

XCI. — DE L'ADÉNIE.

Affection caractérisée par l'hypertrophie progressive des ganglions lymphatiques superficiels et profonds. — Hypergénèse des cellules ganglionnaires. — Jamais d'inflammation des ganglions. — Quelquefois hypertrophie concomitante de la rate, du foie et des glandes intestinales. — Trois périodes dans la maladie : période latente ; période progressive, de généralisation et d'état ; période cachectique. — Dans la première période, point de troubles généraux ; dans les deuxième et troisième périodes, anémie sans leucémie. — Œdème des membres, ascite, quelquefois anasarque. — Toux. — Dyspnée. — Accès de suffocation par compression des bronches. — Durée de la maladie, dix-huit mois à deux ans. — Terminaison presque toujours mortelle par accès de suffocation ou par état cachectique.

MESSIEURS,

Dans tous les temps, les médecins se sont préoccupés des engorgements, ou, comme on disait autrefois, de l'obstruction des viscères. Ainsi les anciens auteurs, dans l'étude des cachexies, accordaient une grande importance aux obstructions de la rate et du foie.

Depuis les travaux de Sydenham, de Morton et de Torti sur l'infection palustre, on a toujours recherché avec soin quelle pouvait être la part de cette infection dans l'hypertrophie de ces organes.

L'anémie, l'état cachectique, qui accompagnent ces engorgements viscéraux, avaient conduit à penser que la constitution du sang était profondément modifiée. L'altération des éléments du liquide sanguin avait été soupçonnée, mais non démontrée ; aussi, vous vous rappelez avec quel intérêt furent accueillis les travaux de MM. Bennett et Virchow sur une maladie nouvelle, à laquelle ces auteurs donnèrent le nom de *leucémie*, et qui, suivant eux, était la conséquence de l'hypertrophie de la rate, du foie ou des ganglions lymphatiques.

Au premier moment, l'engorgement fut grand pour cette découverte des deux savants étrangers, et chacun se mit en devoir d'apporter de nouveaux faits. On admit qu'il existait une leucocythémie splénique et une leucocythémie lymphatique. Cependant de nombreux faits ont établi que l'engorgement hépatique, splénique et ganglionnaire pouvait exister sans modification du nombre des globules blancs et des globulins ; et de plus, les savantes recherches de M. le professeur Ch. Robin ont démontré que les globules blancs et les globulins pouvaient être en excès dans le sang, bien qu'il n'y eût aucune hypertrophie viscérale ou ganglionnaire. Enfin cette hypergénèse

des leucocytes peut être rencontrée dans des états morbides indépendants de tout engorgement viscéral et même dans des états physiologiques (1).

Nous savions depuis longtemps, messieurs, que l'hypertrophie de la rate et du foie n'avait point pour conséquence obligée l'hypergénèse des leucocytes. L'observation clinique ne devait point tarder à mettre hors de doute que l'hypertrophie ganglionnaire pouvait aussi exister sans augmenter le nombre des globulins.

C'est de l'HYPERTROPHIE GÉNÉRALISÉE DES GANGLIONS LYMPHATIQUES que je désire aujourd'hui vous entretenir. Dès que mon attention se fut fixée sur cette étrange affection, je fus frappé de ne jamais voir la suppuration s'emparer de ces énormes tumeurs lymphatiques, qui pendant quelque temps ne présentaient d'autres inconvénients que ceux qui pouvaient tenir à la gêne des organes comprimés par ces tumeurs.

Je constatais en même temps, il est vrai, l'incurabilité de ces tumeurs, qui, si elles ne s'enflammaient jamais, avaient néanmoins une insurmontable ténacité, tendaient sans cesse à s'accroître, et après un temps qui n'avait rien de précis, finissaient par exercer sur la constitution une influence profondément délétère, et souvent tuaient par la compression de certains organes essentiels à la vie.

Il me fut donc démontré qu'il fallait voir dans le développement de ces tumeurs ganglionnaires un génie spécifique ; je voulus imposer un nom spécial à une maladie spéciale, je l'appelai ADÉNIE. Ce n'est point que cette dénomination ne puisse convenir à une multitude d'affections ganglionnaires, à la tuberculisation cervicale, mésentérique, etc. ; cependant je persiste à lui donner ce nom, afin que désormais il soit bien établi qu'il y a une *espèce morbide* nouvelle dans la grande famille des maladies ganglionnaires.

