

lisse arrondie, brillante et transparente, qui peut s'affaisser et reparaitre alternativement.

Ce gonflement des joues peut être unique ou se montrer de chaque côté de la face; de là, il s'étend à la peau du thorax et des membres, qui cède sous la pression des doigts en laissant percevoir une crépitation fort caractéristique, la crépitation de l'emphysème sous-cutané.

Dans un cas qui m'a été communiqué par le docteur Hipp. Bourdon, il s'était formé un *abcès thoracique emphysémateux*. Était-ce un emphysème du poumon communiquant avec l'extérieur ou un simple abcès froid ayant donné lieu à une fermentation gazeuse? Il est difficile de le dire. J'inclinerai pour cette dernière opinion, qui montre combien le diagnostic est souvent difficile.

Voici le résumé de cette observation :

OBSERVATION IV. — *Abcès emphysémateux du thorax*. — Une petite fille âgée d'un mois entre, le 28 mars 1854, à l'hôpital Saint-Antoine, salle Sainte-Marie, n° 13 bis.

Elle est nourrie par sa mère et a été très-bien portante jusqu'à il y a quatre jours. La mère aperçut alors de la rougeur et du gonflement sur le côté droit et antérieur de la poitrine de son enfant. La tuméfaction et la coloration anormale ayant fait des progrès, cette femme se décida à entrer à l'hôpital.

Nous trouvâmes la petite malade dans l'état suivant : Une tumeur assez saillante occupe tout le côté droit de la face antérieure du thorax, depuis l'épaule jusqu'au rebord des fausses côtes; en bas, elle s'étend même sur la partie latérale droite de la poitrine. La peau qui la recouvre, et qui paraît très-mince, est d'une couleur rouge foncé, violacée dans plusieurs points; elle est molle et élastique comme une tumeur gazeuse et donne à la percussion un son très-clair, tout à fait tympanique; on n'y trouve pas de fluctuation, et dans aucune partie de son étendue, pas plus que dans son voisinage, on ne rencontre de crépitation emphysémateuse; aucun bruit particulier, vésiculaire et autre, n'y est perçu. Les bords sont irréguliers et durs, tandis que les parties moyennes sont molles au point de se laisser déprimer et de permettre au doigt de sentir les saillies des côtes.

Cette tumeur paraît être douloureuse, à en juger par les cris que détermine l'examen.

Le pouls est fréquent, la chaleur un peu élevée. Les fonctions digestives sont à l'état normal; l'enfant tette bien et ne semble pas oppressée.

Je prescris des frictions mercurielles et des cataplasmes; je remets au lendemain l'ouverture de la tumeur, afin d'avoir un trocart très-fin avec lequel je puisse faire préalablement une ponction exploratrice.

Le lendemain 30, nous apprenons que la tumeur s'est ouverte spontanément, vers la partie moyenne, et qu'il est sorti une certaine quantité de pus jaune clair et séreux. Nous trouvons en effet la tumeur complètement affaissée et une ouverture de la peau de la grandeur d'une pièce de 50 centimes. En pressant, on fait sourdre quelques gouttes de liquide analogue à celui qui s'est écoulé et non mélangé de gaz; dans les mouvements respiratoires même violents, il ne sort pas d'air par la plaie, il ne s'y passe aucun mouvement particulier, aucun bruit.

L'état général continue à être très-bon. (Même traitement.)

Le 31 mars et le 1<sup>er</sup> avril, il sort toujours un peu de pus séreux par l'ouverture

Pour faciliter le recollement de la peau, on établit une compression méthodique autour de la plaie.

Le 2, la mère de l'enfant est obligée de sortir de l'hôpital; six ou huit jours après, elle vient nous montrer sa petite malade et nous constatons une amélioration très-remarquable. Une grande partie de la peau est déjà recollée aux parties sous-jacentes, en formant quelques rides. Cependant, au-dessus et au-dessous de l'ouverture, le pus semble s'accumuler dans deux clapiers. Une incision est pratiquée au niveau de chacun de ces foyers, et nous croyons que, à moins de complications, la guérison complète n'a pas dû se faire attendre.

Chez d'autres malades, l'air qui s'est infiltré à la racine des bronches ne remonte pas au cou et du médiastin postérieur décolle la plèvre pariétale dans une plus ou moins grande étendue, comprime le poumon et donne lieu aux signes physiques du pneumothorax, sans perforation de la plèvre. C'est ce qu'a observé M. Natalis Guillot sur trois enfants.

