraux, expectoration modérée.

ÉTAT ACTUEL : État général médiocrement satisfaisant.

Poumons : DA, au niveau du sommet, son atténué, expiration prolongée, râles légers venant de la profondeur.

DP, fosse sus-épineuse, son un peu atténué, expiration rude, bruits de râles dissimulés.

GA, expiration prolongée, avec craquements peu distincts, venant de la profondeur, au-dessus et au-dessous de la clavicule.

GP, craquements sus-épineux, au niveau de la submatité.

Température à peu près normale, pas de bacilles tuberculeux dans les crachats. 27 juillet. État général satisfaisant, quelques légères douleurs d'estomac, par suite d'une grosseur au début. Température normale. Toux et expectoration amoindries.

Poumons : DA, son atténué au niveau du sommet, inspiration saccadée et douce; expiration rude.

GA, au niveau du sommet, craquements sourds peu prononcés, venant de la profondeur; au-dessous de la clavicule, inspiration parfois légèrement saccadée, un peu rude.

GP, dans la fosse sus-épineuse, submatité; à la fin de l'expiration, craquements doux, peu distincts.

DP, dans la fosse sus-épineuse, expiration douce, légers craquements secs, disséminés.

15 août. Seulement en DPH et GPH, quelques craquements tout à fait isolés. État général satisfaisant.

Observation 39. — Jeune fille de 14 ans. Policé.

De février à mai 1898.

Ancienne tuberculose du genou. — Cicatrices de ganglions au cou, quelques ganglions cervicaux tuméfiés. Submatité au sommet droit; râles sibilants. Bacilles tuberculeux dans les crachats.

Au mois de mai, inatité à peine appréciable; point de bruits anormaux; pas de bacilles dans les crachats.

Observation 40. — Employé de 34 ans. KOH.

Du 14 mai au 6 juillet 1897. Injections du 18 mai au 6 juillet.

A reçu, à Saint-Privat, un coup de feu à travers le sommet du poumon gauche et la colonne vertébrale. La toux et les crachements de sang disparurent au bout de trois jours; la paraplégie, au bout de trois mois, mais non complètement; il resta de la raideur et de la faiblesse dans la jambe gauche et de la matité au niveau du sommet gauche. Plus tard, il perdit deux femmes, qui moururent de phthisie pulmonaire. Lui-même, qui avait toujours été jusque-là bien portant, commença à ce moment à se sentir malade, il maigrit, le poids de son corps diminua. Il se mit à tousser; il eut, chaque printemps, quelques hémoptysies. Il séjourna dans plusieurs maisons de santé, sans en retirer aucun profit. Il a d'ailleurs pu continuer son service de bureau. La toux et l'expectoration ne sont pas, en général, très intenses; elles ne se produisent que le matin. Ce printemps, elles sont devenues plus marquées et se sont accompagnées de crachements de sang. A cela sont venues se joindre une douleur et de la tuméfaction au niveau du larynx.

ÉTAT ACTUEL : Homme grand, assez maigre. Il offre l'habitus du phthisique. Cicatrice dans la fosse sus-claviculaire gauche, et, à droite, entre la colonne vertébrale et l'omoplate.

Raideur du genou gauche.

Larynx un peu sensible à la pression, normal d'ailleurs. A droite, sous l'angle de la mâchoire, ganglion lymphatique du volume d'un œuf de pigeon.

Poumons : GHA et GPH, respiration courte; GPB, un peu courte aussi. GA, partout râles fins; GP, rien. Bruit respiratoire partout très affaibli. Quelques crachats fortement muqueux. Nombreux bacilles de la tuberculose. Appétit, état général, pas trop mauvais. Température normale.

29 mai. Ganglion fluctuant sous l'angle de la mâchoire. Incision. Evacuation d'un pus assez abondant.

13 juin. Il ne reste qu'une fistule étroite, secrétant à peine. Devant le cartilage cricoïde, nouveau petit abcès, que l'on incise. Larynx : légère dépression au niveau de la corde vocale droite. Toute la muqueuse du larynx présente une couleur grisâtre. Tuméfaction au niveau de la région aryénoïde. Cordes vocales grisâtres. Poumon : respiration courte, à gauche. Point de bruits anormaux.

6 juillet. La plaie en avant du cou est guérie; à droite, il existe encore une

fistule étroite. Poumons : DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, submatité, respiration affaiblie, indistincte. Point de bruits anormaux.

Larynx : état stationnaire.

Dans les crachats on trouve un assez grand nombre de bacilles tuberculeux. Toux modérée. Le malade sort avec l'intention de continuer le traitement chez lui.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

II. — Cas de tuberculose pulmonaire avancée, sans fièvre essentielle, avec ou sans cavernes.

Observation 41. — Négociant de 18 ans, KB.

Du 18 août jusqu'au 20 décembre 1896.

A toujours été très malade, a eu cinq pneumonies; depuis la dernière, toux et expectoration intenses; depuis un an, fréquentes sueurs nocturnes; depuis 6 à 8 semaines, amaigrissement très marqué, grande faiblesse.

ÉTAT ACTUEL : thorax paralytique, poitrine en carène. Le poumon droit reste en arrière. D4H, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, et DPH, dans la fosse sus-épineuse, matité. D4, jusqu'à la deuxième côte, son tympanique; au même endroit, respiration bronchique avec râles humides moyens; ailleurs râles à petites bulles avec inspiration rude. G4H, dans la fosse sus-claviculaire, matité avec râles humides disséminés et râles secs. Pas de fièvre, 80 pulsations. Mouvements respiratoires 24-28. Au cœur, bruits anormaux d'origine anémique; abondants bacilles tuberculeux.

19 décembre. La matité persiste à droite, plus de son tympanique, absolument plus de bruits anormaux, respiration encore un peu rude. A gauche, diminution du son; depuis 5 semaines, plus de traces de toux ni d'expectoration; plus de bacilles tuberculeux depuis 6 semaines.

Augmentation de poids : 16 livres.

En avril 1897, on constate que l'état est très satisfaisant; il en est de même pendant l'été de 1898, malgré un fort travail.

Observation 42. — Homme de 26 ans, KB.

Du 13 décembre 1896 au 30 mars 1897.

Tare héréditaire. En 1892, étant militaire, il a eu une affection pulmonaire, pendant laquelle on a constaté l'existence de bacilles tuberculeux; il est resté longtemps à l'hôpital; depuis ce temps, toux intense, expectoration abondante, faiblesse très marquée. Renvoyé comme impropre au service. Depuis lors, toux et expectoration, plus ou moins prononcées. Pendant les six derniers mois, affaiblissement considérable, sueurs nocturnes abondantes, toux et expectoration très marquées.

ÉTAT ACTUEL : Tuméfaction des ganglions jugulaires. Le poumon droit reste en arrière. Le sommet droit est profondément situé. D4H, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité très accentuée, avec nombreux râles humides à bulles moyennes, en même temps qu'expiration rude. G4H, jusqu'à la deuxième côte, matité, avec petits râles humides, çà et là quelques râles secs. Température normale. Pouls 78. Abondants bacilles tuberculeux.

30 mars. Mêmes phénomènes à la percussion; la matité semble plus prononcée. G4 et GP, plus de bruits anormaux. D4, même remarque. DP, seulement dans la fosse sus-épineuse, dans un endroit ayant l'étendue d'une pièce de 2 fr., entre 5-6 inspirations profondes, un seul bruit sec. La toux et l'expectoration n'existent plus depuis six semaines; les sucurs nocturnes ont disparu dès les trois premières semaines.

Augmentation de poids : 14 livres.

Sort pour raisons de famille. — Examiné de nouveau à la fin d'avril 1897; on n'entend plus aucun bruit anormal. Etat très satisfaisant.

Pendant l'été de 1898, persistance de l'état satisfaisant, complète aptitude au

travail. Un nouvel examen permet de constater l'existence de l'ancienne matité, sans aucun bruit anormal.

Observation 43. — Négociant de 32 ans. KB.

Du 25 février au 10 mai 1897.

Tare héréditaire. Depuis 4 ans, toux et expectoration très marquées, consécutives à un refroidissement intense. Dans ces derniers temps, sueurs nocturnes et abondantes, faiblesse et amaigrissement extrêmes.

ETAT ACTUEL : Le poumon droit se dilate mal. DAH, jusqu'à la troisième côte, DPH, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité, avec râles humides, à moyennes bulles, abondants. GAH et GPH, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, matité, petits râles humides GA, au niveau du deuxième espace intercostal, sur la ligne mamillaire, respiration saccadée. Souffles anémiques au cœur. Bacilles tuberculeux très abondants. Temp. 37,1-37,4. Pulsat. 88.

14 mai. GA et GP, on ne perçoit plus aucun bruit anormal. DA, dans la fosse sus-claviculaire, quand le malade respire avec effort, on entend, sur 4-5 mouvements respiratoires, un seul craquement, pas autre chose. DAH et DPH, on ne constate rien d'anormal. Plus de bacilles tuberculeux, toux et expectoration disparues. Augmentation de poids : 19 livres 1/2.

Le malade sort, bien qu'il dût rester encore 2 à 3 semaines. Apte au travail.

En janvier 1898, nouvel examen. Matité persistante, les bruits anormaux n'existent plus. Le malade a pris plusieurs refroidissements pendant ses voyages et, dans ces derniers temps, a perdu 5 livres de son poids. Dans ses crachats, peu abondants, presque purulents, on trouve une assez grande quantité de bacilles de la tuberculose. On le soumet à un nouveau traitement; séjour de trois semaines à KOK; puis traité au cabinet de consultation (irrégulièrement).

Avril 1898. La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué; plus de bacilles dans les crachats; matité persistante. Point de bruits anormaux. Etat général satisfaisant. Cet état se maintiendra-t-il? L'existence irrégulière et le caractère capricieux du malade permettent d'en douter.

Observation 44. — Sœur garde-malade, 24 ans. KB.

De septembre à décembre 1896.

Tare héréditaire très marquée. A eu une pleuro-pneumonie. Depuis deux ans, forte toux, avec expectoration abondante, sueurs nocturnes considérables, affaiblissement très prononcé. Temp. 38,4.

ETAT ACTUEL : Formes élégantes. GAH, jusqu'à la deuxième côte, et GPH, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité, avec nombreux râles, petits et moyens, et rhoncus secs. Dans un endroit circonscrit de la fosse sous-épineuse gauche, frottements. DAH, jusqu'à la deuxième côte, matité avec quelques râles humides. Temp. 37,5-38,3.

De février à avril 1897, traitée au cabinet de consultation, injections irrégulièrement faites.

3 avril 1897. Augmentation de poids : 5 livres; aptitude à une grande activité. GA et GP, au niveau de la matité, quelques râles isolés, à petites bulles. DA, on ne perçoit plus aucun bruit anormal. Sueurs nocturnes disparues au bout de 3 à 4 semaines.

Son état a continué à s'améliorer. Elle a repris son service.

Observation 45. — Demoiselle de 19 ans. KB.

Du 28 octobre 1896 au 5 janvier 1897.

Depuis environ six ans, toux avec expectoration. Depuis deux ans, vive sensation de malaise, faiblesse considérable, sueurs nocturnes, dyspepsie prononcée, rap'le amaigrissement dans ces derniers temps, de temps en temps douleurs dans le genou droit.

ETAT ACTUEL : GAH, jusqu'à la troisième côte, GPH, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité avec respiration rude et petits râles humides. DAH, dans la fosse sus-claviculaire, diminution du son, râles secs, quelques râles humides isolés. Etat normal dans les autres parties des poumons; forte toux principale.

ment le matin : souffles anémiques au cœur. On trouve des bacilles tuberculeux. Temp. normale. Pulsat. 78.

Au moment de la sortie : depuis trois semaines, ni toux, ni expectoration. Point de bacilles tuberculeux. Embarras gastrique disparu dès le début du traitement. Etat général très satisfaisant.

Augmentation de poids : 6 livres.

Au mois de mai 1897, on constate le même bon état.

Juillet 1898 : bonne santé, aptitude au travail.

Observation 16. — Négociant de 22 ans. KB.

Du 2 décembre 1896 au 3 avril 1897.

A été scrofuleux dans son jeune âge. Sa maladie a commencé en 1893, à la suite, dit-il d'un violent refroidissement. De temps à autre, enrouement prononcé, forte toux avec expectoration, point de côté, à gauche. Il y a deux ans, on a constaté l'existence de bacilles tuberculeux, sueurs nocturnes abondantes, faiblesse considérable, respiration courte.

ETAT ACTUEL : Le poumon droit reste en arrière pendant la respiration, DAI, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, DAI, jusqu'à la deuxième côte, son tympanique ; au même endroit, respiration bronchique, râles humides à moyennes bulles. GAI, jusqu'à la deuxième côte, et GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité avec nombreux râles humides, à petites bulles. Ailleurs, état normal. Expectoration abondante, nombreux bacilles tuberculeux. Mouvements respiratoires 34-36. Temp. normale. Pulsat. 96.

2 avril. Matité persistante des deux côtés ; elle n'offre plus, à droite, le caractère tympanique. GA et GP, plus de bruits anormaux, DA, dans la fosse sus-claviculaire, perception d'un râle sec, entre 3-4 mouvements respiratoires, et seulement pendant la respiration forcée. Ailleurs, DA et DP, pas de bruits anormaux. Toux et expectoration entièrement disparues, même le matin, depuis six semaines. Plus de bacilles de la tuberculose. Mouvements respir. 22-24. Pulsat. 78-82. Les sueurs nocturnes ont cessé au bout de 14 jours.

Augmentation de poids ; 19 livres.

Au commencement de mai, maintien de l'état satisfaisant.

A, bientôt après, contracté la syphilis, et se trouverait, en ce moment, dans un mauvais état.

Observation 17. — Femme de 48 ans (ce cas devrait être rangé dans la section III).

Du 20 novembre 1896 au 10 avril, traitement à domicile, et du 12 juin au 20 août 1897, KB (2 pauses, l'une de huit semaines, l'autre de deux semaines).

Phtisie datant d'un certain nombre d'années. Femme très anémique. Près de 120 pulsations. Temp. normale. GAH, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, GPH, jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité et râles humides à moyennes bulles. GPB, jusqu'à la pointe de l'omoplate, matité et râles humides abondants (ancienne pleurite). DAH, jusqu'à la clavicule, et DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, submatité et râles humides modérément abondants. Bacilles très nombreux, isolés ou en amas. Temp. paraissant normale (la malade ne souffre pas l'application du thermomètre).

20 novembre. A droite, râles secs. A gauche, aux endroits malades, les bruits sont plus clairsemés. Légère diminution des bacilles dans les crachats.

8 mars. D, encore un petit nombre de râles secs. G, un peu moins de râles. Moins de bacilles dans les crachats.

Du 18 juin jusqu'au 1^{er} octobre 1897. KB.

ETAT ACTUEL : Apparence anémique ; état de la nutrition relativement bon eu égard à la longue durée de la maladie. GA, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité avec quelques râles humides dans la fosse sus-épineuse ; ailleurs, au niveau des parties malades, râles sibilants et ronflants. DA, dans la fosse sus-claviculaire, et DP, dans la fosse sus-épineuse, matité avec râles, secs pour la plupart. Temp. 38,6-39,5. Pulsations en moyenne au-dessus de 120. Mouvem. resp. 24-28. Bacilles tuberculeux très abondants.

Au moment de la sortie : DA, rhoncus isolés ; de même en DP. GP, bruit sifflant, aigu, comme si l'air traversait un tube très étroit. GPH et GPB, râles secs disséminés. En arrière, entre la ligne axillaire et la ligne scapulaire, au niveau de la huitième et de la neuvième côtes, frottements. Bacilles en moins grande quantité. Toux et expectoration toujours de même. Temp. rarement au-dessus de 38°. Augmentation de poids ; 6 livres.

Au mois de décembre, la malade souffre d'une néphrite ; grande quantité d'albumine dans les urines. Mort au mois de février, au milieu de phénomènes urémiques. On a malheureusement négligé, dans les derniers temps, de faire l'examen des urines ; comme la malade souffrait, depuis longtemps déjà, d'accès de migraine répétés, avec vomissements violents, on peut bien admettre que l'affection des reins était ancienne.

Observation 48. — Femme de 41 ans. KB.

Du 20 février au 10 avril 1897.

A eu, dans son enfance, une pleuropneumonie. Début de la maladie à l'époque de ses premières couches, il y a vingt ans. Amaigrissement considérable ; en peu de temps elle a perdu 30 livres de son poids. A eu une forte hémoptysie, et un certain nombre d'autres plus légères. De temps en temps sa santé semble un peu se rétablir. Depuis deux ans, faiblesse très marquée, forte toux avec expectoration fétide.

ETAT ACTUEL : Personne très maigre. GAH, jusqu'à la troisième côte, et GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides, à petites bulles, très abondants. DAH, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à la cinquième apophyse épin., matité, avec râles moyens, DPB, à la hauteur de la septième apophyse, matité, avec respiration affaiblie et petits râles isolés. Temp. 37,2-37,5. Pulsat. 82. Nombreux bacilles de la tuberculose. Crachats épais, cristaux d'acide sébacique.

10 avril, Matité persistante ; à gauche, pas de bruits anormaux ; à droite, râles à petites bulles tout à fait isolés. La toux, qui était surtout pénible pendant la nuit, n'existe plus ; le matin encore 3-4 crachats, qui ne sont plus fétides.

Sortie contre l'avis du médecin.

Augmentation de poids : 9 livres.

Ayant examiné cette malade au commencement de mai, nous ne trouvons plus de bruits anormaux. Etat satisfaisant.

Pendant l'été de 1898, nous apprenons que ce bon état s'est maintenu.

Observation 49. — Femme de 35 ans. Polikl.

Du 13 octobre 1895 au 21 mars 1896.

Depuis plusieurs années, la respiration se fait mal. Degré assez prononcé d'anémie.

13 octobre. Emphysème. Au niveau du lobe supérieur gauche, submatité, râles humides abondants, à moyennes bulles, ayant presque le caractère du tintement (caverne) ; au sommet droit, râles pas trop nombreux. Bacilles en assez grande quantité, formant plusieurs amas.

20 janvier. Toux et expectoration améliorées.

21 mars. Plus de bacilles. La toux n'a pas entièrement disparu. Amélioration de l'état général.

Dans l'automne de 1897, la malade a pu reprendre son travail.

Observation 50. — Homme de 37 ans. KB.

Du 25 février jusqu'au 30 mai 1897.

Fort tare héréditaire. Scrofuleux dans sa jeunesse. La maladie a débuté, il y a dix-sept ans, par une toux et une expectoration très intenses. Il y a onze ans, enrouement, qui a duré longtemps ; de temps à autre, aphonie. En 1892, tumeur fongueuse du genou, traitée par la méthode de Bier ; pendant 7 mois, par la méthode de Kneipp ; 4 mois, par celle de Schrott ; en 1894, à Friedrichsroda et Brunnthal ; pendant longtemps, par la méthode de Schæfer. En juillet 1896, séjour à Reiboldsgrün, sans succès ; 5 mois, à Davos, avec un résultat défavorable, la toux et l'expectoration s'étant aggravées. Hiver de 1896/1897, à Davos, poids diminué de 5 livres.

ÉTAT ACTUEL : Le pommou droit se dilate mal. Sommet droit plus profond de deux travers de doigt. DAI, jusqu'à la quatrième côte, DPII, jusqu'à la quatrième apoph. épin., matité; dans la fosse sus-claviculaire, son tympanique; aux mêmes endroits, respiration bronchique, avec nombreux râles humides, à moyennes bulles, s'étendant sur toute la région de la matité. GMI, jusqu'à la deuxième côte, GPII, jusqu'à la troisième apoph. épin., matité avec râles secs et humides, à petites bulles. DPB et GPB, expiration prolongée et rude, limites du pommou profondément situées. Fongus du genou gauche. Mobilité active réduite (à 90°). Condyle interne du fémur très sensible à la pression, avec tuméfaction considérable. Toute l'articulation du genou est enflée. Toux et expectoration très intenses. Bacilles tuberculeux et fibres élastiques.

10 avril. La toux et l'expectoration ont notablement diminué; les râles humides sont en grande partie devenus secs. La douleur du genou s'est considérablement amoindrie; le gonflement au-dessus de la rotule s'est réduit de 3^{cm}; au-dessous de la rotule, il s'est réduit de 2^{cm} 1/2. Augmentation de poids: 5 livres.

À la fin mai, l'amélioration a fait de nouveaux progrès, le poids du corps a augmenté encore de 3 livres. Le genou s'est très désenflé. On y sent quelques grains riziformes durs. Le malade peut marcher une demi-heure, sans douleurs, en boitant légèrement.

Il doit être aujourd'hui dans un bon état.

Observation 51. — Femme de 29 ans. KB.

Du 2 mars au 22 juin 1897.

Pas de tare héréditaire. A été délicate dans son jeune âge. En septembre 1895, elle met au monde une fille, qui meurt six mois plus tard. En décembre 1895, influenza, dont elle ne se remet que fort tard. Il s'y joint une tuberculose. Pendant 3 mois, le médecin de la famille la traite par les injections d'acide cinnamique; en mai 1896, elle va passer 2 mois à Reiboldsgrün, puis elle fait un séjour à la campagne, tout cela sans résultat. En novembre 1896, légère hémoptysie. Amaigrissement très prononcé, forte toux, expectoration abondante. Enceinte de 4 mois.

ÉTAT ACTUEL : Personne extrêmement maigre, à teint anémique très accentué. Thorax paralytique.

GA, dans les fosses claviculaires, profondément déprimées, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'à la cinquième apophyse épin., matité; dans la fosse sous-claviculaire, son tympanique et respiration presque bronchique. Partout, nombreux râles humides, moyens; au niveau de la 3^e apophyse, DP, quelques râles secs. DA, dans les deux fosses claviculaires, également très excavées, jusqu'à la deuxième côte, matité; de même DP, dans la fosse sus-épineuse; au même endroit, râles humides abondants. Toux et expectoration très prononcées. Température normale. Nombreux bacilles tuberculeux.

La malade sort à cause de sa grossesse avancée. GA et GP, matité persistante, pas de bruits anormaux, sauf, çà et là, entre 5-6 mouvements respiratoires, un léger craquement tout à fait isolé. DP, dans la fosse sus-épineuse, dans le voisinage de la colonne vertébrale, endroit de l'étendue d'une pièce de 5 fr., où l'on entend encore quelques râles secs. Sur six préparations examinées on ne trouve point de bacilles tuberculeux. La toux et l'expectoration ne se produisent plus durant le jour; quelques rares crachats le matin. Augmentation de poids: 15 livres.

En septembre 1897, elle a accouché d'un enfant, qui se développe bien. Elle n'a ni toux ni expectoration, mais ne se trouverait pas, me dit-on, tout à fait bien (juin 1898).

Observation 52. — Fabricant de 37 ans. KB.

1. Du 27 juillet jusqu'au 18 septembre 1897. — 2. Du 15 novembre 1897 au 11 février 1898.

Père et mère morts de phthisie. A eu trois pneumonies. A toussé beaucoup autrefois, avec expectoration modérée. Maladif depuis 1887, est sérieusement malade depuis le mois de février 1897. Faiblesse très marquée. A cette époque les hémoptysies se sont répétées plus fréquemment; la première date de 10 ans. Sueurs nocturnes depuis peu de temps. Il a pris 600 capsules de créosote, qui

ont donné lieu à un embarras gastrique très intense. Tout récemment il a eu de fréquentes hémorrhagies, plus ou moins abondantes, qui survenaient dès qu'il avait parlé un peu longtemps.

ÉTAT ACTUEL : Constitution délicate, état de la nutrition faible. DA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, DP, jusqu'à la septième apoph. épin., matité; DA, nombreux râles humides, la plupart à petites bulles, jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte; DP, très nombreux râles humides.

GA, dans la fosse sus-claviculaire, légère matité, avec quelques petits râles humides. GP, dans la fosse sus-épineuse, légère matité, respiration saccadée; de l'épine de l'omoplate, en descendant jusqu'à l'extrémité de cet os, râles humides à petites bulles. Mouvm. respir., pouls, temp., à l'état normal. Le poumon droit reste en arrière. Paroi postérieure du larynx épaissie. Cordes vocales intactes. Très nombreux bacilles tuberculeux, les crachats contiennent le plus souvent du sang.

30 janvier. DA et DP, les bruits sont presque partout devenus secs, ne s'entendent que jusqu'à la deuxième côte, et, DP, jusqu'à la cinquième apoph. épin. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, seulement dans la fosse sus-épineuse, on ne perçoit que quelques craquements secs. Toux et expectoration notablement diminuées. Dans le larynx rien d'anormal; la voix, auparavant un peu rauque, est entièrement libre. On ne trouve plus de sang dans les crachats que quelques stries sanguines, venant du nez et du pharynx.

A LA SORTIE : DA, matité plus accentuée, on ne perçoit plus, au niveau de la deuxième côte, qu'un craquement sec entre 6 mouvements respiratoires; dans la fosse sus-épineuse droite, dans le voisinage de la colonne vertébrale, un seul râle sec. GA et GP, pas de bruits anormaux. Expectoration réduite au minimum (seulement le matin). Sur 5 préparations examinées, une seule a présenté deux bacilles. On ne trouve plus de sang dans les crachats. Augmentation de poids: 3 livres et demie. Le malade sort, pour raison d'affaires, contre l'avis du médecin.

Un nouvel examen, pratiqué en mai 1898, a permis de constater un bien-être complet et une parfaite aptitude au travail. Matité dans le même état; point de bruits anormaux; les crachats n'ont pas été examinés.

Observation 53. — Libraire de 38 ans. KB.

Du 12 février jusqu'au 1^{er} avril 1898.

Pas de tare héréditaire. Il y a 3 ans, toux et expectoration. De vives émotions (à la suite de pertes importantes dans ses affaires) et de longues insomnies auraient été, dit-il, la cause de sa maladie. Pour se remettre, il est allé passer l'été de 1895 dans la forêt de Thuringe; forte hémoptysie pendant son retour à son domicile. Hiver de 1895-1896 à Davos, amélioration peu marquée. Été de 1897 à Lippspringe, 6 semaines, sans résultat. Hiver de 1897-1898, d'abord à Davos, puis chez lui. Admis à KB le 12 février 1898.

ÉTAT ACTUEL : Thorax faible; fosses sus et sous-claviculaires, des deux côtés, fortement excavées; couche adipeuse disparue. Le poumon gauche se dilate mal. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, sur la ligne axillaire moyenne, jusqu'à la quatrième côte, matité. Au niveau de la région mate, respiration vésiculaire rude, GA, craquements isolés, GP, respiration saccadée, râles humides disséminés. DA, jusqu'à la troisième côte, DP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité, plus prononcée à gauche qu'à droite. DA, râles humides isolés, à petites bulles; de même DP. Bacilles tuberculeux en petit nombre. Température, pouls et mouvements respiratoires, à l'état normal. Appétit mauvais.

AU MOMENT DE LA SORTIE : Toux et expectoration, pendant le jour, notablement disséminées. État général très bon. DA, matité persistante; entre 12 mouvements respiratoires on perçoit quatre fois un craquement sec. Au niveau du premier espace intercostal, entre 16 mouvements respiratoires, trois râles secs; dans la fosse sus-claviculaire, quelques râles isolés. Dans la fosse sus-épineuse droite, sur 3 mouvements respiratoires, à la fin de l'inspiration, un bruit de râle humide. GA et GP, quelques râles humides, à petites bulles; sur 2 ou 3 mouvements respiratoires, on perçoit un bruit de râle. Augmentation de poids: 2 livres 1/2. Encore quelques bacilles tuberculeux disséminés.

Le malade, pour raison d'affaires, ne peut pas continuer son traitement. Nous apprenons, pendant l'été de 1898, qu'il a pu reprendre son travail, mais qu'il ne se sent pas bien.

Observation 54. — Négociant de 32 ans. KB.

Du 7 octobre 1897 jusqu'au 13 février 1898.

Pas de tare héréditaire. En 1888, pour la première fois, hémoptysie, qui a duré de 3 à 4 jours. Depuis lors, la toux et l'expectoration n'ont pas cessé. En 1893, nouvelle hémoptysie intense. La toux et l'expectoration ont ensuite augmenté. Pendant l'été de 1895, séjour dans un sanatorium, sans résultat. Puis à Badenweiler (laryngite tuberculeuse ?) ; mal à la gorge passagèrement amélioré à la suite de cautérisations avec acide lactique. Hiver de 1895-1896, à Davos, sans avantage appréciable ; embarras gastrique très prononcé. Augmentation de poids : 2 à 3 livres. Dans le printemps de 1896, retour chez lui, où il est resté jusqu'à l'été de 1897, époque à laquelle il a été à Teinach.

ÉTAT ACTUEL : Muscles, couche adipeuse sous-cutanée, considérablement atrophiés. Des deux côtés, profondes excavations au niveau des fosses claviculaires. Clavicules très saillantes. Thorax en forme de tonneau. DA, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, matité tympanique ; jusqu'à la quatrième côte, matité pure ; DP, jusqu'à la septième côte, matité ; DA, respiration bronchique, râles humides, à tintement métallique, assez abondants ; au niveau des autres parties malades, râles humides, alternant avec râles secs, DPH, nombreux râles humides, à petites et à moyennes bulles ; DPB, surtout râles sibilants et ronflants ; sur la ligne axillaire postérieure, au niveau de la septième et de la huitième côtes, frottements GA, matité jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte ; sur la ligne axillaire moyenne, jusqu'à la cinquième côte, GP, jusqu'à la huitième côte, matité ; partout râles humides, à petites et à moyennes bulles, au milieu de quelques râles ronflants. La limite supérieure du poumon se dilate mal. Dans toute l'étendue du poumon, expiration fortement prolongée. Mouvements respiratoires : 36-40. Température : 37,6-38,5. Pulsations : 124-128. Très nombreux bacilles de la tuberculose.

A LA SORTIE : La toux est devenue un peu moins pénible. Le poids du corps a augmenté de 2 livres. Même état à la percussion ; à l'auscultation, les râles humides en arrière et à gauche ont presque entièrement disparu ; on ne les perçoit plus que dans un endroit circonscrit, dans la fosse sus-épineuse gauche, dans le voisinage de la colonne vertébrale. Dans toute l'étendue du poumon gauche, nombreux râles ronflants et secs. DA et DP, le même état persiste ; mais DA, les bruits ont perdu le caractère de tintement. Il existe encore des bacilles tuberculeux. La température a baissé peu à peu ; ce n'est qu'exceptionnellement qu'elle s'élève à 38 ; elle se tient d'ordinaire entre 37,4 et 37,8. Embarras gastrique amélioré.

Nous n'avons plus eu de nouvelles de ce malade ; mais les deux poulmons étant presque entièrement détruits, la mort ne semble être qu'une question de temps.

Observation 55. — Négociant de 41 ans. KB.

Du 12 octobre jusqu'au 11 décembre 1897.

Pas de tare héréditaire. Deux pleurésies du côté droit, en 1885 et 1893, avec séjour au lit, chaque fois, de 8 à 10 semaines. Légères hémoptysies. Depuis 1893, de temps à autre sueurs nocturnes abondantes, toux et expectoration très prononcées. Embarras gastrique intense (800 capsules de créosote), faiblesse très marquée, vif sentiment de malaise et respiration très courte.

ÉTAT ACTUEL : Homme de taille moyenne, courbé, thorax paralytique. Maigreur excessive. DA, jusqu'à la cinquième côte, sur la ligne axillaire moyenne, au niveau de la sixième côte, jusqu'à la huitième, son tympanique ; DP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, qui, dans la fosse sus-épineuse, offre le caractère tympanique. DA, dans les deux fosses sus-claviculaires, râles humides, à moyennes bulles, très nombreux, quelques râles sibilants et ronflants. DP, dans la fosse sus-épineuse, respiration bronchique, avec râles humides, tympaniques, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse. De là jusqu'à la septième apophyse épineuse, bruit respiratoire normal, avec nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles.

De la septième apophyse épineuse jusqu'en bas, frottements, entremêlés de quelques râles humides isolés. Sur la ligne axillaire moyenne, au niveau de la matité tympanique, respiration bronchique très accentuée avec râles à caractère de tintement.

GA, jusqu'à la deuxième côte, matité avec râles humides, fins et moyens, râles ronflants disséminés. GP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité, offrant le caractère tympanique dans la fosse sus-épineuse, mais sans respiration bronchique appréciable, avec râles relativement peu nombreux. GPB, état normal. Température : 38,2. Pulsations 112-120. Mouvements respiratoires 22-36. Bacilles de la tuberculose très nombreux et fibres élastiques. Toux et expectoration très intenses.

A LA SORTIE : Toux et expectoration notablement diminuées. On trouve encore de nombreux bacilles. A la percussion, persistance du même état. DA, les râles humides ont considérablement diminué ; les râles ronflants ont augmenté ; DP, respiration bronchique, râles à tintement métallique devenus tout à fait rares, au milieu de râles secs. De la quatrième à la septième apophyse épineuse, les râles humides ont aussi diminué dans une proportion tout à fait remarquable, les râles secs prédominent. GA, les râles ronflants ont augmenté, en même temps que les râles humides sont devenus moins nombreux. GP, même état. Température non modifiée, oscillant entre 37,4 et 38,2. Augmentation de poids : 2 livres.

Observation 56. — Négociant de 44 ans. KB.

Du 31 juillet au 20 septembre 1897.

Pas de tare héréditaire. Début de la maladie actuelle il y a 12 ans, époque à laquelle se produisit une forte hémoptysie. Depuis lors le malade a beaucoup souffert de la toux et de l'expectoration. Depuis 1896, après un séjour dans une maison desanté, la dyspnée a augmenté, le mal a empiré. Hiver de 1896-1897, au mois de février, forte hémoptysie, expectoration très abondante, qui continue aujourd'hui, sueurs nocturnes très marquées.

ÉTAT ACTUEL : Homme de constitution vigoureuse et dans un bon état de nutrition. Le poumon droit reste en arrière pendant la respiration. DA, jusqu'à la troisième côte, DP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, avec son tympanique dans la fosse sus-épineuse. Au même endroit, râles humides très abondants, çà et là à tintement métallique manifeste, avec respiration bronchique, qui existe aussi dans la fosse sus-claviculaire droite. Ailleurs, au niveau de la région malade, DA et DP, très nombreux râles humides à petites bulles ; sur la ligne axillaire postérieure, au niveau de la septième côte, râles à moyennes bulles. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité avec nombreux râles humides, à petites bulles. Température oscillant entre 38,1 et 38,9, s'élevant parfois jusqu'à 40°. Pulsations jusqu'à 124-130. Mouvements respir. 28-30, à l'état de repos. Très nombreux bacilles tuberculeux. Toux et expectoration très intenses.

A LA SORTIE : GA et GP, râles disséminés, secs pour la plupart. DPH, respiration bronchique, au niveau de la région de la matité tympanique, diminution très notable des râles humides. DAI, quelques râles seulement, tout à fait isolés. DPB, râles amoindris, mais toujours en assez grande quantité. Température descendue peu à peu à 37,8-38,2. Mouvements respir., au repos : 24-28. On trouve encore des bacilles tuberculeux, mais ils sont en beaucoup moins grand nombre. Augmentation de poids : 6 livres.

Quelque temps après la sortie du malade, nous apprenons qu'il se trouve dans un état assez bon ; depuis lors nous n'avons pas eu de ses nouvelles.

Observation 57. — Négociant de 28 ans. KB.

Du 12 novembre 1897 au 9 janvier 1898.

Pas de tare héréditaire. Ses frères sont tous bien portants. Le malade rapporte le début de sa maladie à un exercice militaire, à la suite duquel il fut pris d'une toux, qui a persisté. Sueurs nocturnes, anorexie. A séjourné longtemps dans le nord de l'Italie et le Tyrol du Sud, sans succès. Dyspnée marquée, forte excitation à la toux. Dans ces derniers temps, il a eu un rhumatisme articulaire.

ÉTAT ACTUEL : Taille petite. frêle, état de la nutrition médiocre. DA, jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte, DP, jusqu'à la huitième côte, matité, DA, au même niveau, râles très nombreux, petits et moyens, parmi lesquels râles secs disséminés et quelques râles ronflants, DP, mêmes phénomènes quo devant. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité; au même endroit, petits râles humides. Mouvements respiratoires saccadés. Température 38,2-38,6. Pulsations 108-120.

Matité précordiale plus étendue vers la gauche. Bruit systolique mitral, deuxième son pulmonaire plus fort. Au niveau des valvules aortiques, bruit systolique moins net, prolongé. Toux fatigante, surtout après les repas. Expectoration abondante, particulièrement le matin. Bacilles tuberculeux assez nombreux.

A LA SORTIE : L'expectoration a notablement diminué, crachats moins nombreux et moins volumineux. Les accès de toux ne se produisent que le matin et le soir, au moment du coucher. Les accès eux-mêmes, dit le malade, durent moins longtemps. GA et GP, la matité ayant la même étendue, il n'existe que quelques râles humides isolés, la plupart sont secs. DA, jusqu'à la troisième côte, DP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité. En avant et en arrière, il n'existe également que quelques râles humides tout à fait disséminés, sur 1 à 3 mouvements respiratoires, çà et là quelques craquements secs. DP11, dans la fosse sus-épineuse, sur quatre mouvements respiratoires, un petit râle humide; ailleurs, état normal. Depuis quinze jours, température normale. Mouvements respiratoires toujours encore saccadés. Augmentation de poids : 2 livres et demie. Encore quelques bacilles très clairsemés.

Observation 58. — Pharmacien de 20 ans. KB.

Du 15 octobre 1897 jusqu'au 1er juin 1898.

Il a un frère tuberculeux ainsi que plusieurs autres parents. Depuis 1891 il est malade, catarrhe du sommet gauche, toux avec expectoration; sueurs nocturnes. Été de 1891, séjour de trois mois dans une maison de santé, dans la Forêt Noire. Hiver de 1892-1893, pleurésie du côté gauche. Printemps de 1894, deux pleurésies sèches. 1894-95, du mois d'août au mois d'avril, séjour à Davos; son poids y a augmenté de 10 livres. Fin juillet 1895, forte hémoptysie. Il est resté cinq semaines au lit. Hiver de 1895-96, séjour à Davos, jusqu'au mois de mars; il n'y a gagné qu'une légère amélioration. Puis il est resté chez lui à partir de mars 1896. Octobre 1897, court séjour à Davos. Arrivé ici au milieu d'octobre. Faiblesse très prononcée, appétit mauvais.

ÉTAT ACTUEL : Jeune homme dans un état de nutrition passable. Thorax paralytique. Le poumon droit reste en arrière pendant la respiration. GA, sur la ligne mamillaire, matité jusqu'à la troisième côte; sur la ligne axillaire jusqu'à la sixième côte, dans les fosses sus et sous-claviculaires, son tympanique, de même dans la fosse sus-épineuse. GPB, au niveau des septième et huitième côtes, entre la colonne vertébrale et la ligne scapulaire moyenne, on perçoit des frottements. Au niveau de la région de la matité tympanique, respiration bronchique, râles humides, à tintement métallique; au niveau de la région de la matité non tympanique, râles humides; la plupart à petites bulles. DA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, jusqu'à la 3^e apophyse épineuse, matité tympanique, variations de son, nombreux râles humides, à tintement métallique, à moyennes bulles, respiration bronchique, DA, de la deuxième à la quatrième côte, DP, de la troisième à la huitième apophyse épineuse, matité, avec nombreux râles humides, à petites bulles. Respiration accélérée: 24-28 mouvements respiratoires. Toux et expectoration très marquées. Température oscillant entre 37,8 et 38,4 (le soir). Pulsations : 88-96. Bacilles tuberculeux très abondants.

27 décembre. GA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, GP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité, n'ayant le caractère tympanique que dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse; nombreux râles humides, n'offrant que rarement le caractère du tintement. DP, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité, avec peu de râles humides. DA, jusqu'à la limite du poumon et du foie, on perçoit, seulement dans l'expiration, quelques craquements isolés, çà et là quelques râles humides.

28 janvier. GPB et DPB, on n'entend plus de râles. DPH, la matité tympanique et la respiration bronchique persistant, on ne perçoit plus aucun râle à tintement métallique. DA, au niveau de l'ang. de Louis, respiration bronchique, avec râles à tintement, deux bruits sur un mouvement respiratoire. La matité s'étend, DA, jusqu'à la troisième côte; plus bas, râles humides, à petites bulles, tout à fait disséminés. GA, râles humides isolés, la plupart sont secs. GPH, on n'entend que des râles secs.

27 avril. DA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, DP, jusqu'à la sixième apophyse épin., matité, tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse.

DA, dans la fosse sus-claviculaire, respiration bronchique: particulièrement pendant l'inspiration, râles assez nombreux, humides, à moyennes bulles; plus bas, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, pendant l'inspiration, quelques râles humides isolés. DP, respiration bronchique, avec râles humides isolés dans la fosse sus-épineuse. Dans la fosse sous-épineuse droite, expiration bronchique, avec râles isolés. Ils sont plus nombreux pendant l'inspiration. DP, à partir de la sixième apophyse épineuse jusqu'en bas, respiration affaiblie, sans bruits anormaux.

GA, jusqu'à la deuxième côte, sur la ligne axillaire moyenne, jusqu'à la cinquième côte, matité, ayant le caractère tympanique dans la fosse sus-claviculaire.

GA, au niveau de la région tympanique, respiration bronchique, râles alternaivement humides et secs. GA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, râles nombreux à petites bulles, inspiration rude. GP, jusqu'à la cinquième apoph. épin., matité, tympanique dans la fosse sus-épineuse. Respiration bronchique, GP, s'étendant jusqu'à la troisième apoph. épin., petits râles humides, expiration libre. De la troisième apophyse épin. jusqu'à la sixième apoph. épin., dans l'inspiration, quelques râles humides isolés, expiration presque libre. De la sixième apoph. épin. jusqu'en bas, respiration affaiblie. On trouve des bacilles en petite quantité.

A LA SORTIE: DA, jusqu'à la troisième côte, matité, tympanique dans la fosse sus-claviculaire; au même endroit, respiration bronchique, craquements humides tout à fait isolés; de la clavicule jusqu'à la troisième côte, inspiration et expiration rudes, sans bruits anormaux.

DP, jusqu'à la quatrième apoph. épin., matité; dans la fosse sus-épineuse, respiration bronchique, sans bruits appréciables; plus bas, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, respiration rude, sans bruits anormaux.

GP, jusqu'à la cinquième apoph. épin., matité, ayant le caractère tympanique dans la fosse sus-épineuse; au même endroit, respiration bronchique, avec râles disséminés, la plupart secs; en plusieurs points on ne perçoit aucun bruit anormal. De l'épine de l'omoplate jusqu'à la cinquième apophyse épin., inspiration rude; au même niveau, on perçoit deux ou trois craquements secs. GA, jusqu'à la deuxième côte, matité, tympanique dans la fosse sus-claviculaire; au même point, respiration bronchique, sans bruits anormaux; plus bas, jusqu'à la deuxième côte, au niveau de l'ang. de Louis, craquements tout à fait isolés.

Augmentation de poids: 3 livres 1/2. Température presque jamais au-dessus de 37,8. On ne trouve plus de bacilles tuberculeux. Etat général satisfaisant, abstraction faite de la respiration courte.

Le malade refuse la proposition qui lui est faite de déterminer, au moyen d'une opération, l'occlusion des deux grandes cavernes. L'absence de fièvre, le bon état des forces, permettraient de faire cette opération (comp. p. 102) sans danger, et le malade pourrait y gagner la possibilité d'une guérison durable.

Observation 59. — Demoiselle de 21 ans. KB.

Du 4 octobre 1897 au 19 janvier 1898.

Tare héréditaire du côté maternel. Elle a une sœur aussi tuberculeuse. Automne de 1892, toux avec expectoration. 1895, deux fortes hémoptysies, en janvier et mars. Au début, sueurs nocturnes abondantes, qui plus tard ont disparu. Embarras gastrique très prononcé à la suite de l'ingestion d'environ 2400 capsules de créosote.

ÉTAT ACTUEL: État de la nutrition passable. Le poulmon gauche reste en arrière pendant la respiration. GA et GP, partout matité: elle est absolue dans les parties

postérieures, moyennes et inférieures. Au niveau de toute la région mate, nombreux râles humides, à petites et à moyennes bulles. GPB, çà et là, quelques râles secs entremêlés. DA, jusqu'à la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides pas très abondants. DPB, état normal. Température 38°. Pulsations 88-92. Mouvem. respirat., au repos, 22-26.

19 décembre. GA, dans la fosse sus-claviculaire et en bas, les râles humides sont devenus secs. GPB, les râles ont diminué considérablement, ceux qui existent sont secs. GPH, râles humides notablement réduits. DA et DP, matité persistante, on ne perçoit plus de râles.

19 janvier. GP, la matité s'est éclaircie jusqu'à l'extrémité de l'omoplate; au niveau de cette région on n'entend plus aucun bruit anormal. GP, dans la fosse sus-épineuse, quelques râles secs isolés: de la troisième à la septième apoph. épin., dans le voisinage de la colonne vertébrale, entre 3-4 mouvements respiratoires, çà et là un craquement sec. GA, dans les deux fosses claviculaires, respiration ordinaire, point de bruits anormaux; ce n'est que dans la respiration tout à fait forcée qu'on entend, entre trois mouvements respiratoires, un craquement unique. GAB, très rarement, entre huit mouvements respiratoires, un seul râle sec. Augmentation de poids: 40 livres. Toux et expectoration seulement le matin, un ou deux crachats; pendant le jour, ni toux ni expectoration. Sur six préparations examinées, aucune n'a offert de bacilles. Température constamment normale. L'état se serait, me dit-on, maintenu assez satisfaisant.

Observation 60. — Femme de 25 ans. KB.

Du 28 juillet jusqu'au 20 décembre 1897

Tare héréditaire du côté maternel, un frère mort de tuberculose, d'autres frères atteints de la même maladie. C'est la sœur de la malade qui fait l'objet de l'observation 59. Depuis 3 ans elle est atteinte de tuberculose; crachements de sang et embarras gastriques fréquents. Printemps de 1897, pleurite sèche. Accès d'asthme depuis son enfance; dans ces dernières années ils se sont très aggravés, surtout aux époques menstruelles. Toux et expectoration intenses.

ÉTAT ACTUEL: État de la nutrition satisfaisant. DA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, matité, tympanique dans les deux fosses claviculaires; au même endroit, respiration bronchique très accentuée, avec un petit nombre de râles; ailleurs, nombreux petits râles humides. DP, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité, tympanique jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, avec respiration bronchique et nombreux râles humides; plus bas, respiration rude avec expiration prolongée et nombreux râles humides, la plupart à petites bulles. GA, jusqu'à la deuxième côte, matité, avec râles humides abondants, fins et moyens, qu'on entend jusqu'au bord inférieur de la troisième côte. GP, jusqu'à la huitième apophyse épin., matité, avec râles très nombreux, petits pour la plupart. Températ. jusqu'à 38,2. Mouvem. respir. 18-22. Pouls normal. Nombreux bacilles tuberculeux.

A LA SORTIE: Toux avec expectoration seulement le matin. GA, dans la fosse sus-claviculaire, on n'entend, entre 3-4 mouvements respiratoires profonds, qu'un seul craquement; ailleurs état normal, sauf la matité persistante. GP, la matité s'est éclaircie jusqu'à l'épine de l'omoplate. Sur tout le côté gauche, on perçoit simplement encore, dans la fosse sus-claviculaire, à la largeur d'un plessimètre de la colonne vertébrale, un léger râle ronflant entre 8 mouvements respiratoires. DAI, respiration bronchique tout à fait pure, sans bruit; DP, dans la fosse sus-épineuse, un seul craquement; entre 6 mouvements respiratoires on n'entend rien, puis deux mouvements respiratoires se succèdent, avec chacun un craquement. DP, vers le bas, bruit respiratoire entièrement pur. Sur trois préparations examinées, pas un seul bacille tuberculeux.

Vers la fin de son séjour au sanatorium, la malade a éprouvé de vives coliques utérines, consécutives à une rétroflexion de l'utérus à angle aigu, avec vomissements fréquents, de sorte que son état de nutrition, très bon jusque-là, s'est notablement altéré. Des râles plus nombreux se seraient aussi manifestés de nouveau en GPH. Nous n'avons pas eu d'autres nouvelles de cette malade.

Observation 61. — Étudiant de 22 ans. KB.

Du 4 novembre 1897 au 23 avril 1898.

Père mort de tuberculose, mère bien portante. Frère ayant offert autrefois des phénomènes tuberculeux. La première atteinte du mal date de l'âge de 15 ans (catarrhe du sommet droit). Séjour d'un an et trois mois à Davos. Durant trois ans, aucun phénomène morbide. Depuis le commencement de 1897, de nouveau toux et expectoration. Pendant l'été, séjour de six semaines à Lippspringe, six semaines à Reiholdsgrün, trois mois à Saint-Blaise.

ÉTAT ACTUEL : État de la nutrition satisfaisant, teint frais. Le poumon droit reste en arrière pendant la respiration. DA, jusqu'à la quatrième côte, DP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité. Dans les mêmes régions, nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles, avec râles secs isolés. Dans la fosse sous-claviculaire, respiration bronchique. GA et GP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, matité, quelques râles à petites bulles, entremêlés de râles sibilants et ronflants, en nombre variable. Pouls, température, mouvements respiratoires, à l'état normal. Nombreux bacilles de la tuberculose.

21 janvier. DA, dans le second espace intercostal, on perçoit sur deux mouvements respiratoires, quelques râles humides disséminés; pas autre chose d'anormal.

10 mars, DA, dans le second espace intercostal, on perçoit, sur environ six mouvements respiratoires, un seul craquement. GA, dans la fosse sus-claviculaire, sur dix mouvements respirat, un seul craquement.

30 mars. Il existe encore des bacilles tuberculeux.

SORTIE, 25 avril. DA, matité jusqu'à la deuxième côte. Dans la fosse sus-claviculaire, craquement isolé, dans un endroit circonscrit, au niveau de l'angle de Louis. D, à chaque inspiration et expiration, râle humide, avec respiration bronchique. DP, matité dans la fosse sus-épineuse; on ne perçoit que très rarement un craquement isolé. GPH, matité persistante, aucun bruit anormal. On trouve encore quelques bacilles tuberculeux tout à fait disséminés.

Augmentation de poids : 41 livres.

L'état se serait maintenu satisfaisant.

Observation 62. — Négociant de 30 ans. KB.

Du 8 novembre 1897 au 8 juin 1898.

Pas de tare héréditaire. A toujours été bien portant dans son jeune âge; a fait sans fatigue son année de volontariat. A séjourné sept ans en Afrique et y a beaucoup souffert de la fièvre, ce qui l'a fait maigrir considérablement. Tout à coup, il y a deux ans, forte hémoptysie; trois mois après, seconde hémoptysie. Pour se remettre, il est allé de Mozambique dans l'Afrique du Sud, où il a fait un séjour de 3 mois. Revenu ensuite en Allemagne, il s'est rendu directement à Saint-Blaise, où il a séjourné un an et trois mois. Son état général s'est amélioré.

ÉTAT ACTUEL : Taille ramassée, état de la nutrition satisfaisant. Le poumon gauche ne respire presque pas. GA et GP, dans toute l'étendue du poumon, matité absolue; pas de son tympanique. Partout, nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles, à tintement nettement métallique au niveau de l'angle de Louis. Au niveau de la troisième côte, sur la ligne mamillaire, et au niveau de la septième côte, sur la ligne axillaire, râles secs entremêlés. — DA, au niveau de la deuxième côte, inspiration très rude, sans râles. DP, jusqu'à la troisième apophyse épineuse, submatité, avec quelques râles humides, entremêlés de râles sifflants et ronflants secs. Sur la ligne axillaire postérieure, au niveau de la septième côte, râles sifflants et ronflants, avec expiration prolongée. DA, à partir de la quatrième côte, en descendant, sur la ligne axillaire moyenne, à partir de la cinquième côte, matité, très nombreux râles, la plupart à grosses bulles. A deux travers de doigt du milieu de la ligne mamillaire, les râles offrent le caractère du tintement, et l'on constate en même temps une respiration bronchique. DP, d'ailleurs état normal. Pouls et température, à l'état normal; nombreux bacilles tuberculeux.

28 janvier 1898. La matité, GA et à gauche latéralement jusqu'à la cinquième côte, s'est éclaircie. Au niveau de ces mêmes points, râles humides isolés. Au niveau des points où la matité persiste encore, nombreux râles humides, n'ayant nulle part le caractère du tintement. GP, la matité s'est éclaircie jusqu'à la sixième apopl. ép. : au niveau de la partie éclaircie on ne perçoit aussi que des râles

humides isolés, tandis qu'ils sont encore nombreux au niveau de la matité. — DP, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, on entend des frottements. DPH, dans la fosse sus-épineuse, encore quelques râles tout à fait isolés. DA, de la quatrième côte vers le bas, matité, râles isolés à tintement métallique, ailleurs nombreux râles humides à petites et à moyennes bulles, râles secs entremêlés.

10 avril. Mêmes régions mates que lors du précédent examen. DAI et DPH, point de bruits anormaux. Dans la fosse sus-claviculaire gauche, sur deux mouvements respiratoires un craquement sec. A l'angle de Louis, on entend, à chaque inspiration et expiration, un seul râle à tintement métallique. Au niveau de la partie qui s'étend de la seconde à la cinquième côte, craquements tout à fait isolés. GPH, râles isolés jusqu'à la cinquième apoph. épin. ; à partir de là, en descendant, plus de bruits anormaux. DAB, à partir de la quatrième côte, en descendant, on perçoit surtout des râles secs, entremêlés de quelques râles humides isolés.

4 mai. Même région mate, GA, râles secs, à l'angle de Louis, quelques râles humides entremêlés. GP, dans la fosse sus-épineuse, dans une région circonscrite, dans le voisinage de la deuxième apophyse épineuse, sur trois mouvements respiratoires, un craquement humide ; plus bas, jusqu'à la cinquième apoph. épin., râles secs, sifflants et ronflants ; plus bas encore, absence de râles. DA, râles humides tout à fait isolés au niveau de la matité.

2 juin. 11 bacilles dans trois préparations.

6 juin. GA, matité persistante, râles secs disséminés. A l'angle de Louis, râles humides, mais très isolés. GP, matité absolue jusqu'à l'épine de l'omoplate, sub-matité jusqu'au milieu de l'omoplate, râles secs et ronflants, très clairsemés. DA, dans l'inspiration, rarement un craquement, expiration libre ; sur la ligne axillaire moyenne, un râle humide isolé au niveau du cinquième espace intercostal à droite. Augmentation de poids : 8 livres. Sur huit préparations examinées, on n'a trouvé en tout que 5 bacilles.

Doit revenir au mois d'août pour recommencer le traitement.

Observation 63. — Jeune homme de 18 ans. KB.

Du 30 octobre 1897 au 25 février 1898.

Pas de tare héréditaire, à en croire le malade. Sœur bien portante ; il y a eu, d'ailleurs, dans sa famille, plusieurs cas graves de tuberculose. Il y a sept ans, à la suite d'un traumatisme (chute sur la glace), s'est déclarée une coxite tuberculeuse. Depuis novembre 1896, appareil de Helsing ; auparavant, bandage au silicate de potasse. Depuis l'été de 1897, toux et expectoration intenses. Sueurs nocturnes légères, faiblesse très accentuée, appétit mauvais.

ETAT ACTUEL : Faible, débilité, décharné ; teint terreux. DA, jusqu'à la troisième côte, DP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité. DA, au niveau de la région mate, râles humides, qui, dans la fosse sus-claviculaire, offrent çà et là le caractère du tintement métallique, en même temps que l'expiration devient presque bronchique. DP, partout légers râles humides. GA, râles humides à petites bulles, offrant nettement, dans l'angle de Louis, le caractère du tintement. GA, matité, se confondant avec la matité cardiaque et s'étendant, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate. GPH, dans la fosse sus-épineuse, râles disséminés ; à l'angle de Louis, à la hauteur de la sixième apophyse épineuse. Appétit très mauvais. La matité hépatique est augmentée d'étendue. L'articulation de la hanche est ankylosée en flexion et adduction, mais sans douleurs et sans phénomènes inflammatoires. Temp normale. Poulx dur, accéléré, 96-108 pulsations. Mou. respirat. 32-36. Nombreux bacilles tuberculeux Albuminurie (environ 1/10 vol.).

A LA SORTIE : D et G, aucune modification de la région de la matité. DA, on ne perçoit que quelques craquements tout à fait isolés entre 3-4 mouvements respiratoires. GA, jusqu'à la troisième côte, râles disséminés ; à l'angle de Louis, à la fin de l'inspiration, on perçoit un râle. GPH, on n'entend qu'un craquement tout à fait isolé, qui se fait aussi parfois entendre plus bas.

Pas d'augmentation de poids du corps, l'appétit ayant continué à être mauvais.

La toux et l'expectoration ont diminué. Sur quatre préparations examinées, une seule a offert cinq bacilles.

Aucune modification de l'albumine. Le pronostic, à cause de l'amyloïde, étant défavorable, et l'état général ne s'étant pas amélioré, on conseille à la famille de reprendre le malade, qui est mort, quelques semaines après, d'épuisement.

Observation 61. — Demoiselle de 36 ans. KB.

Du 23 octobre 1897 au 5 avril 1898.

Tare héréditaire du côté maternel. Malade dès son enfance; depuis déjà plusieurs années souffre de la toux et de l'expectoration; très sujette aux refroidissements. Examinée en 1896, elle n'aurait offert aucun symptôme de tuberculose. Au milieu de mars 1896, hémoptysie, embarras gastrique intense, qui a disparu avec le temps. En août 1897, deux hémoptysies. Dans la glande mammaire gauche s'est développée lentement, depuis un an et demi, s'accompagnant de douleurs légères, une tumeur du volume d'un œuf de poule.

ÉTAT ACTUEL : apparence de vigueur, muscles et tissu adipeux assez bien conservés. GAH, matité jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'à la septième côte, dans la fosse sus-épineuse, son tympanique, sans respiration bronchique; partout, respiration vésiculaire, avec râles à petites et moyennes bulles, plus nombreux en bas qu'en haut. GA, râles humides pas très nombreux, la plupart à petites bulles; çà et là rhoncus secs.

DA, jusqu'à la deuxième côte, DP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité. DA, râles humides moins nombreux; de même DP, au niveau de la région mate. Température, pouls et mouvements respiratoires, à l'état normal. Bacilles en nombre modéré.

26 février. DA, dans le quatrième espace intercostal, entre quatre mouvements respiratoires, un craquement sec. DP et GP, plus de râles humides nulle part, seulement quelques râles sibilants et ronflants. GA, entre 10 mouvements respiratoires, un râle humide, ailleurs sec et isolé. Toux et expectoration seulement encore le matin, presque jamais le jour. Point de bacilles.

Augmentation de poids : 7 livres.

Au commencement d'avril ainsi qu'à la fin avril, plus de bruits anormaux dans les poumons. Encore quelques crachats, mais sans bacilles. Etat général satisfaisant. Augmentation de poids, 11 livres en tout.

Au mois de mai, nous avons appris que ce bon état s'était maintenu.

Observation 65. — Homme de 31 ans. KB.

En traitement depuis le 18 février 1898.

Père mort, il y a 15 ans, de tuberculose; sœur morte à l'âge de 40 ans; le malade prétend toujours avoir eu autrefois une bonne santé. En mars 1895, attaque d'influenza, dont le malade ne s'est jamais bien remis. Depuis lors, sueurs nocturnes abondantes, toux et expectoration très marquées. Hiver de 1895-1896, séjour à Davos, où le malade aurait recouvré la santé. Été de 1896, au service; hiver de 1896-1897, au mois de décembre, nouveau séjour à Davos; mais cette fois le rétablissement a été incomplet. Été de 1897, le malade reprend son emploi. Hiver de 1897-1898, de nouveau à Davos. Durant le dernier hiver, le malade a toujours eu un peu de fièvre.

ÉTAT ACTUEL : constitution débile. Tissus musculaire et adipeux considérablement réduits. Le poumon gauche ne se dilate presque pas. La cage thoracique, de la troisième côte en bas, des deux côtés, est rétrécie, plus fortement à gauche qu'à droite. GA, du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'en bas, matité. GP, de la troisième apophyse épineuse, vers le bas, matité absolue. Partout très nombreux râles humides, en général à petites bulles dans les parties inférieures, à moyennes bulles dans les parties supérieures. Sur la ligne axillaire antérieur, au niveau du cinquième espace intercostal, son tympanique avec respiration bronchique et râles à tintement métallique.

DA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité avec petits râles humides. Puis vient une petite région, qui est entièrement libre. De la cinquième à la huitième apophyse épineuse, nouvelle matité, au niveau de laquelle on perçoit des râles isolés, surtout au moment de l'expiration; çà et là quelques râles ronflants. Température oscillant entre 37,5 et 38,5. Pulsa-

tions 100-112. Mouvements respiratoires fréquents. Expectoration très abondante. Un très grand nombre de bacilles.

22-28 mars. Accidents pneumoniques (voyez la courbe fig. 16-19), avec fièvre intense, trouble profond de l'état général, d'où le malade ne sort que considérablement affaibli.

7 mai. Bacilles disséminés dans un crachat remarquablement riche en leucocytes, 8-10 bacilles seulement dans une préparation. La toux et l'expectoration ont considérablement diminué.

DA, jusqu'à la deuxième côte, matité; DPH, dans la fosse sus-épineuse, submatité; DP, de la cinquième apophyse épineuse jusqu'en bas, encore matité.

DA, sur 8 mouvements respiratoires on perçoit un seul craquement; ailleurs, DA, dans les troisième et quatrième espaces intercostaux, inspiration rude, sans râles. DP, dans la fosse sus-épineuse, sur cinq mouvements respiratoires, un craquement. Ailleurs, DP, état normal.

GA, au niveau de la région de la matité, dans l'inspiration et l'expiration, 2-3 râles; plus bas, seulement dans l'inspiration, 2-3 râles, expiration libre. GP, quelques râles humides clairsemés, entremêlés de quelques râles secs.

10 juin. DA, matité jusqu'à la deuxième côte, entre 8 mouvements respiratoires un seul craquement; dans le quatrième espace intercostal, inspiration rude, un craquement sur 10 mouvements respiratoires. DP, dans la fosse sus-épineuse, submatité; sur 5 mouvements respiratoires, un craquement. GA, matité du bord inférieur de la deuxième côte jusqu'en bas; dans l'inspiration, 2-3 râles, expiration libre. GP, matité de la troisième à la neuvième apophyse épineuse; dans les parties inférieures, râles tout à fait secs; dans les parties supérieures, de la quatrième à la septième apophyse épineuse, râles un peu plus nombreux, parfois humides.

18 juillet. Dans deux préparations on a trouvé 8 bacilles.

