

le bruit expiratoire devenait plus faible, je l'ai trouvé, en général, plus aigu. On comprend que le rétrécissement ou l'aplatissement d'un tube sonore fasse monter la tonalité du son qui s'y produit. On comprend aussi que des modifications de timbre, de la rudesse du bruit respiratoire, par exemple, puissent résulter d'un changement de forme dans les parois du tube, déterminé par la compression qu'il subit; et, en devenant plus aigu, plus faible, le bruit respiratoire devient souvent plus rude, ou quelquefois encore il offre les caractères du bruit de succion.

Ainsi, même à un degré de développement médiocre, l'adénopathie bronchique peut être reconnue chez l'adulte; l'auscultation et la percussion fournissent les principaux éléments du diagnostic; mais l'attention du médecin est déjà souvent éveillée par les troubles fonctionnels: les caractères de la toux, la dyspnée, la dépression sus-sternale pendant les grandes inspirations, quelquefois un sibilus respiratoire perçu à distance, des accès pendant lesquels la toux et la dyspnée peuvent acquérir une grande violence, tous ces symptômes commanderont l'examen des régions ganglionnaires.

Ces accès, qu'on retrouve dans le plus grand nombre des observations, ont été attribués par M. Fonssagrives, après MM. Rilliet et Barthez, à des congestions rapides qui augmenteraient momentanément le volume de la tumeur; ils pourraient aussi dépendre, suivant lui, de la mobilisation passagère des masses tuberculeuses qui, à certains moments, exerceraient sur les bronches ou sur les vaisseaux une compression plus forte, ou de l'accumulation de mucosités au niveau des points comprimés. (*Loc. cit.*, p. 32.)

Quand les ganglions acquièrent un volume plus considérable, ils produisent nécessairement des troubles fonctionnels plus graves et plus continus.

Ces troubles fonctionnels sont plus fréquents, plus prompts et plus accentués chez les enfants, par cela même que ceux-ci sont plus disposés aux adénopathies, et qu'elles arrivent plus rapidement chez eux à un grand développement. Alors, mesurant presque tout le diamètre antéro-postérieur de la cage étroite dans laquelle elles sont emprisonnées, les tumeurs ganglionnaires compriment, écrasent les organes dont elles ont envahi la place; elles peuvent déterminer l'ulcération, la perforation même des bronches comprimées et compléter leurs parois en bouchant la solution de continuité qu'elles ont produite. Si elles compriment la veine cave, elles peuvent causer un œdème des parties supérieures, et spécialement celui des paupières, déjà signalé par

M. Leblond; la face alors est cyanosée, les veines superficielles sont dilatées, les yeux deviennent saillants, les lèvres sont livides. Pendant les accès, la coloration cyanique des muqueuses s'accroît davantage, les téguments de la face prennent une teinte ardoisée.

Beaucoup plus communs chez les enfants, pour les motifs que nous avons indiqués plus haut, ces phénomènes ont été observés chez l'adulte. Un des deux malades de M. Marchal (de Calvi) avait la face, le tronc et les membres supérieurs infiltrés. Dans un cas rapporté par M. Fonssagrives, le bras correspondant aux ganglions affectés était œdématié; il est vrai que les membres inférieurs étaient depuis longtemps infiltrés, ce qui atténuerait la valeur de cet œdème comme signe d'un obstacle local à la circulation, si l'autopsie n'avait montré que les masses ganglionnaires comprimaient la crosse de l'aorte, les artères qui en naissent et par conséquent les veines voisines.

Le docteur Ley a publié un mémoire sur les accidents dyspnéiques causés par la compression du pneumogastrique, déjà signalés par J. Franck. MM. Rilliet et Barthez et surtout M. Fonssagrives: ont insisté sur cet épisode important de l'adénopathie bronchique; des altérations de la voix qui peuvent aller jusqu'à l'aphonie, un sifflement inspiratoire qui peut faire croire à un œdème de la glotte, ont été la conséquence de la compression et, dans quelques cas, de la désorganisation des nerfs récurrents.

