

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'emphyème 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'emphyème, 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.

Dans la coqueluche, je suis porté à croire qu'il faut faire à l'adénopathie une part plus importante encore. Nous avons déjà signalé le caractère coqueluchoïde de la toux dans certaines formes d'adénopathie, caractère noté par tous les observateurs qui se sont occupés de cette question ; l'inspiration sifflante qui précède la quinte de la coqueluche se retrouve souvent dans les degrés avancés de l'adénopathie, quelquefois même avec le vomissement terminal. Il est difficile de ne pas admettre qu'il y ait dans ce dernier cas une incitation morbide du pneumogastrique, directe ou réflexe, imputable aux ganglions malades.

Je ne prétends pas que dans la coqueluche l'adénopathie soit l'intermédiaire nécessaire de cette incitation, mes observations ne sont pas assez nombreuses pour autoriser cette conclusion, mais je crois que, dans beaucoup de cas au moins, l'affection ganglionnaire mêle son expression symptomatique à celle de la maladie dont elle est une complication. Je suis disposé à lui attribuer ces coqueluches chroniques qui peuvent durer deux ou trois ans avec le caractère distinctif de la toux. Elles ont été signalées par tous les auteurs qui ont décrit cette maladie ; j'en ai vu moi-même quelques exemples.

Quelle anomalie singulière dans une maladie contagieuse au premier chef, qui a en quelque sorte les allures d'une fièvre éruptive, qui débute par une période prodromique catarrhale pendant laquelle la toux n'a rien de spécial, et qui accomplit ordinairement son évolution dans l'espace de quelques semaines ! Quelle anomalie dans la classe des maladies contagieuses, que cette persistance pendant des mois et des années ! Eh bien, je suis porté à croire que cette anomalie est plus apparente que réelle, et, dans les cas de cette espèce que j'ai observés, j'ai rencontré une tuméfaction des ganglions bronchiques à laquelle j'ai cru pouvoir attribuer la persistance de la toux convulsive.

Sans affirmer que cette toux convulsive de la coqueluche qui semble accuser, comme nous l'avons dit, une incitation anormale du pneumogastrique, soit connexe à l'adénopathie ; sans nier que cette névrose de la dixième paire ne puisse être une manifestation directe de la maladie, on peut cependant remarquer que le spasme laryngien ne survient que plusieurs jours ou même plusieurs semaines après le début de la coqueluche, après l'apparition de la congestion bronchique. Si l'on constatait qu'à cette époque se montrent les signes de l'adénopathie, la corrélation des deux phénomènes deviendrait infiniment probable.

Pour apprécier la part de l'engorgement ganglionnaire dans la coqueluche, il serait intéressant de déterminer dans quelles limites la co-

queluche est contagieuse, si elle est seulement transmissible pendant les premières semaines de sa durée, ou si elle conserve cette propriété aussi longtemps que dure la toux caractéristique. Que de questions importantes sur les conditions, l'époque, la durée de la transmissibilité dans les maladies contagieuses, restent encore irrésolues, pendant qu'on discute sur la spécificité et la nature intime des phénomènes inaccessibles à notre observation !

J'avais plusieurs fois constaté que les signes stéthoscopiques de l'adénopathie bronchique étaient variables, mobiles, qu'ils pouvaient paraître et disparaître d'un jour à l'autre, dans le cours d'un même examen ; il m'a été donné dernièrement de déterminer les conditions de ce phénomène dont je n'avais pas trouvé une explication nette ; je supposais bien que les ganglions subissaient quelques déplacements ; mais comment le déplacement pouvait-il s'effectuer, quelle en était la cause ?