DA et DP, mêmes phénomènes à la percussion; DA, entre 3 mouvements respiratoires, un craquement, inspiration rude. DP, état normal. GA, du deuxième au quatrième espace intercostal, râles disséminés, venant de la profondeur. Du cinquième au sixième espace intercostal, 2-3 râles fins dans l'inspiration, expiration libre. GP, au niveau des parties inférieures du poumon, de la septième à la dixième apophyse épineuse, craquements disséminés et tout à fait isolés entre 3-4 mouvements respiratoires; dans les parties supérieures, pendant l'expiration, 2-3 râles venant de la profondeur, expiration libre.

Absence de fièvre. Etat général très bon, augmentation de poids pas très prononcée (7 livres).

Observation 66. — Femme de 29 ans. KB.

Du 25 janvier au 15 juillet 1898.

Pas de tare héréditaire. A l'âge de 14 ans, pleurésie. C'est en 1892, à la suite du premier accouchement, que se sont manifestés les premiers symptômes; plus tard forte hémorrhagie (avortement). En 1895, au printemps, forte influenza; douleurs intenses DPB. Pendant l'été de 1895, séjour à Reinerz; là, au mois d'août, forte hémoptysie; consécutivement, fièvre intense, sueurs nocturnes abondantes. A passé l'hiver dans sa famille, a pris beaucoup de créosote. Janvier 1896, étant enceinte, séjour à Gœrbersdorf, jusqu'en avril. Août 1896, accouchement, à la suite duquel l'état général a considérablement empiré.

Fièvre légère continue, fréquents crachats contenant du sang. La malade est devenue tellement faible qu'elle ne peut plus marcher.

ETAT ACTUEL: Grande, anémique, tissu adipeux assez bien conservé; très nerveuse. Le poumon droit reste en arrière pendant la respiration, DA, matité jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte; DP, dans toute l'étendue du poumon droit, matité, ayant le caractère tympanique dans la fosse sus-claviculaire; au même endroit, respiration bronchique avec râles nombreux à moyennes bulles et quelques râles à tintement métallique. Au niveau du reste de la région mate, on entend de très nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles.

De l'extrémité de l'omoplate jusqu'en bas, on entend, à côté de râles humides, d'assez nombreux rhoncus secs (sifflants et ronflants).

GA, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité; dans la fosse sus-épineuse, près de la colonne vertébrale, son tympanique; au même endroit, respiration bronchique très accentuée, râles à tintement; ailleurs principalement râles fins et moyens. Mouvements respiratoires très variables, toujours accélérés, souvent 40-44. Pulsations 112-120. Température 38,2-38,9, et au-dessus. Sueurs nocturnes modérées. Toux et expectoration abondantes; nombreux bacilles tuberculeux, ainsi que des streptocoques; fibres élastiques.

7 avril. Dans une seule préparation on trouve en tout seulement six bacilles environ.

7 avril. DA, matité persistante, point de râles. DP, dans toute l'étendue du poumon, quelques râles sibilants et ronflants disséminés. Jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, râles humides isolés; de là, en descendant, râles humides plus nombreux. GA, dans la fosse sus-claviculaire, respiration bronchique avec râles humides isolés. GP, inspiration rude, avec 2-3 râles humides à la fin de l'inspiration. Expiration libre.

Augmentation de poids: 5 livres. Température irrégulière, oscillant, souvent 5-8 jours, autour de 37°,8, puis remontant, durant quelques jours, notamment après une marche un peu longue ou une excitation psychique, à 38°,5-38°,6.

10 juin. La malade a bonne apparence, très bon appétit; la toux et l'expectoration ont considérablement diminué, la température est toujours irrégulière.

15 juillet. La matité ne s'est pas modifiée d'une manière appréciable, sauf en DP, où elle s'est beaucoup éclaircie. Au niveau de tout le poumon droit, on n'entend plus de bruits; GPB, râles secs tout à fait isolés; GAH, de même, çà et là un râle humide isolé. Augmentation de poids, environ 16 livres (poids 182 livres). Etat général très bon. Quelques bacilles en très petit nombre. Toujours encore ascension de la température, de temps à autre, jusqu'à 38°,4.

Observation 67. — Homme de 50 ans, KB.

Du 4 janvier au 9 avril 1898. †.

Pas de tare héréditaire. Malade depuis 8 ans environ. Il fait remonter sa maladie à l'épidémie d'influenza de l'année 1890. En 1895, on a constaté l'existence de bacilles tuberculeux dans ses crachats, et depuis lors il a suivi divers traitements, a séjourné dans de nombreuses maisons de santé à haute altitude, en Suisse et en France. Du mois d'août au mois de novembre 1897, traitement par la tuberculine (TR), sans résultat. Dans cette dernière année, les troubles cardiaques, dont il souffrait, sont devenus plus fréquents et ont pris un caractère plus fâcheux (vertiges, lipothymies).

ÉTAT ACTUEL: Grand, maigre, thorax en forme de tonneau, larges espaces intercostaux. La limite du poumon et du foie correspond au bord supérieur de la septième côte. DA, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, DP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, offrant le caractère tympanique dans la fosse sus-épineuse. DA et DP, au niveau de la région mate, nombreux râles humides, fins et moyens; dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse droites, la respiration est bronchique, et les râles offrent fréquemment le caractère du tintement métallique. DPB, quelques râles humides isolés, entremêlés de râles secs. GA, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité. GA et GP, au niveau de la matité, nombreux râles humides, la plupart à petites bulles; dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, ils sont à moyennes bulles et l'expiration est soufflante. GPB, râles humides, entremêlés de quelques râles sibilants et ronflants. Matité cardiaque normale, thorax emphysémateux. Pouls irrégulier, intermittent. Les bruits du cœur à la pointe manquent de netteté. Respiration accélérée. Pas de fièvre. Bacilles innombrables, fibres élastiques, dans des crachats volumineux et abondants. Poids: 159 livres.

28 mars. Les crachats ont considérablement diminué en nombre et en volume. Le poumon droit fonctionne beaucoup plus librement. DA et DP, à côté de quelques rhoncus disséminés, on entend 2-3 râles sur 1-2 mouvements respiratoires. GA et GP, les râles ont diminué. L'état général, nous dit le malade, est très satisfaisant.

29 mars. Deux crachats sanguinolents le matin; durant le jour, crachats encore légèrement colorés, couleur chocolat; le lendemain, ils sont entièrement clairs.

30 mars. Brusquement accès de toux, suivi d'une abondante hémoptysie. Les phénomènes de faiblesse cardiaque se manifestent plus facilement. — Repos au lit, morphine à petites doses.

2 avril. L'affaiblissement cardiaque (120 pulsations) est combattu par des injections de camphre.

4 avril. État très variable; pendant un certain temps le cœur se contracte bien, puis ses contractions deviennent irrégulières, accélérées, en même temps que survient un sentiment d'oppression. Température normale. Les crachats ne contiennent plus de sang. Appétit passable. Digitale à doses modérées.

8 avril. Dyspnée intense, aspect cyanosé. Pulsations 130-160. Camphre, lavements avec du vin, inhalations d'oxygène. Le malade meurt le 9 avril par suite des progrès de l'affaiblissement du cœur. Pas d'autopsie.

Observation 68. — Employé de 28 ans. KOK.

Du 4 novembre au 12 décembre 1897.

Pas de tare héréditaire. Etant soldat, il a été opéré trois fois pour une lymphadénite du cou. Depuis 3 ans 1/2 il est atteint d'une affection pulmonaire. Hémoptysies, d'abord tous les 3 mois, puis tous les mois, maintenant chaque semaine. Depuis près de 5 mois il n'a pu faire son service. Il tousse toujours. Il a eu trois hémoptysies pendant le voyage. Dyspnée et épuisement; toux intense. Crachats un peu sanguinolents.

Habitus du phthisique; marche courbé et avec peine; état de la nutrition médiocre; anémie. Température 38°,5. Pouls petit, fréquent.

Poumon: DAH, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à la troisième apoph. ép., matité tympanique; partout, râles humides, à moyennes et grosses bulles, à tintement métallique, respiration bronchique. Lobe supérieur gauche, bruits de râles et submatité.

25 novembre. État général assez bon, notablement relevé; l'abattement n'existe que de temps à autre. Le malade dort beaucoup, a bon appétit. Toux et expectoration modérées; jamais de sang dans les crachats. Beaucoup de bacilles tuberculeux. Température constamment normale.

Poumons. Partout craquements et râles secs. Ailleurs même état.

12 décembre. Dans ces derniers jours, un peu plus abattu et excité. Appétit et sommeil mauvais. Température normale; toux et expectoration modérées.

Poumon: DP, matité jusqu'au milieu de l'omoplate; en haut, râles humides fins; au milieu, disséminés; en bas, tout à fait isolés.

DA, matité jusqu'à la deuxième côte. Râles en nombre modéré.

GAH et GPH, râles très disséminés.

Le malade part pour des raisons de famille.

Observation 69. — Jeune fille de 22 ans.

Du 20 octobre 1897 au 7 février 1898.

Un frère de son père et un frère de sa mère sont morts de phthisie. Elle-même, dans son enfance, a toujours été malade (ophtalmies, eoryzas scrofuleux, etc.). Accidents de tuberculose osseuse: à l'âge de 6 ans, opération au pied; à 12 ans, opération au coude; plusieurs opérations pour lymphadénite du cou.

Pendant tout l'été de 1897, toux, dyspnée; dans ces derniers temps, sucurs nocturnes. Expectoration modérée. Fièvre de temps à autre. Dans ces derniers temps, elle a un peu augmenté de poids; nouvelle aggravation de son état à la suite d'un refroidissement. Douleurs dans la poitrine, GPH, et D, sur le côté.

ÉTAT ACTUEL: Anciennes cicatrices rétractées, pâles, irrégulières, au niveau des articulations du coude, de la main et du pied gauches. Très anémique et chétive.

Poumons: GAH, matité tympanique jusqu'à la quatrième côte, GPH, matité tympanique jusqu'au milieu de l'omoplate; respiration bronchique, amphorique, très accentuée, avec nombreux râles humides, à grosses bulles et à tintement métallique (très grande caverne). GPB, râles humides fins. DAH et DPH, matité relative, avec râles en nombre modéré, la plupart humides. DPB, matité relative.

Expectoration modérée; peu de bacilles tuberculeux.

Cœur déjeté à gauche et en haut. La pointe bat dans le troisième espace intercostal. Pouls petit; 100 pulsations.

Etat de la nutrition défectueux. Anémie. Peu d'appétit.

4 décembre. Matité, sans modification. GA et GP, râles très diminués. DAI et DPH, râles secs disséminés.

Etat général passable. Aspect un peu meilleur. Augmentation de poids. Appétit suffisant. Température toujours normale.

13 janvier. GPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, râles, à tintement métallique en haut.

GAH, matité absolue. En bas, respiration rude, a cessé d'être bronchique, craquements à tintement métallique, légers sifflements.

Dans le deuxième espace intercostal plus de matité.

7 février. D, tous les râles ont disparu.

GPH, matité absolue; relative jusqu'au milieu de l'omoplate.

GP, râles humides fins, sans tintement métallique.

GA, matité, tympanique au-dessus de la clavicule, non tympanique au-dessous, jusqu'à la cinquième côte, éclaircie vers le côté. Respiration bronchique jusqu'à la cinquième côte, râles fins au même endroit, à tintement métallique au-dessus de la clavicule, à moyennes bulles. Forte rétraction de la moitié gauche du thorax, dilatation lente du côté gauche; points de côté de temps en temps. Toux et expectoration modérées. Souvent pas de bacilles tuberculeux. Toujours encore anémie, mais notablement amoindrie. Température constamment normale. Etat général passable. Appétit médiocre.

On donne congé à la malade sur son désir et celui de sa famille.

Mai 1898. L'état se serait, depuis lors, maintenu sans modification.

Observation 70. — Homme de 34 ans. Cons.

Du 28 avril 1898 jusqu'au 2 août 1898.

28 avril. Pas de tare héréditaire. Depuis plusieurs années, toux, expectoration, sueurs nocturnes, souvent fièvre. Etat général fortement troublé.

ETAT ACTUEL : Homme maigre, d'un aspect chétif.

Poumons : GA, matité au sommet, inspiration rude; râles venant de la profondeur; au-dessous de la clavicule, inspiration et expiration très rudes.

GP, submatité sus-épineuse; de même, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en bas; dans la fosse sus-épineuse, inspiration rude; partout, expiration rude. Râles humides.

DA, respiration amphorique à l'inspiration et à l'expiration, râles abondants à tintement métallique, matité jusqu'à la troisième côte, vers le bas les râles deviennent plus clairsemés.

DP, matité du tiers inférieur de l'omoplate jusqu'en haut, inspiration et expiration bronchiques, râles humides abondants. DPB, respiration affaiblie, râles humides fins.

De temps en temps, élévation de la température jusqu'à 38°, 7. Toux intense, très fatigante; crachats abondants avec de nombreux bacilles de la tuberculose.

24 juin. L'état s'est un peu amélioré; la température, en dehors d'une élévation occasionnée par un refroidissement, est toujours au-dessous de 38°. L'aspect est meilleur; la toux n'est plus fatigante, les sueurs nocturnes ont cessé dans ces derniers temps.

Poumons : GA, comme au 28 avril, mais sans râles.

GP, matité, comme ci-dessus; au niveau de la partie moyenne, expiration rude, pas nettement bronchique; dans les parties supérieures seulement, çà et là quelques craquements.

DA, au sommet, respiration bronchique pendant l'inspiration et l'expiration, avec craquements secs; au-dessous de la clavicule, surtout dans le deuxième espace intercostal, inspiration rude, avec craquements secs.

DP, matité comme ci-dessus, râles humides à moyennes bulles, quelques rhoncus.

19 juillet. Poumons : GA et GP, absolument plus aucun râle.

DA, quelques râles, tout à fait clairsemés, à tintement métallique. Respiration bronchique accentuée.

DPH, rhoncus. Respiration bronchique accentuée.

DPB, au-dessous de l'omoplate, gros râles.

Etat général passable. Toux et expectoration amoindries ; bacilles tuberculeux en quantité modérée.

2 août. Etat général notablement meilleur. DAI et DPH, respiration bronchique avec râles très rares (caverne sèche). DPB, rhoncus tout à fait isolés. G, rien d'anormal. Dans ces derniers temps, température normale. Les crachats ont beaucoup diminué, et l'on n'y trouve que de très rares bacilles.

Observation 71. — Homme de 42 ans. Cons. KOK.

14-24 décembre 1897. — Depuis lors, cons. jusqu'au 15 juin 1898.

Pas de tare héréditaire. Depuis 14 ans, catarrhe chronique du larynx. L'état s'est aggravé depuis 1892. En avril 1897, après avoir beaucoup parlé, il est pris d'une forte hémoptysie (un demi-litre de sang, dit-il) : les hémoptysies se sont renouvelées plusieurs fois jusqu'au 11 mai ; plus tard, elles deviennent plus rares ; de temps en temps seulement, à la suite d'efforts, quelques crachats sanguinolents. Rarement sueurs nocturnes. Pas de notable affaiblissement des forces. Toux intense, expectoration abondante, mucoso-purulente. Nombreux bacilles tuberculeux. Température normale. Etat de la nutrition passable. Muqueuse laryngienne rouge, d'ailleurs pas d'autre anomalie.

DAH, matité jusqu'au deuxième espace intercostal ; DPH, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate ; au même endroit, râles abondants, à moyennes bulles. Respiration un peu soufflante. GAH et DPH, matité relative, quantité modérée de râles humides, à moyennes bulles. Au niveau des autres parties du poumon, catarrhe diffus avec râles humides, rarement secs.

5 février 1898. Etat subjectif peu modifié. Les râles, au niveau des sommets, ont diminué ; DPB et GPB, ils ont entièrement disparu. Le malade se plaint beaucoup de son catarrhe chronique du pharynx, qui l'empêche de dormir. Crachats contenant beaucoup de salive et parfois présentant une couleur jus de pruneaux. Bacilles tuberculeux à peu près en même quantité. Pas d'élévation de la température. Appétit satisfaisant.

23 mai. A partir de ce jour, en traitement à la polyclinique. La toux et l'expectoration purulente ont peu à peu disparu. Il n'existe plus, en somme, que les souffrances dues au catarrhe chronique du pharynx. Le malade tousse beaucoup, mais n'expectore qu'un mucus visqueux, dans lequel on trouve seulement rarement, ou même pas du tout, des bacilles de la tuberculose. Etat général bon. Température normale.

Poumon : DPH et DAH, matité relative ; à l'auscultation on ne trouve, depuis 1 à 2 mois, plus rien d'anormal.

Observation 72. — Homme de 30 ans. Cons.

Du 20 février au 10 juin 1898.

Depuis 5 ans, enrouement ; depuis janvier, toux et expectoration très prononcées. S'est rapidement affaibli.

Etat actuel : Etat de la nutrition très mauvais. Forte dyspnée. Sueurs nocturnes. Très pâle, très anémique. Température irrégulière.

DAH, matité tympanique jusqu'à la quatrième côte, avec respiration bronchique très accentuée, nombreux râles à tintement métallique, à petites et moyennes bulles. DPH, matité tympanique jusqu'au milieu de l'omoplate, avec râles humides abondants, inspiration et expiration bronchiques. DPB, quelques râles humides diffus.

GAH, jusqu'à la deuxième côte, matité avec quantité modérée de râles humides à tintement métallique. GPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, avec râles offrant le même caractère. Au niveau du reste du poumon gauche, quelques rhoncus secs. — Les crachats, presque entièrement purulents, contiennent un très grand nombre de bacilles tuberculeux. La température serait montée à 38° et au-dessus (?).

10 avril. L'état de la nutrition et des forces s'est notablement relevé.

20 avril. Seulement encore quelques bacilles tuberculeux isolés dans les crachats, qui, la plupart, sont purement muqueux.

24 mai. DAH et DPH, matité notablement réduite ; DAH, jusqu'à la troisième

côte, DPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, respiration affaiblie, soufflante, un très petit nombre de râles presque secs. GAH et GPH, matité relative avec respiration affaiblie et craquements tout à fait isolés. Le reste des deux poumons est indenne. Toux et expectoration très modérées. Etat général très bon. — Départ pour la campagne au mois de juin.

Observation 73. — Homme de 25 ans (frère du malade de l'observation 72). Cons.

Du 15 mars au 10 juin 1898.

A l'âge de 10 ans, affection des ganglions cervicaux. Depuis l'année dernière, catarrhe. Depuis trois mois, toux et expectoration très prononcées. De temps en temps sueurs nocturnes abondantes. Forces très déprimées.

ETAT ACTUEL : Etat de la nutrition et des forces défectueux. Anémie. Température normale. Dyspnée modérée. DA, matité avec son tympanique jusqu'au deuxième espace intercostal, râles humides à tintement métallique, respiration soufflante. DP, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec respiration bronchique accentuée; quantité modérée de râles humides, à tintement métallique. G, en dehors des râles humides disséminés, en avant et en arrière, au niveau du sommet, rien d'anormal. Nombreux bacilles dans les crachats.

4^{er} mai. Etat des forces, état subjectif, notablement améliorés. Peu de bacilles dans les crachats.

24 mai. Etat général satisfaisant. Peu d'expectoration. Depuis longtemps plus de sueurs nocturnes. G, en dehors d'un léger affaiblissement de la respiration, au niveau du sommet, on n'entend plus rien d'anormal.

D, la matité s'est un peu amoindrie. DAH, affaiblissement de la respiration, sans bruits anormaux; DPH, respiration rude, saccadée.

10 juin. Il part, en bon état, pour la campagne.

Observation 74. — Négociant de 30 ans. Cons.

Du 2 février au 5 mai 1898.

Pas de tare héréditaire, nous dit le malade. Depuis deux ans, à la suite d'un refroidissement, toux. Il y a un an et demi, grave hémoptysie, qui s'est renouvelée il y a six mois. L'état est devenu de plus en plus mauvais, la toux et l'expectoration ont augmenté, sueurs. L'appétit est encore assez bon. L'état de la nutrition est passable; mais le malade prétend avoir assez maigri dans ces derniers temps.

DAH, matité jusqu'au premier espace intercostal, râles humides à petites bulles. DPH, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate; mêmes râles. GAH, matité avec son légèrement tympanique, jusqu'à la quatrième côte avec râles humides à petites bulles, GPH, jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité et râles de même nature. GAB et GPB, quelques râles disséminés. — Très nombreux bacilles tuberculeux dans les crachats.

30 janvier. Nouvelle hémoptysie, qui s'est produite immédiatement après que le malade, ayant sauté d'un tramway électrique, est allé heurter de la poitrine contre une planche. Durant dix jours environ les crachats ont été rougis de sang. Le malade se sent très faible. Catarrhe diffus dans les deux poumons. Il se rétablit très lentement.

13 avril. DAH et DPH, matité persistante, respiration affaiblie, plus de râles. GAH et GPH, encore des râles à petites bulles, matité sans modification, plus d'autres bruits dans les poumons. Etat général bon. La respiration est notablement moins courte qu'auparavant. Dans les crachats on trouve encore d'assez nombreux bacilles tuberculeux.

5 mai. Le malade part pour des raisons de famille. Etat sans changement essentiel. GH, les râles sont devenus plus secs et plus clairsemés. Etat général bon.

Observation 75. — Homme de 42 ans. KB.

Du 11 mars au 24 avril 1897.

Trois pneumonies, une pleuropneumonie, pas de tare héréditaire. Depuis deux ans forte toux, expectoration abondante. Bacilles tuberculeux, sueurs nocturnes, diminution de poids.

ETAT ACTUEL : Le poumon droit reste en arrière, cordes vocales et épiglotte

rouges, érosion au niveau du cartilage arytenoïde gauche. Enrouement considérable ; le malade éprouve une sensation douloureuse en parlant et en avalant. DAI, jusqu'à la troisième côte, et DPH, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité, présentant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse. Au même endroit, respiration bronchique avec râles humides à tintement métallique, sons variables ; ailleurs, râles humides à moyennes bulles. GAI, jusqu'à la deuxième côte, et GPI, jusqu'à la troisième apophyse épineuse, matité avec râles humides fins. Temp. 37,7-38,4. Pulsations 78-84. Bacilles nombreux.

24 avril. La toux a presque entièrement disparu, les sueurs n'existaient déjà plus au bout de 14 jours. GA et GP, au niveau de la matité, aucun bruit anormal. DA et DP, matité persistante, ayant encore, en un point, le caractère tympanique, un très petit nombre de râles secs. Les douleurs au niveau du larynx ont presque entièrement disparu, sans aucun traitement local. Température normale. Pulsations 72-89. Augmentation de poids : 7 livres.

Parti pour des raisons particulières.

Pendant l'été de 1898 nous apprenons que l'état du malade se maintient satisfaisant.

Observation 76. — Négociant de 24 ans. KOK.

Du 29 décembre 1897 au 4 avril 1898. Cons. du 4 avril au 10 mai 1898.

Un frère mort de tuberculose, pas d'autre tare héréditaire. Bien portant autrefois. Depuis l'été de 1897, douleurs thoraciques ; depuis l'automne, toux, expectoration. Diminution de poids. Pas de sueurs nocturnes.

DAI, jusqu'à la deuxième côte, matité tympanique, respiration soufflante, râles humides à moyennes bulles, à tintement métallique. DPH, jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité avec râles humides. DP, à partir de la matité, partout râles, la plupart humides ; entremêlés aussi de quelques râles secs. GAI et GPI, son affaibli, respiration faible, quantité modérée de râles humides, la plupart à tintement métallique. Crachats peu abondants, nummulaires ; bacilles tuberculeux très nombreux (en partie en amas). Etat de la nutrition défectueux. Température normale.

31 janvier. GH et DPB, râles diminués, pas d'autre modification dans les poumons. Encore beaucoup de bacilles tuberculeux. Etat général amélioré. Augmentation de poids. Toux et expectoration peu prononcées.

5 mars. Etat général bon. Toux et expectoration peu marquées. Les bacilles tuberculeux ont diminué, mais sont encore assez abondants, ils ne sont plus en amas.

Les limites de la matité se sont un peu réduites et un peu éclaircies.

4 avril. Matité sans modification ; mais il n'existe plus de râles ; la respiration n'est qu'un peu affaiblie et rude.

État général bon. Toux et expectoration tout à fait rares, le matin seulement. Bacilles tuberculeux encore en assez grande quantité.

En traitement policlinique.

25 mai. État général bon ; bacilles tuberculeux seulement isolés, souvent même on n'en trouve plus, dans les crachats du matin.

DPH, au-dessus de l'épine de l'omoplate, matité ; DAI, au-dessus de la clavicule, matité.

Auscultation : DPH, respiration affaiblie ; de temps à autre, craquements isolés. Point de toux, plus de phénomènes subjectifs d'aucune sorte.

Observation 77. — Femme employée de 28 ans. Cons.

Du 16 septembre 1897 au 16 janvier 1898.

Tare héréditaire. Son affection pulmonaire date de 8 ans. A été soumise à de nombreux traitements.

État de la nutrition et des forces défectueux. Dyspnée intense après le moindre effort. Température normale. Toux considérable.

État actuel : DAI, presque jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'au-dessus de l'épine de l'omoplate, grande caverne — matité tympanique, respiration bronchique amphorique très accentuée, râles humides à tintement métallique ; sons variables, bruit de pot fêlé. Au niveau des deux poumons, eatairre diffus.

La malade persiste dans le traitement, bien qu'on lui ait fait entendre à plusieurs reprises qu'il n'avait aucune chance de succès.

L'état se maintient sans modification pendant le traitement. Plusieurs catarrhes aigus intercurrents passent sans donner lieu à aucune aggravation persistante de l'état du poumon ni de l'état général.

L'état de la nutrition et des forces se maintient même passable, toujours seulement un peu d'abatement et de dyspnée.

Dans le mois de janvier, à cause du mauvais temps, elle cesse de venir.

Elle est morte au mois de mai 1898.

Observation 78. — Femme de 41 ans. KOK et cons.

Du 1^{er} novembre au 6 décembre 1897 ; puis cons. jusqu'en avril 1898.

Trois frères morts d'affection pulmonaire ; a un enfant, qui est bien portant. Elle-même a toujours été auparavant bien portante. Quelques légers accidents scrofuleux dans son enfance. En 1896, péritonite (tuberc. ?) ; mai 1897, pleurite exsudative des deux côtés ; à droite, régression spontanée ; à gauche, ponction au mois d'août. Depuis lors, respiration très courte ; accès d'asthme déjà auparavant. Pas de sueurs nocturnes ; toux dans ces derniers temps, mais pas d'expectoration, par conséquent pas de bacilles appréciables ; fièvre modérée, persistante.

Très anémique, maigre ; forte dyspnée après le moindre mouvement ; cyanose légère. Ecrouelles assez marquées à droite. Pas de symptômes de la maladie de Basedow. Pulsat. 120. Température un peu au-dessus de 38°. Appétit mauvais.

Poumons : DPH et DAH, matité avec râles humides.

GPH, craquements fins isolés.

GPB, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, respiration affaiblie, frémissement pectoral plus marqué.

4 décembre. DAH, DPH et GPH, on ne trouve plus rien. GPB, encore matité, à une hauteur d'environ 4 doigt 1/2. Appétit bon, état de la nutrition relevé. Air de santé. Pulsations 80-90. Températ. en général normale. La respiration ne s'accélère qu'à la suite de forts mouvements. Plus de cyanose. Etat général bon, en dehors de quelques accès d'asthme ; ces accès peuvent être coupés au moyen d'inhalations d'oxygène.

Presque tout le jour hors du lit, elle peut sortir un peu et monter les escaliers. Passe au traitement en consultation.

Depuis lors jusqu'en avril, avec intervalles à cause du mauvais temps (elle demeure dans un village à une lieue de distance), elle a été traitée à la consult. — Puis le traitement a été discontinué, les poumons ne présentant plus rien d'appréciable ; seulement encore respiration un peu accélérée, pénible, à la suite de forts mouvements, pas d'autre trouble, d'autre incommodité ; rien que quelques rares et légers accès d'asthme. Etat général, état des forces, satisfaisant. Etat de la nutrition passable.

31 mai. Depuis lors l'état s'est maintenu sans modification.

III. — Cas de tuberculose avancée, avec fièvre.

Ces cas ne peuvent pas être rigoureusement distingués de ceux des deuxième et quatrième groupes. La ligne de démarcation ne peut être nettement tracée, pas plus au point de vue du degré de la fièvre qu'au point de vue des destructions. Une classification plus correcte consisterait à mettre d'un côté les tuberculoses pures, avec ou sans destructions, et, de l'autre côté, les tuberculoses avec mélange d'infections ; mais cette classification ne serait pas aujourd'hui pratiquement réalisable.

Observation 79. — Femme de 39 ans. KB.

Du 2 juin jusqu'au 4 décembre 1897 et au 30 avril 1898, jusqu'au mois d'août. Tare héréditaire très accentuée. Elle a eu un enfant, qui est mort de tuberculose. Depuis 1895, toux et expectoration. Depuis le mois de février 1897, enrouement d'intensité variable, s'accompagnant de douleurs depuis trois semaines. Au commencement de 1897, sueurs nocturnes très abondantes, qui, dans ces derniers temps, ont un peu diminué. Au milieu d'avril, pleurite sèche du côté gauche. Depuis un mois et demi la toux et l'expectoration ont notablement augmenté.

ÉTAT ACTUEL : Taille ramassée, état de la nutrition satisfaisant. GA, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité ; dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, matité tympanique ; aux mêmes endroits, respiration bronchique, avec râles humides moyens, quelques râles à tintement métallique ; ailleurs, respiration vésiculaire, avec nombreux râles humides, fins et moyens, entremêlés de râles sibilants et ronflants. DA, jusqu'à l'angle de Louis, DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, respiration rude, avec râles humides fins, çà et là quelques râles secs. Matité précordiale amoindrie. Limite du poumon et du foie : sixième espace intercostal ; dans toute l'étendue du poumon, expiration prolongée et signes d'une bronchite diffuse.

La corde vocale gauche est rouge, pas d'autre altération dans le larynx, enrouement assez prononcé, douleurs pendant la déglutition et la phonation. Température jusqu'à 39°. Mouvements respiratoires : 24-28. Pulsations 112-116. Très nombreux bacilles tuberculeux.

La température tombe graduellement et très lentement jusqu'à la normale ; dans les trois premiers mois on constate encore de fréquentes ascensions jusqu'à 38°,5. En même temps l'état général s'améliore à vue d'œil.

A LA SORTIE : Depuis deux mois et demi, point de fièvre. L'enrouement et les douleurs à la déglutition ont disparu depuis un mois et demi. DA et DP, dans la fosse sus-claviculaire, on perçoit, entre 5-6 mouvements respiratoires, quelques craquements isolés. Les râles sifflants et ronflants sont réduits au minimum. GA et GP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, respiration bronchique, râles humides clairsemés ; ailleurs, GA, plus de râles humides, çà et là quelques râles sibilants et ronflants. GP, de la quatrième à la sixième apophyse épineuse, les râles secs se sont très notablement réduits. La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué. Bacilles clairsemés. Augmentation de poids : 9 livres.

20 avril 1898. retour de la malade. Bien qu'elle ait eu plusieurs catarrhes avec

fièvre, l'état général et l'état du poumon ne se sont que très peu aggravés. Température normale. GAH et GPH, râles humides peu abondants. Ailleurs, au niveau des deux poumons, râles ronflants secs disséminés (emphysème). Bacilles tuberculeux très clairsemés.

15 juin. En dehors de quelques râles secs tout à fait isolés, GPH, rien d'anormal dans les poumons. L'expectoration a presque entièrement disparu ; plus de bacilles. Etat général excellent. Au départ de la malade (août 1898), il n'existait plus de râles.

Observation 80. — Négociant de 56 ans. KB.

Du 15 décembre 1897 au 18 mars 1898.

Pas de tare héréditaire. Il y a deux ans, ulcération à la paroi postérieure du rectum ; on la considéra comme étant de nature cancéreuse, et on fit l'opération. L'examen microscopique démontra qu'elle était de nature tuberculeuse. En même temps se manifestèrent des altérations des poumons. Expectoration très abondante. Traitement par la tuberculine (TR), qui a provoqué une aggravation du mal. La plaie de l'opération, au lieu de se cicatriser, s'est agrandie constamment. Le malade se plaint d'une grande faiblesse et d'anorexie.

ÉTAT ACTUEL : Homme extrêmement amaigri ; fosses claviculaires profondément creusées, les omoplates se détachent comme des sortes d'ailes. DA, jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte, DP, jusqu'à la huitième apophyse épineuse, matité, qui, DA, jusqu'à la troisième côte, et DP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, offre le caractère tympanique. Au même endroit, respiration bronchique très marquée, râles à tintement métallique, sons variés ; au niveau de la région de la matité non tympanique, râles très abondants, la plupart à moyennes bulles. — GA, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité ; au niveau de toute la région, très nombreux râles humides, à moyennes bulles ; GPB, râles secs. Expectoration très abondante. Nombreux bacilles tuberculeux. Température jusqu'à 38,8. Pulsations 120-128. Mouvements respiratoires, au repos : 28-32. Au niveau de l'anus, sur le raphé postérieur, profonde ulcération, longue de 10 cm., s'ouvrant dans le rectum. Le raphé antérieur de l'anus forme une fissure de 2 cm. de profondeur, s'étendant jusqu'au scrotum, avec granulations d'un gris sale, suppurant abondamment.

A LA SORTIE : DA et DP, matité tympanique persistante, respiration bronchique, mais avec râles humides tout à fait isolés ; ailleurs on entend principalement, au niveau des parties malades, des râles sibilants et ronflants avec inspiration rude. GA, au niveau de la deuxième côte, sur un mouvement respiratoire, deux râles humides à moyennes bulles. GP, au niveau de la région de la matité, on perçoit encore quelques râles humides isolés, mais les râles secs se sont multipliés. Expectoration variable. Les crachats ont perdu leur forme globuleuse.

On trouve des bacilles tuberculeux assez abondants. La sécrétion des fistules rectales a diminué. Les surfaces granuleuses sont devenues plus petites.

Le malade est mort chez lui à la fin mai.

Observation 81. — Négociant de 45 ans. KB.

Du 15 juillet au 29 août 1897.

Tare héréditaire du côté maternel. Frère mort de tuberculose, autres frères bien portants. Il y a 12 ans il a été atteint de tuberculose pulmonaire du côté droit. Séjour dans un sanatorium, amélioration, augmentation de poids. L'amélioration ne s'est pas maintenue longtemps ; depuis 2 ans le mal a fait des progrès, en peu de temps le malade a perdu 40 livres. Expectoration très abondante. Embarras gastrique intense, anorexie.

ÉTAT ACTUEL : Maigreur squelettique ; thorax paralytique. Légère scoliose du côté droit. DA, jusqu'à la quatrième côte, DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, offrant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse. Aux mêmes endroits, respiration bronchique avec râles humides, à tintement métallique ; au niveau du reste de la région de la matité non tympanique, très nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles. — GA, jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte, sur la ligne axillaire antérieure, GP,

jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, mais pas de son tympanique. A gauche, dans les deux fosses claviculaires, respiration bronchique, avec râles humides, dont plusieurs offrent le tintement métallique ; au niveau du reste de la région mate, râles humides très abondants avec expiration vésiculaire rude et prolongée. Bronchite diffuse. Température 38°,8-39°,6. Pulsations : 136-140. Mouvements respiratoires : 28-32. Fibres élastiques très nombreuses, bacilles en quantité immense. Fort embarras gastrique, anorexie complète.

A LA SORTIE : Le malade n'ingérant que peu d'aliments, son poids n'a pas augmenté. Toux et expectoration n'ayant subi aucune diminution notable. On trouve toujours des bacilles tuberculeux et des fibres élastiques. GA, au niveau de la matité, les râles sont plus clairsemés et plus secs. DA, DP et GP, même état à l'auscultation et à la percussion. Température : 37°,4-38°,2. Mouvements respiratoires 28-32. Pulsations : 132-140.

Six semaines environ après sa sortie le malade nous apprend qu'il se sent mieux et qu'il a meilleur appétit. Nous n'avons, depuis lors, rien appris sur son compte.

Observation 82. — Curé de 51 ans. KB.

Du 5 avril jusqu'au 5 août 1898.

Pas de tare héréditaire. Le malade nous dit avoir été, dès sa jeunesse, malade de la poitrine ; étant étudiant, il avait souvent à se plaindre de points de côté et de difficultés de la respiration. En 1872, un médecin constata chez lui un emphysème commençant. Il y a six ans, on diagnostiqua un catarrhe pharyngien chronique en même temps que le commencement de l'affection pulmonaire actuelle. En juin 1897, rhumatisme articulaire. Août 1897, première hémoptysie intense. Janvier 1898, seconde hémoptysie, moins abondante. Commencement de février 1898, pneumonie, température au-dessus de 40°; au bout de 5 jours, chute de la fièvre.

ÉTAT ACTUEL : Taille et constitution moyennes, muscles bien conservés, couche adipeuse médiocre. Le poumon gauche reste en arrière dans la respiration Matité, GA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, sur la ligne axillaire moyenne jusqu'au bord inférieur de la cinquième côte, GP, jusqu'au bord inférieur de l'omoplate. GA, expiration rude, râles humides, à petites et moyennes bulles, entremêlés de râles secs très distincts. GP, dans la fosse sus-épineuse, inspiration rude, avec nombreux râles humides, à moyennes bulles. Du milieu de l'omoplate jusqu'en bas dominant les râles à petites bulles — sur une inspiration, 3-4 râles humides ; à chaque expiration, 2 râles humides. Entre la ligne axillaire antérieure et la ligne axillaire postérieure, mêmes phénomènes à l'auscultation.

DA, jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec nombreux râles humides fins. Température jusqu'à 38°,7. Pulsat. 96-108. Mouvements respiratoires 22-26. Toux et expectoration abondantes.

Dans les crachats, purulents, on ne trouve pas beaucoup de bacilles, point de streptocoques.

7 mai. Mêmes régions mates G et D : DA, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, râles humides disséminés ; DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, dans l'inspiration, râles fins clairsemés, expiration libre ; dans la fosse sous-épineuse, quelques râles secs entremêlés. GA, dans la fosse sus-claviculaire, inspiration rude, nombreux râles secs, quelques râles humides isolés. GP, dans la fosse sus-épineuse, pendant l'inspiration, quelques râles fins disséminés, expiration libre ; dans la fosse sous-épineuse, jusqu'à la huitième apoph. épin., râles doux, venant de la profondeur. — Chute graduelle, très lente, de la température. Les crachats renferment encore parfois du sang. Emploi de petites doses.

12 juin. Sur 3 préparations examinées on n'a trouvé que 8 bacilles.

19 juin. DA, seulement quelques râles secs, tout à fait isolés ; DP, point de râles. GA, ce n'est que très rarement que l'on perçoit des râles humides isolés, s'étendant jusqu'au bord supérieur de la troisième côte. GP, dans la fosse sus-épineuse, râles humides tout à fait isolés, entremêlés de râles secs ; dans la fosse sous-épineuse, râles humides très disséminés.

4 juillet DA, dans les fosses sus-claviculaire et sous-claviculaire, point de

bruits anormaux ; plus bas, jusqu'à la quatrième côte, rhoncus tout à fait isolés. DPH, au milieu de chaque inspiration, un craquement sec isolé. Expiration libre.

GA, craquements humides, tout à fait rares, limités à l'inspiration ; expiration entièrement libre.

GP, dans la fosse sus-épineuse, dans un endroit grand comme une pièce de cinq francs, entre quatre mouvements respiratoires, un seul craquement humide.

GP, dans l'espace s'étendant entre la 3^e et la 7^e apophyse épineuse, râles secs disséminés. Expiration libre ; plus bas, rhoncus tout à fait isolés.

15 juillet. Sur trois préparations examinées on n'a trouvé en tout que 19 bacilles.

5 août. DAH et DPH, point de râles. Dans l'inspiration, de temps en temps quelques râles secs, expiration libre ; à partir de la troisième côte jusqu'en bas on ne perçoit généralement pas de râles. GP, à l'endroit circonscrit signalé ci-dessus, chaque 5-6 mouvements respiratoires, 2-3 craquements secs, expiration libre. De la 3^e à la 7^e apoph. épin. jusqu'en bas, on entend parfois un rhoncus sonore isolé, dans l'expiration.

Augmentation de poids : 17 livres. Sur trois préparations examinées, on n'a trouvé en tout, dans les crachats, que 32 bacilles.

Le malade doit revenir en automne pour reprendre son traitement.

Observation 83. — Négociant de 28 ans. KB.

Du 29 novembre 1897 au 14 avril 1898.

Pas de tare héréditaire. Malade depuis le mois de mai 1896. Le malade attribue son affection à un travail fatigant au milieu d'une atmosphère poussiéreuse. En mai 1896, première hémoptysie intense ; déjà auparavant il était sujet à la toux. A la suite de l'hémoptysie, la toux a beaucoup augmenté. En juillet 1896, seconde hémorrhagie ; en octobre 1897, fréquemment expectoration sanguinolente jusqu'à la fin de novembre. Sueurs nocturnes pendant tout ce temps, anorexie très marquée, embarras gastrique, abattement.

ÉTAT ACTUEL : Maigreur excessive, aspect chétif, muscles faiblement développés, tissu adipeux sous-cutané disparu. DAH, jusqu'au bord inférieur de la troisième côte, DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité relative. Au niveau de toute la région mate, on perçoit des craquements isolés ; dans la fosse sus-épineuse droite, râles humides à côté de râles secs. GAH, jusqu'à la deuxième côte, GP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, offrant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse ; au même endroit, nombreux râles humides, la plupart à petites et moyennes bulles, çà et là à tintement métallique. Au niveau du reste de la région mate, râles sibilants et ronflants tout à fait isolés ; les râles humides fins prédominent. Température jusqu'à 38°,9. Pulsations : 88-96. Mouvements respiratoires : 20-24. On trouve de nombreux bacilles tuberculeux.

27 décembre. DP, matité persistante, pas un seul râle humide ; seulement dans l'expiration, au niveau de l'omoplate, quelques râles secs isolés. GA, rien que quelques craquements isolés, rarement des râles humides, nulle part des râles à tintement métallique ; de même GP ; DA, point de bruits anormaux. Température revenue presque à la normale.

25 février. Température à peu près normale ; elle s'élève rarement à 37°,6. Les sueurs nocturnes ont cessé au bout de 5 semaines. Le matin seulement, un, rarement deux crachats ; dans la journée ils sont tout à fait exceptionnels. GA et GP, la matité est plus accentuée. DP et GP, dans la fosse sus-épineuse, on ne perçoit plus, l'inspiration étant tout à fait pure, que quelques craquements tout à fait isolés.

10 avril. DA, matité jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, mais sans aucun râle.

DP, matité dans la fosse sus-épineuse ; nulle part, aucun bruit de râle.

GA, jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte, matité ; au même endroit, respiration rude, sans bruits de râle. GP, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité, respiration saccadée. Lors des derniers examens des crachats on n'a plus trouvé de bacilles.

L'expectoration est souvent nulle le matin elle ne se produit jamais dans la journée.

Augmentation de poids : 10 livres.

Observation 82. — Femme de 24 ans. KB.

Du 18 mars au 1^{er} juillet 1897.

Forte tare héréditaire. A eu deux pneumonies, une pleuropneumonie. Il y a 5 ans, la malade a été prise de toux avec expectoration purulente abondante. Les bacilles tuberculeux ont été constatés dans ses crachats. Séjour de 3 ans, avec interruptions, dans un établissement pour le traitement des affections tuberculeuses. S'est mariée il y a 2 ans; pendant sa grossesse, elle a beaucoup perdu de ses forces; après ses couches, elle est restée presque constamment alitée; en peu de temps elle a eu plusieurs hémoptysies consécutives, sueurs nocturnes abondantes, diminution de poids.

ÉTAT ACTUEL : Femme extrêmement anémique, teint terreux, forte charpente osseuse, muscles encore assez bien conservés; couche adipeuse disparue.

DA, jusqu'à la quatrième côte, DP, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité; jusqu'à la deuxième côte, en avant, et dans la fosse sus-épineuse, son tympanique; aux mêmes endroits, respiration bronchique accentuée avec râles moyens à tintement métallique; ailleurs, respiration vésiculaire rude, avec nombreux râles humides, à petites et moyennes bulles; GA, jusqu'à la deuxième côte, GP jusqu'à la troisième apophyse épineuse, matité, avec râles humides abondants. Nombreux bacilles tuberculeux et streptocoques; fibres élastiques. Expectoration purulente très abondante. Température: 38°,6-39°,8. Pulsations: 140. Mouvements respiratoires 36-40.

Du 20 au 27 mars, pneumonie du côté gauche, avec température allant jusqu'au-dessus de 40°, matité GAH et GPH, râles crépitants, crachats pneumoniques, etc. D'abord très déprimée, la malade se remet assez rapidement.

20 avril. L'expectoration ne se produit plus que le matin. Température 37,7-38,3. GA et GP, matité persistante, rien que quelques râles isolés. DA et DP, râles humides très notablement réduits, entremêlés de quelques râles secs. Mouvements respiratoires 28-32. Pulsations 112-120. Augmentation de poids: 5 livres.

Sortie le 1^{er} juillet: DA, jusqu'à la troisième côte, DP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité, offrant, en avant et dans la fosse sus-épineuse, un son tympanique. Au niveau de la matité tympanique, au milieu de râles secs disséminés, râles humides isolés. GA et GP, matité persistante, pas de bruits de râle. Température normale; depuis environ 3 semaines, elle ne s'élève pas au-dessus de 37°,6. Pulsations: 100-108. Mouvements respiratoires: 24-28. Il existe quelques bacilles isolés.

La malade part, pour raisons de famille, contre l'avis du médecin. Pendant l'hiver de 1897-1898, elle est morte, me dit-on, dans un autre sanatorium.

Observation 85. — Demoiselle de 24 ans. KB.

Du 5 janvier au 25 juin 1898.

Pas de tare héréditaire. Dans son enfance elle a toujours été délicate et malade. Pendant l'été de 1893, elle a eu un catarrhe pulmonaire; elle s'en est bien remise au bout de huit semaines. Décembre 1894, forte influenza; depuis lors elle n'a pu reprendre entièrement la santé. Au printemps de 1896, hémoptysie considérable; hiver de 1896-1897, constamment élévation de la température, sueurs nocturnes abondantes, diminution rapide et très notable du poids. Traitement par la tuberculine (TR); très mauvais résultat, fièvre élevée. Toux intense avec expectoration.

ÉTAT ACTUEL : Apparence délicate; état de la nutrition médiocre, anémie. GA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, sur la ligne axillaire moyenne jusqu'à la cinquième côte, GP, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, en partie avec son tympanique. En avant, râles à petites bulles; au niveau du premier espace intercostal, ils sont à moyennes bulles, en même temps que la respiration est bronchique; on trouve les mêmes phénomènes dans la fosse sus-claviculaire. GP, de la troisième apophyse épineuse dans la largeur du plessimètre, respiration bronchique avec râles humides moyens; au même endroit, matité tympanique. Ailleurs, GP, au niveau de la matité, très nombreux râles humides à petites bulles. GP, de la septième côte jusqu'en bas, respiration affaiblie. — DA et DP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, matité, râles humides, assez abondants;

parfois aussi, rhoncus sonores, s'étendant en bas jusqu'au milieu de l'omoplate. Température jusqu'à 38,7. Pulsations : 84-92. Mouvements respiratoires 18-22. Bacilles tuberculeux très abondants dans des crachats pastres abondants. Il existe une excitation à la toux extrêmement fatigante.

3 mai. La région de la matité ne s'est pas modifiée. DA, jusqu'à la deuxième côte, râles secs tout à fait isolés, inspiration très rude, expiration normale.

Dans la fosse sus-claviculaire gauche, râles humides, à petites bulles, 2-3 bruits sur un mouvement respiratoire ; dans la fosse sous-claviculaire, en descendant jusqu'à la cinquième côte, on perçoit surtout des râles secs avec quelques râles humides tout à fait clairsemés. GP, dans la fosse sus-épineuse, respiration bronchique, râles humides, à petites bulles, encore assez abondants ; plus bas, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, râles secs, disséminés. DP, seulement dans un endroit tout à fait circonscrit, dans la fosse sus-épineuse, entre 6 mouvements respiratoires, un craquement sec.

11 mai. On trouve encore un assez grand nombre de bacilles tuberculeux. En deux mois et demi, la température est lentement tombée jusqu'à la normale.

7 juillet. DA, matité jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte, sans bruits de râle. DP, matité dans la fosse sus-épineuse, plus de bruits nulle part. GA, jusqu'au bord supérieur de la deuxième côte, matité, ayant le caractère tympanique dans la fosse sus-claviculaire ; au même endroit, très légère respiration bronchique pendant l'expiration, inspiration rude, avec râles secs tout à fait isolés ; dans le 2^e espace intercostal on entend, à chaque mouvement respiratoire, un craquement sec. GP, la matité s'étend jusqu'à la 4^e apophyse épineuse ; au même endroit, craquements tout à fait isolés. La température continue à être normale.

8 juillet. Dans deux préparations examinées, on a trouvé en tout 14 bacilles. Augmentation de poids : 8 livres.

La malade doit revenir en automne.

Observation 86. — Demoiselle de 46 ans. KOK.

Du 4 janvier jusqu'au 15 avril 1898. Injections du 8 janvier au 15 avril.

En même temps, tuberculose du coude et lupus de la face.

Absence congénitale du pouce droit. Débile dès son enfance. Pas de tare tuberculeuse héréditaire. Dès 1871, lupus, guéri par voie opératoire.

Depuis un an et demi, douleur dans le coude gauche, peu à peu tuméfaction, formation d'une fistule. Depuis 3 ans, nouveau lupus ; dureté de l'ouïe, lentement progressive. Dans ces derniers mois, respiration de plus en plus courte, toux sans expectoration.

ÉTAT ACTUEL : Lupus étendu sur les joues et sur le nez. Articulation du coude gauche irrégulièrement épaissie, épaississement des os et des parties molles, plusieurs fistules pénétrant vers l'os et sécrétant assez abondamment ; mouvements très limités et douloureux. Bras atrophié, avant-bras et main fortement œdémateux.

Dyspnée intense, peu de toux. Elle avale les produits de l'expectoration. Poumon : Le côté droit se dilate mal pendant la respiration. DPH, matité, DA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, craquements fins ; DPB, râles fins abondants. Affaiblissement du bruit respiratoire sur tout le côté droit.

Température, jusqu'à 39°. Pouls fréquent et très petit. Etat de la nutrition mauvais. Faiblesse considérable, un peu de démence.

Injections intraveineuses. Pansements, sur la face, avec baume du Pérou. pur ou à l'état d'emplâtre ; fistules au coude pansées avec baume du Pérou. On renonce à toute opération à cause de l'état général.

2 février. Le lupus a un peu régressé. Au bras, les douleurs se sont beaucoup calmées à la suite de l'application d'un bandage plâtré, percé de fenêtres. Poumon : DP, partout râles fins. Etat de la nutrition et des forces, passable.

28 février. Le lupus s'est notablement amélioré. Il ne reste qu'un petit nombre de nodosités et qu'une rougeur diffuse. Au bras, peu de douleurs, œdème modéré, fistules. Poumon : même état. Température, voisine, en général, de la normale.

21 mars. Lupus en bon état. Le bras et la main se dégonflent lentement de plus en plus. Les fistules ne sécrètent presque plus, se ferment.

Poumon : DPH, matité DAM et DPH, bruits peu nombreux, fins, très doux. Peu de toux, point d'expectoration.

Etat général, état de la nutrition, notablement relevés. Température constamment normale. Appétit très bon. Le plus souvent hors du lit. Va se promener seule, 15 avril. Congédiée sur son désir.

Nous apprenons, au mois de mai, que son état est assez bon.

Observation 87. — Fabricant de 31 ans. KB.

Du 19 novembre 1897 au 6 avril 1898.

Pas de tare héréditaire, nous dit-il; trois sœurs mortes de phthisie; il prétend s'être bien porté jusque il y a 3 ans; a eu beaucoup de peines, de soucis, a essuyé bien des fatigues. Il y a 3 ans, forte hémoptysie; depuis lors il s'est toujours senti malade; tous les 3 à 4 mois, il est survenu une hémoptysie plus ou moins intense. Souvent, le soir, à la suite de la plus légère toux, vomissements, survenant aussi à la suite de brusques variations de température. Toux et expectoration très marquées.

ETAT ACTUEL: Homme excessivement maigre. GA, matité, se confondant avec la matité cardiaque; GP, jusqu'à la 9^e apophyse épineuse, matité; GP, jusqu'à la 4^e apoph. épin., et GA, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, la matité est tympanique. Sons variables. Aux mêmes endroits, très nombreux râles humides, à moyennes, à grosses bulles et à tintement métallique, respiration bronchique très accentuée; au niveau de la région de la matité non tympanique, GA et GP, très nombreux râles humides, petits et moyens, avec expiration rude. — DA, jusqu'à la troisième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité tympanique; DA, la matité se confond presque avec la matité hépatique; râles humides à tintement métallique au niveau de la région de la matité tympanique; ailleurs, très nombreux râles humides, à petites et à moyennes bulles; DP, tout le poumon donne un son mat; jusqu'à la 5^e apoph. épin., son tympanique; au même endroit, respiration bronchique très accentuée, râles à tintement; vers le bas, râles crépitants humides très abondants. Mouvements respiratoires: 28-32. Pulsations: 112-116. Température: 37,9-38,9. Le malade remplit, chaque jour, deux à trois crachoirs des produits de son expectoration. Bacilles innombrables, fibres élastiques très abondantes. Appétit très mauvais. Douleurs d'estomac.

Durant le cours du traitement, le malade a eu une hémoptysie intense et plusieurs fois des crachats sanguinolents. La quantité des crachats est réduite d'un tiers; état général relativement très bon. Les fibres élastiques sont de beaucoup moins abondantes, le nombre des bacilles est toujours encore considérable, les crachats contiennent beaucoup de leucocytes. Augmentation de poids: 3 livres. A la percussion on trouve essentiellement les mêmes phénomènes. Les modifications constatées à l'auscultation consistent en ce que les bruits, au niveau des régions où existe la matité tympanique, n'offrent plus le caractère du tintement et sont devenus moins abondants; au niveau des régions à matité pure, il existe quelques râles humides disséminés, tandis que les râles secs, sibilants et ronflants, ont augmenté.

Le malade, auquel, dès le début, on n'avait pas caché le peu de chances qu'offrait le traitement, sort à cause de ses affaires.

Observation 88. — Fille de 26 ans. KOK.

Du 27 novembre 1895 au 6 mai 1896, et du 26 novembre 1896 au 22 avril 1897.

Tare héréditaire. Depuis 5 ans, toux et expectoration; depuis 4 ans, plusieurs hémoptysies. A droite et en haut, symptômes caractéristiques d'une caverne, râles à grosses bulles, à tintement métallique, variations de son, son tympanique, bruit de pot fêlé. GAH et GPH, râles à grosses bulles, matité. En d'autres endroits des poumons, râles abondants, fins pour la plupart. Malade anémique, très faible. Températ. jusqu'à 38°,8; température vespérale, le plus souvent élevée, rarement normale. Bacilles nombreux, en amas.

Au mois d'avril, les bruits, à gauche, sont beaucoup plus clairsemés; à droite, ils existent encore dans toute l'étendue du poumon. Température, aujourd'hui, constamment normale. La malade est hors du lit pendant la plus grande partie du jour. Appétit bon, état général satisfaisant.

5 mai. A gauche, il n'existe plus que quelques craquements secs disséminés. A droite, symptômes d'une caverne, avec un petit nombre de râles. Le sommet droit est très profondément situé. Peu de toux ; dans les crachats, peu abondants, encore quelques bacilles isolés. Sortie pour des raisons particulières.

26 novembre 1896. Reprise du traitement dans des conditions satisfaisantes. Poumon gauche tout à fait libre. Dans le lobe supérieur droit, symptômes d'une caverne, avec râles secs. Peu de toux. Rétraction considérable du poumon droit. Abstraction faite de quelques légers catarrhes, la malade a bien passé l'hiver.

A sa sortie, le 22 avril 1897, on trouve dans le lobe supérieur droit les symptômes d'une caverne — respiration bronchique amphorique, son variable, bruit de pot fêlé, mais râles secs très rares. Le matin seulement, un peu de toux. Depuis 2 mois, malgré d'attentives recherches, on ne trouve plus de bacilles dans les crachats. La rétraction du poumon droit est si prononcée, que la matité cardiaque existe en grande partie du côté droit.

Etat général satisfaisant.

La malade, étant incapable de gagner sa vie, a été placée dans un asile.

Observation 89. — Jeune fille de 16 ans. KOK.

Du 11 décembre 1896 au 14 avril 1897.

(Empyème).

Père mort de tuberculose. Frère atteint de gibbosité vertébrale. Depuis 2 ans, en traitement pour une tuberculose pulmonaire. Depuis 10 semaines, à la suite d'une pneumonie, inflammation de la plèvre, avec empyème.

11 décembre. Habitus scrofuleux très accentué ; état de la nutrition très mauvais ; température jusque vers 39° ; pouls fréquent, dyspnée intense. Empyème du côté gauche ; au-dessous du mamelon gauche, tuméfaction fluctuante, du volume du poing. Toux considérable, expectoration purulente abondante.

12 décembre. Résection costale.

6 janvier 1897. La sécrétion diminue. L'état général s'améliore. Au niveau du sommet gauche du poumon, râles humides ; GAB, râles crépitants. Température vespérale, autour de 38°,5.

15 février. Sécrétion faible. On enlève le drain. Le côté gauche se rétracte. Plus de râles. Expectoration purulente assez abondante, sans bacilles. L'état de la nutrition se relève visiblement.

14 mars. La plaie est fermée, profondément rétractée. Plus de râles dans les poumons.

14 avril. A peine encore un peu de toux. Avec un léger aplatissement du thorax, à gauche, sans bruits anormaux dans la poitrine, dans un très bon état général, ayant gagné une augmentation de poids d'environ 10 livres, la malade quitte l'hôpital. Son état n'a fait, depuis lors, que s'améliorer ; nous avons reçu d'elle, à plusieurs reprises, d'excellentes nouvelles.

Observation 90. — Négociant de 24 ans. KB.

Du 7 novembre 1897 au 19 avril 1898.

Tare héréditaire. Père mort, il y a 2 ans, de tuberculose. Pleuropneumonie à l'âge de 12 ans. Il avait auparavant joui d'une bonne santé. Son affection actuelle a débuté il y a 2 ans et demi. Depuis 9 mois, fièvre intense et affaiblissement considérable. A passé 6 semaines à Ems et 4 semaines à Gmunden. Très rapide diminution du poids du corps dans ces derniers temps. Toux très intense, avec expectoration. N'a été reçu qu'à titre d'essai.

ÉTAT ACTUEL : Thorax paralytique. Muscles atrophiés. Le poumon gauche reste en arrière dans la respiration. GAH, jusqu'à la troisième côte, matité, offrant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse ; au même endroit, respiration bronchique, avec très nombreux râles humides, à moyennes bulles, quelques-uns à tintement métallique ; ailleurs, râles humides à petites bulles. GP, jusqu'à la huitième côte, matité ; dans la fosse sus-épineuse, elle offre le caractère tympanique, avec respiration bronchique et râles inoyens ; ailleurs, au niveau de la région de la matité, râles fins et moyens. — DA, jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte, et DP, jusqu'à l'extrémité inférieure de l'omoplate,

matité avec très nombreux râles humides à petites et moyennes bulles. Il s'y mêle, DAH et DPH, des râles sibilants et ronflants. Pulsations : 130-144. Mouvements respiratoires, au repos, 32-36. Températ. 39,6-39,9. Bacilles innombrables, beaucoup de fibres élastiques dans les crachats.

10 mars 1898. Le malade ne va pas plus mal ; la température s'est abaissée, elle est le plus souvent au-dessous de 39° ; appétit faible. On ne peut décider le malade à s'en aller. — Les râles ont un peu diminué ; en arrière et en bas notamment, la respiration est libre.

30 mars. Mêmes régions mates, Get D ; GAH, respiration bronchique, râles fins et moyens, rarement à tintement. GPH, respiration affaiblie, GPB, respiration rude. DA, jusqu'à la troisième côte, respiration bronchique, avec râles disséminés. DPH, dans la fosse sus-épineuse, respiration bronchique, avec râles petits et moyens, parmi lesquels on perçoit des râles particuliers, très prolongés ; çà et là, respiration saccadée. Au niveau des régions mates, râles humides moins nombreux.

16 avril. Le malade se sent moins bien, s'affaiblit à vue d'œil et meurt, le 18 avril, au matin, des progrès de l'affaiblissement cardiaque.

Autopsie (des seuls organes thoraciques) Les deux lobes supérieurs sont le siège de grandes cavernes aux parois lisses. A gauche, la caverne a environ 16 cm. de haut ; à droite, elle a à peu près 10-12 cm. Les parois des cavernes sont formées par un tissu conjonctif dur, épais de 2 à 3 mm., de sorte que les poumons, malgré de nombreuses adhérences pleurétiques, peuvent être enlevés sans se déchirer. Les cavernes, à parois lisses, sans ulcérations, sont traversées par des cordons solides, riches en vaisseaux. — Au-dessous des cavernes, on trouve, des deux côtés, des régions (à gauche, de deux travers de doigt et demi de haut ; à droite, de trois travers de doigt et demi), où existent de gros nodules tuberculeux, dont le volume varie entre celui d'une noix et celui d'une petite pomme. Ces nodules sont d'un blanc jaunâtre, durs, secs, mais non calcifiés, non ramollis, et ils forment une assez forte saillie au-dessus de la surface de section. Ils sont entourés de tuniques de tissu conjonctif, qui s'étendent en partie, à la manière de cloisons, dans l'intérieur des nodules. Les parties inférieures des deux poumons sont, dans une étendue égale à la hauteur de la main, exemptes d'éruptions tuberculeuses visibles, elles paraissent normales, mais sont le siège d'une hypostase récente. — Les parois du cœur sont très minces, pâles, le muscle cardiaque est pâle, en partie tacheté. L'examen *microscopique* permet aussi de constater, dans ce cas, une formation très nette d'anneaux conjonctifs autour des nodules tuberculeux. Ce développement de tissu conjonctif s'étend aussi dans l'intérieur des foyers.

Observation 91. — Femme de 36 ans. KB.

Du 12 novembre jusqu'au 20 décembre 1896.

Pendant l'hiver de 1894, pleurite du côté gauche ; dans l'hiver de 1895, deux hémoptysies ; depuis lors, affaiblissement très marqué, sueurs nocturnes abondantes, toux et expectoration considérables. Durant l'automne de 1896, rapide amaigrissement.

ÉTAT ACTUEL : Poitrine en carène. Sommet droit, plus profond de la largeur d'un plessimètre. DAH, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à la sixième apophyse épineuse, matité ; DAH, jusqu'à la troisième côte, DPH, jusqu'à la troisième apophyse épineuse, son tympanique ; au même endroit, gros râles humides, à tintement, respiration bronchique ; ailleurs, expiration rude, avec râles moyens au niveau de la matité. GAH, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, GPH, jusqu'à la quatrième apophyse épineuse, matité, avec râles humides à petites bulles. GPB, au niveau de la septième côte, jusqu'en bas, diminution du son, frottements. Bacilles tuberculeux très abondants, diarrhée (6 à 8 selles par jour). Température 38,9-39,7. Pulsat. 140-148.

