

au-dessus des épitrochlées, dans les régions mastoïdiennes et occipitales, les ganglions ne présentent aucune hypermégalie saisissable.

De cet examen découle une première conclusion, qui ne présente d'ailleurs aucune difficulté : notre malade est affecté de tumeurs ganglionnaires multiples, et la diffusion de ces produits dont ne peut rendre compte aucune irritation locale, dénote une lésion susceptible par elle-même de généralisation, c'est-à-dire un processus malin, dans le sens que les histologistes contemporains donnent à cette qualification.

Dans cette situation, messieurs, nous avons à faire un double diagnostic, et l'obligation est la même, ne l'oubliez pas, dans tous les cas de ce genre : diagnostic topographique ou question de siège, diagnostic nosologique ou question de nature, voilà le double problème que nous avons à résoudre. Le premier est sans contredit le plus important, du moins au point de vue pratique. Considérez en effet l'état actuel du malade, et qu'il présente encore tous les attributs apparents de la santé, vous êtes bien certains que la nature de ses tumeurs, quelle qu'elle soit, ne peut créer pour lui aucun danger prochain. Il en est bien autrement de la question de siège, car suivant la réponse que vous ferez à cette question, vous pouvez être amenés à modifier complètement le pronostic, et à reconnaître l'imminence d'accidents redoutables. Il convient donc de s'enquérir avant tout de la topographie réelle de ces productions morbides, et de rechercher si les ganglions profonds qui échappent à l'examen sont intéressés comme les organes similaires superficiels.

A défaut des renseignements fournis par la palpation directe, de puissantes présomptions tendent à établir l'existence de tumeurs internes. Le fait seul que le système glandulaire périphérique est atteint dans la plus grande partie de son étendue, rend déjà fort probable la participation des glandes profondes. D'ailleurs, si vous examinez les membres inférieurs du malade, vous verrez que les troncs et les rameaux principaux des deux veines saphènes présentent une turgescence anormale qui ne peut avoir d'autre cause qu'une certaine gêne au cours du sang dans les voies plus profondes; or, comme les ganglions cruraux proprement dits sont les moins développés de tous, il n'est pas possible d'attribuer cette gêne à la compression des veines crurales elles-mêmes, et nous sommes ainsi conduits à admettre que l'obstacle porte sur les veines iliaques externes, et par suite que les ganglions iléo-pelviens qui sont échelonnés le long des bords internes des fosses iliaques sont, eux aussi, augmentés de volume, et cela, des deux côtés, bien que l'examen direct révèle à gauche seulement une tumeur inguino-iliaque. Du reste, il ne s'agit que d'un obstacle partiel, d'une compression très-légère, car le réseau veineux complémentaire n'est point à son maximum de développement, tant s'en faut, et cependant il n'y a pas trace d'œdème dans les membres.

Le ventre du malade est notablement développé, et pourtant il n'y a pas d'ascite; c'est un point sur lequel la percussion et la palpation ne laissent pas le moindre doute. Il est vrai que la rate est augmentée de volume puisqu'elle mesure 12 à 13 centimètres dans ses dimensions verticales, il est vrai aussi que le foie, très-

légèrement abaissé, débordé de deux travers de doigt environ le rebord costal, dans la ligne mamelonnaire, mais ces phénomènes, qu'il importe de ne pas méconnaître, ne sauraient rendre compte du développement général du ventre, dont le maximum répond à la région péri-ombilicale et hypogastrique. Je suis amené ainsi à admettre que les ganglions rétro-péritonéaux et mésentériques sont tuméfiés, eux aussi, mais comme il n'y a ni ascite ni œdème des membres inférieurs, je pense que ces ganglions sont restés jusqu'ici isolés, et qu'ils ne forment pas une masse conglobée comparable à celle de l'aisselle; dans ce cas en effet il ne serait guère possible que les veines mésentériques et la veine cave échappassent toutes deux à la compression, et vous auriez, soit un épanchement péritonéal, soit une infiltration des membres. Toutefois si le cours du sang dans le système porte n'est pas entravé au point de produire l'ascite, il n'est pas cependant complètement libre : dans la région hypogastrique, de chaque côté de la ligne médiane, sur deux lignes qui répondent à peu près aux bords externes des muscles droits, vous pouvez voir deux troncs veineux dont le volume insolite égale au moins celui d'une grosse plume d'oie ; dans ces vaisseaux, le sang circule de haut en bas ainsi qu'on peut s'en convaincre par des pressions méthodiques, et par l'examen du mode de réplétion de la veine, lorsqu'on en cesse la compression. Présentant ces caractères, ces veines appartiennent à n'en pas douter au réseau compensateur qui apparaît sur la paroi abdominale dans les cas d'obstacle au cours du sang porte ; leur existence révèle donc une certaine entrave dans ce territoire vasculaire, en même temps que le développement très-

faible des veines compensatrices démontre que la perméabilité des voies normales est fort peu compromise. — Ordinairement il n'est pas besoin de ces signes indirects pour déterminer l'état des ganglions mésentériques ; au moyen d'une palpation profonde que l'on pratique pendant que le malade a les cuisses fortement fléchies, et qu'il respire largement en gardant la bouche ouverte, on peut arriver sur les glandes suspectes, et en constater directement la tuméfaction. Ici cette ressource vous fait totalement défaut, la résistance de la paroi du ventre est telle qu'il n'est pas possible de la déprimer assez fortement pour arriver sur les parties profondes ; force est donc de nous contenter des présomptions et des preuves indirectes fournies par les signes d'une légère compression intra-abdominale.