L'aphonie peut être la première manifestation et, pendant quelque temps, le phénomène dominant de la maladie, avec le sifflement inspiratoire (1).

La dysphagie observée par M. Andral s'explique par la pression que subit l'œsophage; enfin, la compression des vaisseaux intrathoraciques peut, en produisant l'ulcération des parois vasculaires, déterminer une mort rapide; d'autres fois, elle donnera lieu à des hémorragies dans les méninges ou dans le parenchyme pulmonaire (2).

À ce degré avancé de la maladie la dyspnée est excessive, continue, mais en général avec des exacerbations. Quelquefois le malade éprouve un soulagement momentané à la suite d'une expectoration abondante. Le plus souvent la toux est sèche, quinteuse, convulsive, provoquée par la sensation d'un obstacle qui s'oppose à la libre pénétration de l'air

(1) Observation publiée par MM. Dureau et Glaize (*Gazette des hôpitaux*, 1853) citée par M. Fonssagrives.

(2) Rilliet et Barthez, *loc. cit.*

dans la poitrine, quand les complications bronchiques et pulmonaires ne viennent pas, par leur importance, en modifier le caractère.

En dehors de cette circonstance, quand l'adénopathie domine la scène morbide, l'expectoration est ordinairement peu abondante, muqueuse, quelquefois striée de sang, presque toujours difficile.

Le malade peut succomber aux progrès de l'asphyxie par une sorte de strangulation; d'autres fois la mort survient subitement sans que les faits de ce genre, qui se sont présentés quatre fois dans les neuf observations réunies par M. Fonssagrives, aient trouvé jusqu'ici dans les recherches nécroscopiques une interprétation satisfaisante (1).

Nous avons décrit les symptômes locaux de l'adénopathie bronchique, ceux qui résultent de la gêne mécanique ou de l'incitation anormale qu'elle produit dans les organes voisins; mais souvent les ganglions tuméfiés sont le siège de dégénérescences morbides dont l'évolution peut retentir sur tout l'organisme: la plus commune est la dégénérescence tuberculeuse, et quand les tubercules se ramollissent, on peut voir survenir une réaction fébrile, habituellement paroxystique, de l'amaigrissement, des sueurs, en un mot tous les symptômes généraux de la phthisie.

Dans les ganglions, comme dans le poumon, ces tubercules en se ramollissant donnent naissance à des collections liquides qui peuvent s'ouvrir une issue dans la trachée, dans les bronches, dans le poumon, dans la plèvre, où ils occasionnent quelquefois un pneumothorax, d'autres fois dans l'œsophage ou dans le médiastin.

*Diagnostic.* — L'ensemble des phénomènes que nous venons de décrire permettra, dans le plus grand nombre des cas, de constater les engorgements ganglionnaires; cependant certaines lésions peuvent se traduire par des symptômes analogues. La tuberculisation pulmonaire est rarement limitée à la partie interne du lobe supérieur. J'ai observé néanmoins un malade chez lequel la phymatose a paru se localiser d'abord dans cette région (2); mais il doit être rare qu'elle n'en déborde

(1) Dans les trois observations qui ont été recueillies par M. Fonssagrives, les malades ont succombé à une asphyxie progressive.

(2) Cette localisation exceptionnelle a donné lieu à une erreur fâcheuse: le jeune malade, qui toussait depuis quelques temps, consulte deux médecins distingués, dont un professeur de la Faculté de médecine, pour savoir s'il pouvait, en conscience, s'engager dans un mariage qui lui était proposé. Ceux-ci, après l'avoir ausculté, n'ayant constaté aucune lésion, l'engagèrent à contracter cette union, et si cette bronchite, qui leur semblait sans gravité, persistait, à se rendre à Caunterets pour y faire une cure

