

graisse du tissu cellulaire sous-cutané reparait. Elle masque de nouveau les chapelets ganglionnaires, qui redeviennent moins facilement perceptibles, retrouvent leur élasticité et leurs contours habituels.

Ce processus de restitution à l'intégrité parfaite se voit dans certaines gastro-entérites curables; il se voit dans la syphilis soignée à temps, malgré l'état cachectique déjà atteint¹; il se voit enfin dans la terminaison heureuse des pyodermes et des broncho-pneumonies torpides et à rechutes, lorsque cette terminaison heureuse peut se produire. Il ne se voit jamais dans la tuberculose généralisée, pas même dans la tuberculose diffuse chronique apyrétique, toujours mortelle chez les jeunes enfants, quoique longue dans son évolution. Peut-être se voit-il exceptionnellement dans l'adénopathie trachéo-bronchique restée tout à fait localisée aux ganglions du hile.

Diagnostic. — Le diagnostic de la micro-polyadénie est facile. Dans les septicémies chroniques des nourrissons et des jeunes enfants, il suffit de rechercher cette lésion pour la trouver. Le caractère de petitesse des ganglions, leur indolence, la multiplicité des ganglions pris, écartent toute comparaison avec les adénites aiguës causées par une infection locale de voisinage, ou même par infection aiguë généralisée, comme dans la fièvre ganglionnaire et dans toutes les polyadénopathies aiguës. De même, les adénopathies de la période soit primaire, soit secondaire de la syphilis ne ressemblent nullement à la micro-polyadénie. Elles ont tout au plus, comme rapport avec elle, l'indolence de la période secondaire. Mais, dans la syphilis, les ganglions indurés sont gros; ils sont petits dans la micro-polyadénie. Il ne faut pas oublier toutefois que la micro-polyadénie peut se produire dans la cachexie syphilitique des jeunes enfants.

Pronostic. — La valeur pronostique de la micro-polyadénie est considérable. Associée à l'hypertrophie du foie et à l'hypertrophie de la rate, la micro-polyadénie périphérique traduit extérieurement, pour ainsi dire, la lutte de l'organisme contre les toxi-infections lentes. Elle en est l'indice facile à percevoir pour quiconque le recherche et permet d'en suivre les phases. Sa valeur pronostique est surtout grave lorsque l'examen du malade a révélé que des toxi-infections combinées, comme la gastro-entérite chronique unie à la tuberculose ou à la syphilis, concourent à la déchéance de l'organisme. Alors, s'ajoutant à l'amaigrissement et aux autres symptômes de cachexie, elle marque souvent la dernière étape dans la résistance aux progrès de l'invasion toxi-infectieuse. Mais, comme nous l'avons vu, elle n'est pas toujours le signe certain d'une terminaison fatale. Dans des cas assez nombreux, elle est susceptible de rétrocession. Sa disparition est alors l'excellent indice de la guérison complète.

Le *traitement* de la micro-polyadénie est le traitement de la maladie générale qui l'a causée.

(¹) Thèse F. Potier, Observation XXVI.

XIII

TUMEURS DU POU MON ET DE LA PLÈVRE

PAR LE D^r G. ARÁOZ ALFARO

Professeur à la Faculté de Buenos-Ayres, et chef du service d'enfants à l'hôpital San-Roque.

Les poumons sont très fréquemment le siège de tumeurs secondaires de nature maligne, et cette invasion secondaire se fait tantôt par embolie sanguine ou lymphatique (*métastase*), tantôt par contiguïté (propagation d'un néoplasme de la paroi costale ou du médiastin, par exemple). L'enfance ne fait exception à cette règle que par la rareté relative des néoplasies malignes et infectantes.

Par contre, les tumeurs primitives se présentent si rarement à cet âge de la vie que les auteurs classiques n'en font même pas mention à propos des affections chroniques pulmonaires. Ils signalent simplement, en faisant tout de même remarquer leur rareté, les kystes hydatiques qui, quoique ne constituant pas de véritables néoplasmes, au sens anatomo-pathologique étroit du mot, sont étudiés et classés comme tels au point de vue clinique.

Or, la connaissance de ces deux espèces d'affection n'est pas dépourvue d'intérêt pour le médecin d'enfants, ne fût-ce qu'à cause du pronostic, presque toujours rapidement mortel s'il s'agit de tumeurs solides et, au contraire, assez favorable quand il s'agit de kystes, pourvu que ceux-ci soient reconnus et opérés en temps opportun.