De toutes les questions afférentes au diagnostic topographique, la plus importante dans tous les cas de ce genre est celle qui concerne les ganglions intra-thoraciques, en raison de l'asphyxie plus ou moins rapide que détermine leur tuméfaction. Or, chez notre homme, les chapelets cervicaux descendent aussi bas qu'on peut les suivre, et ce serait faire une supposition toute gratuite que d'admettre qu'ils s'arrêtent précisément en ce point ; du reste, même à titre d'hypothèse, l'assertion n'est pas possible ici, car lorsqu'on fait tousser le malade, on voit émerger derrière les clavicules et les sterno-mastoïdiens des tumeurs qui, au repos, échappent à la vue et à la palpation. Il est prouvé par là même que la chaîne ganglionnaire va plus loin que l'examen direct ne l'indique tout d'abord, et conséquemment toutes les présomptions sont en faveur d'une prolongation intra-thoracique. C'est main-

tenant à l'exploration de la poitrine et à la considération des troubles fonctionnels qu'il faut demander la confirmation de ce jugement.

En avant, la percussion donne des résultats normaux du côté gauche, mais à droite, à partir de la clavicule jusqu'au mamelon, on constate le long du bord sternal une matité presque complète avec perte de l'élasticité sous le doigt; cette matité nous l'avons vue, pour ainsi dire, progresser sous nos yeux; il y a une quinzaine de jours elle ne s'étendait en dehors du sternum qu'à une distance de 4 à 5 centimètres; puis elle est arrivée graduellement à la dimension que vous lui trouvez aujourd'hui, elle se prolonge en diminuant d'intensité jusqu'à la limite même de la paroi thoracique antérieure. Cette matité ne peut être attribuée à la condensation et à l'imperméabilité du poumon lui-même; car dans ce cas les vibrations vocales seraient fort accrues, et elles sont plutôt diminuées, et dans ce cas aussi il y aurait dans toute la zone mate du souffle bronchique et de la bronchophonie qui font entièrement défaut; tout ce que l'auscultation révèle sur ce point, c'est une diminution marquée du bruit respiratoire. En présence de ces phénomènes, je n'hésite pas à rapporter la matité à la présence de ganglions qui occupent le pourtour de la bronche supérieure droite, et qui diminuent le volume de la colonne d'air, sans cependant donner lieu à un rétrécissement notable du conduit.

En arrière et à droite, la sonorité thoracique est grandement diminuée au niveau de la moitié inférieure de la région; mais cette matité qui est accompagnée d'une diminution des vibrations vocales et du bruit respira-

toire est imputable aux reliquats d'une pleurésie intense dont le malade a été affecté au mois d'août dernier, et par laquelle mon savant collègue et ami Desnos a pratiqué une thoracentèse, qui a donné issue à quatre litres d'un liquide limpide et citrin. Dans toute la région postérieure gauche, la percussion fait constater une légère diminution de la sonorité, et l'auscultation démontre à la base, dans une hauteur de deux ou trois travers de doigt au plus, l'existence de râles sous crépitants de grosseur moyenne, de timbre sec, qui persistent sans changement depuis l'entrée du malade à l'hôpital. Ces divers signes physiques ne peuvent être attribués à aucune altération connue du tissu pulmonaire lui-même, et je les rattache plus volontiers à la tuméfaction de quelques-uns des ganglions disséminés dans l'épaisseur du poumon; les rhonchus si persistants, entre autres, sont l'effet d'une légère stase avec transsudation œdémateuse dans les alvéoles, par suite de la compression des veines bronchopulmonaires.

En résumé, avec la lésion hypertrophique des glandes périphériques, marche de pair celle des ganglions profonds iléo-pelviens, mésentériques et intra-thoraciques; les ganglions péri-bronchiques droits sont certainement atteints, les ganglions intra-pulmonaires gauches le sont très-probablement. Ajoutez à cela une tumeur de la rate, une tuméfaction légère du foie, et vous aurez l'ensemble du diagnostic topographique.