pas bientôt les limites. Dans ce cas, d'ailleurs, les modifications du bruit respiratoire, faiblesse, souffle, expiration, rudesse, resteront circonscrites dans le foyer morbide, tandis que celles qui accompagnent l'adénopathie retentissent plus ou moins loin dans les divisions de la bronche comprimée. Dans la tuberculisation pulmonaire, des crépitations, des râles humides, ne tardent pas à se mêler aux premiers signes stéthoscopiques et à en éclairer la signification. Il n'est pas probable d'ailleurs que ceux-ci soient accompagnés de ces matités exactement correspondantes dans les régions sous-sternales et scapulo-rachidiennes, que nous avons le plus souvent observées dans les engorgements ganglionnaires.

Toutes les autres tumeurs du médiastin peuvent comprimer les bronches, l'œsophage, les vaisseaux et les nerfs qui traversent cette région, produire par conséquent les mêmes troubles fonctionnels, et se traduire par des signes analogues à ceux que nous venons de décrire. Aussi l'anévrysme de l'aorte pourra déterminer une dyspnée intense, de l'altération de la voix, de la dysphagie, de l'œdème des parties supérieures, des douleurs thoraciques. Mais dans ces conditions il est rare que l'auscultation ne fasse pas entendre des souffles caractéristiques ou un double bruit plus intense au niveau de la tumeur qu'il ne l'est dans une partie de l'aorte plus rapprochée du cœur, et souvent la main percevra dans le même point un mouvement expansif correspondant à la diastole artérielle.

Si l'on peut être tenté d'attribuer aux ganglions des accidents causés par une tumeur aortique, l'erreur inverse serait possible, d'après le témoignage de Harisson: il dit que les ganglions lymphatiques voisins de la crosse aortique acquièrent quelquefois des dimensions considérables et que, faisant saillie à la base du cou, ils sont soulevés par la diastole artérielle et peuvent être pris pour une tumeur de l'aorte (1).

Des exostoses, des tumeurs cancéreuses, pourront également comprimer la trachée et les bronches, et produire quelques-uns des symptômes

thermale. Quelques semaines après son mariage, qui suivit de près ce conseil, ce jeune homme, toussant toujours, se rendit aux Pyrénées. Mais à Caunterets, le docteur Cardinal constata, dès son arrivée, du râle sous-crépitant humide et de la matité dans le premier espace intercostal, près du sternum, point très-limité qui avait échappé à l'attention des premiers médecins. Le docteur Cardinal s'adressa ce jeune homme, dont l'affection me parut trop caractérisée pour qu'on pût douter de sa nature. Malgré des soins attentifs, la tuberculisation ne tarda pas à se généraliser, et le malade succomba quelques mois après.

(1) *Loc. cit.*, p. 11.

que nous avons attribués à l'adénopathie. M. Fonssagrives a rapporté dans son mémoire l'intéressante observation d'un cancer de l'œsophage ayant envahi et détruit un des nerfs récurrents et donnant lieu à une dyspnée violente, à une inspiration sifflante, en un mot à tous les phénomènes qui caractérisent le rétrécissement de la glotte. Mais, comme le dit ce savant médecin, il n'eut pas un moment la pensée qu'il pût s'agir d'un engorgement ganglionnaire; la dysphagie avait devancé et primé tous les autres symptômes; l'aspect, la marche de la maladie, repoussaient cette assimilation. D'ailleurs la percussion et l'auscultation mettaient à l'abri de toute erreur de ce genre, et je crois qu'on pourra toujours l'éviter en contrôlant par les résultats qu'elles fournissent les inductions tirées des troubles fonctionnels et de l'évolution de la maladie.