Quand l'emphysème s'est généralisé et s'est étendu au tronc aux membres et à la tête, le corps est comme soufflé, tendu et crépitant sur toute sa surface.

**Pronostic.** — La mort est la conséquence la plus ordinaire de l'emphysème pulmonaire suivi d'emphysème cutané. Il est impossible de prévoir ce qui doit arriver dans des cas pareils, puisque le point de départ des accidents reste caché dans la poitrine. Néanmoins, les faits sont là, quelques enfants ont guéri, j'en ai vu guérir, et il faut tout essayer pour favoriser une si heureuse terminaison.

**Traitement.** — On devra d'abord s'occuper de la maladie qui a occasionné la rupture et l'emphysème pulmonaire, et combattre la bronchite la coqueluche et la pneumonie initiale; — il faut calmer l'agitation et la toux des enfants, afin d'empêcher autant que possible le passage de l'air au dehors. L'opium, la belladone, la thridace, le chloral, la codéine et la morphine en potion devront être mis en usage. — Relativement à l'emphysème sous-cutané lui-même, on peut, s'il est peu considérable, l'abandonner à lui-même, car l'air ne tardera pas à disparaître par résorption, mais on fera mieux d'employer un bandage compressif. Si l'emphysème, au contraire, est très-considérable, il faut, comme je l'ai fait avec succès sur deux enfants, donner issue à l'air infiltré dans le tissu cellulaire sous-cutané. Pour cela il suffit de faire d'étroites piqûres à la peau avec la lancette, avec un trocart capillaire ou avec une aiguille à acupuncture, introduite obliquement sous la peau dans une étendue de quelques centimètres. Il faut faire plusieurs ponctions sur des points différents et notamment sur les principaux foyers d'infiltration. On peut ensuite aider à la sortie de l'air, par des frictions cutanées, par la succion et au moyen de petites ventouses.

Dans le cas où l'air a passé sous la plèvre costale de manière à former un emphysème costo-pleural, une fois le diagnostic bien sûrement établi, il faudrait faire la thoracocentèse avec un trocart capillaire, et par la canule aspirer au moyen de la bouche l'air épanché sous la plèvre, s'il ne sortait pas spontanément. Il est inutile de dire ici que la thoracocentèse doit être faite selon les règles ordinaires au niveau de l'épanchement aérien et sur le bord supérieur d'un côté, afin d'éviter les vaisseaux de l'espace intercostal correspondant.

## CHAPITRE X

### ASPHYXIE DES NOUVEAU-NÉS

On donne, en médecine, le nom d'*asphyxie* aux troubles de l'hématose provoqués par la suspension plus ou moins complète des mouvements respiratoires. A ce titre, cette dénomination convient mieux que toute autre à l'état morbide des nouveau-nés qu'on observe au moment de la naissance, que des pathologistes désignent sous le nom vague de *mort apparente*, et que d'autres décrivent souvent sous le terme d'*apoplexie* ou d'*état apoplectique des nouveau-nés*.

**Causes.** — L'asphyxie des nouveau-nés est le résultat de la compression du cordon contre les parois du bassin durant le travail; de l'entortillement du cordon gênant le cours du sang dans son intérieur; du décollement prématuré du placenta

de la déchirure du cordon ou du placenta pouvant amener une hémorrhagie ; de la compression du fœtus par vice de conformation du bassin ; de la compression de la tête par le forceps ; de certains épanchements sanguins dans les méninges ou dans le cerveau ; des obstacles à l'entrée de l'air dans les bronches, par des mucosités plus ou moins épaisses accumulées dans l'arrière-gorge ; enfin, de la faiblesse originelle des enfants, de leur naissance prématurée et de l'altération de leur constitution par les maladies graves de la mère ou par des hémorrhagies utérines fréquentes dans le cours de la grossesse.

**Formes.** — Cet état d'asphyxie ou de mort apparente offre des apparences diverses, bien décrites par Nægele, Cazeaux, Paul Dubois, etc., apparences qui résultent des causes mêmes de l'accident.

Tantôt l'absence de la respiration est le résultat de la congestion sanguine du cerveau, par suite d'un obstacle à la circulation qui provoque aussi la stase du sang à l'intérieur de la peau, et les enfants sont livides, violacés : c'est ce que j'ai appelé état apoplectique des nouveau-nés, ou *asphyxie apoplectique*.