19 décembre. Congédiée sur son désir. Les sueurs nocturnes ont disparu au bout de trois semaines, la toux et l'expectoration ont notablement diminué. Depuis 10 jours, quotidiennement 1 ou 2 selles, de consistance presque normale. Température 38°, 3-38°, 8. Pulsations 132-140.

Nous apprenons, comme il fallait s'y attendre, que la malade est morte au commencement de 1897.

Observation 92. — Ouvrier de 30 ans. Cons. et KOK.

Du 15 novembre 1897, cons., jusqu'au 20 janvier 1898; puis KOK jusqu'au 8 février 1898.

Père mort de pneumonie; mère, frères et sœurs, enfants, en bonne santé. Depuis trois ans, toux. A absorbé beaucoup de médicaments. A partir du 15 novembre, il a été traité, au cabinet de consultation, par l'injection de petites doses; mais, mal soigné, manquant entièrement d'appétit, vomissant fréquemment, sujet à une toux intense, avec expectoration visqueuse, abondante, il a vu son état s'aggraver de plus en plus. Fièvre considérable, irrégulière. Bacilles tuberculeux abondants, sueurs nocturnes.

État des poumons: GAH, jusqu'à la quatrième côte, matité tympanique, avec respiration bronchique amphorique très accentuée, et très nombreux râles, à grosses et moyennes bulles et à tintement métallique. GPH, matité jusqu'à la pointe de l'omoplate; à cet endroit, la respiration et les bruits présentent les mêmes caractères que ci-dessus. GPB et GAB, affaiblissement de la respiration et très nombreux râles humides, à petites bulles. DAH et DPH, râles humides modérément abondants. Ailleurs aussi, au niveau du poumon droit, râles humides et secs isolés.

6 février. Les vomissements se sont calmés; un peu d'appétit; la température est plus basse et plus constante; amélioration de l'état subjectif. Aucun changement dans l'état des poumons.

8 février. La place manquant, le malade est congédié.

13 mars. Mort à la suite d'un dépérissement rapide.

L'autopsie a permis de constater une grande caverne dans le lobe supérieur gauche; à d'autres endroits du poumon gauche, quelques cavernes plus petites, innombrables tubercules, en partie ramollis, de grosseur très variable. Dans le lobe supérieur droit, quelques petites cavernes et nombreux tubercules de différent volume. On a pu cultiver un staphylococcus albus, extrait d'une petite caverne fermée.

Observation 93. — Femme de 36 ans. KOK et cons.

Du 14 février 1898 jusqu'au 23 avril 1898.

D'après ce qu'elle nous dit, pas de tare héréditaire. Depuis 8 ans, elle souffre de la poitrine, son état s'aggravant, en général, à la suite des accouchements, et s'améliorant après un séjour à la campagne. Dans ces derniers mois, aggravation provoquée par un refroidissement. Température élevée, anorexie complète.

Femme anémique, très amaigrie; état de la nutrition tout à fait insuffisant; nerveuse, indocile. Température le plus souvent au-dessus de 38°; pulsations, autour de 100; mouvements respiratoires: 20-25. Le poumon gauche se dilate mal. GAH, jusqu'à la troisième côte, matité; GPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité; râles humides modérément abondants, avec affaiblissement de la respiration: GAB, matité relative, avec râles humides peu nombreux (ancienne pleurite). — DAH et DPH, matité relative, râles humides à moyennes bulles; ailleurs, dans le poumon droit, râles humides isolés. DAB, de la troisième à la cinquième côte, frotements. Très nombreux bacilles tuberculeux dans les crachats.

Le 16 février, à la suite d'un refroidissement, rapide ascension de la température jusqu'à 39°,4; dans toute l'étendue du poumon gauche, râles crépitants fins, matité absolue, en montant, jusqu'au milieu de l'omoplate; lente chute de la température, dans le courant de 10 jours, jusqu'à 38°,4-38°,6, le soir. Reprise des injections intraveineuses.

La température revient graduellement à la normale.

15 mars. La matité, GPB, a encore une hauteur de 4 travers de doigt; peu de craquements; les bruits, dans les autres parties du poumon, sont en voie de décroissance.

10 avril. La malade est aujourd'hui constamment sans fièvre; elle sort. Appétit bon, tel qu'elle n'en avait depuis bien longtemps.

9 juin. GAH, jusqu'à la deuxième côte, matité relative, râles secs disséminés; GPB, jusqu'à l'épine de l'omoplate, même état. GPB, matité, d'une hauteur de 3 travers de doigt; râles secs abondants. DAH et DPH, rhoncus tout à fait isolés. DPB, çà et là quelques craquements.

Bacilles notablement moins nombreux. Appétit, aspect, état général, bons. Assez apte au travail. Vient très irrégulièrement.

23 juin. Elle va à la campagne.

Août. Seulement encore GPB, avec matité persistante, râles secs, modérément abondants; plus de bruits dans les autres parties des poumons.

IV — Cas de tuberculose aiguë (phthisie galopante)

Il s'agit ici principalement de ces tuberculoses qui, accompagnées d'une fièvre intense, attaquent les personnes jeunes, et dont le pronostic est particulièrement défavorable à cause, comme on l'admet généralement, de l'infection concomitante par des cocci purulents. Y a-t-il lieu de faire de ces cas un groupe spécial? Nous ne répondrons pas à cette question, qui a déjà été effleurée page 106. Les résultats absolument défavorables, constatés chez les malades traités à l'hôpital, en regard de ceux, remarquablement favorables, obtenus au sanatorium, méritent, particulièrement dans ces formes, de fixer notre attention. Les résultats chez les malades traités à domicile ont été un peu meilleurs, bien que les cas soumis au traitement eussent été ici, dès le début, considérés comme incurables.

Observation 94. — Négociant de 22 ans. KB.

Du 25 septembre 1896 au 14 juin 1897.

Tare héréditaire très accentuée; début de la maladie à la suite d'une lésion de la poitrine dans un accident de chemin de fer, en 1895. De mai à juin 1896, pleuropneumonie. Depuis cette époque il ne s'est pas remis, a beaucoup maigri, a des sueurs nocturnes abondantes, touse et expectore beaucoup. Température, d'après lui, de 38°,2 à 38°,6 (prise dans la cavité axillaire).

ÉTAT ACTUEL : GAH, jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, GPH, jusqu'à la 3^e apophyse épineuse, matité avec râles humides, parfois à tintement métallique. — DAH, jusqu'à la 4^e apophyse épineuse, matité, offrant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse; de même, dans un endroit circonscrit, de l'étendue de la paume de la main, à l'angle de Louis, à droite. Au niveau de la région de la matité tympanique, respiration bronchique, avec nombreux râles à moyennes bulles et à tintement. A partir de la 7^e apophyse épineuse, DPB, jusqu'en bas, matité avec râles humides à moyennes et à grosses bulles. Température 38,7 jusqu'à 39,5. Pulsations 132. Toux très intense avec expectoration très abondante; sueurs nocturnes considérables; très nombreux bacilles tuberculeux.

2 mars Les sueurs nocturnes ont diminué au bout de 5 semaines, et au bout de 7 semaines ont entièrement disparu. GAH, matité persistante, point de râles; DAH et DPH, le son tympanique a disparu, forte matité, avec râles tout à fait isolés dans une petite étendue circonscrite. Dans la région de l'angle de Louis, à droite, on ne constate plus que de la matité. DP, matité commençant à la 9^e apophyse épineuse; au même endroit, point de râles, respiration un peu rude. Température vespérale, en moyenne, de 37,6 jusqu'à 37,7. Augmentation de poids: 25 livres. Le matin seulement, le malade touse une fois ou deux, avec expectoration catarrhale.

14 juin. DPH seulement, râles respiratoires un peu rudes; ailleurs, rien d'anormal à l'auscultation. La matité, au niveau des deux lobes supérieurs, est toujours la même; DPB, la matité est très éclaircie et ne présente qu'une hauteur de deux travers de doigt. A la suite d'un exercice prolongé, la température vespérale est parfois un peu élevée. Il existe encore de nombreux bacilles.

Le malade sort pour des raisons de famille et contre nos conseils pressants.

Nous n'avons eu de lui aucune nouvelle positive.

Observation 95. — Jeune fille de 18 ans. KB.

Du 11 août au 15 novembre 1897.

Pas de tare héréditaire. Depuis un an et demi, affaiblissement marqué; en même temps, accès de toux avec expectoration, qui, au printemps de 1897, sont devenus beaucoup plus intenses; depuis lors la malade se plaint d'un vif sentiment de chaleur. La toux et l'expectoration se sont beaucoup aggravées.

ÉTAT ACTUEL: Constitution délicate, état de la nutrition passable. DA, jusqu'à la troisième côte, matité tympanique; matité pure jusqu'au bord inférieur de la quatrième côte. DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, offrant le caractère tympanique dans la fosse sus-épineuse. Au niveau de la région de la matité tympanique, DA et DP, respiration bronchique, avec râles humides, en partie à tintement métallique.

Au niveau de la quatrième côte, au milieu des lignes mammaire et parasternale, très nombreux râles humides, petits et moyens, avec expiration rude. DP, au niveau des sixième et septième côtes, sur la ligne axillaire postérieure, çà et là râles sibilants et ronflants, rarement râles humides. — GA, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'à la cinquième apophyse épineuse, matité. GA, nombreux râles humides avec expiration bronchique très nette. GP, nombreux râles humides avec rhoncus sibilants et ronflants isolés. Température jusqu'à 39°, 2. Pulsations 112-120. Mouvements respiratoires, au repos, 22 à 24. Bacilles tuberculeux très abondants.

Chute lente et graduelle de la température. L'amélioration subjective se fait rapidement. L'appétit devient bon, les sueurs nocturnes disparaissent, la toux et l'expectoration diminuent.

Sortie le 15 novembre 1897: La toux et l'expectoration ont entièrement disparu depuis 14 jours. La température depuis 5 semaines ne s'est jamais élevée au-dessus de 37°, 5. Lors des derniers examens on ne trouve plus de bacilles tuberculeux. La matité persiste, mais nulle part on ne perçoit plus de bruits de râle. DAH, respiration rude, sans râles; de même DP, dans la fosse sus-épineuse; ailleurs, DA, respiration normale, sans bruits. GA et GP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, on perçoit, quand la respiration est forcée, quelques rhoncus sibilants et ronflants tout à fait clairsemés. Le son tympanique a aussi disparu. Si l'on veut admettre qu'il existait, dans ce cas, une petite caverne, cette caverne a dû guérir. Augmentation de poids: 16 livres.

Trois mois après la sortie de la malade nous apprenons qu'elle se maintient en bon état. Nous n'avons plus eu, depuis lors, de ses nouvelles.

Observation 96 — Jeune fille de 22 ans.

Du 2 juin jusqu'au 21 août 1897.

Mère et sœur mortes de tuberculose. Début de la maladie, au mois de février 1897, par une forte toux et expectoration spumeuse. Auparavant la malade avait, dit-elle, toujours joui d'une bonne santé. Pas de fièvre. Au mois de février 1897, traitement par la tuberculine (TR), ayant eu pour résultat des troubles graves de l'état général; dès la première injection de 1/10 de mg., fièvre intense, au-dessus de 40°, ayant persisté presque à la même hauteur jusqu'à son entrée ici. Amaigrissement considérable en peu de temps; faiblesse, abattement, extrêmes.

ÉTAT ACTUEL: Excessivement maigre, fosses claviculaires profondément enfoncées des deux côtés. DAH, matité jusqu'au bord supérieur de la quatrième côte; DP, jusqu'à la 7^e apophyse épineuse, presque jusqu'au milieu de l'omoplate, son tympanique; au même endroit, variation du son, râles humides, à grosses bulles, à tintement métallique, avec respiration bronchique accentuée; ailleurs, très

nombreux râles moyens. DA, au contraire, dominent les râles à petites bulles, de la fosse sous-claviculaire jusqu'en bas. GAH, jusqu'à la quatrième côte, et GPH, jusqu'à la 8^e apoph. épin., matité; GA, jusqu'à la troisième côte, son tympanique avec respiration bronchique, nombreux râles, plusieurs à tintement métallique; ailleurs, très nombreux râles humides, à petites bulles. Température vespérale 39°,4-40°,5. Pouls petit, 144-156 pulsations; très nombreux bacilles tuberculeux; forte toux avec expectoration très abondante, souvent très spumeuse, sans fétidité.

21 août. Même état à la percussion. Les râles, au niveau des régions à matité non tympanique, sont devenus, en partie, plus secs et moins nombreux; la respiration, GA, au niveau de la matité tympanique, est aussi devenue plus libre et plus pure. Pas d'augmentation de poids. On trouve encore d'abondants bacilles tuberculeux.

N'ayant aucun espoir de la guérir, on renvoie la malade, qui est morte 6 semaines après.

Observation 97. — Négociant de 26 ans. KOK.

Du 28 février au 11 décembre 1896 † (injections faites régulièrement jusqu'au mois d'août, interrompues à partir de cette époque).

Tare héréditaire. Malade depuis 7 ans. Nombreux traitements dans plusieurs établissements; en dernier lieu, 6 mois à Davos, d'où il sort, pour aller mourir chez lui.

21 février. Très faible, très souffrant. Température entre 38° et 39°,5; l'intervention même des antipyrétiques (phenacétine, antipyrine) ne parviennent qu'accidentellement à faire baisser la température au-dessous de 38°. Toux avec vomissements, expectoration abondante, sueurs nocturnes, etc. Au sommet droit, symptômes de caverne; au sommet gauche, râles humides. Dans les deux lobes inférieurs, râles à fines bulles.

L'état des forces s'améliore au début; dans les sommets, accroissement des râles; aux lobes inférieurs, les symptômes de catarrhe sont peu accentués. — On essaie divers moyens pour ramener la température à la normale — sérum antistreptocoque de Marmorek, sérum antistaphylocoque, injections sous-cutanées de camphre, etc.; mais sans succès.

A partir du mois d'août, les bruits de râle, dans les lobes inférieurs, deviennent à grosses bulles et, en partie, à tintement métallique. On interrompt les injections. A la fin de novembre, dépérissement rapide. Dyspnée. Inhalations d'oxygène.

11 décembre. Mort. — AUTOPSIE: Au sommet droit, caverne de l'étendue d'une pomme, assez encapsulée. Dans les lobes moyen et inférieur du côté droit, on trouve seulement quelques foyers pérbronchiques isolés. — Au sommet gauche, caverne du volume d'une noix, caséifications nombreuses dans le poumon gauche. — Les deux sommets sont fortement adhérents et rétractés.

Observation 98. — Jeune fille de 22 ans. KOK et KB.

Du 26 novembre 1896 au 16 janvier 1897.

Tare héréditaire. Malade depuis 2 ans, toux avec expectoration, faiblesse très marquée. Depuis un an, enrouement persistant, d'intensité variable, sueurs nocturnes abondantes; depuis six mois, vives douleurs pendant la déglutition. Très nombreux bacilles tuberculeux.

ÉTAT ACTUEL: DAH, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à la 5^e apoph. épin., matité accentuée, tympanique jusqu'à la deuxième côte; au même endroit, respiration bronchique avec râles à moyennes bulles, à tintement métallique. Variations de son. GAH, dans les deux fosses claviculaires, et GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides moyens. Ulcérations au niveau des cartilages aryténoïdes et des cordes vocales. Températ. 38°,8 jusqu'à 39°. Pulsations 120-132.

Congédiée sur son désir, tout espoir d'amélioration ayant disparu. Elle est morte au mois de février 1897.

Observation 99. — Fillette de 6 ans. KOK.

Du 8 juin au 28 (18) décembre 1896. †

(Tuberculoses multiples des os et des organes internes).

Pas de tare héréditaire, paraît-il. Malade depuis deux ans. — Maigre, très chétive, ayant été très mal soignée. — Articulation du genou gauche tuméfiée, en flexion, peu sensible. Hanche droite en flexion et adduction. Abscès volumineux, fluctuant, au côté externe de la partie supérieure de la cuisse. Mouvements très douloureux. Température élevée. — DII et GII, matité et râles humides. — Ponction de l'abcès et injection d'acide cinnamique. Bandages plâtrés à la hanche et au genou.

27 juillet. A cause de la température élevée persistante (40°), ouverture et drainage de l'articulation du genou ainsi que de l'articulation de la hanche; on ne trouve pas la cause de l'élévation de la température.

27 septembre. La température étant irrégulière et, en général, élevée, on fait la résection de la tête du fémur; perforation de la cavité cotyloïde dans le bassin. La température reste élevée, lent affaiblissement des forces; nombreux râles dans les poumons.

19 décembre. Mort. AUTOPSIE. Ancienne tuberculose méningéo étendue, à la base; çà et là quelques petits tubercules dans les méninges. Dans le poumon droit, caverne; les deux lobes supérieurs présentent des tubercules caséifiés. Foie, reins, rate, amyloïde intense; ulcérations intestinales. Dans l'articulation du genou, désagrégation ulcéreuse du cartilage, granulations en quantité modérée; cavité cotyloïde de la hanche droite remplie d'un tissu conjonctif compact; au col du fémur, petits foyers ramollis.

Observation 100. — Étudiant de 23 ans.

Du 3 février 1897 au 18 juin 1898.

Forte tare héréditaire, sœur morte de phthisie. A l'âge de 12 ans, pleurésie. Pleurodynies fréquentes. En mars 1896, le malade a contracté la syphilis et a été soumis à un traitement énergique par les pommades et les injections. Depuis le commencement de décembre, sueurs nocturnes très abondantes, toux et expectoration très prononcées. En peu de temps son poids a diminué de 20 livres.

ÉTAT ACTUEL : Le poumon gauche reste en arrière. Le sommet est plus profond d'un travers de doigt et demi. GAH, jusqu'à la troisième côte, GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, offrant le caractère tympanique dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, avec respiration bronchique et nombreux râles humides, à moyennes bulles; çà et là, râles secs. DA, jusqu'à la troisième côte, DP, dans la fosse sus-épineuse, matité, expiration rude, avec râles humides à petites bulles. DP, à partir de la 5^e côte jusqu'en bas, matité; dans un endroit circonscrit, son tympanique, avec respiration bronchique et nombreux râles humides. Température jusqu'à 38°,9. Poulos irrégulier, 140 pulsations environ. Sueurs nocturnes abondantes. Nombreux bacilles tuberculeux.

Fin avril : Les sueurs nocturnes ont cessé au bout de 5 semaines. La toux et l'expectoration ont diminué, sont plutôt catarrhales. Etat général très bon. Augmentation de poids : 11 livres. La température baisse très lentement, mais d'une manière constante; elle est encore, le soir, en général, au-dessus de 38° Pulsations 120-124.

Fin mai. Le rétablissement continue. A cause d'une récidive des accidents syphilitiques on administre des préparations iodées.

18 décembre 1897 DA, au niveau de la clavicule, DPB, de l'angle de l'omoplate jusqu'en bas, matité. DA, bruit respiratoire indistinct; DPB, affaibli, souvent nettement saccadé. GPB, craquements secs disséminés et rhoncus sonores; GPH, craquements secs, quelquefois humides. GA, mêmes bruits dans la fosse sus-claviculaire; GA, rien dans la fosse sous-claviculaire.

Température, depuis le commencement de novembre, entièrement normale. Depuis le mois de février 1898, on ne trouve plus de bacilles

7 avril. DAH, dans la fosse sus-claviculaire, matité, expiration rude, respiration saccadée, aucun bruit. DP, matité jusqu'à la 3^e apophyse épineuse, expiration rude, point de bruits. GA, jusqu'à la deuxième côte, matité, craquements secs, disséminés, entremêlés de quelques rhoncus isolés. GP, jusqu'à la 5^e apoph. épin., matité, rhoncus secs, clairsemés.

Point de bacilles. Température, depuis 5 mois, jamais plus au-dessus de 37°,6 (température rectale).

Augmentation de poids : 2½ livres. Etat général excellent.
Cet état s'est bien maintenu.

Observation 101. — Demoiselle de 26 ans. KB.

Du 19 juillet au 31 octobre 1897.

Tare héréditaire. Malade depuis décembre 1896, à la suite d'un refroidissement intense. A ce moment surviennent brusquement de la toux et de l'expectoration; au début il existait aussi de la fièvre. Au mois d'avril 1897, influenza avec fièvre élevée; consécutivement, aggravation notable du mal. Traitement par la méthode de Kneipp; la malade s'en est mal trouvée.

ÉTAT ACTUEL : Grande, très maigre. Fosses claviculaires fortement déprimées. Thorax paralytique. Le poulmon gauche reste en arrière pendant la respiration. DAI, jusqu'à la quatrième côte, DPH, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité, avec très nombreux râles humides, à moyennes bulles, à tintement métallique très accentué; dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, variation du son et son tympanique; respiration bronchique. — GAH, jusqu'à la deuxième côte, GPH, jusqu'à l'extrémité de l'omoplate, matité; GA, son tympanique, variation du son; de même, GP, jusqu'à la troisième apophyse épineuse. Au niveau de la région du son tympanique, respiration bronchique très accentuée, avec râles humides, à moyennes et à grosses bulles, et, en grande partie, à tintement métallique. Au niveau du reste de la matité, partout râles humides, moyens. Mouvements respiratoires : 40 à 44. Température : 38°0,9-39°8. Pulsations 132-144. Toux et expectoration considérables. Très nombreux bacilles tuberculeux et fibres élastiques.

Au moment de la sortie, 21 octobre : Régions de la matité, des deux côtés, sans changement; au niveau de la région de la matité tympanique, encore râles humides; GA et GP, rien que quelques râles à tintement, tout à fait isolés; ailleurs, au niveau de la matité, on n'entend plus nulle part de râles humides: à leur place, râles sibilants et ronflants, entremêlés de quelques râles secs disséminés. DA et DP, nulle part on ne perçoit de râles à tintement métallique. DP, dans la fosse sus-épineuse, au milieu de râles secs, quelques râles humides isolés. DA, les râles sibilants et ronflants dominant; DA et DP, encore variation du son; encore bacilles tuberculeux. Toux et expectoration très notablement réduites. Température vespérale, en général, 37°2-37°9. Mouvements respiratoires 40-44. Augmentation de poids : 2 livres.

Un mois après, on nous annonce que l'état se maintient passable; nous n'avons depuis plus rien appris.

Observation 102. — Demoiselle de 26 ans. KOK.

Du 26 novembre 1897 au 1^{er} février 1898.

Trois frères bien portants, un frère mort de phtisie. Elle-même toujours bien portante auparavant. Depuis le mois de mars, anorexie; depuis le mois de juillet, toux avec expectoration modérée; au début, sueurs nocturnes.

Elle est assez vigoureusement constituée, mais très anémique et dans un état de nutrition médiocre. Température vespérale 39° et au-dessus. Toux et expectoration considérables, beaucoup de bacilles tuberculeux dans les crachats.

Poumons : DP, jusqu'à la pointe de l'omoplate, matité; dans la même étendue, craquements secs, rhoncus, entremêlés de râles crépitants humides.

DA, matité jusqu'à la troisième côte, râles à petites bulles.

GPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, craquements, rhoncus sonores et râles humides.

GAI, matité jusqu'à la clavicule, mêmes bruits qu'en arrière.

15 décembre. C'en est que de temps à autre que la température s'élève au-dessus de 38°; état général passable. Appétit bon, toux modérée.

Poumons : DPH, matité, craquements.

DA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, matité, respiration très affaiblie, craquements doux, éloignés, rhoncus.

GPH, légère matité, râles très disséminés; de même GAH.

19 janvier. La température a augmenté brusquement et est restée élevée. L'état des forces décline lentement. La toux et l'expectoration se sont accrues.

DPII, matité très marquée. Quelques râles isolés, à moyennes bulles. DAH, respiration affaiblie.

GAH, respiration affaiblie.

GPH, matité légère, respiration rude.

1^{er} février. Même état. Diminution progressive des forces et de l'état de la nutrition. Congédiée comme incurable.

Morte chez elle, au mois de mars.

Observation 103. — Demoiselle de 22 ans. KOK.

Du 29 septembre jusqu'au 19 décembre 1898.

Toujours bien portant auparavant. Parents en bonne santé. Une sœur morte, il y a 5 ans, de tuberculose du larynx, 1896, catarrhe des sommets pulmonaires. Depuis quelques semaines, la toux a recommencé, avec expectoration modérée. Anorexie. Sueurs nocturnes.

Personne frêle, anémique, très amaigrie. Température jusqu'à 39°. Pouls fréquent, petit. Peu de toux. Expectoration rare, mais riche en bacilles tuberculeux.

À droite, respiration très paresseuse. Rétraction légère du sommet droit.

DAH, matité tympanique jusqu'à la deuxième côte, bruit de pot fêlé; au-dessus de la clavicule, râles à tintement métallique.

DPII, matité jusqu'au milieu de l'omoplate; râles isolés, doux, mais à tintement métallique.

4 décembre. DP, matité jusqu'au milieu de l'omoplate.

DA, matité tympanique jusqu'à la deuxième côte; variation de son.

Bruit respiratoire très faible; ailleurs, on perçoit quelques craquements doux, en petit nombre.

Du reste, même état. L'augmentation du poids et des forces, qui s'était manifestée au début, ne s'est pas maintenue. Température constamment irrégulière, jusqu'à 39°.

19 décembre. DP et DA, rhoncus sonore, respiration bronchique avec matité, comme auparavant. GP et GAH, diminution du son et respiration affaiblie.

Température toujours élevée. Lent affaiblissement des forces.

Sur son désir, et dans l'impossibilité d'arriver à un bon résultat, la malade est congédiée.

Observation 104. — Demoiselle de 17 ans. KOK.

Du 24 octobre au 12 décembre 1897. Injections depuis le 31 octobre jusqu'au 12 décembre.

Pas de tare héréditaire. Frère mort d'affection cardiaque. Elle a toujours été auparavant bien portante, quoique délicate. Depuis un an et demi, toux. Au début aussi sueurs nocturnes. N'a jamais eu auparavant de fièvre, nous dit-elle. Appétit toujours passable.

Malade très maigre, anémique, mal développée.

Poumons: GAH, matité tympanique jusqu'à la troisième côte, variation de son, nombreux râles à fines bulles, sans tintement.

GPH, matité jusqu'au milieu de l'omoplate, craquements isolés, à fines bulles.

Toux modérée, variable. Crachats rares, riches en bacilles tuberculeux. Appétit passable. Température: le soir, 39°; le matin, 37°.

4 décembre. GPH, diminution du son, quelques craquements fins, respiration bronchique.

GAH, matité tympanique, variation du son. Respiration bronchique, amphorique; quelques craquements fins, isolés.

DPB, limite du poumon, deux doigts plus haut. Bruit respiratoire affaibli. L'état de la nutrition et des forces baisse lentement. Etat général passable. Température toujours élevée.

12 décembre. Matité, comme auparavant. GPH et GAH, respiration bronchique amphorique, avec son métallique. Râles nulle part. D, rien.

Température toujours élevée. Beaucoup de toux, peu d'expectoration. L'état des forces décline.

Congédiée sur son désir, car, la température restant toujours élevée et la diminution des forces continuant toujours, on n'a aucun espoir d'arriver à un bon résultat.

Morte au printemps de 1898.

Observation 105. — Fille de 15 ans, KOK,

Du 14 avril au 13 mai 1898.

Père mort d'une affection pulmonaire. A l'âge de 7 ans, pleurésie. Depuis lors, elle a toujours été malade. Depuis un an, affection pulmonaire sérieuse. Été de 1896, séjour dans un sanatorium. Décembre 1896, forte hémoptysie. Depuis lors, elle a gardé le lit; diminution rapide des forces. Février, pendant quelque temps, crachats légèrement sanguinolents. Toujours très haute température vespérale 39-40° et au-dessus. Aussi, beaucoup de diarrhée, anorexie.

Excessivement amaigrie; peau diaphane, anémie profonde. Appétit très mauvais. Diarrhée. Abdomen un peu sensible à la pression. Pulsations 100-120.

Poumons: GP, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité tympanique, bruit de pot fêlé. GA, partout mêmes phénomènes. Dans cette région, A et P, râles à tintement métallique, respiration bronchique avec son amphorique. GPB, nombreux râles fins. DP, au niveau de l'épine de l'omoplate, matité, respiration légèrement bronchique, râles humides. Même état, DA, au-dessus de la clavicule. Toux intense, surtout la nuit. Crachats nummulaires modérément abondants.

Température 39-40°, intermittente.

23 avril. Fièvre intermittente, jusqu'à 40°. État stationnaire.

Appétit faible; douleurs abdominales fréquentes. La diarrhée a cessé.

13 mai. Même état. Congédiée, comme incurable.

Au bout d'un mois environ, mort.

Observation 106. — Femme de 26 ans. A domicile et consult.

Du 30 novembre au 18 décembre 1897.

Tare héréditaire. Depuis un an et demi, symptômes d'une affection pulmonaire. Premier enfant mort de méningite à l'âge de neuf mois. La malade a séjourné dans plusieurs sanatoria, à peu près sans résultat. Enceinte de 6 mois. Température 39-40°

Femme extrêmement chétive, à respiration superficielle, courte, quand elle est couchée. Pulsations 140. Appétit complètement absent.

22 novembre 1897. Poumon gauche totalement détruit, matité tympanique, partout râles humides, à tintement, etc. DAH, matité jusqu'à la deuxième côte, DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, avec râles modérément abondants. DAB et DPB, rien que quelques râles isolés, mais humides. — Traitement refusé sous prétexte d'attendre les couches.

25 novembre, naissance d'un enfant, qui meurt au bout d'une demi-heure.

Sur le pressant désir de la malade et de ses parents, on fait, à partir du 30 novembre, 9 injections de 1-4 millig. d'hétol; au commencement, amélioration de l'appétit et léger abaissement de la température; DA, les bruits sont un peu moins nombreux. Mais bientôt la température se relève, le matin, à 39°, et, le soir, aux environs de 40°. Le traitement est interrompu. Le médecin de la famille fait encore, pour la forme et sur les pressantes instances de la malade, quelques injections. Mort au milieu de janvier 1898.

Observation 107. — Demoiselle de 16 ans. KOK et consult.

Du 25 octobre 1897 jusqu'au mois de juin 1898.

Dès son enfance a eu plusieurs pneumonies. Depuis un an et demi, troubles pulmonaires graves, le plus souvent avec fièvre.

État actuel: Fille très anémique, à respiration courte. L'appétit fait presque entièrement défaut. Toux et expectoration modérées, un très grand nombre de bacilles dans les crachats. Température vespérale le plus souvent au-dessus de 39°. Pulsat. 120-140.

Du 2 au 26 novembre, KOK; puis traitement à domicile.

GAH, jusqu'à la quatrième côte, matité tympanique avec respiration bronchique, râles humides, modérément abondants, plusieurs à tintement métallique. GPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, même état. GAB et GPB, râles humides disséminés. DAH, matité jusqu'à la deuxième côte; DPH, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate; DAH et DPH, râles humides, modérément abondants, à moyennes bulles, et res-

piration bronchique. DPB, ça et là, rhoncus sonores isolés. — Très nombreux bacilles tuberculeux dans les crachats.

7 avril. Poumon droit assez indemne, abstraction faite de quelques craquements secs isolés au sommet, où l'on perçoit aussi une respiration bronchique. GAI et GPH, même matité, respiration bronchique, râles humides disséminés. — Etat général satisfaisant, appétit assez bon. Température souvent au-dessous de 38°; puis nouvelle ascension accidentelle jusqu'à 38°,6-38°,9.

Juin 1898. Etat essentiellement le même. Au mois de juillet, départ pour la campagne.

Observation 108. — Fille de 20 ans. Consult.

Du 27 novembre 1897 au mois de juin 1898.

A l'âge de 13 ans, hémoptysie; depuis lors, chlorotique et débile. Dans ces derniers temps, toux et expectoration intenses, rapide dépérissement. Fièvre. Anémie profonde, teint jaune verdâtre. GAI, matité jusqu'à la deuxième côte, GPH, jusqu'au milieu de l'omoplate; aux mêmes points, râles humides. DAI, jusqu'à la deuxième côte, matité avec son tympanique, DPH, matité jusqu'au milieu de l'omoplate et de la septième apophyse épineuse jusqu'en bas; au même endroit, nombreux râles humides à moyennes bulles, en partie à tintement; expiration soufflante. DPB et DAH, râles humides disséminés. — Bacilles très abondants. Température vespérale le plus souvent au-dessus de 39°.

Juin 1898. Sommet gauche profondément situé, matité relative; mais, en général, point de bruits. DAI et DPH, matité tympanique, avec râles humides tout à fait isolés, respiration bronchique. Les autres parties des poumons sont libres. La malade est sans fièvre, sauf quelques légères ascensions accidentelles de la température. Appétit bon. Départ pour la campagne.

Observation 109. — Femme de 28 ans. KOK.

Du 25 janvier au 20 mars 1898.

Tare héréditaire. Depuis la naissance de son enfant (âgé de neuf mois) se sont manifestés des accidents pulmonaires. Toux intense, pénible, sueurs nocturnes abondantes, anorexie complète. Rapide dépérissement. Température vespérale, le plus souvent au-dessus de 39°.

ÉTAT ACTUEL: Femme pâle, très maigre; respiration très courte; depuis plusieurs semaines elle ne prend guère que du thé. Température 39°,4. Mouvement respiratoire 30 et davantage. Pulsations: 130. Ganglions cervicaux très tuméfiés, jusqu'au volume d'une petite pomme. Dans les doux aisselles, paquets glandulaires de la grosseur du poing, très sensibles; vers le thorax aussi, quelques ganglions tuméfiés.

DAH, jusqu'à la deuxième côte, DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité tympanique, avec nombreux râles humides, plusieurs à tintement. DPB et DAB, râles humides. GAH, jusqu'à la troisième côte, matité relative, râles humides disséminés, GPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, mêmes phénomènes. Dans le reste du poumon gauche, quelques râles humides.

Dès l'abord la température tombe, l'appétit s'améliore, la toux et les sueurs diminuent.

A partir du milieu de février pourtant, la température se relève et se maintient constamment très élevée, jusqu'à 40° et au-dessus. On interrompt les injections. La malade décline de plus en plus, tombe dans le délire et s'éteint lentement.

Observation 110. — Fille de 12 ans. Consult.

Du 10 janvier au mois de juillet 1898.

Tare héréditaire. A toujours été frêle et délicate. Malade depuis 3 ans. Depuis trois mois, atteinte d'une fièvre élevée, d'une toux et expectoration intenses, d'une diarrhée épuisante, elle a rapidement dépéri.

Enfant pâle, très chétive. Température très élevée, température vespérale: 39° et au-dessus. Pulsations 140. Dyspnée. GA, matité, s'étendant jusqu'à la matité cardiaque, avec nombreux râles humides, en partie à tintement métallique, respiration affaiblie. GP, matité absolue avec râles à tintement métallique, et, au sommet, respiration bronchique. — Au sommet droit, en avant et en arrière,

râles humides ; au niveau du pounon droit, quelques rhoncus et craquements. — Abdomen un peu tuméfié, en certains points sensible à la pression, douleurs abdominales. Jusqu'à 8 selles par jour. Bacilles abondants.

Avril. Lente amélioration ; température le plus souvent au-dessous de 38° 1 ou 2 selles pulpeuses par jour.

Juillet 1898. Poumon droit presque entièrement libre de bruits ; de même GPB. GAB et GPH, forte matité, respiration bronchique amphorique, râles modérément abondants, la plupart secs. Rétraction manifeste de la moitié gauche du thorax. La toux et l'expectoration ont beaucoup diminué. 1 ou 2 selles par jour. Appétit bon. Température jusqu'à 38°. Départ pour la campagne.

Tuberculose du larynx.

Dans la *tuberculose du larynx*, les résultats ont été très favorables, sauf dans les cas où l'affection laryngienne représentait la période terminale d'une affection pulmonaire avancée et accompagnée d'une fièvre intense.

Si les malades sont sans fièvre et si les altérations des poumons — ce qui n'est pas si rare — ne sont pas trop avancées, les résultats sont alors très bons, bien que le traitement doive être assez prolongé. On sait que, chez ces malades, les forces sont fréquemment encore très bien conservées.

De tels malades supportent, exigent même, des doses relativement élevées, jusqu'à 25 mg. et au delà, bien entendu sous le contrôle rigoureux de la température et de l'état général.

Il est intéressant de suivre, à l'aide du laryngoscope, le processus curatif des ulcérations tuberculeuses laryngiennes. D'abord on voit apparaître, sur la surface ulcérée d'un jaune sale, quelques petits bourgeons granuleux rouges. Les ulcérations deviennent plus petites, plus planes; on voit l'épithélium s'avancer de la périphérie vers le centre. Petit à petit il se forme une sorte de bourrelet, correspondant au bord libre de la corde vocale. Les bourrelets sont encore gonflés, rouges, irréguliers; l'occlusion est, bien entendu, très inexacte. Enfin on a des bandes rouges, couvertes d'une sorte de fin voile grisâtre, sur lesquelles adhère encore çà et là un enduit croupal. Ce jeune épithélium est encore très fragile et se détache facilement, de manière à mettre à nu de nouvelles surfaces excoriées. Il faut toujours au moins quatre mois pour qu'il se forme une couche persistante d'épithélium. — Les ulcérations petites, isolées, se cicatrisent souvent très rapidement. — Les végétations tuberculeuses polypeuses se rapetissent aussi et disparaissent souvent d'elles-mêmes.

Le *traitement local*, dans la tuberculose du larynx, ne m'a pas donné de résultats bien concluants; mais ce traitement, désiré, en général, par les malades, peut seconder les progrès de la guérison. J'ai employé les insufflations d'hétocrésol (voyez tuber-

culose chirurgicale), ainsi que les badigeonnages d'hétocrésol en suspension dans la glycérine. Le mieux est encore de faire, avec ménagements, des badigeonnages avec un mélange d'hétocrésol (2), iodoforme (1) et éther (17), que le malade supporte bien, en général, sans qu'on ait besoin de leur adjoindre des badigeonnages à la cocaïne.

J'ai aussi fait inhaler l'émulsion de baume du Pérou, sous la forme préconisée par Hayen (baume du Pérou, mucilage de gomme arabique, aa 1,0, eau distillée jusqu'à 10,0, mêlez pour émulsion ; ajoutez hydrate de sodium gtt I. D. S. 3-5 gouttes dans le verre de l'appareil à inhalation, 1-5 fois par jour). La plupart des malades m'ont cependant prié de les dispenser de ces inhalations à cause de la toux qu'elles provoquaient. Les inhalations avec une solution de sel marin, avec de l'eau d'Ems, etc., peuvent aussi être utiles dans le but de faire diminuer la sensation désagréable de sécheresse au cou.

Quant aux cautérisations avec l'acide lactique, j'en suis presque entièrement revenu à cause des vives douleurs qu'elles provoquent. Dans les cas à marche favorable, elles sont inutiles, et, dans les périodes terminales, il me répugne, en l'absence de tout espoir d'un résultat définitif, de soumettre les malades à un traitement si douloureux. J'ai constaté pourtant, dans quelques cas, que les ulcérations tuberculeuses se nettoyaient plus rapidement par l'emploi de concentrations modérées, et je crois donc pouvoir recommander, pour certains cas, l'acide lactique, dans le but de hâter la guérison. Lorsque les ulcérations se nettoient d'elles-mêmes, le traitement par l'acide lactique me paraît superflu, d'autant plus que la cautérisation énergique par l'acide lactique peut faire sacrifier beaucoup plus de tissu qu'on ne voudrait.

Observation III. — Homme de 45 ans KOK et cons.

Du 28 décembre 1897 au 30 mars 1898.

Parents, femme, 2 enfants, 7 frères et sœurs bien portants ; un frère mort de phthisie pulmonaire. Lui-même jouissait auparavant d'une bonne santé. Depuis 2 ans, catarrhe et toux. Depuis un an, enrrouement. Cure à Wiesbaden, sans résultat. Traité chez lui par un spécialiste au moyen de l'acide lactique ; guérison des ulcérations de la corde vocale gauche, mais progrès du mal sur la corde vocale droite.

ÉTAT ACTUEL : Homme très grand, maigre ; habitus du phthisique. Température normale ; état général non essentiellement atteint. Enrouement prononcé, peu de toux et d'expectoration. Bacilles tuberculeux.

Poumons : DPH, jusqu'à la moitié de l'omoplate, matité. Nombreux râles humides, à moyennes bulles. DAH, jusqu'à la clavicule, matité et râles humides.

Larynx : Muqueuse d'un rouge vif. Corde vocale gauche jaunâtre ; antérieurement, le bord est irrégulier, excorié. A droite, dans le tiers moyen et le tiers postérieur, ulcération profonde, à bords saillants, à l'entrée du sinus de Morgagni, et s'étendant sur la corde vocale, rouge et tuméfiée. Le fond en est jaune,

irrégulier, le pourtour est aussi couvert d'un pus jaunâtre. — La paroi postérieure du larynx, tuméfiée, épaissie, moins rouge, ne présente aucune ulcération.

21 janvier. Ulcération plus plane, plus large, encore couverte d'un enduit. Au milieu, petit bourgeon granuleux rouge. Corde vocale gauche plus unie.

3 mars. Ulcération aplanie, couverte encore d'un enduit jaune présentant sur les bords des raies d'un gris pâle qui s'étendent en avant et sur les côtés, ulcère réduit d'étendue. La rougeur et le gonflement sont moindres. Toux, expectoration, enrouement, modérés.

Poumon : DPH, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, quelques râles fins.

État général passable. Sortie; traitement à la cons.

31 mars. Etant à la fin de son congé, il retourne chez lui.

État général bon. Bonne apparence. Augmentation lente, mais constante, du poids du corps.

Poumon : DP, au-dessus de l'épine de l'omoplate, matité, diminution du son jusqu'au milieu.

Auscultation : rien.

Larynx: Corde vocale gauche irrégulière. Cicatrice.

Corde vocale droite : ulcération encore plane, réduite de moitié, couverte de granulations, n'offrant qu'un enduit léger. Pourtour net; à partir du bord, formation nouvelle d'épithélium. Les bords des cordes vocales et des ligaments supérieurs de la glotte sont irréguliers, un peu rétractés, cicatrisés.

Guère plus de toux et si peu d'expectoration, qu'il est à peine possible d'examiner les crachats, dans lesquels d'ailleurs on ne peut découvrir de bacilles tuberculeux.

À la fin mai, on nous annonce que le bon état s'est maintenu. L'ulcération doit être entièrement guérie.

Observation 112. — Fabricant de 47 ans, KOK et cons.

Du 14 décembre au 30 décembre 1897. KOK et cons. jusqu'au 29 avril 1898.

Pas de tare héréditaire, au dire du malade. Il y a 5 ans, par suite d'une influenza grave, catarrhe, toux et enrouement, qui augmente peu à peu et finit par se transformer en une aphonie complète. Depuis 5 ans, séjour dans divers établissements sanitaires et traitements spéciaux (le plus souvent cantérisations avec acide lactique et galvanocautére).

ÉTAT ACTUEL : Homme à constitution vigoureuse, à embonpoint assez bien conservé; teint jaunâtre, air souffrant. Température en général normale; ce n'est qu'accidentellement qu'elle s'élève, le soir, au-dessus de 38°. Respiration et pouls, normaux.

DAH, jusqu'à la troisième côte, DPH, jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate matité, avec assez nombreux râles humides, à moyennes bulles. DPB, râles secs disséminés, çà et là aussi quelques râles humides. Dans le poumon gauche, rhoncus et craquements isolés. Emphysème modéré.

Épiglotte fortement tuméfiée; sur tout le bord libre, surface ulcéreuse couverte d'un enduit jaune, sur laquelle apparaissent, en divers endroits, des sequestres cartilagineux d'un blanc jaunâtre (résultant, paraît-il, de l'action du galvanocautére). Larynx, dans sa totalité, fortement tuméfié et rouge; mais la vue peut pénétrer jusqu'à la fente glottique. Les deux cordes vocales sont transformées en surfaces ulcéreuses irrégulières, déchiquetées, couvertes d'un enduit d'un jaune grisâtre sale: les ligaments supérieurs de la glotte sont gonflés et rouges, mais non érodés. La trachée ne présente aucune anomalie appréciable. — Voix très rauque; difficulté de la déglutition, mais pas en rapport avec l'état de l'épiglotte. Dyspnée modérée. Appétit bon. Très nombreux bacilles dans les crachats.

2 février. L'état général s'est notablement amélioré. La respiration est moins courte. La matité, dans le poumon droit, n'a subi aucun changement: on entend encore des râles dans la région de la matité. — L'intérieur du larynx s'est dégonflé dans toute son étendue. La corde vocale droite s'est assez bien nettoyée et sa forme s'est rapprochée de la normale; la gauche s'est un peu dégonflée, sans autre changement: l'épiglotte s'est aussi dégonflée. Surfaces ulcéreuses à peu près dans le même état.

10 mars. Dans le poumon droit on ne trouve plus que des râles secs. Les deux cordes vocales se sont nettoyées, elles ont repris assez bien leur forme normale, elles sont en partie recouvertes d'épithélium.

27 avril. Dans le poumon droit, râles secs (catarrhe récent); ils avaient auparavant entièrement disparu. Les deux cordes vocales sont recouvertes d'une couche épithéliale mince, tendre, luisante; leur occlusion se fait bien, quoique pas exactement. La voix est voilée et rude, mais le timbre en est assez bon. Intérieur du larynx bien désenflé et rien qu'un peu rouge. Sur l'épiglotte, les séquestres cartilagineux se sont détachés, sauf un; en certains points, formation d'épithélium; en d'autres, granulations bonnes, mais pâles. — Etat général très bon. La respiration se fait beaucoup mieux. Il existe encore quelques bacilles tuberculeux, mais en très petit nombre.

Le malade est obligé de partir à cause de ses affaires; il s'est fait faire des injections au mois de juin, mais irrégulièrement. En juillet, catarrhe fébrile. Fin juillet, amélioration, disparition de la fièvre; nous apprenons que la guérison de l'ulcération au niveau de l'épiglotte se fait très lentement.

Observation 113. — Employé de 47 ans. KOK et cons.

Du 20 février (début des injections le 19 mars) jusqu'au 13 mai 1896; puis, injections irrégulières au cabinet de cons. † le 15 février 1897.

Depuis 4 ans, enrouement et dyspnée; accès d'asphyxie. Arrive à la maison, atteint d'un de ces accès. C'est seulement après avoir souffert, durant 36 heures, d'une dyspnée très intense, qu'il se soumet à la trachéotomie. Tuméfaction et ulcération très prononcées au niveau de la région interaryténoïdale: végétations polypeuses ulcérées au niveau du ligament supérieur de la glotte, du côté droit; la vue ne pénètre que très difficilement dans l'intérieur du larynx. Poumons: diminution du son et râles isolés aux deux sommets. Forte obésité. Pouls misérable, intermittent. — On hésite d'abord, pour le diagnostic, entre la syphilis, le cancer et la tuberculose. — On essaie l'emploi de l'iode de potassium, qui ne donne aucun résultat appréciable.

A partir du 19 mars, injections d'acide cinnamique, badigeonnage du larynx avec baume du Pérou.

13 mai. Congédié; traitement au cabinet de consult. Tuméfaction et ulcérations du larynx, guéries; sur le ligament supérieur de la glotte, du côté droit, polype pédiculé. On ne peut pas se dispenser de faire usage de la carule. On propose au malade la laryngotomie médiane; mais il la refuse obstinément. L'opération par la bouche n'est pas praticable. Il peut travailler un peu; mais, vivant dans de mauvaises conditions, il déperit de plus en plus. Le 17 février 1897, on doit lui faire une laryngotomie. Le soir du 15 février on l'emporta, mourant, à la maison. La trachéotomie inférieure, immédiatement pratiquée, resta sans résultat.

Autopsie: Dans le larynx, on trouve seulement de l'œdème, un polype assez petit au niveau du ligament supérieur droit, point d'ulcérations. Végétations granulacées très marquées à l'ouverture de la trachéotomie. Dans les deux lobes supérieurs des poumons, infiltrations tuberculeuses, en train de se transformer en tissu conjonctif. A gauche, pleurite sèche. Forte myocardite. Dilatation du cœur. Adipose générale très prononcée. Foie gras. Néphrite chronique.

Observation 114. — Fille de 18 ans. KOK.

Du 10 avril jusqu'au 14 juillet, KOK. Cons. jusqu'au 7 août. Injections depuis le 12 avril jusqu'au 7 août.

Pas de tare héréditaire. Depuis le mois de janvier 1897, enrouement; depuis lors aussi, tuméfaction du pouce gauche; ouverture; fistule et ulcération. La première phalange est le siège d'un épaississement fusiforme. Ulcération dorsale, de l'étendue d'une pièce de 1 franc, à travers laquelle on pénètre jusqu'à l'os, rugueux. Pouce mobile, non douloureux ni sensible à la pression.

Larynx: Forte tuméfaction, d'un rouge pâle, des parois postérieures du larynx; végétation polypeuse au niveau du cartilage aryténoïde gauche. Cordes vocales grisâtres, mobiles, mais ne se ferment pas bien. Ulcérations nulle part.

17 avril. Grattage de l'ulcération et de la phalange spontanément fracturée.

10 mai. Encore mobilité anormale. Épaississement considérable, fistules. Pas de douleurs.

Plus d'enrouement.

2 juin. Nouveau grattage. Enlèvement de la phalange entièrement nécrosée.
13 juillet. Le gonflement du larynx a considérablement diminué. Cordes vocales unies, fonctionnant bien ; leur couleur est encore grisâtre. Voix encore voilée. Au doigt, granulations de bonne nature.

14 juillet. Le doigt est encore le siège d'un gonflement assez notable. La phalange terminale est rapprochée du métacarpe. Voix encore rauque de temps en temps ; pas de toux.

Continuation du traitement au cabinet de cons.

7 août. Guérison.

Au printemps de 1898, récidence au ponce, et, au larynx, nouvelles végétations au niveau du cartilage aryténoïde gauche. On renouvelle le grattage au ponce ; applications locales et injections intraveineuses d'hétéocrésol. Sept semaines après, le ponce est guéri, tous les os ayant été enlevés, et les végétations du larynx ont régressé. Rien aux poumons.

Observation 115. — Fille de 26 ans. KOK.

Du 5 octobre jusqu'au 10 décembre 1897.

Le père tousse depuis la campagne de 1870-71 ; il est d'ailleurs bien portant. Elle a un frère atteint de gonflement scrofuleux des ganglions cervicaux. Pas d'autre tare héréditaire. Elle-même a toujours été auparavant bien portante. Il y a neuf mois, refroidissement ; depuis lors, enrouement et toux. Anorexie. Diminution de poids. Un médecin, qui l'a soignée, a porté le diagnostic : phthisie pulmonaire.

Etat de la nutrition passable, constitution faible. Anémie. Enrouement prononcé. La muqueuse laryngienne est, dans toute son étendue, très tuméfiée et rouge. Cordes vocales d'un rouge grisâtre, à réaction paresseuse.

Poumons : DPH, matité et râles secs. Peu d'expectoration ; jamais de sang dans les crachats ; on ne peut avec certitude démontrer l'existence de bacilles tuberculeux. Pas de sueurs nocturnes. Température, pouls, normaux.

19 octobre. La voix n'est que peu voilée. L'appétit, l'état général, se sont améliorés. Presque plus de toux. Point d'expectoration. Poumons dans le même état.

15 novembre. Voix pure. Plus de toux. Etat général et appétit, bons. Dans le poumon droit, plus rien d'anormal. GPH, de temps en temps quelques légers craquements pleurétiques.

10 décembre. L'état se maintient bon. Larynx normal, les cordes vocales ont une couleur normale. La malade sort.

Mai 1898. Très bon état général. Pas de nouvelle incommodité. Plus aucun symptôme objectif. Etat de la nutrition satisfaisant.

Observation 116. — Femme de 36 ans. KOK.

Du 30 janvier au 7 août 1897. Injections depuis le 5 mars jusqu'au 6 août.

Depuis 4 ans, douleur dans l'abdomen ; la cause en est inconnue. Constipation chronique. Tare tuberculeuse héréditaire. Depuis trois mois, la constipation a augmenté ; résistance dans la région cœcale.

29 janvier. Le soir, chez elle, tout à coup collapsus, délire, engourdissement.

30 janvier. Faiblesse extrême. Somnolence. Absence de selles. Vomissements. Emission involontaire des urines. 100 pulsations, de plus en plus faibles.

Au moment de sa réception, faciès hippocratique, voix languissante, membres froids, lèvres sèches. Haleine à odeur fécaloïde, yeux fixes, pupilles réagissant faiblement. Pouls à peine perceptible. Abdomen affaissé, très sensible à la pression. Rien ailleurs. Plus de vomissements. Température 38°,5 ; pulsations 120. Le médecin traitant ayant admis l'existence d'une péritonite cœcale par perforation, on pratique immédiatement la laparotomie ; on ne trouve rien autre qu'une masse cicatricielle dure dans la région iléo-cœcale.

2 février. Lente amélioration ; encore faiblesse considérable. Le ventre est encore très sensible à la pression, fortement enfoncé.

5 février. Selles spontanées. Urines normales. L'état des forces s'améliore un peu. Température irrégulière. Pouls un peu plus fort, 90 pulsations. L'abdomen est toujours encore assez déprimé et sensible. Pas d'autres troubles abdominaux. Faim et soif.

Toujours un peu de toux et expectoration mucoso-purulente. On ne trouve pas de bacilles tuberculeux. On ne peut pas examiner exactement le poumon à cause de l'abattement de la malade. DAH, matité et râles.

21 février. Evacuations, avec les selles, d'une quantité assez considérable de pus, à la suite de douleurs abdominales ayant duré plusieurs jours. L'abdomen n'est le siège d'aucune sensibilité particulière.

Température, en général, normale. L'état général s'améliore notablement.

La plaie de l'abdomen est guérie.

28 février. Température normale. Il y a quelques jours, brusquement, enrrouement et dyspnée rapidement croissante, au point de rendre presque la trachéotomie nécessaire. Diminution de la dyspnée, l'enrouement persiste.

Poumons : DPH, matité jusqu'à l'épine de l'omoplate; respiration bronchique jusqu'au milieu de l'omoplate, râles humides. DA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, matité, respiration bronchique et bruits de râles. Pas de bacilles tuberculeux dans les crachats. L'entrée du larynx est si enflée et si rouge, ainsi que l'épiglotte, que la vue ne peut pénétrer jusqu'à l'intérieur du larynx.

7 avril. La toux et l'enrouement persistent. Larynx : Tuméfaction générale et rougeur intense; les cordes vocales sont toujours invisibles. Poumons : au niveau de la région où existe la respiration bronchique, on perçoit partout des râles isolés, de temps en temps dyspnée légère. Température toujours normale. Etat général passable.

25 mai. De temps à autre, dyspnée et température irrégulière. Larynx : Gonflement considérable des cordes vocales, inférieures et supérieures. Poumon, à droite, même état. GP, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, respiration bronchique, quelques râles. GA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, craquements isolés. Bacilles tuberculeux, en petit nombre, dans les crachats.

4 juillet. Douleurs abdominales modérées et presque continuelles, s'irradiant du cœcum vers l'estomac.

Poumons : DP, jusqu'au milieu de l'omoplate, matité, respiration bronchique. DA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, son tympanique, respiration bronchique très accentuée. GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, légère diminution du son; respiration rude. La malade se lève un peu.

7 août. Poumons : DP, matité seulement jusqu'à l'épine de l'omoplate et respiration simplement rude. DA, au-dessus et au-dessous de la clavicule, matité relative, respiration bronchique. En outre, DA et DPB, craquements. GPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité, pas autre chose.

Larynx encore modérément rouge, de même que les cordes vocales. Plus de dyspnée, mais la voix est toujours voilée.

De temps en temps, douleurs abdominales. Etat général passable.

Sur son désir, et contre l'avis du médecin, la malade passe au traitement à la consultation. Elle cesse bientôt de venir.

Son état se serait, paraît-il, maintenu passable.

Observation 117. — Commis de 49 ans. KOK.

Du 10 décembre 1897 au 14 avril 1898.

Point de tuberculeux dans sa famille. Il y a quelques années, tuméfactions ganglionnaires; bien portant d'ailleurs. Depuis six mois, enrrouement et toux; il y a quelques mois, un peu de sang dans les crachats, une seule fois.

Nutrition assez bonne, constitution vigoureuse. Température au-dessus de 38°, 7. Appétit, état général, satisfaisants.

Poumons : DPH, matité tympanique, respiration affaiblie, craquements fins abondants, respiration bronchique.

DAH, jusqu'à la troisième côte, matité tympanique. bruit de pot fêlé, respiration affaiblie, craquements isolés, râles humides.

GP II, râles humides, matité relative.

Larynx : Muqueuse épaissie dans toute son étendue, d'un rouge grisâtre mat. Cordes vocales, supérieures et inférieures, fortement tuméfiées, difficilement mobiles; la glotte ne se ferme pas. Bords irrégulièrement boursoufflés. Ulcération profonde à la partie postérieure du bord droit, bord érodé en arrière au niveau de la corde vocale gauche. Crachats nummulaires abondants, nombreux bacilles de la tuberculose.

27 décembre. Rapide ascension de la température. Dyspnée. Diminution de l'appétit. Douleurs abdominales, vomissements, diarrhée.

Poumons : DPH, matité jusqu'au milieu de l'omoplate, respiration bronchique et râles crépitants.

DAL, râles humides à tintement métallique ; de la 2^e à la 4^e côte, respiration bronchique.

Pas d'expectoration, peu de toux.

10 janvier. DPH, matité absolue. Jusqu'à la pointe de l'omoplate, diminution du son : râles crépitants. Respiration faible.

DAL, matité jusqu'à la 4^e côte et râles humides à tintement métallique.

GPH et GAI, respiration rude, quelques râles crépitants.

2 février. Dans les poumons, le mal fait toujours des progrès.

DPH, jusqu'au milieu, matité, respiration rude, quelques râles à moyennes bulles, à tintement métallique.

DAL, matité absolue et relative. Jusqu'au milieu, quelques râles à moyennes bulles, à tintement métallique, craquements.

GP, rien à noter. GAI, jusqu'à la troisième côte, râles à fines bulles abondants, clairsemés en bas.

Larynx : L'ulcération de la corde vocale droite s'est un peu agrandie, les bords sont couverts d'un enduit. En arrière, perte de substance étendue, à bords taillés à pic. Ailleurs, rougeur et tuméfaction, comme auparavant.

Etat général défectueux, appétit mauvais. Douleur vive dans l'abdomen ; diarrhée abondante, selles fétides, souvent sanguinolentes. Toux, expectoration, intenses. Douleurs dans le cou, sécheresse, souvent aphonie complète. Rapide diminution des forces.

3 mars. Température constamment entre 39,0 et 40,0. Les forces et l'état de la nutrition déclinent lentement. Toux considérable, expectoration modérée, fortement muqueuse.

Poumons : DP, matité partout. GAI, matité et râles à tintement métallique.

Larynx : modérément rouge ; gonflement plus marqué au niveau des cartilages aryténoïdes. Corde vocale droite rétrécie en arrière, cicatrisée ; plus d'ulcération. A gauche, la perle de substance est couverte de granulations d'une teinte rougeâtre mate. Ailleurs, point de rougeur, plus d'enduit sur les cordes vocales. La douleur abdominale a diminué. Les selles sont rares et ne sont plus sanguinolentes.

1^{er} avril. L'état général est mauvais, décline continuellement. Alimentation insuffisante. La diarrhée est moindre, les selles redeviennent de temps à autre sanguinolentes. Température constamment élevée, rémittente.

Poumons : DP et DA, matité, respiration bronchique, bruits de râles partout.

GP, râles fins jusqu'au sommet ; GA, jusqu'à la quatrième côte.

Larynx : Forte tuméfaction des cartilages aryténoïdes et de la région au-dessus des ligaments supérieurs de la glotte ; vive sensibilité ; sensation de sécheresse. Forte excitation à la toux, d'où résultent souvent des vomissements.

14 avril. Les forces déclinent de plus en plus rapidement au milieu d'une diarrhée abondante et d'une toux sèche, spasmodique, provoquant des vomissements fréquents. Gonflement très prononcé de toute l'étendue de la muqueuse laryngienne, dyspnée continue et œdème glottique menaçant.

Poumons : Presque partout, respiration bronchique, râles et malité, seulement GP encore libre.

13 avril. Somnolence, râle trachéal.

14 avril. Mort.

Autopsie : Muqueuse laryngienne d'un gris pâle, fortement tuméfiée. Ulcérations irrégulières sur les parties postérieures des cordes vocales supérieures et inférieures, au niveau des cartilages aryténoïdes et sur l'épiglotte au-dessous du renflement.

Poumons : Les deux sommets sont fortement adhérents. Dans les sommets et dans le lobe moyen droit, cavernes multiples, de l'étendue d'un haricot à celle d'un œuf de pigeon, les unes à peu près vides, les autres pleines d'un pus jaune. Dans les lobes inférieurs, quelques foyers péribronchiques. Dans le lobe inférieur droit, fort engorgement sanguin.

Dans l'intestin, infiltrats folliculaires multiples et étendus : plusieurs petites ulcérations.

Péritoine libre ; les autres organes sont aussi à l'état normal.

Voici encore deux cas de date plus ancienne.

Observation 118. — Demoiselle de 28 ans (1892), traitement à domicile. Tare héréditaire. Depuis plusieurs années, elle est souvent enrouée ; aujourd'hui elle est aphone depuis plusieurs mois. Toux et expectoration, sueurs nocturnes. Amaigrissement. Embarras gastrique.

ÉTAT ACTUEL : Encore bien nourrie, mais pâle et anémique. DAI, jusqu'à la clavicule, DPH, jusque près de l'épine de l'omoplate, diminution du son, râles humides et secs en quantité modérée. Rien autre dans les poumons. Gonflement modéré des ganglions cervicaux. L'intérieur du larynx est tuméfié et rouge dans toute son étendue. Cordes vocales très paresseuses, tuméfiées, d'un gris sale : sur la corde vocale droite, vers le milieu, petite perte de substance couverte d'un enduit jaune ; dans la fente interaryténoïdienne, fissure étroite, couverte d'un enduit d'un gris sale. — Dyspnée très légère. Aphonie presque complète. Température et pouls, à l'état normal. Bacilles tuberculeux en petite quantité.

Amélioration très rapide des processus dans le larynx et les poumons. Dès la 4^e semaine, les ulcérations sont cicatrisées. Dans la 6^e semaine, on ne constate plus dans les poumons qu'une matité légère. Contre l'avis du médecin, la malade sort à la fin de la huitième semaine. La voix est un peu voilée. Légère fissure au niveau de la corde vocale droite. Augmentation de poids : 8 livres. Plus de bacilles.