Ayant observé plusieurs cas de tumeurs secondaires et un, très intéressant, de sarcome primitif, et exerçant dans un pays où nous voyons trop souvent des kystes hydatiques, je puis en faire la description d'après des documents personnels. J'étudierai ensemble les tumeurs du poumon et de la plèvre, la localisation exclusive à la séreuse étant, en effet, tout à fait exceptionnelle et, d'autre part, les différences symptomatiques étant presque toujours insuffisantes pour pouvoir faire un diagnostic précis du siège de la néoplasie. Il suffira de signaler, chemin faisant, les quelques particularités qu'on peut observer dans certaines circonstances comme appartenant en propre à la localisation pleurale primitive.

Fréquence. — Étiologie. — Particularités anatomo-pathologiques. — En fait de *tumeurs solides*, on n'a signalé dans l'enfance que les *sarcomes*, à notre connaissance du moins. Les fibromes, chondromes, carcinomes ou endothéliomes, etc., qu'on a trouvés plusieurs fois chez l'adulte, n'atteignent pas, à ce qu'il semble, l'âge infantile.

Quant au type des sarcomes observés, nous trouvons signalées les variétés : *fuso-cellulaire*, *globo-cellulaire*, à *cellules géantes*, *mélanique*, *lympho-sarcome* et *ostéo-sarcome*; mais, à vrai dire, les quatre dernières catégories ne se sont présentées que dans des noyaux secondaires au

sarcome d'autres viscères, et reproduisant toujours le même type de la néoplasie primaire.

Ces métastases pulmonaires sont, nous l'avons déjà dit en commençant, très fréquentes, et nous les avons trouvées dans presque toutes les autopsies de sarcomateux que nous avons pratiqués. Par contre, les observations de *sarcome primitif* sont si rares que nous n'en trouvons que deux détaillées et suffisamment probantes, celle de Mirinescu et Baroncea¹ et celle de Hofmokl², auxquelles nous pouvons ajouter une troisième, recueillie dans notre service et publiée tout dernièrement par le Dr Santas³.

L'historique de la question est donc très restreint par rapport aux enfants, et si l'on veut avoir des documents cliniques et anatomo-pathologiques plus nombreux, il faut recourir à l'observation des adultes et consulter les travaux de Letulle⁴, Fuchs⁵, Krœnlein⁶, Spillmann et Haushalter⁷, Schech⁸, Marfan⁹, Ménétrier¹⁰ et à la thèse de Duran¹¹, un des rares travaux consacrés à l'étude de ce point de pathologie.

C'est généralement après trois ans qu'on observe les sarcomes chez les enfants. Quant à ceux du poumon, la malade de Mirinescu et Baroncea était âgée de 14 ans, celui de Hofmokl de 7 ans, et de 4 ans la petite fille de notre observation personnelle.

Nous ne savons rien encore sur l'étiologie de ces tumeurs. Quoique certains auteurs aient parlé de l'hérédité, il nous semble qu'on ne peut pas invoquer sérieusement ce facteur¹². Nous ne l'avons trouvé, en effet, dans aucun des nombreux cas de sarcomes externes ou viscéraux que nous avons observés.

Quant au traumatisme, qu'on a invoqué aussi pour le sarcome comme pour presque toutes les autres maladies, il est très difficile d'établir son rôle en toute certitude. Il n'est souvent qu'un fait en coïncidence avec l'affection. Dans notre observation personnelle, par exemple, on signalait une chute sur le côté comme étant le point de départ de la maladie; or, les parents ne tenaient compte que de la tumeur apparente de la paroi, et celle-ci n'était, en réalité, que la propagation de la tumeur pulmonaire, comme l'autopsie l'a démontré.

Pour ce qui concerne le siège, les tumeurs secondaires sont très souvent multiples et fréquemment centrales, ce qui explique que, presque toujours, elles sont méconnues à l'examen clinique. Les sarcomes primitifs siégeaient deux fois dans le poumon, une fois dans la plèvre (Hofmokl); leur accroisse-

(1) Sarcome primitif du poumon chez une enfant de 14 ans. *Revue des mal. de l'enf.*, février 1894.

(2) Comm. à la Soc. de méd. de Vienne. In *Semaine méd.*, 1884.

(3) Dos casos de sarcoma primitivo en la infancia. *Rev. de la Soc. médica Argentina*, t. X, p. 842.

(4) Néoplasmes du poumon. *Dict. de Jaccoud*, t. XXIX.