Tantôt l'absence de respiration est le résultat de la compression pure et simple du cerveau par un obstacle dans le bassin ou par le forceps, et les enfants demi-morts restent pâles : c'est l'*asphyxie ordinaire*.

Tantôt cet état est causé par hémorrhagie du cordon ou du placenta, ou par faiblesse naturelle, suite des maladies de la mère ou d'un accouchement prématuré, et les apparences sont à peu près les mêmes que dans le cas précédent, à des nuances près.

Il y a donc deux formes à distinguer dans l'asphyxie des nouveau-nés, la *forme simple ordinaire* et la *forme apoplectique*. Mais dans toutes ces circonstances, la cause première est la même ; et cette cause, c'est l'absence d'influx nerveux qui empêche les mouvements respiratoires, arrête l'hématose et détermine la mort.

**Symptômes.** — Dans l'asphyxie apoplectique des nouveau-nés, la surface du corps paraît gonflée, insensible à la piqûre ; elle est d'un violet ou plutôt d'un bleu noirâtre ; cette coloration est plus marquée aux parties supérieures du corps, et surtout à la face. Les muscles sont sans mouvements, les membres conservent leur flexibilité, le corps sa chaleur, et, comme le font observer Cazeaux et Jacquemier, les pulsations du cordon, du pouls, celles mêmes du cœur, sont quelquefois obscures et peu sensibles.

Dans l'asphyxie ordinaire, cette coloration n'existe pas : les enfants, comme le dit Paul Dubois, présentent la pâleur de la mort ; leur peau est insensible, blême, souvent souillée par le méconium ; leurs lèvres sont flasques, les membres sont pendants, la mâchoire inférieure est abaissée, les battements du cordon faibles et presque nuls. L'enfant nouveau-né qui présente ces symptômes a quelquefois exécuté des mouvements et même crié au moment de sa naissance, mais il est presque aussitôt tombé dans l'état de mort apparente.

Entre ces deux types principaux, il y a des nuances, et l'on observe d'autres formes moins prononcées qui établissent en quelque sorte la transition entre l'*asphyxie apoplectique* et l'*asphyxie ordinaire*.

**Diagnostic, terminaison.** — Cet état morbide dure plus ou moins longtemps et peut en imposer facilement pour la mort, ainsi qu'on l'a vu plusieurs fois. Cela se comprend quand on songe à l'époque où les signes certains de la mort n'étaient pas bien connus ; mais, aujourd'hui on ne doit plus s'y tromper. Jadis on ne savait pas si dans l'asphyxie congénitale, les enfants conservaient ou ne conservaient pas de battements au cœur ; maintenant, depuis que je l'ai démontré par des faits

nombreux (1), on sait que les mouvements du cœur ne peuvent pas disparaître et s'interrompre complètement sans amener la mort. — En conséquence, dans l'asphyxie des nouveau-nés, comme dans tous les états de mort apparente, s'il y a doute, il suffira, pour l'éclairer, d'ausculter avec soin et pendant cinq minutes tous les points de la région précordiale pour savoir si les bruits du cœur ont réellement disparu. Après une exploration négative, on peut être assuré de la mort. Si, au contraire, de faibles battements se font entendre, il faut tout mettre en œuvre pour les réveiller complètement, et c'est alors seulement que le succès est possible, ainsi que l'ont établi Moreau, Cazeaux, Chailly (2), Jacquemier, etc.

L'asphyxie se termine souvent par la guérison ; mais il est cependant un certain nombre d'enfants qui succombent. Chez ceux-ci on trouve toujours une congestion plus ou moins prononcée de l'appareil cérébro-spinal, congestion d'ailleurs très-commune chez les enfants morts en naissant.

**Lésions anatomiques.** — D'après Billard, l'injection des méninges, de la moelle et du cerveau, est si commune chez le nouveau-né, qu'il la considère presque comme un état naturel plus que comme un état pathologique. Il l'a trouvée sur le plus grand nombre des cadavres d'enfants morts asphyxiés qu'il appelle apoplectiques, et souvent aussi elle était jointe à l'épanchement de sang dans l'extrémité inférieure et postérieure du rachis. Billard dit en même temps avoir vu cette altération sans qu'elle ait donné lieu pendant la vie à des symptômes appréciables.