Tout d'abord, messieurs, qu'il soit bien entendu que je n'ai rien découvert ; que la description de la maladie a été assez bien faite avant moi : en Angleterre, par M. Hodgkin (2) ; en France, par un de mes élèves, M. Bonfils (3) ; et en Suisse, par M. Cossy (4). Je ne prétends à aucun autre mérite que celui d'avoir réuni des faits assez nombreux, empruntés à ma propre pratique et à celle de mes confrères ; d'avoir relié ces faits par une description commune, de les avoir embrassés dans une appellation spéciale, et d'avoir essayé d'en vulgariser la connaissance.

Mon collègue et ami M. le professeur Nélaton a souvent entretenu ses

(1) *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, p. 51. Paris, 1859.

(2) Hodgkin, *On some morbid appearances of the absorbent glands and spleen* (*Medico-chirurg. Transactions*, 1832, t. XVII, p. 168).

(3) Bonfils, *Réflexions sur un cas d'hypertrophie ganglionnaire générale* (*Société médicale d'observation de Paris*, 1856).

(4) Cossy, *Mémoire pour servir à l'histoire de l'hypertrophie simple plus ou moins généralisée des ganglions lymphatiques, sans leucémie* (*Écho médical*, t. V. Neuchâtel, 1861).

élèves de la maladie qui nous occupe, et, comme moi, il a voulu y voir une maladie ganglionnaire toute spéciale. Mon collègue M. le professeur Laugier, dans le service duquel avait été observé le malade dont M. le docteur Bonfils a rapporté l'histoire, avait été frappé également de ce que la maladie présentait de particulier; l'honorable et savant directeur de l'école de médecine de Rouen, M. Leudet, avait, avec la sagacité qui le caractérise, bien observé que l'adénie était une maladie toute spéciale, et bien souvent nous avions échangé nos idées à ce sujet.

De son côté, M. le docteur Cossy, en 1861, avait publié un mémoire où se trouvent consignés trois faits d'hypertrophie ganglionnaire simple généralisée sans leucémie. Enfin, je dois à l'obligeance extrême de MM. Potain et Laboulbène, mes collègues dans les hôpitaux, d'avoir bien voulu me communiquer deux observations, dont l'une a été recueillie à l'hospice des Ménages, et l'autre à l'hôpital Sainte-Marguerite.

Tous ces faits ont du reste une grande ressemblance, et il ressort de leur étude attentive que l'adénie consiste en une *hypertrophie simple des ganglions lymphatiques* superficiels et profonds, et en des *productions lymphatiques* dans différents organes, analogues à celles que l'on rencontre dans la leucocythémie, mais (et le fait est essentiel et caractéristique) *sans qu'il y ait augmentation des globules blancs* du sang.

Cette hypertrophie ganglionnaire est quelquefois accompagnée d'une hypertrophie simple du foie et de la rate. De plus, comme je viens de vous le dire, et comme on le voit bien dans une observation de M. Potain (1), il y a aussi, en certains cas, hyperplasie des follicules isolés et agminés de l'intestin grêle.

Dans toutes ces observations, si ce n'est dans l'une de celles qui nous ont été communiquées par le docteur Leudet, il n'y avait point augmentation des leucocytes ni des globulins. Ce qui distingue donc l'adénie des autres affections ganglionnaires, et en particulier de la leucocythémie, c'est d'une part l'absence d'altération appréciable du sang, autre que l'anémie, et encore l'anémie ne devient-elle manifeste que dans la deuxième période de la maladie.

Les malades viennent ordinairement consulter dans les premiers mois de leur affection. Ils se plaignent du développement d'un grand nombre de tumeurs à la surface du corps et quelquefois d'un peu de dyspnée. Du reste, ils se disent bien portants, leur santé ne paraît point altérée, l'appétit est conservé, il n'y a point de troubles sérieux des principales fonctions, la nutrition, dans les cinq ou six premiers mois de la maladie, n'est point sensiblement modifiée.