(5) Beiträge für Kenntniss der primären Geschwulstbildungen in der Lungen. *München*, 1886.

(6) *Correspondenz-Blatt für Schweizer Aerzte*, 15 octobre 1887.

(7) Diagnostic des tumeurs malignes du poumon. *Gaz. hebdom.*, 1891, n° 48 et 49.

(8) Primäre Lungen Sarcom. *Deutsch. Arch. für klin. Medicin*, 1891, Heft. 1 et 2.

(9) Tumeurs div. du poumon et de la plèvre. In *Traité de méd. de Bouchard et Brissaud*, t. VII.

(10) Cancer du poumon et de la plèvre. In *Traité de méd. et de thérap. de Brouardel et Gilbert*

t. VIII.

(11) Du sarcome primitif du poumon. *Thèse de Paris*, 1895.

(12) V. LETAILLER. Contrib. à l'étude du sarcome chez les enfants. *Thèse de Lille*, 1895.

ment est si rapide qu'il sera presque impossible dans la grande majorité des cas de fixer le point de départ.

Dans l'observation de Mirinescu et Baroncea, il y avait au milieu de la masse néoplasique une vaste cavité suppurante; dans la nôtre, on trouvait un tout petit point ramolli et avec quelques concrétions calcaires, mais il n'y avait pas trace de pus.

Les *kystes hydatiques* sont observés, contrairement aux tumeurs solides, avec une certaine fréquence, et le poumon est, après le foie, l'organe le plus souvent atteint. Nombreuses sont, en conséquence, les publications qui les concernent et je ne m'arrêterai pas à l'historique de la question qu'on peut trouver dans tous les traités modernes de médecine et de chirurgie, dans de nombreux articles et thèses inaugurales.

Très fréquents en certains pays (Australie, Islande, République Argentine), les cas d'hydatides semblent avoir augmenté au cours des dernières années en France et dans les autres pays de l'Europe centrale, comme le montrent, à part les nombreuses observations isolées, les articles de MM. Méry¹ et Marfan², une revue générale de M. Comby³, et une autre de M. Paolo Galli⁴ concernant l'Italie. Il s'agit, en tout cas, d'une affection que l'on doit toujours avoir présente à l'esprit quand on examine des enfants malades du poumon. En me bornant aux statistiques de mon pays, je trouve que, sur 68 cas de kystes pulmonaires recueillis dans les hôpitaux de Buenos Aires par MM. Cranwell et Herrera Vegas⁵, il y avait 14 enfants (10 garçons et 4 filles).

Dans la statistique particulière du Dr Posadas⁶, qui s'est beaucoup occupé de cette question, on voit que, sur 17 cas opérés par lui, 5 étaient des enfants (5 garçons et 2 filles).

J'ai observé moi-même 5 cas de kyste hydatique pulmonaire chez des enfants de 5 à 11 ans (4 garçons et 1 fille), dont 2 sont insérés dans la statistique de MM. Cranwell et Herrera Vegas déjà citée.

La prédominance du sexe masculin est donc évidente (16 garçons pour 7 filles); elle s'explique probablement par le fait que, dans la campagne, d'où proviennent presque tous les enfants affectés de kystes, les garçons sont, dès l'âge de 5 ou 6 ans, employés dans les petits travaux ruraux, et notamment pour la garde des troupeaux, et ils sont, en conséquence, en constante promiscuité avec les chiens, jouant toujours avec eux et buvant quelquefois dans les mêmes bassins d'eau, comme le fait est explicitement signalé dans une de mes observations. Quant à l'âge, il est très rare d'observer les kystes avant 5 ans; le plus souvent, il s'agit d'enfants entre 6 et 14 ans.

Le siège de la tumeur est variable. En réunissant les enfants de ma statistique personnelle avec ceux de MM. Posadas, Cranwell et Herrera Vegas, je trouve 12 fois le poumon droit et 6 fois le gauche.

(1) Kystes hydatiques du poumon. In *Traité de méd. et thérap. de Bouchard et Brissaud*, t. VII.

(2) Kystes hydatiques du poumon. In *Traité de méd. de Bouchard et Brissaud*, t. VII.

(3) *Arch. de méd. des enfants*, 1902, p. 845.

(4) Echinococco del polmone nell'infanzia. *Gaz. med. di Torino* 1901; in *Rev. gén. de Comby*.

(5) *Los quistes hidatídicos en la República Argentina*. Buenos Aires, 1901.

(6) *Leçon professée à la Faculté de médecine de Buenos Aires*.