Quand l'injection capillaire est portée très-loin, dans l'asphyxie apoplectique par exemple, il ne tarde pas à se faire une exsudation sanguine à la surface des méninges ; et le sang qui est le produit de cette exsudation sanguine à la surface des méninges, ordinairement coagulé en grande quantité, comprime le cerveau ou la moelle épinière et donne lieu à l'état de stupeur et d'abattement que présentent les enfants. Cette hémorrhagie a été vue par M. Cruveilhier (3) sur presque tous les enfants morts de cette asphyxie. Elle existe surtout vers les lobes postérieurs du cerveau, autour du cervelet dans la dure-mère rachidienne. Elle se voit aussi, mais rarement, dans les ventricules et dans la substance du cerveau. Billard a cependant rapporté un fait de ce genre. C'est la pulpe cérébrale qui est ordinairement le siège d'une vive injection, sous forme de rougeur pointillée ou sablée, principalement sur les parties latérales des corps striés et des couches optiques.

On trouve aussi quelquefois chez ces enfants des ecchymoses dans le poumon, dans le thymus, et des congestions prononcées des divers organes splanchniques.

**Traitement.** — L'asphyxie des nouveau-nés est, comme on le voit, un état fort dangereux et fort grave, qu'il faut combattre promptement et par des moyens variables appropriés aux diverses indications que réclame la situation des enfants.

**Traitement de la première forme.** — Dans la première forme que j'ai admise, c'est-à-dire dans l'*asphyxie apoplectique*, il faut faire cesser l'engorgement du cerveau et des autres organes. On coupe le cordon ombilical et on laisse couler deux à trois cuillerées de sang, c'est-à-dire 40 à 60 grammes de sang. La respiration commence à s'établir, s'il n'y a pas d'obstacle dans la bouche, ce qu'il faut toujours rechercher. On y passe le doigt pour enlever les mucosités qui pourraient s'y trouver accumulées. La teinte bleu violacé des téguments disparaît peu à peu, d'abord des lèvres et du visage, et bientôt après du reste du corps.

(1) E. Bouchut, *Traité des signes de la mort et des moyens de ne pas être enterré vivant*. Ouvrage couronné par l'Institut de France. 2<sup>e</sup> édition, Paris, 1874.

(2) Chailly, *Traité pratique de l'art des accouchements*, 6<sup>e</sup> édition. Paris, 1878.

(3) Cruveilhier, *Traité d'anatomie pathologique*. Paris, 1862, t. IV, p. 214.

Si le sang ne pouvait couler du cordon, il faudrait mettre l'enfant dans un bain tiède pour favoriser l'écoulement, et si l'on ne pouvait réussir, il faudrait mettre une sangsue derrière chaque oreille, sur l'apophyse mastoïde, et ne pas laisser couler la piqûre après la chute de l'animal.

*Traitements de la deuxième forme.* — Dans la deuxième forme, c'est-à-dire dans l'*asphyxie ordinaire* exempte de symptômes apoplectiques, la perte du sang est inutile, et il ne faut pas faire couler le cordon ombilical; si les enfants étaient anémiques, ce serait même chose fort dangereuse. Il vaudrait mieux alors laisser l'enfant pendant un quart d'heure attaché au cordon, jusqu'à ce que les battements vasculaires de ce cordon aient cessé, attendre le retour à la vie provoqué par la circulation placentaire-fœtale, et ne faire la ligature et la section du cordon selon les règles ordinaires que lorsque tout danger aurait disparu. On pourrait même dans ce cas faire la transfusion de 30 grammes de liquide par le cordon, ainsi que l'a faite avec succès, dans un cas, M. de Belina (1). Dans ce cas, Caron signale le bain froid comme moyen de rappeler à la vie les nouveau-nés en état de mort apparente, et alors que les moyens ordinaires avaient échoué, Caron a obtenu un succès complet en plongeant l'enfant dans un seau d'eau froide.

On peut aussi faire, comme Mattei (2), de la *succussion*. — Le fœtus est saisi par les aisselles pendant que sa tête est immobilisée entre la paume des deux mains. L'opérateur imprime ainsi une petite secousse double à l'enfant, et le bruit de *rrorro* qui accompagne cette secousse indique l'entrée et la sortie de l'air à travers la glotte.

Par ce moyen, dit Mattei, on opère l'inspiration et l'expiration artificielles, en dilatant et en resserrant le thorax à volonté. Si les muscles inspirateurs conservent encore l'aptitude à se contracter, ils sont appelés à la reprendre par l'exercice direct ainsi que par l'excitation qu'occasionne l'air sur la muqueuse et sur le sang qu'on oxygène en répétant les secousses environ toutes les demi-minutes jusqu'à ce que la respiration spontanée commence.