La malade a été assez bien pour reprendre son travail jusqu'en 1897 ; à cette époque se sont de nouveau manifestés l'amaigrissement et la toux. — Larynx : légère tuméfaction des cordes vocales, qui ont une teinte gris sale ; on aperçoit une petite fissure sur la corde vocale droite. DAI, jusqu'à la deuxième côte, matité ; DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité relative, avec râles humides et secs, modérément abondants. GPB, frottement pleurétique et douleurs. Pas de fièvre. Etat de la nutrition passable. Bacilles tuberculeux modérément abondants. Au bout de 4 mois de traitement au cabinet de consultation, tous ces phénomènes régressent, sauf la matité, DAI et DPH, et l'affaiblissement du son. Plus de bacilles. La demoiselle s'est fiancée en 1898.

Observation 119. — Homme de 28 ans. KOK, 1895.

D'après ce qu'il nous dit, pas de tare héréditaire. Dans sa profession de conducteur de locomotive il est exposé à toutes les intempéries. Depuis 6 mois, enrouement. Depuis 10 semaines, un spécialiste le traitait, sans succès, pour une tuberculose du larynx. — Amaigrissement. Toux et expectoration considérables.

Homme vigoureusement constitué, un peu maigre. Pouls et température normaux. Poumons : GAI et GPH, matité relative, avec râles humides et secs en petite quantité. Intérieur du larynx tuméfié, fortement rougi ; les deux cordes vocales sont transformées en masses déchiquetées, ulcéreuses, couvertes d'un enduit jaune ; l'ulcération envahit aussi çà et là les ventricules et les ligaments supérieurs. Aphonie totale. Bacilles en quantité modérée dans les crachats.

Très rapide amélioration de l'état général et de l'état du larynx. Au bout de 8 semaines, on n'entend plus de râles dans les poumons. Les ulcérations des cordes vocales se sont nettoyées et sont en partie cicatrisées.

Au bout de trois mois, le malade, à l'expiration de son congé, s'en va, contre l'avis pressant du médecin. Augmentation de poids : 30 livres. Excellent état. Les cordes vocales ont assez bien repris leur forme normale et sont recouvertes d'un épithélium mince, rouge, transparent.

Malgré l'attestation médicale, le malade est obligé de reprendre son service comme conducteur de locomotive, et il revient, au bout de six mois, avec une récurrence de ses ulcérations laryngiennes.

Poumons : En dehors de la matité relative, rien d'anormal au sommet gauche. Sur les deux cordes vocales, ulcérations pas très profondes, couvertes d'un enduit jaune sale. État général satisfaisant.

Bien que les ulcérations soient notablement moins étendues et moins profondes

que lors de la première entrée, la guérison se fait cette fois plus lentement. — Au bout de trois mois, le malade sort dans un état général satisfaisant et avec ses ulcérations cicatrisées. — Depuis lors nous n'avons eu de lui aucune nouvelle.

Nous avons eu encore un cas, dans lequel des végétations tuberculeuses du larynx ont été guéries; chez un autre malade, encore en traitement, et dont le larynx était le siège d'une rougeur intense, de gonflement et de petites ulcérations, la guérison est aussi en bonne voie.

CHAPITRE IV

Tuberculose intestinale et péritonite tuberculeuse chronique.

La tuberculose de l'intestin et du péritoine semble être, pour le traitement par l'acide cinnamique, un champ aussi favorable que l'est la tuberculose des poumons. Comme on le sait généralement et comme nous l'avons fait remarquer spécialement, page 33, la tendance à une guérison spontanée paraît être, dans ces organes, plus considérable que dans les poumons. Bien entendu que les succès ne manquent pas non plus ici ; mais il s'agissait alors de cas très avancés, dans lesquels l'épuisement, combiné, en général, avec une fièvre très élevée, était arrivé à un tel point, que la guérison ne semblait plus possible.

La technique du traitement est la même que celle indiquée page 68 et suivantes ; je me sers ici presque exclusivement de l'injection intraveineuse. Ici encore on débute par de petites doses (0 millig. à jusqu'à 1 millig.), puis on les augmente lentement, tant que la température ne s'élève pas et que l'état général s'améliore ou reste bon. Si les tuberculoses intestinales sont apyrétiques ou devenues apyrétiques, on peut alors parfois recourir avec utilité à des doses supérieures à 25 millig. Nous en dirons autant de la péritonite tuberculeuse chronique.

Bien entendu, un traitement adjuvant rationnel s'impose aussi dans la tuberculose intestinale.

Ainsi je soumetts d'abord les malades à un régime sévère, que j'étends peu à peu à mesure que l'amélioration fait des progrès.

En dehors du régime, je n'ai que rarement recours, pour combattre la diarrhée, à un traitement médicamenteux. La diarrhée cède, en général, d'elle-même. J'ai cependant employé parfois la tannigène, la tannalbiue, etc. Quant aux opiacés, je n'en fais que très rarement usage ; parfois, le soir, un suppositoire à l'extrait d'opium. J'ai, le plus souvent, pour combattre les douleurs, employé les bouteilles chaudes, les fomentations abdominales de Priessnitz, etc.

La marche, dans la tuberculose intestinale, est très simple : les phénomènes morbides régressent peu à peu, la diarrhée diminue, le sang et les mucosités sont en quantité de moins en moins considérable dans les selles et finissent par disparaître. Finalement les selles deviennent plus consistantes et bientôt sont tout à fait solides.

En même temps, les douleurs et le tenesme diminuent. Les infiltrats, souvent sensibles, deviennent aussi peu à peu de moins en moins sensibles, plus petits et peuvent même, en partie, disparaître entièrement.

A la suite du traitement de la tuberculose intestinale par l'acide cinnamique ou le baume du Pérou il peut se produire des sténoses de l'intestin ; c'est ce que j'ai eu l'occasion d'observer dans un cas, dans lequel, à la suite d'une tuberculose intestinale grave, à laquelle le rectum avait particulièrement participé, le médecin de la famille constata, plusieurs années après la guérison, que le rectum était le siège d'une sténose (modérée).

La péritonite tuberculeuse chronique nous offre, au point de vue de la fixation des résultats du traitement par l'acide cinnamique, un champ moins étendu, parce que, dans une partie des cas, on a fait intervenir une opération ; les résultats peuvent donc être aussi attribués à l'intervention opératoire.

Il n'en existe pas moins un certain nombre de cas, dans lesquels il est douteux que l'opération seule, sans l'intervention de l'acide cinnamique, eût pu conduire à un résultat favorable.

Observation 120. — Demoiselle de 25 ans. KB.

Du 25 août 1896 au 10 janvier 1897.

Pérityphlite tuberculeuse.

Délicate et faible. Depuis quelque temps, toux sèche. Dans l'espace de six semaines il s'est développé — presque sans élévation de la température (quelquefois jusqu'à 38°,4) — une dureté douloureuse dans la région du cœcum. Constipation.

25 août. Dans la région du cœcum, induration ayant l'étendue de la main, modérément sensible à la pression, ne pouvant pas être explorée dans ses détails ; à gauche de l'ombilic on trouve aussi une induration du volume d'un œuf. — Au sommet du poumon gauche, légère diminution du son, respiration rude (rales ?).

10 octobre. État général amélioré, selles à peu près régulières. La malade se plaint peu. Infiltrats plus petits.

15 décembre. Au niveau de l'appendice vermiculaire, cordon dur, de la grosseur et de la longueur d'un petit doigt, à peine sensible.

5 janvier. Plus de phénomènes objectifs. Selles régulières. État général très bon. Augmentation de poids : 7 livres.

L'état — constaté à plusieurs reprises — s'est maintenu très bon. La demoiselle est parfaitement apte à travailler.

Observation 121. — Demoiselle de 27 ans. KOK.

Du 4 octobre 1896 au 4 janvier 1897.

Péritonite chronique (probablement de nature tuberculeuse).

Mère morte de carie osseuse, un frère (enfant) mort d'inflammation du cerveau; ou autre frère, de fongus du genou. Elle est tombée malade il y a 11 ans, en présentant des douleurs, d'abord intermittentes, plus tard continues. Très nombreux traitements, bains salés, etc..., qui n'ont donné lieu qu'à une amélioration passagère.

4 octobre. Anémie peu prononcée. Apyrexie. Appétit passable. Augmentation du volume de l'utérus, infiltrat autour de l'ovaire gauche, qui est très douloureux, ovaire droit un peu sensible, mais pas notablement augmenté de volume. De plus, dans la région de l'ombilic, particulièrement à gauche, mais aussi à droite et au-dessous de l'ombilic, indurations sensibles à la pression. On tente le traitement par l'acide cinnamique; en même temps bains salés.

15 décembre. Les douleurs, surtout intenses pendant la période menstruelle et provoquant même des phénomènes spasmodiques, se sont notablement calmées.

4 janvier. Utérus un peu plus petit, ovaire droit sensible, ovaire gauche peu sensible à la pression. Les indurations dans l'abdomen ont disparu en partie; elles sont peu, ou même plus du tout, sensibles à la pression. Douleurs en somme plus légères. État général meilleur.

Au mois d'avril, la malade nous annonce qu'elle n'éprouve des douleurs, assez intenses, qu'à l'époque des règles, mais que, dans les intervalles, elle n'en ressent absolument aucune.

Jusqu'au mois de janvier 1898, elle s'est bien portée, mieux que depuis bien des années. Puis, à la suite d'un violent effort, elle a été de nouveau prise brusquement de vives douleurs dans le ventre.

15 février. État de la nutrition très bon. Les phénomènes objectifs sont plutôt un peu plus satisfaisants qu'au moment de la sortie. Utérus plus petit, d'un volume presque normal; ovaire droit à peu près normal, indolore et insensible à la pression; ovaire gauche un peu augmenté de volume et modérément douloureux. Quant aux infiltrats abdominaux, on ne perçoit plus, à la palpation, qu'une induration diffuse, modérément douloureuse, de l'étendue environ d'une pièce de cinq francs, et siégeant à gauche de l'ombilic. Traitement à la consultation.

Fin mai. Dans l'abdomen on ne sent plus nulle part aucune dureté.

Utérus, dans le même état. Ovaire gauche, à peu près sans changement. Les souffrances aussi sont moindres pendant la menstruation; la malade ne se plaint plus de douleurs locales; c'est plutôt un état de nervosité générale.

À la fin juillet, elle nous annonce qu'elle se trouve très bien.

Observation 122. — Fille de 20 ans, KOK.

Du 16 mai au 24 septembre 1895 et du 20 février au 22 septembre 1896.

Tuberculose grave du pied, tuberculose intestinale, etc...

Depuis 5 à 6 ans, tuméfaction douloureuse du pied gauche, avec formation de 8 fistules. — Très maigre, mal développée.

20 mai. Résection de tous les os du tarse, de l'extrémité postérieure du métatarse, d'un fragment (environ 8 centim.) du péroné.

1^{er} août. Encore quelques fistules bien rétrécies, à sécrétion peu abondante; la malade se lève avec un léger appareil. — Diarrhée fréquente.

24 septembre. État général meilleur. La diarrhée a disparu. La malade quitte l'hôpital.

20 février 1896. Rentrée de la malade. Le pied est très raccourci. Fistules rétrécies, sécrétant peu.

22 février. On pratique le grattage, qui donne lieu à l'issue de quelques séquestres. Bandage plâtré. Il se développe peu à peu une fièvre, qui va jusqu'au delà de 39°. Vomissements, diarrhée, toux légère, avec expectoration peu abondante, sans bacilles; rien d'anormal dans les poumons.

10 mai. Enrouement avec difficulté à avaler et rougeur du larynx.

24 mai. Sensibilité et gonflement au niveau de la région coecale, hémorragies intestinales, nouvelle élévation de la température jusque vers 40°. On constate que la malade, par suite d'un malentendu, n'a reçu, en injections glutéales, que des doses tout à fait petites. On injecte dans les veines, d'abord l'émulsion, puis le cinnamate de sodium, à la suite de quoi la température tombe lentement, les phénomènes intestinaux, l'enrouement, la toux, peu à peu régressent.

13 juillet. La malade se lève avec un appareil. L'état général s'améliore.

22 septembre. La malade sort avec un appareil à attelles. Au pied existent encore deux fistules profondément rétrécies. Etat général satisfaisant. La toux, l'expectoration, l'enrouement, la fièvre, ont déjà disparu depuis 2 mois. Digestion normale.

L'état de la malade, qui vit dans de très mauvaises conditions, serait, me dit-on, redevenu mauvais.

Observation 123. — Fille de 13 ans, KB.

Du mois d'octobre 1896 au mois d'avril 1897.

Tare héréditaire. Début de la maladie actuelle au commencement de mai 1896. Bientôt fièvre élevée (38°,6-39°,8), qui a persisté à cette hauteur jusqu'à la réception de la malade. Douleurs intenses dans l'abdomen, particulièrement dans la région iléo-cœcale. Toux avec expectoration. On constate que le sommet droit est affecté. Constipation, alternant avec diarrhée. Abattement considérable.

ETAT ACTUEL : Enfant très faible, très anémique, très amaigri. DAI, jusqu'à la troisième côte, et DPH, dans la fosse sus-épineuse, matité avec râles humides assez abondants, secs çà et là. DPB, GA et GH état normal. Dans la région iléo-cœcale, endolorissement considérable ; dans les autres parties de l'abdomen, sensibilité à la pression. Température 38°,6-39°,6. Pulsations 144. Quelques bacilles tuberculeux isolés. La malade ne peut aller à la selle qu'à l'aide de lavements.

La matité persiste à droite, plus de bruits de râles, l'endolorissement du ventre, même à la pression, a complètement disparu. Dans la région iléo-cœcale on sent une nodosité dure, ferme, de la grosseur d'un pois ; selles parfaitement régulières. Depuis un mois et demi, température 37°,4-37°,5. Pulsations 98. Augmentation de poids : 25 livres.

Voyez les courbes, figures 24 à 27, page 185.

Plusieurs examens ont permis de constater que l'état s'était maintenu excellent.

Observation 124. — Fille de 7 ans KOK.

Du 4 juin jusqu'au 15 décembre 1896.

Tuberculose du genou. Tuberculose intestinale.

Il y a 2 ans, elle a subi, pour sa tuberculose du genou, une opération (apparemment une arthrotomie).

4 juin. Genou droit fortement tuméfié, subluxé en arrière, fixé à angle droit, très sensible ; au niveau du condyle externe du fémur, ulcération tuberculeuse ayant presque l'étendue de la paume de la main — Abdomen sensible à la pression ; en divers endroits on sent des nodosités dures, sensibles à la pression ; diarrhée, selles parfois sanguinolentes. Etat de la nutrition très mauvais. Anorexie complète. Température jusqu'au delà de 40°. Pulsations 130-150.

5 juin. Drainage et grattage de l'articulation du genou. — La température reste élevée ; diarrhée. Deux fois, ouverture et drainage dans le but d'évacuer de petites collections purulentes.

14 août. La température s'abaisse lentement, les selles sont plus rares et plus solides. Les ulcérations du genou se nettoient et guérissent.

5 novembre. Il ne reste que quelques fistules étroites. Bandage plâtré. — Prenant suffisamment de nourriture, ayant des selles presque régulières et ne présentant que rarement une température au-dessus de la normale, l'enfant se rétablit à vue d'œil.

15 décembre. Traitement au cabinet de consultation. — L'état reste bon. L'enfant marche bien, sans bandage ; fistules étroites. On ne sent plus de nodosités dans l'abdomen. Digestion normale.

L'enfant nous ayant été présentée à plusieurs reprises, nous constatons que la guérison se maintient (sans fistules).

Observation 125. — Fille de 23 ans, KOK.

(23 juin) 13 juillet jusqu'au 18 septembre 1898.

Péritonite tuberculeuse.

Pas de tare héréditaire directe. A longtemps soigné une tante atteinte de phthis-

Fig. 24.

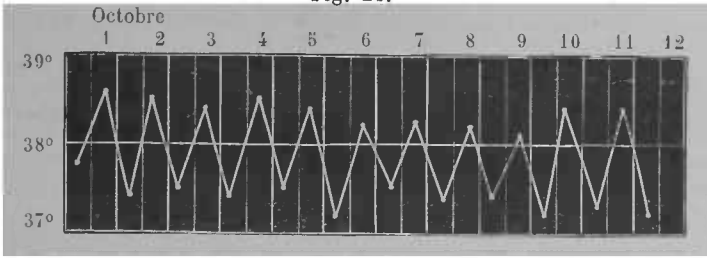


Fig. 25.

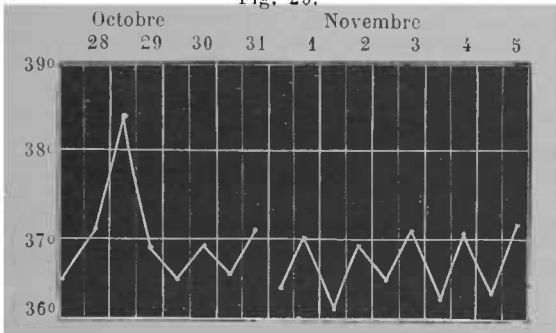


Fig. 26.

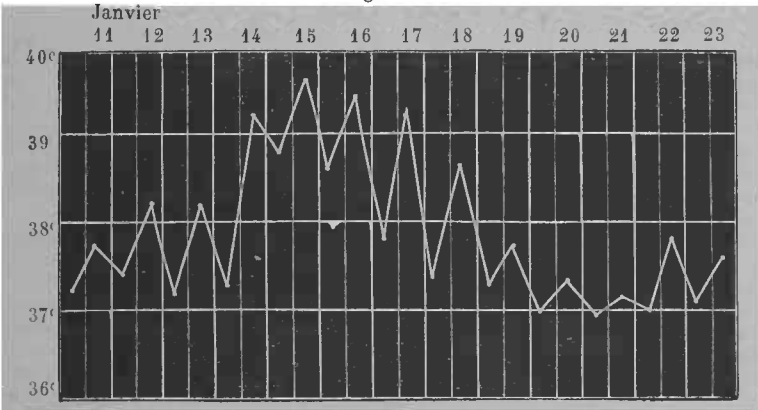
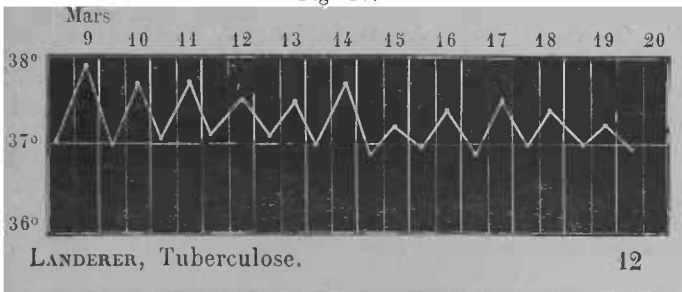


Fig. 27.



sie pulmonaire. Depuis 4 mois, irrégularité des périodes menstruelles et peu à peu tuméfaction de l'abdomen. Température parfois élevée. Sensation de tension et de pression dans le ventre.

23 juin. Aspect vigoureux et sain. A gauche, à côté de l'utérus, tumeur ferme et élastique, ayant le volume d'une tête d'enfant, ne pouvant être délimitée en haut, et séparée de l'utérus par un sillon peu profond; on peut à peine la déplacer. Météorisme considérable. Rétention d'urine. On ne formule aucun diagnostic.

4 juillet. Ouverture du ventre. On n'arrive pas dans une cavité abdominale libre: intestins partout adhérents, çà et là un peu de sérum trouble. Nous trouvant en présence de nodules tuberculeux abondants, l'opération est interrompue.

16 juillet. Plaie abdominale guérie (13 juillet, commencement des injections). Rétention d'urine, météorisme, constipation.

18 septembre. Menstruation régulière. Miction et selles normales. L'abdomen n'est que peu tuméfié. Utérus en dextro et rétroversion. Tumeur encore de la grosseur d'une pomme, se déplaçant assez facilement, indolore. — Il n'existe quasi plus de souffrances. Température normale. Etat général très bon.

Juillet 1898. Etat général excellent. A l'endroit de la tumeur on sent encore une nodosité dure, peu douloureuse.

Observation 126. — Homme de 53 ans. KOK.

Du 24 août au 24 octobre 1896.

Péritiphylite tuberculeuse (diagnostic pas certain).

Depuis quelques mois, rapide diminution des forces, fièvre, constipation, endolorissement dans la région du cœcum, où existe un infiltrat profond. Pouls fréquent, température vespérale le plus souvent au-dessus de 38°. Facies mauvais. Sueurs. Toux avec expectoration peu abondante, sans bacilles.

Au moment de la sortie du malade, le 24 octobre, l'induration de la région iléo-cœcale a disparu, température et pouls normaux. Etat général notablement amélioré. Plus de toux.

Au commencement de 1897, le malade s'est présenté à nous en assez bon état. Plus tard nous n'avons eu de lui aucune nouvelle certaine.

Observation 127. — Fille de 49 ans. KOK.

Du 3 octobre 1896 au 10 juin 1897; injections du 7 décembre 1896 jusqu'au 10 juillet 1897, avec intervalles.

Péritonite et pleurite tuberculeuses. Affection du poumon gauche.

Admise dans le service des maladies internes avec les symptômes d'une péritonite aiguë circonscrite. Diagnostic: abcès subphrénique. En même temps, pleurite des deux côtés, enfin empyème gauche. Affaiblissement très accentué du cœur.

3 octobre. Ponction sans narcose. Drain glissé à travers la canule du trocart. Pus d'un vert jaunâtre, à odeur féculente. — Abaissement lent de la température et du pouls.

16 octobre. Réascension de la température. La fièvre restant élevée, on pratique, le 12 novembre, la résection costale; cavité de l'étendue du poing. La température reste élevée.

24 novembre. Résection de trois côtes; seulement petite cavité. La température reste élevée. Les forces déclinent de plus en plus. Phénomènes de collapsus. Dernier essai des injections d'hétoïl à partir du 7 décembre 1896. Consécutivement, rapide amélioration subjective. La température tombe lentement, en même temps que lentement les forces se relèvent. Diminution de la sécrétion. Dans tout le poumon gauche, râles crépitants. DAI et DPH, râles secs. Aux mois de février et de mars, la malade se relève visiblement, le poids du corps augmente, la température vespérale est encore un peu au-dessus de 38°. A partir de la fin mars, on constate nettement des processus de rétraction très accentués dans le poumon gauche; les fosses sus et sous-claviculaires, notamment la dernière, forment des enfoncements profonds, tout le côté gauche est fortement aplati; au-dessous du mamelon, son tympanique très marqué. Le sommet droit présente aussi des râles secs. Lente augmentation du poids. Etat général bon. Plus de toux, plus d'expectoration. (La malade sort au commencement de juin dans un état satisfaisant, avec une fistule à faible sécrétion).

Au mois d'octobre 1897, elle revient, dans un très bon état général, à cause de la persistance de la fistule. Opération le 20 octobre 1897. L'ancienne cavité, au côté postérieur du thorax, est guérie. — Un trajet tortueux, presque anguleux, conduit vers le cœur. Résection de 12 centimètres de la cinquième côte, sur la ligne axillaire antérieure. On arrive dans une cavité, qui, entre le péricarde et le poumon redilaté, conduit jusqu'à la clavicule. — Résection de la quatrième côte (8cm), de la troisième (6cm), de la seconde (4cm), et, en même temps, large ouverture de la cavité. — Le péricarde, largement dénudé, et la plèvre viscérale, sont couverts de granulations pâles (pas nettement tuberculeuses). — On laisse la plaie se cicatriser.

A partir du 10 septembre, nouvelles injections intraveineuses d'hétol.

Guérison très rapide sans fistules. La malade sort, à la fin janvier 1898, dans un état général satisfaisant.

Elle s'est présentée à nous plusieurs fois. Aspect florissant. Apte au travail. La rétraction de la moitié gauche du thorax n'est pas aussi prononcée.

Observation 128. — Fille de 21 ans. KOK.

Du 10 novembre 1897 au 4 janvier 1898. Injections depuis le 18 novembre 1897 jusqu'au 4 janvier 1898.

Péritonite tuberculeuse.

Pas de tare héréditaire, d'après la malade. Elle a été toujours bien portante, jusqu'en 1896, époque à laquelle elle a eu une pleuresie. Depuis 14 jours, constipation opiniâtre; douleurs abdominales, gonflement rapidement progressif de l'abdomen. Depuis 3 jours, absence de selles. Vomissements. Douleurs vives dans le ventre et les reins.

Bien nourrie, vigoureuse. Pouls bon, 90 à 100 pulsations. Pas de facies hippocratique. Ventre pas très douloureux, fortement enflé. Matité jusqu'à un cercle au-dessus du nombril; les limites se déplacent; fluctuation. Une selle se produit par l'action de l'huile de ricin et de lavements. Les vomissements se calment. Douleurs modérées. Température 38°,0. Le pouls et l'état général restent bons. L'urine, extraite par le cathétérisme, est normale.

Ponction exploratrice: liquide d'un jaune ambré, fortement albumineux.

11 novembre. Laparotomie: plusieurs litres d'un liquide limpide, d'un jaune clair, riche en albumine. Les intestins, légèrement soudés, déplacés vers le haut, descendent immédiatement. Le péritoine est parsemé de nodules tuberculeux abondants (leur nature est confirmée par l'examen histologique).

18 novembre. Pas de douleurs, température normale. Commencement des injections.

30 novembre. Pas de troubles d'aucune sorte. Etat général satisfaisant, bon appétit. Température normale. Pas de nouvel exsudat. La malade se lève avec un bandage. Rien dans les poumons.

4 janvier 1898. Plus aucun trouble, ni objectif ni subjectif. La malade sort, guérie.

Au mois de juillet, nous la revoyons. Etat général très bon. Elle a pu reprendre son travail. Il ne reste de la tumeur qu'un cordon de l'épaisseur du pouce, dur, peu sensible. Pas autre chose.

Observation 129. — Demoiselle de 21 ans. KOK et à domicile.

Du 30 juin au 11 août. Injections du 15 juillet jusqu'au 18 août KOK, jusqu'au 8 décembre à domicile (avec intervalles).

Péritonite tuberculeuse.

La malade a toujours été délicate, elle a une constitution très frêle. Pas de tare héréditaire, nous dit-elle. Sa maladie a débuté, il y a 4 semaines, à la suite d'une chute, par des douleurs dans la région du cœcum, avec constipation, fièvre. Tout d'abord, symptômes d'une pérityphlite typique. Il y a 3 semaines et 2 semaines, phénomènes de perforation (collapsus et symptômes tumultueux d'une péritonite). La malade s'est un peu et lentement relevée. Il est resté de la fièvre et une résistance dans la région cœcale. Il y a 8 jours, opération, faite à domicile. Ouverture et drainage d'un abcès pérityphlique. Depuis lors, température irrégulière, le plus souvent élevée, faiblesse persistante. Douleurs lancinantes au côté droit, lors des inspirations profondes. Pas de toux ni d'expectoration.

On ne constate aucun phénomène objectif du côté des poumons.

Plaie large, à granulations pures. Au milieu, fistule à sécrétion modérée.

La malade est très maigre et faible. Pouls petit, 132 pulsations. Température constamment élevée. Appétit passable. sommeil bon. Sueurs nocturnes, de temps en temps douleurs abdominales. Constipation opiniâtre.

10 juillet. Température constamment élevée. Pouls petit, 120 pulsations. L'état des forces laisse beaucoup à désirer. La plaie se ferme : plus de sécrétion.

A cause de la température constamment élevée, nouvelle intervention opératoire. On ouvre la cicatrice et l'on prolonge la plaie vers le haut. On refoule le péritoine et l'on explore l'espace rétropéritonéal jusqu'au rein et au foie, sans trouver un abcès. Ayant, dès le commencement de l'opération, la malade étant à l'état de narcose, constaté, dans le petit bassin, une résistance du côté du rectum, on prolonge l'incision vers le bas. Après avoir refoulé le sac péritonéal, on pénètre au delà de la ligne innommée dans le petit bassin. Au fond du petit bassin se trouvent, à côté du rectum, entre celui-ci, l'utérus et la voûte du vagin, autour de l'artère iliaque on hypogastrique, couchés dans un tissu calleux, un certain nombre de petits abcès, du volume d'un haricot, dont les parois renferment des nodosités grisâtres, semblables à des tubercules. Drainage et tamponnement léger.

Malgré l'ouverture des abcès, le libre écoulement du pus et le bon aspect de la plaie, la température reste élevée (voyez la courbe, fig. 28). Pulsations 120 à 140. Nutrition médiocre. Les forces diminuent à vue d'œil. On fait donc encore un dernier essai des injections intra-veineuses d'hétoïl, le 15 juillet.

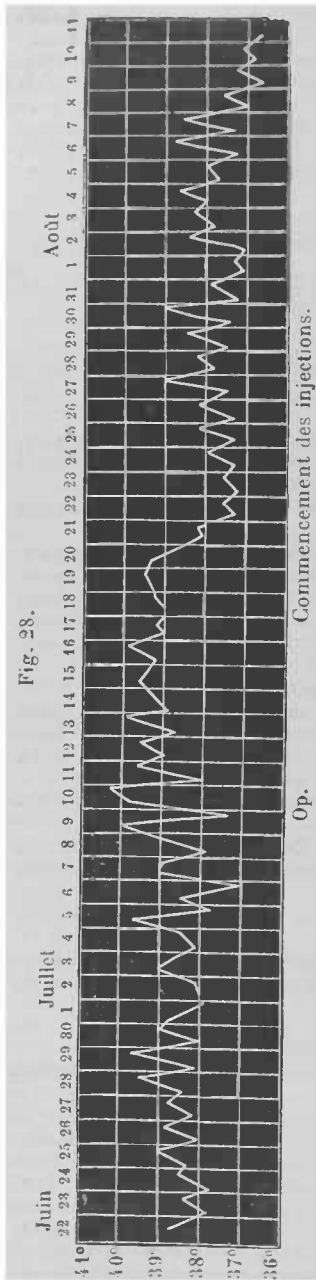
Peu de jours après le commencement des injections, la malade, malgré la persistance des phénomènes objectifs, se sent mieux, l'appétit et l'humeur s'améliorent.

26 juillet. La température tombe. 100 pulsations. La faiblesse est encore grande. L'appétit est bon. Sécrétion modérée.

7 août. Température toujours encore irrégulière ; elle s'élève parfois jusqu'à 38°,5. Pouls toujours petit, 100-120 pulsations. Mais l'état général s'améliore. Encore douleurs abdominales, constipation persistante. La plaie se ferme rapidement et sécrète peu.

11 août. Sur la plaie, encore quelques minces stries granuleuses. Toujours constipation ; de temps à autre, douleurs abdominales. Dans ces derniers jours, température normale. Etat général satisfaisant. L'état de la nutrition s'améliore. Appétit bon, alimentation abondante.

La malade est renvoyée chez elle, et le traitement est continué à domicile. Elle se rétablit bien.



Au mois d'octobre on interrompt les injections, parce que le médecin de la famille ne partage pas l'opinion, pourtant vraisemblable, que la maladie repose, en somme, sur une base tuberculeuse. A la fin octobre, pleurite du côté droit, avec exsudat de la hauteur de la main et ascension de la température. La malade réclame elle-même la reprise des injections. A partir de ce moment, la convalescence reprend sa marche régulière. Dernière injection le 9 décembre 1897.

Depuis lors nous avons examiné plusieurs fois la malade. L'état s'est maintenu bon.

Juillet 1898. Elle revient nous voir à cause d'une légère hernie abdominale (bandage mal fait). Elle se sent d'ailleurs tout à fait bien, est beaucoup plus vigoureuse, a plus d'embonpoint, qu'avant la maladie.

Observation 130. — Demoiselle de 21 ans. KOK et cons.

Du 2 novembre 1897 au 26 janvier 1898, KOK ; et, jusqu'au 1^{er} avril 1898, cons.

Au printemps de 1897, influenza, pleurite. En été, diarrhée intense, selles parfois sanguinolentes ; plus tard, constipation chronique. Abdomen très sensible. Appétit en général satisfaisant ; l'état de la nutrition, autrefois très bon, a décliné beaucoup dans ces derniers temps. Douleurs lancinantes dans la poitrine, quand elle fait des efforts ; pas de toux. Pas de tare héréditaire (?).

ETAT ACTUEL : Pâle, d'aspect très anémique, couche adipeuse assez bien conservée. Poulos un peu accéléré. Température normale (légères ascensions, très rares, au-dessus de 38°). — Abdomen très sensible, particulièrement la région épigastrique ; dans le voisinage de l'ombilic, dans la région du cœcum et au niveau de la flexion du gros intestin, on sent nettement des infiltrats, presque aussi étendus que la paume de la main, sensibles spontanément et à la pression. Fréquentes douleurs abdominales, notamment douleurs spasmodiques dans la région de l'estomac. Appétit passable. Constipation chronique.

Poumons : GPH, matité relative et respiration affaiblie, GP, dans toute l'étendue du poumon, craquements manifestes. Ganglions cervicaux et inguinaux un peu tuméfiés.

4 décembre. L'abdomen est notablement moins sensible. La région épigastrique est encore très sensible à la pression. Souvent encore douleurs d'estomac. Même constipation. Absorption d'aliments, appétit, état de la nutrition, satisfaisants. Poumons : Encore légers craquements, GPH. Températ. constamment normale.

24 janvier. Malgré le régime, la douleur persiste encore dans la région gastrique, qui est sensible à la pression ; la sensibilité est d'ailleurs beaucoup moindre. Etat général bon. Dans le poumon, encore quelques légers craquements et rhoncus. Ni toux ni expectoration ; pas de bacilles tuberculeux. Passe à la consultation.

26 mai. L'abdomen n'est pas douloureux ; on ne sent plus d'infiltrats ; mais la région épigastrique est toujours douloureuse et sensible ; constipation persistante ; les selles doivent être provoquées par des laxatifs. Toujours symptômes manifestes de sténose intestinale. Poumons : on n'y constate plus rien d'anormal.

En été, état satisfaisant ; les selles ne peuvent avoir lieu qu'à l'aide de laxatifs. Douleurs légères. Apte à un travail facile.

Observation 131. — Femme de 29 ans. KB.

Du 30 mai au 5 août 1897.

Pas de tare héréditaire. Dans son enfance et plus tard elle a toujours été bien portante. Mariée depuis trois ans, elle a eu beaucoup de ehagrins et de soucis. Depuis un an et demi elle se sent faible et fatiguée, des phénomènes morbides se sont manifestés du côté de l'estomac et de l'intestin. Toux et expectoration peu considérables. Il y a trois mois, les phénomènes gastriques et intestinaux se sont aggravés ; la malade a eu, chez elle, jusqu'à 8 selles par jour.

ETAT ACTUEL : Femme anémique, très déprimée. Fosses claviculaires des deux côtés profondément excavées. GA, jusqu'à la deuxième côte, et GP, jusqu'au milieu de l'omoplate, diminution du son ; aux mêmes points, petits râles humides,

disséminés. DA et DP, état normal. Dans la région iléo-cœcale droite il existe de la sensibilité à la pression. Actuellement, 6 à 8 selles molles, parfois aqueuses, tous les jours. Température, pouls et respiration, à l'état normal. Toux légère, mais point d'expectoration. Blépharite chronique. Ulcération scrofuleuse de la cornée, avec photophobie, etc...

A sa sortie, la malade a augmenté de poids, cette augmentation a été de plus de cinq livres. Le nombre des selles a diminué peu à peu ; au bout de 3 à 4 semaines, elles sont devenues plus solides ; depuis 2 à 3 semaines, une, rarement deux selles moulées par jour. La sensibilité à la pression dans la région iléo-cœcale a presque disparu. La malade se sent vigoureuse et bien portante. A cette amélioration de l'état subjectif correspond une amélioration des phénomènes locaux du côté des poumons. GPH, sur une petite étendue, on perçoit encore quelques râles isolés. L'ulcération de la cornée est guérie depuis 15 jours.

Nous apprenons, au commencement de l'année 1898, que l'état s'est maintenu satisfaisant.

Observation 132. — Demoiselle de 25 ans. KB.

Du 25 août au 29 novembre 1897.

Pérityphlite tuberculeuse (diagnostic incertain).

Depuis trois mois et demi, phénomènes de pérityphlite, avec constipation et douleurs dans la région iléo-cœcale, traités sans résultat par le régime, les opiacés, les cataplasmes, etc. Pas de fièvre, température la plus élevée 38°. — Parfois un peu de toux. Disposition très marquée aux catarrhes.

31 juillet. Visage pâle, un peu bouffi. Nez gros, scrofuleux. Etat de la nutrition encore bon. Ganglions cervicaux tuméfiés. Dans les poumons, rien de positivement appréciable. — Région iléo-cœcale sensible à la pression, infiltrat ayant à peu près l'étendue de la paume de la main. Pas de fièvre. Tout d'abord, bains de sel, cataplasmes salés sur l'abdomen, diète, un peu d'eau de Karlsbad. Pas de résultats. La malade, fatiguée de la persistance de ses maux, demande le traitement par l'acide cinnamique. 26 août, première injection.

L'amélioration marche à grands pas ; les douleurs au bout de 4 semaines, ont disparu ; les infiltrats, au bout de 8 à 10 semaines. L'appétit s'est considérablement amélioré, ainsi que l'état général.

A sa sortie, le 29 novembre, il n'existe plus d'infiltrat, ni aucune espèce d'incommodité.

La malade, jusqu'à la fin juillet 1898, n'a eu aucune récidive, elle est restée sans souffrance et parfaitement apte au travail.

Observation 133. — Demoiselle de 29 ans.

Du 20 décembre 1897 au 10 avril 1898. KOK.

Depuis plusieurs années, elle souffre du ventre et a été soumise aux traitements les plus divers par les bains, même par des opérations, et tout cela sans résultat. Depuis 6 mois, toux avec expectoration peu abondante.

20 décembre 1897. Maigre, à aspect un peu anémique. Pouls, température et respiration, à l'état normal. Appétit faible. Poumons : DAH, matité relative jusqu'au premier espace intercostal ; DPH, dans la fosse sus-épineuse, matité relative avec affaiblissement de la respiration et râles secs disséminés. — Abdomen, dans les parties inférieures, particulièrement dans la région des ovaires et de l'utérus, sensible à la pression. — Utérus fortement augmenté de volume, les deux ovaires et la trompe gauche sont un peu épaissis. Dans les crachats on trouve quelques bacilles tuberculeux tout à fait isolés.

2 février 1898. Rien d'anormal dans les poumons, sauf une légère matité et un affaiblissement de la respiration. Le grattage de la cavité utérine fait sortir des masses fongueuses abondantes.

10 avril. Plus rien d'anormal dans les poumons. Utérus et ovaires plus petits, encore un peu sensibles à la pression.

N'a plus donné de ses nouvelles.

Observation 134. — Homme de 43 ans. KB.

En traitement depuis le 6 juin 1898.

Pas de tare héréditaire. A toujours auparavant été bien portant ; en sa qualité

de propriétaire de fabrique, a beaucoup séjourné dans des ateliers, dans lesquels plusieurs ouvrières ont été atteintes de tuberculose. Depuis 15 ans, toux et expectoration. Il y a 5 ans, hémoptysic; durant les six semaines suivantes, hémoptyses légères. Dans l'hiver de 1894-1895, séjour à Saint-Maurice. Depuis 1896, séjours prolongés dans divers établissements à haute altitude de la Suisse. En juin 1896, se sont manifestées quelques souffrances intestinales. Dans l'hiver de 1897, traitement spécial dirigé contre une affection intestinale avec forte diarrhée. En 1894 s'était produite une tuméfaction testiculaire; ablation des testicules, pour cause de tuberculose. Depuis 6 mois, le malade prend, tous les 8 ou 4 jours, un lavement huileux, dont il se trouve bien, dit-il.

ÉTAT ACTUEL : Teint de la santé, bon état de nutrition. Pendant la respiration, le poumon droit reste en arrière; les muscles auxiliaires fonctionnent assez activement. DAH, son mat jusqu'au bord inférieur de la troisième côte; DP, jusqu'au milieu de l'omoplate. Partout, expiration très prolongée; au niveau de la région de la matité, DA, dans la fosse sus-claviculaire, respiration bronchique avec râles humides pas très abondants; dans la fosse sous-claviculaire et plus bas, inspiration un peu rude avec nombreux râles humides. DP au niveau de toute la région mate, nombreux râles humides, à petites et à moyennes bulles. GA et GP, dans les fosses sus-claviculaire et sus-épineuse, matité relative. GA, respiration saccadée, râles humides isolés, entremêlés de râles secs. GP, seulement râles humides venant de la profondeur.

Le malade se plaint de douleurs abdominales, se manifestant le plus souvent dans la région du colon ascendant et dans celle du colon descendant; aux mêmes endroits, légère sensibilité à la pression; diarrhée fréquente, 4-5 selles, parfois évacuation de mucus (lambeaux de muqueuse?), de temps en temps coliques. Pouls et température, normaux. Respiration légèrement accélérée. Dans les crachats, 30 à 35 bacilles dans le champ visuel. On trouve quelques bacilles isolés dans les fèces.

15 juillet DA, matité jusqu'au bord supérieur de la troisième côte; DP, la matité s'étend jusqu'à la cinquième apophyse épineuse. La respiration étant tranquille, on n'entend aucun bruit de râle dans toute l'étendue du poumon; c'est seulement dans les inspirations profondes qu'on perçoit, DA, au niveau de la région signalée, quelques craquements isolés.

GP, râles secs tout à fait isolés jusqu'à la cinquième apophyse épineuse. GA, matité dans la fosse sus-claviculaire; entre 3 mouvements respiratoires, un craquement. En avant et en arrière il existe encore une respiration saccadée.

4 août Le malade a augmenté de 4 livres. La sensibilité à la pression, dans les régions signalées du colon, n'existe plus. Les coliques sont très rares, l'évacuation de mucus n'a été observée qu'une seule fois, jamais de lambeaux de muqueuse. L'examen des excréments, deux fois renouvelé, n'a fait apercevoir aucun bacille. L'état local des poumons est le suivant: mêmes limites de la matité; DA, seulement dans la fosse sus-épineuse, entre 5 respirations profondes, un craquement sec; ailleurs, inspiration rude. Expiration normale. DP, encore respiration qu'on peut appeler bronchique, mais sans râles. Dans l'inspiration, entre 5 mouvements respiratoires, 2-3 râles secs. — GA, matité s'étendant jusqu'à la deuxième côte. GA et GP, respiration saccadée. GP, craquements tout à fait isolés entre 3 mouvements respiratoires.

10 août. DA, entre 5 mouvements respiratoires, léger craquement tout à fait isolé au commencement de l'inspiration, rude. DP, inspiration rude très prononcée, expiration presque normale, un seul craquement entre 3 mouvements respiratoires. GA et GP, entre 3-4 mouvements respiratoires, un seul craquement léger sec. Quand le malade respire doucement, on n'entend pas le moindre bruit de râle au niveau des parties affectées. Chaque jour, en moyenne, une seule selle solide; très rarement encore sensations douloureuses dans l'abdomen.

Observation 135. — Demoiselle de 21 ans. KOK.

Du 3 février au 23 mars 1898; plus tard, cons.

Pas de tare héréditaire, au dire de la malade; auparavant bien portante. Il y a un an, toux. A la suite d'une cure de lait, commencée à cette époque, diarrhée, puis vomissements. Après un séjour de 4 semaines à la campagne, brusquement

douleurs violentes dans l'abdomen, température jusqu'à 40°. Amaigrissement considérable.

État de la malade au moment de son entrée : anémique, maigre, n'offrant pas un habitus phthisique bien marqué. Puls assez petit, fréquent, facilement excitable. Tempér. jusqu'à 39°. Poumons : DPH, matité, râles crépitants fins.

DAH, au-dessus et au-dessous de la clavicule, matité absolue.

DAB, matité relative.

Partout, râles humides à moyennes bulles, à tintement métallique accentué.

GPH, matité tympanique. — A gauche, râles humides disséminés. Expiration bronchique.

GA, matité tympanique et respiration bronchique.

Abdomen un peu rétracté. Sensibilité à la pression et infiltrat de la région iléo-cœcale; plusieurs selles diarrhéiques chaque jour, avec ténésme assez violent. Bacilles tuberculeux dans les selles, — Très peu d'appétit, céphalalgie intense.

5 mars. Température moins élevée, mais irrégulière, jusqu'à 38°,3; pas de douleurs marquées dans l'abdomen; selles pulpeuses, 1 ou 2 par jour.

25 mars. DA, au-dessus de la clavicule, matité; au-dessous de la clavicule jusqu'en bas, matité relative; au-dessous de la clavicule, son tympanique; au-dessus, expiration bronchique.

DP, dans la fosse sus-épineuse, matité.

GH }
GP } Comme au moment de l'entrée.

Toux et expectoration très modérées. Température voisine de la normale.

La région cœcale n'est plus que très peu sensible à la pression. 1 ou 2 selles par jour. Le traitement est continué à domicile.

A la suite de son transport à la maison (exigé par la malade), son état s'est notablement aggravé. Température au-dessus de 40°. Nombreux râles humides dans les poumons, Diarrhée. Malgré la continuation des injections intravineuses, la malade déperit rapidement, en présentant une température très élevée, une anorexie complète, de la diarrhée et de violents maux de tête.

Au commencement de mai, la céphalalgie se manifeste de plus en plus intense, en même temps que la température devient irrégulière, tout à fait atypique, oscillant entre 36,5 et 40,5. Des phénomènes convulsifs et paralytiques se produisent dans le domaine du facial, strabisme, surdité, vomissements fréquents, obnubilation, engourdissement, etc. Les injections sont interrompues dès la fin avril. Mort le 15 mai 1898. Autopsie refusée (sans doute méningite).

Observation 136. — Homme de 38 ans. KOK.

Du 20 avril au 7 mai, et du 3 juin jusqu'à maintenant.

Pas de tare héréditaire, d'après le malade. Toujours auparavant bien portant, il entre, pour une pleurésie, dans le service des maladies internes. Alors que cette affection était déjà guérie, il se déclare brusquement une fièvre intense, avec toux et expectoration muco-purulente assez abondante; nombreux râles fins des deux côtés, en arrière, depuis la pointe de l'omoplate jusqu'en bas. En même temps le malade se plaint de douleurs abdominales, de diarrhée — à laquelle il dit avoir toujours été très sujet. L'examen, avec narcose, permet de constater, par le rectum, dans la région hypogastrique gauche, l'existence d'une tumeur ferme, élastique, ayant le volume d'une tête d'enfant et s'étendant jusqu'au delà de la ligne médiane.

Diarrhée alternant avec constipation; on n'a trouvé qu'une seule fois du sang dans les selles. Température irrégulière, s'abaissant avec le temps. Diagnostic incertain.

7 mai. On propose une opération, qui est refusée. Le malade est renvoyé au cabinet de consult.

5 juin. Il revient, dans un état lamentable, se plaignant de douleurs abdominales et d'une diarrhée intense. Tumeur volumineuse entre la symphyse et l'ombilic.

Opération : Au-dessus de la symphyse, tumeur ayant presque le volume d'une tête d'homme, et couverte par l'épiploon, adhérent de tous côtés. Après de nombreuses doubles ligatures on parvient à refouler l'épiploon, et l'on voit alors que

la tumeur est formée d'un grand nombre d'anses intestinales fortement soudées d'une à l'autre. La tumeur repose par une large base sur le fond du bassin. En essayant de pénétrer dans la tumeur, on arrive dans une cavité irrégulière, remplie d'une petite quantité d'un liquide trouble, semblable à du pus, et située à gauche de la vessie (on sent le catheter à travers une couche de paroi vésicale épaisse de 3 mm. environ). L'extirpation de la tumeur est impossible et sans but. Léger tamponnement et drainage.

12 juin. Il s'est formé une fistule, par laquelle s'évacuent des matières stercorales épaisses. De temps en temps météorisme et diarrhée. Température irrégulière.

4 août. Il sort par la fistule plus de matières stercorales que par l'anus. Ténésme rectal; diarrhée persistante, que la tannalbine ne peut plus arrêter. En même temps, catarrhe vésical assez intense, urines fortement purulentes. Strangurie intense, sensation de brûlure, etc... A la suite d'un lavage de la vessie, frissons continus, fièvre, douleurs violentes.

Température très irrégulière. Reprise des injections intraveineuses.

11 août. A l'urine purulente sont mêlées des matières fécales.

12 août. *Opération.* Pour soulager l'endroit de la perforation, on établit un anus contre nature au-dessous de la flexion du colon splénique. Dilatation de la fistule sur la ligne médiane, drainage, tamponnement.

Les matières stercorales ne s'évacuent que par l'anus contre nature.

21 août. L'ancienne plaie se couvre de granulations de bonne nature à partir de la profondeur; elle se rétrécit rapidement, sécrétion à fétidité peu marquée; mais encore communication avec l'intestin, car un lavement s'échappe par la plaie. Urine assez claire, très légèrement muco-purulente, plus de souffrances du côté de la vessie. Etat général passable. Les forces ne diminuent pas. Température en général normale.

Il faudrait encore ajouter 5 cas, dans lesquels, à côté d'autres foyers tuberculeux, il existait des diarrhées intenses et persistantes, devant être considérées comme tuberculeuses. Elles ont aussi cédé, en général, dans le cours du traitement.

APPENDICE. — Maladie d'Addison

Nous avons eu l'occasion de traiter un cas de maladie d'Addison (tuberculose des capsules surrénales). Il s'est produit une amélioration très notable dans l'état de la malade, qui, pour des raisons financières, a dû être renvoyée trop tôt et est morte quelques mois plus tard. Nous n'avons pas pu obtenir d'informations sur les résultats de l'autopsie ni sur la cause directe de la mort. Toujours est-il que l'amélioration, consécutive à l'emploi de notre traitement, a été tellement frappante, qu'il semble indiqué de renouveler cet essai du traitement cinnamique contre cette maladie, considérée jusqu'ici comme incurable.

Observation 137 — Demoiselle de 15 ans.

Du 4 juin au 24 octobre 1897.

Père mort de tuberculose; la malade prétend avoir toujours été auparavant bien portante. Il y a deux ans, elle a remarqué que son teint, auparavant très clair, très blanc, avec des joues roses, exprimant la santé, devenait peu à peu foncé et prenait une coloration semblable à celle du bronze. En même temps

elle commença à tousser et à expectorer assez abondamment. Les mains prenaient aussi une teinte bronzée. La malade se plaignait d'une grande faiblesse, d'un grand abattement ; de temps à autre elle était prise de maux d'estomac très intenses.

ÉTAT ACTUEL : L'état de la nutrition est encore assez bon. Ce qui frappe surtout, chez la malade, c'est la coloration bronzée de la peau de la face, des mains et du reste du corps. D_{AH}, jusqu'au bord supérieur de la troisième côte, D_{PH}, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec nombreux râles humides, à petites et à moyennes bulles, çà et là quelques craquements secs, avec respiration d'ailleurs vésiculaire. G_A, jusqu'à la deuxième côte, matité ; G_P, dans la fosse sus-épineuse : diminution du son, avec râles humides isolés ; ailleurs, rien d'anormal. Taches brunes sur la muqueuse des lèvres, maux d'estomac violents, douleurs abdominales, pouls et respiration normaux.

Toux avec expectoration. Bacilles tuberculeux.

Sortie de la malade.

D'après l'impression de sa sœur, qui vient la prendre, la décoloration, l'éclaircissement du visage et des mains, sont frappants. Les taches des muqueuses ont toutes aussi pâli ; il ne reste que 2 petites taches à la lèvre inférieure, qui ne peuvent être distinguées que quand la muqueuse est exsangue.

D_A, matité jusqu'au bord inférieur de la deuxième côte, et D_P, dans la fosse sus-épineuse ; aux mêmes points, seulement encore craquements secs tout à fait isolés. D_A, pas le plus léger bruit de râle. G_A, seulement encore dans la fosse sus-claviculaire, matité. G_P et G_A, dans la fosse sous-claviculaire, la matité s'est éclaircie, on n'entend nulle part des râles, ni humides ni secs, ni des craquements. Depuis quatre semaines, la toux et l'expectoration, même le matin, ont entièrement disparu. Le dernier examen des crachats n'a permis de constater la présence d'*aucun* bacille. Augmentation de poids : 11 livres.

La malade est morte au mois de mars 1898. Nous n'avons pu avoir là-dessus aucun renseignement.

CHAPITRE V

Tuberculose uro-génitale

C'est dans la tuberculose des organes génito-urinaires que les résultats du traitement par l'acide cinnamique se sont montrés le moins favorables.

Il y a cependant des observations, qui prouvent que l'acide cinnamique peut agir efficacement sur les organes génito-urinaires atteints de tuberculose, et que, dans certains cas, pas trop avancés, on peut, à l'aide de ce traitement, obtenir une amélioration ou même une guérison de l'affection.

Chez un malade, atteint de tuberculose multiple (le cas est rapporté à propos des tuberculoses chirurgicales), et dont l'autopsie a été faite au mois d'avril 1898, on a pu recueillir sur cette question des renseignements d'une certaine importance. On a trouvé, dans ce cas, de volumineux tubercules, occupant, même à un faible grossissement, plusieurs champs visuels, et entièrement envahis par du tissu conjonctif, exactement de la même façon que les tubercules pulmonaires. Il n'existait plus nulle part de grandes masses nécrotiques, tout était occupé par un fort tissu conjonctif — cellules fusiformes avec fibres conjonctives, cellules épithéliales, leucocytes et vaisseaux. L'examen histologique n'ayant été terminé qu'au mois de juin, nous n'avons pu ajouter à nos planches aucune microphotographie de ces préparations. — Les résultats obtenus jusqu'ici ne peuvent donc être considérés que comme un début d'un traitement médicamenteux de ces affections, dans lesquelles jusqu'ici aucun traitement (en dehors peut-être du traitement chirurgical) n'a fourni le moindre succès.

Nous avons déjà insisté (page 81) sur la grande importance des infections secondaires dans la tuberculose uro-génitale et sur leur action extrêmement défavorable. Comment atteindre ces sortes de bactéries, excessivement nombreuses, qui viennent se mêler dans la tuberculose uro-génitale ? C'est là une question qui ne peut être résolue actuellement. Ce qui me paraît le plus

important, en dehors du repos, d'une alimentation choisie, etc., c'est de maintenir, par le régime ou les médicaments, la réaction de l'urine constamment acide, ce qui a pour résultat d'accroître ou de rétablir sa puissance bactéricide. Parmi les médicaments administrés dans ce but, c'est l'urotropine (1-3 fois par jour, 0^{sr},5, en pastilles) qui m'a jusqu'ici donné les meilleurs résultats.

Les injections intraveineuses d'hétol seront faites de la manière indiquée précédemment. Dans un cas nous avons vu, dès que la dose dépassait 5 mg, l'urine présenter la couleur du sang. Ceci pourrait être une indication pour le dosage. Dans les cas non accompagnés de fièvre, dans lesquels ce symptôme ne se présente pas, on peut élever la dose jusqu'à 25 mg, parfois même au-dessus.

Du reste j'en suis venu, dans la tuberculose uro-génitale, à n'intervenir chirurgicalement que le moins possible. Il est un fait connu depuis longtemps, et sur lequel on ne saurait trop insister au point de vue du diagnostic, c'est que les tuberculoses uro-génitales, particulièrement les tuberculoses de la vessie, offrent, dès le début, une sensibilité toute particulière à l'égard des interventions instrumentales, même les plus légères. L'introduction d'une sonde de Nélaton peut donner lieu aux douleurs vésicales les plus intenses, d'une durée de plusieurs jours; et cette durée, avec une sonde métallique, peut être de plusieurs semaines. Je considère donc la simple endoscopie vésicale, dans la tuberculose de la vessie, comme une opération qui ne doit pas être faite sans réflexion.

D'après mes observations, les cas de « vessie irritable », quand ils ne peuvent pas être attribués à une formation de calcul, ou à une affection nerveuse grave ou à l'onanisme, doivent être considérés comme très suspects et faire penser à un commencement de tuberculose uro-génitale. De même, dans plusieurs cas d'hémorrhagie « idiopathique » des reins, il faut songer à la possibilité d'une tuberculose. La guérison de la tuberculose des reins et de la vessie dépend donc d'un diagnostic fait de bonne heure, ce à quoi peut contribuer puissamment l'examen des urines au point de vue de la présence des bacilles tuberculeux. Tout catarrhe vésical chronique, longtemps persistant, et dont la longue durée ne s'explique par aucune autre cause manifeste, doit donc inspirer l'idée d'examiner s'il n'existe pas de bacilles tuberculeux dans les urines. Ainsi que le montre l'observation 141, on trouve parfois des bacilles tuberculeux en très grand nombre chez des malades, chez lesquels aucun symptôme ne pouvait éveiller le

soupçon d'une tuberculose. D'après mes observations, s'étendant sur une longue série d'années, la tuberculose vésicale est beaucoup plus fréquente qu'on ne l'admet généralement.

Quant aux autres moyens adjuvants, dans le traitement de la tuberculose uro-génitale, on ne peut pas trop compter sur eux. Les lavages vésicaux, quand ils sont tolérés, peuvent bien avoir une certaine action. J'ai constaté l'utilité du cinnamylmétacrésol (1-2 p. cent), en dilution dans une solution physiologique de sel marin; en tout cas, cette utilité est plus certaine que celle des dilutions d'iodoforme, dont l'action m'a paru être tout à fait nulle (voyez l'observation 138). Les lavages avec une solution tiède de sel marin (à laquelle on peut ajouter 1/2-1 p. cent de soude, dans le but de dissoudre le mucus) ne sont pas non plus dénués de toute valeur.

L'uréthrotomie externe (pratiquée dans trois cas) facilite notablement le lavage de la vessie; l'incontinence, en empêchant la stagnation de l'urine, présente aussi parfois un certain avantage. Le ténesme vésical semble aussi devenir moins pénible. Mais ces avantages compensent-ils les inconvénients résultant, pour le malade, de sa fistule vésicale? C'est ce qu'on peut encore considérer comme douteux.

Les abcès de diverses sortes (périnéphritiques, épидидymitiques, etc.) doivent-ils être incisés? Cela ne fait point de doute. On procédera ici d'après les règles indiquées à propos de la tuberculose chirurgicale.

Observation 138. — Négociant de 48 ans. KOK et cons.

Du 11 octobre 1894 au 5 janvier 1897.

Tuberculose de la vessie, etc...

Traité pendant 6 mois, dans une clinique interne, par des lavages vésicaux iodoformés; l'état du malade empira tellement, qu'il fut congédié comme ne pouvant plus être l'objet d'un traitement. Malgré le repos au lit, 120 mictions par jour; urine trouble, pus grumeleux, masses abondantes de bacilles tuberculeux; rien qu'un petit nombre de cocci. On ne trouve nulle part ailleurs de symptômes de tuberculose.

On n'emploie que les injections intraveineuses. Le ténesme cède peu à peu et le nombre des mictions descend à 18 ou 30, bien que le malade soit hors du lit.

Au mois de mars 1895, on ne trouve plus de bacilles tuberculeux dans l'urine ou l'on n'y en trouve que quelques-uns tout à fait isolés. Le dépôt est beaucoup moindre. Du mois de mai 1895 jusqu'au mois d'août 1896, le malade peut, avec ménagements, reprendre activement son travail.

Août 1896. Abcès dans l'épididyme gauche, raclage; le malade est congédié avec une fistule sécrétant à peine.

Au mois d'octobre, réplétion chronique de la vessie; la cause en est un rétrécissement complètement infranchissable du canal de l'urètre. (Le malade, pendant l'été de 1894, ayant toujours été sondé sans difficulté avec les plus grosses sondes de Nélaton, et n'ayant pas eu de gonorrhée, ce rétrécissement peut avoir pris naissance simplement par suite de la cicatrisation d'ulcérations tuberculeuses).

Jusqu'au milieu de novembre on essaye en vain de dilater mécaniquement le

rétrécissement ; on arrive à faire passer le n° 6, mais sans aucune action sur l'évacuation de l'urine.

18 novembre. Incision périnéale et introduction d'une soude dans la vessie. Le malade ne se remet pas, il meurt d'épuisement le 5 janvier 1897. L'autopsie est refusée.

Observation 139. — Employé de 37 ans. KB.

Du 26 août au 14 octobre ; plus tard, cons.

Depuis un an, forte toux avec expectoration, sueurs nocturnes, abattement. Il y a neuf mois, le testicule droit, atteint de tuberculose, a été extirpé dans une clinique chirurgicale ; il y a peu de temps, l'extirpation du testicule gauche a été aussi proposée dans la même clinique, pour la même raison.

ÉTAT ACTUEL : GAH, jusqu'à la troisième côte, et GPH, dans la fosse sus-épineuse, matité, avec râles humides à petites bulles. DA et DP, état normal. Hydrocèle. Testicule gauche volumineux, surtout la tête de l'épididyme, adhérences avec la peau. En un certain endroit, en avant et en haut, commencement de ramollissement. Injections intraveineuses d'hétoï.

2 octobre. La tuméfaction, dans son ensemble, s'est notablement réduite. Une coque de tissu conjonctif, de 2 à 3 mm. d'épaisseur environ, entoure le testicule presque dans sa moitié. Dans la tête de l'épididyme, petite fistule (consécutive à l'évacuation d'un foyer du volume d'une noix).

14 octobre. A gauche, matité, sans aucun bruit de râle. Le malade se sent si vigoureux, qu'il est allé à la chasse pendant tout l'hiver. Augmentation de poids : 9 livres.

Mars 1897. Augmentation de poids, en tout, 19 livres. L'épididyme est transformé en une masse cicatricielle, dure, homogène. La fistule de l'épididyme est guérie. Le testicule est mou, de volume et de consistance normaux. État général excellent.

Le malade continue à bien aller et est resté apte au travail ; la dernière fois qu'il s'est présenté à nous, c'était au mois de juin 1898. — La matité persiste dans les pommons, mais on ne trouve point de râles. Pas de toux ni d'expectoration. L'induration dans l'épididyme s'est aussi dissipée avec le temps ; le cordon spermatique est mou aussi. Aucun souffrance du côté de la prostate et de la vessie.

Observation 140. — Négociant de 20 ans. KOK et cons.

Du 20 septembre 1896 au 16 janvier 1897.

Pas de tare héréditaire. Depuis un an (par suite d'une blennorrhagie ?), douleur dans la région vésicale, envies fréquentes d'uriner ; l'épididyme droit est le siège d'une tuméfaction dure, indolore, du volume d'un œuf de pigeon ; dans la région rénale droite, endolorissement spontané et sensibilité à la pression. Beaucoup de bacilles tuberculeux et de diplocoques semblables à des gonocoques. Température et pouls normaux. Dans les troisième et quatrième métatarsiens, à gauche, tuberculose osseuse (fermée).

19 décembre. Le malade passe à la consultation. Urine assez claire, peu de bacilles tuberculeux, il n'y a plus de coccus. Les envies d'uriner sont moins fréquentes ; la tuméfaction de l'épididyme s'est amoindrie ; la sensibilité à la pression et l'endolorissement de la région rénale droite ont disparu — Au métatarse, où il s'est produit une perforation spontanée (le malade avait refusé l'opération), il ne reste que deux fistules à sécrétion modérée.

Depuis le 16 janvier il a cessé de venir à la consult.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles

Observation 141. — Homme de 44 ans. KOK.

Du 12 janvier au 2 mars 1896.

