

et l'on entendait dans ce point un souffle qui se prolongeait dans la fosse sus-épineuse. On constatait dans tout le côté droit de la faiblesse, de la rudesse, de l'acuité du murmure inspirateur, un retentissement du bruit d'expiration avec les modalités que nous avons trouvées antérieurement, et quelques sibilus. L'épanchement, du côté droit, restait à peu près dans les mêmes limites.

La malade, se plaignant très-vivement des douleurs de la cuisse, je tentai quelques injections hypodermiques avec la solution :

Eau distillée.....	10 grammes.
Chlorhydrate de morphine.....	50 centigrammes.
Sulfate neutre d'atropine.....	1 —

Mais ce moyen, comme on devait s'y attendre, ne lui procura qu'un soulagement passager.

Dans les premiers jours de juin, les douleurs de la région iliaque, momentanément un peu calmées, devinrent très-intenses; les paroxysmes fébriles du soir furent plus prononcés; l'examen de la poitrine ne nous apprit rien de nouveau au sommet; aux deux bases, le son était obscur, surtout à droite, où l'on entendait des râles sibilants et sous-crépitants éloignés; un souffle expirateur aigu, perçu au-dessous de l'angle de l'omoplate, marquait dans ce point les limites supérieures de l'épanchement.

Il augmenta les jours suivants: le ventre, toujours météorisé, devint dur, empâté; les anses intestinales étaient agglomérées et immobiles. La fièvre persista avec des redoublements vespéraux; la diarrhée ne s'était pas arrêtée.

Je diagnostiquai une péritonite tuberculeuse et une nouvelle poussée granulueuse vers les poumons accusée par une pleurésie symptomatique.

Je fis prendre à la malade de la morphine et du bismuth, pour calmer les douleurs et la diarrhée. Elle succomba le 6 juin.

Autopsie, faite et rédigée par M. Labadie-Lagrave. — Les deux feuillets du péritoine sont revêtus de fausses membranes, les intestins sont agglutinés et réunis ensemble; il y a du pus dans le petit bassin; l'ovaire droit phlogosé, tuberculeux, est converti en deux ou trois grosses cavernes remplies de pus; la vessie est pleine de pus et tapissée de fausses membranes.

Des granulations nombreuses sont disséminées dans les deux poumons; un épanchement occupe la cavité pleurale droite, qui est doublée de fausses membranes et présente de nombreuses adhérences.

Les ganglions bronchiques sont tuméfiés: une masse ganglionnaire du volume d'une grosse noix est située à la bifurcation des bronches et comprime la bronche droite. *Elle occupe exactement la place et offre les dimensions que la percussion lui avait assignées.*

Je n'insisterai que sur une seule circonstance de cette observation, c'est l'adénopathie bronchique; les complications pulmonaires n'en ont pas altéré l'expression symptomatique, et nous la retrouvons ici avec l'ensemble des signes physiques que j'ai indiqués comme pouvant conduire au diagnostic de cette affection.

Traitement. — Quand l'adénopathie se développe consécutivement à une lésion des organes respiratoires, et je crois que telle est le plus souvent son origine, il faut chercher d'abord à éteindre ou à assoupir ce foyer d'incitation morbide qui réagit sur le système lymphatique. Dans notre troisième observation, nous avons vu, chez une femme très-probablement tuberculeuse, les signes de l'engorgement ganglionnaire disparaître avec l'apaisement d'une bronchite qui fut combattue par des moyens énergiques. Dans ce cas, l'inflammation des organes respiratoires agit sur les ganglions bronchiques comme agissent sur les ganglions superficiels les irritations spontanées ou artificielles de la peau. Cette indication domine toutes les autres, car il est évident qu'on doit peu compter sur tous les moyens adressés à l'engorgement ganglionnaire, si celui-ci s'est développé sous l'influence d'un stimulus morbide qui conserve toute son activité.

Une autre indication importante est tirée de l'état constitutionnel: il est certain que chez tous les sujets les ganglions lymphatiques ne sont pas également incitables, que leur aptitude fluxionnaire est, en général, en raison inverse de l'activité vitale et de l'énergie de la constitution; le lymphatisme accuse une décadence organique. Il faut donc recourir à tous les moyens qui peuvent soutenir ou relever la puissance nutritive, et, avant tout, aux modificateurs hygiéniques. L'air pur, le soleil, l'exercice actif, si la saison et les forces le permettent; l'exercice en voiture, si la faiblesse met obstacle à la marche; le massage, les frictions, si l'état du malade lui interdit la locomotion, sont les grands, les plus efficaces stimulants de la nutrition. On prescrira en même temps des aliments réparateurs, proportionnés à l'activité des organes digestifs; car il faut bien se rappeler que de mauvaises digestions habituelles favorisent les manifestations du lymphatisme, et que l'organisme se répare non par la quantité d'aliments qu'il ingère, mais par celle qu'il s'assimile. Tous nos efforts doivent donc tendre à favoriser cette assimilation régulière, dont l'air pur, le soleil et l'exercice sont des conditions très-importantes. En mettant l'hygiène en première ligne, il ne faut pas négliger les agents thérapeutiques, qui peuvent intervenir avec une grande puissance.