Dans les deux formes de l'asphyxie des enfants nouveau-nés, il faut, par tous les moyens possibles, essayer de provoquer le besoin des mouvements respiratoires. Tous les excitants extérieurs ont été employés à cet effet. Les frictions, les bains, les douches, etc., sont tour à tour mis en usage. Il faut placer l'enfant dans un bain tiède ou dans un bain préparé avec la décoction de plantes aromatiques, ou bien encore dans des linges chauds ou devant un feu clair. On le frictionne doucement avec un morceau de flanelle ou avec les doigts; au besoin on le frappe sur les fesses avec la main, et cette flagellation produit toujours un excellent effet. Les frictions peuvent être sèches ou faites avec une flanelle imprégnée de liqueurs irritantes, telles que du vinaigre et de l'eau-de-vie. On se sert en même temps de ces liquides pour exciter les narines ou l'intérieur de la bouche. L'ammoniaque est un liquide dangereux à employer.

Il faut avoir la précaution, dès le commencement de l'opération, de visiter l'intérieur de la bouche pour enlever avec le doigt les mucosités qui pourraient s'y trouver.

Quand tous ces moyens sont inutiles, il faut faire sur la poitrine quelques douches avec de l'eau vinaigrée ou avec de l'eau-de-vie; le médecin remplit sa bouche

(1) Belina, *Mémoire sur la transfusion*. — Voyez *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique*, par Bouchut et Després, article TRANSFUSION, et Gaujot et Spillmann, *Arsenal de la chirurgie contemporaine*. Paris, 1872, t. II, p. 276.

(2) Mattei, *Nouveau moyen de faire respirer les enfants qui naissent en état de mort apparente* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, 1866-67, t. XXXII, p. 433).

et projette ce liquide avec force sur les parois du thorax; en même temps il provoque une *respiration artificielle* en pressant latéralement sur les fausses côtes, pour remplacer l'action des muscles paralysés. Quelques personnes conseillent d'appliquer la bouche sur celle de l'enfant, et de lui souffler dans l'arrière-gorge. Il vaut mieux pratiquer l'insufflation au moyen d'un tube recourbé mis dans le larynx. Cette opération doit être faite avec de grandes précautions, d'abord pour ne pas commettre d'erreur de lieu et pour ne pas insuffler l'œsophage, ensuite pour ne pas dilater les poumons outre mesure et déterminer l'emphysème pulmonaire. On peut se servir à cet effet, comme le recommandent Dugès, madame Lachapelle (1), du tube laryngien de Chaussier (fig 53), dont la forme et la disposition générale sont très-appropriées.

L'index de la main gauche est porté sur l'épiglotte et sert de guide au tube laryngien que pousse la main droite vers l'ouverture du larynx, de manière à y pénétrer en ramenant l'épiglotte en avant. Comme l'instrument pourrait être dans l'œsophage, il faut lui imprimer des mouvements de latéralité pour voir s'il entraîne avec lui le larynx. D'ailleurs s'il était dans l'œsophage, dès la première insufflation, on verrait le soulèvement de l'épigastre par le gaz, et l'on devrait aussitôt s'arrêter.

Il est utile de presser un peu sur le larynx avec l'instrument pour déprimer l'œsophage ou fermer les narines et les lèvres avec les doigts, puis on fait dix à douze insufflations par minute, en pressant un peu sur la poitrine pour aider à la sortie de l'air. Ces insufflations peuvent être prolongées pendant un quart d'heure, une demi-heure, et même tant qu'on croit entendre à l'auscultation les rares battements de la région précordiale. Quand les battements de cœur ont disparu complètement, et que l'oreille appliquée sur la poitrine n'entend plus rien depuis plusieurs minutes, tous les efforts deviennent inutiles, et je crois sans exemple qu'en pareil cas on ait jamais pu ranimer un enfant; c'est aussi l'avis des accoucheurs expérimentés dont j'ai plus haut cité les observations.