Tuberculose vésicale.

Homme gras, mais maladif ; à la suite d'un catarrhe vésical il s'est produit un rétrécissement. Pas de fièvre, mais anorexie et faiblesse assez marquée. C'est un buveur. Une bougie n° 16 passe presque sans difficulté. L'examen microscopique permet de voir, à côté de coccus nombreux de différentes sortes, une grande quantité de bacilles tuberculeux, isolés et en amas. Lavages quotidiens avec le cinna-

mylmétacrésol dilué dans la solution chloruro-sodique physiologique, injections intraveineuses.

10 février. Presque plus de bacilles tuberculeux dans les urines, les cocci ont aussi beaucoup diminué ; urine presque claire. Les envies d'uriner sont beaucoup moins fréquentes. Le malade se trouve bien.

2 mars. Il sort de l'hôpital pour des raisons particulières. Depuis 8 jours, plus de bacilles dans l'urine.

Au printemps de 1898, il était apte au travail. Il n'a pas été possible de faire un nouvel examen de l'urine.

Observation 142. — Négociant de 31 ans. KOK.

Du 26 septembre 1896 au 1^{er} avril 1897 (injections avec de nombreuses et longues interruptions).

Cystite tuberculeuse.

Malade depuis trois ans, douleurs périméales, besoins fréquents d'uriner. Urine très trouble et purulente. Depuis 2 ans il est réduit à garder le lit. Il a eu autrefois, dit-il, un catarrhe pulmonaire.

26 septembre. Rien de particulier dans les poumons. L'urine est très trouble et purulente. (Au bout de 24 heures, formation d'un sédiment qui occupe la moitié du verre). Innombrables diplocoques, streptocoques et staphylocoques ; mais, malgré de fréquents examens, on ne trouve point de bacilles tuberculeux. — Dans l'épididyme droit, nodosité dure. Le malade s'alimente mal. Etat de la nutrition très déprimé. Température irrégulière, souvent élevée. Abus de l'opium, particulièrement sous forme de suppositoires. Le malade ne tarde pas à refuser les injections intraveineuses, de même que les lavages vésicaux, parce que, dit-il, ils lui occasionnent des douleurs.

18 septembre. Aussi faut-il avoir recours à l'uréthrotomie externe ; un drain tubulé, de l'épaisseur du doigt, est introduit (du côté du périnée). L'intérieur de la vessie est lisse, sans trabécules, sans ulcérations ; la prostate ne présente aucune altération notable. L'urine s'améliore à vue d'œil. La quantité de pus y devient 10 fois moindre qu'elle n'a été jusqu'ici.

Au mois de janvier, le malade, qui n'a reçu jusqu'ici que 10 injections environ, se refroidit et contracte un catarrhe ; râles dans le lobe supérieur gauche, fièvre. Il exige l'enlèvement du drain, ce qui a pour conséquence une augmentation de la purulence des urines.

Au mois de février, il accepte les lavages réguliers de la vessie (solution chloruro-sodique physiologique avec addition d'un peu d'acide cinnamique) ; mais, l'absorption des aliments se faisant mal et la température étant irrégulière, l'état de la nutrition décline à vue d'œil. Le malade sort.

Il est mort au mois de mai 1897.

Observation 143. — Demoiselle de 19 ans. KOK.

Du 7 décembre 1897 au 26 mai 1898. Injections du 9 déc. jusqu'au 20 mai.

Tuberculose des reins et de la vessie.

Pas de tare héréditaire, nous dit-elle. Autrefois spondylite cervicale, guérie avec un léger déplacement des vertèbres. Depuis le printemps, douleur dans le dos, urines troubles, besoin fréquent d'uriner. En automne, plusieurs hémorrhagies vésicales graves et fièvre. On trouve dans l'urine trouble de nombreux bacilles tuberculeux. Cystoscopie : nodules tuberculeux dans la muqueuse vésicale.

ÉTAT ACTUEL : Aspect anémique. Etat général et état de la nutrition, passables. Pouls, respiration et température, normaux. — DPH, léger affaiblissement du son et quelques râles secs. Douleur sourde dans la région rénale droite ; la sensibilité à la pression est plus marquée à droite qu'à gauche, mais on ne sent point de tumeur. L'urine est alcaline, trouble, sanguinolente, et ne donne aucune réaction chimique permettant d'y reconnaître positivement la présence du sang. Evacuation de l'urine 12 fois environ par jour (la nuit, 4 à 6 fois). Pendant la miction, surtout à la fin, vives douleurs spasmodiques.

6 février. Plus de sang ; quantité de pus diminuée ; malgré l'emploi de divers

médicaments, l'urine est encore alcaline. Elle contient encore de nombreux bacilles tuberculeux.

27 mars. Les douleurs dans la région rénale et dans la vessie sont moindres, le nombre des mictions est moindre aussi. — Si les doses d'hétol dépassent 5 mg., la quantité de sang dans l'urine augmente régulièrement. On revient aux doses de 2-3 mg.; l'urine ne contient presque plus de sang. A partir de ce moment, on ne dépasse plus la dose de 5 mg. d'hétol, on injections intraveineuses. Le pus et autres sédiments diminuent. Bacilles tuberculeux moins abondants. Le bact. coli comm. se trouve dans l'urine en grande quantité. A la suite de l'emploi de l'urotropine (3 fois par jour, 6 gr. 5), l'urine devient neutre ou nettement acide. Etat général passable. Appétit défectueux. Conséquemment l'état de la nutrition s'altère davantage et le poids diminue de 3 livres. Les promenades donnent lieu à un léger accroissement de la température.

22 avril. La région des reins n'est guère plus sensible, mais la région vésicale l'est encore. L'urine continue à être trouble et sanguinolente; mais elle est légèrement acide. 5 ou 6 mictions par jour.

8 mai. A la suite d'une cystoscopie, vives douleurs, pendant quelques jours, dans la vessie; le second jour, issue d'une grande quantité de sang avec caillots. On ne trouve pas de tubercules dans la muqueuse vésicale.

20 mai. Les douleurs sont modérées dans la région vésicale, elles n'existent plus dans la région des reins. 4 ou 5 mictions par jour, une seule la nuit. L'urine est toujours encore plus ou moins sanguinolente; elle est acide. Sédiment muqueux, 5-6 bacilles tuberculeux dans la préparation (centrifuge). Température constamment normale. Etat général bon. Augmentation de poids : 1 livre.

Congédiée sur son désir.

En juin et juillet, elle envoie des échantillons de son urine, dans lesquels on ne trouve plus de bacilles tuberculeux. Son poids a augmenté de 10 livres.

Elle doit revenir au mois d'août se soumettre à un nouveau traitement.

CHAPITRE VI

Tuberculose chirurgicale (tuberculose des os et des articulations).

Bien que toutes nos recherches aient eu pour point de départ l'observation des tuberculoses chirurgicales, le traitement de ces tuberculoses par l'acide cinnamique n'a pourtant pas encore donné des résultats aussi positifs que ceux obtenus pour le traitement des tuberculoses pulmonaire et intestinale.

Cette restriction s'applique moins aux processus tuberculeux fermés, non abcédés, qu'aux abcès tuberculeux et aux tuberculoses ouvertes des os et des articulations. Le but du traitement des abcès tuberculeux est de les faire retracter par des injections, sans les ouvrir. Or la réalisation de ce but trouve un obstacle direct dans une propriété fondamentale de l'acide cinnamique, c'est-à-dire dans ses propriétés chimiotactiques énergiquement positives, dans sa faculté d'attirer les leucocytes en grand nombre. A la suite d'une injection directe d'acide cinnamique dans les abcès tuberculeux on ne tarde pas à observer — malgré l'aspiration partielle du contenu — un accroissement de pression et une tendance à la rupture. Bien que les abcès, après leur ouverture, guérissent souvent avec rapidité, la marche de ceux qui deviennent fistuleux est cependant, dans la plupart des cas, très lente, si l'on n'accélère pas la guérison par d'autres moyens, tels que le raclage, etc... — Il n'est d'ailleurs aucune méthode d'injection, dans laquelle on puisse éviter entièrement l'ouverture d'un certain nombre d'abcès tuberculeux.

Les processus fistuleux, surtout si les fistules conduisent dans de grandes cavités anfractueuses, dans des cavités articulaires, etc., ne s'accoutent donc pas des préparations cinnamiques essayées jusqu'ici, parce que la puissance antiseptique de ces préparations est très faible. L'action de l'acide cinnamique sur les staphylocoques et sur les streptocoques est tout à fait insignifiante ; celle du cinnamate de sodium est presque nulle. C'est donc se faire entièrement illusion que de vouloir, au moyen de pessaires

à l'acide cinnamique, maintenir aseptiques des fistules ou des plaies tuberculeuses. Cela est entièrement impossible.

Nous avons donc tâché d'associer l'acide cinnamique avec d'autres corps, afin d'obtenir une substance à action antiseptique. Nous avons d'abord songé aux composés iodés. Ils nous ont bien satisfait jusqu'ici relativement à leur action bactéricide; mais ils cautérisent si fortement les tissus et provoquent si facilement des inflammations, que nous avons dû renoncer à leur emploi en injections parenchymateuses et en application sur les plaies tuberculeuses.

J'emploie actuellement, en vue de certains résultats déterminés, un nouveau dérivé de l'acide cinnamique, un *métacresol cinnamique*, que la maison Kalle et C^{ie}, à Biebrich sur le Rhin, a introduit dans le commerce sous le nom de *hétocrésol*.

Le *traitement* de la tuberculose des os et des articulations se fait actuellement de la manière suivante :

Dans toutes les tuberculoses osseuses et articulaires je pratique des injections intraveineuses d'hétol, de la même manière que dans les tuberculoses internes. Ici encore je vais rarement au delà de 25 mg. d'hétol, bien que, dans les tuberculoses chirurgicales, cela puisse être plus facilement admis. S'il existe en même temps des tuberculoses internes (tuberculoses pulmonaires, intestinales), on observe fréquemment que ces tuberculoses internes, même les formes graves, guérissent plus rapidement que les processus dans les os.

Dans les cas de tuberculoses fermées, c'est-à-dire non fistuleuses et non abcédées, on peut, au moyen des injections intraveineuses, de bandages protecteurs, arriver à la guérison en quelques mois.

Bien entendu que je mets en usage tous les adjuvants que comporte le traitement conservateur de la tuberculose osseuse et articulaire.

Je n'emploie les bandages à extension que dans les cas tout à fait récents et pour corriger la position, car je suis d'avis que le traitement par extension, très longtemps continué, favorise la formation des suppurations articulaires et des abcès périarticulaires.

La pratique normale consiste dans l'emploi du bandage plâtré; au début, quand les douleurs sont vives et le gonflement considérable, ce bandage devra être bien ouaté; plus tard, quand le malade pourra marcher, on l'appliquera plus étroitement. Aux membres supérieurs, le bandage plâtré ne sert que de moyen de

contention, de repos; aux membres inférieurs, je l'applique, autant que possible, le malade étant en état de narcose, comme moyen d'extension modérée, avec l'idée d'en faire, aussitôt que possible, un moyen permettant au malade de marcher. Je fais donc lever le malade aussitôt qu'il peut se tenir sur des béquilles. D'abord on laisse flotter librement la jambe malade pendant la marche, la jambe saine étant en même temps rendue plus longue au moyen d'une haute semelle de liège. Ce n'est que dans le cas où les douleurs font entièrement défaut, qu'on laisse le patient s'appuyer sur sa jambe malade.

Si ses moyens le lui permettent, je fais faire pour le malade un appareil à extension avec attelles (en cuir).

Le traitement des tuberculoses articulaires non fluctes se fait de la manière suivante : après avoir logé le membre dans un étui protecteur (en plâtre, colle d'amidon, tissu en celluloïde, etc.), on fait des injections alternativement locales et intraveineuses. Pour les injections intraveineuses on suivra les règles indiquées dans la technique (page 68 et suivantes).

Les injections locales se font dans les masses fongueuses, l'asepsie étant aussi parfaite que possible; en général, on alterne les injections : le premier jour, on fait une injection intraveineuse; le troisième jour, une injection locale; le cinquième, une injection intraveineuse, et ainsi de suite. Pour les injections locales je me sers le plus souvent de la solution d'hétol à 5 0/0, et je commence ordinairement par 5 mg., puis j'élève peu à peu la dose, mais je n'injecte pas plus de 25 mg., en une fois, à la même place.

Pour hâter la guérison des tuberculoses locales accessibles à l'injection, il me semble pourtant indispensable, ainsi que je l'ai fait remarquer déjà en 1888, d'introduire des substances difficilement solubles.

J'ai essayé, dans ce sens, diverses préparations cinnamiques difficilement solubles, soit à l'état de fine dilution, soit à l'état d'émulsion, dans le genre de l'émulsion cinnamique au jaune d'œuf, indiquée page 69.

Les essais que j'ai faits à ce point de vue n'ont pas encore donné de résultats concluants, surtout parce que, dans ces dernières années, les cas légers de tuberculose osseuse et articulaire, sans suppuration, se sont présentés à moi en très petit nombre.

Quant à l'emploi simultané des injections intraveineuses d'acide cinnamique, j'ai cru pouvoir d'autant moins y renoncer, que, dans le plus grand nombre des tuberculoses chirurgicales traitées, il existait des foyers internes, parfois de la nature la plus grave.

Pour le traitement des plaies tuberculeuses ouvertes, je me sers d'une nouvelle préparation, le cinnamylmétacrésol, ou du baume du Pérou.

Le *cinnamylmétacrésol*, désigné dans le commerce sous le nom de *hétocrésol*, est une poudre cristalline, blanche, insoluble dans l'eau, dans l'huile, dans la glycérine, difficilement soluble dans l'alcool, facilement soluble dans l'éther. Elle n'est pas stérilisable, parce que, à 100°, elle se résout en une masse onctueuse, jaune, même si l'on cherche à la stériliser en solution aqueuse.

L'hétocrésol exerce une action très favorable tout particulièrement sur les plaies tuberculeuses fraîchement raclées ; il semble avoir une action modérément astringente ; les plaies tuberculeuses fraîchement raclées restent tout d'abord assez sèches. Dès la fin de la première semaine elles sont couvertes de granulations d'un rouge vif, facilement saignantes. Ces granulations ne présentent nulle part d'endroits œdémateux ni de nodosités, bref, elles offrent tous les signes des granulations saines, vigoureuses, absolument normales, sans aucun caractère tuberculeux. On est fréquemment obligé de les réduire avec le crayon de nitrate d'argent, et l'on voit alors les plaies se cicatriser aussi rapidement que des plaies normales.

Cet état favorable des granulations s'observe aussi dans les cas, où l'on n'a pas enlevé toutes les masses malades, des débris tuberculeux restant dans la plaie.

On saupoudre directement la plaie avec l'hétocrésol, ou bien on l'insuffle avec le pulvérisateur ; on peut encore, très rationnellement, le projeter sur la plaie en solution étherée (1 : 10 ou 1 : 20). Il suffit d'une couche très mince. — Il ne convient pas pour le traitement par injection des abcès fermés, parce qu'il n'est pas stérilisable (voyez plus haut). Dans l'eau il s'agglomère facilement en grumeaux. Je ne me sers plus, en général, de glycérine, à cause de ses propriétés toxiques. La puissance antiseptique de l'hétocrésol est faible ; nous avons même pu cultiver des microorganismes provenant de cette poudre. L'hétocrésol ne convient donc pas comme traitement unique des plaies profondes, accessibles à l'infection, alors que des rétentions peuvent se produire dans la profondeur, par exemple dans les cavités articulaires ouvertes.

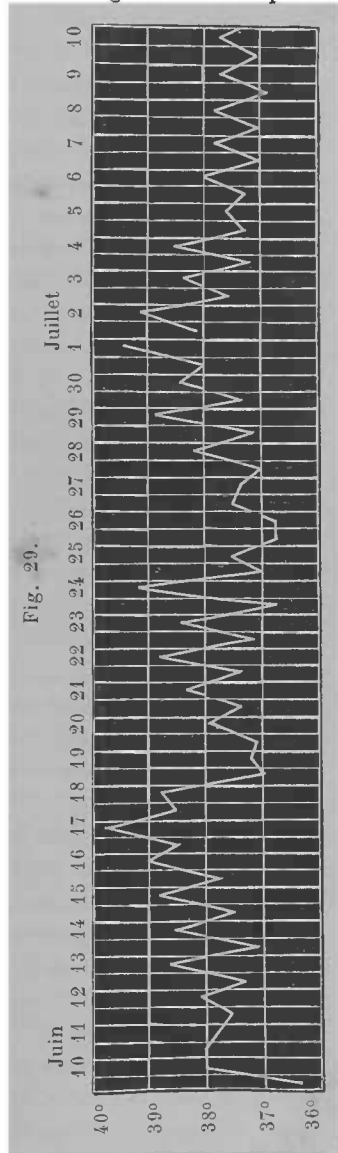
J'ai donc, dans ces cas, fait le premier pansement avec de l'iodoforme, ou bien avec un mélange d'hétocrésol et d'iodoforme ou d'iodol, à parties égales.

L'hétocrésol ne peut malheureusement pas être considéré

comme entièrement inoffensif. Dans un cas (n° 212), dans lequel, il est vrai, un grand nombre de surfaces granuleuses avaient été saupoudrées et pansées avec d'assez grandes quantités d'hétocrésol, j'ai vu se manifester des troubles de l'état général — céphalalgie, abattement, élévation de la température, troubles de l'appétit, allant jusqu'au vomissement (voyez la courbe, figure 29). Ces phénomènes ressemblent beaucoup à ceux qui sont dus à l'absorption du phénol, et qu'on avait parfois l'occasion d'observer à l'époque de l'antisepsie avec cette substance.

L'hétocrésol fournit à l'absorption une grande quantité d'acide cinnamique; c'est ce que montrent les numérations de leucocytes, indiquées à la page 59. Dans le cas où ces numérations donneraient des chiffres trop élevés, on pourrait remplacer momentanément l'hétocrésol par le baume du Pérou. L'efficacité de l'hétocrésol contre les processus tuberculeux a été confirmée par les injections intraveineuses d'une émulsion d'hétocrésol dans la tuberculose expérimentale chez les lapins. Les processus curatifs observés sont tout à fait les mêmes que ceux constatés à la suite de l'injection de solutions aqueuses de cinnamate de sodium; le développement de jeune tissu conjonctif est peut-être même encore plus énergique. L'hétocrésol est-il préférable à l'hétol pour le traitement des processus tuberculeux internes, sa sphère d'action est-elle plus étendue, offrira-t-il un mode d'application approprié à son emploi chez l'homme? Ce sont des questions qui attendent encore une solution.

J'ai cherché à éviter les résections typiques, pour cette raison



surtout, que les articulations épargnées guérissent souvent, sous l'influence de l'acide cinnamique, en conservant remarquablement bien leurs fonctions. Je me suis donc borné, en général, aux résections atypiques, c'est-à-dire à des raclages plus ou moins énergiques.

L'essentiel ici est d'élargir autant que possible les foyers, de telle sorte qu'ils puissent être tamponnés et que, formant des surfaces granuleuses faciles à surveiller et aussi peu aufractueuses que possible, ils puissent guérir sous l'influence de l'hétocrésol.

Pour les injections locales on peut employer un mélange d'hétocrésol et d'iodoforme (2 : 1 ou 1 : 1), délayé dans l'eau (8) ; les quantités injectées seront de 0^{me},5 à 2 centim. cubes, 1 ou 2 fois par semaine. L'hétocrésol ni l'iodoforme n'étant stérilisables, le mieux est de prendre, pour la dilution, 5 0/0 ou 3 0 0 d'une solution phéniquée, qu'on a fait préalablement bouillir au moins pendant 5 minutes.

Il faut, pour ces injections, se servir de larges canules.

Les abcès tuberculeux seront ponctionnés avec un large trocart, lavés avec une solution chloruro-sodique stérilisée, jusqu'à ce que, autant que possible, aucun caillot ne soit plus évacué ; puis on injecte 3 à 10 centim. cubes d'une dilution d'hétocrésol (10 0 0) et d'iodoforme (5 0 0), on suture la petite plaie et l'on applique un bandage protecteur. Dans un certain nombre de cas il se produit plus tard une nouvelle ouverture et une évacuation d'un pus souvent sanguinolent. Si l'on maintient la fistule aseptique, la guérison peut se faire sans nouvelle intervention.

Il va de soi que l'injection intraveineuse d'hétol peut aussi être exécutée concurremment avec un traitement typique par les injections d'iodoforme.

S'il n'est pas possible de débarrasser les surfaces tuberculeuses de telle sorte qu'elles puissent, à l'état d'excavations ou de gouttières, rester constamment en contact avec l'hétocrésol, on devra les drainer d'une manière convenable. Je me sers pour cela de drains tubuleux, qui sont liés au milieu. En avant et en arrière de la ligature, on a pratiqué un trou. Si donc, à travers le drain tubuleux, on injecte de l'éther à l'hétocrésol, il devra sortir à travers un des trous et traverser la cavité, avant de pouvoir s'écouler à travers l'autre trou et à travers le drain tubuleux. Les tubes obstrués seront nettoyés au moyen d'une solution chloruro-sodique stérilisée.

Le traitement des processus fistuleux doit être fait avec les précautions les plus minutieuses ; je fais changer les pansements

tous les deux jours, les fistules sont nettoyées avec le plus grand soin; il faut prêter la plus grande attention à ce que les pansements antiseptiques soient exactement appliqués, de manière à éviter toute cause d'infection.

La température étant observée très exactement, on ouvrira aussitôt que possible les foyers de rétention — à l'aide de l'anesthésie locale ou générale. Les endroits ramollis, douloureux, ayant l'apparence de foyers tuberculeux, devront être traités par des injections d'une dilution d'hétocrésol phéniqué, et, si, par ce moyen, on n'arrive à aucun résultat, on les incisera et on les traitera par l'hétocrésol.

Dans l'appréciation des résultats obtenus il faut encore tenir compte du grand nombre de tuberculoses multiples, qui se sont offertes à notre observation, ainsi que du grand nombre de malades gravement atteints, qui ont dû être renvoyés ailleurs comme ne pouvant plus être l'objet d'un traitement.

Ces résultats se sont d'ailleurs, dans cette dernière année, sensiblement améliorés, à mesure que nous nous familiarisions davantage avec l'emploi de l'hétocrésol.

Inflammations de l'articulation coxo-fémorale

Observation 1-14. — Garçon de 11 ans. KOK.

Du 1^{er} juin 1895 au 26 septembre 1896.

Situation très misérable. Scrofuleux.

1^{er} juin 1895. *Coxite du côté gauche*, avec infiltration très prononcée, flexion, abduction, fièvre. D'abord, extension et injections locales; puis bandage plâtré. La température revient à la normale. État général bon. En septembre 1895, il est renvoyé, à titre d'essai, avec deux béquilles et la jambe pendante.

14 jours après il revient. Il ne s'est pas bien comporté, a marché sans ses béquilles, est tombé d'un talus de 4 mètres de haut, etc... Température entre 39° et 40°. Abscès de la face antérieure de l'articulation de la hanche.

10 octobre Incision, raclage de l'abcès, drain tubuleux à travers l'articulation détruite. La température ne tombe pas entièrement.

12 novembre. Résection avec l'incision de Langenbeck. La tête du fémur est fortement adhérente avec la cavité cotyloïde; on la laisse en place; dans le col du fémur, quelques séquestres (fracture?), que l'on enlève.

Guérison lente; la température revient lentement à la normale.

5 mars. Guéri, sauf une fistule, sécrétant très peu, dans la région du col fémoral. L'enfant prend de l'embonpoint.

Après l'expulsion d'un petit séquestre, la fistule guérit avec une cicatrice profondément rétractée. Le malade peut marcher sans douleur sur sa jambe, raccourcie de 3 cm. 50. État général excellent. Augmentation de poids: 15 livres au moins.

26 septembre. Sortie.

La fistule, me dit-on, s'est ouverte plus tard et a un peu sécrété.

Observation 1-15. — Jeune homme de 16 ans. KOK.

Du 31 décembre 1895 au 27 juin 1896.

Arthrite coxo-fémorale droite.

Dans l'espace d'un mois et demi il s'est développé, la température s'élevant peu à peu, une inflammation de l'articulation coxo-fémorale droite. Rotation en dehors, flexion, infiltration de toute la région de la hanche, sans abcès appréciable, endolorissement très marqué; nodosités ganglionnaires dures dans le pli de l'articulation coxo-fémorale et dans la fosse iliaque. Tuméfaction ganglionnaire générale. Toux. Température entre 38° et 39°

3 janvier. Application, en narcose, d'un bandage plâtré extensif. Injections intraveineuses, plus tard aussi injections locales.

5 mars. Chute lente de la température et diminution des douleurs. Renouvellement du bandage plâtré.

12 avril. Le malade va avec des béquilles. Température normale. L'état général se relève.

25 avril. Enlèvement du bandage. Ankylose de l'articulation et encore infiltrat dur. Le malade marche avec des béquilles. État général satisfaisant.

27 juin. Le malade sort avec un bâton et des béquilles. Ankylose presque complète en légère abduction; absence de douleurs. Très bonne apparence, augmentation très notable du poids.

Printemps de 1898. État très bon; le jeune homme marche bien sans bâton et sans éprouver de douleurs. Claudication peu prononcée. Très faible mobilité dans l'articulation de la hanche.

Observation 146. — Garçon de 6 ans. Cons.

Du 27 août 1895 au 5 mars 1896.

Arthrite coxo-fémorale purulente gauche.

Dans le calcaneum droit, suppuration osseuse en voie de guérison. A gauche, inflammation de l'articulation coxo-fémorale, avec abcès commençant, multiples scrofulides, tuméfaction ganglionnaire générale. — Malade depuis 3 ans. Très anémique. Injections glutéales. Bandage plâtré.

5 octobre. Ponction de l'abcès et injection d'acide einnamique, suspendu dans la solution chloruro-sodique physiologique. Raclage des scrofulides. Baume du Pérou.

1^{er} novembre. L'abcès sécrète encore un peu.

5 décembre. La fistule est fermée. Léger appareil protecteur. Scrofulides guéries.

4 février. L'enfant marche bien, même sans appareil. Articulation coxo-fémorale ankylosée.

5 mars. Fin du traitement. État général très amélioré.

8 février 1897. L'enfant s'est représenté; il a une mine florissante. Il peut marcher pendant deux heures sans appui. On élève de 2 cm. et demi le talon de son soulier.

Juin 1898. État excellent. Fait plusieurs heures de marche sans douleur. Ankylose dans le même état. Articulation de la hanche sans aucun gonflement, sans aucune inflammation.

Observation 147. — Homme de 29 ans. KOK et à domicile.

Du 21 août au 2 novembre, KOK; jusqu'au 3 novembre 1896, à dom.

Arthrite coxo-fémorale droite. Tuberculose pulmonaire.

31 mars. Léger accident.

19 août. Abduction modérée de la jambe droite, rotation limitée; pression sur le trochanter et le talon, douloureuse; mouvements dans l'articulation, très douloureux; infiltration de la région articulaire, particulièrement en avant; ganglions inguinaux et iliaques, à droite, tuméfiés et formant des nodosités volumineuses et dures. Dans les poumons, PGH, diminution du son et râles isolés. — Température élevée, arrivant de temps à autre jusqu'à 39°, température vespérale le plus souvent à 38°; pulsations, 100 environ. Anémie et nervosité très accentuées. Morphomanie.

Ne supporte pas l'extension; d'abord bandage plâtré, puis bandage silicaté.

15 octobre. Marche avec des béquilles, avec son bandage; température toujours encore irrégulière.

2 novembre. Traitement à domicile. Vivant dans des conditions tout à fait antihygiéniques, il contracte un nouveau catarrhe, avec râles, GAH et GPII, et tem-

pérature s'élevant au-dessus de 39°. Appareil à attelles, avec lequel le malade peut immédiatement marcher assez bien et être conduit à l'air frais.

30 décembre. Dans les poumons, matité relative, mais plus de râles. Le malade apprend rapidement à marcher avec son appareil, même dans la rue. Température normale. Au mois de mars, bonne aptitude à la marche, l'état général se maintient satisfaisant.

Printemps de 1898. Mine florissante; aptitude au travail parfaite; claudication à peine marquée, sans appareil.

Observation 148. — Garçon de 3 ans. KOK et KB.

Du 20 février au 20 juin 1897.

Arthrite coxo-fémorale purulente.

Tare héréditaire. Depuis le mois de juin 1896, inflammation de l'articulation coxo-fémorale, traitée de la manière la plus rationnelle, en partie par l'extension, en partie par les bandages plâtrés.

20 février. Enfant anémique, très nerveux. Appétit très mauvais, vomissements fréquents. Température subfébrile, pouls fréquent. Articulation coxo-fémorale droite en bonne position, très sensible spontanément et pendant les mouvements; infiltrat, particulièrement derrière le trochanter; tuméfactions ganglionnaires.

Application d'un bandage plâtré extensif, en narcose. Injections glutéales. L'appétit et l'aspect s'améliorent à vue d'œil. Ascensions légères et rares de la température (38°, 2). Au milieu d'avril, on remarque dans la fesse une tuméfaction fluctuante.

28 avril. Aspiration de 2 cuillerées environ d'un liquide purulent ténu. Injection d'un peu de préparation d'acide cinnamique dans une solution chloruro sodique stérilisée. Tête fémorale remarquablement mobile vers le bassin. Bandage plâtré.

2 mai. Le petit malade est transporté à KB.

20 juin. Température normale, appétit bon, point de vomissements; le petit garçon est gai. L'abcès ne s'est pas reformé. Le malade sort, muni d'un appareil à attelles.

Nous n'avons eu de lui aucune nouvelle.

Observation 149. — Jeune homme de 25 ans. KOK.

Du 27 juin 1897 au 20 janvier 1898. Injections du 3 juillet jusqu'au 18 janvier 1898.

Coxite gauche.

Le 18 mai 1897, entorse de la hanche. Bientôt après, le malade éprouve de vives douleurs et s'alite; les violentes douleurs persistent dans l'articulation coxo-fémorale gauche; élévation constante de la température, allant jusqu'à 39° et au-dessus.

Pas de tare héréditaire, bonne santé antérieure.

Très maigre. Température = 39°. Pouls petit, 120 pulsations. Poumons: au sommet gauche, légère matité, avec respiration rude.

Jambe gauche en abduction et flexion. Légère voussure dans la région inguinale (fluctuation profonde?). Le moindre mouvement, une simple secousse imprimée au lit, donnent lieu à une vive douleur dans l'articulation de la hanche.

28 juin. Application, en narcose, d'un bandage plâtré extensif. Injections intra-veineuses (pas d'injections locales). Consécutivement, cessation des douleurs. Le malade peut se mouvoir assez bien. La température tombe lentement.

1^{er} août. Température constamment normale et point de douleurs. Le malade, muni de son bandage plâtré, se lève et peut marcher facilement à l'aide de deux béquilles et d'un talon élevé à son pied droit; il n'éprouve pas de douleurs.

18 septembre. Depuis huit jours le bandage a été enlevé. Pas de souffrances; la jambe est simplement encore faible et se tuméfie quand elle a trop fonctionné. Le malade marche bien avec deux bâtons.

1^{er} octobre. Récidive. Vives douleurs et fièvre, 39°. Retour au bandage plâtré.

19 octobre. Plus de souffrances.

5 décembre. Le malade continue à n'éprouver aucune incommodité. Température constamment normale. Appareil à attelles avec rond pour le siège. A l'aide de cet appareil et de deux bâtons, le malade peut marcher facilement.

État général et état de la nutrition très bons.

8 janvier. Ce n'est qu'à la suite de violents mouvements que se produit encore un peu de douleur dans l'articulation de la hanche. Très bon état général.

20 janvier. Renvoyé chez lui en convalescence.

Mai 1898. Pas de rechute. État général très bon.

L'articulation coxo-fémorale est complètement ankylosée en légère abduction ; il y a donc de la claudication.

Une marche un peu prolongée provoquo encore quelques légères douleurs.

Observation 150. — Fillette de 7 ans. Traitée en cons. (très irrégulièrement depuis le 17 juillet 1897).

Arthrite coxo-fémorale purulente des deux côtés.

Depuis plusieurs années, arthrite coxo-fémorale droite, traitée par l'orthopédie et par des injections d'iodoforme ; formation d'un abcès, ouverture, fistule. Depuis 2 ans, douleurs et tuméfaction à gauche, obligeant la malade à rester alitée. Il y a 5 semaines, à la suite d'une chute, il s'est produit brusquement une notable saillie du trochanter gauche.

État de la malade, le 17 juillet 1897.

Enfant très maigre, chétive, anémique. Tuméfaction ganglionnaire générale. Anorexie complète. Sommeil troublé par les douleurs. Pas de fièvre, au dire de la mère. Pas d'albumine dans les urines. L'articulation coxo-fémorale droite est fixée en adduction, flexion (environ 45°), rotation en dedans. A la face externe de la partie supérieure de la cuisse, deux fistules sécrétant modérément. La région coxo-fémorale ne présente plus de gonflement. — La jambe gauche est en forte adduction et flexion sur la jambe droite, sur laquelle elle s'appuie un peu. Le trochanter fait une saillie prononcée. Le sommet du trochanter est à 3 cm. environ au-dessus de la ligne de Roser-Nélaton ; au-dessus du trochanter, dans la profondeur, un peu d'infiltrat. — Selon toute apparence, luxation secondaire dans l'articulation de la hanche. La moindre tentative de mouvement provoque de vives douleurs. Fort paquet ganglionnaire dans la fosse iliaque.

Bandage plâtré. Injections glutéales à gauche, l'enfant étant couchée sur le trochanter droit.

Au mois de novembre 1897, après 40 injections (2 mg. jusqu'à 20 mg.) : l'état général s'est très notablement amélioré. La petite malade a bonne mine. Augmentation de poids. Appétit et sommeil, bons. Les fistules, au haut de la cuisse droite, sont fermées depuis le mois de septembre. Les douleurs, dans l'articulation coxo-fémorale droite, laquelle d'ailleurs est aussi presque ankylosée, ont à peu près entièrement disparu. L'enfant peut lever les orteils du pied gauche. Léger bandage protecteur. — Dans les premiers mois de l'année 1898, l'enfant n'a été apportée qu'une fois, parce qu'elle est tombée du canapé sur le côté gauche ; tout d'abord on ne trouve aucune altération.

Quand on nous la présente au mois de juin, on constate une voussure fluctuante au niveau du trochanter gauche. Ponction et aspiration de 50 cent. cubes environ d'un pus tuberculeux ; injection de 2 gr. d'hétéocrésol et de 1 gr. d'iodoforme dans 20 cent. cubes d'une solution chloruro-sodique stérilisée. Application d'un bandage plâtré. — Au mois de juillet, rupture par l'ouverture de la ponction ; évacuation d'une petite quantité de pus ; formation d'une fistule étroite, qui sécrète très peu. — L'état général pendant toute cette période ne s'altère que peu. Point de douleurs. L'enfant, malgré la défense qu'on lui a faite, se tient debout sur sa jambe. État général satisfaisant.

Observation 151. — Fillette de 5 ans. Cons.

Du 2 novembre 1897 au 30 janvier 1898.

Coxite.

Il y a 2 ans et demi, elle a subi une opération à cause d'une inflammation de l'articulation de la hanche et d'une « tuberculose osseuse ». Depuis lors, suppuration. Les douleurs dans l'articulation coxo-fémorale gauche ont peu à peu cédé. La malade se tient un peu debout sur la jambe gauche.

État, le 7 novembre 1897.

Enfant pâle, assez bien nourrie. Blépharite ciliaire. Tuméfaction ganglionnaire

générale. Au niveau de l'articulation de l'épaule gauche, 2 cicatrices osseuses profondément rétractées (provenant d'une suppuration de longue durée). Au côté externe du haut de la cuisse gauche, cicatrice d'une longueur de 10 cm. environ. Le trochanter fait une saillie pointue. Raccourcissement d'environ 3 centim. Soudure conjonctive de la cuisse avec le bassin. A la face postérieure du haut de la cuisse, fistule ; au côté interne, fistule avec une scrofulide de l'étendue environ d'une pièce de 2 fr. — Application locale de baume du Pérou. Injections glutéales.

Fin décembre. Les fistules sont guéries, la scrofulide est séchée.

Commencement de janvier. Nouvelle ouverture de la fistule interne et évacuation d'un petit séquestre, après quoi la fistule se ferme définitivement.

Etat général très satisfaisant.

En juin 1898, l'enfant nous est présentée. Elle s'est maintenue en bon état. Elle marche en boitant, mais sans douleurs, avec une semelle élevée.

Observation 152. — Fille de 13 ans. KOK.

Du 24 décembre 1895 au 30 mai 1896. Injections du 11 au 22 mars 1897.

Abcès tuberculeux au haut de la cuisse gauche. Coxite (?). Lymphadénite du cou. Elle a une sœur atteinte de bronchite chronique et de cataracte du sommet ; pas d'autre tare héréditaire. Elle était autrefois bien portante.

Depuis quelque temps, douleurs dans la jambe gauche. Au côté externe de la partie supérieure de la cuisse gauche, tuméfaction à limites indécises, pas de fluctuation. L'articulation de la hanche paraît libre ; l'endolorissement est tel que les mouvements ne peuvent être supportés. Fièvre élevée.

28 décembre. Incision sur le bord latéral du triceps crural et à travers ce muscle. Foyer purulent communiquant avec l'os, sur lequel on ne trouve aucun endroit rugueux ; pas de communication avec l'articulation coxo-fémorale (?). Drainage.

1^{er} février 1895. La fièvre s'élève dans les dernières semaines ; on croit de plus en plus à une coxite.

Soupçonnant une tuberculose, on fait des injections d'acide cinnamique. On ouvre encore une fois largement la plaie. Il s'est formé sur le fémur de durs épaississements périostiques. Pansements avec baume du Pérou. La fièvre tombe.

30 mars. La plaie présentant un bon aspect, la malade, sur son désir, est envoyée à la consult.

22 avril 1895, consult. — Plaie guérie. La malade peut se tenir debout et marcher à l'aide d'un léger appui.

Bien portante jusqu'en février 1897.

Février 1897, traitement à la consultation pour une lymphadénite scrofuluse du cou. 11 mars 1897, la malade est admise à KOK.

Tuméfaction molle, fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule, derrière l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien à l'apophyse mastoïde. Ganglion du volume d'un haricot devant l'oreille gauche. Ganglion de la grosseur d'un œuf de pigeon et 2 ganglions plus petits, mais profondément situés, derrière le milieu du sterno-cléido-mastoïdien.

12 mars. OPÉRATION. Extirpation du gros ganglion ; les plus petits, autant qu'on peut les atteindre, sont incisés, raclés, drainés ; plus tard, injections intraveineuses. Température constamment normale.

22 mars. La plaie inférieure est fermée ; la supérieure et antérieure est couverte de granulations, sèche peu ; il en est de même de la plaie postérieure.

Congédiée à la consult.

Traitée encore une fois, en passant, pour une tuméfaction du ganglion subpectoral gauche. Injections jusqu'au commencement de l'année. Elle est restée bien portante.

Observation 153. — Fille de 3 ans et demi. Pol.

De mai 1897 à janvier 1898.

Coxite droite.

Enfant chétive, depuis longtemps scrofuluse ; depuis deux mois, douleurs dans la jambe gauche.

Contracture en flexion et abduction, tuméfaction des ganglions, douleurs vives. Gonflement de l'articulation coxo-fémorale. Etat de la nutrition mauvais. Bandages plâtrés en narcose. Injections glutéales. Amélioration lente et lente diminution du gonflement.

Janvier 1898. Elle peut se tenir debout et marcher un peu sans douleur, et sans bandage. Etat général meilleur.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Observation 154 — Garçon de 5 ans. KOK.

Du 10 décembre 1895 au 8 mars 1896.

Coxite gauche.

Issu de parents bien portants. Depuis environ six mois, il se sert craintivement de sa jambe droite. Dans les 6 dernières semaines, augmentation des douleurs, existant la nuit et le jour, de sorte que le malade a dû s'aliter et a vu ses forces diminuer assez rapidement.

ETAT ACTUEL : Maigre, a l'air fatigué. Rien aux poumons. Tuméfaction ganglionnaire générale. Dans la fosse iliaque gauche, nodosité ganglionnaire, grosse comme une pomme, un peu sensible à la pression. La jambe gauche affecte la position typique de l'abduction et flexion. Tout autour du trochanter, infiltrat un peu profond. Température normale.

Bandage plâtre appliqué en narcose. Injections locales d'hétoïl (au niveau du trochanter) et injections glutéales. — Le malade ne tarde pas à être délivré de ses douleurs ; il a bon appétit. Il peut se lever et marcher avec son appareil.

Sortie. Etat général très bon. Le petit garçon marche sans bandage et sans éprouver de douleurs. Le paquet ganglionnaire est devenu beaucoup plus petit. Mouvements extrêmes dans l'articulation de la hanche, supprimés. On ne provoque plus de douleurs quand on pousse le trochanter dans la cavité cotyloïde.

L'état est resté bon ; la claudication est à peine marquée.

Observation 155. — Garçon de 5 ans. Cons.

Depuis le mois de février 1898.

Coxite gauche.

Garçon assez chétif. Endolorissement, position anormale, contracture dans l'articulation coxo-fémorale gauche. Tuméfaction ganglionnaire générale ; localement, forts paquets ganglionnaires. — Bandages plâtrés. Injections glutéales.

Juillet 1898. Mouvements presque libres dans l'articulation de la hanche, mais encore quelques douleurs. La tuméfaction a disparu. Le gonflement ganglionnaire, général et local, a régressé. Etat général un peu meilleur.

Un cas d'arthrite coxo-fémorale a été, en outre, cité à propos des tuberculoses multiples.

Arthrites du genou

Observation 156. — Fille de 7 ans. KOK et consult.

Du 19 février 1895 au 4 mai 1896.

(Le traitement a été fait très irrégulièrement et a duré, en tout, environ 15 semaines).

Fongus du genou.

Pas de tare héréditaire. Il y a déjà plusieurs années qu'elle est en traitement pour une inflammation de l'articulation du genou.

19 février Genou droit tuméfié, granulations fongueuses, fluctuation. Articulation ankylosée à 120°, très douloureuse, atrophie prononcée. Bandage plâtre. Injections glutéales.

24 mars Peut marcher sans bandage. Douleurs faibles. Genou désenflé. Sortie.

18 août. Bandage silicaté. Aspect florissant.

13 avril 1896. A la suite d'une chute, petit abcès froid au côté externe du genou. Articulation désenflée. Incision de l'abcès, raclage, acide cinnamique appliqué localement. Guérison rapide. Extension à 150°, bandage plâtre. 24 avril, sortie.

10 mai. Jambe presque étendue, sans douleurs, un peu de mobilité. Peut marcher sans bandage. Etat général très bon.

1897. Elle nous est de nouveau présentée. Etat général excellent. Marche bien; membre un peu coudé en baïonnette par suite d'une subluxation en arrière.

D'après les nouvelles que nous en recevons (1898), l'enfant se trouverait très bien et marcherait solidement malgré son genou raide.

Observation 157. — Jeune homme de 19 ans.

Du 4 janvier au 12 mai et du 9 juin au 5 juillet 1896.

Tuberculose du genou du côté gauche.

Tare héréditaire. Depuis Pâques 1895, lente tuméfaction du genou gauche. Articulation fortement distendue, peu douloureuse. Gonflement de l'extrémité inférieure du fémur, surtout prononcée au côté interne.

Bandage plâtré, injections intraveineuses. On essaye l'hyperémie par stase, qui, à cause des vives douleurs et du refus du malade, doit être abandonnée. Injection locale.

23 février. Dégonflement considérable. Articulation mobile, indolore. On sent la capsule articulaire épaissie, grains riziformes.

19 mars. Tuméfaction subite considérable, avec fièvre et violentes douleurs (Par suite de l'injection ? par traumatisme ?)

23 mars. Ponction, suivie d'un lavage avec 3 0/0 de solution phéniquée. Bandage plâtré. Amélioration.

3 mai. A cause d'un nouveau gonflement, ouverture de l'articulation; drainage, frictions avec acide cinnamique.

6 juin. Bandage plâtré.

7 juin. Les plaies se couvrent de bonnes granulations et se réduisent rapidement. Le malade marche. Etat général satisfaisant.

7 juillet. Deux étroites fistules, profondément déprimées, genou très dégonflé, bon état général. Sortie.

28 juillet. Le malade s'est représenté. Il va bien.

En 1898, il s'est présenté à nous dans un état excellent. Genou un peu difforme, mais indolore; cicatrices profondément rétractées. Le malade va bien.

Observation 158. — Homme de 65 ans. Dom.

Du 22 septembre 1896 au 10 juin 1897 (2 pauses de 6 et 8 semaines).

Tuberculose du genou gauche.

Il y a 2 ans, inflammation tuberculeuse de l'articulation carpo-métacarpienne gauche, guérie, avec fistules sèches, au moyen des injections d'iodoforme. Bronchite chronique, avec expectoration purulente profuse. Depuis 4 mois, inflammation tuberculeuse de l'articulation du genou gauche.

L'articulation du genou gauche est fortement tuméfiée, de sorte qu'on peut à peine sentir les os à la palpation; rougeur modérée; fluctuation manifeste dans la partie supérieure; douleurs modérées. L'articulation est à angle droit. Le malade ne peut pas se servir de la jambe.

Anémie assez prononcée; appétit et sommeil suffisants. Température normale. Application d'un appareil à attelles. On n'emploie que les injections intraveineuses.

2 décembre. L'articulation est très dégonflée, on sent à la palpation que la tubérosité du tibia est lisse, il n'existe du liquide que dans le sac synovial supérieur. Le malade marche avec deux béquilles, mais gauchement. L'articulation fait un angle de 150°.

8 mars. La bronchite est, depuis déjà 2 mois, considérablement améliorée; presque plus d'expectoration. L'état général est beaucoup meilleur. Le malade marche avec des béquilles, mais avec peine.

25 avril. Articulation très dégonflée, mobile activement jusqu'à environ 30°. Marche plus facile. Absence complète de douleurs. Très bon état. Expectoration réduite au minimum.

10 juin. Traitement interrompu pour cause de départ. Bon état. Le malade marche avec un bâton et une béquille, sans douleurs.

Au mois d'août 1897, il va à la campagne, où il meurt, en 48 heures, d'une attaque d'apoplexie. Pas d'autopsie.

Observation 159. — Garçon de 4 ans. KOK et cons.

Du 17 novembre 1895 au 7 juin 1896.

Inflammation tuberculeuse de l'articulation du genou.

Enfant présentant diverses manifestations scrofuleuses : eczéma, blépharite ciliaire, kératite, coryza, tuméfaction générale des ganglions. Articulation du genou droit tuméfiée comme un ballon, subluxation en arrière. Bandage plâtré et injections locales.

2 mars. Le genou est désenflé et peu douloureux. L'eczéma, les accidents du côté de l'œil, le coryza, etc. sont en voie d'amélioration.

15 mai. L'enfant se lève sans douleurs. Les manifestations scrofuleuses sont en voie de régression.

7 juin. Le genou est très désenflé. L'enfant peut marcher sans bandage. L'état général est beaucoup amélioré.

A la fin de 1896, l'enfant nous est encore présenté à plusieurs reprises. Etat toujours satisfaisant.

Observation 160. — Fille de 18 ans. KOK.

Du 26 novembre 1897 au 2 février 1898. Injections du 28 novembre jusqu'au 31 janvier.

Fongus du genou gauche.

Père malade de la poitrine. Mère, frères et sœurs, en bonne santé; elle-même autrefois bien portante. Au printemps de 1895, douleur dans le genou; lente aggravation. Au printemps de 1896, un peu de gonflement; depuis lors, troubles de l'état général. En décembre 1896, augmentation notable du gonflement; depuis cette époque, la malade reste le plus souvent alitée.

Epaississement fusiforme, pas trop prononcé, du genou gauche; douleurs modérées, de sorte que la malade peut un peu marcher avec des béquilles. On ne sent de fluctuation nulle part.

Etat général passable; un peu d'anémie. Température normale.

Poumons: GP, dans la fosse sus-épineuse, légère diminution du son. GA, dans les fosses sus et sous-claviculaire, légère matité. DA et GPH, respiration affaiblie, indistincte en avant. Pas de toux, pas d'expectoration; quelques mucosités seulement.

8 janvier. Genou encore uniformément épaissi, mais à peine douloureux. La malade est assez solide, elle marche avec deux bâtons.

Poumons: Matité, respiration rude, à gauche, comme auparavant. Etat général satisfaisant. Température constamment normale.

2 février. GPH, diminution du son, quelques craquements. GAIL, rétraction et légère diminution du son. A droite, plus rien.

Augmentation de poids. Etat général bon. Le genou n'est plus que peu épaissi. Plus de douleurs, sauf dans les cas où le pied appuie fortement. La malade, marchant avec son bandage et deux bâtons, est renvoyée chez elle.

Mai 1898. Elle vient se présenter à notre examen.

Point de douleurs. Etat général bon.

Observation 161 — Ecolier de 18 ans. KOK.

Du 13 octobre 1897 au 1^{er} juin 1898.

Fongus du genou gauche. — Phtisie pulmonaire.

Pas de tare héréditaire. A toujours été auparavant bien portant.

Il y a 2 ans, légère tuméfaction à l'articulation du genou gauche, sans notables souffrances.

Pendant l'automne de 1896, pleurite droite, d'une durée de deux mois; consécutivement, la température est toujours restée élevée (le soir, au-dessus de 38°). Au mois d'avril 1897, aggravation de l'état du genou, gonflement avec fièvre et douleurs. En mai, incision et raclage; au bout de 4 semaines, guérison. Mais le gonflement revient au bout de quelques semaines: ouverture sur le côté interne. A partir de juin, le malade se remet. La fistule suppure beaucoup.

Depuis 2 mois aussi toux, peu d'expectoration, jamais sanguinolente.

13 octobre. Le genou gauche est le siège d'un épaississement diffus, il est enflé des deux côtés de la rotule, il est sensible à la pression. Au côté interne, fistule étroite, sécrétant peu.

Poumon : GP, au-dessus de l'épine de l'omoplate, matité, avec râles disséminés, humides et secs, peu d'expectoration, sans bacilles tuberculeux.

Température : 38°-38°,5 (prise sous l'aisselle). Appétit, état général, passables. Très maigre (79 livres). Injections intraveineuses d'hétol.

3 novembre. Incision d'un abcès au côté externe du creux du jarret, pus jaune abondant.

20 novembre. Bandage plâtré, pourvu d'une fenêtre.

27 décembre. La plaie se couvre de granulations ; elle présente encorc, du côté interne, une fistule étroite, pauvre en granulations et sécrétant à peine. Température, autour de 38°. Etat général passable. Marche avec des béquilles.

8 janvier. Le bandage plâtré ayant été enlevé, le genou se montre peu épaissi, en dehors d'une voussure au niveau du condyle interne ; il est très douloureux dans les mouvements, il est légèrement subluxé en arrière. La température, le soir, dépasse 38°. Appétit et état subjectif moins bons.

3 février. Opération, à cause de l'élévation constante de la température, douleur au genou et fluctuation dans le creux du jarret. Incision, raclage, drainage, bandage plâtré avec fenêtre. Température 39°.

13 février. La température tombe. Toutes les plaies se couvrent de granulations pures, sécrétion modérée. L'appétit et l'état général s'améliorent.

27 mars. Température 37°,8-38°,5 (prise dans le rectum). Les plaies se resserrent rapidement et se cicatrisent ; ce n'est qu'au niveau du condyle interne qu'il existe encore des végétations granuleuses. Etat subjectif satisfaisant, état de la nutrition encore défectueux.

3 mai. En narcose, enlèvement du bandage, changement du drain. Articulation assez solide. A la partie externe seulement, petite rétention, drainage ; un drain aussi dans les anfractuosités. Bandage plâtré, avec trois attelles métalliques, au genou.

1^{er} juin. Les plaies, qui, dans ces derniers temps, ont été saupoudrées avec de l'hétocrésol et injectées avec une solution éthérée d'hétocrésol, se couvrent de bonnes granulations ; sécrétion peu abondante.

Etat général bon. Température jusqu'à 38° (prise dans le rectum).

Dans les poumons, on ne constate plus qu'une légère matité au niveau du sommet gauche.

Observation 162. — Jeune homme de 16 ans. KOK.

Du 26 juillet au 15 novembre 1897. Injections depuis le 5 août jusqu'au 15 novembre.

Fongus du genou droit.

Pas de tare héréditaire. Le malade dit avoir toujours été auparavant bien portant. Le 2 avril, chute. Le lendemain, vive douleur et tuméfaction dans le genou droit. Evacuation d'un fort épanchement de sang au moyen d'une ponction. Ecoulement de sang pendant 5 semaines. Hémophilie. Il est resté du gonflement, ainsi que des douleurs et des tiraillements, dans le genou, surtout à la suite des tentatives de mouvement.

Au mois de juillet, le malade marche encore avec deux béquilles, sans lesquelles la marche est très pénible.

Le genou est le siège d'un épaississement diffus, pas trop accentué. Epanchement articulaire assez considérable. Divers points sensibles à la pression, tentatives de mouvement douloureuses. Contours osseux normaux. Position en extension, bandage contentif.

Malade amaigri et faible. Poumon : au sommet droit, légère matité et râles secs disséminés.

Du 9 au 15 août. Otite de l'oreille moyenne, avec fièvre élevée et perforation spontanée.

Le genou est presque entièrement désenflé. Plus d'épanchement. Pression sur la rotule encore douloureuse.

31 août. Forte hématurie, survenue brusquement, et qui dure deux jours ; on trouve aussi un peu d'albumine dans les urines. Au microscope, seulement globules rouges, pas de cylindres. Apparence néphritique : œdème des paupières, pâleur ; léger œdème aux malléoles.

Tous ces accidents disparaissent sans laisser de traces.

1^{er} octobre. Genou encore sensible, surtout quand le malade essaye de le mouvoir; il est donc presque complètement raide; il n'est plus guère épaissi. Les muscles sont assez atrophiés. Etat général bon. Urine normale.

Au commencement d'octobre, 2 accès épileptiformes; le malade n'en avait jamais eu auparavant, et ils ne se sont pas reproduits.

16 novembre. Le genou ne présente extérieurement presque plus rien d'anormal; il n'est plus nulle part sensible à la pression; il n'est douloureux que lorsque le malade le fléchit de plus d'un demi-droit, une plus forte flexion n'est pas possible. Le malade marche avec son genou étendu, en boitant encore un peu; il marche, en somme, assez bien.

L'état général continue à être satisfaisant. Etat de la nutrition, état des forces, bons; urines normales; jamais plus de sang ni d'albumine. Les accès épileptiques ne se sont pas reproduits. Aux poumons, plus de bruits anormaux.

Congédié avec un bandage silicaté.

En mai 1898, il s'est de nouveau présenté. Il marche sans bandage; le genou est mobile au delà d'un demi-droit. Etat général bon. Encore un peu pâle.

Observation 163. — Fille de 19 ans. KOK.

Du 6 septembre au 4 décembre; jusqu'au 15 décembre, cons. Injections du 18 août jusqu'au 15 décembre 1897.

Arthrite du genou gauche.

Pas de tare héréditaire. Il y a 8 ans, arthrite du genou droit à la suite d'une chute. Depuis 6 semaines, douleur dans le genou gauche, sans cause connue: depuis 3 semaines, elle est incapable de travailler. Douleur au niveau et à côté de la rotule; sensibilité à la pression. Articulation du genou modérément épaissie. Mouvements peu douloureux. Rien d'anormal dans les poumons. Etat général, état de la nutrition, satisfaisants. Bandage immobilisateur.

10 octobre. Le bandage est enlevé: genou objectivement normal; mais la malade se plaint toujours d'un peu de douleur.

20 novembre. Les douleurs ont disparu; légère douleur à la suite d'efforts.

4 décembre. Encore un peu de douleur à la suite de fatigue. Faiblesse dans la jambe.

Observation 164. — Homme de 21 ans. KOK. †.

Du 10 avril au 22 octobre 1897. Injections du 14 avril au 10 octobre (interruption du 28 août au 7 septembre).

Fongus du genou droit, méningite tuberculeuse, etc.

Pas de tare héréditaire, paraît-il. Bonne santé antérieure, au dire du malade. Depuis un an, contracture lentement progressive dans l'articulation du genou droit, douleurs. Au mois de janvier 1897, brusquement forte tuméfaction et endolorissement intense. Malgré l'extension, qui est très douloureuse, il se produit peu à peu une contracture, qui va jusqu'à un demi-droit. Le malade garde le lit depuis février.

L'état général laisse à désirer. Etat de la nutrition faible, aspect anémique. Pouls fréquent. Température élevée.

Poumons: aux deux sommets, diminution du son, respiration affaiblie.

Le genou droit présente une tuméfaction fusiforme, épanchement élastique dans l'articulation. En dehors et en bas, abcès flasque, aplati, ayant l'étendue de la paume de la main. La contracture atteint deux tiers de droit. Subluxation en dehors. Mouvements actifs impossibles, mouvements passifs réduits à leur minimum et très douloureux. Le genou est très sensible, pas de douleurs pendant le repos.

12 avril. Ponction de l'abcès; liquide rouge brun, visqueux, filant. Extension. Bandage plâtre ouaté. Consécutivement, température normale, pas de souffrances, appétit et état général satisfaisants.

10 mai. Bandage silicaté. Température de nouveau irrégulière; douleur, l'abcès se remplit de nouveau malgré une nouvelle ponction.

19 mai. Incision de l'abcès, fistule conduisant dans l'articulation. Ouverture de l'articulation, drainage, hétérocésol. Endroit carié à la limite du cartilage au condyle externe du fémur. Grains riziformes. Fortes villosités dans la membrane synoviale. Creux poplité très enfoncé.

15 juin. L'élévation de la température et l'endolorissement, d'abord très marqués, diminuent. Les plaies se couvrent de bonnes granulations. Les parties périphériques ne présentent aucune réaction. Le gonflement a notablement régressé, le genou est encore sensible.

Etat général, appétit, passables.

23 juillet. La température continue à arriver, le soir, jusqu'à 38°,6. Le genou est dans le même état et sécrète assez abondamment. Douleurs vives, appétit médiocre; l'état des forces décline lentement.

2 août. Bandage plâtré avec fenêtre.

21 août. Elévation de la température, sécrétion, douleurs toujours les mêmes. Rétention de la sécrétion avec ascension plus grande de la température.

Les forces baissant de plus en plus, on fait l'amputation de la cuisse. Traitement de la plaie ouverte.

1^{er} octobre. Encore quelques douleurs dans le moignon. La plaie est guérie, sauf un point, à l'angle externe, où l'épithélium fait encore défaut; état général, appétit, assez bons. Température, le soir, 38°,5.

10 octobre. Nouvelle élévation de la température jusqu'au dessus de 39°. Violente céphalalgie. Diarrhée.

22 octobre. Symptômes rapidement progressifs de méningite: engourdissement allant jusqu'à la somnolence, convulsions, roideur à la nuque, température irrégulière, le pouls se ralentit d'abord, puis s'accélère, paralysies, vomissements, diarrhée, mort.

Autopsie: Amaigrissement très prononcé.

Méningite tuberculeuse basilaire et tubercules miliaires disséminés à la convexité. Poumons: quelques petits foyers dans les sommets, les uns cicatrisés, les autres récemment caséifiés.

Intestin: quelques ulcérations du volume d'une lentille.

Observation 165. — Fille de 15 ans. KOK.

Cons. du 27 juillet au 13 octobre. A domicile, 21 janvier 1898.

Fongus du genou. Tuberculose pulmonaire.

Lymphadénite du cou.

Réséction de l'articulation du genou droit, pratiquée autrefois à cause d'un fongus; guérison. Claudication. Réapparition des douleurs et tuméfaction diffuse, pâteuse, peu accentuée. Cicatrices ganglionnaires autour du cou. Nouvelles nodosités ganglionnaires des deux côtés. Affection des sommets pulmonaires. Cicatrices sur la cornée. Bacilles tuberculeux dans les crachats.

L'affection des sommets disparaît bientôt, sans laisser de traces. La tuméfaction ganglionnaire régresse lentement. Plus de bacilles tuberculeux.

Après une pause on recommence les injections jusqu'au 21 janvier.

Des ganglions il n'existe plus que de légères nodosités; plus rien aux poumons. Le genou est désenflé et indolore. Traitement suspendu.

Observation 166. — Jeune homme de 18 ans. KOK.

KOK depuis le 16 mai 1898.

Fongus du genou droit.

Pas de tare héréditaire, au dire du malade; il a toujours été auparavant bien portant. De mai à novembre 1896, pleurite. Ponction; guérison.

Depuis un an, tuméfaction du genou droit, devenant peu à peu plus intense; enfin rupture spontanée vers l'extérieur, presque sans douleur, de sorte que le malade a pu continuer à travailler. Genou droit épaissi dans sa totalité, contours effacés. Peau non modifiée. Grande voussure hémisphérique au côté interne du genou; autre voussure, moindre, en dehors et en haut. Au niveau de la tête du péroné, deux ulcérations de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, à bords indistincts, couvertes, en partie, de tissus mortifiés (endroits de la rupture). Pourtour au niveau de la rotule: à droite, 43 cm.; à gauche, 35 cm.; au-dessus de la rotule, 38,5; à gauche 35 cm.

Poumons: GPB, dans une largeur de deux doigts, diminution du son.

Etat général satisfaisant. Température normale. Etat de la nutrition passable.

25 mai. Ponction, en narcose, de la tuméfaction interne; extraction de 30 cent.

cubes d'un liquide purulent, renfermant des lambeaux mortifiés. Lavage avec une solution chloruro-sodique, injection d'une émulsion d'hétéocrésol iodoformée; ponction en dehors et en haut, sans résultat. Raclage des deux ulcérations, pas de fistule conduisant dans la profondeur ou sur les os.

18 juin. Application d'un bandage plâtré avec fenêtre.

1^{er} juillet. Les plaies externes sont guéries avec cicatrice lisse. Du côté interne, encore petite fistule fournissant une sécrétion modérée, d'un aspect muqueux, jaunâtre (liquide synovial).

17 août. Après l'ablation du bandage plâtré, la plus grande étendue du genou est : à droite, 41cm,5 ; à gauche, 35cm ; au-dessus de la rotule, à droite, 37cm,5 ; à gauche, 35cm. Application d'un bandage silicaté.

15 septembre. Le malade marche bien et sans douleurs avec son bandage. La fistule a encore l'étendue d'une tête d'épingle ; elle ne sécrète presque plus et ne s'étend plus profondément (Plus tard, elle guérit entièrement).

Etat de la nutrition très bon.

Observation 167. — Institutrice de 24 ans. KOK.

Du 13 décembre 1897 au 21 mars 1898.

Fongus du genou gauche ; tuberculose pulmonaire.