A droite, le lobe inférieur est le plus fréquemment affecté (5 fois); le lobe moyen et le supérieur suivent avec une fréquence égale (3 fois); 1 fois la tumeur siégeait en même temps aux lobes moyen et inférieur. Dans les autres cas, le lobe affecté n'est pas indiqué. Une fois, c'était la plèvre droite qui était atteinte. Du côté gauche, au contraire, tous les cas bien spécifiés de la statistique en question étaient des kystes du sommet ou du prolongement auriculaire. Les faits ne sont pas rares, d'ailleurs, où les kystes sont doubles ou multiples et où ils coexistent avec des hydatides d'autres organes, notamment du foie.

Et comment l'embryon parti de l'intestin vient-il se fixer au poumon et ne s'arrête-t-il pas au foie, comme c'est la règle générale? On a dit qu'il pouvait traverser les capillaires du foie, relativement assez larges, et être charrié au cœur droit et, consécutivement, au poumon (Behr)¹.

Duncan Bird², qui a publié de si vastes et si intéressants documents sur les kystes hydatiques en Australie, a proposé une autre explication. Les œufs, provenant des excréments desséchés des chiens qui pullulent dans les rues de Melbourne, seraient mêlés à l'air et amenés par inhalation au tissu pulmonaire. Cette explication originale est peut-être acceptable dans quelques conditions particulières, mais certainement on ne peut pas l'admettre pour le plus grand nombre des cas; l'infection par la circulation est, sans doute, le mécanisme le plus général.

L'anatomie pathologique ne doit pas nous arrêter longuement, les kystes ne présentant rien de particulier chez les enfants, et, d'autre part, un article spécial devant être consacré, dans ce même ouvrage, aux hydatides en général. Je ferai remarquer seulement que la membrane adventice, qui entoure les kystes dans tous les organes, semble être moins épaisse et résistante dans le poumon, tout en existant toujours cependant, malgré les doutes émis par certains auteurs; que les bronches sont presque toujours comprimées et souvent diminuées d'épaisseur; que l'ouverture des bronches dans la poche kystique est fréquemment observée à l'autopsie, et enfin que, dans les kystes superficiels, on trouve toujours des adhérences des feuillets pleuraux qui témoignent de l'inflammation de la séreuse et facilitent singulièrement l'intervention chirurgicale.

Assez souvent, plus fréquemment à coup sûr que dans les autres viscères, on trouve les kystes pulmonaires infectés, suppurés, grâce à l'action des microbes pyogènes, et quoique cette infection s'observe surtout dans des poches ouvertes par les bronches et communiquant avec l'air extérieur, on l'a vue maintes fois aussi dans des sacs paraissant intacts et où l'envahissement des germes ne peut s'expliquer que par de petites effractions de la paroi kystique à la suite de ce processus qu'on a appelé *périkystite suppurée*.

Des *pneumonies*, des *broncho-pneumonies*, des *gangrènes du poumon* peuvent se produire autour des kystes pulmonaires, mais ces processus anatomiques n'ont rien de particulier. On peut dire la même chose des

(¹) Des kystes hydatiques du poumon. Thèse de Paris, 1895.

(²) On *hydatids of the lung*. Melbourne, 1877. Cité par CRANWELL et HERRERA VEGAS.

pleurésies qui peuvent les accompagner, et des *hydro* ou *pyo-pneumothorax* qu'on voit quelquefois consécutivement à leur rupture dans la plèvre.

Étude clinique. — En parlant des tumeurs solides, nous aurons seulement en vue les sarcomes; nous avons déjà dit, en effet, que ce sont les seules que nous ayons trouvées signalées dans l'enfance. D'ailleurs, les signes physiques et fonctionnels seraient tout à fait les mêmes dans le cas où d'autres néoplasmes viendraient à être observés, et l'examen histologique seul permettrait de faire le diagnostic différentiel.

Sarcomes. — Le début de la maladie fut insidieux dans le cas que j'ai personnellement observé. Dans celui de Mirinescu et Baroncea, la malade présenta au commencement les symptômes d'une pneumonie, mais il est bien probable qu'à ce moment le sarcome évoluait déjà depuis quelque temps et que le commencement apparent n'était autre chose qu'une inflammation de voisinage produite par la tumeur. Dans l'observation de Hofmokl, le début apparent se fit par les symptômes d'une pleurésie, probablement secondaire elle aussi. En tout cas, il s'agissait ici d'un sarcome localisé à la plèvre.