*Pronostic.* — Arrivée à ce développement considérable où elle trouble gravement les fonctions les plus nécessaires à la vie, où la pression exercée par la tumeur a produit dans les tubes aërières, dans les nerfs ou dans les vaisseaux, des lésions profondes, l'adénopathie conduit presque fatalement à la mort. M. Fonssagrives, qui n'a réuni que des cas de ce genre, les seuls d'ailleurs que les signes physiologiques permettent de reconnaître, a été amené à cette conclusion, et regarde le pronostic comme extrêmement grave *s'il n'est nécessairement mortel*. « Et cependant, ajoute ce médecin éminent, il ne répugne en rien d'admettre que dans beaucoup de cas où l'affection *passé inaperçue* les ganglions indurés puissent diminuer de volume par une sorte de résolution *spontanée*, ou que les organes voisins s'accommodent, à la longue, de la compression exercée sur eux. »

Avec les moyens de diagnostic qui nous permettent de reconnaître l'adénopathie à un degré moins avancé, nous avons plusieurs fois constaté cette rétrogradation du travail morbide, et dans les formes mêmes qui en semblent le moins susceptibles.

L'adénopathie, je le répète, n'est pas une affection rare; les ganglions intérieurs subissent, comme les ganglions extérieurs, le retentissement des lésions développées dans la circonscription des lymphatiques qui y aboutissent. J'ai rencontré cette complication dans plusieurs cas de bronchite, de pneumonie, de pleurésie, de coqueluche, de rougeole, et dernièrement chez un malade atteint de fièvre typhoïde. Elle disparaît le plus souvent alors avec l'affection qui l'a provoquée.

Un jeune homme entra dans mon service, au commencement de l'hiver de 1867, avec une rougeole en pleine évolution, accompagnée de ce catarrhe intense et de ce gonflement des ganglions post-cervicaux qu'on rencontre habituellement dans l'exanthème morbilleux.

Me rappelant que l'engorgement des ganglions bronchiques a été indiqué parmi les lésions le plus souvent observées chez les sujets qui ont succombé à la rougeole, je cherchai si je n'en trouverais pas quelques signes extérieurs, et je trouvai, à la partie supérieure de l'espace scapulo-rachidien gauche, un son plus obscur et une tonalité plus élevée, en même temps que cette région était moins élastique et plus résistante au doigt que la région correspondante du côté opposé.

Ces nuances plessimétriques occupaient une étendue de 3 centimètres environ. En même temps, le murmure respiratoire était notablement plus faible dans tout le côté gauche. Quelques rhonchus sibilants s'y mêlaient des deux côtés; mais à gauche et en bas on entendait, en outre, du râle sous-crépitant témoignant qu'une congestion du parenchyme pulmonaire s'était ajoutée à la congestion bronchique. Dans ce dernier point, la percussion montrait une obscurité relative et une tonalité plus élevée de la sonorité thoracique.

Cette submatité de la région scapulo-rachidienne me semble ne pouvoir guère être expliquée que par un engorgement des ganglions bronchiques, car elle disparut avec les signes de la congestion broncho-pulmonaire.

Dans les formes chroniques de l'adénopathie, et dans les engorgements strumeux en particulier la résolution est possible, quand la lésion ganglionnaire n'est pas très-ancienne et quand elle n'a pas acquis des dimensions excessives. L'observation suivante en est probablement un exemple :

Au mois de juin 1868, on me présenta une petite fille de quatre ans, née d'une mère délicate et malade, qui n'avait pas pu la nourrir et avait eu la mauvaise chance de la confier à une mauvaise nourrice. Cet enfant avait dû être sevrée à neuf mois, et depuis cette époque elle toussait habituellement. L'an dernier, elle eut pendant la nuit une attaque d'éclampsie, suivie d'hémiplégie du côté droit. Le mouvement revint graduellement dans la jambe d'abord, puis dans le bras.

Cet hiver, la toux a augmenté, est devenue quinteuse, presque analogue à la toux de la coqueluche. *L'inspiration est sifflante, en dehors même des quintes de toux*, surtout pendant les mouvements, qui cependant n'en paraissent pas notablement gênés.

