

pagnait depuis quelque temps d'une expectoration assez considérable de mucus; la malade se plaignait de douleurs thoraciques vagues, d'essoufflement après le moindre exercice; elle maigrissait, elle transpirait pendant son sommeil, mais ces sueurs étaient encore limitées au devant de la poitrine, à la paume des mains, à la tête; son teint présentait une pâleur remarquable, mais ses joues se coloraient vers le soir; la menstruation, tout-à-fait irrégulière, était très incomplète; enfin elle constatait elle-même un déclin considérable de ses forces.

Voilà, messieurs, ce que vous avez appris par l'interrogatoire que j'ai fait subir à cette malade en votre présence. Il était difficile, d'après ces seuls symptômes, de ne pas soupçonner une tuberculose pulmonaire. L'exploration de la poitrine ou la constatation des *signes physiques* est venue largement justifier nos prévisions. En effet, l'inspection de la poitrine vous a fait voir un aplatissement considérable au niveau des creux sous-claviculaires, plus marqué du côté gauche. La région sous-claviculaire gauche se soulevait à peine et il y avait un tant soit peu d'exagération des vibrations vocales. La percussion vous a révélé à son tour de la matité dans cette même région, matité que nous avons également trouvée dans la fosse sus-épineuse du même côté. A l'auscultation vous avez constaté en avant un affaiblissement du murmure respiratoire, dû sans doute à l'oblitération d'un certain nombre de ramuscules bronchiques, et, dans la fosse sus-épineuse, du souffle tubaire et de la bronchophonie, indiquant une densité plus grande du poumon à ce niveau; de plus l'expiration était singulièrement prolongée. L'affaiblissement du murmure respiratoire que nous avons observé chez cette malade fait contraste avec la respiration que présentait sa voisine, menacée également d'une tuberculose à son début, et chez qui la respiration est dure, rude, ce que l'on explique en disant que la compression exercée par les tubercules, au lieu d'oblitérer les ramuscules bronchiques, rétrécit simplement ici les canaux, exagérant par là les frottements de l'air. Remarquez, messieurs, que les signes que nous avons constatés chez notre malade du No. 48 existaient à gauche, où ils ne pouvaient guère laisser de doute dans votre esprit quant à leur signification et à leur gravité. Lorsque ces mêmes signes existent à droite, ils sont moins significatifs, à cause de la rudesse et de la prolongation naturellement plus grande des bruits respiratoires du côté droit. Nous étions donc évidemment en présence d'une phthisie à sa première période.

Cette jeune fille n'avait subi aucun traitement avant son entrée à l'hôpital. A son arrivée ici, vous m'avez vu prescrire le sirop d'hypophosphite de chaux (5j *ter in die*), avec l'huile de foie de morue (3j *ter in die*); de plus une pilule composée d'*ext. opii* et d'*ext. belladonnæ* ($\frac{1}{2}$ gr. ââ) à prendre tous les soirs. Vu l'intolérance de son estomac pour l'huile, nous avons été forcé de la remplacer par la glycérine (3ss *ter in die*) qu'elle digérait bien. Nous lui avons prescrit en outre la solution de Fowler (2 gtt.) à prendre immédiatement avant chaque repas, dans le but de modifier la nutrition et d'améliorer le catarrhe chronique de l'estomac. Cette malade, après sept semaines de traitement, a laissé l'hôpital, non guérie, mais se portant beaucoup mieux.

Le deuxième cas dont je veux vous parler occupe le No. 32 et nous intéresse à plusieurs titres. Cette jeune fille, âgée de 18 ans, servante par état, est entrée une première fois dans cet hôpital il y a près de