Une femme entre dans mon service, il y a quatre semaines, dans un état d'asphyxie imminente ; la dyspnée était extrême : orthopnée, cornage, angoisse, voix rauque et étouffée, teinte violacée de la face, pouls fréquent et dépressible, tels étaient les symptômes qu'elle me présenta quand je la vis pour la première fois. Je constatai un son mat sur les lames droites des quatre premières vertèbres dorsales, au niveau des articulations des deux premières côtes droites et dans la partie voisine du manubrium sternal. La respiration était aiguë, sifflante, inexpandive, à droite surtout. Un souffle expirateur très-fort était perçu dans la fosse sus-épineuse droite ; il avait son maximum dans le voisinage du rachis ; à gauche on le retrouvait, mais affaibli et comme un retentissement de celui qu'on entendait à droite ; derrière la partie supérieure droite du sternum, on trouvait une expiration soufflante.

Le laryngoscope nous fit constater une hypertrophie des cordes vocales supérieures qui étaient rouges et tuméfiées ; elles formaient deux tumeurs convexes, presque contiguës ; les cordes vocales inférieures, cachées par les supérieures, n'apparaissaient que comme deux lisérés filiformes à travers la fente étroite que les premières laissaient entre elles. M. le docteur Krisha-ber, qui a bien voulu nous aider de son expérience, entrevit la muqueuse de la trachée, qui lui parut très-rouge et comme végétante.

De ces phénomènes, je crus pouvoir conclure que l'affection syphilitique du larynx était compliquée d'adénopathie bronchique, et qu'on devait imputer à cette complication le souffle observé au sommet droit et la différence du bruit respiratoire dans les deux côtés. Mon ami le docteur Cazalis, qui vit avec moi cette malade, me fit observer que ce souffle si intense

avait un timbre très-doux, et cette circonstance lui paraissait venir à l'appui de l'opinion qui plaçait en dehors des tuyaux bronchiques, plutôt que dans la cavité même de l'arbre aérien, la lésion qui le produisait.

Je prescrivis à cette femme le traitement mixte ioduré hydrargyrique que j'emploie presque toujours contre les lésions viscérales de la syphilis tertiaire; mais comme cette femme m'affirmait qu'elle n'avait jamais pu supporter l'iodure de potassium, j'y substituai la teinture d'iode récemment préparée, à la dose de trois à quatre gouttes deux fois par jour, diluée dans un petit verre d'eau de riz.

En même temps, on lui fit des frictions sur le dos, les aisselles et les aines avec de l'onguent napolitain. Sous l'influence de cette médication, la dyspnée diminua très-rapidement; au bout de trois ou quatre jours, la malade pouvait rester couchée sur le dos; l'angoisse et la suffocation avaient disparu; la respiration n'était plus accompagnée de ce sifflement que naguère on entendait à distance; la voix était meilleure. Je pus remplacer la teinture d'iode par l'iodure de potassium, auquel je donnai pour passe-port une petite quantité d'extrait thébaïque. Quelques jours après, les gencives, qui étaient déjà en très-mauvais état, accusaient l'action du mercure; je recommandai à la malade l'usage du collutoire dont je fais habituellement usage dans les stomatites mercurielles :

Décocté de pavots.....	200 grammes.
Sirop de ratanhia.....	20 —
Chlorate de potasse.....	10 —
Eau de laurier-cerise.....	15 —

La stomatite persistant, je fis suspendre les frictions mercurielles et appliquer dans les rainures gingivo-buccales des mèches de charpie trempées dans le collutoire; ce moyen fut efficace, et, après sept ou huit jours d'interruption, je reprenais les frictions mercurielles à petites doses. Quinze jours environ après le début du traitement, le laryngoscope me faisait constater une amélioration considérable et en rapport avec les changements survenus dans l'état fonctionnel du larynx. La tuméfaction des cordes vocales avait considérablement diminué; la glotte avait repris à peu près ses dimensions normales. En auscultant la malade, je ne trouvai plus ce souffle expirateur que nous avions entendu si intense au niveau de la fosse sus-épineuse droite. Je pensai qu'il avait disparu avec la plupart des symptômes observés à l'entrée de la malade; mais quel ne fut pas mon étonnement de le constater quelques semaines plus tard; et, pendant la durée de mon examen, il disparut de nouveau. En réfléchissant sur les conditions de ce phénomène, je trouvai que je pouvais faire cesser ce souffle à volonté en faisant fléchir le cou de la malade, tandis que quand elle relevait la tête en arrière il reparait aussitôt.