Pas de tare héréditaire, paraît-il. En dehors de l'anémie, n'a jamais été malade. Il y a 13 ans, chute sur le genou gauche, qui est resté, depuis lors, un peu saillant. Il y a un an et neuf mois, une opération (?) a été faite sur ce genou à cause de subites douleurs dont il avait été envahi ; durant 6 mois, la jambe resta faible, puis les douleurs réapparurent brusquement. Tuméfaction. A la fin de l'année 1896, durant 12 semaines, bandage plâtré. Depuis 5 mois, la malade est constamment alitée. Depuis 3 semaines, toux et expectoration croissantes. Température jusque vers 39°.

Genou gauche très fortement épaissi, fusiforme, mou, flasque, fluctuant, très sensible à la pression et aux mouvements. Légère subluxation en arrière.

14 décembre. Narcose. Genou branlant. La ponction donne issue à une grande quantité d'un liquide ténu, jaune verdâtre.

Poumons : Au sommet droit, matité, affaiblissement de la respiration et râles secs. Il en est de même à gauche.

Température constamment élevée. Etat général, état de la nutrition, passables. Bandage plâtré.

10 janvier. La température continue à être un peu élevée. Etat général bon. Très peu de toux et d'expectoration, sans bacilles tuberculeux. Genou beaucoup moins sensible, même après l'enlèvement du bandage. Tuméfaction beaucoup moindre ; toujours encore un peu de fluctuation à la partie supérieure.

Poumons : DPH, encore diminution du son et respiration affaiblie.

6 février. Nouveau bandage plâtré avec fenêtre, la malade restant le plus souvent hors du lit. Température plus basse, autour de 38°.

21 mars. Etat général amélioré ; température toujours encore légèrement élevée.

Le genou est plus mince, n'est plus douloureux, est bien fixé dans le bandage. La malade peut marcher un peu avec des béquilles. Au poumon droit, matité ; situation profonde du sommet, point de râles.

La malade sort pour des raisons particulières. Son état, paraît-il, a continué à s'améliorer.

Observation 168. — Homme de 34 ans. KOK.

Du 24 janvier au 28 mars 1896, et du 30 janvier jusqu'au 1^{er} mars 1897.

Carie de la tête du tibia. — Affection des sommets.

Depuis l'automne de 1895, suppuration dans la tête du tibia droit. Incisions multiples. Il est resté une fistule. Très pâle, état de la nutrition mauvais. Légère matité au niveau du sommet droit ; en avant et en arrière, râles secs disséminés.

27 janvier. Raclage ; foyer, de l'étendue d'un œuf de poule, dans la tête du tibia, rempli d'une matière plastique.

28 mars. Le malade sort dans un état général satisfaisant, la plaie entièrement guérie et la perte de substance comblée. On constate encore de la matité ; mais il n'y a plus de bruits de râles.

27 janvier 1897. Le malade rentre, disant souffrir de douleurs dans le tibia et d'une dyspepsie hyperacide. (Il exagère évidemment ses impressions douloureuses.) Etat général satisfaisant. Le sommet droit du poumon est profondément situé, pas de râles. La cicatrice est lisse et sans réaction.

Tuberculose de l'articulation du pied

Observation 169. — Demoiselle de 26 ans. Cons.

Du 22 août au 1^{er} mai 1897.

(Injections faites irrégulièrement).

Scrofulose. — *Tuberculose de l'articulation du pied.*

Scrofulose très prononcée, innombrables cicatrices de suppurations ganglionnaires et osseuses ; a déjà été opérée huit fois. Anémie.

27 août 1896. Tuméfaction tuberculeuse, de l'étendue de la paume de la main, au niveau de la malléole interne gauche ; douleurs modérées ; spina ventosa à l'orteil du milieu, au pied gauche. Plusieurs fistules ganglionnaires au visage et dans le creux de l'aisselle.

15 octobre. Le fongus de la malléole a beaucoup diminué, la malade marche presque sans douleur. Fistules ganglionnaires guéries.

19 janvier 1897. Le fongus a entièrement régressé. Etat général considérablement amélioré. Au niveau de l'orteil, fistule rétrécie ; la malade refuse le raclage.

A partir du 15 février, les injections sont interrompues pendant 2 mois, la malade étant retenue par des nécessités de famille — A la fin mai, elle accepte le raclage des deux foyers fongueux de l'orteil du milieu ; guérison très lente.

Mai 1898. Très bon état. Malgré des marches, des travaux fatigants, malgré des conditions extérieures défavorables, il n'existe plus au pied ni douleurs, ni gonflement, ni sensibilité à la pression.

Observation 170. — Homme de 33 ans. KOK.

Du 15 mai 1897 au 30 juillet 1898.

Fongus du pied gauche.

Depuis 5 ans, le malade souffre d'une inflammation chronique du pied droit ; depuis le mois d'octobre 1895, d'une affection du pied gauche. Au mois de mai 1896, on lui a fait une résection au pied gauche, dans un autre hôpital ; il en est sorti avec deux fistules. Le pied est resté enflé. Etat de la nutrition défectueux. Au sommet du poumon droit, matité relative, quelques râles secs. Difficulté de l'ouïe. Anémie très accentuée. Pied gauche équin-varus, raccourci, articulation peu mobile, mouvements douloureux. Plusieurs fistules. Injection de baume du Pérou, douloureuse. Au pied droit, du côté interne, plusieurs plaies à granulations pâles, végétantes, ayant une étendue d'une pièce de 50 centimes jusqu'à celle d'une pièce de 1 franc. Température irrégulière.

13 juin. Au côté interne du dos du pied droit, il s'est formé, dans l'ancienne cicatrice, une seconde fistule ; évacuation d'une grande quantité de pus.

17 juin. On fend les deux anciennes lignes de suture ; on racle un os carié dans la région du tarse ; on draine. Pansement avec l'hétocrésol.

18 juillet. Sécrétion encore considérable ; granulations volumineuses, facilement saignantes ; toujours encore épaississement en dehors, et endolorissement.

12 août. Raclage des granulations volumineuses, vasculaires, d'un rouge noirâtre. Dans le tarse, cavité étendue, remplie de masses osseuses, cariées, spongieuses. Raclage ; tous les os du tarse, sauf le calcaneum, sont perdus, tous étant désagrégés par la carie. A l'extrémité du tibia, au niveau du bord antérieur, et au côté interne de la malléole externe, foyers de carie, sur lesquels on pratique le raclage. Au côté externe, on fait une incision d'une fistule à l'autre le long du tendon du péroné. Ce tendon git dans une cavité remplie de granulations, et, après les avoir raclées, on doit le sectionner, pour éviter la rétention du pus. Drainage à travers le tarse.

16 septembre. Plaies couvertes de végétations granuleuses d'un rouge vif. Encore assez forte sécrétion, notamment à la plante du pied. Température, autour de 38°. Etat général, passable.

30 septembre. Nouveaux raclages, à cause du grand développement des végétations et parce qu'on ne réussit pas à maintenir aseptique la cavité irrégulière et anfractueuse.

5 décembre. Sécrétion modérée. Température normale.

Lavages avec une solution de nitrate d'argent.

En désespoir de cause, amputation de la cuisse au tiers inférieur. La guérison marche bien.

Observation 171. — Homme de 24 ans, KOK.

En traitement depuis le 15 février 1898.

Fongus du pied droit.

Le 9 février, entorse du pied (?). Après la guérison de cette entorse, il reste, sous la malléole externe et devant la malléole interne, une tuméfaction circonscrite, de consistance élastique.

On soupçonne une tuberculose. Injections intraveineuses d'héto. Bandage silicaté.

1^{er} avril. Gonflement nettement circonscrit au-devant et au-dessous de la malléole externe; ce gonflement existe aussi, mais à un moindre degré, au niveau de la malléole interne; il est mou, fluctuant. Élévation de la température.

26 avril. Incision en arc derrière la malléole externe. Il ne sort qu'un peu de liquide trouble et purulent; grande quantité de granulations molles, se désagrégant. Foyer du volume d'une noisette dans la malléole externe. Grande perte de substance cutanée, gaines des tendons ayant subi la dégénérescence fongueuse. Raclage. Héto-crésol. Bandage à attelles.

15 mai. Plaie couverte de belles granulations, sécrétant peu, se réduisant lentement. État général satisfaisant. Les attelles ayant été enlevées, le malade a pu marcher, dans un appareil, avec des béquilles; aujourd'hui, avec un simple bandage, il marche sans difficultés, à l'aide d'un bâton; la plaie est presque entièrement cicatrisée; pas de fistules.

Observation 172. — Fille de 21 ans, KOK.

Du 1^{er} août au 23 décembre 1897. Injections depuis le 4 août jusqu'au 23 décembre.

Fongus de l'articulation talocrurale droite.

La malade dit avoir toujours été auparavant bien portante; pas de tare héréditaire. Il y a 4 ans, entorse du pied droit; les souffrances ont duré 3 semaines, mais il n'y eut pas de suites. Avril 1896, nouvelle entorse du pied. Le gonflement étant très prononcé et les douleurs très vives, la malade a dû garder le lit 6 à 8 semaines. Depuis lors, elle ne peut plus travailler. Ce n'est que depuis 4 à 5 semaines qu'elle a recommencé à marcher un peu.

La région de l'articulation du pied droit est le siège d'une tuméfaction modérée. Les tendons des extenseurs, devant l'articulation, sont relevés; en arrière et au-dessous des malléoles il existe aussi une légère voussure de la capsule articulaire. Gonflement pâteux. Peau sans modification.

L'articulation est encore assez mobile, activement et passivement. L'énergie des mouvements actifs est faible. Les muscles de la jambe droite sont un peu atrophiés; jambe faible. La malade peut se tenir sur cette jambe et la faire fonctionner pendant la marche, mais non sans douleurs. État général encore bon. Bandage silicaté. Injections locales et intraveineuses d'héto.

19 septembre. La tuméfaction articulaire est très amoindrie. Mais l'articulation est encore sensible, de sorte que la malade doit continuer à porter le bandage. Elle ne peut marcher qu'avec un bâton et en boitant beaucoup.

10 octobre. L'articulation est encore sensible, mais elle n'est que peu enflée. Claudication encore très accentuée.

5 décembre. L'articulation est très peu épaissie. La malade se plaint encore de douleurs pendant la marche, toujours encore assez pénible.

Elle peut aller sans bâton avec un appareil à attelles, mais elle n'appuie encore le pied qu'avec appréhension.

23 décembre. Même état. La malade quitte l'hôpital et n'a pas été revue depuis lors.

Observation 173. — Homme de 60 ans. KOK.

Du 14 septembre au 24 décembre 1897. Injections du 15 septembre jusqu'au 24 décembre.

Fongus du pied droit. Tuberculose pulmonaire.

Sa femme est morte de phthisie; il a deux filles et un fils extrêmement scrofuleux. Depuis 9 mois s'est lentement développée une tuméfaction douloureuse de l'articulation du pied droit, qui est devenu peu à peu de plus en plus roide et finalement tout à fait inapte à fonctionner. Au mois de septembre, aggravation rapide; formation de fistules.

L'articulation du pied gauche est le siège d'un gonflement fusiforme. La peau est luisante, brunâtre. Gonflement pâteux, fluctuant, avec saillie des tendons en avant. En dehors, fistules étroites, sécrétant peu. Les tentatives de mouvement et la pression donnent lieu à de vives douleurs.

Au côté droit de la poitrine, sous la cinquième côte, anciennes cicatrices de thoracentèse, dont l'une est fistuleuse. Pleurite il y a plusieurs années.

Poumons : DAH, jusqu'à la deuxième côte, DPH, jusqu'à l'épine de l'omoplate, matité et râles humides et secs.

On essaie de conserver le pied. Bandage plâtré. Injections intraveineuses.

19 octobre. Toujours vives douleurs, notamment au-dessus de l'articulation. Le gonflement dans l'articulation même a plutôt diminué. La sécrétion par la fistule est tout à fait faible. Température constamment normale. Etat général passable.

25 octobre Le malade se plaignant continuellement de la pression exercée par son bandage, on l'enlève. Appareil à attelles. Ponction d'un abcès flasque au côté externe, évacuation d'une grande quantité d'un pus ténu, sanguinolent, d'un rouge noirâtre.

3 décembre. Le pied peu à peu se désenfle. Mais le malade se plaint continuellement de douleurs, siégeant notamment au-dessus de l'articulation où existe, en dehors et en dedans, de chaque côté, un petit abcès mou; forte tuméfaction fluctuante derrière la malléole externe. Ponction : issue d'une assez grande quantité d'un pus jaune, ténu.

Température constamment normale. État général et état de la nutrition, passables.

27 décembre. La tuméfaction régresse de plus en plus. Les douleurs diminuent aussi. La malléole externe est encore sensible à la pression, la peau y est encore d'un rouge brun. Sécrétion modérée. Température constamment normale. Etat général bon. Aux poumons, matité, mais pas de râles.

Le malade, pouvant un peu marcher avec des crosses, est congédié sur son désir. Il ne revient pas. A cause des vives douleurs persistantes, on lui a pratiqué, ailleurs, l'amputation de la cuisse. Mais les douleurs ont persisté et ont nécessité, au mois de mai 1898, une nouvelle amputation.

Observation 174. — Fillette de 4 ans. KOK et cons.

Du 5 juin au 4 octobre 1897.

Fongus du pied.

Tare héréditaire du côté paternel. Plusieurs frères et sœurs, morts, en bas-âge, de tuberculose. Elle-même toujours malade. Cicatrices ganglionnaires multiples au cou.

Enfant très éveillée, mais faible. Depuis quelques semaines, tuméfaction progressive des pieds. Tumeur, ayant la moitié du volume d'un œuf de poule, de chaque côté du tarse, dure, peu sensible. Quelques ganglions lymphatiques infiltrés au niveau du cou.

A la suite de l'application d'un bandage silicaté, puis d'un bandage amidonné, et d'un traitement par les injections glutéales, les tumeurs régressent complètement. Les ganglions deviennent plus petits, puis restent stationnaires. L'état général et l'état des forces se relèvent notablement.

4 octobre. La petite malade sort guérie.

Tuberculoses osseuses des membres supérieurs

Observation 175. — Fillette de 3 ans. KOK et cons.

Carie de l'humérus.

Enfant scrofuleuse, très chétive. Ses frères et sœurs sont aussi scrofuleux. Depuis quelques mois, gonflement de l'extrémité inférieure de l'humérus. Rupture, carie extra-articulaire de l'épiphyse inférieure de l'humérus. L'enfant ayant été un peu remontée par une bonne alimentation, on pratique, le 13 mai, le raclage, puis on panse à l'acide cinnamique.

23 mai. La plaie se cicatrise. L'enfant s'est relevée; ses parents l'emmènent à la consultation; on la néglige beaucoup, et on ne la rapporte plus à partir du 24 juin.

Observation 176. — Garçon de 12 ans. KOK et cons.

Du 14 janvier au 25 février 1896.

À l'âge de 3 ans, il a subi, pour une tuberculose, la résection de l'articulation du coude. Articulation branlante, ne pouvant que très peu fonctionner. — Dans ces dernières semaines s'est développé, au côté interne du coude, un abcès froid ayant la moitié du volume d'un œuf de poule. — Incision, grattage, pansement à la poudre d'hétochrésol. Au bout de 14 jours, la guérison est en bonne voie.

25 février. L'état général s'est notablement amélioré.

Observation 177. — Garçon de 8 ans. Cons.

Du 3 mai 1895 au 2 février 1896.

Tuberculose du coude.

Depuis 3 ans, inflammation et suppuration au coude. Deux opérations sans résultat persistant. Les parents s'opposent donc à toute nouvelle intervention opératoire.

Etat du malade, le 3 mai: garçon maigre, pâle; tuméfaction ganglionnaire générale. L'articulation du coude droit est tuméfiée dans sa totalité; des deux côtés, près de l'olécrâne, gonflement pâteux; quatre fistules, plusieurs communiquant avec l'articulation; sécrétion ténue, grisâtre; au côté externe, ulcération anfractueuse, livide, ayant une étendue supérieure à celle d'une pièce de 2 fr.; articulation immobile.

Pansement avec l'hétochrésol en poudre, parfois aussi avec le baume du Pérou; injections glutéales.

2 août. L'ulcération est presque entièrement cicatrisée, les fistules sont, les unes fermées, les autres rétractées, et elles sécrètent très peu.

10 novembre. Tout est en bonne voie de guérison. L'enfant a très bonne mine. L'articulation est mobile presque jusqu'à 45°.

Plus tard on constate, à plusieurs reprises, que l'état s'est maintenu excellent. Mouvements de flexion et d'extension, dans l'articulation du coude, presque complets; la pronation et la supination s'exécutent aussi presque normalement.

Observation 178. — Femme de 26 ans. KOK.

Du 6 septembre au 10 novembre 1897.

Carie de l'olécrâne.

Depuis un an, tuméfaction chronique et suppuration dans le coude droit. Elle a d'ailleurs toujours été, dit-elle, bien portante. Pas de tare héréditaire.

Trois fistules étroites en arrière et en dehors de l'olécrâne; os rugueux. Sécrétion, gonflement insignifiant. Mobilité faible, douloureuse, dans l'articulation du coude.

7 septembre Incision; séquestre du volume d'un haricot dans l'olécrâne. Raclage.

30 septembre. La plaie se cicatrice sans complications, sécrétion peu abondante. Etat général satisfaisant.

31 octobre Encore fistule insignifiante, ne sécrétant plus guère.

10 novembre. La dernière fistule est fermée. Plus de gonflement. Plus de dou-

leurs ni de sensibilité à la pression. L'articulation est mobile jusqu'à 1/2 droit et demi, l'extension est presque normale.

La malade sort guérie.

Mai 1898. La guérison s'est maintenue.

Observation 179. — Jeune homme de 16 ans. KOK.

Du 27 décembre 1897 au 26 mars 1898.

Fongus du cubitus.

Pas de tare héréditaire. A toujours auparavant joui d'une bonne santé. En janvier 1897, sans cause connue, inflammation de l'articulation du coude gauche. Le 29 janvier, résection, dans un autre hôpital. Guérison rapide. Mais il est resté une ankylose à angle droit, en demi-pronation. L'articulation est enflée et difforme. Plusieurs cicatrices irrégulières, rétractées, avec fistules étroites, à sécrétion peu abondante. Constitution faible, état de la nutrition défectueux. Injections intraveineuses. Baume du Pérou, appliqué localement. Poumons normaux.

26 mars. Fistules fermées depuis plusieurs semaines. Ankylose solide. Articulation désenflée. Le malade se sert bien de son bras. État général bon, l'état de la nutrition s'est bien relevé.

Observation 180. — Fille de 22 ans. KOK.

Du 17 mai au 19 juin 1897 ; puis cons. jusqu'au 29 août. Injections du 25 mai au 29 août.

Lymphadénite du cou. *Abcès extraarticulaires à l'articulation du coude des deux côtés.*

En 1894, elle a subi une opération pour un abcès rétro-pharyngien ; on lui a fait aussi, à cette époque, pendant peu de temps, des injections intraveineuses. Pas de tare héréditaire. Scrofuleuse dès son enfance. Cicatrice au dos, au niveau des côtes inférieures. Dans la suite survinrent, aux coudes, des abcès qui furent ponctionnés à plusieurs reprises, et dans lesquels on fit des injections d'iodoforme. Il y a trois mois, paquet ganglionnaire au cou ; perforation spontanée. Depuis lors, fistules au cou, au coude. Nouvel abcès à droite, à la partie externe du coude, du volume de la moitié d'un œuf d'oie, flasque, fluctuant, à surface un peu rouge, sensible à la pression ; en arrière de l'articulation, fistule étroite. A gauche du coude, deux fistules étroites ; fistule au cou, en avant ; les bords en sont décollés, d'un bleu rougeâtre.

20 mai. Incision, raclage, drainage de l'abcès, à droite ; dilatation, raclage, drainage des fistules du cou et des bras.

19 juin. Encore très étroite fistule au bras gauche, et deux fistules, un peu plus larges, au bras droit. Au cou il existe encore une petite surface granuleuse, sèche.

Continuation du traitement à la consult.

29 août. Les fistules se sont lentement fermées l'une après l'autre ; elles ont laissé des cicatrices solides. Il ne s'est pas formé de nouveaux abcès ni d'infiltrats ganglionnaires.

Mai 1898. La guérison s'est maintenue.

Observation 181. — Demoiselle de 17 ans. KOK.

Du 6 au 20 mai 1898 ; puis à la consult.

Tuberculose du cubitus droit. — Lymphadénite du cou.

Depuis l'âge de trois ans, elle présente des tuméfactions des ganglions lymphatiques et des fistules au cou. Sa mère est bien portante, son père est très sujet aux catarrhes ; pas d'autre tare héréditaire.

Jeune fille faible, très anémique. A la tête, au-devant et en arrière des deux oreilles, et au cou, à droite, jusqu'au creux de l'aisselle, cicatrices plates, irrégulières. Dans l'aisselle on voit une série d'ulcérations aplaties et de fistules à sécrétion peu abondante. Fistule un peu plus profonde, à droite, au-dessus de la mamelle.

Au coude droit, en dedans, surface ulcérée, fortement granuleuse, ayant une étendue supérieure à celle d'une pièce de 5 fr., à bords minces, décollés, bleuâtres, et provenant de l'ouverture d'un abcès ; elle est très sensible. Au côté externe,

abcès de l'étendue de la paume de la main ; toute l'articulation est tuméfiée. Le coude est dans l'extension. Au sommet des deux poulmons, diminution du son, respiration affaiblie, rhoncus disséminés. L'état général et l'appétit laissent à désirer. Température 38°,5. Hétéocrésol en application localo. Injections intraveineuses

20 mai. Plusieurs fistules sont entièrement sèches. Devant l'oreille gauche il existe encore une surface granuleuse, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, et ne fournissant qu'un léger suintement; fente granuleuse étroite, presque sèche, à la mamelle droite.

La surface granuleuse, au niveau de l'articulation du coude droit, s'est un peu agrandie par suite du retrait du bord décollé, mais le pourtour commence à se cicatriser. L'abcès externe s'est percé spontanément, surface granuleuse étendue. L'hétéocrésol provoquant de l'irritation, on emploie une pommade au baume du Pérou boriquée. Température normale.

La malade sort et continue le traitement à la consult.

16 septembre. A la suite d'un traitement régulier à la consultation (injections et pansements avec la lanoline au baume du Pérou), l'état général s'est notablement relevé. La malade est devenue fraîche et vigoureuse. On ne trouve plus, nulle part, ni tuméfactions ganglionnaires, ni fistules. Au cou, à l'oreille et à la mamelle, les ulcérations se sont séchées. Au coude droit, les surfaces ulcéreuses se sont considérablement réduites, sans fistules, elles ont pris un aspect net et sont presque cicatrisées. Le bras se fléchit et s'étend d'une manière presque normale.

Nous avons déjà décrit, à l'observation 86, page 157, un cas grave de tuberculose du coude, compliqué d'affection pulmonaire et de lupus de la face.

Observation 182. — Femme de 34 ans. KOK.

Du 2 au 16 mai 1898 ; puis à la consult.

Fistules tuberculeuses de l'avant-bras gauche.

Pas de tare héréditaire. De ses trois enfants, un seul est scrofuleux. Elle s'est bien portée jusqu'en 1894, époque à laquelle elle eut une pleurésie gauche. Depuis 3 ans, inflammation au bras droit, avec suppuration ; elle a été opérée à plusieurs reprises dans un autre hôpital. La malade a eu des catarrhes fréquents, mais passagers, accompagnés de sueurs nocturnes. Dans ces derniers temps elle a beaucoup toussé.

Dans les poulmons on ne trouve rien de bien marqué. A l'avant-bras gauche, du côté de l'extension, on voit deux cicatrices parallèles, s'étendant depuis le coude jusqu'à l'articulation de la main ; elles sont étroites, lisses, encore légèrement colorées en rouge. Dans ces cicatrices et dans leur intervalle existent diverses fistules à sécrétion peu abondante. Bras atrophié, les doigts ne peuvent se fléchir qu'à moitié ; les mouvements du coude sont peu limités. Température normale. Pansement au baume du Pérou. Injections intraveineuses d'hétol.

Au moment de la sortie de la malade, les fistules sont fermées, l'état général est bon. Température constamment normale. Le traitement est continué à la consultation. Juin 1898, la guérison des fistules s'est maintenue. Etat général très amélioré.

Observation 183. — Fille de 9 ans. KOK et consult.

Du 4 août 1895 au 10 janvier 1896.

Tuberculose de l'articulation de la main gauche.

Dans l'espace de quelques semaines, il s'est produit, la température s'élevant progressivement, une tuméfaction douloureuse de l'articulation de la main gauche, 4 août 1895. Scrofuleuse; nez gros, scrofuleux ; tuméfaction des ganglions, particulièrement de ceux du cou. La température vespérale dépasse 39°.

5 août. On ouvre l'articulation de la main par une incision longitudinale du côté de la face palmaire et de la face dorsale ; pus ténu, perte complète du revêtement cartilagineux ; articulation de la main remplie de granulations d'un gris pâle, renfermant des nodosités manifestement tuberculeuses. Drain tuberculeux à travers l'articulation de la main. Injections avec baume du Pérou. Injections glutéales.

20 septembre. Granulations de bonne nature, sécrétion faible.

11 octobre. On enlève le drain, fistule étroite. Bandage plâtré.

21 novembre. Guérison avec une bonne cicatrice rétractée. Désenflément complet. Bandage à tissu de cellulose, avec levier s'opposant à la subluxation palmaire.

10 janvier. Sortie. L'articulation de la main, sans être entièrement libre, se meut pourtant d'une manière satisfaisante. Bonne position. Etat général très bon.

1898. L'état s'est maintenu satisfaisant. L'articulation de la main a presque repris sa mobilité normale.

Observation 184. — Homme de 33 ans. KOK.

Du 13 mars au 12 août 1896.

Fongus de l'articulation de la main gauche.

Le malade s'est aperçu, au commencement de janvier, que l'articulation de sa main gauche se tuméfiait, au niveau de la face dorsale, en même temps qu'elle devenait le siège d'un endolorissement modéré. Ce gonflement s'étendait, en avant, jusque près des articulations métacarpo-phalangiennes, et, en arrière, à quelques travers de doigt au-dessus de l'articulation de la main. Les douleurs n'ont jamais été particulièrement intenses. On a fait, dans un autre hôpital, 4 injections de glycérine iodoformée, à la suite desquelles l'endolorissement diminua, tandis que le gonflement continuait à lentement s'accroître. La mobilité est presque nulle.

ETAT ACTUEL : Tuméfaction de la face dorsale de la main gauche et de l'avant-bras jusqu'à quelques travers de doigt au-dessus de l'articulation de la main. Les limites du gonflement sont assez nettement marquées. La tuméfaction est le plus forte au niveau de l'articulation de la main, et elle s'étend sur une hauteur de 3 cm. environ. Elle est molle et fluctuante. On fait une injection de glycérine à l'acide cinnamique, après évacuation d'un pus séro-purulent abondant.

Au moment de la sortie du malade, le 12 août, l'articulation de la main est très notablement désenflée. Les contours de l'articulation sont redevenus manifestes. Les mouvements passifs y sont devenus possibles. Les doigts, dans les articulations métacarpo-phalangiennes, sont susceptibles de mouvements actifs. Les muscles sont atrophiés. Le malade sort, muni d'un bandage contentif. La guérison s'est maintenue.

Observation 185. — Fille de 29 ans. Cons.

Du 11 octobre 1895 au 6 février 1896.

Tuberculose de l'articulation de la main gauche.

Depuis déjà un an, l'articulation de la main gauche est douloureuse et enflée; la malade ne peut se servir de sa main.

Tuméfaction blafarde de l'articulation de la main gauche; du côté de la face palmaire, il existe une fistule presque sèche; endolorissement, surtout dans la région de l'os pisiforme; subluxation de la main vers la face palmaire.

Injections intraveineuses et application d'un bandage plâtré; plus tard, bandage silicaté, s'opposant, au moyen d'un levier palmaire, à la position en subluxation.

6 février. Les douleurs, l'inflammation et le gonflement, ont disparu à la main, qui est devenue mobile.

2 avril 1897. Etat général très bon. La malade peut avec la main exécuter de légers travaux.

Fin de l'année 1897, état général bon, l'état de la main s'est maintenu satisfaisant.

Observation 186. — Demoiselle de 16 ans. Cons.

Du 7 octobre 1896 au 8 mars 1897.

Tuberculose de l'articulation de la main droite.

Tare héréditaire. Sœur atteinte de spondylite. Anémie très accentuée, avec céphalalgie, anorexie, etc. Tuméfaction ganglionnaire générale. L'articulation de la main droite est modérément tuméfiée, sensible à la pression, particulièrement dans la région du grand os du carpe, légère position en subluxation. Mouvements douloureux.

Bandage silicaté. Injections intraveineuses seulement.

5 janvier 1897. La tuméfaction a entièrement disparu. L'état général s'est notablement amélioré.

8 mars. La jeune fille a un aspect florissant, son poids a augmenté de 8 livres, la céphalalgie a disparu. Les mouvements dans l'articulation de la main sont limités, mais indolores.

10 avril. Etat général très bon. Augmentation de la mobilité.

En 1897 et 1898, la malade s'est présentée à nous à plusieurs reprises. Elle a un aspect florissant, l'appétit et l'état général sont très bons. Le fonctionnement de la main s'améliore lentement, mais d'une manière constante ; elle peut se servir de sa main pour écrire et jouer du piano.

Observation 187. — Jeune homme de 17 ans. KOK.

Du 11 mars au commencement d'août 1898.

Fongus de la main droite. Tuberculose pulmonaire.

Le malade dit qu'il souffre de la poitrine depuis 3 ans, pas de toux. En hiver, il éprouve alternativement des sensations de chaleur et de froid ; de temps en temps, diarrhée.

Auparavant, il jouissait d'une bonne santé ; pas de tare héréditaire.

En octobre 1897, la main droite s'enfla et devint inapte au mouvement ; de temps à autre il se produisait une amélioration ; mais, depuis 5 semaines, l'état s'est beaucoup aggravé.

La main droite, depuis les doigts jusqu'en arrière de l'articulation du poignet, est le siège d'une tuméfaction fusiforme ; elle est pâle, flasque ; au niveau du dos, elle présente une fluctuation molle. Disposé à subir l'amputation. Bandage à attelles.

Température : 38°,7. Le malade est très chétif, très anémique ; habitus du phthisique ; poitrine un peu en carène. — Poumons : DPH, matité et râles secs disséminés. Selles diarrhéiques fréquentes, parfois sanguinolentes. Tannalbine. Injections intraveineuses d'hétol.

On pratique plusieurs ponctions ; l'une d'elles donne issue à un pus ténu, renfermant de volumineux flocons blancs. Injection d'une émulsion d'hétocrésol ; pas de réaction extérieure appréciable ; encore gonflement œdémateux de la main.

13 mai. Ouverture : Evacuation d'une grande quantité d'un pus jaune brunâtre, épais, fortement floconneux. Dans la cavité gisent tous les os du carpe, détachés, désagrégés, dépouillés de cartilage, et se laissant tous enlever avec les doigts ou la cuiller tranchante. Les cartilages du radius et du cubitus se détachent aussi. On fait le raclage de l'extrémité, cariée, du radius. Drainage. Application d'un bandage à attelles.

1^{er} juin. Depuis l'opération, l'état général s'est notablement amélioré. La température est presque toujours au-dessous de 38°. Lavages avec hétocrésol et iodoforme dissous dans l'éther. La plaie est presque fermée, granulations de bonne nature.

1^{er} juillet. Etat général considérablement amélioré. La diarrhée a totalement disparu. Appétit bon. Aux poumons, rien d'anormal, sauf la matité, DPH et DPH. Pas de râles. Au dos de la main et à la face palmaire, fistule sèche, profondément rétractée. On ne sent nulle part d'endroits mous. Main raccourcie. Appareil en cuir, maintenant la main en flexion dorsale.

Observation 188. — Homme de 27 ans. Cons. et KOK.

Du 10 mars au 10 mai 1897.

Spina ventosa du 1^{er} métacarpien gauche. Depuis plusieurs semaines, l'éminence thénar gauche est le siège d'une tuméfaction très prononcée. Au début, le malade a été traité par des injections locales de cinnamate de sodium ainsi que par des injections glutéales. Fonte de la tumeur. Puis s'est produit un abcès, une fracture spontanée et, par suite de la malpropreté, une inflammation phlegmoneuse de l'éminence thénar.

Du 31 mars au 2 avril, à l'hôpital : Eminence thénar d'un rouge foncé, dure, luisante, fortement tuméfiée. Du côté du radius, plaie infundibuliforme, au fond de laquelle se trouve une fistule, conduisant sur un os rougeux. Le pourtour est le siège d'excoriations. Raclage, en narcose ; évacuation d'un séquestre, d'une longueur de 1 cm. et demi environ, diaphyse du 1^{er} métacarpien.

Le traitement est ensuite continué à la consult., et il consiste en injections, pansements au sublimé et, plus tard, au baume du Pérou et à l'ichthyol. D'abord guérison lente; dans ces derniers temps, elle s'est accélérée, et le pouce est devenu parfaitement mobile.

Rappelons, en outre, les deux cas de *spina ventosa*, mentionnés aux observations 114 et 169.

Observation 189. — Jeune homme de 21 ans. KOK.

Du 26 novembre 1897 au 28 août 1898.

Spondylite tuberculeuse.

Auparavant toujours bonne santé, pas de tare héréditaire.

En avril 1896, à la suite d'un violent effort, douleurs dans la région lombaire; quinze jours après, tuméfaction. Au mois de mai, incision, évacuation de pus; en juin, tuméfaction du pied droit; puis gonflement fongueux au pied gauche; l'incision, à ce dernier endroit, a laissé une fistule. En automne, fungus de la main gauche, plusieurs fois opéré, fistules. Pendant l'été de 1897, le malade a passé 2 mois à Wørishofen; pendant ce temps se sont manifestés des signes d'une affection pulmonaire. Toux et expectoration modérées; de temps en temps, fièvre; pas de sueurs nocturnes.

Au niveau de la région carpienne gauche, déformée, on voit plusieurs fistules, à sécrétion peu abondante. Au dos du pied gauche existe une plaie nette, plate, sécrétant peu, de l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Au dos (3^e-4^e vertèbres lombaires), fistule étroite, entourée de granulations flasques, sécrétant abondamment, assez sensible. Pus ténu, jaune verdâtre. L'état général laisse à désirer, l'état de la nutrition est mauvais; température irrégulière, élevée; pouls fréquent, petit. Urine normale.

11 décembre. Les fistules de la main et du pied ne sécrètent presque plus; celles du pied se sont beaucoup réduites. La température vespérale est constamment supérieure à 39°. La crête iliaque droite est le siège d'une tuméfaction très sensible à la pression (abcès).

Opération: L'abcès de la crête iliaque communique avec la fistule. Ouverture de cet abcès; toute la fosse iliaque se montre transformée en une grande cavité purulente, qui s'étend jusqu'à la colonne vertébrale. Les muscles larges de l'abdomen sont détachés de la crête iliaque; le muscle élévateur du tronc l'est des apophyses transverses — grande excavation; les corps des vertèbres lombaires (4^e et 5^e) sont cariés latéralement. Dans le bord du bassin on pratique une ouverture de l'étendue d'une pièce de 1 fr., pour y placer un drain tubuleux. On tamponne avec la gaze iodoformée, pas de suture.

8 janvier 1898. La température est descendue à 38°, 1-38°, 3. Les forces se relèvent lentement. La plaie du dos se couvre d'abondantes granulations, qui sécrètent peu. Pansement avec hétéocrésol. Pas de changement à la main.

6 février. A la partie supérieure de la cuisse droite, infiltrat de la grosseur du pouce à travers le quadriceps fémoral. On revient à l'ichthyol.

13 février. Application d'une attelle en cellulose à la main; état général, faible; température 39°; l'état subjectif est satisfaisant.

22 mars. Température vespérale constamment à 39°. Appétit mauvais, diminution des forces. Il s'est formé peu à peu d'assez volumineux abcès fluctuants, au niveau desquels la peau est flasque, bleuâtre; ces abcès siègent: à l'index gauche, autour de l'articulation du milieu, et de là jusqu'à l'articulation métacarpo-phalangienne; au médium droit, du côté de la face palmaire, jusqu'au creux de la main, dans le creux de la main, et, au dos de la main, autour du 4^e métacarpien; de plus, au côté externe des deux cuisses, abcès étendus, ainsi qu'au côté externe de la jambe gauche; au niveau de la tête du péroné, ainsi qu'à la jambe droite, au milieu de la crête du tibia. Des inoculations des abcès fermés, faites avec toutes les précautions, donnent un résultat négatif. Il s'agit donc de métastases tuberculeuses (9 semaines après l'opération).

Opération. — Incision des abcès, raclage, tamponnement avec la gaze à l'hétéocrésol, drainage. A la main droite, bandage à attelles.

22 avril. A la cuisse gauche, encore sécrétion assez abondante; il en est de même au genou gauche. Ailleurs, peu de sécrétion. Les plaies se couvrent de

bonnes granulations. Six nouveaux petits abcès sur la tête. Température vespérale toujours autour de 39°. L'état général décline lentement.

22 mai. Nouveaux petits abcès aussi au pied droit. Ouverture de quelques-uns de ces nouveaux abcès. D'ailleurs, état stationnaire. Etat général subjectivement bon, moins bon objectivement. Température entre 38 et 39°.

Observation 190. — Fille de 26 ans. KOK.

Du 26 novembre 1897 au 26 février 1898. Injections du 28 novembre au 26 février.

Spondylite tuberculeuse.

Ses parents et cinq frères ou sœurs jouissent d'une bonne santé. Une de ses sœurs présente des ganglions scrofuleux. Elle-même a toujours été auparavant bien portante.

Depuis quelques années, douleurs continues dans le dos.

En mai 1897, tuméfaction à la hanche. Le 28 juin, perforation spontanée, séjour de 20 semaines dans un hôpital. Peu à peu diminution de la suppuration.

Au niveau et en arrière du trochanter droit, 2 fistules, étroites, à sécrétion rare; la supérieure est rétractée en forme d'entonnoir; l'articulation de la hanche est indemne. Température normale. Etat de la nutrition, médiocre.

Poumons: GPH, diminution du son, craquements; GAH, diminution du son, affaiblissement du murmure respiratoire, rhoneus.

27 décembre. Une fistule est fermée, l'autre ne sécrète plus qu'à peine. Température normale. Etat général bon. Douleurs lombaires persistantes. Poumons: matité comme auparavant; plus rien d'anormal à l'auscultation.

8 janvier. La température s'élevait jusqu'à 39°, les douleurs augmentent dans le dos, sécrétion plus abondante.

13 février. La température redevient normale, une angine grave, encore survenue, étant arrivée à sa fin. La sécrétion diminue.

Poumons: plus de bruits anormaux.

Corset en tissu de cellulose.

26 février. Etat général satisfaisant, mais l'état de la nutrition est encore assez défectueux. Température constamment normale.

La gibbosité est, comme auparavant, peu accentuée, n'est guère plus douloureuse et est tout à fait insensible à la pression. Fistule rétractée, ne sécrétant plus qu'à peine.

Plus rien d'anormal aux poumons.

Corset commode. La malade est toute la journée hors du lit, et elle est assez vigoureuse.

Congédiée sur son désir.

Observation 191. — Ouvrier de 18 ans. KOK.

Du 24 avril au 28 mai 1896, KOK, et cons. jusqu'au 17 juillet. Injections du 25 avril au 17 juillet.

Spondylite tuberculeuse.

Pas de tare héréditaire, dit-il; et lui-même a toujours été auparavant bien portant. Il y a six semaines, le malade s'est aperçu que sa colonne vertébrale subissait, sans cause connue, une inflexion, qui allait lentement s'accroître.

Il n'éprouve pas d'autre incommodité particulière. Pas de toux ni d'expectoration. Température normale. Etat général satisfaisant. Appétit défectueux. — Les apophyses épineuses, depuis la onzième dorsale jusqu'à la première lombaire, font saillie de manière à produire une gibbosité; la peau, à cet endroit, est légèrement rougie. Injections intraveineuses d'hétol. Corset.

18 mai. La gibbosité est stationnaire. Aucune souffrance, sauf de temps en temps une légère douleur des deux côtés de la gibbosité. L'état de la nutrition s'est notablement relevé. Etat général bon.

Les poumons sont toujours à l'état normal; pas d'autres troubles. Renvoyé à la consultat, avec un corset plâtré, et cela pour des raisons pécuniaires.

17 juillet. L'état est resté le même. Etat général bon. La gibbosité ne s'est pas aggravée. Pas d'autres souffrances. Le corset est usé; le malade n'en veut pas d'autre, ses moyens ne le lui permettent pas; il ne veut pas non plus revenir à cause des frais de voyage.

Le traitement est donc interrompu.

31 mai. Jusqu'au commencement de 1898, l'état a toujours été le même. Puis des douleurs seraient survenues. Vers le mois de mars, l'état du malade aurait empiré, et une paraplégie des jambes, des troubles de la vessie et du rectum, se seraient manifestés.

Observation 192. — Femme de 50 ans. KOK et cons.

Du 16 novembre 1897 au 8 janvier 1898 ; depuis lors, cons. Injections depuis le 16 novembre jusqu'à maintenant.

Spondylite tuberculeuse.

De l'âge de 9 ans à 20 ans, lymphadénite fistuleuse ; sa mère en a aussi souffert ; pas d'autre tare héréditaire. Elle-même a toujours joui d'ailleurs d'une assez bonne santé. En février 1897, tuméfaction des ganglions du cou, perforation spontanée. En août, douleur dans la nuque, s'irradiant jusque dans le coude gauche. Depuis le commencement de novembre, tuméfaction à la nuque.

Des deux côtés de la nuque, tumeur du volume du poing, fluctuante, élastique, peu sensible à la pression. Cou immobile. Dans le triangle cervical postérieur gauche, paquet ganglionnaire. A la partie antérieure du cou, nombreuses cicatrices, deux fistules larges, aplaties. Grande cicatrice au-dessous de la clavicule gauche.

L'état de la nutrition laisse beaucoup à désirer. Température, vers 39°. Douleurs peu vives. Appétit passable.

Poumons : Modifications insignifiantes du son.

7 décembre. Ouverture des abcès ; évacuation d'un pus abondant. Deux larges cavités, avec granulations flasques, sans communication l'une avec l'autre. Trois corps vertébraux dénudés. Hétoprésol. Drainage.

27 décembre. Sécrétion encore abondante ; pus épais, visqueux, jaune verdâtre. La tuméfaction diminue. Les plaies se couvrent de bonnes granulations. Etat général encore défectueux. Température autour de 38°.

8 janvier 1898. Sécrétion modérée. Les plaies sont en voie de cicatrisation. Le cou est désenflé, indolore, il a repris ses mouvements. L'état général et l'état des forces se relèvent. La température est encore, en général, légèrement élevée. Les fistules en avant du cou sont dans le même état.

La malade est, sur son désir, congédiée à la consult.

28 février. Fistules étroites. Température normale. Etat général bon ; pas de souffrances. La malade a repris toutes ses occupations de ménagère.

31 mai. Encore deux fistules étroites, ne sécrétant plus qu'à peine, au cou et à la nuque. Le cou se meut librement. Pas de douleurs ni d'autre incommodité. Etat général, état des forces, satisfaisants ; l'état de la nutrition est bon, l'appétit l'étant aussi.

Il n'existe plus de tuméfactions ganglionnaires, sauf quelques nodules durs, à gauche, en bas et en avant du cou. Un ganglion cubital infiltré, du côté gauche, s'est perforé spontanément et a guéri sans laisser après lui aucune fistule.

Observation 193. — Jeune homme de 19 ans. KOK et cons.

Du 10 mai au 21 septembre KOK. Injections du 21 juillet au 21 décembre 1896.

Spondylite. — Tuberculose pulmonaire.

Père mort de tuberculose. Depuis l'été de 1895 jusqu'en mai 1896, développement lent d'un abcès froid à gauche de la colonne vertébrale, au-dessous de l'omoplate. Température autour de 39°. Pouls au-dessus de 100. Très maigre et très chétif.

13 mai. Après avoir largement incisé l'abcès, on fait, pour débarrasser le foyer situé à la partie antérieure de la colonne vertébrale (spondylite antérieure), la résection de trois apophyses transverses, de la tête et du col des côtes correspondantes.

27 mai. La plaie se couvre de bonnes granulations. Au lobe supérieur gauche, râles humides abondants. Temp. 39-40°.

20 juillet. La plaie est bien réduite ; les bruits anormaux dans les poumons diminuent lentement. Diarrhée, abdomen sensible à la pression. Température un peu plus basse, mais oscillant toujours autour de 39°.

Le malade éprouve des douleurs quand il se lève ; douleurs en ceinture.

Les apophyses épineuses de la 6^e à la 9^e vertèbres dorsales font saillie, de manière à former une cyphose modérée ; sensibilité à la pression assez prononcée.

Abdomen enflé ; matité, de bas en haut, jusque vers l'ombilic. Pas de fluctuation. Parois abdominales assez tendues, on ne perçoit pas d'abcès dans la région du psoas.

Sensibilité et mobilité entièrement abolies dans les jambes. Les limites de l'anesthésie sont nettement marquées, atteignant à peu près la hauteur de l'ombilic. La sensibilité à la douleur est supprimée. Réflexes rotuliens très vifs. Sphincter anal paralysé. La vessie fonctionne normalement. Eschare à gauche, à la partie inférieure du sacrum, ayant presque l'étendue de la paume de la main. Autre eschare, plus grande, plus profonde et couverte encore de peau mortifiée, noirâtre, au niveau du trochanter droit. Applications locales de pâte de zinc et de baume du Pérou. Injections intraveineuses. Toux intense, fatigante.

23 mai. *Opération* : Lambeau à base supérieure ; incision, des deux côtés, le long de la colonne vertébrale, des 6^e. 10^e apophyses épineuses jusqu'aux arcs. Une grande quantité de pus s'écoule de vastes abcès situés entre les faisceaux de l'élevateur du tronc. Apophyses épineuses et arcs (8 et 9), cariés et partiellement caséifiés. Des granulations livides font saillie hors des trous intervertébraux. Résection complète des arcs 8 et 9 ; résection partielle des arcs 7 et 10. Moelle épinière traversée par des granulations ; caséification partielle. Dure-mère disparue. La moelle semble être comprimée au niveau de la 9^e vertèbre et redevenir normale au niveau de la 6^e et de la 10^e ; au niveau de la 7^e et 8^e, elle est élargie, pénétrée de tubercules et détruite. Drainage, pansement à l'iodoforme.

10 juin. Sécrétion très abondante. Température variable : le soir, entre 37°8 et 39°5. Paralysies comme auparavant.

20 juillet. Les plaies par décubitus sont presque guéries, de même que les plaies opératoires, couvertes de vives granulations sous l'influence du traitement à la lanoline briquee et au baume du Pérou. C'est seulement à l'extrémité inférieure de la plaie qu'on trouve encore deux fistules, sécrétant un pus d'une odeur assez fétide. L'état du malade est d'ailleurs le même, la toux seulement a un peu diminué.

La température vespérale est toujours encore variable ; elle est, en moyenne, de 38°5. Paralysies toujours les mêmes. L'appétit et l'état subjectif ne sont pas relativement mauvais. Cet état reste le même jusqu'au 17 août, époque à laquelle le malade, sur le désir de ses parents, est ramené chez lui.

Nous avons eu affaire, semble-t-il, dans ce cas, à une scission transversale de la colonne vertébrale par des granulations tuberculeuses ou à une compression totale.

A ces cas de spondylite il faut en ajouter trois autres, mentionnés aux observations 211, 212 et 214.

Observation 196. — Femme de 30 ans. KOK.

Du 19 décembre 1896 au 5 juin 1897.

Carie de l'os iliaque. Tuberculose du bassin.

Il y a un an environ, elle a eu, à la suite de couches, dit-elle, une « suppuration dans le ventre » et une inflammation des veines à la jambe droite. Elle a été, dans un autre hôpital, laparotomisée pour une tumeur abdominale ; on a trouvé un abcès, qui s'est ensuite évacué par la partie supérieure de la cuisse. Pendant quelque temps, son état a été assez bon, elle souffrait modérément. Mais peu à peu elle a été prise d'œdème à la jambe droite, de vives douleurs dans l'abdomen ; depuis six semaines elle est alitée.

Pas de tare héréditaire ; mais dans son enfance elle a été très scrofuleuse. Cicatrices ganglionnaires au cou, cicatrices rayonnées, rétractées, adhérentes, aux avant-bras et à la cuisse droite. Poumons sains. Hernie de la ligne blanche à la suite de la laparotomie. — La moitié droite de l'abdomen, depuis le foie jusqu'au petit bassin, est occupée par une tumeur élastique, fluctuante, donnant à la percussion un son vide. La jambe droite est fortement épaissie par un œdème et par un éléphantiasis.

Température normale, pouls bon. Etat de la nutrition, état général, passables. Dans l'urine, 25-30 pour mille d'albumine. Rien autre chose d'anormal.

Opération, le 22 décembre: volumineux abcès dans la fosse iliaque, ouvert au-dessus de la crête iliaque. Evacuation d'un pus ténu, jaune, inodore: membranes de l'abcès, tuberculeuses; mince cloison du côté de la cavité péritonéale. La crête iliaque présente un endroit carié, ayant l'étendue d'une pièce de cinquante centimes. On draine.

23 janvier. La cavité de la plaie s'est assez bien fermée, soit par adossement, soit par granulations autour des drains. La sécrétion est modérée, assez aqueuse. La plaie forme une fente étroite, couverte de vives granulations.

L'albumine peu à peu tombe à 7 pour mille. Les urines sont d'ailleurs normales. Léger œdème des malléoles. Teint assez pâle. Température et pouls, normaux. Etat général satisfaisant. L'état de la nutrition et l'état des forces se maintiennent.

14 mars. Albumine, 12 pour mille. Pendant quelques jours, violentes douleurs de tête, surtout le soir. Urines troubles. Encore un peu d'œdème. Pas d'autres changements.

9 mai. On enlève le drain. La plaie forme encore une fente étroite, faiblement granuleuse.

5 juin. La plaie forme encore une fente étroite, de 5 cm. de long; sécrétion peu abondante. Au milieu, fistule, dans laquelle on ne peut pénétrer profondément avec la sonde. Léger œdème de la jambe droite. Les urines sont légèrement troubles et contiennent 8 d'albumine pour mille.

La malade est renvoyée chez elle, les injections sont interrompues. Elle est venue rarement. Son état est toujours resté le même. L'œdème de la jambe a augmenté lentement. A l'entrée de l'hiver, la malade a cessé de venir. Elle est morte, à la fin de l'année, de dégénérescence amyloïde des reins et au milieu de phénomènes urémiques.

Observation 197. — Homme de 67 ans. KOK et cons.

Du 2 au 11 juin 1897, KOK: puis à la consult. jusqu'au 25 août; puis, du 24 août jusqu'au 2 septembre 1897, KOK. Injections du commencement de septembre jusqu'au 26 janvier 1898.

Carié des côtes et du sternum.

Pas de tare héréditaire, dit-il; a toujours été auparavant bien portant. Au mois de novembre 1896, il eut un abcès, du volume d'une noix, au sternum; après l'incision, il est resté une fistule. Au mois de juin, petite cavité sous le pectoral, on draine; comme conséquence, encore une fistule.

On se crut d'abord en présence d'une syphilis. Iodure de potassium, sans résultat.

24 août. Dénudation et raclage de deux endroits cariés, du volume d'une noisette, avec pénétration dans le médiastin, au sternum, à l'épiphyse de la cinquième côte, et, à la quatrième côte, à la limite de l'os et du cartilage. Au microscope, cellules géantes tuberculeuses dans les granulations.

2 septembre. La température, d'abord considérablement élevée, s'est abaissée. La plaie est couverte de bonnes granulations, sécrétant abondamment. Injections intraveineuses d'héto.

1^{er} novembre. Traité, depuis ce moment, à la consult. La plaie est en voie de cicatrisation. Large fistule au sternum et en dedans de la ligne mamillaire. Sécrétion encore assez abondante. Etat des forces passable, déclinant plutôt que de se relever. Pas de souffrances particulières. Température normale.

31 décembre. La sécrétion a beaucoup diminué à la suite de l'expulsion de quelques petits séquestres. Les fistules n'ont d'ailleurs subi aucun changement. La cicatrice se rétracte. L'état des forces a décliné.

26 janvier. Les fistules ne sécrètent que peu, l'une d'elles est actuellement fermée. L'état général s'est maintenu, mais l'appétit laisse à désirer.

Interruption des injections.

1^{er} mars. L'appétit est revenu. L'état général se relève. Pas de changements dans les fistules.

26 mai. La plaie est guérie, avec une cicatrice profondément rétractée, sauf

une fistule étroite, sécrétant à peine, se fermant de temps en temps, et à travers laquelle on ne peut sentir aucun os rugueux, aucun séquestre.

20 juin. Le malade ne souffre pas, a bon appétit, se sent bien et vigoureux. L'état de la nutrition et l'état des forces se sont notablement relevés. La fistule est guérie.

Observation 198. — Marchand de 20 ans. KOK.

Du 2 mars au 30 avril 1898.

Carie costale droite.

Pas de tare héréditaire. Un frère mort de phthisie pulmonaire. En 1897, le malade a eu une pleurésie. Depuis 14 jours, tuméfaction rapidement progressive, pas très douloureuse, au côté droit. Au niveau des septième et huitième côtes, qui sont sensibles à la pression, sur la ligne axillaire, on trouve une tumeur plate, diffus, ayant l'étendue de la paume de la main. Fluctuation. La peau qui recouvre la tumeur n'est pas modifiée.

Température normale. L'état général n'est pas troublé. On ne trouve rien d'anormal dans les poumons.

Injections locales d'hétocrésol 1,0, et injections intraveineuses d'hétol.

27 mars. Après injections régulières, ponction et aspiration de 25 cent. cubes d'un pus épais, jaune verdâtre.

9 avril. Injection d'une émulsion d'iodoforme.

22 avril. Nouvelle ponction.

L'abcès ne se remplit plus. Le malade passe à la consultation, où l'on continue les injections. Plus d'abcès. Etat général bon.

Observation 199. — Homme de 21 ans. KOK.

Du 11 avril au 20 juin 1898.

Carie costale.

Ce jeune homme offre l'apparence de la santé. Sommet du poumon droit : matité et râles secs. Au niveau de la matité gauche et inférieure du thorax, tumeur ayant deux fois l'étendue de la paume de la main ; elle est indolore, fluctuante, près de se rompre, couverte d'une peau légèrement rougie. — A cause du danger de rupture, aspiration du pus et injection d'une dilution, à 10 0/0, d'iodoforme dans solution chloruro-sodique. Injections intraveineuses. Ouverture de la tumeur. Evacuation. Trois foyers de carie. Hétocrésol. Très belles granulations. Guérison rapide avec cicatrice unie.

Le malade sort dans un état satisfaisant. Pas de bruits de râles dans les poumons.

Observation 200. — Femme de 29 ans. Consult.

Du 23 janvier au 8 avril 1896.

Carie costale.

Abcès froid, du volume d'une tête d'enfant ; il s'est formé lentement au niveau de la 7^e à la 9^e côtes, à gauche, sans fièvre. La malade est maigre, anémique. Elle se refuse à toute intervention opératoire. Perforation spontanée, avec évacuation d'une grande quantité d'un pus ténu ; la peau est décollée dans une certaine étendue. Injections intraveineuses d'hétol. L'abcès guérit assez rapidement ; il reste, encore un certain temps, une fistule étroite, qui finit aussi par se fermer. La malade a bien meilleur apparence.

Observation 201. — Fillette de 8 ans. KOK et cons.

Du 1^{er} juin au 24 septembre 1894 et du 22 avril au 22 mai 1896.

Tuberculose du crâne et des ganglions lymphatiques.

En mai 1894, fracture du crâne. Avril 1895, tuberculose perforante typique de l'os pariétal et formation de séquestres à l'os frontal. A partir du mois de juin, injections (glutéales). La fillette sort guérie (fistule tout à fait étroite au bord orbitaire).

Mars 1896. Tuberculose des ganglions lymphatiques du cou, devant l'oreille gauche. Grattage. Guérison. L'enfant s'est très bien rétablie.

La guérison s'est maintenue.

LANDERER, Tuberculose.

Observation 202. — Fillette de 7 ans. KOK.

Depuis le 25 mai 1898.

Tuberculose du crâne (os frontal et zygomatique).

Sous l'angle interne de l'œil et dans la paupière inférieure, qui est épaissie, ainsi qu'en dehors de l'œil, fistules multiples, conduisant sur des végétations scrofuleuses du derme. Au niveau de la mâchoire inférieure, tumeur du volume du pouce, plate, rouge bleuâtre, molle, fluctuante. Rien d'anormal aux poumons.

26 mai. Dilatation, en narcose, des fistules. Raclage. Au-dessous de l'angle interne et en dehors de l'angle externe de l'orbite, surfaces osseuses dépouillées de périoste, rugueuses, mais ni séquestres, ni carie. En dehors, le long de l'arcade zygomatique, jusqu'àuprès de l'oreille, abcès, plein de granulations tuberculeuses, sur le muscle temporal. Raclage, drainage, pansement à la gaze iodoformée. Au niveau de la mâchoire, à l'endroit livide, se détache, par l'action du lavage, la mince couche épidermique, sous laquelle apparaît une surface granuleuse sombre; on racle les granulations molles et flasques.

Hétocrésol; plus tard, traitement par la dilution éthérée d'hétocrésol iodoformée, que l'on injecte aussi dans les fistules. Température normale. Etat subjectif satisfaisant. Injections intraveineuses.

25 juillet. L'abcès au niveau du muscle temporal est entièrement guéri. Les fistules entre l'angle externe de l'œil et l'oreille, fistules communiquant entre elles, ne sont pas encore fermées, sécrètent encore assez abondamment.

9 août. Nouvelle opération: Incision, allant de la fistule externe jusqu'à celle du bord externe de l'orbite; cette incision pénètre jusqu'à l'os, qui est dénudé au-dessous de la fistule externe. Grattage et ablation avec la tenaille osseuse. Tamponnement et traitement par le mélange d'hétocrésol et d'iodoforme.

10 septembre. Sous l'influence des lavages avec l'éther à l'hétocrésol iodoformé, la plaie se nettoie et guérit rapidement; au bord externe seulement il existe encore une fistule d'environ 3 millimètres de profondeur, ne fournissant aucune sécrétion.

Etat général bon; augmentation considérable du poids du corps. Température constamment normale.

Observation 203. — Garçon de 8 ans. KOK.

Du 14 novembre 1897 au 23 janvier 1898. Injections du 16 novembre 1897 au 22 janvier 1898.

Périostite de la mâchoire inférieure. — Scrofulose.

Pas de tare héréditaire tuberculeuse, mais il a toujours été très délicat. Depuis quatre semaines, tuméfaction de la joue droite. Diarrhée.

Sur le bord de la mâchoire inférieure droite, infiltrat dur, aplati, non déplaçable, du volume d'un œuf de poule; les limites en sont diffuses; il est sensible à la pression et spontanément douloureux. Gêne dans les mâchoires. Dents intactes. Tuméfaction des ganglions du cou. Tuméfactions ganglionnaires dans l'abdomen; sensibilité à la pression. Rien de particulier dans les poumons. Température légèrement élevée. Injections intraveineuses d'hétol.

17 janvier. Les douleurs et la sensibilité à la pression dans l'abdomen ont disparu. Température normale. Appétit régulier.

20 janvier. Plus rien d'anormal dans l'abdomen. La tuméfaction de la mâchoire s'est nettement déprimée, elle n'est que peu sensible à la pression.

23 janvier. L'épaississement s'est considérablement réduit, il n'est guère plus sensible. La gêne des mâchoires a disparu. Plus de troubles du côté de l'abdomen. Température normale. Etat général satisfaisant.

Congédié à la consultation.

Tuberculoses des parties molles

Observation 204. — Garçon de 3 ans.

Du 28 avril au 1^{er} juin 1896.

Abcès tuberculeux dans l'hypochondre gauche.

Dans l'espace de plusieurs semaines il s'est formé, sans fièvre, un abcès dans l'hypochondre gauche.

11 mai. Incision. Pus jaune, t \acute{e} nu ; granulations p \grave{a} les ; raclage. Drainage. Applications locales d'acide cinnamique. Injections glut \acute{e} ales.

21 mai. A la consultation.

1 $^{\text{er}}$ juin. Plaie gu \acute{e} rie sans fistule.

Observation 205. — Femme de 41 ans. KOK.

Du 19 octobre 1897 au 25 janvier 1898. Injections du 2 novembre 1897 jusqu'au 25 janvier 1898.

Abc \acute{e} s tuberculeux au trochanter gauche.

Pendant l'hiver de 1896-1897, la malade, par suite d'un accident, s'est fait une « foulure » \grave{a} la hanche gauche ; elle a eu la sensation d'un craquement. Du 15 juin au 3 juillet 1897, elle a \acute{e} t \acute{e} trait \acute{e} e pour un ganglion d'une gaine tendineuse, d \acute{e} velopp \acute{e} en m \acute{e} me temps au dos de la main, et pour un fort \acute{o} ed \grave{e} me de la jambe gauche, survenu sans cause appr \acute{e} ciable ; on adm \acute{i} t une thrombose de la veine f \acute{e} morale. Ces accidents disparurent \grave{a} la suite d'un traitement appropri \acute{e} , et il ne resta que de la faiblesse et un peu de douleur dans la jambe.

En novembre 1897, elle s' \acute{e} st pr \acute{e} sent \acute{e} e de nouveau avec un abc \acute{e} s tr \acute{e} s volumineux, \acute{e} lastique, lentement d \acute{e} velopp \acute{e} sous le trochanter, l \grave{a} o \acute{u} existait auparavant de la douleur. Une ponction exploratrice donne issue \grave{a} un liquide t \acute{e} nu, jaune verd \grave{a} tre.

Elle a toujours \acute{e} t \acute{e} autrefois bien portante, dit-elle ; pas de tare h \acute{e} r \acute{e} ditaire tuberculeuse. \acute{E} tat de la nutrition et \acute{e} tat des forces, satisfaisants. Temp \acute{e} rature constamment normale. Pouxmons normaux. Pas d'autres troubles en dehors de l'abc \acute{e} s.

27 octobre. Incision ; vaste cav \acute{e} te entre les muscles, autour du trochanter. Os intact. Pas de trajets de longue \acute{e} tendue. Drainage. Dans la membrane de l'abc \acute{e} s, cellules g \acute{e} antes tuberculeuses.

25 janvier. L'abc \acute{e} s s' \acute{e} st gu \acute{e} ri lentement, sauf quatre fistules, qui s \acute{e} cr \acute{e} tent \grave{a} peine. Plus de souffrances d'aucune sorte, rien que de la faiblesse dans la jambe. A la consult. On interrompt les injections.

15 avril. Fistules gu \acute{e} ries, avec cicatrices fermes, r \acute{e} tract \acute{e} es. Pas d'autres troubles qu'un peu de faiblesse dans la jambe. \acute{E} tat g \acute{e} n \acute{e} ral tr \acute{e} s satisfaisant. Sortie gu \acute{e} rie.