Les ganglions cervicaux sont le siège d'un engorgement strumeux, sur-

tout ceux du côté droit. Un gros ganglion occupe la fossette sus-claviculaire de ce côté.

La percussion me fait constater de la *submatité avec tonalité aiguë et résistance au doigt* dans la région scapulo-rachidienne droite, et au niveau de la moitié droite de la partie supérieure du sternum.

La respiration est faible, rude, *aiguë* dans tout le côté droit. L'expiration est forte et prolongée dans une grande étendue de ce côté. Dans le premier espace intercostal droit, près du sternum, on entend un souffle trachéal pendant l'expiration.

Pendant les grandes inspirations, une dépression profonde se creuse au-dessus du sternum; les téguments sont refoulés derrière cet os.

Je conseillai d'appliquer trois fois par semaine de la teinture d'iode sur l'un des sommets.

Au bout de quelques semaines, l'enfant devait être conduite aux Eaux-Bonnes. Après la cure thermale, on s'abstiendrait pendant un mois de toute médication; puis, vers le mois de septembre, elle prendrait pendant un mois de l'eau de la Bourboule, à la dose de deux à cinq cuillerées, deux fois par jour; elle se reposerait encore pendant le mois d'octobre, et, à partir du mois de novembre, reviendrait pendant dix jours chaque mois à l'usage de cette eau.

J'ai su plus tard que ce traitement avait réussi et que la santé de l'enfant s'était heureusement modifiée.

Lors même que des productions phymateuses se développent dans les ganglions engorgés, on peut encore espérer une guérison relative: elle peut être expliquée par la résolution de la congestion et des produits néoplasiques qui entourent les tubercules, tandis que ceux-ci s'amointrissent, se contractent, ou du moins restent stationnaires. Quelquefois, et surtout, je crois, dans les races arthritiques, ils subissent une transformation crétaçée.

La note suivante me paraît un exemple d'adénopathie tuberculeuse dont les signes disparurent avec l'apaisement d'une congestion broncho-pulmonaire qui était venue probablement compliquer une lésion plus grave des poumons.

Au mois de mai 1868, je reçus à l'Hôtel-Dieu, dans la salle Saint-Bernard, une jeune femme qui toussait depuis longtemps et présentait quelques signes de phymatose commençante, localisée au sommet des poumons.

Sous la clavicule droite, la respiration était faible et rude; le murmure vésiculaire offrait les mêmes caractères dans les régions sus- et sous-épineuses gauches et y présentait une tonalité beaucoup plus aiguë que celle

que l'on constatait dans la région scapulaire droite, bien que la sonorité parut également forte des deux côtés. En même temps, au niveau des troisième et quatrième vertèbres dorsales, la région scapulo-rachidienne gauche donnait un son plus obscur, plus aigu, et une résistance plus grande à la percussion que la région correspondante du côté opposé. Quelques râles sibilants et muqueux étaient perçus aux deux bases, principalement à gauche.

Ces phénomènes me firent diagnostiquer une bronchite aiguë avec engorgement des ganglions bronchiques gauches, et soupçon de tubercules, confirmé par les antécédents de la malade, qui comptait dans sa race des tuberculeux.

Des symptômes d'embarras gastrique s'ajoutaient à ces troubles respiratoires. Je prescrivis un ipéca, une friction d'huile de croton, des calmants.

La toux diminua rapidement, les râles de bronchite disparurent, avec eux les nuances de sonorité observées dans la région scapulo-rachidienne et les modifications du bruit respiratoire dans la région scapulaire gauche.