Dans la première position, le rachis s'incurve en avant, augmente l'espace destiné à la trachée; celle-ci se raccourcit, devient mobile et tend à se rapprocher du sternum. Dans la seconde, les vertèbres cervicales forment un arc à convexité antérieure, sur lequel la trachée appliquée et tendue devient presque immobile. Ainsi, les rapports de la trachée avec le corps des vertèbres et avec les ganglions bronchiques, la tension, la mobilité et la longueur du tuyau trachéal, peuvent changer avec les positions du cou; il n'est donc pas étonnant que la compression des tubes aërières et la conduction des bruits qui s'y produisent puissent varier avec ces positions. En ce moment, j'observe un malade chez lequel, comme signe d'adénopathie bronchique, on constate un son obscur au niveau des premières lames vertébrales dorsales et de la lisière gauche du manubrium sternal. Dans la région sous-claviculaire et surtout dans les régions sus-épineuse et scapulo-rachidienne, on entend une sorte de bruit de frottement constitué par de gros craquements secs qui accompagnent l'inspiration et retentissent dans une grande partie du lobe supérieur du poumon gauche; au niveau de ce lobe, le murmure vésiculaire est faible, aigu, suivi d'expiration. Cette faiblesse et cette acuité augmentent, et surtout les craquements deviennent beaucoup plus forts quand la malade renverse la tête en arrière; quand elle est infléchie en avant, les phénomènes diminuent notablement.

Il m'a paru que chez quelques sujets dont la poitrine était saine le bruit respiratoire, ausculté dans la région scapulo-rachidienne, était plus aigu dans l'extension que dans la flexion de la tête.

J'ai observé chez un autre malade, qui présentait les symptômes les moins équivoques de l'adénopathie bronchique, un autre phénomène, qui, s'il se montrait habituellement, ajouterait un nouveau signe à ceux que j'ai déjà signalés: la respiration était très-faible et très-aiguë dans tout le côté droit de la poitrine correspondant aux ganglions malades, sans aucun indice de pleurésie récente ou ancienne. La tonalité thoracique était un peu plus aiguë que de l'autre côté, circonstance qui m'a paru pouvoir se rattacher dans beaucoup de cas à la diminution de l'ampliation pulmonaire. En effet, cette ampliation était beaucoup moindre que celle du côté opposé.

J'ai fait faire, pour mesurer cette ampliation, un instrument dont le mécanisme a été imaginé par M. Mathieu; il l'a substitué à celui que je lui avais proposé et qui était d'un maniement beaucoup moins commode. C'est un ressort elliptique servant d'attache à deux bandes de cuir qui portent sur une de leurs faces des divisions métriques. On fixe

celles-ci pendant l'expiration avec le pouce de chaque main au niveau de points choisis d'avance et marqués à l'aide d'un crayon sur la ligne médiane du sternum et sur la crête épineuse du rachis. Cela fait, on engage le malade à faire de grandes inspirations : la traction du ressort, proportionnelle à l'amplitude de l'expansion thoracique, fait mouvoir une aiguille qui suit les oscillations du ressort. Celle-ci chasse devant elle une autre aiguille indépendante qui marque sur un cadran le maximum d'ampliation. Cet instrument peut mesurer à la fois les dimensions de la périphérie du thorax et l'étendue de ses mouvements : je l'ai nommé *pnéomètre*; il ne donne pas, bien entendu, des mesures absolues, mais des relations qui me paraissent utiles à connaître.

La diminution de l'expansion du thorax produite par la compression des grosses bronches serait un fait analogue à celui qu'a signalé Dupuytren, du rétrécissement de la poitrine ou plutôt de son défaut d'évolution consécutif à l'hypertrophie des amygdales.