Le docteur Plettinck (2), dans un état complet d'asphyxie causée par l'entortillement du cordon autour du cou, après avoir vainement essayé pendant une heure et demie tous les moyens possibles de rappeler le malade à la vie: bains chauds et froids alternativement, insufflation pulmonaire, compression saccadée des parois thoraciques, etc., eut l'idée de recourir à un moyen capable d'exciter à volonté l'inspiration et l'expiration. A cet effet, il rase les barbes d'une plume (fig. 54)

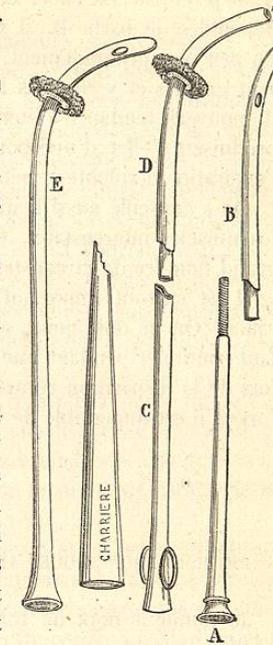


FIG. 53. — Tube laryngien de Chaussier.

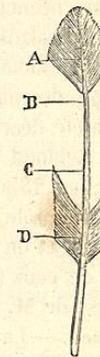


FIG. 54. — Plume de Plettinck, contre l'asphyxie des nouveau-nés.

(1) Lachapelle, *Pratique de l'art des accouchements*. Paris, 1825.

(2) Plettinck, *Ann. de la Société médicale de Roulers*, 1849, 1<sup>re</sup> livr., et *Bulletin de thérapeutique*, 1849, t. XXXVI, p. 477.

au tiers moyen de la tige B, C, laissant intactes celles de son sommet A et celles de sa base D. En introduisant dans le nez l'extrémité de la tige restée barbue A, il produisit un effort d'expiration; en enfonçant plus loin, jusqu'à la partie dépouillée de barbe B, il y avait tendance à vomir (inspiration); en introduisant un peu plus profondément, C, il n'y eut rien qu'un effort de déglutition; en poussant jusques et y compris la base où les barbes avaient été conservées, D, il y eut de nouveau tendance à éternuer, c'est-à-dire à expirer profondément, de sorte que produisant l'effet d'une pompe aspirante et foulante, il provoqua l'inspiration et l'expiration à volonté et rétablit ainsi entièrement la respiration.

On a conseillé aussi l'emploi de l'électro-puncture dans le diaphragme et dans les muscles intercostaux. Ce moyen peut être fort utile, et il a réussi dans un grand nombre de circonstances.

Il est surtout important de prolonger les tentatives avec une grande persévérance. On ne doit point se fatiguer, et, comme je le disais un peu plus haut, il faut continuer pendant une heure et au delà, de manière à ne quitter l'enfant que lors de la disparition complète et définitive des mouvements du cœur, c'est-à-dire lorsqu'il est impossible de le rappeler à la vie.

## CHAPITRE XI

### PHTHISIE BRONCHIQUE, ADÉNITE BRONCHIQUE, OU TUBERCULOSE DES MÉDIASTINS

Je donne le nom de tuberculose des médiastins à ce qu'on appelle souvent la phthisie bronchique, parce que ce mot indique nettement la nature et le siège de la maladie que je veux décrire. Le nom de *phthisie bronchique* ne consacre qu'une double erreur, tant à l'égard de la *phthisie* qui n'existe pas, que de l'épithète *bronchique* indiquant une maladie des bronches.

La tuberculose des médiastins ou *adénopathie bronchique* est une maladie qui résulte de la présence des tubercules dans les ganglions du médiastin situés à la racine des bronches, autour des gros vaisseaux et des nerfs du poumon. C'est rarement une maladie primitive, car dans la plupart des cas elle est liée à la tuberculose des poumons. Quand elle existe seule, elle succède toujours à une phlegmasie broncho-pulmonaire.

Elle a été décrite pour la première fois en 1824 dans une très-bonne thèse de Gédéon Leblond (1). Elle a été ensuite étudiée à Berlin, en 1826, par le docteur Becker; en 1830, par le docteur Berton, dans un bon mémoire couronné par la Société médicale d'émulation; enfin par Laennec (2); puis ces connaissances se sont répandues, et on les retrouve très-complètes dans les recherches de Lee (3) et de la plupart de ceux qui se sont occupés des maladies de l'enfance, notamment dans une thèse de M. Baretty publiée en 1874.