En général, après une période silencieuse plus ou moins courte, l'attention est attirée par quelques douleurs de côté, par un peu de gêne ou d'oppression respiratoire et par de la toux sèche ou muqueuse. Plus tard, la dyspnée augmente, la toux peut devenir plus fréquente et plus agaçante, quelquefois même coqueluchoïde si les ganglions médiastinaux sont secondairement pris; l'expectoration, si l'enfant sait déjà cracher, devient parfois muco-purulente. Les crachats sanguinolents ou *gelée de groseilles*, signalés plusieurs fois chez des adultes, n'ont pas encore été observés chez l'enfant. Si l'on procède alors à l'examen du malade, on trouve encore ordinairement un état général assez satisfaisant, mais souvent on peut remarquer un certain degré d'anémie qui, d'ailleurs, n'a rien de spécifique et pourrait se présenter aussi dans n'importe quelle affection pulmonaire subaiguë ou chronique, et notamment dans la tuberculose.

L'*excursion respiratoire est diminuée* soit dans tout un côté du thorax, soit dans une région circonscrite. L'inspection, seule ou aidée de la mensuration, permet de reconnaître quelquefois une *dilatation* de ce même côté.

Les *vibrations vocales* sont diminuées ou manquent totalement, en général, à cause de la compression et de l'affaissement des bronches; on conçoit cependant que, dans le cas où celles-ci resteraient intactes et libres, les vibrations pourraient être exagérées, étant donnée la meilleure transmission par ce corps solide.

La percussion dénote une *matité* plus ou moins absolue, suivant que la tumeur siège à la surface ou à l'intérieur du poumon. La forme et l'étendue de cette matité peuvent naturellement varier, mais, en général, elle n'a pas la délimitation lobaire de la pneumonie ni la ligne supérieure classique de l'épanchement pleural. Cependant, dans le sarcome de la plèvre (cas de Hofmokl), les signes physiques peuvent être tout à fait identiques à ceux de la pleurésie avec épanchement, et ce dernier peut, en effet, exister

même dans le cas de sarcome pulmonaire, en affectant ordinairement le caractère hémorragique.

A l'auscultation on trouve le *silence respiratoire* ou, au moins, un grand affaiblissement du murmure vésiculaire. Quelquefois, on entend, au-dessus de la matité, un souffle tubaire plus ou moins intense. Du côté sain, le murmure vésiculaire peut être plus intense que normalement.

L'examen au moyen des rayons Röntgen permet de constater une ombre dont la forme et l'étendue sont en rapport avec le développement de la tumeur. Dans le cas que j'ai pu étudier, cette ombre était beaucoup plus épaisse que celle que l'on observe dans le cas d'épanchement ou de pneumonie.

Tous les signes physiques que je viens d'indiquer d'une façon sommaire s'accroissent rapidement; la matité et le silence respiratoire atteignent la moitié d'un poumon ou même tout un côté de la poitrine, comme dans notre observation; la dilatation plus ou moins limitée du thorax devient plus remarquable encore, et une véritable voussure se marque nettement; les veines sous-cutanées deviennent apparentes et se dilatent, souvent les ganglions lymphatiques sus-claviculaires, axillaires, cervicaux même se tuméfient d'une façon plus ou moins apparente, mais sans atteindre, en général, le grand développement que l'on voit fréquemment chez les cancéreux.

Les organes voisins peuvent être comprimés ou refoulés. Le cœur, quand la tumeur siège au poumon gauche, peut être porté à droite, et, chez notre malade, la pointe battait près de la ligne axillaire droite; la rate, le foie même peuvent être abaissés, et la tumeur, dans son énorme développement, est capable de sortir hors de la cavité thoracique en envahissant la paroi et en soulevant la peau, comme dans notre observation.

En même temps, les symptômes fonctionnels s'aggravent eux aussi; la douleur, la dyspnée, l'angoisse deviennent permanentes et augmentent d'intensité; des accès de suffocation, accompagnés de cyanose, de sueurs froides et quelquefois de perte de connaissance, surviennent bientôt s'il y a compression ou irritation du pneumogastrique; la toux peut devenir coqueluchoïde si les ganglions médiastinaux sont hyperplasiés. Mais les signes médiastinaux sont rares dans ce cas et, s'ils existent, c'est à une période avancée de la maladie, tandis qu'ils sont intenses et précoces dans le cas de néoplasmes des ganglions ou du thymus.