L'hypertrophie ganglionnaire commence le plus souvent par la région sous-maxillaire, puis bientôt les malades sont effrayés de voir des tumeurs se développer sur les parties latérales du cou, dans le creux axillaire et dans les

(1) Potain, *Bulletins de la Société anatomique*, 1861, p. 217.

aines. Il y a plus rarement hypertrophie des ganglions épitrochléens et poplités. Cependant les ganglions sous-maxillaires et cervicaux ne tardent point à donner un singulier aspect à la figure : la tête paraît relativement petite et repose sur une masse ganglionnaire que les malades cherchent d'abord à dissimuler par quelque artifice de toilette. Les tumeurs du cou se montrent sans changement de coloration de la peau. Elles n'ont contracté aucune adhérence avec les parties voisines, et chaque ganglion hypertrophié reste souvent indépendant des ganglions voisins. Ces tumeurs sont roulantes, on peut les toucher, les presser, les malaxer même sans déterminer de douleur. Celles de la région sous-maxillaire se continuent quelquefois sous forme de chapelet avec celles du côté opposé et avec les tumeurs des régions latérales du cou. Ces dernières peuvent ne pas être seulement superficielles; dans un cas je les ai vues se continuer sur les parties latérales du larynx, de la trachée-artère, et elles peuvent s'étendre jusqu'aux bronches. Quelquefois elles se continuent au-dessous de la clavicule avec les tumeurs axillaires. Ces dernières sont ordinairement très-développées, elles ont souvent la grosseur d'un œuf de poule ou de dinde; chez un malade des environs de Fontainebleau auquel MM. les docteurs Escalonne et Leblanc donnaient leurs soins, ces tumeurs axillaires avaient le volume et la forme de véritables mamelles, auxquelles elles ressemblaient beaucoup et par la couleur de la peau et par le lacis de veines bleues qui les recouvraient. Des tumeurs si volumineuses entravent non-seulement les mouvements des bras, qu'elles tiennent éloignés du tronc, mais encore deviennent un obstacle à la circulation veineuse; aussi n'est-il pas rare d'observer dans ce cas de l'œdème des mains et des avant-bras. L'hypertrophie peut envahir les ganglions sous-pectoraux.

Dans l'aine, les ganglions acquièrent aussi un volume très-considérable; ils ont les mêmes conséquences, c'est-à-dire qu'ils déterminent de la fatigue dans les mouvements et de la gêne dans la circulation de retour. Presque toujours les pieds et les jambes sont œdématisés. Les tumeurs inguinales occupent quelquefois toute l'étendue du triangle de Scarpa, et la main appliquée au-dessus du ligament de Fallope peut souvent sentir des tumeurs analogues dans les fosses iliaques. Le toucher par le vagin et le rectum démontre aussi l'existence de semblables tumeurs dans le petit bassin. Enfin la palpation abdominale peut permettre chez les personnes maigres de constater l'hypertrophie ganglionnaire au niveau de l'angle sacro-vertébral, le long de la colonne vertébrale; et si la main n'atteint pas toujours ces régions profondes, c'est que le ventre est empâté par le développement des ganglions mésentériques. Dans plusieurs observations l'ascite a pu être facilement reconnue. Aussi au début même de la maladie, et lorsqu'il n'y a pas encore d'état cachectique, a-t-on considéré comme affectés d'anasarque de cause viscérale des malades qui n'avaient en réalité qu'un œdème multiple des extrémités et une ascite par le seul fait de la gêne de la circulation générale et de celle de la veine porte.

Trois fois seulement sur onze observations nous avons noté l'hypertrophie du foie et de la rate. L'augmentation de volume de ce dernier organe peut être considérable, nous l'avons vue, chez une jeune malade de vingt-trois ans, occuper toute la partie gauche de l'abdomen, s'étendre jusqu'à l'ombilic et remplir complètement la fosse iliaque. Chez cette malade, je me hâte de signaler ce fait important, il n'y avait point de leucémie.

Nous reviendrons bientôt sur l'enchaînement des symptômes de l'adénie; mais je veux d'abord vous exposer l'observation de la malade qui a le plus frappé mon attention.

Le 20 février 1863, j'étais consulté par une jeune femme de vingt-trois ans, affectée d'une hypertrophie ganglionnaire généralisée. Cette dame, encore bien portante à cette époque, n'était pas d'un tempérament lymphatique, son teint était assez animé, elle avait les yeux brillants, et, si l'attention n'eût été éveillée par la présence de ganglions sous-maxillaires volumineux, on eût été bien éloigné de croire que cette dame portât une altération organique grave. Dans l'enfance, il n'y avait pas eu de maladie scrofuleuse, de glandes suppurées, ni de coryza chronique; plus tard, jamais d'angine herpétique, pas de maux d'yeux persistants. Toujours bien réglée, cette jeune femme, mariée à dix-neuf ans, a deux enfants bien portants eux-mêmes. Il n'y a pas de renseignements sur les antécédents de famille, cependant le père et la mère de cette jeune femme vivent encore et se portent bien.