Un engorgement même médiocre des ganglions bronchiques, produisant des troubles respiratoires peu intenses, peut déterminer une compression des nerfs intrathoraciques et en altérer les fonctions. Les observations suivantes nous montrent sous ce nouvel aspect l'adénopathie bronchique, en rendant accessible à nos regards la modification morbide des nerfs respirateurs. Elles seront une présomption en faveur de l'hypothèse que j'ai hasardée plus haut sur le rôle que peut jouer l'affection ganglionnaire dans le spasme de la coqueluche, et prouveront que dans ces degrés modérés de la maladie le nerf pneumogastrique peut subir une impression anormale.

Dans les premiers jours du mois d'août 1872, une jeune dame se présenta à ma consultation avec une lettre du docteur Fournier, d'Angoulême, qui me donnait sur sa maladie les détails suivants :

Quelques années auparavant, cette dame avait eu une coqueluche intense; elle avait toussé pendant plus de deux mois. Depuis lors, la malade a souffert d'une oppression continuelle, et, en outre, elle est sujette à des accès de dyspnée violents et comme convulsifs. La voix, à cette époque, n'était pas modifiée. De temps en temps on entendait à l'un des sommets du râle sous-crépitant, comme si le poumon était le siège de poussées fluxionnaires; en même temps la malade accusait de la chaleur dans la poitrine et des douleurs vers l'épaule. Pendant longtemps les vésicatoires ont eu sur ces congestions une action très-efficace, qui dans ces derniers temps s'est affaiblie.

Au milieu de ces troubles respiratoires, la nutrition s'était conservée in-

tacte; le teint n'était pas altéré, rien ne pouvait faire supposer une lésion grave des poumons; néanmoins, comme un des frères de la malade était mort phthisique, le docteur Fournier conservait des préoccupations. Il envoya la malade aux Eaux-Bonnes et lui conseilla de passer l'hiver à Arcachon. A peu près vers cette époque, il y a quatre ans, la voix s'était éteinte sans présenter la raucité ni le timbre de la laryngite chronique. La malade parle à voix basse, et par intervalles surviennent des crises qui durent plusieurs jours, pendant lesquelles la malade est complètement aphone. La dyspnée a persisté avec les mêmes caractères; la malade ne peut marcher sans être extrêmement essoufflée; elle se plaint souvent de chaleur dans la poitrine et de douleurs thoraciques.

« Ces symptômes, ajoute notre confrère, me paraissent de toute évidence se rattacher à une affection du pneumogastrique, dans laquelle la coqueluche initiale a joué un rôle important. Mais quelle est cette affection? Deux éminents médecins de Paris, connus dans la science par leurs travaux sur les maladies du système nerveux, ont diagnostiqué une névrose du pneumogastrique! Mais le mot névrose cache bien souvent une lacune de diagnostic; c'est dire : le pneumogastrique souffre. Mais comment souffre-il? Il serait trop long d'énumérer toutes les médications qui ont été mises en usage, bromure, belladone, etc., et qui sont restées inefficaces. »

J'examinais cette malade, et je constatai les signes qui caractérisent pour moi l'adénopathie bronchique : entre autres un son mat dans la partie supérieure gauche du sternum, au niveau du premier espace intercostal et des deux premières articulations sterno-costales, aussi bien qu'au niveau des lames gauches des premières vertèbres dorsales. Dans tout ce côté, la respiration était plus faible et plus aiguë que du côté droit. La malade ne toussait pas. Quand elle avait fait un effort respiratoire pendant mon examen, la respiration devenait pendant quelques secondes très-courte et très-anhéante.