La disparition des anomalies stéthoscopiques et plessimétriques constatées antérieurement me paraît établir une forte présomption en faveur du diagnostic que j'avais porté; et l'adénopathie bronchique me semble expliquer, mieux que toute autre lésion, cette obscurité passagère du son dans la région scapulo-rachidienne gauche, et ces modifications connexes du bruit respiratoire dans la région scapulaire correspondante. L'observation suivante peut être interprétée de la même manière:

J'ai soigné, il y a huit ou dix ans, avec mon vénéré maître et ami le docteur Blache, une petite fille de race tuberculeuse, qui, pendant deux mois, présenta une fièvre paroxystique, de la toux, une respiration extrêmement fréquente avec des accès de dyspnée, sans autre signe physique que de la faiblesse du bruit respiratoire au sommet gauche et du râle sibilant localisé surtout dans l'espace scapulô-rachidien de ce côté, mêlé parfois de bulles erratiques vers la racine du poumon gauche. Nous diagnostiquâmes tous deux un engorgement probablement tuberculeux des ganglions bronchiques gauches.

Un des frères de l'enfant avait succombé à une méningite tuberculeuse; le père était tuberculeux; la mère, fille de tuberculeux elle-même, avait eu des hémoptysies.

Des vésicatoires volants et de l'alcoolature d'aconit furent prescrits au début; plus tard, des badigeonnages avec la teinture d'iode, et je lui administrai intérieurement une très-petite quantité d'iodure de potassium. Elle

guérit, mais plus tard elle fut affectée d'un spina ventosa d'un doigt, d'une carie de l'orbite et d'abcès ganglionnaires cervicaux. Elle résista à tous ces accidents et elle jouit aujourd'hui d'une santé relativement bonne.

Les ganglions bronchiques auraient-ils été réellement tuberculeux, ou bien avaient-ils été le siège de cet engorgement scrofuleux qui s'est manifesté plus tard dans d'autres parties du système lymphatique?

Dans le premier cas, la guérison pouvait être expliquée par les modifications réparatrices que j'ai indiquées plus haut; et peut-être l'iodure de potassium, l'iode employé à l'extérieur, ont-ils eu une part dans cette heureuse terminaison. — Dans le second cas, les mêmes moyens auront pu contribuer à la résolution d'éléments bien moins réfractaires que le tubercule.

Je cite cette observation pour montrer que, dans les conditions où l'on est le plus autorisé à admettre une adénopathie tuberculeuse, il ne faut pas désespérer de la guérison. La possibilité de cette guérison est prouvée d'ailleurs par la présence de tubercules crétaqués ou de tubercules crus trouvés dans les ganglions bronchiques chez des sujets qui ne présentaient pas de troubles notables des fonctions respiratoires.

L'observation qui suit nous montre une adénopathie bronchique, symptomatique d'une affection tuberculeuse des poumons. Cette complication n'a joué certainement aucun rôle dans la scène morbide complexe, qui s'est terminée par la mort; mais on trouve nettement caractérisés tous les signes que j'ai indiqués plus haut, et dont l'autopsie est venue confirmer l'interprétation. Elle prouve que des engorgements ganglionnaires de médiocres dimensions peuvent être, à l'aide de ces signes, diagnostiqués avec une exactitude pour ainsi dire mathématique.

*Engorgement des ganglions bronchiques. — Tuberculisation pulmonaire et pleurale. — Ovarite tuberculeuse suppurée. — Péritonite purulente généralisée. — Mort.* — Marie Cagnon, âgée de dix-sept ans, est entrée le 10 avril 1869 à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 3.

Cette jeune fille, de constitution faible et chétive, offre tous les attributs du tempérament lymphatique, en même temps que les signes d'une anémie profonde: pâleur mate du teint, décoloration des tissus, flaccidité des chairs, teinte blanc-rosée des muqueuses.