Il y a neuf mois environ, c'est-à-dire vers le troisième ou quatrième mois de sa dernière grossesse, madame X... s'aperçut qu'elle avait de petites tumeurs dans les aines et sous les aisselles; en l'espace de quinze jours, ces tumeurs ganglionnaires acquéraient un volume assez notable, et d'autres ganglions s'hypertrophiaient ainsi sous l'angle de la mâchoire, dans les régions occipito-cervicale, etc. L'attention de MM. Henrot et Landouzy (de Reims) fut éveillée par une hypertrophie ganglionnaire si généralisée et si rapide dans sa marche; aussi pensèrent-ils que la toux dont se plaignait madame X... pouvait être la conséquence d'une hypertrophie analogue des ganglions bronchiques. Madame X... accoucha heureusement, et après son accouchement, on reconnut qu'il existait dans les fosses iliaques et dans la région sacro-lombaire des masses ganglionnaires volumineuses. Quand la malade se présente à moi, on peut constater une hypertrophie ganglionnaire généralisée; les ganglions occipitaux, sous-maxillaires, cervicaux, les ganglions inguinaux, épitrochléens, poplités et axillaires ont acquis un tel volume que plusieurs d'entre eux ont la grosseur d'un œuf de pigeon ou de poule. En plongeant les doigts en arrière de l'arcade de Fallope, de chaque côté, on sent une chaîne ganglionnaire qui s'enfonce profondément; le palper fait reconnaître aussi une augmentation considérable de la rate. Jamais chez cette jeune femme il n'y eut de fièvre intermittente ni de fièvre hectique; la santé, nous insistons sur ce point, est toujours restée et est encore parfaite.

Il était important de savoir si le sang contenait un excès de globules blancs

ou de globulins. M. Dumontpallier fit cet examen, d'où il résulta que le sang ne renfermait que de très-rare globules blancs, trois ou quatre, perdus au milieu d'un grand nombre de globules rouges d'aspect normal; on ne rencontra pas de globulins.

Il existait, avons-nous dit, une petite toux sèche. Jamais cependant il n'y avait eu d'hémoptysie. Sa respiration était normale à gauche, mais à droite il y avait un peu de souffle à l'expiration et quelques râles humides; point de matité notable dans le sommet des poumons. Le cœur était sain; il n'y avait point de souffle dans les vaisseaux du cou, point d'œdème des extrémités. L'appétit était conservé, les digestions faciles, la nutrition paraissait normale, il n'y avait pas eu d'amaigrissement sensible. Le sommeil était bon, la gaieté conservée, et madame X... n'eût point pensé à se plaindre, si elle n'eût été tourmentée du développement des tumeurs ganglionnaires.

Ainsi, une jeune femme, toujours bien portante jusqu'au troisième mois d'une seconde grossesse, voit se développer au-dessous de la mâchoire inférieure, sur le cou et dans les régions axillaires et inguinales, grand nombre de petites tumeurs qui ne tardent pas à se multiplier et à prendre un volume considérable. L'accouchement se fait heureusement. Cette jeune femme peut nourrir pendant quelques mois, puis la sécrétion lactée se tarit, et, à partir de ce moment, le développement des tumeurs fait de nouveaux progrès. Cependant l'état de santé paraît satisfaisant jusqu'au jour où madame X... vient nous consulter; son teint est bon, elle n'éprouve de douleurs en aucune partie du corps, les digestions sont faciles, la nutrition ne paraît point altérée. La petite toux sèche dont madame X... a été prise pendant sa grossesse continue, mais elle ne doit être rattachée à aucune lésion grave des poumons, et nous partageons l'opinion de MM. Henrot et Landouzy: nous croyons, comme eux, qu'elle est la conséquence de quelque compression bronchique occasionnée par l'hypertrophie des ganglions qui entourent probablement la bronche droite. Cette interprétation était fondée sur l'absence de lésions organiques du poumon et sur le développement général des glandes lymphatiques superficielles et profondes. Aussi n'avons-nous pas dissimulé à la famille nos graves inquiétudes sur l'issue de la maladie; il était probable, en effet, que la malade succomberait à des accès répétés de suffocation, à une asphyxie par obstruction bronchique, ou bien que l'état cachectique, devenant rapide dans sa marche, jetterait la malade dans le marasme, avec fièvre hectique, sueurs profuses ou diarrhée colliquative. Nos tristes prévisions ne devaient point tarder à s'accomplir, les modificateurs généraux que nous avions conseillés restèrent sans résultat favorable, et nous apprenions quelques mois plus tard que la malade avait succombé à des accidents cérébraux, après avoir eu des hémorrhagies sous-cutanées.