**Causes.** — La tuberculose des ganglions du médiastin, maladie presque exclusive de l'enfance, se développe beaucoup plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Telle est du moins l'opinion de Barthez. C'est une maladie plus fréquente à l'hôpital qu'en ville, chez les pauvres que chez les riches, et elle se rattache de la façon la plus intime à la diathèse scrofuleuse. Elle succède à la bronchite de la

(1) G. Leblond, *Sur une espèce de phthisie particulière aux enfants*, thèse. Paris, 1824, n° 53.

(2) Laennec, *De l'auscultation médiate*, 4<sup>e</sup> édition. Paris, 1836.

(3) Lee, *London medical Gazette*.

rougeole, à la coqueluche prolongée, à la bronchite simple et capillaire, à la pneumonie, à la phthisie pulmonaire, enfin à toutes les phlegmasies des bronches et du poumon, quelle que soit leur nature.

**Lésions anatomiques.** — Un fait incontestable domine son étiologie; en outre du scrofulisme prédisposant, c'est l'existence antérieure d'une phlegmasie broncho-pulmonaire. — Chez une des malades que j'ai observées, la phlegmasie broncho-pulmonaire qui avait précédé la tuberculose médiastine datait de six mois. — Ici, comme partout, on voit l'inflammation d'un tissu provoquer celle des ganglions lymphatiques correspondants. — C'est l'inflammation de l'intestin qui engendre la tuberculose mésentérique ou carreau; c'est celle des gencives, des amygdales ou du cuir chevelu, qui, par la stomatite, par les angines, par l'eczéma, par l'impétigo, par la teigne, etc., provoque la tuberculose cervicale. Jamais loi pathogénique n'a été mieux établie, et toute hypertrophie ou tuberculose ganglionnaire est la conséquence de l'action morbide exercée sur le ganglion malade par une irritation antérieure préalable.

Des ganglions lymphatiques, hypertrophiés, indurés, remplis à moitié ou entièrement de matière tuberculeuse ou caséuse infiltrée, enkystée, crue ou ramollie, et situés dans les médiastins, en avant ou en arrière des bronches et des gros vaisseaux, sur le nerf pneumogastrique: telle est l'altération anatomique caractérisant la tuberculose des médiastins.

Les ganglions tuberculeux du médiastin existent en avant et en arrière des bronches, autour de l'artère et de la veine pulmonaire, quelquefois de la veine cave, et ils sont souvent assez gros pour comprimer plus ou moins l'œsophage et la pneumogastrique. Leur volume varie de la grosseur d'un noyau de cerise à celui d'un gros œuf. Les uns ne sont qu'hypertrophiés ou congestionnés, et l'on y reconnaît la substance d'un ganglion, rouge et ramollie par l'état inflammatoire. D'autres sont en partie indurés, pâles, résistants, çà et là infiltrés de matière grisâtre, demi-transparente et brillante. Il en est qui, au milieu de cette matière demi-transparente, offrent des points jaunâtres plus ou moins nombreux qui semblent être le commencement d'une métamorphose en tubercules crus ou de véritables tubercules jaunes déjà formés. Quelques-uns sont tout à fait convertis en matière jaune crue comme du marron d'Inde, ramollie au centre ou en totalité, et alors forment une masse enkystée de tubercules caséux ramollis, demi-compacte. Ailleurs, ils sont transformés en matière crétaçée calcaire et à l'état de pétrification. Ce qu'il y a de curieux dans ces lésions, c'est que souvent on trouve dans un ganglion du tissu normal hypertrophié, de l'infiltration tuberculeuse grise et du tubercule cru, au centre duquel existent des vaisseaux assez nombreux et d'assez fort calibre. Il est évident que ce sont là tous les âges réunis d'une même altération, depuis l'état phlegmasique produisant l'induration, qui est le point de départ, jusqu'à la formation des tubercules jaunes et gris, durs ou ramollis, caséux, qui sont le point d'arrivée.

Par leur siège et par leur volume, les ganglions tuberculeux des médiastins compriment, refoulent et perforent les organes voisins. Quelquefois même il s'établit entre ces organes et la poche ganglionnaire une communication permanente.

Dans un cas cité par Tonnelé, la veine cave supérieure, comprimée au-dessous de sa bifurcation, était complètement aplatie et refoulée en haut. Chez quelques malades la compression s'exerce sur les veines pulmonaires, qui retiennent le sang dans les poumons et peuvent, comme je l'ai observé, produire une apoplexie pulmonaire mortelle.

Avec Cloquet, Leblond et Barthez, j'ai vu d'autres cas dans lesquels la com-