L'injection vive des bords palpébraux et l'opalescence légère des cornées révèlent l'existence antérieure d'anciennes ophthalmies, auxquelles du reste la malade nous dit avoir été sujette dans son enfance. En dehors de

ces antécédents, elle ne nous en accuse aucun autre bien notable. Elle dit n'avoir jamais eu d'engorgements cervicaux, de coryzas chroniques ni d'éruptions cutanées; elle affirme n'avoir jamais craché du sang et n'avoir jamais été sujette aux bronchites, malgré la prédisposition morbide qu'auraient pu lui transmettre ses parents. Sa mère, en effet, est morte de phthisie et l'a laissée seule, sans asile et sans ressource, à peine âgée de dix ans. Une de ses tantes, ayant pitié de son enfance et de sa misère, consentit à la recevoir chez elle et à l'élever, mais lui fit bientôt payer chèrement l'hospitalité qu'elle lui avait offerte, et lui fit endurer les plus grandes privations et les plus mauvais traitements. Cette malheureuse enfant, privée souvent de nourriture et parfois de sommeil, soumise à un travail excessif pour son âge, vit bientôt sa santé s'altérer; peu à peu ses forces faiblirent, son appétit disparut, en même temps que de vives douleurs annonçaient le laborieux établissement de la menstruation; elle tomba ainsi dans un état de langueur extrême et d'anémie profonde; tel fut le triste prélude de la maladie qui l'a conduite au tombeau.

A son entrée, la malade accusait de vives douleurs dans la région iliaque droite, irradiant dans l'aîne et dans la cuisse du même côté.

La palpation permettait de reconnaître un empatement profond et douloureux de la fosse iliaque.

La menstruation avait toujours été très-irrégulière; chaque période cataméniale était précédée d'accidents dysménorrhéiques très-intenses et était suivie d'une leucorrhée abondante. Depuis cinq mois, l'aménorrhée était complète, et le flux menstruel était remplacé par un écoulement leucorrhéique.

L'existence de l'hymen ne permet pas de pratiquer chez elle le toucher vaginal qui pourrait éclairer le diagnostic. La nature et le siège des accidents font cependant soupçonner une affection inflammatoire de l'ovaire.

La langue est couverte d'un épais enduit blanchâtre, l'anorexie est presque complète, les digestions lentes et difficiles, la constipation habituelle.

L'exploration de l'hypochondre droit fait constater une augmentation considérable du volume du foie, qui dépasse de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le pouls est faible, irrégulier et fréquent (108 pulsations) et accuse tous les soirs des exacerbations fébriles.

L'auscultation du cœur fait entendre un prolongement doux du premier bruit à la base.

Les veines jugulaires présentent un soulèvement périodique à chaque systole ventriculaire, et l'on perçoit au niveau des vaisseaux du cou un souffle anémique continu avec renforcement. La respiration est accélérée, irrégulière et comme saccadée.

L'examen de la poitrine nous a fait constater les phénomènes suivants :

Par la percussion on trouve une élévation notable de la tonalité dans tout le côté droit; à gauche, le son paraît normal.

En avant, dans la région sus-claviculaire droite, on trouve un son relativement obscur et une sensibilité exagérée. Cette obscurité du son existe également dans les régions sous-claviculaires et pectoro-deltoidienne, et au niveau de la pièce supérieure du sternum, surtout dans sa moitié droite et vers la seconde articulation chondro-sternale. Les vibrations thoraciques, pendant la phonation, sont exagérées sous la clavicule droite.

En arrière, on constate, dans l'espace scapulo-rachidien droit, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale, un son obscur, une élévation de la tonalité et une diminution de l'élasticité, ce que M. Piorry a appelé une résistance plus grande au doigt. En arrière, à droite et en bas le son est mat, et les vibrations font défaut, tandis qu'elles sont très-prononcées du côté gauche.

Dans tout le côté droit, le bruit respiratoire est moins ample, moins fort que du côté opposé, et en même temps il présente une tonalité plus aiguë; il est sifflant; l'expiration est prolongée et un peu sifflante; elle devient soufflante dans l'espace scapulo-rachidien, au niveau de la deuxième vertèbre dorsale et dans la partie voisine de la fosse sus-épineuse du côté droit, et dans ce point le murmure inspirateur est très-faible.

Derrière la pièce supérieure du sternum, surtout dans sa moitié droite, et au niveau de la partie voisine des espaces intercostaux, le souffle trachéal est transmis à l'oreille avec une grande intensité.