On ne fit pas, que nous sachions, l'examen du sang dans les derniers mois; aussi ne sommes-nous pas autorisé à nier d'une manière absolue l'existence de la leucémie dans la dernière période de la maladie; mais si l'on songe que

les glandes lymphatiques et la rate avaient acquis, lors de notre examen, un développement bien supérieur à celui qu'on observe ordinairement dans les cas de leucémie, et qu'il n'y avait pas alors de leucocytes en excès, si de plus on rapproche ce cas particulier de tous ceux que nous avons étudiés et dans lesquels l'examen microscopique ne permit jamais de constater l'excès de leucocytes, on est en droit de penser que la marche de l'affection a été celle que l'on observe ordinairement, et que la malade probablement ne fut jamais leucocythémique.

L'observation de cette jeune femme, malgré cette lacune, n'en porte pas moins avec elle ce grand enseignement, à savoir, qu'une personne, en apparence bien portante et dont le sang paraît normal, alors qu'il existe déjà une hypertrophie généralisée de toutes les glandes lymphatiques et un développement exceptionnel de la rate, peut, assez rapidement, succomber à une cachexie ganglionnaire. Si la malade ne fut point leucémique, est-ce à dire que le sang ait conservé chez elle sa composition normale? Non évidemment, car dans toutes les cachexies il existe une profonde modification de ce liquide; mais ce que nous tenons à établir, c'est que notre malade n'avait présenté, au moins pendant les dix premiers mois de son affection, ni les symptômes ni la lésion hématique de la leucémie splénique ou lymphatique.

Je vous disais, en commentant cette observation, que si la malade ne succombait pas à un état cachectique, elle pourrait mourir dans un accès de suffocation par obstacle à l'arrivée de l'air dans les poumons. Comme exemple de ce mode de terminaison de l'adénie généralisée, je me rappelle l'observation d'un jeune malade que je voyais avec mon regretté confrère le docteur Amussat.

Il y a plus de vingt-cinq ans, ce chirurgien distingué m'appelait aux Néothermes pour voir un de ses malades. Je trouvais un homme jeune qui habitait ordinairement le Poitou. Depuis près d'un an, il lui était survenu un engorgement ganglionnaire général. Toutefois la lésion occupait plus particulièrement le cou et pénétrait derrière la clavicule et le sternum; il en était résulté une oppression telle, que la mort était imminente. M. Amussat désirait que je pratiquasse la trachéotomie. Je lui fis observer que, bien qu'habitué à faire cette opération chez les enfants atteints de croup, chez les adultes qui avaient des maladies chroniques du larynx, je devais pour le cas présent laisser à des hommes plus autorisés et à des mains plus habiles le soin de faire une opération qui allait être hérissée de difficultés. Je comprenais, en effet, que les vaisseaux comme la trachée étaient déplacés et comme perdus au milieu de tumeurs nombreuses, et que le bistouri ne pourrait avec sécurité pénétrer dans des régions où les rapports anatomiques allaient me faire défaut.

M. Amussat refusa d'opérer lui-même; il s'agissait, disait-il, d'un ami, et l'affection qu'il portait au malade pourrait rendre moins assurée la main de l'opérateur. Il fallut donc me décider à remplir un périlleux office, et je comptai sur l'assistance de celui qui ne voulait pas jouer ici le principal rôle.