Certaines eaux minérales : les Eaux-Bonnes et surtout l'eau de la Bourboule ont une efficacité incontestable dans les affections scrofuleuses. Cette dernière, applicable peut-être à un plus grand nombre de variétés morbides, est moins contre-indiquée par l'excitation fébrile, et a sur l'autre, en outre, cet avantage considérable, qu'elle conserve après le transport ses propriétés et sa composition chimique inaltérées. Avec ces médicaments énergiques, on fera alterner les préparations pharmaceutiques qui peuvent combattre le lymphatisme et favoriser la résolution de l'engorgement des ganglions. Les applications de teinture d'iode sur les régions ganglionnaires font pénétrer de l'iode dans l'économie, et exercent en même temps sur le tégument externe une stimulation dérivative. Elles seront employées simultanément avec les eaux minérales ou avec les autres médicaments qui seront substitués à celles-ci. En effet, quand on aura employé ces eaux pendant quelques semaines, et accordé à l'organisme quelques jours de repos, on fera prendre, à l'intérieur, des préparations dites résolutive, toniques et antiscorbutiques. On pourra mélanger les sirops de quinquina, de raifort, de noyer, d'écorces d'oranges amères, et les additionner d'iodure de potassium à la dose de 10 à 25 centigrammes par cuillerée; ces petites doses, dans des circonstances où il s'agit d'imprimer au travail nutritif une modification continue, me paraissent bien préférables aux doses plus élevées que j'ai vu quelquefois prescrire aux scrofuleux et aux tuberculeux, et dont le moindre inconvénient est de provoquer l'intolérance des organes digestifs. Quelquefois j'ai mêlé aux sirops amers des sirops faits avec des végétaux qui renferment de l'iode, comme la coralline (1) et la mousse de Corse.

On pourra encore, pour varier les préparations médicamenteuses et s'accommoder aux caprices du goût et de l'estomac, administrer aux malades des boissons ou des préparations culinaires faites avec des plantes qui renferment un principe amer, ou avec certaines crucifères, comme le cresson, la cardamine, etc., ou même avec quelques fucus qui sont comestibles, et qui pourraient, à ce titre, être plus employés qu'ils ne l'ont été jusqu'à ce jour.

En Irlande on a préconisé le phosphore comme un puissant résolutif des engorgements strumeux. Si je tentais cette médication, j'emploierais le phosphore de zinc, qui me paraît être de toutes les préparations phosphorées connues la plus stable et la plus facile à manier.

(1) M. Decaisne a prouvé que la coralline appartenait au règne végétal.

Tels sont les principaux moyens que j'ai cru devoir prescrire dans l'adénopathie bronchique, et qui, dans quelques cas, m'ont paru pouvoir réclamer une part dans l'heureuse terminaison de cette affection. Je crois qu'ils pourront réussir dans des engorgements d'intensité moyenne, de date peu ancienne, et dont les signes diagnostiques que j'ai indiqués plus haut nous permettent de découvrir l'existence. Mais, évidemment, dans des conditions opposées, dans ces adénopathies anciennes et excessives, dont les observations de M. Fonssagrives nous ont tracé le tableau, le plus souvent tous nos efforts échoueront pour faire rétrograder une maladie qui, à une période moins avancée, n'eût peut-être pas été au-dessus de nos ressources.

Je terminerai par une dernière observation qu'il ne m'a pas été donné de suivre jusqu'à la solution de la maladie, mais qui nous offre un tableau assez complet des symptômes qui la caractérisent.

Le 8 avril 1869, on m'amena une jeune fille de quinze ans, grasse, mais pâle, et présentant les traits du lymphatisme. Elle était bien réglée. Depuis deux mois, elle éprouvait une toux quinteuse très-pénible, qui rappelait par ses caractères la toux des emphysémateux. Dans l'intervalle des quintes, la respiration était pénible, sifflante dans les deux temps, dans l'expiration surtout, dont la sibilance se prolongeait, perceptible à distance. Les muscles inspirateurs se contractaient avec de violents efforts; et à chaque inspiration une dépression profonde se produisait au-dessus de la fourchette sternale; les téguments du cou semblaient s'enfoncer derrière le sternum. Le pouls était fréquent, mais la peau restait sans chaleur.

La voix était grêle, poussée avec un effort qui n'aboutissait qu'à un son faible, très-aigu, mais net, clair, sans raucité.