Les anomalies de la sonorité et du bruit respiratoire, quoique légères, me parurent suffisantes pour caractériser un engorgement des ganglions bronchiques gauches, et cet engorgement me sembla établir une relation plausible entre la coqueluche, qui marquait le point initial de tous les accidents, et l'aphonie survenue depuis quatre ans. Je diagnostiquai une paralysie de la corde vocale gauche produite par une compression du nerf récurrent de ce côté, et, adressant cette malade à M. le docteur Krishaber, je lui remis une lettre où j'indiquai et motivai mon diagnostic, lettre qui ne devait être remise qu'après que mon savant confrère aurait pratiqué l'examen laryngoscopique et indiqué les résultats que cet examen lui fournissait. Mes prévisions furent complètement vérifiées : la corde vocale gauche était immobile, pendant que la droite avait conservé toute l'énergie de ses mouvements. Je prescrivis l'eau de la Bourboule alternant avec des préparations iodées.

Dans cette observation, nous voyons la coqueluche cause probable d'une adénopathie, qui a persisté sans doute sous l'influence d'une disposition constitutionnelle, qui a amené à la longue dans les fonctions et peut-être dans la structure d'un des nerfs laryngés une altération permanente. Il est bien à craindre qu'après une impression si prolongée de la cause morbide le nerf lésé n'ait subi dans sa texture des désordres irréparables, alors même que l'affection ganglionnaire pourrait être modifiée; peut-être cependant la voix pourrait-elle revenir partiellement. Nous verrons dans l'observation suivante une voix rauque, sourde, mais non éteinte, avec une immobilité complète d'une des cordes vocales. Cette aphonie absolue qui survenait par intervalles semblait indiquer que par moments la paralysie s'étendait au côté droit du larynx. L'essoufflement habituel, les accès de dyspnée, accusaient sans doute un trouble direct ou réflexe du pneumogastrique.

Ces poussées de congestion pulmonaire se montrant par intervalles se rencontrent parfois avec les tumeurs intrathoraciques, imputables sans doute à la gêne circulatoire et au stimulus morbide qu'elles produisent dans la partie voisine du poumon; je les ai plusieurs fois observées dans des cas d'anévrysme de l'aorte; on entendait au niveau de la tumeur des râles sous-crépitants, limités, qui persistaient pendant un temps variable, puis disparaissaient pour reparaître de nouveau.

Notre malade ne toussait pas. Nous avons vu que l'adénopathie bronchique produit habituellement de la toux, souvent quinteuse, analogue à la toux de la coqueluche. Le rapport des ganglions malades avec le pneumogastrique, leur volume, la nature, le siège, la durée et le degré de l'action morbide qui a envahi le nerf font varier les troubles fonctionnels qui expriment cette action. Ne voit-on pas la compression des nerfs ganglionnaires dans l'anévrysme de l'aorte produire d'abord la dilatation de la pupille, puis son resserrement? Dans le premier cas, le nerf est stimulé, et la contraction des fibres iridiennes traduit cette stimulation; dans le second, la compression ou la désorganisation des tubes nerveux interrompent leurs fonctions conductrices, et les fibres dilatatrices sont paralysées. Il est possible d'ailleurs que la lésion des pneumogastriques abolisse l'action réflexe dont la toux est la conséquence, ou empêche les mouvements synergiques qui la produisent, comme elle empêche la phonation.

J'ai admis que chez notre malade une tumeur ganglionnaire était la cause des accidents, parce que je trouvais chez elle les signes qui en attestent ordinairement l'existence; on conçoit que d'autres tumeurs

développées dans la partie supérieure du médiastin, contiguës à la trachée et à l'origine des bronches, puissent produire des phénomènes semblables à ceux que nous avons attribués à l'adénopathie bronchique. En dehors des tumeurs malignes, qui tôt ou tard se dénoncent par des caractères spéciaux, je ne vois guère que les anévrysmes de l'aorte qui puissent imiter les symptômes de cette affection; mais dans l'immense majorité des cas les anévrysmes de cette région s'accusent par des battements et des signes stéthoscopiques distinctifs, à moins que leur cavité ne soit complètement oblitérée par des coagula sanguins.

L'origine de la maladie attribuée à la coqueluche par des médecins qui en ont suivi l'évolution me paraît une présomption en faveur de mon diagnostic.