Dès que j'eus incisé l'aponévrose cervicale superficielle, les tumeurs, emprisonnées jusqu'ici, jaillirent en quelque sorte par l'incision que je venais de faire, et la respiration devint un peu moins difficile. Il me fallut alors avec des ériges mousses culbuter sept ou huit tumeurs placées au-devant ou sur les côtés de la trachée, que je mis à nu avec une extrême difficulté, en évitant avec le plus grand soin les veines nombreuses que je rencontrais. La trachée ouverte, j'y introduisis une forte canule; mais, à mon grand regret, je n'obtins presque aucun allègement dans la dyspnée; il était évident qu'au delà de l'extrémité interne de ma canule la trachée était aplatie par quelques autres tumeurs. J'avais pourtant prévu cet accident, et je m'étais muni d'une canule plus étroite que celle dont je me sers habituellement chez les adultes, et dont la longueur excédait 10 centimètres. Je la substituai à la première, et quand elle fut introduite à 6 centimètres à peu près, je heurtai contre un obstacle dont je triomphai avec peine en faisant exécuter à l'instrument des mouvements de va-et-vient. L'obstacle franchi, la respiration devint facile, ce qui n'empêcha pas que le malade mourût le lendemain.

J'ai voulu citer ce fait pour montrer, d'une part, comment meurent les malades lorsque l'adénie s'étend jusqu'aux ganglions bronchiques et jusqu'à ceux qui accompagnent la trachée-artère, et d'autre part, combien peu de chance de réussite en ces cas présente la trachéotomie. Chez un malade de Stockholm qui est venu nous consulter à une autre époque, les accidents asphyxiques nous disaient assez que la trachée-artère et que la racine des bronches étaient enserrées dans des tumeurs ganglionnaires.

C'est de cette façon que se précipite la fin des malades atteints d'adénie, et, tel meurt huit ou dix mois après le début de la maladie, qui eût pu vivre encore quelques années, comme le malade de M. Bonfils et comme quelques autres dont nous rapporterons l'histoire, parce que chez ces derniers le mal avait frappé plus spécialement des parties où les désordres ne pouvaient être immédiatement dangereux.

Je viens de vous donner une preuve de la nécessité de faire la trachéotomie dans certains cas d'adénie; vous avez vu que l'incision de la trachée-artère n'avait prolongé la vie que de quelques heures, cependant notre devoir étant de conjurer la mort, je n'hésiterais pas encore aujourd'hui à conseiller cette opération, lors même que je la considérerais comme une ressource à peu près désespérée.

Étudions maintenant la marche de la dyspnée lorsque les ganglions de la trachée et des bronches sont envahis par une hyperplasie progressive. Dans la première période de la maladie, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a point encore d'état cachectique, et que l'hypertrophie glandulaire n'est point arrivée à sa dernière limite, les malades se plaignent souvent d'oppression, ils ne peuvent marcher vite, monter un escalier sans être aussitôt essouffés. Cette dyspnée, bien qu'organique, se montre quelquefois avec le caractère de la dyspnée nerveuse; les malades sont pris surtout d'oppression nocturne, ils ne peuvent

dormir dans leur lit, ils doivent passer leurs nuits dans un fauteuil. Notre malade de Stockholm nous écrivait qu'il éprouvait un *resserrement dans les tuyaux respiratoires*. L'un des malades dont M. Leudet nous a communiqué l'observation avait depuis quelque temps l'haleine courte et des accès de dyspnée. Or, dans ces deux cas, un examen attentif avait permis d'affirmer qu'il n'existait point de lésion du poumon ni du cœur. Le poumon peut cependant s'habituer à cette gêne, et les accès de dyspnée devenir plus rares; mais, soit que ces tumeurs qui enserrant les bronches augmentent de volume rapidement, soit que le malade affaibli ait besoin d'inspirer par moments une plus grande quantité d'air, on voit dans les derniers jours survenir des accès fréquents de suffocation intense, avec coloration violacée des lèvres, yeux hagards, grande anxiété, refroidissement des extrémités. Le pouls devient filiforme et l'inspiration sifflante.

D'ailleurs la gêne de la respiration peut avoir pour conséquence une hypémie passive du poumon, laquelle se traduit par des râles muqueux; et quelquefois, ainsi que l'a reconnu M. Leudet, en dehors de tout travail inflammatoire appréciable, il se fait un épanchement pleurétique simple ou double. Je ne chercherai point à expliquer cette hydropisie de la plèvre; qu'il me suffise de poser la question suivante: L'épanchement qui n'est point d'origine inflammatoire est-il analogue à l'œdème des extrémités par gêne circulatoire, lorsque les ganglions des gouttières vertébrales sont eux-mêmes hypertrophiés, ainsi que cela existait dans l'une des autopsies dont M. Leudet nous a envoyé la relation? Je rapporterai cette observation du professeur de l'École de médecine de Rouen quand je vous parlerai de l'anatomie pathologique; je veux d'abord, puisqu'il s'agit surtout en ce moment de bien établir la symptomatologie de cette étrange maladie, vous citer deux observations que j'ai recueillies moi-même, et qui montrent combien est fréquente la dyspnée chez les malades affectés d'adénie. Quant à la cause mécanique de cette dyspnée, elle ne saurait être douteuse, ainsi qu'on l'a pu voir par le fait du malade de M. Amussat et qu'on le verra mieux encore à propos de l'anatomie pathologique.