L'expectoration était muqueuse et à plusieurs reprises a été ponctuée de sang.

La percussion donnait un son obscur derrière la première pièce du sternum, et à droite de cet os au niveau des deux premières côtes et du premier espace intercostal dans l'étendue d'un travers de doigt. En arrière on trouvait un son obscur sur les lames des quatre premières vertèbres dorsales et dans la partie voisine de l'espace scapulo-rachidien. Le son était clair dans tout le reste de la périphérie thoracique.

Le bruit respiratoire est roncheux et sibilant dans toute la poitrine.

On percevait un rhonchus retentissant à timbre bronchique dans la région scapulo-rachidienne droite et au niveau du premier espace intercostal droit, près du sternum.

Le pharynx était couvert de granulations. D'après cet ensemble de symptômes, je pensai qu'il y avait chez cette jeune fille un engorgement des

ganglions bronchiques et particulièrement de ceux qui sont placés au devant de la bronche droite. Je n'ai pas pratiqué l'examen laryngoscopique, mais la netteté du timbre de la voix rendait peu vraisemblable l'existence d'une lésion laryngée.

Les sueurs, l'expectoration sanguinolente, pouvaient faire craindre une complication tuberculeuse du poumon, dont les signes auraient pu être masqués par ceux de la bronchite, de l'adénopathie et surtout de l'emphyse pulmonaire.

Je prescrivis à cette malade l'eau de la Bourboule, des applications de teinture d'iode dans les régions scapulo-rachidiennes et sous-claviculaires.

Je n'ai pas revu cette jeune fille et je ne puis dire quel a été le résultat de ce traitement.

La modification de la voix, chez cette malade, est remarquable; cette acuité et cette faiblesse dépendraient-elles de l'action de la tumeur ganglionnaire sur le nerf laryngé? La compression du nerf produit l'aphonie ou l'affaiblissement de la voix; M. Fossagrives en a cité plusieurs exemples, mais l'élévation de la tonalité vocale semble indiquer une contraction des cordes vocales plutôt qu'un état paralytique. Avant de produire cette compression qui interrompt le courant nerveux, la tumeur exercerait-elle une stimulation aboutissant à un spasme? Ou faut-il imputer ces modifications de la voix à l'affaiblissement de la colonne d'air qui fait vibrer la glotte, ralentie et diminuée de volume par l'obstacle qu'elle trouve sur son passage, et à la contraction instinctive de la glotte qui se resserre pour compenser cet affaiblissement? C'est une question à laquelle je ne saurais répondre.

Nous observons aussi chez cette jeune fille un phénomène que j'ai déjà rencontré dans cette affection, et qui a été signalé comme un des symptômes du croup: c'est la dépression sus-sternale dans l'inspiration, décrite sous le nom de *tirage*, et dont le mécanisme est facile à comprendre. Je le crois habituel dans les formes accentuées de l'adénopathie, bien qu'il n'ait pas, je crois, été indiqué par les observateurs.

SUR L'ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE (1)

DEUXIÈME LEÇON

Sommaire. — Adénopathie bronchique dans la coqueluche. — Explication de la variabilité des signes stéthoscopiques dans l'adénopathie. — Observation.
Diminution de l'ampliation thoracique. — Instrument imaginé par l'auteur pour la constater. — Pnéomètre de Mathieu.
Phénomènes dus à la compression des nerfs pneumogastrique et récurrent.
Troubles de la respiration et de la voix. — Examen laryngoscopique.
Vomissements. — Formes diverses de l'adénopathie bronchique.
Observations cliniques.

MESSIEURS,

Depuis mes premières recherches sur l'adénopathie bronchique, j'ai eu de bien nombreuses occasions d'en constater la fréquence et en même temps de vérifier l'exactitude des signes que j'ai indiqués; beaucoup d'inégalités et d'anomalies respiratoires auxquelles on donne souvent pour explication banale l'existence d'un léger degré d'emphyse, sont imputables à la tuméfaction des ganglions bronchiques. Dans un grand nombre d'affections chroniques et dans beaucoup de congestions aiguës des organes thoraciques, on constate des modifications du bruit respiratoire souvent limitées à un seul côté ou même à un seul lobe, sans lésion locale appréciable. Rien n'est plus commun dans la phymatose, dans la rougeole, dans la coqueluche. J'ai en ce moment même sous les yeux un malade affecté de la fièvre typhoïde chez lequel on constate de la matité dans les régions ganglionnaires du côté droit; de ce côté, le bruit respiratoire est presque nul et remplacé par des sibilus comme étouffés, tandis qu'à gauche le murmure vésiculaire se mêle aux rhonchus sibilants.

(1) Leçons publiées dans la *Gazette hebdomadaire*, nos 21 et 22, mai 1873.