Dans toute la région sous-claviculaire, l'inspiration est rude et faible, l'expiration sifflante et prolongée.

Vers la partie moyenne du poumon, en arrière, on constate également une inspiration rude et affaiblie, qui s'éteint et devient presque nulle à la base.

Le ventre est météorisé.

Ces signes me firent conclure à l'existence de tubercules disséminés dans le poumon droit, d'un engorgement des ganglions bronchiques droits comprimant la bronche correspondante, et d'un léger épanchement à la base de la cavité pleurale droite. Les limites de la matité sous-sternale permirent de dessiner l'étendue probable de la tumeur ganglionnaire.

Quant à l'empâtement douloureux de la région iliaque, on pouvait supposer qu'il avait son siège dans le ligament large; l'impossibilité de pratiquer le toucher empêchait d'arriver à la certitude sur ce point; si, comme tout semblait autoriser à l'affirmer, la malade était sous l'influence d'un travail de phymatose, il était probable que cette autre localisation morbide relevait de la même diathèse, et que quelques productions de même na-

ture développées dans l'ovaire et dans la trompe étaient l'origine de la phlegmasie circumutérine.

Je prescrivis une tisane amère pour relever l'appétit (infusion de germandrée avec sirop d'écorce d'oranges amères), des cataplasmes et des onctions mercurielles sur le ventre, et, pour modifier l'action nutritive, 2 milligrammes d'arséniate de soude, à prendre en deux doses, avant les repas. Je fis étendre tous les jours de la teinture d'iode sur le côté droit de la poitrine, en l'appliquant alternativement sur les régions antérieures et postérieures.

Au bout de huit jours, le 10 mai, je fus obligé de suspendre la préparation arsenicale: il était survenu de la diarrhée, qui pouvait bien, d'ailleurs, ne lui être pas imputable. Une nouvelle fluxion congestive s'était portée sur la tuméfaction iliaque, qui était le siège de vives douleurs, irradiant dans la cuisse et jusque dans la jambe de ce côté, sous forme d'élançements; le météorisme était considérable, les signes de l'affection pulmonaire et de l'engorgement adéno-bronchique étaient encore plus accusés; au niveau de la matité sternale, on entendait une sorte de gémissement expirateur. Je constatai, à chaque inspiration, une dépression épigastrique et sus-sternale; les téguments semblaient obéir à un mouvement d'aspiration et être refoulés vers la cavité thoracique. Ce mouvement de tirage était plus marqué dans l'intervalle qui sépare les bords antérieurs des deux sterno-mastoldiens que dans le creux xiphoidien.

La langue était toujours blanche, l'anorexie était complète, mais il n'y avait ni nausées ni vomissement; les pupilles étaient notablement dilatées, les gencives un peu tuméfiées.

Je fis cesser les onctions mercurielles; elles furent remplacées par des onctions avec une pommade iodurée; un vésicatoire fut appliqué sur la région iliaque. Décoction blanche de Sydenham pour tisane.

Toutes ces tentatives thérapeutiques demeurèrent inefficaces; les douleurs iléo-fémorales persistèrent très-intenses; la diarrhée n'avait pas complètement cessé, et les selles étaient parfois enveloppées de filaments blancs; les nuances de sonorité que nous avions trouvées au sommet droit devenaient plus accentuées.

Les phénomènes stéthoscopiques étaient plus caractéristiques; en avant, dans les régions sous-claviculaires et pectoro-deltoidienne, l'expiration était soufflante et suivie d'un sifflement bronchique très-aigu.

Dans la région sus-claviculaire, je trouvai un ganglion bronchique engorgé qui semblait comme un témoignage extérieur de l'altération des ganglions circumpulmonaires.

C'était surtout au niveau de l'articulation de la première pièce du sternum avec la seconde côte que la matité était accusée.

Dans l'espace scapulo-rachidien, la résistance au doigt avait augmenté,