Je revoyais le 5 avril 1863, à Bonneville, un malade qui était venu une première fois chez moi dans le courant de février de la même année. Il habitait les environs de Fontainebleau, et il recevait les soins habituels de MM. les docteurs Escalonne et Leblanc.

N... a soixante-huit ans, il est charron. Sa santé n'a jamais laissé rien à désirer.

En octobre 1862, il s'aperçut qu'il portait au cou une petite tumeur tout à fait indolente; il n'en tint pas compte. Un mois plus tard, il y eut comme une explosion de tumeurs, au cou, aux aisselles, à l'aîne; et quand je vis le malade en février 1863, trois mois et demi après le début des accidents, le cou était déformé par une multitude de tumeurs souples, arrondies, confondues les unes avec les autres ou soudées ensemble. Celles des aisselles étaient surtout

remarquables par leur grosseur. Aux aines elles étaient moins volumineuses. Je n'en sentais pas dans le ventre. La rate n'était pas hypertrophiée. Le teint était fort bon, la santé générale excellente.

J'avais prescrit les bains de sublimé, l'usage interne de la teinture d'iode.

En revoyant le malade, je fus frappé de l'augmentation de volume des tumeurs. Le cou était monstrueux, aussi large que la tête dans toute son étendue, bossué de la manière la plus effrayante; au devant des deux oreilles existaient deux énormes tumeurs allongées dans le sens vertical, et venant en bas s'unir à un chapelet d'autres tumeurs qui occupaient les régions sous-maxillaires et latérales.

La face, qui était fraîche et plus fleurie qu'elle ne l'est ordinairement chez un vieillard de soixante-huit ans, était comme encadrée dans une masse de tumeurs occupant les parties latérales et antérieure du cou ainsi que le devant des oreilles. A la base du cou et en arrière des clavicules de nombreuses tumeurs s'enfonçaient entre les masses musculaires jusque dans la poitrine. Il y avait aussi des ganglions engorgés en arrière et jusqu'à la base du cou.

Mais la tuméfaction était réellement monstrueuse sous les aisselles; dans chaque creux axillaire existait une tumeur aussi volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, ressemblant à une grosse mamelle, multilobée à sa base, reposant sur une masse de ganglions engorgés.

Aux aines, les tumeurs étaient plus petites, mais encore fort considérables. En palpant le ventre, on sentait de nombreuses tumeurs dans le flanc gauche surtout. Le foie était légèrement hypertrophié. La rate était saine.

Le teint était excellent, la santé bonne, mais la respiration était difficile, sifflante, et dans la poitrine il existait des râles muqueux. La voix était conservée avec son timbre normal, il est donc certain que le larynx ne présentait point d'altération. Le sifflement de la respiration était dû probablement à la compression de la trachée ou des bronches.

Le mois suivant, je vis pour la troisième fois le malade: les tumeurs ganglionnaires avaient acquis un volume plus monstrueux encore, et, bien que dans la partie antérieure de l'aisselle elles eussent acquis un volume, une forme et un aspect qui permettaient de les comparer à des mamelles recouvertes de plexus veineux, je ne constatai point d'œdème des mains. La santé paraissait conservée, l'appétit était meilleur, cependant les gencives étaient facilement saignantes. La rate et le foie n'étaient point hypertrophiés; les ganglions abdominaux étaient nombreux et plus volumineux que le mois passé.

J'engageai le malade à continuer l'usage de la teinture d'iode à l'intérieur et à prendre trois fois par semaine des bains de sublimé. La douleur et la légère rougeur que j'avais remarquées dans une des tumeurs de l'aisselle du côté droit m'avaient fait espérer que ces tumeurs pourraient être résorbées en perdant de leur dureté. Je savais du reste que l'adénie ne se terminait jamais par inflammation aiguë et suppuration des ganglions. Le malade s'était d'abord