Enfin, l'état général se détériore progressivement, l'amaigrissement et l'anémie peuvent être considérables. Il ne faut pas, cependant, s'attendre à trouver chez l'enfant sarcomateux la cachexie que nous sommes habitués à voir chez l'adulte cancéreux, et très souvent, comme je l'ai fait remarquer dans une communication récente au Congrès de Madrid, le malade peut succomber sans présenter véritablement cet aspect particulier, cette teinte jaune paille qu'on voit dans le carcinome¹.

De Saint-Germain avait donc raison quand il disait, en parlant des

⁽¹⁾ *Les sarcomes viscéraux chez les enfants.* Comm. au XIV^e Congrès international de médecine. In *Gaz. des mal. infantiles*, 1905, n° 24.

sarcomes en général: « Je ferai ressortir la rareté de la cachexie chez les enfants. Quelque ravage local que produise le mal, la constitution n'en paraît pas affectée, les diverses fonctions s'exécutent bien, le teint reste rosé, la coloration jaune paille manque absolument, et si, dans le courant de nos observations, nous avons signalé quelques défaillances de l'état général, ces troubles n'ont été que passagers et n'ont paru tenir en rien à l'influence de l'affection maligne sur l'état général¹ ».

Quant à moi, c'est seulement dans un cas de sarcomatose presque généralisée où tout l'abdomen, pour ainsi dire, constituait une masse néoplasique, où les poumons, les maxillaires, les ganglions du cou étaient le siège de nombreuses tumeurs secondaires, que j'ai vu la mort survenir au milieu d'une véritable cachexie qui, néanmoins, ne s'accompagnait pas de la couleur jaune particulière des cancéreux².

Étant donné le peu de documents que nous possédons encore sur les sarcomes primitifs du poumon chez les enfants, j'estime que, au lieu d'une simple énumération d'autres symptômes possibles, il sera plus intéressant de résumer ici en quelques lignes l'histoire de la malade que j'ai eu l'occasion d'observer.

Marie G..., 4 ans. — Antécédents sans importance. On rapporte le commencement de la maladie à une chute sur le côté gauche du thorax faite il y a trois mois. La douleur fut très vive pendant quelques jours, et après, quand l'enfant semblait mieux, on constata sous l'aisselle gauche une petite proéminence, laquelle augmenta assez rapidement par la suite. En même temps, ou peu après, on remarqua de la dyspnée, de la cyanose, une toux fréquente sans expectoration; l'enfant a beaucoup maigri, mais l'appétit est bon.

État actuel. — Décubitus latéral gauche: dyspnée intense; tirage sus et sous-sternal; cyanose; sueurs froides. Veines sous-cutanées très développées sur la moitié gauche du thorax et la région hypogastrique du même côté.

Au-dessous de l'aisselle, on remarque une élévation en forme de casquette, de 6 à 7 centimètres de diamètre, sans changement de coloration de la peau; la consistance est élastique, rénitente, mais il n'y a pas de fluctuation. La peau glisse sur les tissus sous-jacents. Dans les aisselles, le cou et la région sus-claviculaire, on trouve des ganglions très peu augmentés de volume, non adhérents ni douloureux.

Immobilité respiratoire du côté gauche du thorax. Battements du cœur visibles et palpables dans les 4^e et 5^e espaces intercostaux droits, entre la ligne para-sternale et la ligne mamillaire. Matité absolue sur tout le côté gauche du thorax y compris l'espace de Traube et la fosse supra-claviculaire, en arrière comme en avant où elle se continue avec la matité cardiaque qui arrive jusqu'à la ligne axillaire droite. Silence respiratoire dans tout le côté gauche, excepté dans le voisinage de la colonne et dans la région interscapulaire où il y a un souffle bronchique doux (propagé?). Au sommet droit, souffle tubaire; dans le reste du poumon droit, murmure vésiculaire exagéré. Tons cardiaques normaux.

L'examen radioscopique confirme les données précédentes. Tout le côté gauche du thorax est occupé par une ombre assez épaisse dont le maximum se trouve à la hauteur de la mamelle. L'ombre du cœur est reportée entièrement à droite. Le lobe gauche du foie est un peu refoulé à droite et en bas.

Plusieurs ponctions exploratrices ne ramènent que quelques gouttes de sang.

Les fonctions digestives sont normales.

⁽¹⁾ *Revue mens. des mal. de l'enf.*, 1885.

⁽²⁾ Sobre un caso de sarcomatosis difusa en un niño. *Anales del Circulo médico Argentino*, t. XX, p. 562.