Observation 206. — Homme de 38 ans. KOK.

Du 10 mai au 24 janvier. Consult. du 24 janvier au 24 f \acute{e} vrier. Injections du 12 juillet 1897 jusqu'au 24 f \acute{e} vrier 1898 ; depuis lors, traitement \grave{a} la consult., sans injections.

Inflammation phlegmoneuse chronique au dos et \grave{a} la nuque.

Il a toujours auparavant \acute{e} t \acute{e} , dit-il, bien portant. Pas de tare h \acute{e} r \acute{e} ditaire. Il nie avoir eu la syphilis. Pas d'autre infection (actinomykose, etc.).

Au mois d'octobre 1896, \grave{a} la suite d'un enrouement de courte dur \acute{e} e, le malade pr \acute{e} senta un gonflement dur, consid \acute{e} rable, des parties molles au-devant du cou. Perforation spontan \acute{e} e, formation d'une fistule, qui persista longtemps. Puis l'affec \acute{t} ion s' \acute{e} tendit \grave{a} gauche, autour du cou ; infiltration, rougeur, douleurs, raideur.

\acute{E} TAT ACTUEL : \acute{E} tat g \acute{e} n \acute{e} ral passable, mauvaise apparence. Temp \acute{e} rature, urines, \grave{a} l' \acute{e} tat normal. Pas de l \acute{e} sions organiques.

Dans la r \acute{e} gion du larynx, petite cicatrice r \acute{e} tract \acute{e} e ; au-dessous, fistule \acute{e} troite, s \acute{e} cr \acute{e} tant \grave{a} peine, \grave{a} bords l \acute{e} g \acute{e} rement rougis. Le triangle cervical lat \acute{e} ral et la partie gauche de la nuque sont le si \acute{e} ge d'une infiltration dure, d'une couleur rouge bleu \grave{a} tre, au milieu de laquelle existe une nodosit \acute{e} du volume d'un \acute{o} uf de pigeon, qui s' \acute{e} st perc \acute{e} e spontan \acute{e} ment sur le c \acute{o} t \acute{e} . Peu de sensibilit \acute{e} \grave{a} la pression, s \acute{e} cr \acute{e} tion tout \grave{a} fait minime. Douleur tr \acute{e} s peu marqu \acute{e} e. Cou roide, t \acute{e} te pench \acute{e} e en avant.

1 $^{\text{er}}$ juin. L'infiltrat s' \acute{e} st \acute{e} tendu vers l'omoplate gauche, en m \acute{e} me temps que les ph \acute{e} nom \acute{e} nes du c \acute{o} t \acute{e} du cou r \acute{e} gressaient peu \grave{a} peu. Fluctuation dans la fosse sus- \acute{e} pineuse. Incision \grave{a} cet endroit ainsi qu'au cou ; pas d'abc \acute{e} s, petites cavit \acute{e} s seulement dans le tissu adipeux, sans trajets fistulaires. On essaye l'iode de potassium.

30 juin. La temp \acute{e} rature s' \acute{e} l \acute{e} ve constamment jusqu' \grave{a} 39 $^{\circ}$; tendance aux vomis-

sements et à la diarrhée. L'état général se relève lentement, mais il régresse toujours de nouveau par suite d'accès d'aggravation aiguë de l'inflammation.

Le gonflement du dos augmenta, ainsi que la teinte blouâtre; il se circonscrit davantage de la colonne vertébrale vers l'angle supérieur de l'omoplate.

8 juillet. Incision et évacuation d'une quantité considérable d'un pus jaune; très fétide.

12 juillet. Chute de la température. L'appétit revient. L'état général se relève.

Au-dessus de l'angle supérieur interne de l'omoplate gauche, nouvelle rougeur, gonflement, fluctuation. Incision, donnant encore issue à une grande quantité d'un pus jaune, fétide.

L'examen microscopique permet de soupçonner une tuberculose, cellules géantes avec noyaux à bords nets. L'examen bactériologique donne constamment des résultats négatifs, notamment pas d'actinomycose.

1^{er} août. Fistules, à sécrétion très peu considérable, siégeant aux endroits incisés, à la partie supérieure des omoplates, droite et gauche, et au cou. La sensibilité et la rougeur, autour des fistules du cou, diminuent. Rougeur et infiltration au-dessus de l'omoplate. D'ailleurs l'infiltrat entre les omoplates devient plus mou, la rougeur, etc., disparaît.

15 août. Légère récurrence au niveau de l'omoplate gauche et du larynx. Mais à l'incision on ne trouve qu'un foyer purulent, du volume d'un pois, dans le tissu adipeux infiltré.

16 septembre. Nouveau petit abcès au niveau de l'omoplate gauche. Incision.

19 octobre. Sous l'omoplate gauche, tumeur du volume d'un œuf d'oie, d'une teinte très rouge, plutôt livide, très sensible et très douloureuse, devenant peu à peu fluctuante. Nouveau trouble de l'état général. Incision. Evacuation d'un liquide ténu, jaune, séro-purulent. L'examen bactériologique donne des résultats négatifs.

5 décembre. Les infiltrats et la rougeur ne régressent que très lentement. Au niveau de l'omoplate droite il existe encore une fistule, qui sécrète très peu. Nouveau petit infiltrat à la nuque.

L'état général s'est beaucoup relevé. Augmentation de poids, 30 livres. Etat de la nutrition et état général, très bons. (Poids = 156 livres).

8 janvier. Encore infiltrat à gauche, le long de la colonne vertébrale, du cou jusqu'à la pointe de l'omoplate. A droite, encore étroite fistule, mais l'infiltrat a presque disparu.

24 janvier. L'infiltrat diminue lentement. Etat général satisfaisant.

A la consultation.

24 février. La plupart des fistules sont fermées. De temps à autre seulement une d'elles s'ouvre encore, donnant issue à quelques gouttes d'un liquide séro-sanguinolent. Toujours encore infiltrat, mais sans coloration, à la nuque et entre l'omoplate gauche et la colonne vertébrale.

Les injections sont suspendues.

30 avril. Interruption du traitement. Guérison. Il n'existe plus que quelques légères indurations au niveau du cou et de l'omoplate gauche. Plus de souffrances. La tête et le bras se meuvent librement. Etat général excellent.

Observation 207. — Professeur de 28 ans. Cons.

Du 1^{er} février au 27 mars 1896. Depuis ce jour, très irrégulièrement (le malade demeure hors de la ville) jusqu'au mois d'avril 1897.

Tuberculose des gaines tendineuses. — Tuberculose pulmonaire.

A toujours été malade. Opéré à la clinique chirurgicale, il y a trois ans, pour une tuberculose des gaines tendineuses (extirpation). Auparavant, fongus du coude droit. Depuis l'automne de 1895, il s'est développé de nouveau, à l'endroit de l'opération, une inflammation des gaines tendineuses des fléchisseurs des doigts du côté gauche, sous la forme d'une tuméfaction oblongue, d'un volume supérieur à celui d'un œuf de poule, et située du côté du cubitus. Le 4^e et le 5^e doigts sont seuls gênés dans leurs mouvements. — Homme très anémique et très nerveux. Température et pouls, à l'état normal.

L'injection dans la tuméfaction étant très douloureuse, on fait l'anesthésie locale, on incise et l'on donne issue à une grande quantité de granulations riziformes. On panse avec l'acide cinnamique en poudre. Guérison rapide: il reste

une nodosité cicatricielle, du volume d'une cerise, qui, fournissant une légère sécrétion séreuse, ne se réduit et ne guérit entièrement qu'au bout de quelques mois.

Dans les pounons, râles secs isolés, rien d'anormal à la percussion, bacilles disséminés dans les crachats.

Dans le fongus du coude droit, nouvelle inflammation; application d'un bandage.

Mars 1897. Le malade s'est beaucoup remonté, et, à son dire, a considérablement augmenté de poids. A la place du fongus des gaines tendineuses, solide cicatrice. Le coude droit est presque ankylosé, mais est débarrassé de toute inflammation; on ne trouve plus rien d'anormal dans les poumons.

Ce bon état s'est maintenu.

Observation 208. — Homme de 44 ans. KOK et cons.

Du 6 juin au 6 juillet, KOK; cons. jusqu'au 28 juillet. Injections du 25 juin au 28 juillet.

Tuberculose des gaines tendineuses de l'articulation de la main.

Le malade a toujours été auparavant bien portant, pas de tare héréditaire. Buvreur très intrépide. Depuis l'automne de 1896, tuméfaction, peu douloureuse, en dehors et en avant de l'articulation de la main, avec formation de fistules et suppuration: Gonflement élastique, d'une teinte rouge bleuâtre; plusieurs fistules à bords jaunes, sécrétion modérée. L'articulation se meut presque librement. Les doigts ne peuvent se fléchir complètement. Etat général satisfaisant.

10 juin. Deux accès épileptiformes. Jamais auparavant, paraît-il, il ne s'en serait produit. Le second accès a laissé à sa suite quelques troubles psychiques.

11 juin. Malgré une forte absorption d'alcool, accès de delirium tremens.

17 juin. Le malade est tranquille, mais ses idées sont assez confuses. Anesthésie à la cocaïne, incision longitudinale au niveau de l'articulation de la main, évacuation de grains riziformes, drainage des végétations fongueuses.

30 juin. La plaie se couvre de bonnes granulations; elle diminue rapidement d'étendue; les bords se désenflent considérablement. Sécrétion modérée. Pas de souffrances. Il existe toujours encore quelques troubles psychiques.

13 juillet. Enlèvement du dernier drain. Il existe encore une surface granuleuse très nette. Sécrétion modérée. Le pourtour est encore un peu rouge et tendu.

L'état psychique est redevenu normal. Etat général bon.

Le malade sort, et le traitement est continué à la cons. jusqu'au 28 juillet.

28 juillet. Plaies entièrement guéries avec cicatrices solides; plus de rougeur. Encore un peu d'induration et d'épaississement.

Pendant plusieurs mois le malade revient encore à plusieurs reprises. L'induration disparaît peu à peu, ainsi que l'épaississement. Les cicatrices se rétractent.

La main et les doigts se meuvent librement.

Tuberculoses multiples

Observation 209. — Jeune homme de 18 ans. KOK.

Du 1^{er} juillet au 1^{er} septembre 1895, et du 28 janvier au 31 août 1896. Injections depuis le 14 mars jusqu'au 28 août 1896.

Abrès tuberculeux multiples.

Tare héréditaire Très anémique. En 1893, ostéomyélite au tibia gauche. Il arrive avec des ulcérations au niveau de l'ancienne cicatrice et un vaste abrès dans la région du trochanter gauche.

26 juillet. Incision et drainage; aucune connexion avec l'os ni avec l'articulation de la hanche. Le malade sort, ayant encore un petit point ulcéré, muni d'un drain.

28 février 1896. Il revient avec des fistules osseuses dans l'ancienne cicatrice du tibia.

13 février. Large débridement au ciseau, restauration plastique.

24 février. Guérison. — Dès sa réception, le malade présentait des tuméfactions ganglionnaires, particulièrement au cou.

18 mars. Incision et ouverture d'un grand abcès, siégeant au niveau du trochanter droit, et tapissé de granulations tuberculeuses (cellules géantes tuberculeuses). Injections intraveineuses d'hétol.

9 mai. Drainage d'un vaste abcès à la jambe et au creux poplité gauche. De temps à autre seulement légères ascensions de la température.

18 juin. Raclage d'un ganglion tuberculeux devant l'oreille gauche, raclage des fistules à la cuisse droite.

31 août. Sortie du malade. Toutes les fistules sont guéries. Etat général très amélioré.

La guérison s'est maintenue.

Observation 210. — Enfant de 2 ans et demi. Cons.

Du 4 décembre 1896 au 5 février 1897.

Suppurations tuberculeuses multiples des os.

Tare héréditaire. Depuis environ 9 mois se sont produites successivement des tuméfactions, avec ouverture et formation de fistules, à l'articulation de la main gauche, à l'articulation du pied gauche, à la cuisse gauche.

Enfant chétif, peu développé physiquement et intellectuellement. Coryza scrofuloux, conjonctivite scrofulieuse, eczéma chronique de la face; à la main gauche, à l'articulation du pied gauche, à la cuisse gauche, fistules sécrétant abondamment et entourées d'une peau décollée, d'un bleu noirâtre.

Injections glutéales d'hétol; injections dans les fistules et pansement avec baume du Pérou; au visage, lanoline au baume du Pérou.

5 février. L'eczéma de la face est actuellement tout à fait guéri, la conjonctivite l'est aussi, et le coryza est notablement amélioré. Les fistules sécrètent peu et sont en voie de guérison. L'état général s'est aussi un peu amélioré. Des raisons financières s'opposant à l'entrée gratuite de l'enfant, le traitement est interrompu.

Observation 211. — Fille de 16 ans. KOK.

En traitement depuis le 16 janvier 1897.

Tuberculoses multiples des parties molles et des os, tuberculose pulmonaire.

Malade depuis 8 ans, elle a subi deux fois, dans un autre hôpital, une résection de l'articulation de la main. Enfant très maigre, très chétive. — Poumon gauche: dans toute l'étendue du lobe supérieur, matité, râles humides abondants; bacilles tuberculeux dans les crachats. — Fistules ganglionnaires suppurantes dans la fosse claviculaire supérieure droite. Dans le triangle inférieur latéral du cou, fistule vertébrale, sécrétant abondamment. Au côté interne du bras droit, ulcération cutanée, ayant presque l'étendue de la paume de la main. Suppuration tuberculeuse de l'articulation du coude droit, avec huit fistules. L'articulation de la main droite est le siège d'une dégénérescence fongueuse. Onze fistules, main bot. Hanche droite volumineuse, fluctuante, abcès froid. A l'articulation de la main gauche, deux fistules, qui sécrètent. — Appétit très mauvais. Températ. 37,8 jusqu'à 39°. Pulsations 100-120. — Pas d'albuminurie.

Injections intraveineuses. On vide par aspiration l'abcès de la hanche, et l'on y injecte un dérivé d'acide cinnamique suspendu dans une solution chloruro-sodique. La température tombe lentement. L'appétit s'améliore. L'ulcération cutanée est presque guérie. Les fistules sécrètent peu.

15 mars. L'abcès de la hanche se rompt.

2 avril. La température s'élève par suite de la rétention de liquides dans l'abcès. Drainage, en narceuse. L'articulation de la hanche se meut librement. On ne trouve plus aucune communication avec l'articulation coxo-fémorale.

20 avril. Lente guérison d'une partie des fistules, particulièrement au coude. Dans les poumons on n'entend plus de bruits anormaux. — Température irrégulière. Pronostic incertain.

25 mai. La surface granuleuse du bras ne présente plus qu'une petite étendue. Les fistules du bras fournissent une sécrétion très peu abondante; il en est de même de celles de la main. Au pied gauche, deux fistules étroites, sécrétant à peine. A la cuisse, dans la région trochantérienne, il existe encore une plaie vaste et profonde, sécrétant abondamment. Au bas de la cuisse, deux plaies plus petites, couvertes de bonnes granulations, et sécrétant légèrement. Température, le plus souvent, 38°

28 juin. Perforation d'un foyer purulent à la partie antérieure de l'articulation de la main droite.

16 septembre. Depuis trois semaines, température normale. Les fistules se rétractent ; la sécrétion est réduite à son minimum. Etat général satisfaisant. L'état de la nutrition se relève.

27 février. Jusqu'ici l'état général est excellent. Il en est de même des autres phénomènes. Depuis peu, abcès à la jambe gauche ; la ponction donne issue à un liquide ténu, d'un jaune foncé. Température 38°.

21 mars. Nouvel abcès au niveau de l'os iliaque, en arrière.

7 avril. Au bord supérieur du sacrum, tuméfaction fluctuante. Incision. Evacuation d'une grande quantité d'un pus ténu, jaune verdâtre. Au niveau de la crête iliaque, près de l'épine postérieure, partie osseuse cariée. Ablation. On trouve encore là une cavité spondylitique, du volume d'un œuf d'oie, et pleine d'un pus de mauvaise nature. On la met largement à nu. Profonde anfractuosité. Raclage, drainage, tamponnement avec l'hétocrésol.

Par la même occasion, raclage des autres fistules et granulations. Dans la suite, l'état s'améliore. Etat général passable, température voisine de la normale, sécrétion modérée, les granulations ont bonne apparence. Le coude, le bras, sont guéris. Poumons à l'état normal.

Observation 212. — Demoiselle de 19 ans. KOK.

Du 30 décembre 1897 jusqu'en mai 1898.

Tuberculose osseuse multiple.

Pas de tare héréditaire. Toujours autrefois bien portante, ce n'est que dans ces dernières années qu'elle a vu presque tous ses membres successivement envahis par la carie. Elle a subi plusieurs opérations, qui n'ont pas amené la guérison ; il s'est formé aussi de l'empyème, qui a guéri à la suite d'une résection costale.

Plusieurs fistules profondes, très sensibles et sécrétant abondamment, à la région tarsienne droite, à la région carpienne droite, au coude et au bras droits, à l'articulation de la main gauche, au côté interne de la jambe gauche, à la joue droite. Au triangle cervical latéral inférieur du côté gauche, fistule spondylitique sécrétant abondamment. L'articulation du coude gauche est enflée, douloureuse, limitée dans ses mouvements.

Ulcération lupéuse à la jambe gauche. Ulcère à la joue droite, du volume d'un haricot, à bords taillés à pic, n'offrant aucune tendance à la guérison.

Etat général passable. Température le plus souvent normale. Poumons indemnes. Injections intra-veineuses, Applications locales de baume du Pérou ou de dérivés de l'acide cinnamique.

29 janvier. Les fistules du bras droit et de la jambe gauche sont fermées, ne sont plus sensibles. Etat général satisfaisant. Au coude droit, tumeur du volume d'une noix, fluctuante, non douloureuse. Incision.

A l'avant-bras gauche, près de l'articulation du cubital, infiltrat considérable, s'accroissant rapidement, devenant fluctuant, élastique, non douloureux. Le 4 mars, incision : évacuation d'une grande quantité d'un pus ténu, d'un jaune verdâtre.

27 mars. La tuméfaction de l'avant-bras gauche a régressé ; cavité profonde, ouverture étroite avec drain ; sécrétion ténue, assez abondante.

Les fistules du pied droit et de l'articulation de la main sont étroites, sécrètent à peine, présentent un orifice couvert d'un enduit jaune, sont à peine douloureuses, de sorte que la malade peut marcher un peu avec deux béquilles et un soulier spécial.

Au niveau de l'épicondyle externe de l'humérus droit, surface ulcéreuse, couverte de granulations et commençant à se cicatriser sur les bords. Au côté interne de l'articulation, nouvelle fistule sur une ancienne cicatrice.

Au niveau de l'éminence hypothénar droite, abcès (ancien foyer), ayant la moitié du volume d'un œuf de poule, d'une consistance assez élastique, couvert d'une peau rouge-bleuâtre, et qui, s'étant percé spontanément, donne issue à une grande quantité de pus. — L'état général est assez bon.

8 juin. La malade étant à l'état de narcose, on pratique le raclage de toutes les fistules et granulations. On saupoudre les plaies avec l'hétocrésol.

10 juin. Ascension de la température, sans qu'on puisse en trouver la cause dans l'état des plaies.

15 juin. Partout très belles granulations, d'un rouge vif, sans aucun caractère tuberculeux. État général moins bon, anorexie. Température élevée.

17 juin. Température élevée, vomissements. Plaies tout à fait sans réaction, ayant très bon aspect. On suspend l'emploi de l'hétoérésol : baume du Pérou (voy. la courbe, fig. 29, page 205).

19 juin. Chute rapide de la température.

21 juin. On renouvelle l'emploi de l'hétoérésol.

23 juin. Nouvelle ascension de la température. Un peu de rétention du pus au coude droit. Interruption de l'emploi de l'hétoérésol ; baume du Pérou.

24 juin. Chute rapide de la température jusqu'à la normale. On ouvre le foyer purulent du coude droit.

28 juin. On renouvelle l'essai de l'hétoérésol sur une partie des plaies.

29 juin. Nouvelle ascension de la température. Suspension de l'hétoérésol ; emploi du baume du Pérou.

4 juillet. La température s'est lentement abaissée.

20 juillet. La température est restée normale, rapide amélioration de l'état général. Les fistules du pied gauche sont guéries, sauf une petite ulcération tout à fait superficielle. La malade se lève et marche bien. Guérison aussi à la main gauche. A l'articulation de la main droite, granulations de bonne nature ; il ne reste plus qu'une petite fistule, à sécrétion peu abondante. — Au coude gauche, surface granuleuse en bonne voie de cicatrisation ; la fistule interne est guérie. Guérison au bras gauche. L'articulation du coude droit est encore tuméfiée et sécrète assez abondamment, mais elle n'est pas douloureuse. La fistule vertébrale sécrète peu, est profondément rétractée.

La malade, congédiée, continue son traitement à domicile.

Elle a depuis lors augmenté de 40 livres.

Observation 213. — Femme de 35 ans. KOK.

Du 16 octobre 1897 au 17 février 1898, KOK ; consult. du 17 février au 1^{er} avril 1898. Injections du 27 octobre 1897 jusqu'au 1^{er} avril 1898.

Tuberculoses multiples des os et des parties molles.

Son père et sa mère sont morts d'inflammation du poulmon ou de la plèvre ; deux frères et son mari sont morts phthisiques. Elle-même n'a jamais eu d'affection pulmonaire, elle n'est pas non plus serofuleuse. Il y a quatre ans, résection costale pour une carie ; il reste encore des fistules. Il y a huit à dix semaines, nouveaux abcès au niveau de la cage thoracique, à gauche, au mollet droit et à l'index gauche.

ÉTAT ACTUEL : État de la nutrition très mauvais, anémie prononcée. Température normale.

Au niveau du dos, à droite, au-dessous de la pointe de l'omoplate, cicatrice verticale, avec plusieurs fistules, peau décollée. Cicatrice sous la mamelle droite. Fistules très douloureuses sous la mamelle gauche, au-dessus de laquelle existe un abcès du volume d'un œuf de poule. — Abcès du volume d'un œuf de poule, sur la ligne axillaire postérieure, au niveau de la dixième côte. — Au mollet droit, abcès plat, flasque, de l'étendue de la surface de la main. L'index gauche est entouré d'abcès et de granulations, les articulations en sont branlantes. Granulations noirâtres, facilement saignantes.

Poumons normaux. Tuméfactions ganglionnaires multiples.

23 novembre. La malade ayant été un peu remontée, l'appétit étant devenu bon, la température étant normale, le poids du corps ayant augmenté, on ouvre les abcès, on dilate les fistules par de larges incisions, et l'on obtient ainsi des plaies ouvertes, aplaties. Résection costale à gauche, sur le côté (septième côte) et au niveau du dos. Désarticulation de l'index gauche.

Sous l'influence d'un traitement par l'hétoérésol, les plaies sont en voie de guérison rapide, avec formation de granulations vives. Les bords commencent à se cicatriser.

8 janvier. Plaies guéries, sauf une fistule superficielle sous la mamelle et une ligne granuleuse étroite à la jambe droite.

Nouvel abcès à l'avant-bras droit ; incision.

6 février. Il existe encore des fistules à la jambe droite et à l'avant-bras droit.

Guérison au tronc. Nouveaux petits abcès à la mâchoire inférieure droite, à l'olécrâne gauche.

17 février. Encore fistules plates, sécrétant peu abondamment, à la jambe et à l'avant-bras droits, à la main et au coude gauches. Etat général, état de la nutrition, passables ; la malade peut se promener, en boitant un peu.

Sur son désir, elle sort pour continuer son traitement à la consultation.

Consult. du 17 février au 1^{er} avril.

1^{er} avril. Depuis sa sortie, elle s'est maintenue dans le même état, malgré les très mauvaises conditions hygiéniques où elle se trouve dans sa famille, malgré les soucis du ménage, la nécessité de subvenir à l'entretien de nombreux enfants. Encore fistules aux deux bras ; un nouveau petit abcès au niveau du dos de la main droite a été incisé.

Elle ne peut plus venir régulièrement, elle se panse elle-même. Injections interrompues.

Observation 214. — Ouvrier de 20 ans. KOK.

Du 18 mai 1897 au 18 mars 1898, KOK. Injections du 21 mai au 6 mars.

Spondylite. Carie de l'articulation du pied. Tuberculose pulmonaire. Lymphadénite du cou.

Son père et sa mère sont morts jeunes, on ne sait de quelle maladie. Lui-même a toujours eu auparavant, dit-il, une bonne santé. Depuis un an et demi, fréquentes douleurs à la nuque. Traitement par l'hydrothérapie. Janvier 1896, tuméfaction des glandes du cou ; on en fait l'incision en avril ; fistules.

Tuméfaction intense au cou, à droite et à gauche. Infiltrat dans la profondeur. Peau livide, traversée par plusieurs fistules sécrétant modérément. Raideur assez considérable à la nuque ; la tête est penchée en avant. De temps à autre le malade éprouve à la nuque de violentes douleurs, qui envahissent la tête.

Au niveau du sternum, plaie de l'étendue d'une pièce de 50 centimes, couverte de granulations de mauvaise nature et à bords décollés ; tuméfaction fongueuse de l'articulation du pied gauche.

Matité, affaiblissement de la respiration et bruits de râles au niveau des deux sommets.

Le malade est très chétif, pâle, très anémique.

13 juin. Le gonflement diminue aux fistules du cou, qui d'ailleurs n'ont pas subi d'autre changement. L'état général se relève. Plus de douleurs. 24 juin, raclage.

30 juin. Au second orteil droit, rougeur, gonflement. Carie de la phalange médiane. Fluctuation. Perforation spontanée. Fistule.

16 septembre. Au cou, à gauche, encore étroite fistule, qui sécrète peu ; une fistule semblable à droite de la mâchoire inférieure ; ces deux fistules sont fortement rétractées. Le gonflement du cou a considérablement diminué. La tête est portée vers la droite, ses mouvements sont presque libres.

L'orteil du pied droit est toujours épaissi, rouge, avec fistule sèche au milieu. Tout récemment il s'est formé une tuméfaction au niveau de l'articulation du pied gauche, devant la malléole interne. Articulation raide, douloureuse. Bandage contentif.

Poumons : Toujours même matité ; peu de bruits de râles.

Température normale. L'état général s'améliore lentement, mais d'une manière constante.

6 décembre. Les plaies du sternum et de la partie droite de la tête sont fermées. La fistule à gauche du cou est encore étroite, profonde et sécrète peu.

Au second orteil, la phalange du milieu présente un séquestre, qui est expulsé ; fistule étroite, sécrétant à peine.

L'articulation du pied gauche est notablement désenflée, assez mobile, très peu sensible. Dans ces derniers jours, aux deux côtés du tendon d'Achille, tumeur flasque, fluctuante ; son incision donne issue à un pus ténu, jaune, abondant.

Etat général bon. Température normale. Rien aux poumons.

6 février. Petit abcès fluctuant au niveau de la malléole externe. L'incision donne issue à une grande quantité d'un liquide ténu, sanguinolent, avec caillots ; fistule large, noirâtre, à l'endroit de l'incision. Sécrétion peu abondante.

Récemment, devant la malléole interne et sous la malléole externe, il existe

encore un endroit flasque, élastique, au niveau duquel l'injection donne issue à un liquide sanguinolent. Cet endroit est encore douloureux.

D'ailleurs l'articulation se désenfle et devient mobile.

13 février. La tuméfaction flasque, fluctuante, de l'articulation du pied, a de nouveau augmenté. Gonflement fusiforme, teinte livide. Sécrétion insignifiante.

Les fistules du cou se ferment. Etat général, subjectivement bon, objectivement très défectueux.

26 février. Bandage plâtré. Forte ascension de la température. Les forces déclinent visiblement.

5 mars. Température constamment à 39°. Les forces baissent de plus en plus.

10 mars. Le malade se résout enfin à l'amputation, qui est faite à la partie supérieure de la jambe.

18 mars. La plaie guérit ; mais les forces continuent à baisser. Somnolence. — Mort.

Autopsie : Maigreur extrême. Cavernes aux deux sommets ; elles sont assez encapsulées. Sur les confins seulement des cavernes, quelques foyers périfonchiques récents, insignifiants. Dégénérescence du muscle cardiaque ; parois minces, flasques, présentant de la dégénérescence graisseuse. Reins pâles, adhérents. Pas d'amygdales. Les autres organes (abdomen, cavité crânienne) sont à l'état normal.

CHAPITRE VII.

Tuberculose des ganglions

Le traitement de la tuberculose ganglionnaire devra, dans le cas où les ganglions ne sont pas ouverts, être surtout un traitement général. Je fais aux malades des injections intraveineuses, et l'on pourra, si l'on ne constate pas la présence de foyers internes, aller même au delà de la dose moyenne de 25 milligrammes.

Il est important de ne pas perdre de vue les endroits d'origine de la tuberculose ganglionnaire, le coryza scrofuleux, l'eczéma scrofuleux, etc. Pour le traitement du coryza scrofuleux, les badigeonnages avec le baume du Pérou ou avec une pommade à la lanoline et au baume du Pérou (par exemple, baume du Pérou, acide borique aa. 1,0, lanoline, 30,0) m'ont fréquemment rendu de bons services.

Dans le traitement des eczémas scrofuleux de la face et de la tête je me suis aussi servi, en général, de la lanoline boriquée (1 : 30) ou de la pommade boriquée au baume du Pérou.

La marche de la maladie, sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique, est simple. Les ganglions deviennent plus mobiles, plus petits, plus durs ; les uns disparaissent entièrement, les autres persistent à l'état de nodosités du volume d'un pois, dures, faciles à déplacer. Les ganglions qui, après un traitement d'environ six semaines, ne sont pas devenus plus petits, sont ou bien calcifiés ou bien liquéfiés au centre (voyez plus bas). Cette liquéfaction semble être hâtée par le traitement à l'acide cinnamique.

Chez les enfants très scrofuleux, présentant des tuméfactions ganglionnaires étendues, des eczémas, des ophthalmies, des otites, etc., de nature scrofuleuse, il arrive souvent que des injections, continuées pendant trois mois et davantage, semblent ne produire aucun résultat, quand, presque tout à coup, on voit se produire une amélioration et une guérison définitive.

Les ganglions liquéfiés ne régressent pas sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique. Le traitement interne par l'acide

cinnamique convient surtout à la forme hyperplastique, c'est-à-dire aux cas où ne se manifeste aucune fluctuation.

Dans les cas où les ganglions sont à l'état de fonte, on peut essayer d'en aspirer le contenu et d'y injecter un mélange, à parties égales, d'hétoérésol et d'iodoforme, en suspension dans une solution chloruro-sodique. Il est plus expéditif d'extirper, suivant le procédé connu, les ganglions liquéfiés au centre. Si la paroi est mince, facilement déchirable, et si le ganglion présente des adhérences inflammatoires, cette paroi se déchire, en général, pendant les tentatives d'extirpation. Je me borne alors à pratiquer le raclage du ganglion, à en scarifier la paroi interne, à la saupoudrer et à la tamponner avec de l'hétoérésol. J'ai ainsi obtenu le plus souvent une guérison rapide, sans formation de fistules.

Dans les cas de tuberculoses ganglionnaires ouvertes, c'est-à-dire fistuleuses, j'ai, autant que possible, pratiqué le raclage des trajets fistuleux, frotté et tamponné avec l'hétoérésol.

J'ai aussi, dans des cas de ce genre, alors que les malades, ayant déjà subi de multiples opérations, refusaient obstinément de se soumettre à une nouvelle intervention opératoire, injecté de l'éther au baume du Pérou dans les trajets fistuleux et couvert les plaies extérieures de baume du Pérou ou d'hétoérésol, en même temps que je pratiquais des injections intraveineuses, et je suis parvenu ainsi à obtenir la guérison de fistules ganglionnaires même très anciennes et très étendues.

J'ai pu aussi, dans des cas graves, traités il y a quatre à cinq ans, me convaincre positivement que la guérison s'était maintenue, et que l'état des malades, depuis le traitement par l'acide cinnamique, s'était complètement modifié et était resté constamment satisfaisant. A la suite d'un traitement policlinique irrégulier ou d'un traitement de trop courte durée, les rechutes n'ont pas toujours été évitées.

Quant aux observations microscopiques sur le processus curatif dans la tuberculose ganglionnaire, je n'ai pu en faire jusqu'ici, bien que j'aie eu à ma disposition de nombreux matériaux, fournis par les animaux aussi bien que par l'homme. Ces processus doivent sans doute offrir des particularités analogues à celles qui sont représentées par la figure 20, planche X.

Observation 215. — Fillette de 9 ans, KOK.

Du 28 avril au 30 mai 1896.

Lymphadénite du cou.

Pas de tare héréditaire. Depuis quelques années, tuméfaction des ganglions du cou ; il y a huit mois, ouverture ; depuis lors fistule. En même temps, au côté droit du cou, plusieurs tumeurs ganglionnaires molles, fixes, ayant la moitié du volume d'un œuf de poule.

29 avril. Plusieurs de ces tumeurs sont traitées par l'extirpation ; d'autres, par l'incision et le raclage. Certains ganglions pénètrent profondément entre la carotide externe et la carotide interne. Traitement local par un dérivé de l'acide cinnamique.

30 mai. Guérison sans fistules ; l'état général s'est beaucoup amélioré.

Au printemps de 1897, quelques légères tuméfactions ganglionnaires se seraient, nous dit-on, reproduites, mais n'auraient pas tardé à régresser. La fillette est restée bien portante.

Observation 216. — Garçon de 12 ans. Cons.

Du 13 juillet 1896 au 14 janvier 1887.

Tuberculose des ganglions du cou.

Depuis deux ans, gonflement des ganglions du cou, avec formation de fistules en quatre endroits. L'état d'anémie et de nervosité du malade s'oppose à une intervention opératoire.

Traitement local au moyen d'un dérivé de l'acide cinnamique, injections gluteales. L'état du malade s'améliore bien, mais lentement ; on emploie donc, vers la fin novembre, les injections intraveineuses ; conséquemment, guérison rapide avec cicatrices unies, on ne sent plus de nouveaux ganglions ; les anciens sont devenus durs et ont considérablement diminué de volume. — Le malade s'est bien relevé et a augmenté notablement de poids. Une blépharite ciliaire a aussi disparu.

Juin 1898. L'état est resté très bon. Pas de récidence.

Observation 217. — Fillette de 3 ans. Cons.

Du 25 janvier au 24 février et du 8 mai au 27 décembre 1896.

Tuberculose des ganglions du cou.

Enfant bien nourrie, présentant l'apparence de la santé. Ganglions, au cou, tuméfiés au point d'atteindre le volume d'une noix. Au bout de quatre semaines d'injections, plusieurs ganglions ont entièrement régressé, d'autres ont été réduits au volume d'un haricot. On cesse d'amener l'enfant.

Au mois de novembre il se produit un abcès au cou ; raclage, acide cinnamique. Vers le milieu de décembre, guérison sans fistule.

On ne sent plus qu'un petit nombre de ganglions durs et du volume d'un haricot.

On cesse encore d'amener la petite malade.

Nous n'avons plus eu de ses nouvelles.

Observation 218. — Garçon de 15 ans. KOK et cons.

Du 10 mars au 26 mai 1896.

Tuberculose des ganglions du cou.

Habitus scrofuleux. Depuis l'automne de 1895, tuméfaction ganglionnaire ; dans le triangle cervical antérieur, surface ulcéreuse livide, de l'étendue d'une pièce de 2 francs ; au même niveau, abcès du volume d'un œuf de poule. Raclage, pansement à l'acide cinnamique.

15 mars. Sécrétion légère, passe à la consult.

26 mai. Guérison sans fistule, avec une cicatrice solide.

Observation 219. — Jeune homme de 18 ans. KOK et cons.

Injections du 14 mars au 4 juin 1896.

Tuberculose des ganglions du cou.

Depuis l'été de 1895, formation de nombreuses nodosités ganglionnaires au cou.

12 février 1896. Raclage d'une nodosité ganglionnaire ramollie, ayant la moitié du volume d'un œuf de poule.

13 mars. Incision et raclage d'une seconde nodosité.

28 mars. Guéri sans fistule et sans formation de nouvelles nodosités.

Mars 1897. Raclage d'un autre abcès ganglionnaire. Il a été guéri en quatorze jours. On ne constate plus d'ailleurs l'existence d'aucune glande dans la région cervicale.

Observation 220. — Homme de 20 ans. KOK et cons.

Du 1^{er} juin au 3 août (injections depuis le 19 juin jusqu'au 3 août) 1896.

Tuberculose des ganglions du cou.

Il y a quatre ans il a été opéré ailleurs; depuis lors, nouvelles tuméfactions.
 3 juin. Enucléation de onze ganglions plus ou moins volumineux, la plupart suppurés.
 23 juin. La cicatrisation se fait bien. Guérison.
 3 août. Le malade est congédié: on ne sent plus aucune glande.

Observation 221. — Homme de 20 ans. KOK.

Du 14 mai au 5 juillet, KOK: cons. jusqu'au 20 août. Injections depuis le 17 mai jusqu'au 20 août 1897.

Lymphadénite du cou.

Pas de tare héréditaire, au dire du malade, qui prétend avoir toujours joui auparavant d'une bonne santé Il y a deux ans, gonflement des ganglions des deux côtés du cou. Depuis trois semaines s'est développé, s'accompagnant de douleurs, au niveau de l'angle de la mâchoire, à droite, un abcès fluctuant, ayant le volume d'un œuf d'oie, et couvert d'une peau mince, d'un bleu rougeâtre; au bord de cet abcès existent des masses ganglionnaires dures. A gauche, au-dessous du milieu de la branche horizontale de la mâchoire, on trouve deux ganglions du volume d'un œuf de pigeon, durs et faciles à déplacer.

18 mai. Extirpation des ganglions de gauche; incision et tamponnement de l'abcès de droite.

2 juin. A gauche, guérison par première intention. L'abcès de droite ne s'est pas reformé, mais il existe deux fistules sous les lambeaux; les granulations ne sont pas de bonne nature.

21 juin. Nouveau raclage. Extirpation des ganglions profonds de droite.

30 juin. La plaie est en bonne voie de cicatrisation, elle ne sécrète presque plus.

5 juillet. Encore trois petits endroits couverts de granulations.

Continuation du traitement à la cons.

20 août. Guérison complète.

Mai 1898. Pas de récurrence jusqu'ici.

Observation 222. — Jeune homme de 18 ans. KOK.

Du 2 mai au 10 juillet 1897. Injections depuis le 5 mai jusqu'au 9 juillet.

Lymphadénite du cou.

Pas de tare héréditaire, bonne santé antérieure. Depuis un à deux ans, tuméfaction des ganglions lymphatiques du cou; ils se sont peu à peu ramollis, puis ouverts.

Tout autour du cou, nombreuses fistules, sécrétant modérément, et, à côté, tuméfactions ganglionnaires récentes, plusieurs en voie de ramollissement.

3 mai. Raclage des anciennes fistules. Hétéocrésol.

1^{er} juin. Les fistules à gauche sont guéries. Nouveau paquet ganglionnaire à droite, derrière le sterno-cléido-mastoïdien.

19 juin. Raclage d'une fistule à droite. Extirpation de trois ganglions à gauche, d'un ganglion à droite, derrière le sterno-cléido-mastoïdien.

28 juin. A droite, guérison par première intention. A gauche, légère ouverture de l'angle inférieur, sécrétion peu abondante.

10 juillet. Encore quelques endroits granuleux presque secs, tout à fait insignifiants, à droite et à gauche. Le malade est congédié sur son désir.

Mai 1898. La guérison s'est maintenue.

Observation 223. — Fille de 16 ans. KOK.

Cons., du 18 août jusqu'au 2 septembre. KOK, du 2 septembre au 27 octobre. Cons. du 27 octobre au 10 décembre. Injections depuis le 18 août jusqu'au 10 décembre.

Lymphadénite du cou, à droite.

N'a jamais été auparavant malade; pas de tare héréditaire. Depuis 6 semaines, les ganglions du cou, à droite, ont augmenté de volume sans cause appréciable, même pendant le traitement à la consult.; le malade entre donc à l'hôpital.

État, le 2 septembre. Derrière l'oreille, ganglion fluctuant, du volume d'une noix; un fort paquet ganglionnaire, mou, plus volumineux qu'un œuf de poule, existe sur et sous l'insertion du sterno-cléido-mastoïdien. Deux petits ganglions, durs,

du volume d'une noisette, se trouvent en bas et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien.

Les poumons ne présentent rien d'anormal. Etat général indemne, état de la nutrition très bon.

16 septembre. La tuméfaction ganglionnaire régresse notablement. La fluctuation a disparu dans le ganglion supérieur. On peut tous les isoler.

27 octobre. Encore deux petites nodosités dures, du volume d'un pois, en bas et en arrière du sterno-cléido-mastoïdien. Deux nodosités aplaties, assez molles, derrière l'oreille, et une nodosité du volume d'une noix, bien circonscrite, profondément située au-dessous du sterno-cléido-mastoïdien. L'apparence de difformité a disparu. Etat général, état de la nutrition, très bons.

La malade passe à la consult.

10 décembre. Il ne reste, des ganglions tuméfiés, que quelques petites nodosités, nettement circonscrites; faciles à déplacer, invisibles et nullement inconmodés. Etat général très bon.

Juin 1898. Il n'y a pas eu de récurrence.

Observation 221. — Jeune homme de 19 ans. KOK.

Du 16 décembre 1897 au 9 février 1898; à partir de ce jour, polikl. Injections depuis le 16 décembre jusqu'à maintenant (juin 1898).

Lymphadénite du cou.

Pas de tare héréditaire. Dès son enfance, il a présenté des gonflements ganglionnaires. Depuis trois ans, tuméfaction et suppuration des ganglions autour du cou, toujours avec ouverture spontanée.

Mal nourri, anémique. Température normale. Les poumons n'offrent aucune affection appréciable.

Tout autour du cou, jusqu'aux oreilles, cicatrices d'un rouge brun, irrégulières, rayonnées, sur lesquelles sont répandues de nombreuses fistules. Sur le bord gauche de la mâchoire inférieure, abcès du volume d'une noix; on en fait l'incision, il en sort une petite quantité de pus.

9 février. Le malade s'est considérablement relevé, a beaucoup augmenté de poids. Au cou ou à la mâchoire inférieure, à gauche, encore une fistule, à droite, encore trois fistules aplaties, superficielles, sécrétant à peine. Les autres fistules sont fermées. A la nuque, à droite, persistent deux infiltrats, ayant la moitié du volume d'un œuf de poule; on trouve aussi un ganglion, du volume d'une noisette, au côté gauche de la mâchoire inférieure, et un ganglion, du volume d'un haricot, près de l'oreille.

Le malade, apte au travail, continue son traitement à la consult.

25 mai. L'état général a continué à se relever; ce jeune homme a repris sa santé et sa vigueur et travaille régulièrement.

Les fistules se ferment, sauf une, presque sèche, située à gauche de la mâchoire inférieure.

Les infiltrats ganglionnaires ne régressant pas, on fait une injection avec une émulsion d'iodoforme; rapide ramollissement. Ponction, évacuation de 20 à 30 grammes d'un pus épais, jaune foncé. Ponctions et injections répétées, suivies de phénomènes inflammatoires, d'abord intenses, puis légers. Les dernières injections ne sont plus accompagnées de ramollissement, mais seulement d'une rapide rétraction.

A la nuque, on trouve encore une nodosité aplatie, ayant la moitié du volume d'une noix, nullement proéminente, nettement délimitée. Le ganglion préauriculaire a presque entièrement disparu. Ce n'est qu'au bord gauche de la mâchoire inférieure qu'existe encore une petite nodosité proéminente, avec fistule.

Plus de souffrances d'aucune sorte.

Etat très bon.

Observation 225. — Fillette de 8 ans. Cons.

Du 16 février au 1^{er} juillet 1897.

Lymphadénite du cou. — Pas de tare tuberculeuse; mais une sœur cadette a été traitée, l'an dernier, par les injections (glutéales), pour une affection des sommets, et depuis lors est guérie. Depuis quelque temps, tuméfactions ganglionnaires à gauche du cou, au-dessous de la mâchoire, au niveau et au-dessous du

sterno-cléido-mastoldien; quelques-unes atteignent le volume d'un œuf de poule. L'une d'elles, profondément située sous le sterno-cléido-mastoldien, est fluctuante. On l'ouvre d'un seul coup de scalpel, évacuation d'une petite quantité de pus. Le traitement ne consiste d'ailleurs qu'en injections; les tuméfactions ganglionnaires régressent peu à peu. Il ne reste que deux petites cicatrices rétractées, provenant des plaies faites avec le bistouri, ainsi qu'une légère induration dans le tissu. Jusqu'au 1er juillet 1898, point de récidence.

Observation 226. — Fillette de 5 ans. Cons.

Du 15 mars au 20 mai 1897.

Tuberculose des ganglions du cou.

On nous l'amène avec le diagnostic de spondylite et de ganglions tuberculeux multiples du cou. Pas de tare héréditaire, mais elle a eu plusieurs frères et sœurs, qui sont morts, en bas-âge, de « glandes », nous dit-on.

On fait des injections dans les ganglions et des injections glutéales d'hérol.

Les tuméfactions ganglionnaires régressent avec le temps, il s'en forme quelques-unes de nouvelles; mais depuis le 20 mai elles ont toutes disparu.

Observation 227. — Jeune homme de 21 ans.

Du 10 avril au 15 juin 1898.

Tuberculose des ganglions du cou.

Forté tare héréditaire. Depuis environ huit ans, tuméfaction et suppuration des ganglions cervicaux; on a fait plusieurs opérations avec un succès passager.

ÉTAT ACTUEL. — Pâle, bouffi. Tout le cou, jusqu'à la nuque, est le siège de cicatrices, de tuméfactions et d'épaississements inflammatoires. Une douzaine de fistules environ. — Dans les poumons on ne trouve rien de bien marqué. Température normale.

Raclage, le malade étant en narcose. Injections avec de l'éther hétérocresol-iodoformé. Pansements avec la même substance; injections intraveineuses d'hérol.

Les plaies se cicatrisent bien et se ferment rapidement.

Quand le malade quitte l'hôpital, il n'a plus de fistules, presque plus de ganglions sensibles, et il se trouve en très bon état.

Observation 228. — Demoiselle de 27 ans.

Du 20 avril au 15 août 1898.

Forté tare héréditaire. On lui a fait déjà six opérations importantes dans le but d'extirper des ganglions du cou. Catarrhes nombreux. Chloro-anémie prononcée. Catarrhe chronique de l'oreille moyenne. La dernière opération a été faite il y a neuf mois.

ÉTAT ACTUEL. — Très pâle. Légère dureté d'ouïe. Au cou, nombreuses cicatrices entrecroisées, restes des opérations pratiquées. Derrière l'oreille gauche, ganglion dur, du volume d'un œuf de poule. Au cou, à droite et à gauche, plusieurs autres ganglions plus petits.

Poumons: D_{AH}, jusqu'à la quatrième côte, D_{PH}, jusqu'au-dessous de l'épine de l'omoplate, matité prononcée, avec affaiblissement de la respiration, mais sans bruits anormaux; de même, G_{AL}, jusqu'à la clavicule, et G_{PH}, matité, sans bruits anormaux. Fosses sus et sous-claviculaires profondément excavées, surtout à droite.

Appétit très mauvais. Pulsations, autour de 100. Température irrégulière (voyez la courbe, fig. 30, page 249).

On n'emploie que les injections intraveineuses.

La température tombe très lentement jusqu'à la normale (voyez la courbe). L'appétit s'améliore peu à peu. Pendant les huit premières semaines, les glandes ne subissent que des modifications à peine appréciables, puis elles diminuent rapidement de volume.

A sa sortie, le malade offre un très bon aspect. Son poids a augmenté de 14 livres. L'appétit est très bon. La grosse glande représente encore un cordon dur, de l'épaisseur d'un crayon ordinaire; les autres glandes sont à peine sensibles. Aux poumons, même état à l'auscultation et à la percussion.

Observation 229. — Homme de 58 ans. Cons. Du 21 novembre 1897 au 15 juin 1898.

Dans ces dernières années il a été très malade ; il a beaucoup souffert de catarrhes, d'une sciatique. Depuis environ un an, tuméfaction ganglionnaire aux deux aines. Depuis six mois, ouverture fistuleuse à gauche.

ETAT ACTUEL : Infirmes et cassé. Athérome. Poulx irrégulier. Appétit mauvais. L'état général est tel, qu'il ne faut pas songer à une intervention opératoire.

Dans la région inguinale et à la partie supérieure de la région fémorale, du côté droit, on trouve une demi-douzaine de ganglions, le plus gros ayant le volume d'une petite pomme ; les uns sont durs, les autres présentent une fluctuation peu distincte. La peau, qui les recouvre, se déplace facilement et n'offre pas de rougeur. A gauche, on constate aussi une tuméfaction des ganglions inguinaux, fémoraux et iliaques inférieurs. On observe ici plusieurs ouvertures fistuleuses, qui donnent issue, sous l'influence d'une pression légère, à un pus caséux, tuberculeux, parfaitement caractérisé. OEdème dur, chronique, de la région pubienne.

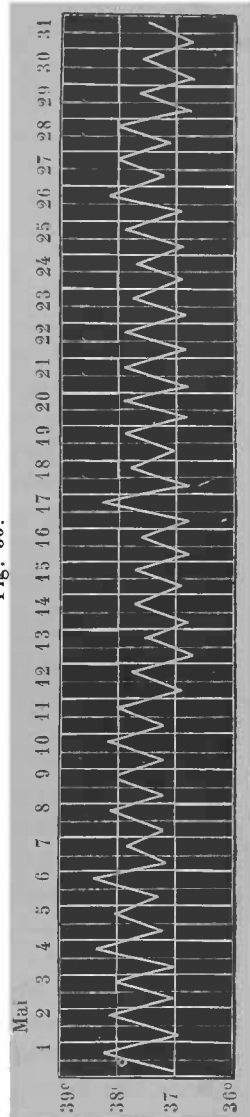
Injections intraveineuses, deux fois la semaine (irrégulièrement), de 0^m^{gr},5 jusqu'à 7 milligr., en augmentant lentement les doses ; localement, d'abord baume du Pérou, plus tard éther à l'hétocrésol (1 : 40).

Guérison lente des fistules et diminution du volume des ganglions, à gauche. Au mois de mai, on ouvre un ganglion fémoral fluctuant, on pratique le raclage, on tamponne avec de la gaze à l'hétocrésol ; la guérison se fait lentement. A droite, légère diminution du volume des ganglions.

15 juin. Le malade part pour la campagne. L'état général s'est maintenu ; en tout cas, il n'est pas plus mauvais.

Les affections ganglionnaires ont encore été notées, comme phénomènes accessoires, chez un grand nombre de nos malades. Nous avons eu encore l'occasion d'observer un grand nombre d'autres cas de tuberculose ganglionnaire, que nous ne pouvons rapporter ici, nos notes ayant été égarées.

Fig. 30.



CHAPITRE VIII

Tuberculose cutanée.

Mon appréciation sur l'emploi de l'acide cinnamique dans le traitement de la *tuberculose de la peau* repose essentiellement sur des observations faites depuis déjà un certain temps.

Le genre de service dont je suis chargé actuellement exclut presque entièrement les malades atteints d'affections cutanées. Je dois donc me rapporter essentiellement aux communications faites dans une publication déjà ancienne (1892) J'employais alors, en injections locales, dans le *lupus*, la solution suivante :

Acide cinnamique.	} aa 1 gr.
Chlorhydrate de cocaïne	
Alcool, jusqu'à 20 gr	

Pour injections.

J'ai, par ce moyen, amené à guérison divers cas de *lupus hypertrophique*. Plusieurs collègues m'ont aussi communiqué, dans ces derniers temps, des cas, dans lesquels cette méthode leur a donné de bons résultats.

Voici en quoi elle consiste :

On injecte une à deux gouttes de cette solution dans les nodosités, plus ou moins profondément, d'après leur siège. On peut, dans la même séance, faire jusqu'à dix injections. La douleur est simplement celle provoquée par la piqûre, de sorte que les petits enfants eux-mêmes supportent ces injections sans beaucoup de peine. Parfois, au bout de quelques heures, quand l'action de la cocaïne a cessé de se faire sentir, le malade éprouve une légère sensation de brûlure. L'injection est encore moins sensible si, cinq minutes auparavant, on a eu le soin de faire une injection méthodique de cocaïne.

Je fais en moyenne une injection par semaine ; dans les *lupus étendus* et en traitement clinique, on pourra répéter plus souvent ces injections. Je les fais ordinairement sur les bords ; on voit alors le *lupus* diminuer rapidement de volume ; mais on peut aussi

s'attaquer en même temps au centre ou à n'importe quel autre endroit.

Pour ces injections je me sers volontiers d'une canule à pointe courte et affilée, parce qu'on atteint ainsi plus sûrement les nodosités, particulièrement les plus petites.

L'action immédiate consiste en une petite tache jaune, de l'étendue d'une lentille, au niveau de la nodosité. Cette tache provient de l'acide cinnamique, qui s'est précipité; puis se développent de la rougeur et du gonflement, qui disparaissent au bout de 36 à 48 heures. La nodosité s'affaisse ensuite, sa surface pâlit, et, au bout de quelques semaines, elle a pris un aspect qui la fait ressembler à de la peau à peu près normale. On observera particulièrement que, vers la fin du traitement, il n'existe plus que des nodosités aplaties, tout à fait superficielles. La guérison du processus se fait à partir de la profondeur.

Il ne doit pas se produire de gangrène aux endroits où a été faite l'injection; une certaine douleur survient, puis une desquamation lente et enfin une cicatrice visible. Si les doses injectées ont été petites, de manière à ne donner lieu qu'à du gonflement et à de la rougeur, la formation cicatricielle est alors réduite à son minimum ou même manque entièrement. Il ne doit pas se produire de cicatrices rétractées.

S'il s'en produit, je fais appliquer un emplâtre au baume du Pérou.

Ce mode de traitement exige de la part du médecin des soins attentifs, car il faut rechercher les nodosités une à une. La durée du traitement est aussi assez longue, et l'on peut sans inconvénient le suspendre pendant 3 à 4 semaines. On voit très souvent, durant cet intervalle, les nodosités diminuer de volume et pâlir très nettement. Le malade trouve cette méthode très agréable, parce qu'elle ne l'empêche pas de se livrer à ses occupations, et qu'elle ne lui fait subir aucune mutilation, comme le font les opérations, la cautérisation galvanique, etc.

Observation 230. — Homme de 42 ans.

Il est atteint, depuis 19 ans, d'un lupus de la face, qui jusqu'ici a été traité par les moyens les plus divers : excision, cautérisation, brûlure, etc. ; mais il y a eu constamment récidive.

ÉTAT ACTUEL (17 janvier 1891). La moitié droite de la face, depuis l'oreille jusqu'à l'œil, depuis l'os zygomatique jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, est le siège de cicatrices rétractées et de surfaces lueuses, de l'étendue d'une pièce de 20 centimes à celle d'une pièce de 50 centimes.

Du 17 janvier jusqu'au 16 avril on fait neuf fois des injections avec une émulsion de baume du Pérou; puis, pour gagner du temps, on pratique le raclage (sans narcose) sur six surfaces lueuses, qui persistent encore, et dans lesquelles on injecte ensuite une émulsion de baume du Pérou. — La guérison se maintient

jusqu'au mois de janvier 1892, époque à laquelle trois nouvelles nodosités sont l'objet d'un raclage, suivi d'une injection. Le 30 décembre, on racle deux petites nodosités, dans lesquelles on injecte ensuite une émulsion d'acide cinnamique. Le 28 mai suivant, le malade s'est présenté à nous, et nous avons constaté qu'aucune récidive ne s'était produite. Partout bonnes cicatrices lisses, nullement écailleuses.

Observation 231. — Servante de 18 ans.

Depuis sa tendre enfance, lupus de la joue.

8 avril 1891. Lupus hypertrophique de la joue gauche ; il a 10 centimètres de hauteur sur 8 centimètres de large ; en outre, devant l'oreille gauche, tache ayant l'étendue d'une pièce de 20 centimes. Végétations hautes de plusieurs millimètres ; pas de trace de cicatrisation.

Injections d'alcool à l'acide cinnamique et à la cocaïne ; la nuit, application d'un emplâtre au baume du Pérou. Le 31 novembre 1891, il n'existe plus que quelques nodosités superficielles ; partout ailleurs, cicatrice étendue, non rétractée. Les injections ne peuvent être faites que tous les quinze jours environ. Janvier 1892, encore une vingtaine de surfaces lueuses aplaties, superficielles, grises, non écailleuses, de l'étendue d'une lentille, entre lesquelles la peau est dure, cicatricielle, non ratatinée.

Observation 232. — Garçon de 7 ans.

Lupus de la joue droite, ayant l'étendue d'une pièce de 50 centimes, squameux, ne pénétrant pas très profondément. Du 18 août au 15 septembre 1891, huit injections locales. Le petit malade sort guéri.

Observation 233. — Fille de 14 ans.

Depuis plusieurs années, lupus de la joue droite et de l'oreille droite. La malade est d'ailleurs profondément scrofuleuse : tuméfactions ganglionnaires, ophthalmies scrofuleuses.

Le lupus de la joue a environ 8 centimètres de haut sur 7 cent. de large ; infiltration intense, assez profonde, couverte de nodosités du volume d'un pois. Le lobule de l'oreille est presque deux fois plus gros qu'à l'état normal.

Du mois de juin 1890 jusqu'au mois d'octobre on lui fait 24 injections avec une émulsion de benjoin de Sumatra ; sous l'influence de ces injections, assez douloureuses, les surfaces lueuses s'aplatissent et diminuent de volume. On les interrompt jusqu'en janvier 1891, parce que les parents leur attribuent une aggravation de l'ophtalmie. En décembre seulement on a pu faire cinq injections d'acide cinnamique.

Depuis le mois de janvier, nouvelles injections d'acide cinnamique, dont plusieurs glutéales, avec plusieurs pauses de 6 semaines à 2 mois et plus.

Au mois de novembre, le lupus s'est réduit, sans rétraction de la peau, à environ dix à douze surfaces tout à fait aplaties, d'un gris pâle, siégeant sur la joue, dans une étendue égale à environ celle d'une pièce de deux francs ; il n'existe plus d'infiltrat. A un endroit, où les injections ont été trop nombreuses, existe une cicatrice du volume d'un pois et un peu excavée. Le lobule de l'oreille a repris son volume normal et n'est le siège d'aucune rétraction. L'ophtalmie n'a pas encore entièrement disparu, mais est notablement améliorée.

La longue durée du traitement doit être mise sur le compte de l'irrégularité de la malade. Elle ne s'est jamais plainte de douleurs à la suite des injections d'acide cinnamique.

Observation 234. — Homme de 28 ans.

Lupus par inoculation, sur le dos de la main, de l'étendue d'une pièce de 2 francs ; il ressemble à un tubercule anatomique. — Au moyen d'emplâtres au baume du Pérou et d'injections d'acide cinnamique il a été guéri au bout de dix semaines.

Observation 235. — Femme de 29 ans.

Quelques nodosités superficielles autour d'un lupus, de l'étendue d'une pièce de deux francs, guéri, il y a deux ans, au moyen du baume du Pérou (emplâtre

et quelques injections). — Huit injections avec acide cinnamique et emplâtre au baume du Pérou. Guérie actuellement.

Observation 236. — Homme de 44 ans.

Depuis plusieurs années, lupus, de l'étendue d'une pièce de cinquante centimes, à la face externe du troisième orteil : il est assez fortement infiltré, squameux. Emplâtre au baume du Pérou, jusqu'à maintenant trois injections. Il s'est aplati, et sa surface s'est réduite de moitié.

Observation 237. — Fille de 43 ans.

Très nerveuse. Lupus de 10 centimètres de longueur sur autant de hauteur, au côté externe de l'articulation du coude droit ; il date de plusieurs années. Tare tuberculeuse héréditaire. Depuis le mois de septembre 1890, emplâtre au baume du Pérou et quelques injections avec du benjoin de Sumatra. La mère s'y oppose à cause des douleurs qu'elles provoquent. Au mois de mars 1894, on pratique le raclage, la malade étant en narcose, et l'on frotte la surface de la plaie avec de l'alcool à l'acide cinnamique. Plus tard, emplâtre à l'acide cinnamique. Guérison lente, avec cicatrice unie, luisante, qui tarde assez longtemps à se ternir. Dans le courant de l'été de 1894, apparaissent, sur les bords, quelques nouvelles nodosités, dans lesquelles on injecte, sans provoquer de douleurs, de l'alcool à l'acide cinnamique.

Observation 238. — Servante de 21 ans.

Enorme lupus de la face, couvert de végétations et de rétractions cicatricielles. Un traitement d'une durée de trois mois a pour résultat de l'améliorer.

Observation 239. — Femme de 40 ans.

Depuis de longues années, lupus infiltré de la face, ayant surtout envahi les lèvres, le nez, ainsi que le cou. Une partie de ce lupus est couverte de volumineuses nodosités.

Traitement à partir du mois de janvier 1894 ; injections une fois par semaine (à l'exception de cinq semaines). — A la face, particulièrement au nez et aux lèvres, notable amélioration ; en certains points, guérison complète ; au cou, amélioration.

Observation 240. — Marchand de 27 ans.

Il est atteint, depuis 15 ans, d'un lupus aplati, occupant toute l'étendue du dos de la main et ayant envahi la première phalange des deuxième et troisième doigts.

Le malade porte simplement, pendant six mois, un emplâtre au baume du Pérou, et, au bout de ce temps, la plus grande partie du lupus (bien entendu, superficiel) est transformée en une cicatrice unie, non rétractée. Quelques nodosités, qui restent encore sur les bords, disparaissent sous l'influence d'injections, faites à trois reprises, avec de l'alcool cinnamique. — Jusqu'à maintenant (il y a 6 mois), pas de récurrence.

Observation 241. — Femme de 30 ans.

Lupus du bras, ayant l'étendue d'une pièce de 2 francs. Il a été guéri en six semaines au moyen des injections et de l'emplâtre au baume du Pérou.

Je ferai encore remarquer que ce mode de traitement exige un temps très long, parce qu'il est nécessaire de faire des injections dans chacune des nodosités ; le malade devra en outre se soumettre de temps en temps, au moins pendant un an, à l'examen du médecin, qui, pour éviter les récurrences, devra renouveler les injections aux endroits où il soupçonne l'existence de nouveaux foyers.

Quels sont les avantages ou les inconvénients de cette méthode

relativement à d'autres, à celle de Thiersch, par exemple (transplantation cutanée)? C'est ce que mes observations pratiques ne me permettent pas encore d'établir avec précision.

Un des avantages de notre méthode est de ne donner lieu qu'à des formations cicatricielles peu marquées et à fournir ainsi des résultats esthétiques très satisfaisants.