J'ai conseillé l'eau de la Bourboule parce qu'elle est un des modificateurs les plus puissants que je connaisse dans les affections de ce genre. J'ai vu se résoudre sous son action des adénies multiples et des engorgements strumeux du cou qui avaient acquis un volume énorme.

Les eaux sulfureuses avaient été employées sans succès; c'est même après une cure d'Eaux-Bonnes que l'aphonie était survenue. J'ai cru utile de faire alterner l'eau de la Bourboule avec les préparations iodées, qui interviennent souvent si efficacement dans les maladies lymphatiques.

Dans l'observation suivante, la dysphonie, jointe aux signes qui me paraissent indiquer l'existence d'une tumeur solide dans cette partie supérieure du médiastin que j'appelle région ganglionnaire, me conduisit à diagnostiquer une compression du laryngé inférieur droit, et l'examen laryngoscopique fit constater une paralysie du tyro-aryténoïdien de ce côté; le tronc même du pneumogastrique, la chaîne du grand sympathique et le ganglion cervical inférieur subissaient également l'action morbide dont ils manifestaient l'impression par des troubles fonctionnels des organes qu'ils innervent.

Rosalie A..., âgée de quarante-huit ans, à la suite d'une grippe qui dura plusieurs mois, a eu, vers l'âge de huit ans, des adénites sous-maxillaires suppurées qui ont laissé des cicatrices. Vers la même époque elle devint sujette à des palpitations, à des accès d'étouffements et à des hémoptysies qui se répétèrent fréquemment avant l'apparition du flux menstruel. Celui-ci ne se montra pour la première fois qu'à l'âge de vingt ans. Suivant la pratique qui régnait alors, elle fut soumise à des saignées répétées. On la phlébotomisa quinze ou vingt fois pendant ce laps de temps.

Avec la menstruation ces accidents diminuèrent considérablement, mais sans disparaître; elle resta sujette aux palpitations et aux crachements de sang. L'écoulement menstruel était régulier, mais peu abondant, généralement précédé d'hémoptysie ou d'épistaxis; elle avait en outre de fréquentes migraines, et ses urines étaient souvent sédimenteuses. Il y a huit ans, elle fut affectée d'une pneumonie dont elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu. Après sa guérison, elle continua à éprouver les mêmes accidents périodiques jusque il y a quinze mois; à cette époque ses règles cessèrent, et avec elles les palpitations et les hémoptysies qui les avaient accompagnées jusque-là. Il y a quatre mois, elle fut atteinte d'une affection cutanée, prurigineuse le matin seulement, principalement localisée sur la main droite, mais s'étendant à d'autres régions. A son entrée à l'Hôtel-Dieu, nous observâmes sur sa peau quelques groupes eczémateux qui en étaient les restes, nous dit-elle. Deux mois après le début de cette dermatose, elle prit deux bains sulfureux qui la firent en grande partie disparaître; mais immédiatement après ces bains elle commença à éprouver des vertiges, il y a environ six semaines; ils ont persisté depuis cette époque, et depuis quinze jours ils ont considérablement augmenté et ont été plusieurs fois accompagnés de vomissements. Elle est tombée une fois sans connaissance et est restée trois heures en cet état. Quand elle est revenue à elle, tout le côté gauche était engourdi; le lendemain ce phénomène avait disparu, mais le côté droit était engourdi à son tour et le siège de fourmillements. Depuis lors, bien que les mouvements puissent dans le lit s'accomplir d'une manière normale, elle ne peut se tenir debout; et lorsqu'elle essaye de le faire elle paraît avoir de la tendance à tomber du côté droit. Elle explique avec netteté que ce n'est pas l'affaiblissement de l'appareil locomoteur, mais le vertige, qui provoque sa chute. Si on la soutient sous les bras, elle remue les jambes avec facilité, elle a conscience des mouvements; elle a la sensation du sol et peut marcher les yeux fermés. Bien que les vertiges soient continus, ils présentent une sorte d'alternance avec les douleurs: celles-ci diminuent quand les vertiges augmentent, et *vice versa*.