Le diagnostic nosologique doit compter avec une série d'éventualités que je vais passer en revue, bien qu'elles n'aient pas toutes, il s'en faut, les mêmes probabilités. Dans tous les cas analogues, la première question à juger est celle

de la scrofule ; la diathèse scrofuleuse peut donner lieu à des tumeurs lymphatiques ainsi généralisées ; c'est même de toutes les diathèses celle qui produit le plus souvent des déterminations de ce genre. La réponse à cette question doit être demandée et aux caractères propres des tumeurs, et aux conditions individuelles du malade. Les tumeurs sont mobiles, et sans adhérences superficielles ou profondes ; elles sont indolores, presque partout elles sont demeurées isolées, et les tissus qui les séparent ont leur souplesse normale ; là où quelques glandes se sont conglomérées, elles se sont unies par une espèce de fusion véritable ; il n'est pas possible de saisir, ni autour de ces masses, ni autour des tumeurs isolées, le moindre vestige de périadénite ; les téguments qui recouvrent les grosseurs sont tout à fait intacts ; il n'y a jamais eu ni ulcération, ni tendance à l'ulcération, même au niveau des produits les plus anciens. Par l'ensemble de ces caractères, nos tumeurs s'écartent entièrement des adénites strumcuses, à ce point que ces phénomènes locaux permettent déjà de conclure. Du reste, la considération du malade n'est pas moins démonstrative ; de constitution moyenne, il n'a été sujet, dans son enfance, ni aux éruptions impétigineuses, ni aux ophthalmies, ni aux coryzas rebelles ; il n'a jamais eu d'engorgement glandulaire, jamais aucune affection du système ostéo-articulaire, et à moins de lui inventer une scrofule de toutes pièces, il faut bien reconnaître que sa maladie actuelle ne peut être rattachée à la diathèse scrofuleuse.

L'hypothèse d'une origine tuberculeuse est moins soutenable encore ; il faudrait admettre chez un homme de

trente-huit ans une tuberculose ganglionnaire sans lésion des poumons ; certainement la chose est possible, puisque j'en ai vu moi-même un exemple qui est consigné dans ma clinique de la Charité, mais enfin c'est un fait extrêmement rare ; et lorsqu'il est réalisé on voit apparaître, dès que l'altération glandulaire est générale, un état de cachexie profonde, et des symptômes intestinaux (diarrhée, douleurs) qui manquent complètement ici ; souvent aussi l'on observe une péritonite subaiguë ou chronique, l'une des formes enfin de la péritonite tuberculeuse, dont il n'y a pas trace chez notre malade ; vous pouvez comprimer son ventre, aussi fortement que vous le permet la résistance de la paroi, sans provoquer aucune douleur, et les fonctions gastro-intestinales sont jusqu'ici en parfait état. Je ne puis du reste vous laisser ignorer que si l'absence de péritonite est un signe exclusif de la tuberculose, la présence de cette phlegmasie ne pourrait suffire pour démontrer cette diathèse ; l'homme de cinquante-six ans, dont Bohn de Königsberg a rapporté l'histoire, avait des tumeurs lymphatiques semblables à celles de notre malade ; il a été tué par une péritonite subaiguë quasi-indolente, et cette inflammation était due à la formation de produits analogues à ceux qui occupaient les ganglions, il n'y avait nulle part de tubercules.

Malgré la variabilité, l'étrangeté fréquente de ses allures, la syphilis ne produit jamais de tumeurs adéniques ainsi diffuses sans autre manifestation de l'infection, et d'ailleurs les renseignements donnés ne permettent pas de s'arrêter à cette idée.

Quant au cancer, je ne le nomme que pour mémoire ;

aucune forme à moi connue ne présente une semblable topographie.

Les lésions glandulaires dont notre homme est affecté sont donc indépendantes de toute diathèse commune; elles sont à la fois spontanées et diffuses, et par suite elles ne peuvent être rapportées qu'à l'hyperplasie des ganglions; c'est-à-dire que ces tumeurs sont formées par le développement excessif, en nombre et en volume, des éléments qui entrent dans la composition normale de ces organes.

Il convient dès lors de rechercher la signification clinique de cet état, et d'en déterminer les rapports avec certaines altérations du sang, notamment avec la leucocythémie. Ce sera l'objet de notre prochaine conférence.

DEUXIÈME LEÇON

DIATHÈSE LYMPHOGENE.

(SUITE.)

Des altérations du sang qui coïncident avec l'hyperplasie ganglionnaire diffuse. — Inconstance de la leucocythémie.

Remarques sur l'histoire et les dénominations de la pseudoleucémie.

— Examen comparatif de la leucémie et de la pseudoleucémie. —

Début. — Symptômes. — Leur raison d'être. — État de la nutrition.

— Fièvre intermittente ou rémittente. — Marche et terminaisons.

De l'hyperplasie et de la néoplasie lymphatiques dans les deux formes morbides. — Unité de la maladie. — Diathèse lymphogène.

Des conditions auxquelles on peut imputer l'absence de la leucémie. —

Données nouvelles sur le rôle physiologique et pathogénique de la moelle des os.

MESSIEURS,

L'hyperplasie spontanée et diffuse des ganglions lymphatiques coïncide toujours avec une altération du sang, mais cette altération n'est pas la même dans tous les cas. Le plus souvent elle est double : elle est alors constituée par une diminution des globules rouges, et par une augmentation considérable et persistante des globules blancs ou leucocytes; cette augmentation est telle qu'elle ne peut être confondue avec les maxima de l'état physiologique; tandis que la proportion 1 à 335 exprime le rapport normal des cellules incolores aux globules