La tuberculose cutanée, désignée sous le nom de scrofuloderma, s'est fréquemment présentée à moi dans les cas de tuberculoses multiples. Sous l'influence du raclage, suivi d'un traitement par le baume du Péron ou mieux par l'hétocrésol, cette affection guérit rapidement ; il se forme de bonnes granulations, saines et vigoureuses, qui, réprimées par le crayon au nitrate d'argent, conduisent à une cicatrisation normale et rapide. Il faut admettre que ce procédé peut bien aussi s'appliquer au lupus. En injectant dans les nodosités de l'éther à l'hétocrésol (1 : 10-1 : 20), avec ou sans cocaïne, on peut aussi arriver à de bons résultats.

Les injections intraveineuses d'acide cinnamique, sans traitement local simultané, n'ont manifesté contre le lupus qu'une action peu appréciable. L'emploi combiné de ces injections avec le traitement local devrait être recommandé dans les cas où l'existence de foyers internes a été constatée ou peut du moins être soupçonnée avec une certaine vraisemblance.

CHAPITRE IX

Tuberculose du cerveau et des méninges, Tuberculose de l'œil.

Dans la *tuberculose du cerveau et des méninges* l'acide cinnamique ne m'a donné jusqu'ici aucun résultat.

J'ai eu l'occasion d'observer trois fois, dont deux fois à l'autopsie, une tuberculose cérébrale à côté de tuberculoses multiples (observations 99, 135, 164). Les processus d'enkystement, dont j'ai alors constaté l'existence, n'offrent ici, bien entendu, aucune signification particulière, parce qu'on les trouve régulièrement dans les tubercules cérébraux solitaires.

Dans les cas où une tuberculose du cerveau est associée à d'autres localisations je n'ai pas réussi non plus à obtenir de l'acide cinnamique des effets bien manifestes, et cela malgré un traitement prolongé.

A quoi faut-il attribuer ce fait? C'est ce que je n'ai pu jusqu'ici bien élucider. Faut-il l'attribuer à ce que la virulence de la tuberculose cérébrale est plus intense, ainsi que l'admettent plusieurs observateurs, ou bien à ce que, dans les méninges et dans le cerveau, il ne se produirait ni leucocytose locale, ni inflammation? C'est ce que je ne puis décider.

Dans un cas (observation 195), où la moelle épinière avait été presque entièrement sectionnée par la pression des vertèbres, consécutivement à l'existence d'un grand foyer tuberculeux en voie de désagrégation, on a constaté que, malgré l'ablation des parties comprimantes et malgré un traitement prolongé par l'acide cinnamique, aucune amélioration ne s'était manifestée. Ce cas avait dû d'ailleurs être considéré, dès le début, comme un cas désespéré.

Quant aux *affections tuberculeuses des yeux*, je n'ai pas eu l'occasion d'en traiter. J'ai vu cependant, chez des enfants profondément scrofuleux, des blépharites, des conjonctivites, dans certains cas même des kératites, scrofuleuses, prendre, sous l'influence du traitement cinnamique, une marche favorable relativement rapide, et, dans quelques-uns de ces cas, j'ai pu me convaincre dans la suite que la guérison s'était maintenue.

Il m'est naturellement impossible de me prononcer d'une manière positive sur cette question. Les tuberculoses graves de l'œil peuvent-elles céder au traitement par l'acide cinnamique, ou, de même que les tuberculoses du cerveau et de la moelle, sont-elles réfractaires à ce traitement? C'est ce que des observations ultérieures pourront décider.

Le traitement par l'acide cinnamique devra être ici longtemps continué. Etant parfaitement inoffensif, pourvu qu'il soit appliqué avec prudence, on pourra toujours l'essayer, concurremment avec l'emploi du traitement local, spécialement usité dans les cas de ce genre.

CHAPITRE X

Résumé et conclusions.

Condensons dans les propositions suivantes les observations sur le traitement de la tuberculose par l'acide cinnamique :

L'acide cinnamique ou ses dérivés, particulièrement le cinnamate de sodium (hétol), peuvent, chez l'homme à l'état de santé, être considérés comme à peu près entièrement inoffensifs.

Chez l'homme et l'animal tuberculeux, les dérivés de l'acide cinnamique peuvent produire des effets énergiques.

Dans le sang ils provoquent un accroissement considérable du nombre des leucocytes polynucléaires et éosinophiles, paraissant, en général, provenir de la rate. Les lamelles sanguines diminuent.

Leur action sur les produits tuberculeux est une action spéciale.

Tout d'abord il se développe, autour des foyers tuberculeux (nécrosiques), une sorte de retranchement formé de leucocytes. Le traitement étant continué, ce retranchement se transforme en tissu conjonctif. Partant de ce retranchement de tissu conjonctif, des leucocytes immigrent d'abord dans le foyer, dans l'intérieur duquel se développent de jeunes vaisseaux et des cellules fusiformes. Le foyer étant ainsi traversé de part en part, les masses nécrosiques se résorbent, et l'on a finalement une cicatrice à la place du tubercule.

Dans les endroits tuberculeux, où il ne s'est pas produit de nécrose, a lieu aussi une infiltration de leucocytes, avec induration consécutive de tissu conjonctif.

Les vaisseaux des parties malades se dilatent et contiennent particulièrement des leucocytes nombreux.

On n'a jamais constaté que ce traitement ait exercé une action fâcheuse sur les globules rouges, ni sur l'hémoglobine, ni sur les reins.

Dans les affections non tuberculeuses, des processus semblables n'ont pu jusqu'ici être observés.

Les processus de guérison, provoqués par l'acide cinnamique dans la tuberculose, sont entièrement les mêmes que ceux que

l'on observe dans la guérison spontanée des processus tuberculeux. Ils sont seulement plus vifs, plus énergiques et ont une marche beaucoup plus rapide. La calcification, la forme curative la plus insuffisante des foyers tuberculeux, ne semble pas se présenter, ou du moins ne semble se présenter qu'exceptionnellement, dans le traitement par l'acide cinnamique.

On ne peut donner jusqu'ici une explication suffisante, parfaitement fondée, de l'action de l'acide cinnamique.

L'acide cinnamique ne peut pas être appelé un spécifique contre la tuberculose (1), en admettant toutefois que ce mot de spécifique désigne quelque chose de bien précis, au lieu d'éveiller simplement des idées hypothétiques (v. p. 64).

Peut-être l'acide cinnamique est-il en état, dans le sens admis par Behring, de donner naissance, en se combinant avec les toxines des bacilles tuberculeux, à des substances inoffensives ; ou bien, ce qui est plus vraisemblable, peut-il relever la force de résistance de l'organisme contre la tuberculose, de manière à représenter un agent protecteur contre la tuberculose, un alexitère, dans le sens admis par Buchner.

L'acide cinnamique ne semble pas exercer une action immunisante contre la tuberculose. Une immunisation contre la tuberculose doit d'ailleurs, d'après l'observation clinique, être considérée comme un problème, sinon impossible, du moins extrêmement difficile à résoudre.

Les observations expérimentales, microscopiques et cliniques, concordent toutes à faire admettre comme un fait certain, que nous possédons, dans l'acide cinnamique et ses dérivés, des agents capables d'exercer une influence énergique contre la tuberculose.

L'application locale de l'acide cinnamique et de ses dérivés peut faire régresser les localisations de la tuberculose.

L'injection intraveineuse des préparations d'acide cinnamique est inoffensive, pourvu qu'elle soit faite avec des précautions suffisantes.

Elle peut provoquer la guérison d'un nombre considérable de tuberculoses internes.

L'injection intra-veineuse doit être préférée à l'injection glutéale,

(1) Dans ma monographie sur le « traitement par l'acide cinnamique », 1892, on lit, à la page 96 : « L'acide cinnamique n'est nullement, bien entendu, un spécifique contre la tuberculose. » Je ne me suis servi de cette expression dans aucune de mes publications ultérieures. Si donc certains critiques me reprochent d'avoir appelé l'acide cinnamique un spécifique contre la tuberculose et partent de là pour attribuer au traitement par l'acide cinnamique tous les défauts imaginables, j'aime mieux admettre que ces critiques n'ont pas lu mes travaux que de les accuser d'altérer sciemment la vérité.

parce que, faite d'une manière aseptique et en choisissant des substances convenables, elle expose moins au danger d'une infection septique et n'incommode nullement le malade.

Parmi les *tuberculoses pulmonaires*, celles qui ne sont pas accompagnées de fièvre ni d'aucune destruction essentielle guérissent en quelques mois sous l'influence du traitement par l'acide cinnamique.

Les tuberculoses accompagnées de cavernes, mais sans fièvre, peuvent aussi, si les cavernes sont petites, guérir entièrement ; si les cavernes sont très grandes, elles peuvent s'enkyster, l'expectoration devient très peu abondante, les bacilles peuvent disparaître ; l'état général s'améliore, peut finir par avoir l'apparence d'un état parfaitement normal, de sorte que le malade peut être considéré comme relativement guéri.

Un certain nombre de tuberculoses, accompagnées de fièvre et de cavernes, ont abouti à la guérison.

Parmi les cas de « phthisie galopante », de tuberculoses pulmonaires septiques (des jeunes gens), plusieurs ont pu aussi être guéris.

Contre le principal danger de ces tuberculoses, contre la fièvre septique, l'acide cinnamique s'est montré impuissant. La fièvre tuberculeuse cède à l'influence du traitement par l'acide cinnamique.

Les *tuberculoses intestinales* guérissent, pourvu que l'affaiblissement des malades ne soit pas trop avancé. La fièvre semble ici moins assombrir le pronostic que dans les tuberculoses pulmonaires.

La *tuberculose des membranes séreuses* est aussi très favorablement influencée par l'acide cinnamique.

Les *tuberculoses urogénitales* arrivent à guérison, pourvu que le traitement soit institué de très bonne heure. Ici encore c'est l'infection secondaire par d'autres bactéries qui oppose au traitement le principal obstacle.

Sur la *tuberculose du cerveau et des méninges* l'acide cinnamique ne semble avoir aucune influence. Quant à la *tuberculose oculaire*, les observations manquent pour le moment.

L'acide cinnamique et ses dérivés constituent des adjuvants efficaces du traitement conservateur des *tuberculoses chirurgicales*, les injections intraveineuses pouvant déjà par elles-mêmes amener à guérison les foyers internes.

Les foyers fermés, sans liquéfaction et sans infection par des cocci purulents, guérissent, presque sans exception, sous l'influence des injections locales et intraveineuses.

L'acide cinnamique, ayant des propriétés bactéricides à peine appréciables, est sans influence sur les staphylocoques et sur les streptocoques. Dans le traitement des plaies tuberculeuses accompagnées d'infection et des grandes plaies tuberculeuses anfractueuses, telles que celles résultant d'une résection, il faut donc adjoindre à l'acide cinnamique un autre agent à action antiseptique ou un dérivé de l'acide cinnamique, possédant des propriétés antiseptiques, par exemple l'hétocrésol.

La *tuberculose ganglionnaire* est aussi très favorablement influencée par l'acide cinnamique. Les ganglions à l'état de tuméfaction inflammatoire peuvent disparaître sous l'influence des injections intravacineuses, employées seules ou concurremment avec les injections locales. Les ganglions à l'état de fonte ou de calcification devront être incisés, raclés, saupoudrés et tamponnés avec des dérivés de l'acide cinnamique. L'injection intraveineuse peut, dans la plupart des cas, prévenir la formation de récurrences.

La *scrofulose* éprouve aussi de la part du traitement par l'acide cinnamique une influence très favorable.

La *tuberculose cutanée* peut aussi être traitée avantageusement par les injections locales et les applications d'acide cinnamique. La méthode, sous ce rapport, a encore besoin d'être perfectionnée. — Les injections intraveineuses d'acide cinnamique semblent n'exercer qu'une faible influence sur la tuberculose cutanée.

Cette méthode, étant sans danger, pourrait aussi être employée dans un but *prophylactique*.

Voici quelle est mon appréciation sur les meilleurs *moyens de mettre en œuvre le traitement par l'acide cinnamique*.

Le mieux serait d'envoyer les tuberculeux, dès que le diagnostic est établi, dans des sanatoria ou des hôpitaux, organisés en vue de l'application de la cure à l'air libre.

Le traitement à domicile convient aux cas tout à fait légers et aux malades, qui, sortis, guéris ou notablement améliorés, d'un établissement, doivent être chez eux, après un certain temps de repos, soumis, par précaution, à un second traitement.

Les malades atteints de tuberculose pulmonaire tant soit peu avancée ne devraient être traités à domicile que s'ils sont sûrs d'y trouver des conditions extérieures tout particulièrement favorables; dans le cas contraire, il vaudrait mieux les envoyer dans des maisons de santé ou hôpitaux appropriés.

Dans les cas ayant présenté une certaine gravité on devrait, après guérison, en l'absence même de tout signe appréciable, sou-

mettre les malades, dans le but d'éviter les récurrences, à un nouveau traitement par l'acide cinnamique.

Le traitement par l'acide cinnamique, pratiqué conformément aux prescriptions, pouvant être considéré comme inoffensif, devrait ne pas être enfermé dans des limites trop étroites. Il pourrait donc être avantageusement employé, dans un but prophylactique, aux individus issus de parents tuberculeux, aux personnes profondément anémiques, aux scrofuleux, etc.

Le traitement par l'acide cinnamique devra être institué aussitôt que possible, dans le but de prévenir le développement de ces formes graves, considérées jusqu'ici comme presque incurables, telles que la phthisie galopante, les périodes terminales, liées à des destructions étendues, à une fièvre élevée.

Grâce aux découvertes de Koch, il est possible aujourd'hui d'établir de très bonne heure, avec un peu d'attention, le diagnostic de n'importe quel cas de tuberculose.

Le traitement par l'acide cinnamique possède aussi une certaine valeur diagnostique.

Le traitement par l'acide cinnamique paraît susceptible d'une grande extension. Le danger d'infection des tuberculeux par d'autres bactéries (mélange d'infections) deviendra particulièrement moins à craindre, du moment que les effets fâcheux des bacilles tuberculeux sur l'organisme pourront être amoindris.

Les médecins, qui désirent traiter par l'acide cinnamique les cas de tuberculose avancée, devront se livrer à une étude approfondie de la méthode et, mieux encore, en faire un apprentissage pratique.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

LANDERER. Eine neue Behandlungsweise tuberculöser Processe (Münch. med. Wochenschrift, 1888, n^{os} 40 u. 41).

— Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose (id., 1889, n^o 4).

— Die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1890, n^{os} 14 et 15).

— Weitere Mittheilungen über die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Deutsche medicinische Wochenschrift, 1893, n^{os} 9 et 10).

P RICHTER. Ueber neuere Behandlungsmethoden der Tuberculose vom pathologisch-anatomischen Standpunkte (Schmidt's Jahrbücher. Band 239^e, pages 177 et suiv.).

KARL SPIRO. Ueber die entzündungserregenden Eigenschaften der Zimmtsäure. Inaugural Dissertation. Leipzig, 1893.

SCHOTTIN. Ueber die Behandlung der Tuberculose mit Perubalsam (Münch. med. Wochenschrift, 1892, n^{os} 41 et 42).

LANDERER. Anweisung zur Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure. Leipzig, 1893. F. C. W. Vogel.

P RICHTER. Histologische Untersuchungen über die Einwirkung der Zimmtsäure auf tuberculöse Kaninchen (Virchow's Archiv. für pathologische Anatomie, Band 133, 1893).

LE MÈME ET C. SPIRO. Ueber die Wirkung intravenöser Zimmtsäure-injectionen auf das Blut (Archiv für experiment. Pathologie und Pharmakologie, 1894).

LANDERER. Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Therapeut. Monatshefte, 1894, n^o 2).

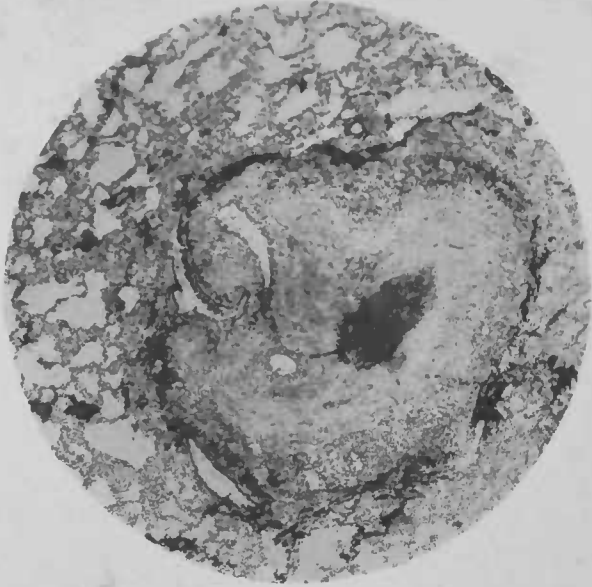
Die histologischen Vorgänge bei der Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Internationale medicinisch-photographische Monatschrift, 1895).

HEUSSER. Die Behandlung der Tuberculose mit Zimmtsäure (Therapeut. Monatshefte, 1897, n^o 9) et Monographie. Davos, 1898, Richter.

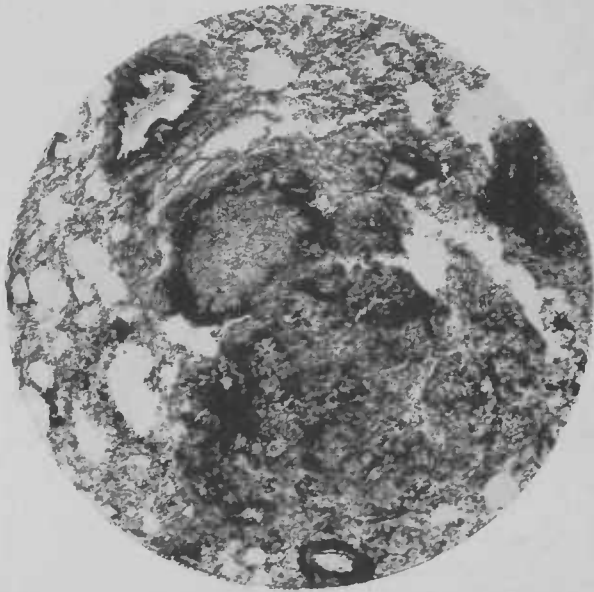
LANDERER et ELWERT. Mittheilungen aus dem Krähenbad, 1897.

Ajoutez à cela quelques dissertations russes, dont la traduction n'est pas encore faite.

PLANCHES



1.



2.

EXPLICATION DES PLANCHES

PLANCHE I

Fig. 1. — Grossissement environ 70. 39 jours après l'infection (de la série de lapins étudiée par P. Richter, voyez p. 24 et suivantes). Tuberculose pulmonaire, 19 jours d'injection (6 fois). Mort. Nécrose accentuée, avec grand foyer caséeux au centre. Le rempart de leucocytes autour du foyer caséeux est nettement marqué, mais cependant pas encore fortement développé (v. fig. 2).

On voit nettement que les leucocytes commencent déjà à pénétrer en assez grande quantité dans le foyer, mais sont cependant encore assez éloignés du centre.

La leucocytose du reste du poumon peut aussi être distinguée, mais dans des limites assez restreintes.

Fig. 2. — A peu près le même grossissement. De la même série. 2 mois et demi de traitement, 98 jours après l'infection. Tué par le chloroforme. — Très forts remparts de leucocytes au foyer du milieu et à celui situé à droite (on ne les voit qu'à moitié, ici le rempart de leucocytes est particulièrement prononcé).

On ne voit plus de grands foyers caséeux au centre du tubercule. De grands foyers, tels que ceux de la fig. 1, ne s'offrent donc plus, en général, dans ces préparations. On doit admettre qu'il s'est fait une réduction des foyers par résorption partielle des masses caséuses. Les foyers sont traversés par des masses de leucocytes. Le reste du poumon est aussi traversé par des leucocytes abondants.

A droite et en bas, jusqu'au milieu, endroit où existe une forte pneumonie interstitielle.

En certains points il semble se former un commencement d'emphysème.

LANDERER. Tuberculose.

PLANCHE II

Fig. 3. — A peu près le même grossissement. De la même série. 3 mois de traitement, environ 110 jours après l'infection. Tué par le chloroforme.

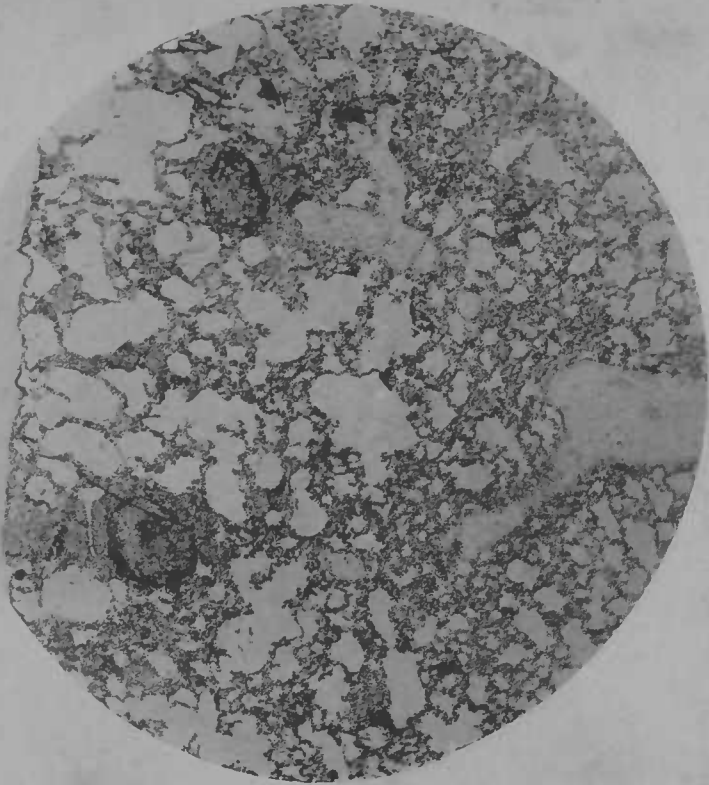
Les foyers nécrotiques sont plus petits, traversés de nombreux leucocytes. Forts remparts. Le reste du poumon est aussi traversé de leucocytes abondants.

Vaisseaux très dilatés. Dans les vaisseaux, très forte leucocytose.
En certains points, emphysème.

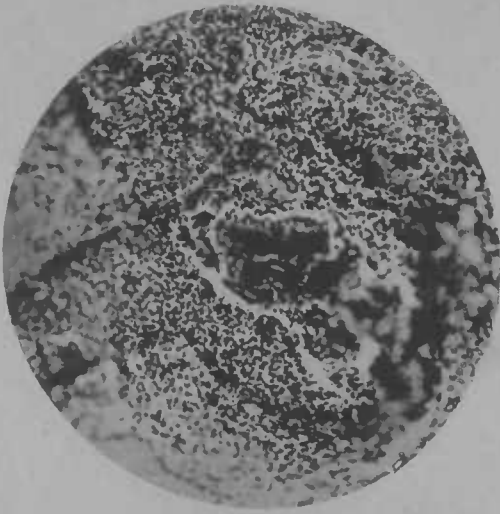
Fig. 4. — Grossissement plus considérable. Injections pendant 4 mois et demi. De la même série. Tué par le chloroforme.

Accumulation considérable de leucocytes. Incision à travers une bronchiole.

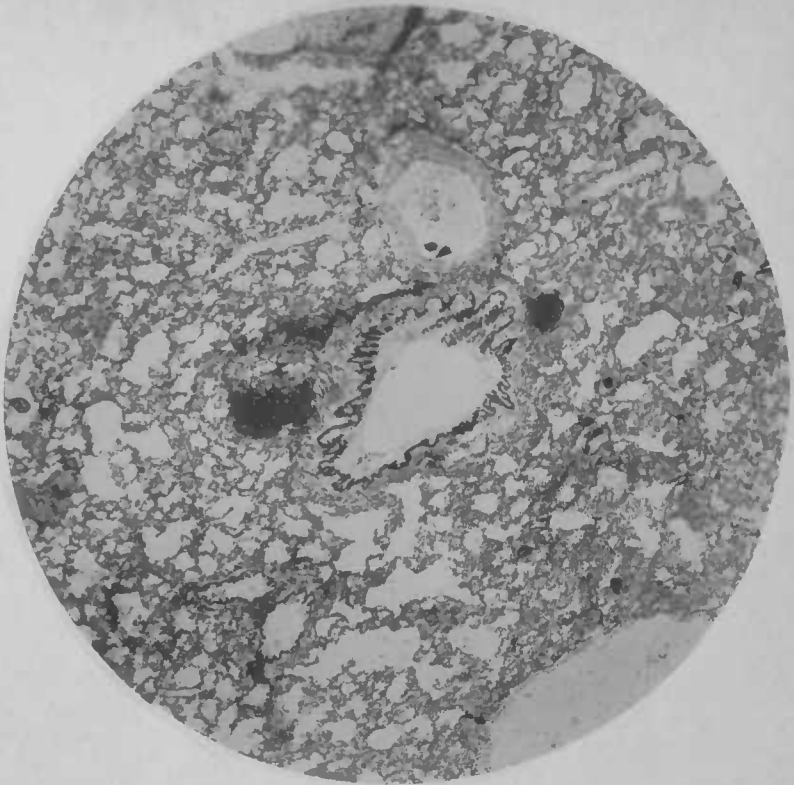
Dans la préparation il n'existe plus que très peu de nécrose.



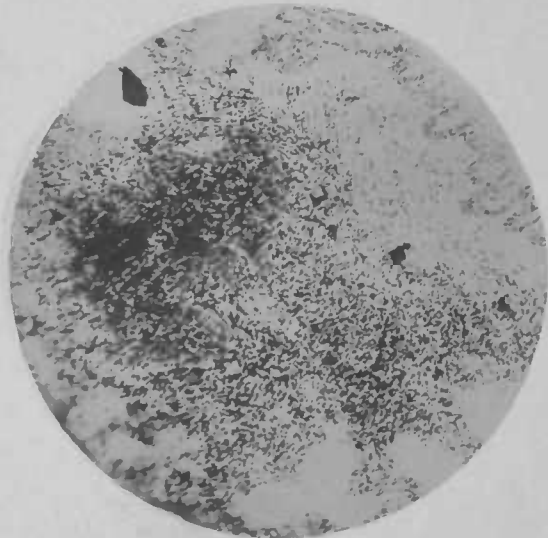
3.



4.



5.



6.

PLANCHE III

Fig. 5. — Grossissement environ 60. De la même série. Traitement pendant 155 jours, 7 mois après l'infection, tué par le chloroforme.

Forté pneumonie interstitielle chronique. Parois alvéolaires en partie très fortement infiltrées de tissu conjonctif et traversées par des leucocytes.

On ne distingue plus nulle part de masses nécrosiques.

A gauche, sur le bord, restes d'un tubercule, entièrement traversé par des leucocytes.

Au milieu, section à travers une bronche. A droite de cette section, follicule lymphatique. A gauche, endroit qui, d'après l'examen à un plus fort grossissement, devrait être considéré comme un tubercule péribronchique en voie de transformation conjonctive, cicatricielle.

Leucocytose intense dans l'intérieur des vaisseaux, aussi bien artériels que veineux.

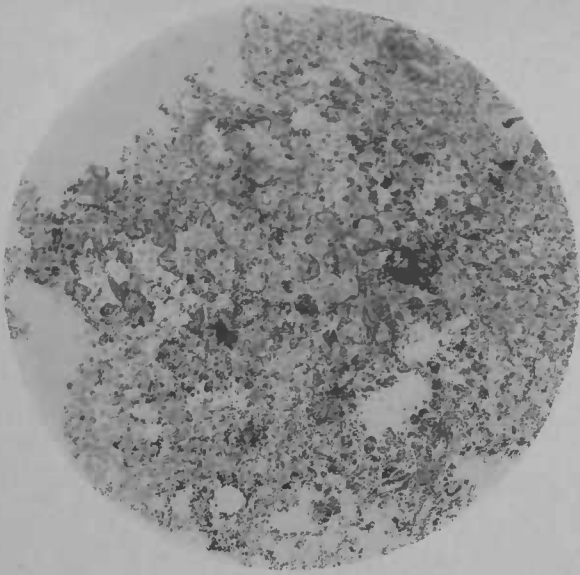
Fig. 6. — Sur la même préparation, le foyer bronchique en voie de transformation cicatricielle. A droite, épithélium bronchique, puis paroi bronchique, puis masses irrégulières de jeune tissu conjonctif.

Au milieu, tissu conjonctif fibreux ; vers le haut et vers le bas, cellules rondes en plus grand nombre.

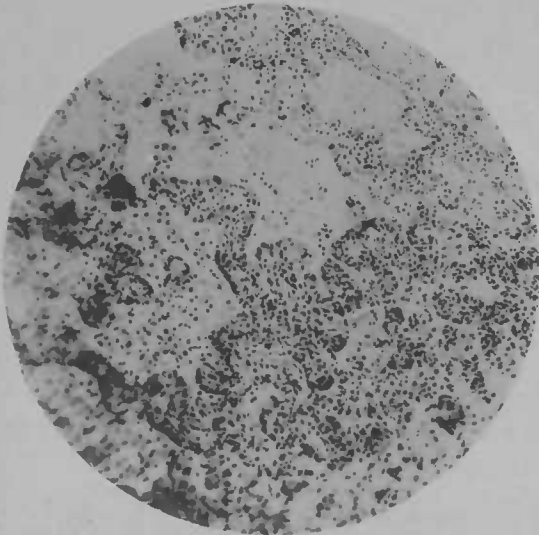
PLANCHE IV

Fig. 7. — Grossissement environ 60. De la même série. 9 mois après l'infection ; depuis 3 mois, plus d'injections. Pneumonie interstitielle chronique. Épaississement des parois alvéolaires, etc. Voyez fig. 8.

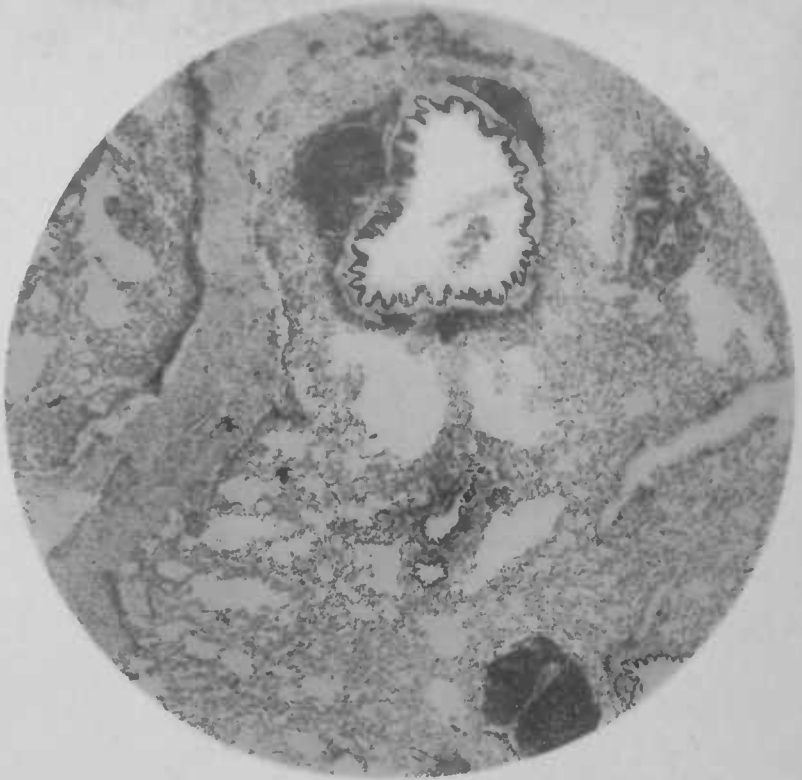
Fig. 8. — La même préparation à un plus fort grossissement. On voit les parois alvéolaires épaissies considérablement par un tissu conjonctif à noyaux.



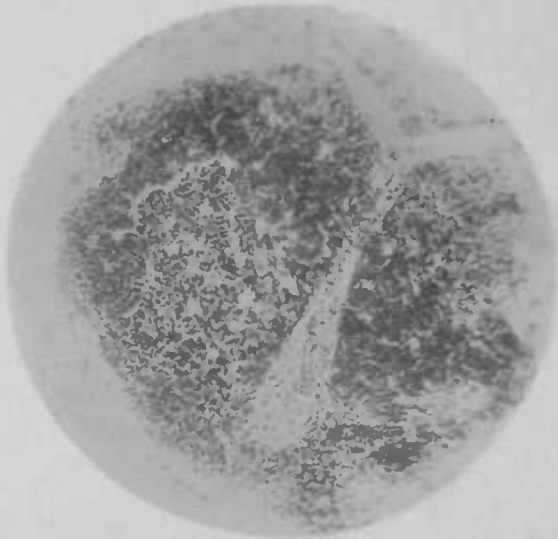
7.



8.



9.



10.

PLANCHE V

Fig. 9. — Faible grossissement ; 9 mois après l'infection ; plus de traitement depuis 2 mois et demi. Tué par le chloroforme.

Tubercule en voie de cicatrisation. A droite, en haut et un peu au-dessous du milieu, c'est plutôt la forme d'une pneumonie interstitielle chronique, dans le voisinage des petites bronches.

A gauche en haut et à droite en bas, près des grosses bronches, disposition un peu différente. Autour de la plus grande bronche, à gauche, en haut, masses conjonctives, n'ayant pas, en général, de limites tranchées et s'unissant, en partie, à des points pneumoniques interstitiels ; elles semblent être les restes de tubercules péribronchiques.

A droite, en bas, dans le voisinage d'une petite bronche, couches épaisses de leucocytes et de tissu conjonctif, provenant peut-être d'un follicule lymphatique. D'une large cloison conjonctive rayonne un tissu conjonctif fibreux, notamment vers la droite.

Fig. 10. — Préparation fournie par le même lapin, ayant présenté les altérations microscopiques indiquées à la page 28.

PLANCHE VI

Fig. 11. — Fort grossissement, environ 1 : 300. De la même série. 10 mois après l'infection. N'est plus traité depuis 3 mois. Restes d'un tubercule. Au milieu d'un fort tissu conjonctif, riche en gros noyaux, existent des masses amorphes, d'une apparence fibrineuse. On se trouve ici probablement en présence d'une période tardive, dans laquelle il ne reste encore que des masses nécrosiques disséminées, tandis qu'un puissant tissu conjonctif, en partie encore jeune, a pris la place du tissu nécrosique.

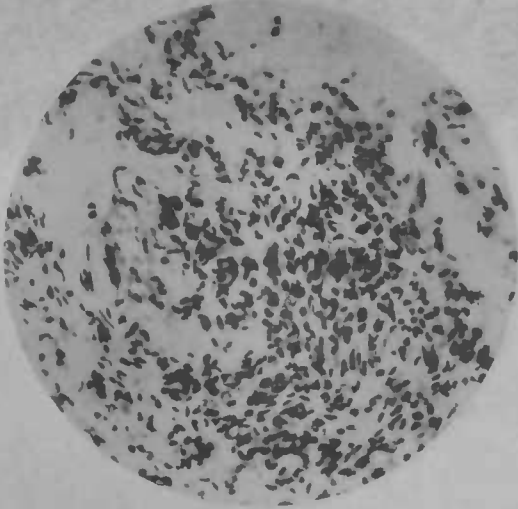
Dans toutes ces préparations on ne trouve nulle part aucune trace de grands foyers nécrosiques.

Fig. 12-15. — Tuberculose pulmonaire chez l'homme ; il s'agit du malade, dont l'observation (3^e autopsie) est mentionnée à la page 35.

Fig. 12. — Grossissement environ 1 : 70. Sommet pulmonaire en voie de cicatrisation.

Cette figure montre une série de petits tubercules, entre lesquels existe un tissu conjonctif très compact (partiellement indistinct dans la micro-photographie). De gauche à droite et de haut en bas, s'étend un fort cordon de tissu conjonctif, un peu au-dessus duquel se voit une cellule géante.

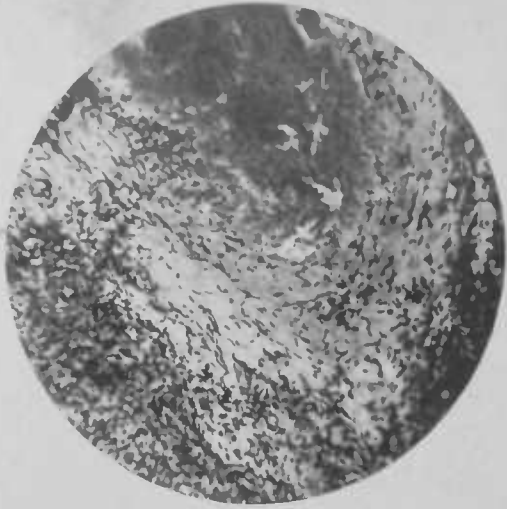
Le tissu conjonctif pénètre entre les foyers, dans lesquels pénètrent aussi des leucocytes, un jeune tissu conjonctif et des vaisseaux.



11.



12.



13.



14.

PLANCHE VII

Fig. 13. — Même préparation. Grossissement plus considérable, environ 1 : 190. Au haut de la préparation, foyer nécrosique ; à droite et à gauche, fortes masses de tissu conjonctif, en partie déjà composées d'anciens éléments fibreux et fusiformes. De ces masses on voit partir et pénétrer dans le foyer un jeune tissu conjonctif, des leucocytes et, semble-t-il, aussi des vaisseaux.

Fig. 14. — Grossissement environ 1 : 10. Paroi de caverne, chez le même malade.

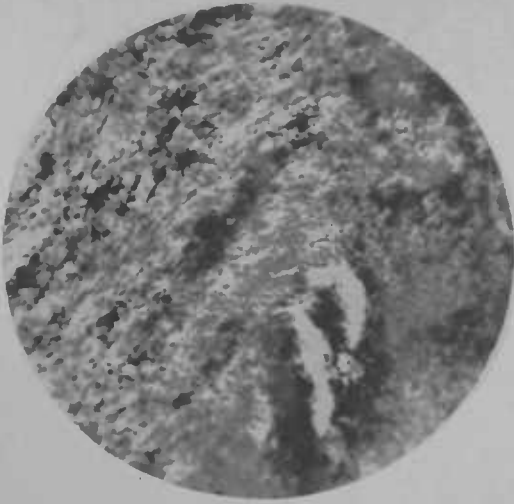
A gauche, la couche de granulations tapissant directement la caverne. Elle passe peu à peu à l'état d'une couche de tissu conjonctif fibreux, compacte, disposée, en certains points, presque concentriquement, et à laquelle s'unit un tissu pulmonaire emphysémateux, presque normal. Dans sa partie supérieure, ce tissu contient un tubercule en voie de pénétration.

PLANCHE VIII

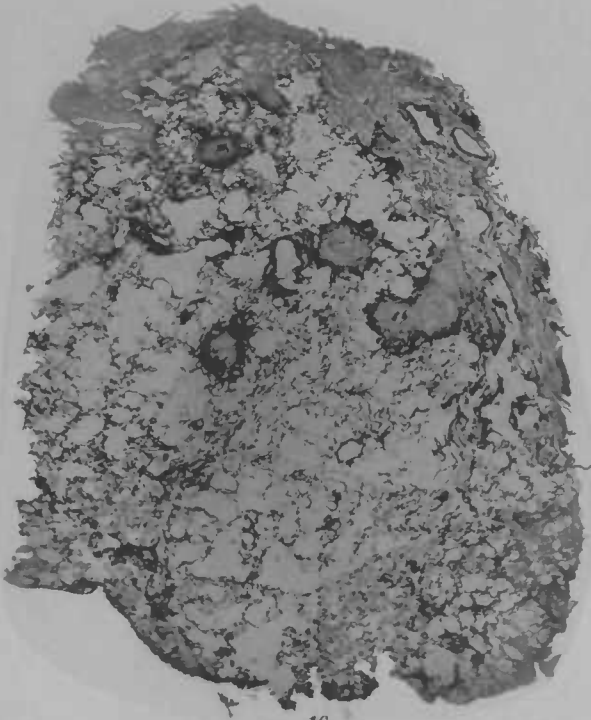
Fig. 15. — Paroi de caverne à un plus plus fort grossissement, environ 1:190. A droite, la granulation ; les 2 autres tiers vers la gauche, occupés par un tissu conjonctif compact, riche en noyaux, en partie fibreux, et disposé en couches presque concentriques. Plus loin, vers la gauche (ce n'est plus visible ici), existait le tissu pulmonaire emphysémateux.

Fig. 16-17. — Tuberculose pulmonaire spontanément guérie (sommet du poumon), observée accidentellement dans une autopsie par Dr Knauss, médecin à Stuttgart, qui a bien voulu mettre cette pièce à ma disposition. — Dans ces sommets pulmonaires se trouvaient de nombreux foyers calcifiés.

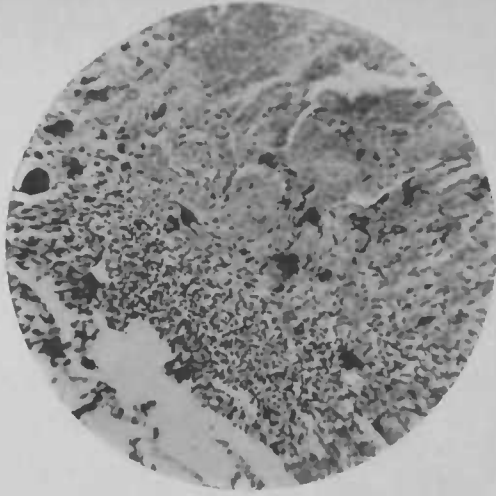
Fig. 16. — Grossissement, environ 1 : 8. Dans un tissu un peu emphysémateux se trouvent des tubercules avec anneau de tissu conjonctif, en partie solide (au milieu et à gauche), en partie incomplet, lacuneux (plus grand tubercule à droite). — Le reste du tissu pulmonaire ne présente presque point d'altérations, telles que infiltration de leucocytes, induration, etc.



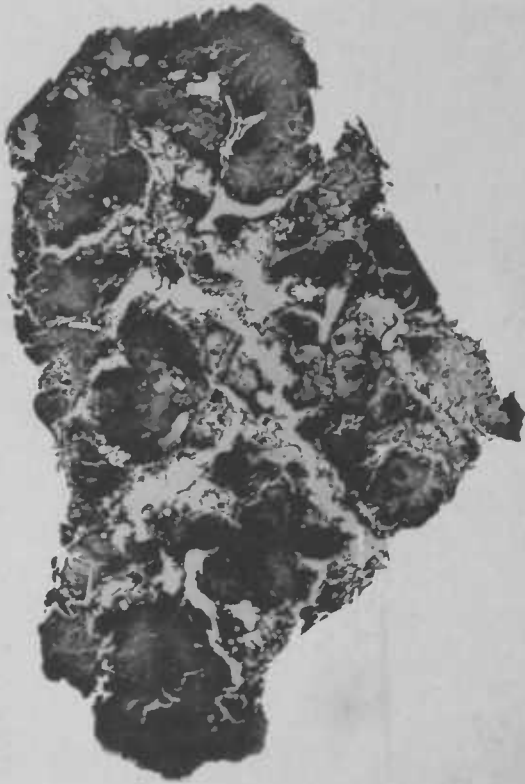
15.



16.



17.



18.

PLANCHE IX

Fig. 17. — La même à un plus fort grossissement, environ 1 : 90.

On voit, à droite et à gauche, en bas, l'anneau conjonctif assez faible. — On a choisi un endroit, où cet anneau, dans la préparation, était le plus fortement marqué. A partir de là, des leucocytes, des cellules fusiformes et de jeunes vaisseaux, pénètrent dans les masses caséuses (en haut), sans s'avancer bien loin. Le poumon contenait d'abondantes particules de suie.

En comparant les fig. 16 et 17 avec les figures 1-13, on voit qu'il s'agit, dans les poumons traités ou non traités, absolument des mêmes processus histogénésiques. Dans les poumons traités, les processus conduisant à la guérison sont notablement plus vifs, plus énergiques.

Fig. 18 et 19. — Elles proviennent d'une autre série de lapins (été de 1897) ; l'infection a été faite le 21 mai, par la cavité péritonéale ; l'animal injecté a été tué le 28 août 1897 ; celui qui n'avait pas été traité est mort le même jour.

Fig. 18. — Elle provient d'un animal non traité. Grossissement environ 1 : 8.

On voit les foyers en masses confluentes, et entre lesquels ne sont encore conservés que quelques débris disséminés de tissu pulmonaire. A peine peut-on observer, même à un plus fort grossissement, des processus de guérison, notamment des anneaux de leucocytes.

PLANCHE X

Fig. 19. — L'animal a reçu 28 injections de cinnamate de sodium (en moyenne 25 mg.). Grossissement à peu près 1 : 8.

Ici on ne voit nulle part de nécrose marquée. Les foyers tuberculeux, qui avaient été nombreux, sont très petits et traversés, tous sans exception, par des leucocytes et un jeune tissu conjonctif. Dans les intervalles, abondant tissu pulmonaire, susceptible de fonctionnement.

Fig. 20-24. — Tuberculose péritonéale. Fournies par une série de lapins, qui ont été infectés le 21 mai 1897 et tués le 28 août 1897.

Fig. 20. — Tuberculose de l'épiploon, 28 injections.

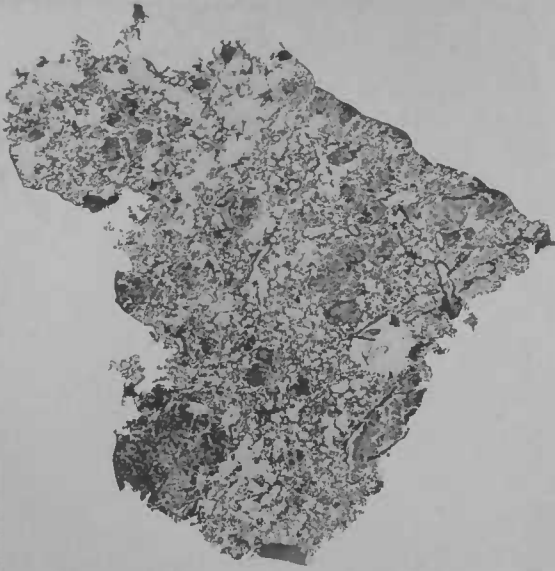
Grossissement, environ 1 : 75.

Nodosités tuberculeuses plus ou moins grandes, provenant peut-être de follicules lymphatiques.

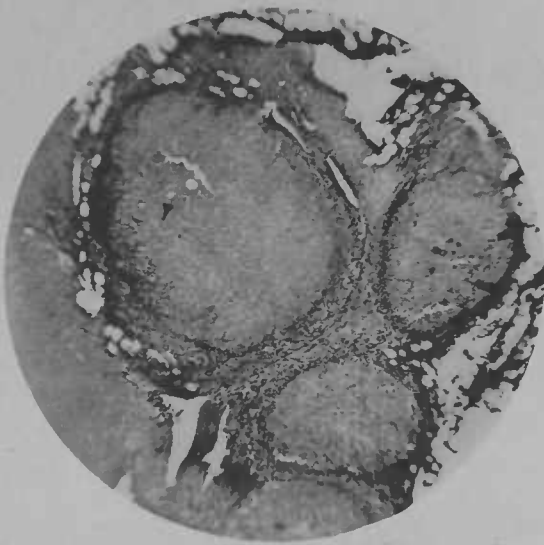
Dans la plus grande nodosité, encore caséification manifeste.

A partir du bord, pénétration manifeste de leucocytes, de jeune tissu conjonctif et de jeunes vaisseaux, ayant déjà presque entièrement traversé les plus petites nodosités.

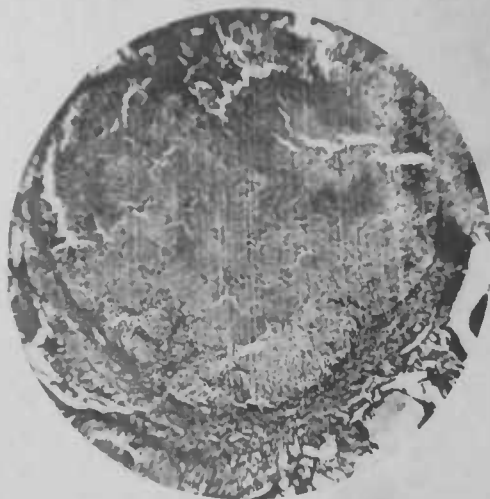
Le tissu entre les nodosités est aussi, en partie, traversé abondamment par des leucocytes et de jeunes éléments conjonctifs.



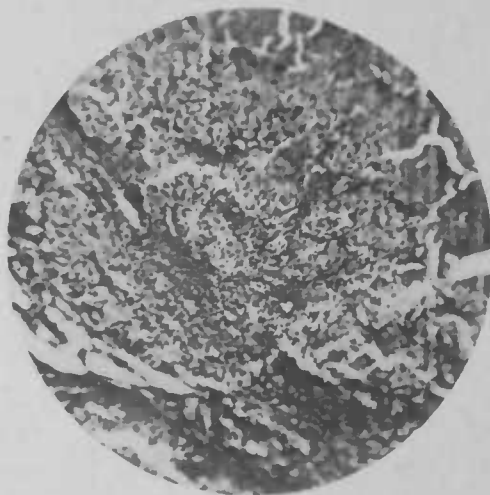
19.



20.



21.



22.

PLANCHE XI

Fig. 21. — De la même série, 28 injections. Nodosités de l'épiploon. Grossissement, un peu plus de 1 : 70.

On voit, partant du rempart périphérique de tissu conjonctif et de leucocytes, notamment à gauche et à droite, en bas, de jeunes vaisseaux, avec cellules fusiformes et cellules rondes, pénétrer vers l'intérieur du foyer. Le centre nécrotique est encore presque libre de leucocytes.

Fig. 22. — La même à un plus fort grossissement, pas tout à fait 1 : 180. Partant du rempart de tissu conjonctif et de leucocytes, situé à gauche et en bas, un vaisseau à ramifications multiples (notamment plus net dans la préparation microscopique que dans la microphotographie), avec jeunes cellules fusiformes et leucocytes, pénètre dans les masses nécrotiques.

PLANCHE XII

Fig. 23. — De la même série de lapins. 20 injections. Nodosité épiploïque. Grossissement, environ 1 : 71.

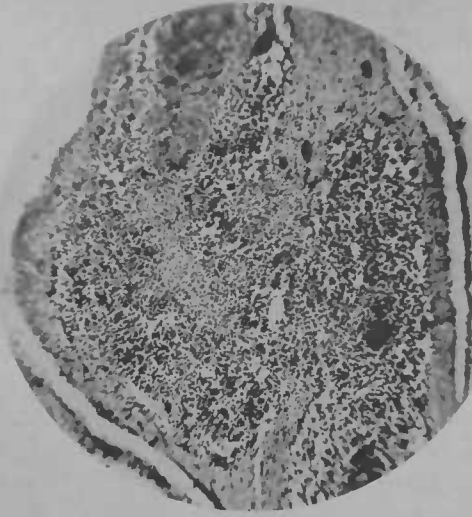
Cette nodosité est presque en totalité traversée par des leucocytes et par du tissu conjonctif.

Fig. 24. — De la même série. Animal non traité. De l'épiploon. Grossissement, 1 : 72.

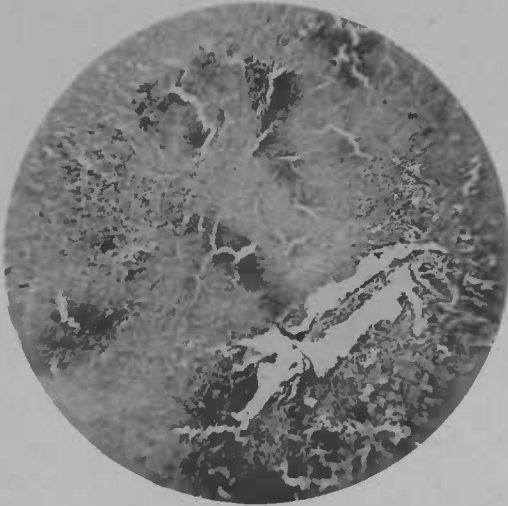
Au centre, caséification. Sur le bord, infiltration de leucocytes, s'avancant aussi en partie vers l'intérieur du foyer. Il n'existe pas d'anneau bien développé, enveloppant les masses caséuses. La capsule néoplasique est, relativement à celle des fig. 20-22, beaucoup moins marquée et manque en certains endroits presque complètement (à gauche et en bas).

Remarquez en tout cas que, même dans les tubercules non traités, on observe beaucoup plus d'infiltration de leucocytes, etc., et, en général, plus de processus curatifs, que, par exemple, dans les poumons (v. fig. 18) de la même série, la durée de la maladie ayant été à peu près la même.

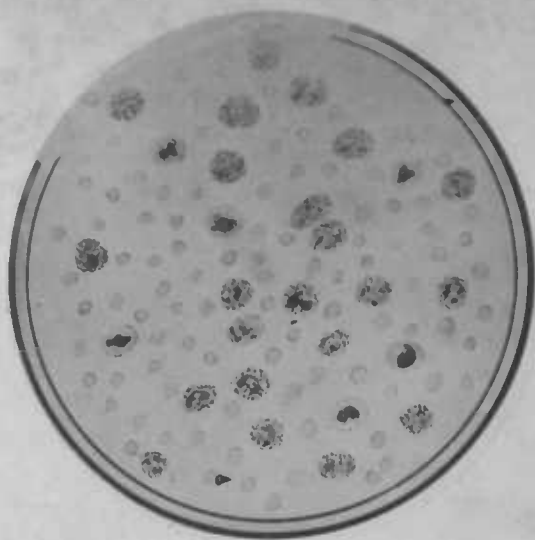
Ces faits viennent à l'appui des observations cliniques, qui prouvent que la tuberculose des membranes séreuses a une plus grande tendance à la guérison spontanée.



23.



24.



25.



26.

PLANCHE XIII

Fig. 25. — Photographie d'après un dessin à la main. Sang, 8 heures après une injection intraveineuse d'une émulsion d'acide cinnamique. Accroissement considérable des cellules éosinophiles et polynucléaires. On n'a dessiné qu'un petit nombre de globules rouges. Le rapport des globules blancs aux globules rouges semble donc naturellement très exagéré.

Fig. 26. — Photographie d'après un dessin à la main. De l'année 1893 ; malade atteint de tuberculose pulmonaire grave, traité, en 1890-1891, pendant environ 6 mois ; presque 2 ans sans traitement. Voy. p. 34 (1^{re} observation).

Le sommet du poumon est contracté en un lobule de tissu conjonctif entièrement vide d'air, étroit, ayant à peine la grosseur du petit doigt. Figure du milieu, lobe supérieur gauche, vu par devant ; la figure en haut montre le sommet du poumon, vu de côté.

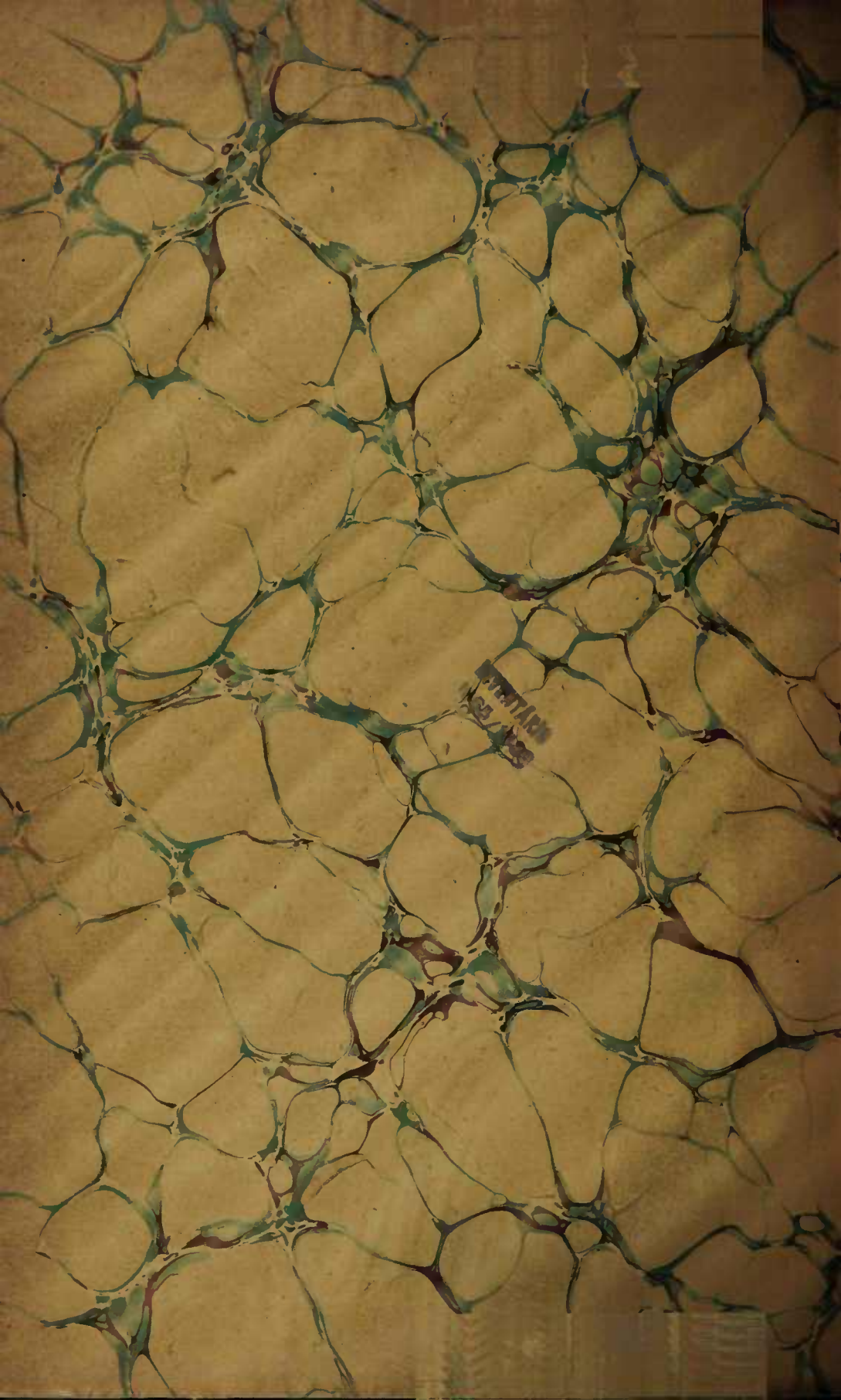
A travers le lobe supérieur gauche on a fait deux incisions verticales. On voit une caverne ayant environ le volume d'une pomme. Elle est encapsulée par une membrane conjonctive épaisse de 1 à 2 mm. Cette membrane, qui, dans la figure, ressort un peu trop distinctement, se laisse détacher facilement, avec la sonde et le manche du scalpel, du reste du tissu pulmonaire, auquel elle adhère par des fibres plus ou moins fortes (tissu pulmonaire normal). L'intérieur de la caverne, tapissée par une membrane lisse, semblable à une muqueuse, est entièrement vide.

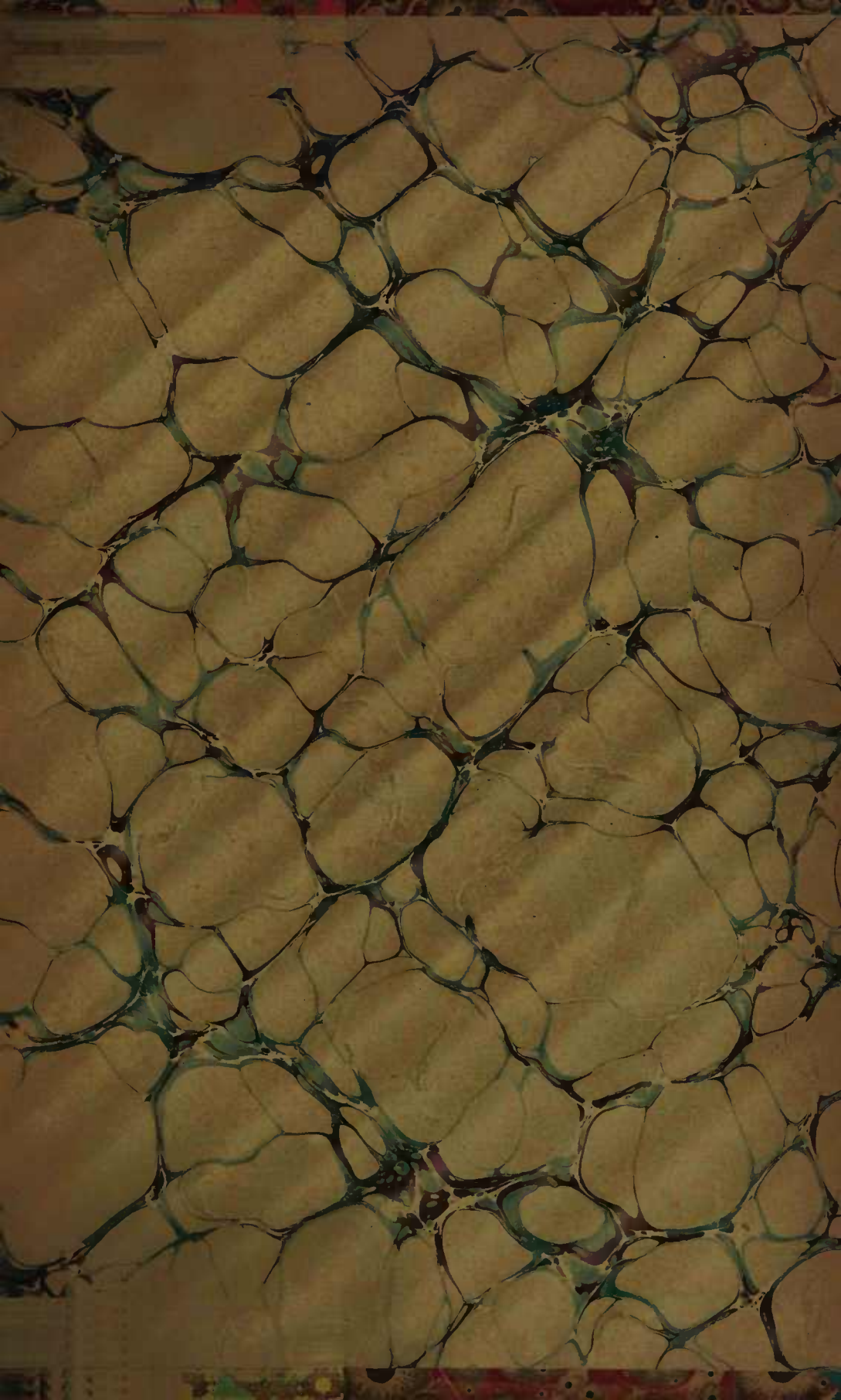
Dans toute l'étendue du poumon, surtout vers le sommet, tissu conjonctif compacte, partiellement disposé en bandes. La plèvre, surtout dans les parties supérieures, est le siège d'un épaissement calleux.

Quelques anciennes concrétions calcaires ; nulle part de nodosités tuberculeuses.

Le lobe supérieur droit présentait une caverne plus petite, ayant d'ailleurs les mêmes dispositions et les mêmes rapports. Le ratatinement, au sommet, était moins prononcé. Les parties inférieures des poumons étaient normales, sauf les anciennes indurations pleurétiques, à droite.

1930/1931







ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).