Cette femme est sèche, maigre, son teint est un peu jaunâtre, ses pupilles sont contractées, la droite surtout. Par moments on observe un léger strabisme convergent de l'œil droit; sa vue est trouble, dit-elle.

Les fonctions digestives s'accomplissent d'une manière régulière, l'appétit est normal, la soif n'est pas exagérée, quoique la bouche soit sèche; la déglutition des liquides est difficile. La malade est constipée.

La voix est sourde, rauque, éraillée; c'est depuis quinze jours, dit-elle, et surtout depuis quatre, qu'elle présente ce caractère. La malade ne tousse pas.

Ses artères sont dures, inégales, sinueuses, bosselées, moliniformes. Son pouls présente des intermittences assez éloignées; en auscultant le cœur

on constate un bruit de souffle à la pointe qui se propage vers la base en s'affaiblissant. Le volume du cœur n'est pas notablement augmenté.

Par la percussion, on trouve un son obscur dans les régions sus- et sous-claviculaires droites; ce son est encore obscur dans la partie interne du premier espace intercostal, ainsi que dans la moitié droite du manubrium sternal, surtout au niveau de l'articulation de la seconde côte, avec élévation de la tonalité et résistance au doigt. Ces anomalies de sonorité se retrouvent en arrière, moins accentuées, au niveau des lames droites des quatre premières vertèbres dorsales et dans la fosse sus-épineuse.

Dans tout le côté droit de la poitrine, la respiration est faible, plus rude, moins expansive qu'à gauche. Dans la fosse sus-épineuse, surtout près du rachis, on entend un souffle expirateur très-fort qu'on retrouve beaucoup plus faible dans la région correspondante du côté gauche; on l'entend encore, mais affaibli, en avant et à gauche au niveau de la partie supérieure du sternum, et dans le voisinage de cet os, dans les points qui présentent un son obscur sous la percussion; là aussi les bruits du cœur sont transmis plus nets et plus forts qu'ils ne le sont dans les points situés au-dessous. Dans toute la région sous-claviculaire on entend une expiration soufflante et de l'écho de la toux, parfois des craquements secs passagers.

En pratiquant la percussion, on éveille une vive sensibilité qui s'étend à la plus grande partie de la moitié droite du thorax, plus accentuée en avant. Cette hyperesthésie existe plus développée encore dans la région cervicale, surtout au niveau du muscle sterno-mastoïdien et le long de son bord postérieur. La malade accuse en outre des douleurs spontanées qui, partant de la région temporale droite, descendent jusqu'à la clavicule et parfois jusqu'à la région sous-mammaire.

Il y a un léger œdème de la paroi thoracique du même côté, le stéthoscope et le doigt y laissent une empreinte qu'on n'observe pas du côté gauche. En explorant la région sus-claviculaire de ce côté, on sent que l'artère sous-clavière est volumineuse, indurée; elle soulève la peau; à sa partie interne on trouve un ganglion tuméfié; dans ce point, pas plus que dans la région sous-claviculaire, on n'entend aucun bruit morbide qu'on puisse rapporter à une lésion vasculaire. Sur les côtés du cou, surtout à gauche, on rencontre des ganglions engorgés assez volumineux.

Cet ensemble symptomatique me fit diagnostiquer l'existence d'une tumeur, probablement ganglionnaire, comprimant le récurrent droit, le pneumogastrique, le grand sympathique et la veine sous-clavière; je rattachai à cette compression la dysphonie survenue depuis quelques semaines. Je priai M. Krishaber, qui assistait à ma visite, de pratiquer l'examen laryngoscopique, qui montrerait si cette interprétation était fondée et si quelques troubles des mouvements de la glotte manifestaient une anomalie fonctionnelle du nerf laryngé inférieur. Cet examen confirma toutes mes prévisions: