



LEÇONS
DE
CLINIQUE MÉDICALE

LEÇONS
DE
CLINIQUE MÉDICALE

DE
R. J. GRAVES

PRÉCÉDÉES
D'UNE INTRODUCTION DE M. LE PROFESSEUR TROUSSEAU.

OUVRAGE TRADUIT ET ANNOTÉ

PAR LE DOCTEUR JACCOUD

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Médecin de l'hôpital Lariboisière, etc.

Troisième édition, revue et corrigée.

TOME SECOND

BIBLIOTECA DE HYGIENE DE SÃO PAULO
BIBLIOTHECA
PARIS

ADRIEN DELAHAYE, LIBRAIRE-ÉDITEUR

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1871

Tous droits réservés.

LEÇONS

DE

CLINIQUE MÉDICALE

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON

AFFECTIONS DES ORGANES RESPIRATOIRES.

ENROUEMENT. — BRONCHITE.

Enrouement des jeunes gens.— Causes et traitement.— Croup.— Méthode thérapeutique du docteur Lehmann. — Observations.

Résultats fournis par l'auscultation dans la bronchite. — Différences dans les caractères des bruits anormaux, suivant qu'ils se passent dans les grosses ou dans les petites bronches.

Fréquence et causes de la bronchite chronique. — De l'expectoration dans l'état de santé et dans l'état de maladie.— Traitement de la bronchite chronique.— Dyspepsie flatulente dans les affections chroniques des bronches. — Rapports entre le pouls et la respiration.

Les mercuriaux dans les inflammations des membranes muqueuses.

MESSIEURS ,

Je me propose de consacrer quelques leçons à l'étude clinique de certaines affections des organes respiratoires : je ne veux point toutefois, je dois vous en prévenir, m'astreindre à une classification méthodique, ni vous présenter la description complète de chacune de ces

affections en particulier ; je crois vous être beaucoup plus utile en appelant votre attention sur certaines particularités, sur certaines manifestations morbides qui ne peuvent pas être signalées par les compilateurs systématiques, par cela seul qu'elles sont du domaine de la clinique pure. Je vous parlerai tout d'abord de l'enrouement et de l'aphonie, qui reconnaissent pour cause un mal de gorge ou une phlegmasie légère du larynx : cette affection, vous le savez, est très-fréquente.

Les adolescents des deux sexes sont souvent atteints d'un enrouement qui revêt un caractère tout à fait chronique, et qui résiste pendant fort longtemps à tous les efforts de la thérapeutique. Un enfant s'expose au froid, il est pris d'angine et de fièvre ; ces accidents durent pendant quelques jours, puis ils cèdent à l'emploi de quelques laxatifs, parfois même ils disparaissent spontanément, sans qu'il soit besoin d'aucune intervention active ; mais l'enrouement persiste, et le petit malade ne peut parler qu'à voix basse. Eh bien ! cet état va durer des semaines et des mois sans aucun autre symptôme ; l'enfant ne tousse pas, il n'éprouve aucune difficulté à respirer ; l'appétit est bon, le sommeil et la digestion sont naturels ; on n'observe aucun amaigrissement ; en un mot, l'altération de la voix constitue le seul accident appréciable. Mais la persistance de cet enrouement finit par éveiller au plus haut degré la sollicitude des parents. Si alors vous examinez la gorge, vous ne trouvez aucune trace d'inflammation sur la membrane muqueuse ; la pression, qu'elle soit superficielle ou profonde, ne développe aucune sensibilité dans la région du larynx.

Que ferez-vous pour combattre cette affection ? Elle dépend, sachez-le bien, de l'affaiblissement des cordes vocales et peut-être aussi des muscles laryngiens ; cet état est la conséquence d'une phlegmasie chronique qui se fait lentement et à bas bruit, et vous ne devez rien espérer du régime, ni des sangsues, ni des autres moyens antiphlogistiques. Ce que vous pouvez faire de mieux dans les cas de ce genre, c'est de recourir à des gargarismes fortement excitants. Commencez par une drachme (3 grammes) de teinture de poivre de Guinée, dans 6 onces (144 grammes) de décoction de quinquina, pour un gargarisme dont le malade usera cinq ou six fois par jour ; au bout de quelque temps vous pouvez augmenter la dose de teinture, mais vous ne devez jamais dépasser une demi-once (12 grammes) pour 6 onces de véhicule.

Vous pourrez également prescrire des frictions sur le larynx et sur la région cervicale latérale avec l'huile de croton ; cet agent est bien préférable à la pommade stibiée. L'éruption produite par l'émétique est une source d'ennuis de tout genre, et lorsque les pustules apparaissent, l'enfant ne peut plus mettre sa cravate. Avec l'huile de croton, vous obtiendrez également tous les effets de la médication révulsive, et vous en éviterez tous les inconvénients. Voici quel est le meilleur procédé d'application : liniment camphré composé, une once (24 grammes) ; huile de croton, 20 minimes (8 grammes). Mêlez. Vous verserez une petite quantité de cette mixture, 2 drachmes (6 grammes), par exemple, dans une soucoupe, et vous ferez des frictions matin et soir sur la partie antérieure du cou, jusqu'à ce que vous voyiez naître une éruption confluyente de pustules. Lorsque ces boutons ont achevé leur évolution, et que la desquamation a eu lieu, vous recommencez cette petite opération, et vous obtenez ainsi, pendant une période de temps assez longue, une révulsion légère, mais très-efficace. Si, malgré l'emploi de ces moyens, l'affection persiste, je vous recommande expressément l'iode à petites doses, et le changement d'air. J'ai remarqué que les inflammations à marche chronique ne sont pas sans quelque analogie avec les phlegmasies scrofuleuses, et c'est ce qui m'a engagé à prescrire l'iode contre cette forme d'enrouement (1).

(1) J'ai souvent observé chez les chanteurs certaines altérations subites de la voix dont je crois devoir dire ici quelques mots, parce qu'elles ne sont point signalées dans les ouvrages dogmatiques. Trop souvent, on le sait, surtout au printemps et à l'automne, les artistes de nos théâtres lyriques sont pris d'une affection soudaine du larynx qui les met dans l'impossibilité momentanée de chanter. Ces indispositions passagères sont confondues sous le nom commun d'enrouement. Or, autant que je puis en juger d'après des observations déjà nombreuses, il y a ici une distinction importante à établir, car ces troubles vocaux sont de deux espèces bien différentes ; en fait, ils n'ont d'autre caractère commun que la soudaineté de leur début ; et ils se rapportent tantôt à une congestion subite du larynx et de l'arrière-gorge, tantôt à un trouble de l'innervation laryngée, ou simplement peut-être à la fatigue des muscles tenseurs des cordes vocales. C'est du moins ce qui me paraît ressortir de l'examen attentif des faits.

Dans le premier cas, le chanteur est pris d'un véritable enrouement qui porte à la fois sur la voix parlée et sur la voix chantée ; les sons émis ont le timbre rauque et rude qu'ils présentent chez tous les individus au début de la période congestive de la laryngite. Toutes les notes du registre vocal sont également altérées, les plus basses comme les plus élevées ; en même temps le malade éprouve une sensation d'ardeur, de chaleur incommode au niveau de l'isthme du gosier. Cet enrouement reconnaît pour

Il est une autre condition sur laquelle vous devez énergiquement insister, surtout au début du traitement : un silence absolu est de rigueur ; mais je ne dois pas vous dissimuler que vous aurez beaucoup de peine à vous faire obéir sur ce point, si votre malade est du sexe féminin.

Dans certains cas rebelles, tous ces moyens échouent, et il faut mettre en œuvre une médication plus énergique. Quelques médecins ont vanté les bons effets de l'inhalation des vapeurs que l'on fait dégager dans un appareil spécial, en ajoutant à de l'eau chaude de la teinture d'iode et de la teinture de ciguë ; mais dans ces circonstances le mercure est notre seul ancre de salut : il faut le donner à l'intérieur, et faire absorber les vapeurs de *hydrargyrum cum cretâ*. En général, il est nécessaire de continuer les mercuriaux jusqu'à ce que la bouche soit légèrement touchée ; vous verrez alors l'enrouement disparaître.

cause occasionnelle le changement brusque de température, et il est aussi bien produit par le passage du froid au chaud que par la transition inverse ; il se développe également à la suite d'un séjour prolongé dans un lieu dont la température est trop élevée. Mais ce n'est là qu'une cause occasionnelle : car, bien que tous les chanteurs soient également soumis à ces influences, ils ne sont pas tous également sujets à cette incommodité. Il y a ici bien évidemment une cause prédisposante, et cette cause, c'est le développement anomal des glandes du pharynx : je l'ai du moins observé chez tous mes malades ; j'ai constaté en outre que la muqueuse gutturale est habituellement chez eux dans un état de flaccidité très-marqué. On conçoit très-bien que, dans ces conditions, l'action des causes occasionnelles que j'ai indiquées suffise pour déterminer une congestion passagère de toute l'arrière-gorge ; la réalité de cette congestion est prouvée par l'examen direct, et l'altération de la voix en démontre la propagation au larynx. La connaissance précise des accidents auxquels on a affaire en indique le meilleur mode de traitement ; voici celui qui m'a paru le plus efficace : Je fais prendre par cuillerée à bouche, toutes les demi-heures, un julep gommeux de 125 grammes, additionné de 4 grammes d'acétate d'ammoniaque, et je prescris un gargarisme fortement astringent, qui contient, pour 250 grammes d'eau, 6 grammes d'alun et 60 grammes de sirop diacode. J'ai réussi plusieurs fois, de cette façon, à faire disparaître ces accidents dans l'espace de trois ou quatre heures, et à mettre mon malade en état de chanter le soir même. Il va sans dire que ce traitement n'est possible que si l'on a au moins deux ou trois heures devant soi ; dans le cas contraire, et lorsque l'enrouement n'apparaît que quelques instants avant le moment de chanter, on n'a plus qu'une ressource, et encore n'est-elle applicable que chez les hommes : il faut entourer le cou d'un large sinapisme, et en placer un autre sur la poitrine, au niveau de la fourchette sternale ; cette révulsion suffit dans quelques cas pour dissiper la congestion laryngienne.

Dans d'autres circonstances, les accidents sont d'une tout autre nature : sans aucune

Il va de soi qu'avant de prescrire le traitement mercuriel dans les enrouements chroniques, nous devons être pleinement assurés que cette altération de la voix n'est pas sous la dépendance d'une disposition à la phthisie : alors, en effet, les mercuriaux pourraient être nuisibles. L'auscultation et la percussion nous permettent le plus souvent de résoudre cette question, en nous montrant qu'il n'existe aucun signe de dépôts tuberculeux dans les poumons, quoique le malade ait de l'enrouement et de la toux depuis plusieurs semaines, quelquefois même depuis plusieurs mois. Dans ce cas, la toux est tout simplement le résultat de l'irritation ou de l'inflammation du larynx ; souvent les amygdales et les ganglions sous-maxillaires sont légèrement hypertrophiés, la gorge est rouge, et la paroi postérieure du pharynx est couverte d'excoriations superficielles irrégulières.

Je suis tout naturellement amené à vous parler de la médication par l'alun, que Velpeau a préconisée contre l'angine tonsillaire aiguë. Il professe que la poudre d'alun appliquée avec le bout du doigt sur l'arrière-gorge enflammée produit des effets surprenants. La marche de l'inflammation, dit-il, est enrayée comme par enchantement ; la fièvre tombe, la rougeur et la tuméfaction des parties phlogosées disparaissent

cause occasionnelle appréciable, l'artiste se trouve dans l'impossibilité de chanter, parce qu'il ne peut plus produire les notes élevées : tant qu'il ne dépasse pas le médium de l'échelle diatonique de sa voix, il possède toute la plénitude de ses moyens ; les notes sont émises justes, nettes et parfaitement timbrées ; au delà, il y a une aphonie complète, ou bien il ne se produit que des sons discordants et criards, qui n'ont plus aucun des caractères des sons du registre dit de poitrine. Du reste, la voix parlée est intacte, elle a sa tonalité et son timbre normaux, et l'examen de la gorge ne révèle aucune congestion, aucune modification appréciable : c'est précisément par ces caractères négatifs, par l'absence d'enrouement, par la conservation de la voix parlée et des notes graves, que cette perturbation se distingue de la précédente. On n'a point affaire ici à des phénomènes congestifs ; il y a simplement un défaut d'accommodation des cordes vocales ; elles ne peuvent plus arriver au degré de tension qui est nécessaire à la production des sons aigus. Faut-il attribuer cette impuissance à un trouble nerveux passager, ou bien à l'épuisement des agents contractiles qui opèrent la tension des cordes ? C'est là une question peu importante ; je dois dire toutefois que cette dernière interprétation me paraît beaucoup plus vraisemblable, car cette singulière altération de la voix résiste à tous les moyens thérapeutiques ; le repos absolu de l'organe pendant trois ou quatre jours est la condition *sine quâ non* de la guérison. Ce n'est donc pas seulement au point de vue des caractères symptomatiques qu'il importe de distinguer ces deux espèces d'affections, c'est encore, et surtout, au point de vue du pronostic et du traitement,

(Note du TRAD.)

sent, l'appétit renaît, la convalescence est rapide. Ce moyen réussit tant que la suppuration n'est pas établie. Depuis longtemps déjà, on se servait de l'alun comme topique, dans les angines malignes ou chroniques ; mais avant Velpeau aucun praticien n'avait imaginé de recourir à ce moyen pendant les premières périodes de l'amygdalite aiguë. Ce traitement peut assurément donner quelques succès ; mais l'expérience ultérieure a démontré que le chirurgien français en a beaucoup exagéré la valeur (1). Du reste, les effets de l'alun dans l'angine tonsillaire aiguë peuvent nous faire comprendre les bons résultats qu'il nous donne, lorsque nous l'employons à hautes doses contre les douleurs gastriques violentes que détermine l'indigestion : ce traitement a été conseillé par le docteur Griffin (de Limerick).

Quelques mots maintenant sur le traitement du croup. Dans le huitième volume du *Dublin medical Journal*, j'ai publié l'exposé d'une nouvelle méthode thérapeutique qui a été proposée par le docteur Lehmann (de Torgau). Cette méthode a l'avantage d'être simple, efficace, et d'une application facile ; de plus, elle n'exerce aucune influence nuisible sur la constitution du malade. Le moment le plus favorable pour son application, c'est le début même de la maladie, c'est l'instant où l'enfant est soudainement éveillé durant la nuit, par l'invasion des premiers accidents. Si alors la respiration est difficile et anxieuse, si elle est accompagnée de ce bruit croupal qui n'est que trop connu, si la toux est retentissante, il n'y a pas une minute à perdre. Les symptômes de cette affection vous sont trop familiers pour que je vous les décrive ici ; sachez seulement quels sont les cas les plus dangereux. Si l'enfant s'est mis au lit avec toutes les apparences de la santé, s'il n'a

(1) Si les opinions les plus opposées ont été émises sur l'opportunité de l'emploi de l'alun au début de l'amygdalite aiguë, cela tient simplement à ce qu'on a voulu arriver à un précepte général et absolu, tandis qu'il fallait avant tout distinguer avec soin les diverses formes d'angine tonsillaire. Or, dans l'amygdalite phlegmoneuse, l'alun exaspère les accidents de la façon la plus incontestable ; dans l'amygdalite avec embarras gastrique, qui est si commune pendant certaines constitutions médicales, il ne modifie l'état local que lorsqu'un émétique a fait justice de l'affection principale : de sorte que l'alun n'est vraiment efficace que dans l'amygdalite érythémateuse simple. Alors, il faut bien le dire, il arrête très-rapidement la marche des accidents, et M. Velpeau a rendu un véritable service à la pratique médicale, en y introduisant cette médication ; pour moi, j'ai eu de fréquentes occasions d'en constater sur moi-même les heureux effets.

(Note du TRAD.)

présenté aucun symptôme de catarrhe antérieur, et s'il est réveillé brusquement par une attaque de croup, soyez alors sur vos gardes ; le malade peut être tué en vingt-quatre heures. Eh bien ! malgré l'imminence du danger, les accidents peuvent être arrêtés par l'application immédiate de l'eau chaude. Plongez dans de l'eau aussi chaude que votre main peut la supporter une éponge de la grosseur du poing, pressez-la ensuite pour qu'elle soit à demi-sèche, et appliquez-la au-dessous du menton de l'enfant, sur le larynx et sur la trachée ; après quelques minutes de contact avec la peau, l'éponge commence à devenir moins chaude, et il faut la plonger de nouveau dans l'eau. Il vaut encore mieux avoir une seconde éponge toute prête, afin de pouvoir les employer alternativement et sans interruption. Ces applications continuées pendant dix à vingt minutes déterminent sur toute la région antérieure du cou une vive rougeur des téguments, exactement comme le ferait un fort sinapisme ; cette rougeur ne doit pas être suivie de vésication. Bientôt l'organisme tout entier ressent l'influence de ce traitement topique : il survient une transpiration salubre, que l'on doit favoriser par des boissons chaudes, telles que du petit-lait, du thé léger, etc. ; en même temps la toux diminue de fréquence, la tonalité en est abaissée, l'enrouement disparaît, la voix perd son timbre rauque et éclatant ; la dyspnée et l'agitation font place au calme et au repos. Bref, tout danger est passé, le petit malade s'endort, et lorsqu'il se réveille au matin, il se ressent à peine de la violente et dangereuse secousse qu'il a supportée quelques heures auparavant.

Depuis que j'ai eu connaissance de la méthode de Lehmann, je l'ai employée dans mainte circonstance, et toujours le succès a répondu à mon attente. Mais ce traitement n'est applicable que dans les cas où vous voyez le malade tout à fait au début. Du reste, je ne prétends point exclure les émissions sanguines et l'émétique ; loin de là, c'est à ces moyens que vous devez avoir recours, si le danger est pressant, ou si vous n'êtes appelés que lorsque le mal a déjà fait quelques progrès.

J'ai observé tout dernièrement deux malades chez lesquels j'ai mis en pratique le traitement dont je viens de vous parler. Dans le premier cas, il s'agit de la fille d'une dame de Fitzwilliam-square ; l'attaque avait été subite et violente, et j'avais été mandé immédiatement. Je prescrivis les lotions avec les éponges chaudes, et je les fis continuer jusqu'à ce qu'on eût obtenu un soulagement notable ; la guérison fut

rapide et complète. L'autre malade était une dame de trente-cinq ans. Quatre ans auparavant, elle avait déjà eu une attaque de croup, pour laquelle elle avait été saignée ; elle avait en outre pris de l'émétique à doses nauséuses, et on lui avait appliqué des sangsues. Pour moi, je la traitai uniquement avec les éponges, et elle fut beaucoup plus promptement hors d'affaire.

Quelque temps après la publication de mon travail dans le *Dublin Journal*, je reçus une lettre d'un médecin américain ; il me remerciait, disait-il, de l'avoir mis à même d'arracher à la mort un grand nombre de malades atteints de croup (1).

La plupart des médecins qui enseignent l'auscultation ont l'habitude de décrire un grand nombre de bruits anormaux, qu'ils rapportent aux diverses conditions anatomiques des canaux bronchiques. Ils nous parlent de râles muqueux, de râles sonores et sibilants, sans oublier leurs variétés et leurs combinaisons multipliées. Or, messieurs, l'expérience m'a appris que tous ces noms ne sont bons qu'à troubler et à embar-

(1) Voilà un passage qui étonnera sans doute, car il est étrange de voir l'illustre clinicien de Dublin confondre encore de la façon la plus complète le croup et le faux croup. Toute sa description s'applique évidemment à l'asthme de Millar, à l'asthme spasmodique de Wichmann, ou, comme nous disons aujourd'hui, à la laryngite striduleuse. Mais, si Graves a donné à cette affection le nom de croup, ce n'est point qu'il ait ignoré les caractères du véritable croup, du croup de Home, c'est tout simplement qu'à l'exemple de Cullen, d'Albers et d'Underwood, il voyait dans la laryngite spasmodique le premier degré du croup. Il y a donc là une erreur d'interprétation, et non point une confusion produite par l'ignorance. — Du reste, il faut le reconnaître, les médecins anglais qui avaient donné la première impulsion (Simpson, Home, Millar) aux nombreux travaux dont le croup a été l'objet depuis la fin du dernier siècle, étaient depuis lors restés fort en arrière, et il n'y a que peu d'années que la connaissance de la diphthérie a été vulgarisée chez eux. Encore me paraissent-ils, même dans leurs ouvrages les plus récents, regarder comme parfaitement synonymes les expressions de diphthérie laryngée, et de laryngite pseudo-membraneuse ; cette terminologie vicieuse les a conduits à confondre toutes les affections exsudatives du larynx, erreur qui est encore trop fréquemment commise parmi nous.

Simpson James, *Dissert. de asthmate infantum spasmodico*. Edinburgi, 1761.

Home, *An Inquiry into the nature, cause and cure of the croup*. Edinburgh, 1765.

Millar, *On asthma and whooping-cough*. London, 1769.

Underwood, *Treatise on the diseases of children*. London, 1799.

Cullen, *Éléments de médecine pratique*, traduction de Bosquillon. Paris, 1795.

Wichmann, *Iden zur Diagnostik*. Hannover, 1794.

(Note du TRAD.)

rasser le débutant. Ce n'est qu'avec une attention soutenue, et au prix de grands efforts, qu'on arrive à se pénétrer de la valeur de ces désignations, et à se rappeler les caractères des bruits qu'elles représentent : or cette étude n'est rien moins que nécessaire ; ma préoccupation constante est de ne pas charger de noms inutiles la mémoire des élèves. Pour ce qui est des râles de la bronchite, il suffit, selon moi, de ne jamais perdre de vue ces notions fondamentales : le son que produit le passage de l'air dans les tubes bronchiques est modifié dans sa nature, suivant que ces canaux sont larges ou étroits, suivant qu'ils sont secs ou humides, suivant que les liquides contenus sont fluides ou visqueux. Dans toute bronchite, les deux questions les plus importantes à résoudre sont celles-ci : Les petites bronches sont-elles intéressées ? Quelle est la nature du liquide qu'elles renferment ?

En conséquence, lorsqu'un élève me demande quels sont les bruits que l'on perçoit dans l'inflammation des bronches, je ne lui dis point qu'ils sont sibilants ou ronflants, ce qui l'embarrasserait certainement ; je me borne à lui répondre que les sons proviennent tantôt des grosses, tantôt des petites bronches, et qu'ils sont humides ou secs. Lorsque les grosses bronches sont seules enflammées, les sons transmis par le tissu pulmonaire sont relativement peu nombreux ; il est rare qu'on en entende plus de deux ou trois sous le champ du stéthoscope ; si les bruits sont secs, ils ont un ton grave qui rappelle la vibration d'une corde de violoncelle, ou le roucoulement d'un pigeon ; s'ils sont humides, les bulles sont grosses, rares et inégales. Si les bronches capillaires sont compromises, nous entendons au contraire des sons très-nombreux qui procèdent évidemment d'une portion très-restreinte du poumon ; nous percevons dans le même instant trois, quatre et même six ou sept bruits, qui sont circonscrits dans une étendue très-limitée.

Durant une même respiration, ces sons subissent des modifications rapides dans leur tonalité ; souvent quelques-uns d'entre eux paraissent s'éteindre, et ils sont remplacés par de nouveaux bruits. Lorsqu'ils sont secs, le sifflement qu'ils produisent est aigu ; mais n'oubliez pas qu'ils sont rarement tous également secs : ils coïncident le plus souvent avec d'autres râles fins et humides. Toutes les fois que le stéthoscope me fait entendre sur un espace limité un très-grand nombre de bruits, s'ils sont secs et aigus, s'ils présentent certains caractères qui dénotent le passage de l'air à travers un liquide, je conclus que

j'ai affaire à une inflammation des petites bronches, accompagnée d'une hypersécrétion qui fait obstacle au libre passage de l'air. Ces considérations sont d'une haute importance, lorsqu'il s'agit de déterminer la nature d'une bronchite, soit aiguë, soit chronique ; le danger en effet ne dépend pas seulement de l'étendue de la lésion, il est subordonné à l'état des bronches capillaires, et à la quantité de liquide qu'elles contiennent. Or l'auscultation ne nous permet pas seulement de reconnaître si les petits canaux bronchiques sont atteints ; elle nous révèle aussi qu'ils sont obstrués par un liquide visqueux, qui empêche la pénétration de l'air dans les cellules pulmonaires, et qui tend à produire l'asphyxie.

Je vous engage à étudier attentivement la maladie de Jowson qui est couché dans notre salle des chroniques ; il est sous le coup d'accidents aigus qui sont survenus dans le cours d'une bronchite chronique. En raison même de son extrême fréquence, cette affection est des plus importantes. Il n'est certainement pas d'état morbide plus commun que l'inflammation chronique des bronches ; vous la rencontrerez journellement dans la pratique des hôpitaux ; vous serez constamment appelés à la combattre dans votre clientèle particulière : aussi devez-vous apporter une attention toute spéciale à l'étude de la nature et du traitement de cette maladie.

La bronchite provient le plus souvent de l'impression anormale exercée par le froid, soit sur la peau, soit sur la muqueuse aérienne. Il est très-probable que le catarrhe qui succède à l'action du froid n'est pas toujours la conséquence de l'impression subie par l'enveloppe cutanée. Il me semble très-logique d'admettre qu'une attaque de bronchite peut être également le résultat d'une influence directe exercée par le froid sur la muqueuse broncho-pulmonaire ; et je pense que l'individu qui s'expose à un changement subit de température peut prendre une bronchite par le même mécanisme qui donne lieu, dans les mêmes circonstances, à une inflammation de la conjonctive. Nous savons parfaitement que l'une des causes les plus ordinaires de la conjonctive est l'exposition subite des yeux à un air vif et froid, après qu'ils ont été soumis pendant quelque temps à l'influence débilitante de la chaleur et de la lumière ; or, je ne vois pas pourquoi le même changement de température, survenant dans les mêmes conditions, ne deviendrait pas la cause déterminante d'une inflammation de la muqueuse bronchique.

Je sais bien que la nature a pris de grandes précautions pour maintenir à une température toujours égale l'air qui est introduit dans la poitrine à chaque inspiration : cet air traverse la bouche, les fosses nasales et le pharynx, et là il est réchauffé par son contact avec une membrane muqueuse très-étendue ; de plus, après une expiration ordinaire, il reste dans les poumons une petite proportion de fluide aériforme : ce sont là des conditions qui compensent avantageusement l'abaissement de température de l'air inspiré dans une atmosphère très-froide. Néanmoins il doit exister sous ce rapport une différence considérable entre l'air inspiré et l'air expiré ; conséquemment, les voies aériennes sont exposées, *plus que toute autre partie du corps*, à des alternatives rapides de chaleur et de froid ; et il en est ainsi depuis la naissance jusqu'à la mort. Il faut ajouter toutefois que la nature a sagement approprié la vitalité de la muqueuse bronchique à ces conditions exceptionnelles, et que l'influence toute-puissante d'une habitude de tous les instants permet aux voies aériennes d'affronter avec impunité les changements brusques de température. Il en est de même, sans aucun doute, de la surface du globe oculaire : tantôt, dans l'acte du clignement, il est couvert, réchauffé et lubrifié par les paupières ; tantôt il est directement exposé à l'action du froid extérieur, accru par l'évaporation rapide qui a lieu à la surface de la conjonctive, de sorte qu'il est soumis, dans l'espace de quelques instants, aux températures les plus diverses ; et pourtant, vous le savez, l'œil ne gèle jamais.

Dans les phlegmasies de la muqueuse aérienne, le siège de l'inflammation est d'une importance capitale. Les voies de l'air commencent au larynx et finissent avec les ramifications ultimes des bronches. Si l'affection intéresse l'entrée même des conduits aériens, il s'agit d'une laryngite, et le cas devient très-sérieux : car, chez l'enfant, parfois aussi chez l'adulte, l'inflammation du larynx donne lieu à des accidents très-graves, et souvent mortels. Si c'est la trachée qui a été atteinte, la maladie est encore très-pénible, mais le danger n'est plus comparable. Il en est de même pour les grosses bronches ; leur inflammation se traduit bien rarement par des symptômes aussi violents que ceux de la laryngite, et elle est beaucoup plus accessible aux influences thérapeutiques. Mais si les bronches capillaires sont touchées, si surtout elles sont affectées dans leur totalité, c'est-à-dire dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire, oh ! alors, nous devons concevoir de vives

alarmes : la maladie est sévère, et si elle n'est pas rapidement domptée, la terminaison fatale est proche (1).

Vous voyez, messieurs, que lorsqu'un individu, après s'être exposé au froid, est atteint d'une affection thoracique, il est essentiel de reconnaître le siège, l'étendue de la lésion, ainsi que l'état des dernières ramifications des bronches. Comment donc y parviendrez-vous ? D'une manière bien simple. Faites d'abord une exploration générale rapide en appliquant successivement le stéthoscope sur la région supérieure, moyenne et inférieure de chaque poumon, soit en avant, soit en arrière ;

(1) On sait qu'il est très-fréquent de voir la phlegmasie des grosses bronches s'étendre par voie de continuité aux dernières ramifications des canaux aériens ; il est beaucoup plus rare de voir la bronchite capillaire se propager de la même façon au parenchyme pulmonaire, et donner lieu à une véritable pneumonie. Les travaux récents sur l'anatomie du poumon ont donné les raisons de cette différence si surprenante au premier abord ; et M. Charles Robin, dans une note lue à la Société de biologie en 1858, a spécialement appelé l'attention sur ce point. Il a montré que cet isolement de la bronchite par rapport à la pneumonie reconnaît pour causes, d'une part, les différences profondes que présentent dans leur structure les canaux aérophores et les éléments véritablement respirateurs du poumon ; d'autre part, l'indépendance absolue de la circulation dans ces deux parties de l'organe, qui ne sont pas moins distinctes au point de vue de la constitution qu'au point de vue de la fonction.

Tandis que les dernières ramifications des bronches sont revêtues d'une véritable muqueuse à épithélium prismatique vibratile, les canalicules pulmonaires ou respirateurs ne présentent aucune muqueuse séparable de la trame élastique qui les constitue ; le réseau capillaire à mailles étroites (elles sont plus petites que le diamètre des capillaires eux-mêmes) qui rampe sur la paroi des conduits pulmonaires n'est séparé de la cavité de ces conduits que par une couche d'épithélium pavimenteux à gros noyaux, qui commence où cesse l'épithélium cylindrique des bronches : c'est donc complètement à tort que ces conduits ont été appelés *dernières ramifications bronchiques*. Mais ce n'est pas tout : les véritables canaux bronchiques, gros et petits, reçoivent le sang des artères bronchiques, tandis que les canalicules pulmonaires ne sont alimentés que par l'artère pulmonaire. En conséquence, dans le cas de bronchite, la portion du système capillaire qui est le siège de l'inflammation appartient au système capillaire aortique à sang rouge ; tandis que, dans le cas de pneumonie, ce sont les capillaires de la petite circulation, recevant le sang noir par l'artère pulmonaire, qui sont exclusivement atteints.

Telles sont, d'après M. Robin, les principales raisons de l'indépendance de la bronchite par rapport à la pneumonie.

Ch. Robin, *Sur les causes de l'indépendance de la bronchite par rapport à la pneumonie* (*Gazette médicale de Paris*, 1859).

(Note du TRAD.)

si vous entendez partout quelque bruit anomal, concluez que la bronchite est généralisée. Étudiez alors avec la plus grande attention les caractères des sifflements que vous percevez : si vous trouvez que chaque portion du poumon donne lieu à un grand nombre de bruits morbides, *si vous entendez un sifflement distinct sur plusieurs points très-rapprochés les uns des autres*, vous pouvez être assurés que ces sons proviennent d'une phlegmasie des petites bronches : car, dans l'étroit espace que recouvre votre stéthoscope, les grosses bronches ne peuvent être assez nombreuses pour produire des bruits aussi multipliés. Toutes les fois donc que vous entendez dans une petite étendue un très-grand nombre de sons distincts, soyez certains que les bronches capillaires sont engagées.

Le malade sur lequel j'appelais tout à l'heure votre attention est à la période moyenne de la vie par son âge, mais il touche à la vieillesse par l'état général de sa constitution. Cette condition est malheureusement trop fréquente dans ce pays : les travailleurs pauvres portent presque tous les traces d'une caducité prématurée, triste résultat de la misère, des fatigues et de l'intempérance. Contraints de travailler en plein air malgré les rigueurs de la température, ils prennent des affections catarrhales, et dès lors l'action non interrompue des mêmes causes, le défaut de soins convenables, ramènent sans cesse les mêmes accidents. Sous l'influence de ces refroidissements toujours renaissants et toujours négligés, la muqueuse bronchique acquiert une disposition anormale à la congestion et à l'inflammation ; puis cette disposition passagère devient un état permanent, et, dans l'intervalle des refroidissements, la membrane muqueuse des bronches ne revient plus à ses conditions naturelles.

Chez un sujet parfaitement bien portant, la sécrétion des bronches ne nécessite pas d'expectoration. Quoique cette sécrétion ne soit jamais interrompue, elle n'est point surabondante, parce qu'une certaine quantité du liquide est emportée par l'exhalation ou par l'absorption ; *en fait, un individu en bonne santé, qui respire un air pur, n'éprouve pas le besoin de l'expectoration*. Dans ces conditions, les liquides sécrétés ne renferment rien que l'air expiré ne puisse entraîner sous forme de vapeur, de sorte qu'il ne reste aucun résidu qui doive être éliminé par les secousses de la toux. A ce point de vue, la muqueuse bronchique diffère considérablement à l'état sain des autres membranes du même genre ; mais la maladie détruit cette précieuse prérogative, elle détermine la

production d'un mucus anormal qui ne peut plus être emporté par les procédés naturels ; l'expectoration devient alors indispensable. C'est là ce qui explique pourquoi les individus chez lesquels l'action répétée du froid a amené un état congestif permanent des bronches sont affectés d'une hypersécrétion continuelle qui les force toujours à cracher. Les choses peuvent aller ainsi pendant quelques années sans grand préjudice ; le malade n'éprouve d'autre incommodité que l'ennui de vider ses bronches le matin. A ce moment, en effet, elles sont toujours remplies de liquides, parce que pendant la nuit la toux est moins fréquente et l'expectoration moins abondante.

Remarquez d'ailleurs, messieurs, qu'un individu qui tousse violemment pendant son sommeil ne crache jamais. L'expectoration ne peut être accomplie que si le malade dirige son attention, pour ainsi dire, sur l'état de sa poitrine ; il faut un acte de la volonté qui amène le resserrement des canaux bronchiques, et qui donne lieu à un courant d'air assez fort pour que les mucosités soient entraînées. Pour obtenir ce résultat, les secousses de la toux ne sont point suffisantes ; *aussi ne pouvons-nous point cracher pendant le sommeil* ; l'expectoration ne peut avoir lieu que dans l'état de veille.

Les affections catarrhales des bronches, lorsqu'elles se répètent fréquemment, n'ont pas seulement pour effet de produire des altérations persistantes sur la membrane muqueuse des voies aériennes ; elles entraînent fatalement d'autres conséquences non moins fâcheuses. La dyspnée est la compagne ordinaire de la bronchite chronique ; le tissu pulmonaire affaibli perd son élasticité naturelle ; l'acte de la respiration est incomplet, et il devient très-difficile ; en outre, la pression exercée sur les cellules et sur les canaux aériens amène l'emphysème et la dilatation des bronches (1).

(1) Graves n'insiste point sur le mécanisme de la production de l'emphysème ; il se borne à invoquer la pression exercée sur les cellules et sur les canaux aériens ; il n'indique même pas quel est celui des mouvements respiratoires qui détermine cette pression, et il évite ainsi de se prononcer entre les deux théories opposées de l'*inspiration* et de l'*expiration*. Or, depuis quelques années, l'emphysème vésiculaire (qu'il serait plus exact d'appeler *lobulaire*) a été l'objet de plusieurs travaux intéressants, que je crois devoir signaler ici : on en est encore en France à la théorie de Laennec, et, malgré leur concision, les détails suivants ne seront peut-être pas sans quelque utilité.

Rappelons d'abord la manière de voir de Laennec. L'emphysème se développe tou-

Lorsque Jowson est entré à l'hôpital, il souffrait d'accidents aigus survenus dans le cours d'une bronchite chronique, sous l'influence d'un refroidissement ; il avait de la dyspnée, une disposition évidente à l'emphysème, et il était déjà fort affaibli par les exacerbations fréquentes

jours à la suite d'une inflammation des bronches : dans cette condition, les canaux aériens deviennent rigides, ils sont obstrués par des mucosités, leur membrane muqueuse est plus ou moins gonflée, et, vu l'insuffisance de la force d'expiration, ces conduits ne peuvent se débarrasser des liquides visqueux qu'ils renferment ; et, partant, ils ne peuvent non plus expulser l'air qu'ils contiennent. Mais, comme l'inspiration est beaucoup plus puissante que l'expiration, une nouvelle quantité d'air arrive à chaque mouvement inspiratoire dans le lobule pulmonaire, et cet air se dilatant par la chaleur, les cellules qui entrent dans la composition du lobule sont bientôt distendues outre mesure, et elles perdent à la fois leur volume normal et leur élasticité. Je ne rappellerai point ici toutes les objections qui ont été faites à cette théorie ; il suffit de faire remarquer, pour la ruiner complètement, que l'emphysème n'occupe point la région postéro-inférieure des poumons, dans laquelle prédominent les phénomènes de catarrhe. D'ailleurs toute cette argumentation repose sur une erreur physiologique ; bien loin que l'inspiration soit plus puissante que l'expiration, la force qui préside à cette dernière dépasse d'un tiers environ l'énergie de la puissance inspiratrice. Les expériences de Hutchinson et de Mendelssohn ont définitivement tranché la question.

Plusieurs années se passèrent sans que ces notions physiologiques nouvelles vinssent modifier l'opinion généralement admise sur la pathogénie de l'emphysème. C'est alors que Gairdner, tout en restant fidèle, dans ce qu'elle a de fondamental, à la théorie de l'inspiration, fit connaître dans un travail des plus remarquables ses idées sur ce sujet. Partant de ce fait incontestable que les puissances expiratrices l'emportent en force sur celles de l'inspiration, il étudia d'abord le mécanisme du collapsus des lobules pulmonaires dans la bronchite aiguë et chronique ; prenant alors à partie la théorie de Laennec, il montre que les parties affaissées du parenchyme correspondent précisément aux conduits bronchiques obstrués, tandis que les parties emphysémateuses n'existent que là où les bronches sont parfaitement perméables. Qu'arrive-t-il en effet une fois que, sous l'influence du catarrhe, une portion plus ou moins étendue du poumon est tombée en collapsus ? La colonne d'air inspiré, qui à l'état normal exerce une égale pression sur tous les lobules, parce qu'elle pénètre également dans tous, est forcément modifiée dans sa distribution ; ne pouvant arriver dans les portions affaissées, elle exerce une pression excentrique plus considérable sur le reste de l'organe : cette pression compensatrice, si je puis ainsi dire, est directement proportionnelle au nombre des lobules en collapsus, et il faut qu'il en soit ainsi, car les lobules distendus par l'air doivent combler dans la poitrine le vide laissé par les parties affaissées.

L'opinion de Gairdner sur le mode de production du collapsus pulmonaire a été universellement adoptée, elle a même été vérifiée par les expériences de Mendelssohn et du professeur Traube ; mais, quoique séduisantes, ses idées sur l'emphysème n'ont pas été accueillies avec le même succès, et la théorie de l'expiration, patronnée par Bennett, Jenner, Waters, ne paraît rallier aujourd'hui la majorité des observateurs. Les

de son affection bronchique. Je ne veux point m'arrêter ici sur la bronchite aiguë, qui vient s'entersi souvent sur l'inflammation chronique des bronches ; c'est une maladie dangereuse qui veut être combattue par des moyens rapides et énergiques. Je veux seulement vous faire con-

objections qu'on a faites à la doctrine de Gairdner étaient sérieuses en effet ; elles ont été très-habilement présentées par Waters dans son travail ; je ne puis malheureusement en donner ici que le résumé sous forme de propositions. Lorsqu'une portion du poumon est en collapsus, il ne s'ensuit point que le reste de l'organe doive être distendu au delà des limites normales, car la dilatation du thorax est toujours exactement proportionnelle à l'expansibilité du poumon. — L'air inspiré se distribue également dans toutes les parties qui respirent, et il n'existe aucun agent, aucune force qui ait le pouvoir de *diriger* l'air vers un point plutôt que vers un autre. — Lorsqu'une certaine portion du poumon est en collapsus, il n'est point prouvé que la quantité d'air inspiré soit la même que lorsque l'organe tout entier possède son activité fonctionnelle. Mais, en admettant même qu'il en soit ainsi, et que les parties restées perméables doivent subir une certaine dilatation compensatrice, il n'est pas moins vrai que l'air doit se répandre également dans tous les lobules qui respirent, et qu'il ne peut en distendre quelques-uns à l'exclusion des autres. — Enfin la théorie exige que l'emphysème présente son maximum dans le voisinage immédiat des parties affaissées ; on sait que les choses ne se passent point ainsi.

Ces arguments me paraissent sans réplique, et je crois que la théorie de l'inspiration doit être abandonnée au moins pour la majorité des cas.

La principale objection qui ait été faite à la doctrine de l'expiration est celle-ci :

L'acte de l'expiration est incapable de distendre une portion quelconque des poumons à l'exclusion des autres. Or, cette objection a été victorieusement réfutée par Jenner. « L'expiration, dit-il, étant principalement accomplie ou du moins considérablement aidée par les muscles abdominaux qui repoussent en haut le foie, etc., et la courbure du diaphragme augmentant notablement en cet instant il en résulte que l'air n'est pas seulement poussé des parties centrales du poumon dans les grosses bronches, puis dans le larynx, mais qu'il est refoulé aussi à la circonférence de l'organe, c'est-à-dire vers les points qui sont le moins comprimés durant l'acte expiratoire. » Si l'expiration se fait avec effort, et si la glotte est en partie fermée, l'air doit être nécessairement refoulé vers les parties du poumon au niveau desquelles la paroi thoracique offre le moins de résistance, et dans les points qui contiennent normalement le moindre volume d'air. Or le sommet du poumon répond à la première de ces conditions, et le bord antérieur à la seconde : ainsi se trouvent expliqués le siège de prédilection de l'emphysème et la production de cette lésion dans toutes les affections caractérisées par des quintes de toux violentes : dans la coqueluche, par exemple. Cette distension de certaines parties du poumon pendant l'expiration a été vérifiée sur le vivant par le professeur Bennett : sur un individu porteur d'une fistule sternale, il a constaté que c'était seulement au moment d'une expiration forcée que les poumons venaient faire saillie à travers l'ouverture anormale.

A ces arguments, qui me semblent déjà fort démonstratifs, j'ajouterai une autre

naître le traitement que j'ai employé chez notre malade, et vous exposer les motifs qui m'ont guidé.

Au moment où Jowson nous est arrivé, la fièvre qui avait accompagné le début de l'affection était déjà tombée. Le pouls était assez

considération qui me paraît susceptible de résoudre la question en faveur de la théorie de l'expiration : je veux parler de l'emphysème partiel qui se développe dans certains cas d'infiltration tuberculeuse, ou bien lorsqu'une pleurésie a laissé dans la poitrine des fausses membranes persistantes, ou encore lorsque les bronches sont comprimées au niveau du hile par quelque tumeur ; toutes les fois, en un mot, que l'expiration, devenue difficile, exige un certain effort. Ces faits, je le répète, me paraissent juger le débat. Soit, en effet, une infiltration tuberculeuse commençante au sommet de l'un des poumons, avec emphysème concomitant. Si la théorie de l'inspiration était juste, ce n'est point au sommet de l'organe altéré que l'on devrait rencontrer la distension gazeuse des lobules, car l'inspiration forcée ne peut faire sentir son influence sur une partie de l'organe qui a déjà perdu de son expansibilité, et dont l'activité fonctionnelle est évidemment diminuée : c'est au niveau des portions saines que la dilatation compensatrice devrait se produire, et puisqu'il n'en est rien puisque cette interprétation pathogénique est incompatible avec le siège de l'emphysème, il est de toute évidence qu'elle doit être rejetée. Mais ce n'est pas tout encore, et dans ce cas particulier les résultats de l'auscultation viennent si directement à l'appui de la théorie de l'expiration, que je suis étonné qu'aucun de ses défenseurs n'ait songé jusqu'ici à invoquer en sa faveur les faits dont je m'occupe en ce moment. Lorsque l'infiltration tuberculeuse commençante se traduit par des signes stéthoscopiques, quels sont-ils ? Les deux premiers sont l'obscurité de l'inspiration et l'expiration prolongée. Parfois, il est vrai, l'inspiration prend un caractère de rudesse très-marqué ; mais qu'on y fasse attention, il y a là une modification du timbre et de la tonalité du bruit, il n'y a pas une augmentation de force. Au contraire, l'expiration devient à la fois plus forte et plus longue ; ce prolongement à lui seul démontre que l'expiration est plus difficile qu'à l'état normal, et qu'elle exige un certain effort. On n'est donc point autorisé à arguer d'une inspiration complémentaire pour expliquer l'emphysème, puisque, dans les points mêmes où la dilatation gazeuse des lobules s'est produite, l'inspiration est devenue plus faible, à mesure que l'expiration augmentait de force et de durée.

Enfin j'emprunterai un dernier argument à l'histoire des hernies du poumon. Dès 1837, M. le professeur Malgaigne a montré que c'est l'expiration énergique et brusque qui chasse le poumon à travers les plaies pénétrantes du thorax ; il a prouvé en même temps que les hernies du poumon qui persistent après la cicatrisation de la plaie extérieure se dilatent pendant l'expiration, tandis qu'elles diminuent de volume pendant l'inspiration. Or, je le demande, n'y a-t-il pas là une démonstration directe de la théorie que je soutiens ? Qu'est-ce que cette dilatation de la hernie pulmonaire, sinon la preuve que l'expiration refoule le poumon vers les parties les moins résistantes de la paroi thoracique ? Je me suis arrêté trop longuement peut-être sur cette question de pathogénie, mais les dernières considérations que j'ai présentées n'ont été, que je sache, signalées par aucun auteur, et je tenais à ne laisser dans l'ombre aucun des arguments qui militent en faveur de la théorie nouvelle : car cette théorie a le double avantage de

calme, il n'y avait aucun trouble dans les fonctions cardiaques, et le malade avait échappé jusque-là à l'une des conséquences des affections chroniques des voies respiratoires, à savoir, la dilatation et l'hypertrophie du ventricule droit. Au point de vue thérapeutique, les particu-

rendre parfaitement compte du siège de la lésion et de s'appliquer à la généralité des faits.

Le professeur Rokitansky décrit une forme d'emphysème qui n'a pas été signalée en France. Ici l'emphysème est accompagné d'une rigidité anormale du parenchyme ; mais ce qui le caractérise essentiellement, c'est que la dilatation ne porte pas seulement sur les alvéoles, elle affecte aussi les infundibula (Rossignol). D'un autre côté, on observe dans cette forme anatomique deux processus parallèles : en même temps que s'opèrent la dilatation et la fusion des alvéoles, et la distension des infundibula, il se fait une prolifération des éléments du tissu conjonctif, et c'est précisément cette production nouvelle qui donne à l'organe la rigidité toute particulière dont il a été question ; ce travail formateur porte surtout sur le squelette des lobules. Il n'est pas rare d'observer aussi un dépôt de pigment dans les parties emphysémateuses. Cette forme d'emphysème peut exister seule, mais souvent elle coïncide avec la forme commune. A son degré le plus avancé, cet emphysème est accompagné de la dilatation des dernières ramifications bronchiques : il répète alors, sous des dimensions amoindries, une lésion dont le point de départ est différent, à savoir, la dilatation sacciforme des bronches. Ici, en effet, on voit marcher de pair l'augmentation de calibre des canaux aériens et l'hyperplasie de la trame fibreuse. Les altérations parenchymateuses constituent sans contredit l'élément le plus important de la bronchectasie ; je ne puis malheureusement les décrire, et je dois me borner à renvoyer le lecteur aux travaux remarquables de Corrigan, de Rokitansky et de Dittrich.

A mesure que nous avançons dans l'étude anatomique et pathologique de l'emphysème, nous pouvons apprécier plus sainement la valeur nosologique de cette altération. Pour moi, je ne puis voir dans l'emphysème un état morbide ayant une existence et une individualité propres, je ne puis y voir une *maladie* ; il n'y a là qu'une lésion secondaire, mécaniquement développée dans le cours des maladies aiguës ou chroniques, qui entravent l'accomplissement régulier des fonctions respiratoires.

Laennec, *Traité de l'auscultation*. Paris, 1837.

W. T. Gairdner, *On the path. anat. of bronchitis* (*Monthly Journal of med. sc.*, 1850-1851).

Hughes Bennett, *Clinical Lectures on the principles and practice of medicine*. Edinburgh, 1859.

Jenner, *Med.-chir. Transact. of London*, t. XL (citation empruntée à Bennett).

Waters, *On the morbid anatomy, pathology and determining cause of emphysema of the lungs* (*Proceedings of the Royal med. and chir. Soc.* 1860 et *British med. Journal*, 1860).

Malgaigne, *Traité d'anatomie chirurgicale*. Paris, 1859.

Rokitansky, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*, 3^e édition. Wien, 1859.

Corrigan, *On cirrhosis pulm.* (*Dublin Journal*, XIII et XXXVIII).

Dittrich, *Beiträge zur path. Anat.* Erlangen, 1850. (Note du TRAD.)

larités les plus importantes étaient celles-ci : il n'y avait pas de phénomènes généraux d'inflammation ; la peau n'était pas chaude, le pouls n'était pas fréquent ; l'expectoration était abondante ; la sonorité de la poitrine était normale, l'auscultation ne faisait entendre que des râles fins, humides et généralisés. En résumé, le diagnostic était ainsi formulé : bronchite générale avec hypersécrétion, sans réaction fébrile, chez un sujet débilité.

En conséquence, tous les moyens dépressifs étaient contre-indiqués. Il est vrai que cet homme avait de la dyspnée, et qu'il se plaignait d'éprouver une certaine constriction autour de la poitrine, et ces circonstances semblaient exiger les émissions sanguines générales ou locales. Il est certain que si nous avions eu recours à ce moyen, nous aurions produit quelque soulagement ; mais au bout de quelques heures nous aurions vu reparaître l'oppression ; l'affaiblissement consécutif à la saignée eût augmenté encore les sécrétions bronchiques, et en fin de compte le malade eût été un peu plus mal qu'auparavant. Nous avons donc laissé de côté la lancette et les sangsues ; mais, désireux d'éteindre complètement les phénomènes inflammatoires, nous avons prescrit la potion suivante :

℞ Mixturæ amygdalarum.	f. ℥ xij.
Nitratis potassæ.	ʒ ij.
Tartari emetici.	gr. j.
Tincturæ opii camphoratæ.	f. ℥ ss.

Fiat mistura pectoralis, cujus sumat cochleare unum amplum omni hora (1).

Je n'ai sans doute pas besoin de vous dire pourquoi je me suis servi de l'émulsion d'amandes. Dans toutes les potions béchiques, il importe que le véhicule soit un liquide doux et mucilagineux : nous employons dans ce but les sirops adoucissants, les émulsions d'huile d'olive, de spermaceti ou d'amandes, ou bien les décoctions de semences et de racines mucilagineuses. A l'émulsion d'amandes nous avons joint

(1)	℞ Mixture d'amandes.	288 grammes.
	Nitrate de potasse.	8
	Tartre stibié.	0gr,06
	Teinture camphrée d'opium.	12 grammes.

Faites une potion béchique dont on prendra une grande cuillerée toutes les heures.

Pour la composition de la teinture camphrée d'opium, voyez, tome I, la note de la page 574.

(Note du TRAD.)

l'émétique et le nitre, deux agents antiphlogistiques qui devaient spécialement agir sur la congestion de la muqueuse bronchique. Vous savez que le nitrate de potasse à haute dose est un antiphlogistique puissant, et vous m'avez vu l'employer avec succès dans l'arthrite aiguë. Le sel de nitre donné à la dose de 2 ou 3 drachmes (8 ou 12 gram.) par jour, et uni à 2 ou 3 grains (12 ou 18 centigr.) d'émétique, est, après la saignée, notre moyen d'action le plus efficace contre les phénomènes inflammatoires ; et si l'on me demandait quel remède j'emploierais pour les combattre, si je n'avais ni lancette, ni sangsues, ni calomel, je répondrais certainement : le nitre et le tartre stibié. A petites doses, ces deux médicaments réunis rendent également de très-grands services dans les cas moins aigus, et c'est pour cela que j'y ai eu recours dans le fait de Jowson. Quant à la teinture camphrée d'opium, je suis convaincu que ses propriétés stimulantes ne peuvent être nuisibles, lorsqu'on l'unit aux agents antiphlogistiques ; mais il serait dangereux de l'administrer seule. L'expérience a appris en effet que, dans les bronchites chroniques avec hypersécrétion, qui présentent quelques signes de réaction inflammatoire, la teinture d'opium arrête l'expectoration et produit de la dyspnée. Mais si cette teinture est associée à l'émétique et au nitre, ses effets nuisibles sont compensés, et son influence sédative reste seule.

J'ai prescrit, en outre, des frictions sur la poitrine avec le liniment acide nitro-muriatique. C'est une préparation dont j'ai l'habitude de me servir, lorsque je veux déterminer une rubéfaction. On fait ce liniment en mêlant exactement un gros (4 grammes) d'acide nitro-muriatique (1) et une once (32 grammes) d'axonge, avec une spatule de bois ou d'ivoire. Lorsque le mélange est intime, on ajoute 2 drachmes (8 gram.) d'essence de térébenthine. Il est bon de savoir que ces différents ingrédients ne tardent pas à se séparer et à réagir les uns sur les autres, de sorte que le médicament est hors d'usage : aussi ne doit-on jamais le préparer qu'en petite quantité. Comme Jowson était constipé, je lui prescrivis une pilule ainsi composée :

℞ Pilules bleues.	gr. iij = 18 centigrammes.
Colchique.	gr. $\frac{1}{4}$ = 0gr,015
Scammonée.	gr. ij = 12 centigrammes.
Capsicum.	gr. $\frac{1}{2}$ = 3

Mélez (2).

(1) Eau régale.

(2) Cette prescription est en anglais dans le texte.

Le colchique agit sur la sécrétion biliaire, surtout lorsqu'il est uni aux pilules bleues; il excite les fonctions intestinales. J'ajoutai un peu de capsicum, parce que le malade éprouvait de la flatulence.

Du reste, toutes les affections chroniques des bronches sont accompagnées de flatulence. Cette condition provient-elle de l'irritation de la muqueuse bronchique qui se propage par les tissus similaires, et qui rend la langue sale, l'estomac faible et les digestions mauvaises; ou bien l'état morbide des bronches et l'insuffisance des fonctions respiratoires diminuent-ils la production de gaz dans les poumons, et déterminent-ils une sécrétion compensatrice à la surface de la muqueuse intestinale? Je ne puis le dire avec certitude; mais je ne suis pas éloigné d'admettre cette dernière hypothèse. Nous savons que la muqueuse de l'estomac et des intestins a la propriété de sécréter et d'absorber des gaz; elle produit de l'acide carbonique, de l'azote, et d'autres gaz qui lui appartiennent en propre, l'hydrogène sulfuré, par exemple (1). Je ne sais pas s'il a jamais été prouvé que ce dernier gaz peut être sécrété par la muqueuse des bronches; mais comme, dans certaines circonstances, l'haleine est extrêmement fétide, je pense tout au moins que de nouvelles expériences sont nécessaires pour résoudre cette question. Il n'est point impossible que, lorsqu'une cause suffisante trouble profondément les fonctions d'hématose, et altère les sécrétions gazeuses des poumons, la muqueuse gastro-intestinale, par un travail compensateur, produise des gaz analogues à ceux qui sont sécrétés à l'état normal par la muqueuse broncho-pulmonaire. Je crois avoir observé quelques exemples très-nets de cette translation de fonctions, dans certains cas d'asthme spasmodique et d'hystérie. J'ai vu des malades qui, avant le début d'un accès d'asthme, n'avaient aucun symptôme de flatulence; mais à mesure que les troubles respiratoires se prononçaient davantage, les intestins étaient distendus par des gaz. Dans l'hystérie, lorsque l'oppression, les soupirs et la dyspnée révèlent clairement que la fonction de respiration est profondément atteinte, on observe en même temps une intumescence subite et considérable du ventre, on entend des borborygmes, et il se fait un abondant dégagement de gaz par les voies supérieures aussi bien que par les inférieures.

Mais revenons à notre malade. Après que toute trace d'inflammation aiguë eut disparu, nous n'avons plus eu affaire qu'à une bronchite chro-

(1) Voyez, tome I, la note de la page 167.

nique ordinaire ; nous avons alors changé notre médication et nous avons prescrit cette mixture :

℞ Misturæ ammoniaci.	f. ℥ vj.
Carbonatis sodæ.	3 ss.
Tincturæ opii camphoratæ.	f. ℥ ss.
Tincturæ hyoscyami.	f. ℥ j.
Vini ipecacuanhæ.	f. ℥ ij.

Fiat mistura pectoralis, cujus sumat cochleare amplum pro dosi (1).

Le carbonate de soude était donné pour remédier à l'acidité des sécrétions gastriques ; de plus, il est certain que les alcalins réussissent très-bien dans un grand nombre de cas d'irritation pulmonaire. ce dont vous pouvez aisément vous convaincre, en voyant les succès qu'on obtient dans la coqueluche au moyen du remède populaire de M. Pearson. Remarquez, messieurs, combien cette seconde potion était différente de la première : celle-là était beaucoup plus stimulante, et en même temps elle avait des propriétés sédatives plus puissantes ; l'opium y était moins étendu, et son action était secondée par la jusquiame ; j'avais introduit l'ipécacuanha pour corriger les effets trop rapides des autres substances qui auraient pu arrêter l'expectoration trop brusquement, ou déterminer de la constipation.

Si j'insiste sur cette méthode de traitement, c'est qu'elle ne se rapporte point seulement au cas de Jowson, elle s'applique à la bronchite chronique en général. Nous avons prescrit d'abord une combinaison de nitre et d'émétique pour faire disparaître jusqu'aux dernières traces de la réaction inflammatoire ; nous avons donné ensuite la mixture

(1) ℞ Mixture de gomme ammoniaque.	144 grammes.
Carbonate de soude.	2
Teinture camphrée d'opium.	12
Teinture de jusquiame.	3
Vin d'ipécacuanha.	6

Faites une potion béchique que l'on prendra par cuillerées.

Voici, d'après la Pharmacopée de Londres, la formule de la mixture de gomme ammoniaque et du vin d'ipécacuanha :

℞ Gomme ammoniaque.	5 gros = 20 grammes.
Eau distillée.	1 pinte = 475

Broyez la gomme ammoniaque avec l'eau versée peu à peu sur elle, jusqu'à ce que le mélange soit intime.

Vin d'ipécacuanha.

℞ Ipécacuanha écrasé.	2 onces $\frac{1}{2}$ = 80 grammes.
Vin de Xérés.	2 pintes = 950

Faites macérer pendant quatorze jours, et filtrez.

(Note du TRAD.)

de gomme ammoniacque avec la teinture camphrée d'opium et le carbonate de soude ; enfin, lorsque la toux fut devenue entièrement chronique, nous avons eu recours à la mixture de fer composée (1) unie à la teinture de jusquiame, et nous avons prescrit en outre un électuaire dans lequel entraient du soufre, de la crème de tartre et du séné. Il est fort inutile que je vous répète ici ce que vous trouverez dans tous les traités de matière médicale sur la mixture composée de fer : vous ne devez l'employer que lorsque la fièvre et l'inflammation locale ont disparu, lorsque la sécrétion bronchique est abondante et l'expectoration facile.

Dans ces conditions, en effet, le malade est ordinairement affaibli et la sécrétion anormale ajoute encore à sa débilité. C'est alors que la préparation ferrugineuse peut rendre de grands services ; mais vous devez apporter une grande réserve dans son emploi. Quelques médecins ont l'habitude de la donner à la dose d'une demi-once (16 grammes), deux ou trois fois par jour ; telle n'est point ma pratique : je commence par 2 ou trois drachmes (8 ou 12 gram.) tous les jours dans une once d'eau de menthe verte, et j'ajoute à ce mélange un demi-gros à un gros (2 à 4 gram.) de teinture de jusquiame. Grâce à ces précautions, la mixture ferrugineuse est plus facilement tolérée, et vous avez moins à craindre de la voir rejetée par le vomissement.

Je vous ai parlé d'un électuaire, en voici la composition :

℞ Electuari sennæ.	3 iij.
Bitartratis potassæ	3 j.
Sulphuris loti.	3 ss.

Sirupi zingiberis quantum sufficit ut fiat electuarium, cujus sumat cochleare unum parvum, bis vel ter quotidie (2).

(1) *Mixture de fer composée :*

℞ Myrrhe pulvérisée.	2 gros	=	8 grammes.
Carbonate de potasse.	1 gros	=	4
Eau de rose.	18 onces fluides	=	432
Sulfate de fer pulvérisé.	2 $\frac{1}{5}$ scrupules	=	3gr, 25.
Esprit de muscade.	1 once fluide	=	24
Sucre.	2 gros	=	8

Broyez la myrrhe avec l'esprit de muscade et le carbonate de potasse, et ajoutez, en broyant toujours, d'abord l'eau de rose avec le sucre, puis le sulfate de fer. Mettez tout de suite la mixture dans un vase de verre qui bouche bien. (*Pharmacopée de Londres.*)

(2) ℞ Électuaire de séné.	96 grammes.
Bitartrate de potasse.	32
Soufre lavé.	16
Sirop de gingembre.	q. s.

Pour faire un électuaire, dont on prendra une petite cuillerée deux ou trois fois par jour. (Notes du TRAD.)

Cette préparation répondait à une double indication : lorsque vous faites prendre à l'intérieur un médicament excitant, il est essentiel de veiller au maintien des fonctions intestinales; d'autre part, les selles abondantes ont une influence remarquable sur l'hypersécrétion des bronches. Lorsque le malade est en état de supporter ce traitement, je prescris souvent alors les purgatifs hydragogues les plus puissants, comme vous me l'avez vu faire pour cet homme de notre service des chroniques, qui avait de l'orthopnée, et chez lequel les bronches étaient tellement obstruées, qu'on pouvait craindre la suffocation. Comme cet individu était vigoureux et qu'il ne présentait aucun signe d'irritation intestinale, je prescris un bol composé d'un grain (0^{gr},06) d'élatérium, de 2 grains de calomel, 10 grains de jalap, et 5 de scammonée. Ce purgatif énergique produisit plusieurs selles liquides. Le malade supporta cette secousse à merveille, et deux jours après je réitérai la prescription. Le succès fut évident; le soulagement fut beaucoup plus considérable que si j'avais eu recours aux saignées, aux vésicatoires, ou à tout autre moyen. Rappelez-vous donc que, dans certaines bronchites chroniques, vous obtiendrez des effets surprenants par l'emploi des drastiques; mais cette médication veut du tact, de la réserve, et vous ne devez pas oublier que, dans la majorité des cas, elle est formellement contre-indiquée.

Quant au soufre, j'ai été amené à le prescrire dans les cas de ce genre, parce que j'ai constaté à plusieurs reprises l'efficacité des eaux sulfureuses dans les toux chroniques et dans les congestions rebelles de la muqueuse bronchique : les eaux de Louèche et de Harrowgate constituent alors le plus utile de tous les traitements. Je dois ajouter que les eaux de Louèche ont une influence toute-puissante sur les affections de la peau : j'ai vu des psoriasis rebelles, qui duraient depuis des années, céder complètement à l'action de ces eaux.

Il paraît que le soufre, pris à l'intérieur, est éliminé par les reins sous forme de sulfates, ou par la peau et les muqueuses sous forme d'hydrogène sulfuré : nous pouvons expliquer par là les effets qu'il produit dans les affections cutanées et dans les phlegmasies chroniques des bronches. En fait, et malgré le caractère paradoxal de cette assertion, il est certain que le soufre, quoique stimulant, a une puissante efficacité dans un grand nombre d'affections congestives ou inflammatoires. Administré à l'intérieur sous une forme convenable, il soulage plus que tout autre moyen les souffrances causées par les hémorrhoïdes. Ne triomphe-t-il pas rapidement de cette affection spécifique

de la peau, qui porte le nom de gale ? Ces faits, et bien d'autres encore que je pourrais vous citer, doivent vous encourager à vous servir de ce médicament dans certaines bronchites chroniques. L'illustre Hoffmann avait l'habitude d'ajouter du soufre à ses prescriptions toutes les fois qu'il avait à combattre la toux chez les sujets âgés et affaiblis : pour moi, je suis convaincu que le soufre à la dose de 5 à 10 grains (0^{sr},30 à 0^{sr},60), répétée trois ou quatre fois par jour, est un des meilleurs agents thérapeutiques que vous puissiez employer contre les toux rebelles compliquées d'hypersécrétion bronchique et d'affaiblissement général. Depuis quatre ans, mon attention a été tout particulièrement éveillée sur l'action thérapeutique du soufre, et c'est en m'appuyant sur ma propre expérience que je vous le donne ici comme un agent très-utile. Comme il tend à augmenter la fréquence du pouls, à accroître la température et les sécrétions cutanées, il est bon de tempérer ses propriétés stimulantes en l'unissant à la crème de tartre, qui est un laxatif léger, et qui offre en outre l'avantage d'agir doucement sur les reins (1). L'électuaire de séné rend la préparation plus efficace, en accélérant son action sur les intestins.

Tels sont, messieurs, les motifs qui m'ont guidé dans le traitement de la bronchite de Jowson. L'ancienneté de l'affection, les altérations généralisées et profondes de la muqueuse broncho-pulmonaire, l'âge, la faiblesse et les mauvaises conditions hygiéniques du malade, me défendaient d'espérer une guérison complète ; j'ai du moins obtenu une amélioration très-notable, et dans un cas moins défavorable, ces mêmes moyens nous eussent donné des résultats très-remarquables. Si la fortune, par un caprice inespéré, venait à sourire à ce pauvre diable ; si, en quittant l'hôpital, il n'était pas obligé de s'exposer de nouveau aux fatigues et aux intempéries ; s'il pouvait se donner les douceurs d'une vie confortable, prendre soin de lui-même, se distraire par les voyages ; s'il pouvait enfin passer une saison à quelque station d'eaux ferrugineuses, je ne doute pas qu'alors le travail réparateur de la nature ne réussit à effacer toutes les traces de cette affection pulmonaire.

Nous avons actuellement dans notre service un autre exemple de bronchite chronique chez un homme du nom de Murray. Le début de l'affection remonte très-loin, et elle a déjà présenté plusieurs exacerbations. Je crains fort que nous ne devions renoncer à l'espoir d'une

(1) Baglivi avait dit avec juste raison : « In morbis pectoris ad vias urinæ ducendum est. » (L'AUTEUR.)

guérison durable ; mais il importe d'être familiarisé avec les cas de ce genre, car il est bon de pouvoir renseigner un malade sur la curabilité de l'affection dont il est atteint.

En examinant la poitrine de Murray, nous trouvions que les petites ramifications des bronches étaient intéressées sur une grande étendue, et qu'elles étaient obstruées par des mucosités abondantes : de là une dyspnée considérable. Nous apprenions en outre que cet état durait depuis plusieurs mois, et que la maladie était tout à fait chronique. Cet homme n'avait pas de fièvre ; la peau était fraîche, la langue humide ; l'appétit et les digestions étaient naturels ; et le pouls, qui battait le premier jour 60 fois par minute, était tombé à 46 après quelque temps de repos au lit. Une telle lenteur du pouls est un fait très-remarquable, surtout dans les affections des organes respiratoires ; vous la rencontrerez rarement en dehors des affections cérébrales.

Avec 46 pulsations, Murray faisait vingt-six inspirations par minute ; si le rapport qui existe normalement entre la respiration et la circulation eût été conservé, le pouls eût dû être beaucoup plus fréquent. Ce rapport est de 1 à 4 ; lorsque nous respirons quinze fois par minute, notre pouls doit être à 60 (1). Or Murray, avec vingt-six inspirations, n'avait que 46 battements artériels. Nous avons au même moment un autre malade qui nous présentait une anomalie du même genre : chez lui, le pouls était à 60, bien qu'il y eût trente-six inspirations à la minute. Dans les affections pulmonaires à forme aiguë, lorsque la respiration est notablement accélérée, on observe ordinairement une augmentation proportionnelle dans la fréquence du pouls ; mais, dans les formes chroniques, l'économie s'accoutume graduellement aux conditions morbides dans lesquelles elle se trouve : l'accélération de la respiration cesse d'influencer l'action du cœur ; le poumon, dont l'activité fonctionnelle est amoindrie par la maladie, supplée, par le nombre des mouvements respiratoires, à l'aération insuffisante produite par chacun d'eux, et le cœur s'adaptant lui-même, pour ainsi dire, à cet état exceptionnel, le pouls retombe peu à peu à son chiffre normal. J'ai observé bien des cas de phthisie dans lesquels le pouls était lent, quoique la respiration fût accélérée ; mais c'était toujours chez des malades atteints de phthisie chronique. Jamais je n'ai rencontré cette anomalie lorsque la maladie avait une marche rapide. En fait, cet état de choses n'est compatible qu'avec les affections lentes : il faut que l'organisme s'ac-

(1) Voyez, tome I, la note de la page 62.

coutume peu à peu à la perturbation fonctionnelle, et qu'il s'accommode à un équilibre purement artificiel.

Murray était d'une assez bonne constitution : après s'être exposé au froid, il avait été pris d'une bronchite, qui avait passé à l'état chronique, et qui avait gagné presque toute l'étendue des poumons. Depuis lors, la toux avait toujours persisté avec une intensité variable. Cette toux était accompagnée d'une sécrétion muqueuse très-abondante, et les choses allaient ainsi depuis plus de douze mois. Or, dans cette classe d'hommes à laquelle appartient notre malade, lorsqu'une bronchite a persisté aussi longtemps, il est très-difficile de la déraciner ; la misère, le défaut de vêtements convenables, un travail qui expose constamment aux causes excitantes des phlegmasies bronchiques, la négligence des malades, voilà tout autant de circonstances qui ne nous permettent pas d'espérer une guérison définitive.

Il est deux points qu'il ne faut jamais perdre de vue dans le traitement de la bronchite chronique. Premièrement, avons-nous affaire à une exacerbation récente ? existe-t-il actuellement de la fièvre, et les symptômes locaux sont-ils aggravés ? En second lieu, la sécrétion de la muqueuse est-elle abondante ou rare ? Lorsque Murray nous est arrivé, il avait une légère accélération du pouls, mais il était sans fièvre ; nous n'observions pas d'exacerbation actuelle dans l'état inflammatoire des bronches, et l'action du cœur ne paraissait pas influencée par les conditions anormales des organes respiratoires. De plus, l'oppression n'était pas extrême, et les sécrétions bronchiques étaient très-abondantes. En conséquence, nous avons commencé le traitement par un vomitif, que nous avons répété deux ou trois fois, puis nous avons prescrit la potion suivante :

℞ Mixture de fer composée.	f. ʒ ij	= 6 grammes.
Teinture de scille.	}	āā 20 minimes = 8
Teinture de jusquiame.		

Mêlez. A prendre dans une once d'émulsion d'amandes. On répétera la prescription trois fois par jour (1).

Dans la bronchite chronique apyrétique, lorsqu'il n'y a ni dyspnée ni accélération du pouls, lorsque la sécrétion muqueuse est très-abondante, vous obtiendrez de très-bons résultats, en donnant le soir un vomitif que vous renouvellez deux ou trois fois de suite ; alors seulement vous aurez recours aux agents qui doivent tarir la sécrétion exa-

(1) Cette prescription est en anglais dans le texte.

gérée des bronches. Les vomitifs présentent ici un double avantage : une grande quantité de mucosités est expulsée des poumons et de l'estomac, et l'expectoration devient, par cela même, plus facile ; d'autre part, la langue se nettoie, et l'appétit renaît. C'est dans ce but que nous avons employé cette médication chez Murray, et vous avez pu constater que nous en avons retiré de grands avantages.

Dans la bronchite, plus souvent encore que dans toute autre affection, la langue est sale, chargée et saburrale. Cet état de la langue, auquel se joignent de l'anorexie et de la dyspepsie, est ordinairement rapporté au mauvais état de l'estomac. La vérité est que tous ces accidents sont l'effet d'une seule et même cause, à savoir, l'état pathologique de la membrane muqueuse des bronches. C'est par là que commence le processus morbide ; c'est là qu'est le point de départ de cette irritation, qui se propage rapidement à la bouche et à la langue d'une part, et à l'estomac de l'autre.

Après avoir employé chez notre malade la médication vomitive, nous avons eu recours à une préparation ferrugineuse tonique et astringente, — la mixture de fer composée, — dans le but d'améliorer l'état général et d'arrêter l'hypersécrétion des bronches. Les ferrugineux n'ont pas seulement pour effet d'exciter l'activité de l'estomac et de fortifier la constitution ils sont en outre très-efficaces pour tarir les sécrétions muqueuses exagérées qui constituent les flux chroniques : de là l'utilité de ces médicaments dans la blennorrhée, dans la diarrhée et dans la bronchite chronique. Nous avons donné la préférence à la mixture de fer composée, parce que les autres substances qui en font partie, la myrrhe et le sous-carbonate de potasse, par exemple, concourent au même effet.

Je n'emploie pas ce médicament à la dose élevée qu'on prescrit ordinairement, et je ne l'administre jamais seul. J'ordonne 1 ou 2 drachmes (4 ou 8 grammes) trois fois par jour, et je fais étendre cette solution dans une demi-once ou une once d'émulsion d'amandes ou d'eau de menthe. Sous cette forme, cette préparation est beaucoup plus efficace dans le traitement des flux qui sont liés à une phlegmasie chronique, et vous n'avez pas à craindre de déterminer des accidents graves. Dans le cas actuel, j'ai combiné la solution ferrugineuse avec une petite quantité de scille ; le motif de cette addition est tellement évident, qu'il me suffit de vous la signaler. J'ai ajouté enfin un peu de teinture de jusquiame ; c'est un sédatif très-utile dans un grand nombre d'affections pulmonaires.

Ce traitement paraissait bien conçu, et il ne réussit pas. Après avoir pris sa solution pendant un ou deux jours, Murray se plaignit d'éprouver une sensation de constriction autour de la poitrine, et nous avons dû suspendre la médication. Je vous ai déjà dit, messieurs, que dans la bronchite chronique, lorsque nous employons des agents capables de tarir l'hypersécrétion, nous devons les administrer avec réserve et en surveiller attentivement les effets. Si, après avoir pris une préparation ferrugineuse, ou quelque autre remède analogue, le patient éprouve de l'oppression, si la dyspnée augmente, vous pouvez être assurés que votre traitement fait plus de mal que de bien, quel que soit d'ailleurs l'état de la sécrétion bronchique. Si au contraire l'action du médicament est favorable, vous le reconnaîtrez aux signes suivants : la respiration devient moins fréquente et moins pénible ; l'expectoration est plus facile, les crachats commencent à présenter la forme globuleuse ; ils diminuent de quantité, ils sont moins adhérents et moins visqueux.

Lors donc que vous prescrivez des stimulants dans un cas de bronchite chronique, vous devez en étudier avec soin le mode d'action ; s'ils augmentent la difficulté de la respiration, s'ils déterminent de la douleur ou de la constriction dans la poitrine, vous devez en cesser immédiatement l'usage, et les remplacer par un médicament expectorant doué de propriétés moins irritantes. C'est ce que nous avons fait chez Murray : nous avons substitué à la mixture ferrugineuse un grain (0^{gr},06) d'émétique en lavage dans une pinte (475 gram.) de petit-lait. Ce moyen si simple nous a parfaitement réussi ; dès le premier jour, il a été suivi d'une amélioration remarquable.

Maintenant, messieurs, je veux vous dire quelques mots de l'action du mercure sur les inflammations articulaires et sur certaines phlegmasies des muqueuses. Avec la majorité des praticiens, je regarde cet agent comme très-efficace dans les inflammations des jointures et dans quelques formes de bronchite ; mais je suis loin d'en conseiller l'usage dans tous les cas indistinctement, et je me garderai bien de vous engager à saturer de mercure tous vos malades atteints de bronchite ou d'arthrite ; vous pouvez en guérir un grand nombre sans avoir recours aux mercuriaux, et vous ne devez les employer que dans les cas rebelles, et lorsque tous les autres remèdes ont échoué. Dans la bronchite, je m'adresse toujours à la saignée, aux sangsues, aux vésicatoires et aux expectorants, avant d'administrer le mercure. Mais si

tous les moyens ordinaires sont restés impuissants, si la maladie prend un caractère menaçant, vous pourrez voir le traitement mercuriel amener une guérison aussi rapide qu'inespérée. C'est ce que vous avez pu observer chez un malade que nous avons dernièrement dans notre service. C'était un jeune homme qui était atteint d'une laryngite grave, et d'une inflammation généralisée des petites bronches ; il avait une dyspnée considérable, les poumons étaient le siège d'une congestion énorme, et vous avez vu que, sous l'influence de la saturation mercurielle, tous les accidents ont cédé. J'avais prescrit les mercuriaux en vue de l'affection laryngée ; mais je vous avais prévenus que ce traitement guérirait également la bronchite : l'événement a justifié ma prédiction. Souvenez-vous néanmoins que je n'emploie pas le mercure dans tous les cas de bronchite ; souvent il est inutile, parfois même il est absolument contre-indiqué. Je fais une exception cependant pour cette forme de bronchite grave, compliquée de congestion pulmonaire, dont sont atteints les enfants dans le décours de la rougeole ; ici la meilleure méthode de traitement est celle qui a été recommandée par le docteur Cheyne, le calomel et l'ipécacuanha. Bien des enfants étaient tués par ce catarrhe et par la coqueluche, avant que M. Cheyne eût fait connaître ce traitement si simple et si efficace. Mais dans la bronchite aiguë commune, avec tendance à la congestion du parenchyme, je n'ai recours aux mercuriaux que si les autres moyens ont échoué.

Il n'est pas de médecin qui ne connaisse les bons effets du traitement mercuriel dans certains cas de bronchite aiguë et subaiguë ; mais on ne sait pas assez peut-être que les mercuriaux peuvent amender et même guérir les phlegmasies chroniques des bronches, entre autres les catarrhes anciens, compliqués de symptômes asthmatiques. J'ai été vivement frappé du fait suivant. Un malade de M. Porter était atteint d'une laryngite syphilitique ; il souffrait en même temps d'une bronchite chronique, avec expectoration puriforme et fièvre hectique ; et comme à cette époque les signes stéthoscopiques n'étaient pas très-nettement interprétés, on avait conclu à une phthisie pulmonaire. En raison de la sévérité des accidents du côté du larynx, M. Porter dut prescrire les mercuriaux : or la bronchite chronique disparut en même temps que la phlegmasie laryngée.

Je me rappelle encore un gentleman, d'un certain âge, qui était soigné par le chirurgien Mitchell pour une bronchite très-ancienne ; le malade avait des accès d'asthme, et il était sujet à des paroxysmes de

dyspnée et de toux qui duraient quelquefois près de douze heures. Après avoir inutilement essayé d'une foule de remèdes, ce gentleman prit du mercure, et les accidents furent définitivement amendés. Je vous avouerai franchement que je fus très-surpris des bons effets de la *mercurialisation* : je voyais la salivation mercurielle guérir une bronchite chronique, compliquée d'une hypersécrétion abondante et d'une dyspnée paroxystique qui mettait le malade en danger au moindre refroidissement, et c'était là pour moi une chose entièrement nouvelle. Je crois, du reste, que, dans l'état actuel de nos connaissances, nous n'avons, pour l'emploi des mercuriaux dans la bronchite chronique d'autre indication réelle que l'impuissance absolue de tous les autres moyens de traitement.

QUARANTIÈME LEÇON.

ASTHME BRONCHIQUE. — DE LA TOUX.

Observation d'asthme bronchique. — Accès d'asthme déterminés par l'irritation des bronches. — Charlatanisme de St. John Long. — Son liniment.

Toux.— Définition.— Effets de la position sur la toux.— La sensation du chatouillement est presque exclusivement limitée à la peau. — Toux produite par les vers intestinaux — Toux hystérique.— Toux syphilitique.— Toux goutteuse, — scorbutique, — scrofuleuse.— Emploi de la salsepareille et de l'acide nitrique dans la toux chronique.

MESSIEURS,

Je désire appeler votre attention sur un malade qui sort aujourd'hui même de l'hôpital. Ce jeune homme qui était dans notre service de chroniques, a pris froid il y a sept ou huit mois ; il a eu de la toux, de la dyspnée, du sifflement respiratoire ; mais ces accidents se sont apaisés au bout de quatre ou six semaines. Deux mois avant d'entrer à l'hôpital, ce garçon s'expose de nouveau au froid ; la toux et la dyspnée reparaissent aussitôt. Lorsqu'il nous est arrivé, ce malade se plaignait par-dessus tout d'une gêne considérable de la respiration, dont il était incommodé toutes les nuits. Il se mettait au lit, parfaitement bien portant ; il dormait d'un sommeil calme et paisible pendant deux ou trois heures, puis il était soudainement éveillé par une constriction thoracique très-pénible et une dyspnée excessive. Au moment de l'invasion de ces accès, il était obligé de quitter son lit et de marcher dans sa chambre ; il aspirait convulsivement l'air qui lui faisait défaut, il étouffait ; la respiration était sifflante, la toux quinteuse ; il était en proie à une anxiété extrême. Cet état durait deux ou trois heures, puis une expectoration et des sueurs abondantes faisaient disparaître tous les accidents. A partir de ce moment, le malade pouvait se remettre au lit, et il dormait tranquillement jusqu'au matin. Il éprouvait en outre quelques palpitations lorsqu'il se fatiguait outre mesure à son travail. L'auscultation ne faisait entendre que quelques râles bronchi-

ques ; les battements du cœur étaient réguliers, le stéthoscope n'y décelait aucun bruit anormal. N'oubliez pas que cet homme était jeune, qu'il avait une poitrine large et bien développée ; le pouls était calme, l'appétit satisfaisant, les fonctions intestinales étaient parfaitement naturelles.

En résumé, que voyons-nous ici ? Un homme, après s'être exposé au froid à plusieurs reprises, est atteint d'une inflammation chronique des bronches, laquelle détermine des accès d'asthme qui ont lieu pendant la nuit. L'asthme est une affection que l'on observe rarement dans les hôpitaux, du moins dans sa forme simple et primitive ; nous la voyons le plus souvent liée à une lésion du cœur, ou à la bronchite chronique des vieillards. Cette dernière maladie est assurément une des causes les plus communes de l'asthme ; à peine rencontrerez-vous un malade souffrant d'une irritation chronique des bronches, qui ne soit pas sujet également à une dyspnée asthmatique plus ou moins intense. Mais, en revanche, cet asthme bronchique est très-rare chez les individus de l'âge de notre malade, surtout lorsque l'affection des bronches est aussi légère.

Vous avez vu, par l'exemple de ce jeune homme, que l'on peut obtenir de très-bons résultats avec des moyens fort simples. A l'exception des accès d'asthme, sa santé n'était point troublée ; les intestins fonctionnaient régulièrement, l'appétit était conservé ; le pouls était tranquille ; les phénomènes d'irritation pulmonaire étaient très-peu prononcés ; nous n'avions pas besoin de nous préoccuper de l'état des organes digestifs, nous n'étions point autorisé à recourir aux émissions sanguines. Je concentrai donc mon attention sur deux points : l'application de révulsifs sur le cou et sur la poitrine ; l'administration de médicaments propres à calmer l'irritation des bronches. J'ordonnai de faire des frictions sur la nuque, sur les côtés du cou et sur la région antérieure de la poitrine avec un liniment ainsi composé :

℞ Acide acétique concentré.	3 ss = 2 grammes.
Essence de térébenthine.	3 iij = 12
Eau de rose.	3 j ss = 6
Essence de citron.	quelques gouttes.

Jaune d'œuf, q. s. pour suspendre la térébenthine (1).

Ce liniment est une imitation de la célèbre préparation de St. John Long. La formule exacte dont se servait cet illustre empirique n'a ja-

(1) Cette prescription est en anglais dans le texte.

mais été, que je sache, officiellement publiée ; mais il paraît démontré que c'était celle-ci :

℞ Jaune d'œuf.	n° 1.
Huile de térébenthine.	f. ℥ j ss = 36 grammes.
Acide acétique concentré.	f. ℥ j = 24
Eau pure.	f. ℥ iij = 72

Mélez d'abord le jaune d'œuf, l'eau et l'acide acétique ; puis ajoutez la térébenthine et agitez jusqu'à ce que le mélange soit complet (1).

Les éléments actifs de cette préparation sont la térébenthine et l'acide acétique concentré. Le principal défaut de cette composition, c'est son odeur désagréable ; on peut la corriger et augmenter en même temps les propriétés excitantes du liquide, en y ajoutant un gros (4 grammes) d'huile de romarin. On applique ce liniment au moyen d'une éponge ; il détermine de la rougeur, et au bout de quelques applications il se fait une éruption de petites pustules.

Pour revenir à notre malade, je lui fis faire des frictions sur la poitrine, afin de calmer l'irritation bronchique ; je lui ordonnai en outre d'en pratiquer également sur la nuque, au niveau de la portion cervicale de la moelle, sur les régions latérales du cou, le long des pneumogastriques, parce que tous les organes animés par ces nerfs sont évidemment atteints dans l'asthme spasmodique. En effet, l'accès d'asthme n'est pas seulement caractérisé par des palpitations et par une respiration précipitée et difficile ; on observe aussi des troubles gastriques évidents, surtout vers la fin de l'accès ; le malade ressent alors ordinairement un malaise pénible au niveau de l'estomac, il a de la flatulence, il éprouve une sensation de plénitude, due sans doute à la gêne de la circulation pulmonaire. Vous connaissez l'étroite sympathie qui existe entre l'estomac et les poumons, et vous avez probablement été frappés de ce fait que les topiques excitants, placés sur l'épigastre, agissent parfois plus efficacement contre les affections pulmonaires que lorsqu'on les applique directement sur la poitrine (2).

(1) On rapporte à propos de St. John Long une anecdote qui démontre la nécessité des connaissances chimiques pour la prescription des médicaments. Voulant avoir à sa disposition un révulsif plus puissant encore que celui dont il se servait d'habitude, Long imagina d'ajouter à son liniment une certaine quantité d'ammoniaque liquide. A sa grande surprise, le liniment, bien loin d'être devenu plus actif, avait perdu toutes ses propriétés : l'ammoniaque s'était unie à l'acide acétique pour former de l'acétate d'ammoniaque ; l'acide avait été complètement neutralisé ! (L'AUTEUR.)

(2) Il y a là vraisemblablement une action réflexe dont le point de départ est dans les rameaux du pneumogastrique qui se distribuent à l'estomac. (Note du TRAD.)

Et par exemple on a constaté que dans la coqueluche les frictions stibées sur la région de l'estomac sont d'une grande utilité : il en est de même de l'embrocation de Roche (1) : elle est beaucoup plus efficace lorsqu'on la pratique sur la colonne vertébrale ou sur l'épigastre, que lorsqu'on l'applique sur les parois thoraciques. C'est en me guidant d'après ces principes que j'ai fait appliquer le révulsif sur le trajet des nerfs cervicaux et des pneumogastriques, puis sur la poitrine et sur l'estomac.

Au bout d'un temps très-court, ce liniment détermine de la rougeur et une certaine élévation de température ; il est plus que probable que ses effets ne sont pas bornés à une rubéfaction passagère, et qu'il agit également sur le système nerveux. Des faits sans nombre démontrent que la térébenthine exerce une influence toute spéciale sur les nerfs, et nous savons qu'elle est rapidement absorbée même sans frictions. Je crains cependant que nous ne soyons jamais autorisés à attendre de notre liniment tous les effets merveilleux qu'on attribue à celui de St. John Long. On a prétendu, vous le savez, que la préparation de Long ne rougit la peau que sur le point précis où siège l'affection. Une jeune dame qui pratiquait avec ce liniment des frictions sur toute sa poitrine, m'a affirmé qu'il ne produisait aucune coloration de la peau, sauf en deux points qui étaient précisément le siège de ses douleurs. Cette dame n'avait d'abord signalé qu'un seul point douloureux ; mais St. John Long, ayant appliqué lui-même son remède, déclara qu'elle s'était trompée, et qu'elle devait éprouver de la douleur sur un autre point.

Mais voici d'autres effets plus miraculeux encore. Un éminent jurisconsulte de Dublin certifie que ce liniment lui a fait sortir de la tête près d'une pinte d'eau et lord Ingestre atteste qu'il lui a extrait du

(1) Voici, d'après Dorvault, la formule de cette embrocation :

℞ Huile d'olive.	500 grammes.
Essence de girofle.	30
Teinture d'ambre.	8

Müller assigne à cette préparation une toute autre composition :

℞ Asa foetida.	2 grammes.
Huile de pavot.	30

Faites dissoudre par digestion, passez et ajoutez :

Huile volatile de carvi.	} à 2 grammes.
— de térébenthine.	
— de bergamote.	

(Dorvault, *l'Officine*. Paris, 1850.)

(Note du TRAD.)

mercure du cerveau ! Ces histoires merveilleuses , que répètent avec une entière confiance des personnes de la plus haute distinction , nous apportent un enseignement utile : elles nous montrent que la crédulité n'est point l'apanage exclusif des pauvres et des ignorants , et qu'elle trouve des adeptes dans les classes les plus élevées de la société. C'est là en vérité , un fait bien singulier et qui prouve combien l'homme aime à tromper et à se laisser tromper.

Malgré les effets négatifs et quelquefois même funestes des applications de St. John Long, bien des gens regardaient les déclarations de ce charlatan comme autant d'oracles, et voyaient dans ses remèdes d'inesestimables découvertes. Un jour , un malade m'apporte une bouteille de ce fameux liniment ; je lui raconte que St. John Long est mort lui-même de phthisie, et que ses remèdes sont bien loin d'être infailibles. On me répond que cette circonstance est une preuve irrécusable de la merveilleuse sagacité de Long : il a toujours dit que son liniment ne lui convenait pas à lui-même , et qu'il y avait dans sa constitution quelque chose qui en neutralisait les bons effets ; et cela était vrai , ajoute-t-on, car le liquide ne déterminait pas sur la peau de l'inventeur les taches rouges caractéristiques. Telle était la crédulité des malades de John Long, que sa mort fut à leurs yeux une preuve de son infailibilité. Beaucoup de nos compatriotes, et je parle des plus distingués, l'ont considéré comme un martyr médical, qui a usé sa vie dans l'accomplissement de sa mission, et qui, au moment de quitter la terre, a laissé tomber son manteau sur *le plus offrant et dernier enchérisseur !*

Mais en voilà assez sur ce sujet. Chez notre jeune homme , le liniment acétique a produit de très-bons effets, mais il n'a pas été le seul moyen de traitement. Nous savions que les paroxysmes revenaient toutes les nuits, et que, après avoir duré deux ou trois heures, ils disparaissaient avec l'expectoration et les sueurs. Nous avons en conséquence prescrit une potion que le malade devait prendre au moment où il serait réveillé par la douleur et la constriction thoraciques. Le résultat fut tel, qu'il n'eut plus besoin de quitter son lit. Ce succès était bien incontestablement dû à la potion , car l'interne ayant oublié un jour de renouveler la prescription , le paroxysme eut lieu la nuit suivante avec son intensité et sa durée habituelles. Du reste, cette potion était bien simple : elle était composée d'une demi-drachme (2 grammes) de teinture de jusquiame , une demi-drachme de vinaigre de scille et autant de vin d'ipécacuanha, dans une once de mixture camphrée. Il est à peine nécessaire que je vous fasse connaître les motifs qui m'avaient

guidé dans le choix de ces médicaments. La teinture de jusquiame est douée de propriétés narcotiques et antispasmodiques ; l'ipécacuanha et la scille ont une efficacité bien connue dans le traitement des affections bronchiques : tous deux facilitent l'expectoration ; la scille agit en outre sur les organes urinaires. Sans nous arrêter, du reste, à expliquer l'action spéciale de ces diverses substances, il suffit de savoir que leur combinaison a produit les plus heureux effets, et a coupé court aux accès de dyspnée. Nous avons continué l'usage de cette potion et les frictions révulsives jusqu'à ce que la disposition à la dyspnée eût entièrement disparu, et que l'intégrité fonctionnelle de la respiration fût parfaitement rétablie (1).

Je veux maintenant étudier avec vous le principal symptôme des affections pulmonaires, la toux. Qu'est-ce que la toux ? C'est l'expulsion subite et violente de l'air contenu dans les poumons ; cette expulsion est produite par la contraction du diaphragme, aidée de celle des muscles abdominaux et des autres muscles expirateurs. Quelle est la cause de la toux ? L'irritation pulmonaire. Quelle est la nature de cette irritation pulmonaire ?

Telle est, messieurs, la question que doit se poser le médecin, lorsqu'il

(1) Joseph Frank, qui a proposé pour l'asthme bronchique la dénomination de blennorrhée des bronches, a émis cette assertion, que lorsque la dyspnée revient par accès, cette circonstance indique *soit une complication d'asthme périodique, soit une maladie du cœur ou des gros vaisseaux*. Cette proposition n'est point exacte : dans le catarrhe pulmonaire chronique, et surtout dans la bronchite chronique des vieillards, on voit survenir des accès de dyspnée qui n'ont de commun avec l'asthme essentiel que leur forme paroxystique, et cela, chez les malades qui ne présentent aucune lésion des organes centraux de la circulation. Jean-Pierre Frank, qui a décrit cette dyspnée sous le nom de dyspnée muqueuse, en a parfaitement indiqué le caractère intermittent, et il l'a soigneusement séparée de la névrose asthmatique : « C'est à dessein que nous séparons la dyspnée muqueuse de l'asthme proprement dit, maladie que nous rapportons aux névroses. » De son côté, Cullen n'a point confondu les accès de dyspnée des catarrhes pulmonaires avec l'asthme véritable, et il reproche même à Hoffmann de n'avoir pas suffisamment tenu compte de cette distinction. Depuis lors cette notion est devenue classique, et la confusion n'est faite aujourd'hui que par les médecins qui refusent encore d'admettre l'essentialité de l'asthme nerveux.

Au point de vue pratique, le diagnostic de ces deux espèces de dyspnées est d'une extrême importance, puisque le traitement est bien différent dans les deux cas ; heureusement ce diagnostic, très-facile au début des accidents, reste possible pendant une assez longue période. L'asthme nerveux se sépare nettement de l'asthme bronchique par l'intégrité parfaite que présentent les organes respiratoires dans l'intervalle des accès ; mais lorsque la maladie dure depuis un certain temps, elle détermine dans l'ap-

est appelé auprès d'un malade qui tousse. Est-il une affection plus fréquente ? En est-il une qui fasse aussi souvent appel à notre ingéniosité ? Que de singularités, que de différences dans les nombreux exemples de toux que nous rencontrons dans notre pratique journalière ! Que d'obscurités, que de difficultés, que d'embarras dans le traitement ! Lorsque la cause de l'irritation est évidente, lorsque la nature de l'affection est facile à saisir, lorsque, après un examen convenable, nous pouvons toucher du doigt, pour ainsi dire, une portion de l'appareil respiratoire, et dire là est le siège du mal, oh ! alors notre route est toute tracée, nous pouvons agir avec confiance, nous pouvons compter sur le succès. Mais trop souvent, hélas ! après des semaines ou des mois de recherches pénibles et attentives, nous voyons déjouer nos efforts les mieux dirigés ; nous sommes forcés d'avouer en toute humilité que tous nos remèdes sont restés impuissants, nous sommes contraints de reconnaître que notre considération et celle de notre art ont été ébranlées dans l'esprit du public qui nous juge ! Trop souvent aussi il nous arrive de découvrir avec une profonde surprise que la toux que nous traitons depuis si longtemps comme une affection pulmonaire ne dépend point d'un trouble primitif de l'appareil respiratoire, et qu'elle

pareil broncho-pulmonaire des lésions persistantes, et la distinction devient très-obscur ; il faut alors interroger avec le plus grand soin les antécédents du malade, car, dans bien des cas, ce n'est que par des signes anamnestiques et par la considération des maladies actuelles ou antérieures qu'on parvient à démêler la véritable nature des accidents auxquels on a affaire. C'est surtout chez les individus avancés en âge que l'on rencontre ces difficultés ; quels qu'aient été les caractères de la dyspnée à son début, elle a fini par se compliquer d'altérations consécutives permanentes qui en masquent la véritable nature.

Peut-être demandera-t-on maintenant pourquoi la dyspnée des catarrhes chroniques est intermittente, alors que la lésion est fixe et constante ; je crois qu'il vaut mieux confesser ici notre ignorance que de recourir à des explications plus ou moins ingénieuses sur les variations de la quantité des liquides contenus dans les bronches, ou sur la turgescence également variable de la muqueuse des voies aériennes. D'ailleurs ce n'est pas dans ce cas seulement que nous observons cette anomalie apparente : lorsque le larynx est envahi par de fausses membranes, la suffocation revient également par accès, et cependant ici encore la lésion est fixe et constante. Il y a là, sans contredit, une modification insaisissable et passagère du système nerveux ; mais nous ne pouvons aller au delà, sous peine de nous absorber dans une étude purement spéculative.

Joseph Frank, *Præceos medicæ præcepta*. Lipsiæ, 1826.

J. Pierre Frank, *Traité de médecine pratique*, traduct. de Goudareau. Paris, 1842.
Cullen, *Éléments de médecine pratique*, traduct. de Bosquillon. Paris, 1795.

(Note du TRA.)

reconnaît pour cause l'irritation de quelque organe éloigné, ou certaines conditions spéciales qui agissent sur l'économie tout entière.

Avant de rechercher quelles sont les diverses sources de cette irritation pulmonaire qui produit la toux, je dois vous faire remarquer que la cause excitante de cet acte est une sensation de chatouillement qui siège sur la muqueuse de la trachée, au niveau de sa bifurcation et de la fossette sternale. Cette sensation de chatouillement ou de picotement, qui précède immédiatement la toux, est limitée au point que je viens de vous indiquer ; elle n'occupe jamais une autre portion de la muqueuse broncho-pulmonaire. Que le siège du mal soit plus élevé, comme dans les affections du larynx, qu'il soit plus bas, comme dans les affections de la muqueuse ou du parenchyme pulmonaire, *c'est constamment au même point que la sensation anormale est perçue*. C'est là un fait extrêmement remarquable.

Une autre circonstance non moins singulière et non moins difficile à expliquer, c'est l'effet de la position sur la toux. Les individus atteints d'une bronchite sans gravité, ou plutôt d'une inflammation légère de la trachée, toussent à peine cinq ou six fois dans le courant de la journée ; mais dès qu'ils se couchent, ils sont pris d'une toux violente et pénible, qui les tourmente sans relâche pendant plusieurs minutes, et quelquefois pendant plusieurs heures. Il nous est facile de comprendre pourquoi, dans l'empyème ou dans la pneumonie unilatérale, la toux est plus fréquente dans certaines positions que dans d'autres, car nous avons dans ce cas-là une cause physique aisément appréciable : le liquide accumulé dans la cavité pleurale, le poumon dont la pesanteur spécifique a été notablement accrue par l'hépatisation, exercent une pression considérable sur l'organe resté sain, et deviennent une cause d'irritation et de toux ; ces effets sont plus marqués encore si la position du malade vient favoriser l'action de ces causes toutes physiques.

Mais, dans les autres circonstances, la cause de l'irritation est très-obscur. Peut-être (je ne vous donne cette explication que comme une hypothèse) dépend-elle de ce que les mucosités sécrétées tombent sur cette partie de la trachée où la sensation anormale est perçue, l'écoulement des liquides vers ce point étant favorisé par la position horizontale. Je suis certain, en tout cas, que ce phénomène ne dépend point d'une congestion momentanée, ou d'une irritation des poumons, causée par la sensation de froid que donnent les draps du lit ; car j'ai observé maintes fois que les choses se passaient de la même façon chez

des personnes chaudement vêtues, qui s'étendaient sur un sofa près du feu. Quoi qu'il en soit, messieurs, je vous engage à ne pas perdre de vue le fait lui-même : s'il est vrai, en effet, que nous devons rapporter ordinairement à une lésion sérieuse des poumons ou de la plèvre la toux qui est subitement modifiée par le changement de position, il est également vrai que nous ne devons pas accorder à ce signe une importance absolue, puisque nous le rencontrons quelquefois dans la trachéite ou dans la bronchite simple.

La sensation de chatouillement paraît appartenir en propre à la peau. Tantôt elle semble dépendre de causes très-légères, dont l'action est insuffisante pour amener cette modification du système nerveux qu'on appelle douleur ; dans d'autres circonstances, elle paraît liée à l'ascension et au déclin des phénomènes inflammatoires. Dans le premier cas, elle est plus rarement observée, et elle provient du trouble de l'innervation qui précède l'inflammation ; dans le second, elle reconnaît pour cause certaine modification mystérieuse dans l'action des nerfs de la partie malade : cette modification annonce le retour à l'état normal. La sensation de chatouillement n'affecte que très-légèrement les tissus muqueux, encore faut-il pour cela certaines conditions spéciales. Sur la muqueuse aérienne, on n'observe le chatouillement que sur ce point limité de la trachée que je vous ai déjà signalé ; il ne se développe jamais sur la muqueuse intestinale. Les seuls points du tube digestif sur lesquels il a lieu sont le nez et l'anus, et là cette sensation incommode est à portée de notre main. Cette circonstance est assurément fort heureuse ; car si l'intestin pouvait être le siège de démangeaisons analogues à celles de la peau, nous éprouverions un véritable supplice. Si les lombrics de l'intestin grêle, au lieu de déterminer une démangeaison incommode du nez, causaient un chatouillement aussi violent sur la muqueuse gastro-intestinale, pourriez-vous concevoir un tourment plus pénible ? Quelles atroces souffrances éprouveraient les malheureux patients, si les ascarides occasionnaient dans le côlon le chatouillement qu'ils font éprouver à la marge de l'anus !

Laissant de côté les causes les plus ordinaires et les plus connues de la toux, telles que la bronchite, la pneumonie, etc., je vous signalerai tout d'abord une source d'irritation pulmonaire qui n'est point rare, et sur laquelle il importe d'être bien renseigné ; car une erreur de diagnostic peut conduire à un traitement nuisible pour le malade et honteux pour le médecin. Je ne puis mieux vous faire connaître cet état morbide qu'en vous rapportant un fait que j'ai observé avec le

docteur Shekleton. Une jeune dame, qui demeurait près de Dorset-street, présentait tous les signes d'une bronchite grave. Les accès de toux duraient pendant quatre heures avec une violence extraordinaire; la toux était sèche, sonore, creuse; elle revenait toutes les cinq ou six secondes, le jour aussi bien que la nuit, pendant le sommeil comme pendant la veille. Cette toux était si violente, qu'elle menaçait à chaque instant, selon l'expression vulgaire, de déchirer la poitrine de la malade; ses amis étaient étonnés qu'elle pût supporter des secousses aussi prolongées et aussi terribles. Il est de fait que cette dame ne perdait pas de son embonpoint; elle n'avait pas de fièvre, et l'auscultation ne faisait entendre que les râles ordinaires de la bronchite sèche.

Cette jeune lady fut saignée; on lui mit des sangsues, des vésicatoires, on lui fit prendre la solution stibiée, mais on ne put lui procurer le moindre soulagement. Renonçant alors aux antiphlogistiques, nous nous sommes adressé aux antispasmodiques, et nous les avons prescrits sous toutes les formes que notre imagination pouvait nous suggérer; même insuccès. Nous avons épuisé la liste des narcotiques, et nous avons successivement essayé de la ciguë, de la jusquiame, de l'opium, de l'acide prussique; nous n'avons rien obtenu. Désarmés alors, nous avons jugé le cas au-dessus des ressources de l'art, et nous avons cessé nos visites. Quelque temps après je rencontrai le docteur Shekleton, et je m'informai de notre malade: je ne fus pas peu surpris d'apprendre qu'elle était en bonne santé. *Elle avait été guérie du premier coup par une vieille femme.* Ce praticien d'un nouveau genre, qui était depuis longtemps attaché à la famille, avait conseillé de faire prendre à la malade un mélange d'huile de térébenthine et d'huile de castor, pour la délivrer d'une colique dont elle avait été atteinte subitement; deux ou trois heures après, la jeune dame rendit une masse considérable de ténia: de ce moment tous les symptômes d'irritation pulmonaire avaient disparu (1).

(1) La toux causée par les vers intestinaux a été signalée depuis longtemps déjà, elle a trouvé place dans tous les traités de sémiologie, et l'on peut consulter en outre sur ce sujet, Mercurialis, Sennert, Mercatus et van den Bosch. Mais indépendamment de cette toux, dite sympathique par les anciens, et dans laquelle nous pouvons voir aujourd'hui un phénomène réflexe déterminé par l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale, les entozoaires, ou pour mieux dire les ascarides lombricoïdes, peuvent déterminer une toux dont la signification est bien autrement grave, puisqu'elle révèle un accident qui met immédiatement en danger la vie du malade: je veux parler de la toux causée par l'introduction des vers dans les voies aériennes. Déjà Haller rapporte avoir trouvé, dans la trachée ou dans les bronches d'une fille de dix ans, des

Il est une autre espèce de toux dont la cause est bien souvent méconnue : c'est celle qui survient chez les femmes hystériques. Cette toux est en apparence une des affections les plus redoutables que l'on puisse rencontrer ; elle est sonore, retentissante ; elle ne laisse pas de relâche, et elle présente une telle violence, qu'on s'étonne de ne pas voir se produire quelque rupture des cellules aériennes ou des vaisseaux sanguins. Dans d'autres circonstances, la toux est encore incessante, elle revient toutes les deux ou trois secondes, elle fatigue la malade le jour comme la nuit ; mais elle n'est plus sonore : elle est comparable, pour l'intensité et pour le timbre, à un *hem* qui revient constamment, et qui est, par cela même, très-pénible. Le plus ordinairement le pouls est fréquent, mais c'est le pouls fréquent de l'hystérie, et non pas celui de l'inflammation ou de la fièvre. Les inspirations profondes n'exaspèrent pas la toux ; on n'observe aucun des signes d'une hématoxe imparfaite ; le plus souvent, au contraire, la malade est blanche et pâle. Elle se plaint d'avoir un appétit nul ou variable ; elle a de la céphalalgie ; ses pieds sont toujours froids, la menstruation est supprimée ou irrégulière ; mais, quoique la toux persiste pendant des semaines ou des mois, l'amaigrissement n'est point comparable à celui de la phthisie commençante, et pourtant ces jeunes femmes ont une alimentation fort insuffisante.

Ici la connaissance des antécédents et de la constitution de la malade, les renseignements stéthoscopiques sont d'une haute importance. Exa-

vers intestinaux qui avaient causé la mort par suffocation. De nos jours Arronssohn a observé quelques faits de ce genre, et Tonnelé a rapporté l'histoire d'un enfant qui mourut en quinze heures, et chez lequel on trouva un lombric engagé dans le larynx. L'intestin grêle contenait quelques autres ascarides. — La toux déterminée par l'entrée du ver dans le larynx cesse parfois, ou diminue du moins notablement, lorsque le lombric est descendu dans la trachée ou dans les bronches ; mais la dyspnée persiste dans toute sa violence, et la mort a ordinairement lieu dans un accès de convulsions.

Mercurialis, *De morbis puerorum*. Frankfurt, 1584.

Mercatus, *De puerorum morbis* (*Opera omnia*, Frankfurt, 1614).

Sennert, *Tract. de infant. curat.* (*Opera omnia*, Lyon, 1676).

Van den Bosch, *Historia constitutionis epidemicæ verminosæ, quæ annis 1760 1761, 1762 et initio 1763, per insulam Overflacque et contiguam Goedère ede grassata est*, etc. Leyde, 1769.

Haller, *Opuscula pathologiæ*. Lausanne, 1768.

Arronssohn, *Sur l'introduction des vers dans les voies aériennes* (*Arch. gén. de méd.*, 1836).

Tonnelé, in *Journal hebdomadaire*, 1829.

(Note du TRAD.)

minez les choses de près, et vous apprendrez que votre malade est hystérique, qu'elle est habituellement pâle, qu'elle a toujours été très-nerveuse; on vous dira en même temps que cette affection a débuté soudainement, après une émotion morale, ou sous l'influence de quelque cause qui a ébranlé le système nerveux; quelquefois, au contraire, vous saurez que cet état morbide s'est développé peu à peu après quelques troubles menstruels; en tout cas, vous constaterez que la chaleur de la peau et les caractères du pouls ne sont point en rapport avec la violence des autres accidents, et le stéthoscope vous révélera l'absence de tous les signes physiques d'une lésion pulmonaire. Avec toutes ces données, vous pourrez arriver à une notion exacte sur la nature de l'affection, et vous sauverez ainsi votre malade d'un traitement anti-phlogistique, toujours inutile et souvent dangereux. Dans les cas de ce genre, en effet, les émissions sanguines locales ou générales sont ordinairement nuisibles; ce qu'il faut ici, ce sont les stimulants, les anti-spasmodiques, les purgatifs excitants, le changement d'air, les voyages et les eaux ferrugineuses de Spa.

Il est une troisième espèce de toux non moins obscure que les deux précédentes, et sur laquelle il importe, pour une foule de raisons, d'être parfaitement renseigné. Je veux parler de la toux produite par l'irritation pulmonaire qui est sous la dépendance de l'infection syphilitique. Vous savez que la syphilis peut atteindre les poumons aussi bien que les téguments cutanés et muqueux, aussi bien que le système osseux : la connaissance de ce fait n'appartient pas aux modernes; il a été signalé depuis bien longtemps déjà, et vous le trouverez mentionné par un grand nombre d'écrivains anciens (1). Depuis que Willan et d'autres nosologistes ont classé la syphilis parmi les affections de la

(1) Les Allemands n'ont pas ignoré cette action de la syphilis : « Auch das Quecksilbert hat die Empfehlungen einiger Aerzte und noch neulich Hecker's erhalten. Demungeachtet passt es als ein stark oxydirendes Mittel in der Lungen Schwindsucht nicht, am wenigsten in der Phthisis pulmonalis ulcerosa. Höchstens kannes seinen Platz in der Phthisis tuberculosa finden, wo diese nämlich scrophulösen oder syphilitischen Ursprung ist; jedoch auch hier nur im Anfange der Krankheit, und stets nur in Verbindung mit dem Opium und dem Hyoscyamus. » (*Ueber der Erkenntniss und Cur der chronischen Krankheiten des menschlichen Organismus*, von Dr Wilhelm Andreas Hasse.) (L'AUTEUR.)

« Le mercure a également été recommandé par plusieurs médecins, et tout récemment encore par Hecker. Malgré cela, il faut reconnaître qu'en sa qualité d'oxydant énergique, ce médicament ne saurait convenir dans la consommation pulmonaire, et

peau, cette notion a été oubliée ou négligée, mais je suis convaincu que c'est à tort. Pour moi, je suis persuadé que la syphilis peut faire sentir son influence sur le parenchyme pulmonaire, comme sur les autres tissus de l'organisme, et qu'un malade empoisonné par la vérole peut être atteint d'une irritation pulmonaire d'origine syphilitique.

Mon attention a été éveillée pour la première fois sur ce sujet par feu M. Hewson ; et depuis lors j'ai eu de nombreuses occasions de vérifier la justesse de cette opinion. Déjà Richter, Alibert et Paget ont fait observer que la classification de Willan et de Bateman est entachée d'une erreur capitale, puisqu'elle ne fait point entrer en ligne de compte l'*origine constitutionnelle des affections cutanées*. J'adresse le même reproche aux ouvrages modernes sur les affections des poumons. Les pathologistes ont fait de louables efforts pour arriver à la connaissance des nombreuses modifications morbides auxquelles le tissu pulmonaire est exposé, mais ils ont laissé leur tâche inachevée. Que dis-je ? ils en ont omis la partie la plus importante : il fallait rechercher quels sont les états généraux qui donnent naissance à ces diverses modifications. Je sais bien que l'influence de la scrofule a été soigneusement étudiée ; mais on a accordé fort peu d'attention au rhumatisme, à la goutte, à la syphilis et au scorbut, et pourtant ce sont là tout autant de causes malheureusement trop efficaces d'affections pectorales. Dans l'étude de cette toux dont je m'occupe en ce moment, le point essentiel est le diagnostic ; tout dépend de là. Ce qui en fait ici l'importance plus encore que partout ailleurs, c'est que les symptômes de cette affection présentent une grande analogie avec ceux de la phthisie, et que les deux états morbides sont fréquemment confondus. Un malade vient vous consulter parce qu'il tousse ; vous le trouvez pâle, faible et amaigri ; il dort mal, il a de la fièvre le soir, il a des sueurs fréquentes. Quelle que soit l'erreur commise, elle est des plus graves : si vous prenez une affection syphilitique pour une phthisie tuberculeuse, vous ne donnerez pas de mercure, et tout ira au plus mal ; si le patient est tuberculeux, et que vous lui donniez des mercuriaux, votre traitement va hâter l'issue fatale de la maladie.

Comment donc arriverez-vous à un diagnostic certain ? Le plus ordinairement, ce sera par l'histoire de la maladie. Si l'affection a débuté moins encore dans la phthisie ulcéreuse des poumons. Il trouverait bien plutôt son emploi dans la phthisie tuberculeuse d'origine scrofuleuse ou syphilitique ; encore ne doit-on l'administrer qu'au début de la maladie, et faut-il avoir soin de l'associer à l'opium et à la jusquiame. »

(Note du TRAD.)

à l'époque où les accidents secondaires succèdent ordinairement aux ulcérations primitives des organes génitaux ; si quelques-uns des symptômes peuvent être évidemment rapportés à cette cause ; si avec la faiblesse, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement, l'irritabilité nerveuse et l'insomnie, vous observez de la toux ; si ce groupe de manifestations est associé à d'autres accidents dont la nature syphilitique ne saurait être douteuse, tels que la périostite, l'angine et les éruptions cutanées, alors vous pouvez, en toute sécurité, rapporter tout cet ensemble pathologique à la même source, et conclure que votre malade est sous le coup d'une cachexie syphilitique qui affecte les poumons en même temps que les autres organes.

Il faut ici beaucoup de réserve et beaucoup d'attention ; nous ne devons formuler notre diagnostic qu'après avoir examiné la poitrine à plusieurs reprises, au moyen de l'auscultation et de la percussion. Si nous ne découvrons aucun des signes physiques des tubercules, ou si nous ne constatons qu'une affection locale très-légère, alors que les symptômes généraux sont ceux des dernières périodes de la phthisie, nous pouvons agir avec décision, et instituer avec toute la prudence convenable un traitement mercuriel. Dans ces cas-là, le médecin éprouve un véritable bonheur à suivre la rapide amélioration de son malade : la fièvre tombe, les sueurs nocturnes et l'insomnie diminuent ; l'embonpoint renaît avec les couleurs de la santé, et les symptômes de cachexie disparaissent, emportant avec eux la toux et l'affection pulmonaire. Je ne suis pas en mesure de vous dire quels sont les éléments du parenchyme pulmonaire qui sont le plus habituellement touchés par le poison syphilitique ; je crois qu'il affecte surtout la muqueuse bronchique, mais je crois aussi qu'il peut, comme les poisons animaux de la rougeole et de la scarlatine, devenir, dans certains cas, une cause de pneumonie (1).

(1) L'exactitude de cette manière de voir a été démontrée par des recherches ultérieures : « Je crois, dit Virchow, qu'on doit admettre des ulcérations syphilitiques et des rétrécissements cicatriciels dans les bronches, de même qu'on les observe dans la syphilis du larynx ; et de même que les ulcérations laryngées se continuent avec le tissu cellulaire du cou par des indurations étendues et calleuses, je pense que la bronchite syphilitique peut se transformer en pneumonie chronique. Voilà pourquoi il me semble que l'existence d'une pneumonie syphilitique ne doit pas soulever le moindre doute. » Quelque obscure que soit encore aujourd'hui l'étude clinique de cette espèce de pneumonie, les difficultés sont plus grandes peut-être en ce qui concerne ses caractères anatomiques. « A Würzburg, continue le célèbre professeur de Berlin, où la syphilis héréditaire est une maladie très-commune, j'ai vu la plupart de ces enfants

Le passage suivant de l'œuvre remarquable du docteur Stokes : *Sur les affections de la poitrine*, confirme les opinions que je viens de vous exposer : « Mon ami le docteur Byrne qui, en raison de la position qu'il occupe à Lock Hospital, est parfaitement à même de faire des observations de ce genre, m'a dit avoir vu très-souvent des malades qui avaient déjà été atteints une première fois, rentrer à l'hôpital pour des ulcérations nouvelles ou pour une gonorrhée, et être pris alors de fièvre et de bronchite intense. Cette attaque était subite, et l'anxiété était si vive, qu'on pratiquait une saignée ; bientôt après on voyait apparaître une éruption abondante, caractérisée ordinairement par un mélange de la forme lichénoïde et de la forme squameuse ; l'affection thoracique disparaissait alors complètement. Chez quelques-uns de ces malades, le jour même qui précédait l'éruption, on constatait avec le stéthoscope tous les signes d'une violente inflammation de la muqueuse bronchique : dès que la détermination cutanée était produite, *le bruit respiratoire devenait parfaitement pur* ; parfois on percevait encore de temps en temps quelques râles dans les grosses bronches. Le même observateur a vu ces phénomènes se succéder dans un ordre inverse. Lorsqu'une éruption syphilitique avait été réprimée, la muqueuse bronchique se prenait à son tour, et la fièvre s'allumait ; la saignée et les diaphorétiques doux faisaient disparaître ces accidents en ramenant l'éruption. Nouvelle preuve de l'analogie qui existe entre la bronchite de la syphilis et celle des exanthèmes. »

Il est une quatrième espèce d'irritation pulmonaire qui n'est pas moins difficile à reconnaître : c'est celle qui est liée à la diathèse goutteuse. La goutte peut atteindre presque tous les tissus du corps. Elle peut siéger dans les jointures, comme vous le savez tous ; elle peut envahir les muscles et les aponévroses, constituant alors ce qu'on a

succomber à la suite d'une broncho-pneumonie particulière, sèche, souvent presque caséuse. L'examen microscopique démontrait que la masse sèche, résistante, très-analogue à l'infiltration tuberculeuse, qui était renfermée dans les alvéoles du poumon, était composée de cellules pressées les unes contre les autres, puriformes pour la plupart ; la plus grande partie était rapidement détruite par la métamorphose grasseuse, et restait dans la vésicule pulmonaire sous forme de détritits granuleux. Mais cette même forme se rencontrait aussi sans relation directe avec la syphilis.... Pour le moment, il est difficile de déterminer les signes certains auxquels on peut reconnaître la nature syphilitique de semblables pneumonies. »

Virchow, *Syphilis constitutionnelle*, traduct. de Picard. Paris, 1860.

(Note du TRAD.)

appelé la goutte rhumatismale ; elle occupe fréquemment les tissus fibreux, et je l'ai observée dans le tissu cellulaire de diverses régions, où elle forme des tumeurs œdémateuses diffuses, excessivement sensibles au toucher, et qui disparaissent sous l'influence du traitement dirigé contre la maladie constitutionnelle. Protée insaisissable, la goutte peut frapper le cœur : tantôt, alors, elle produit une véritable péricardite ; tantôt elle amène des troubles fonctionnels et des palpitations ; les battements cardiaques deviennent faibles et irréguliers, le pouls présente des intermittences remarquables. La maladie peut affecter l'estomac, et elle s'y révèle par des spasmes dangereux ou par les symptômes dyspeptiques les plus divers ; elle peut sévir sur les intestins qu'elle irrite : de là des coliques et la diarrhée goutteuse.

Je vois encore la surprise d'un malade éminemment goutteux, le jour où il eut un accès de goutte dans le testicule ; il ne pouvait concevoir qu'une maladie qui attaque ordinairement les articulations pût envahir un organe d'une nature aussi différente. Et cependant le fait peut aisément s'expliquer : le tissu fibreux, siège de prédilection de la goutte, entre dans la structure du testicule aussi bien que dans celle des jointures. En réalité, si l'on tient compte de ses enveloppes et de sa mobilité, on peut dire que le testicule est pourvu d'un sac analogue à celui qui entoure les articulations (1).

La goutte envahit très-fréquemment la muqueuse de la trachée et des bronches, donnant lieu à une toux sèche, fatigante et souvent opiniâtre. Lorsque cette toux survient en même temps que les phénomènes d'arthrite, sa véritable nature est ordinairement méconnue ; on la met sur le compte d'un refroidissement, et on la rapporte à une bronchite commune. Mais quelle que soit la cause qui produise une phlegmasie chez un goutteux, quel que soit l'organe intéressé, l'affection revêt presque toujours les caractères de l'inflammation goutteuse franche. Si un goutteux se donne une entorse à l'un des orteils, ou au cou-de-pied, la lésion, après avoir suivi quelque temps la marche ordinaire,

(1) Peut-être était-ce de tumeurs goutteuses que voulait parler Hippocrate, lorsqu'il dit (*Epid.*, I. II, sect. IV) que des toux anciennes cessent parfois par le développement d'une tumeur du testicule, et inversement, que celle-ci disparaît au retour de la toux.

Comparez :

Bourges, *Observations sur une affection des testicules, suite des affections catarrhales* (*Journ. gén. de méd.*, t. XXXI).

Double, *Sémiologie générale*. Paris, 1817.

Note du TRAD.)

finir par présenter un tout autre aspect ; tout à coup l'inflammation prend une mauvaise allure, ou bien elle reste stationnaire, au moment même où l'on comptait sur la guérison rapide de cette affection locale. Cela tient à ce qu'elle est modifiée par la disposition constitutionnelle qui se localise dans la partie blessée. La même relation existe entre la bronchite commune, qui se développe sous l'influence du froid chez un individu goutteux, et la bronchite goutteuse, dont elle devient la cause indirecte. Ordinairement l'inflammation goutteuse des bronches a une marche chronique ; elle persiste jusqu'à ce qu'une attaque de goutte articulaire la fasse disparaître (1).

La cinquième variété d'irritation pulmonaire, dont la source est plus

(1) Scudamore dit n'avoir jamais observé la rétrocession de la goutte sur le cœur et sur les poumons; mais sa voix isolée ne saurait prévaloir contre les témoignages des médecins de tous les siècles. Leurs déclarations sont des plus formelles :

« Multis in hydropicum morbum podraga concessit, quibusdam in æsthma ; hæc verò successio immedicabilis atque inevitabilis est. » (Arétée.)

« Si tussis brumalis a frigore suscepta fuerit, tempore paroxysmi, materiam sensim in pulmones allici, artubus interim, ob translationem materiæ morbosæ in aliam regionem, vel omninò, vel tantum non, tam a dolore quàm a tumore liberatis. » (Sydenham.)

« Si autem pulmones occupet (podagræ materia), asthma validum subitam suffocationem nuntians, succedit ; quod aliquando procedit molesta et sicca tussis. » (Van Swieten.)

« Le plus communément, c'est l'estomac qui alors est attaqué de malaise, de vomissement ou d'une douleur violente ; quelquefois le cœur l'est aussi, ce qui donne lieu à la syncope ; d'autres fois ce sont les poumons, et l'asthme survient. » (Cullen.)

« Materies podagrica, cum regressa est, periculi plena generat symptomata. Si ventriculum petit, anxietates, cardialgiam et vomitum ; si pulmonem, catarrhum suffocativum, aut asthma ; si caput, apoplexiam aut paralyisin progignit. » (Quarin.)

Il me serait facile de multiplier ces citations ; mais ce serait en vérité un travail superflu, car je ne pense pas qu'on puisse révoquer en doute la bronchite et la toux goutteuses que signale ici le médecin de Dublin.

Outre cette toux produite par les déterminations de la goutte sur la muqueuse bronchique, on observe souvent, avant les paroxysmes de la goutte régulière, une toux avec sécrétions muqueuses abondantes. Cette toux est alors un des signes précurseurs de l'accès, et le plus ordinairement elle cesse lorsque apparaissent les douleurs articulaires.

Arétée, *De causis et signis acut. et diut. morborum*. Vienne, 1790.

Sydenham, *De podagra et hydrope*. Londres, 1683.

Van Swieten, *Comment. in Boerhaavii Aphorismos*. Parisiis, 1773.

Cullen, *Med. prat.*, trad. de Bosquillon. Paris, 1795.

Quarin, *Animadversiones practicæ in diversos morbos*. Gandavi, 1820.

Scudamore, *Traité de la goutte*. Paris, 1823.

(Note du TRAD.)

ou moins obscure, est celle qui dépend de la diathèse scorbutique. La connaissance de cette affection est très-importante, surtout pour les médecins auxquels est commise la charge de veiller à la santé des pauvres ; elle est plus précieuse en quelque sorte que celle des riches, car s'ils perdent la santé, les malheureux perdent en même temps leur travail, et c'est leur seul moyen d'existence. Dans les classes pauvres, surtout dans les villes, où la plupart des ouvriers ont une alimentation peu réparatrice, la disposition scorbutique est extrêmement fréquente. Elle se manifeste soit par du purpura, soit par une tendance marquée aux hémorrhagies ; celles-ci se font par le nez, par l'estomac, par les intestins ou par la vessie. Or le scorbut affecte parfois les poumons ; il produit une irritation de la muqueuse bronchique, de la toux et des crachements de sang ; dans quelques cas, il donne lieu à une apoplexie pulmonaire. Il est bien clair que ces affections scorbutiques des poumons qui reconnaissent pour cause l'habitation de logements humides et mal aérés, une nourriture insuffisante, demandent un traitement tout spécial, soit pendant la période d'état, soit pendant la convalescence.

Je vous signalerai enfin l'irritation pulmonaire qui procède de la scrofule. Vous savez tous que cette maladie tend à intéresser tous les tissus du corps, mais vous ne savez peut-être pas qu'elle les affecte de bien des façons diverses, et que l'irritation scrofuleuse se présente sous les formes les plus variées, depuis la détermination transitoire la plus légère jusqu'à l'affection persistante la plus grave. Je me rappelle un fait que j'ai observé avec le docteur Jacob, et qui a bien vivement excité mon attention. Un jeune et beau garçon qui avait le teint coloré, l'intelligence précoce, qui portait, en un mot, l'empreinte de la maladie scrofuleuse, avait pris une ophthalmie des plus graves ; il fallut tout le savoir et toute l'habileté du docteur Jacob pour le préserver de la cécité.

Pendant que nous donnions des soins à ce malade, son frère (qui était également scrofuleux) se plaignit de quelques douleurs dans un des bras. Cette circonstance me frappa, et en y regardant de plus près, je trouvai que plusieurs tumeurs mal circonscrites, de forme circulaire, de grosseur variable (quelques-unes avaient le diamètre d'une demi-couronne), avaient apparu successivement sur les membres et sur le tronc. Elles dépendaient évidemment de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, et elles nous offraient un exemple remarquable d'une affection locale passagère, liée à une cause constitutionnelle : en effet,

ces tumeurs se développèrent, atteignirent leur maximum, et disparurent dans l'espace de dix ou douze heures. En fait, elles étaient les premiers indices de la localisation de la maladie ; après s'être montrées à plusieurs reprises pendant quelques semaines, elles furent remplacées par une inflammation scrofuleuse *fixe* des os du métatarse.

En vérité, messieurs, ce fait est aussi instructif que curieux. Un enfant, bien évidemment entaché de scrofule, présente des tumeurs isolées qui accomplissent toute leur évolution dans l'espace de quelques heures. Au bout de quelques semaines, une irritation scrofuleuse bien caractérisée et persistante se fixe dans le pied, amenant l'inflammation et l'ulcération. Vous devez conclure de là que la scrofule (je suis fermement convaincu que les premières tumeurs étaient liées à la disposition strumeuse) peut se révéler non-seulement par des déterminations locales durables et destructives, mais aussi par des affections tellement superficielles, tellement éphémères, qu'elles peuvent disparaître en quelques instants, sans laisser aucune trace de leur existence. Les conséquences sont aussi nombreuses qu'importantes ; si, en effet, la scrofule peut produire une inflammation aiguë et passagère du tissu cellulaire sous-cutané, elle peut assurément donner lieu à des affections du même genre dans les organes internes, les intestins, les poumons, par exemple ; elle peut dès lors occasionner une bronchite aiguë, une pneumonie, une entérite, qui ne dépendent ni du foid, ni des causes ordinaires de ces états morbides. C'est à tort qu'on ne rapporte aux causes constitutionnelles que les inflammations chroniques et bien localisées : l'exemple que je viens de vous rappeler démontre que les affections les plus passagères peuvent avoir la même origine.

L'irritation scrofuleuse affecte la muqueuse ou le parenchyme pulmonaire ; dans le premier cas, elle donne lieu à la bronchite, dans le second à la pneumonie scrofuleuse ; ces deux affections peuvent être isolées ou combinées, l'une et l'autre peuvent être mortelles, qu'il y ait ou non des tubercules dans les poumons (1).

(1) Il est deux autres variétés de toux *sympathique* que l'on peut s'étonner de ne pas voir signalées ici : c'est la toux gastrique et la toux hépatique. Elles sont l'une et l'autre assez fréquentes pour que j'en indique les principaux caractères.

La toux stomacale est produite accidentellement par l'embarras gastrique, ou bien elle existe comme phénomène habituel chez les individus dyspeptiques ; la forme spéciale de la dyspepsie ne paraît pas avoir d'influence sur son développement. Au dire de Jos. Frank, elle serait surtout fréquente chez les vieillards qui ont passé leur vie dans l'oisiveté, et chez lesquels l'activité des fonctions digestives est plus ou moins compromise. Quoi qu'il en soit, la toux gastrique est précédée et accompagnée de

Avant de terminer notre conférence, je veux vous dire quelques mots de l'emploi de la salsepareille et de l'acide nitrique contre certaines toux rebelles. L'utilité de cette combinaison a été depuis longtemps reconnue dans les cachexies et les affections cutanées produites par la syphilis ou par le mercure; elle est également très-efficace

troubles de la digestion; le malade éprouve une sensation de pesanteur à l'épigastre, il a des nausées fréquentes, parfois même des vomissements; le stimulus anormal qui donne naissance à la quinte de toux semble partir de l'estomac ou de l'hypochondre gauche; les inspirations profondes n'augmentent pas la toux, et elles ne donnent lieu à aucune sensation douloureuse; en revanche, l'ingestion des aliments détermine presque immédiatement un accès. Cette toux gastrique est le plus ordinairement sèche; lorsqu'elle est humide, le malade rejette des mucosités filantes et transparentes qui proviennent de l'estomac; les crachats bronchiques sont très-rares. La toux stomacale cesse pour quelque temps après un vomissement, soit spontané, soit artificiel. Enfin l'examen de la poitrine ne donne que des résultats absolument négatifs. Pour ce qui est de la condition pathogénique de cette toux, il est clair qu'il faut la chercher dans l'impression anormale subie parmi les rameaux gastriques du nerf vague; transmise par un trajet rétrograde jusqu'aux centres nerveux, cette impression retentit sur les rameaux bronchiques du même nerf; il y a donc encore là un phénomène réflexe, et il est assez intéressant de voir que cette interprétation n'avait point échappé à la sagacité de F. Hoffmann; voici un passage qui ne peut laisser aucun doute à cet égard: « Atque hic affectus raro solus est, quin adjuncta habeat catarrhalia quædam signa; unde aliqui a catarrhali de cubitu in postremarum faucium tunica, per œsophagum potissimum continuata, orificium ventriculi sinistrum, ipsique proximas glandulas dorsales simul intumescere, nervosque paris vagi œsophagum ibi circumplexos irritari, hoc vero ad pulmones, diaphragma, et laryngem abeuntes ramos in consensum trahere existimant. » (*De tussi convulsiva.*)

La toux hépatique présente deux variétés bien distinctes. Dans certains cas elle n'est que le résultat d'une gêne mécanique causée par l'augmentation de volume du foie; elle offre alors les mêmes caractères que la toux déterminée par l'ascite, ou toute autre intumescence du ventre; elle est brève, petite et sèche; elle s'accompagne d'une sensation habituelle de pesanteur dans l'hypochondre droit et à la base du poumon du même côté: elle est ordinairement plus fréquente et plus pénible lorsque le malade est couché que lorsqu'il est debout. C'est en parlant d'elle que Galien a dit: « Quæ « tussis magis tussendi cupiditas est, quam vera tussicula. » — Indépendamment de cette toux dont la cause est purement mécanique, on voit survenir, dans le cours des affections du foie, une toux sympathique dont les caractères ne sont plus les mêmes; loin d'être brève et peu marquée, elle est forte et très-pénible, elle s'accompagne même quelquefois d'un sentiment de strangulation, et lorsque la séreuse qui recouvre la face convexe du foie est intéressée, la toux devient douloureuse, entrecoupée et enchaînée comme dans l'inflammation de la plèvre. C'est alors aussi que, si le médecin était privé des renseignements fournis par la percussion et par l'auscultation, il serait fort exposé, en raison même des caractères de la toux, à méconnaître la phlegmasie hépatique, et à diriger son traitement contre une pleurésie absente.

(Note du Trad.)

contre certaines angines, contre les douleurs anciennes et quelques autres états morbides à marche lente. Ces effets bien constatés de la décoction de salsepareille unie à l'acide nitrique m'ont fait penser que ce traitement ne serait pas moins utile dans la toux chronique qui s'accompagne de rougeur et de relâchement de la muqueuse gutturale, d'allongement de la luette et d'un état d'affaiblissement plus ou moins prononcé.

J'ai observé que dans ces cas-là il y a presque toujours des troubles plus ou moins marqués du côté des organes digestifs, et un certain degré d'irritabilité générale; l'analogie que présente cet état avec les conditions morbides dans lesquelles la salsepareille et l'acide nitrique sont d'une utilité évidente, m'a engagé à essayer de cette combinaison, et je puis dire aujourd'hui que je n'ai point été trompé dans mon attente. La décoction de salsepareille à la dose d'une pinte (475 gram.) par jour, additionnée d'une drachme (4 gram.) au moins d'acide nitrique, m'a rendu les plus grands services. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'action de ce médicament doit être secondée par le changement d'air, l'exercice, les distractions, et par un régime substantiel, quoique non échauffant. Dans quelques cas, il est nécessaire de cautériser l'arrière-bouche et les amygdales avec une solution de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre: si la luette est considérablement allongée, il faut la toucher fréquemment avec la pierre infernale ou même en pratiquer la résection.

Guidé par les mêmes principes, j'ai souvent employé la décoction de salsepareille et l'acide nitrique chez les personnes faibles et débiles, fatiguées par une toux ou un *hem* léger qui revient incessamment, et qui est accompagné de quelques crachats bronchiques; ces crachats contiennent parfois un peu de sang, mais il ne paraît pas venir des poumons; il provient bien plutôt de quelque érosion de la muqueuse du pharynx et du larynx. Chez ces malades, la toux et l'expectoration ont lieu surtout le matin au moment du réveil; chez quelques-uns, elle dure pendant des semaines entières sans dyspnée, sans douleurs thoraciques, sans fièvre. J'ai observé, en outre, que ce même traitement est souvent efficace chez les individus qui ont été soumis à une salivation mercurielle, dans le cours d'une bronchite ou d'une pneumonie; parfois même il est utile pour achever la guérison des affections pulmonaires, lorsqu'il devient dangereux de continuer l'usage des mercuriaux.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON.

PNEUMONIE. — PLEURO-PNEUMONIE. ABCÈS DU POUMON.

Pneumonie. — Caractères de l'expectoration. — Elle peut manquer complètement. — Hépatisation du poumon. — Crepitus redux. — Pleuro-pneumonie. — Observation de pleurésie latente. — Pulsations de la poitrine dans la pneumonie. — Observation d'une pneumonie dans laquelle on a entendu un bruit de soufflet dans la région antérieure de la poitrine. — De la saignée dans la pneumonie. — Abscès pneumoniques. — Diagnostic avec les abcès tuberculeux.

MESSIEURS,

Je désire vous présenter aujourd'hui quelques observations cliniques sur la pneumonie, et je veux, avant tout, vous signaler certaines particularités qui ont trait aux symptômes de cette maladie ; je vous parlerai tout d'abord de l'expectoration. Je suppose que vous êtes tous parfaitement renseignés sur les caractères ordinaires des crachats pneumoniques ; vous avez pu les étudier à votre aise chez un homme qui est mort dernièrement dans nos salles d'une gangrène du poumon, survenue dans le cours d'une pneumonie aiguë, à la période d'hépatisation.

Le docteur Stokes n'attache pas une grande importance aux signes tirés des crachats dans la pneumonie. Voici comment il s'exprime à ce sujet : « Quoiqu'on observe dans un grand nombre de pneumonies des crachats muqueux sanguinolents et visqueux, il s'en faut que ces caractères soient constants. En fait, on peut rencontrer dans cette maladie toutes les variétés d'expectoration, depuis le mucus rare et incolore, jusqu'aux sécrétions les plus diverses. La pneumonie s'établit souvent sans expectoration caractéristique, et elle peut parcourir ainsi toutes ses périodes. D'une manière générale, on peut dire que les

crachats rouillés des Français se rencontrent dans les pneumonies franches qui surviennent chez les individus robustes ; mais je suis convaincu que chez un grand nombre de ces malades débilités auxquels nous avons affaire dans les hôpitaux, chez les enfants, et dans les pneumonies des fièvres, les caractères des crachats n'ont qu'une faible valeur. » (*Treatise on Diseases of the Chest*, p. 320.)

Mais voici ce que je désire surtout vous faire remarquer, ce que vous ne devez jamais perdre de vue : *il est des pneumonies étendues, dans lesquelles on n'observe aucune espèce d'expectoration, depuis le début de la maladie jusqu'à la résolution complète.* Vous avez pu voir, dans nos salles, une jeune femme nommée Mary Nowlan ; elle avait la moitié d'un poumon et le tiers inférieur de l'autre hépatisés par une pneumonie grave, et pourtant la maladie a débuté sans expectoration ; elle a atteint dans les mêmes conditions sa période d'état, puis est venue la résolution, et le poumon a été rendu à ses conditions normales, sans que nous ayons observé un seul crachat. Comme la maladie était très-sérieuse, cette femme est restée deux mois à l'hôpital ; elle a été pendant tout ce temps l'objet d'une surveillance attentive, et à aucun moment nous n'avons pu découvrir la moindre expectoration. Nous avons observé dernièrement une pneumonie consécutive à une rougeole, et nous avons constaté également l'absence complète des crachats. Ces faits sont singuliers peut-être, mais ils sont, à coup sûr, très-instructifs.

J'ai une autre remarque à vous faire touchant l'expectoration. Un homme prend une pneumonie ; par suite du raptus sanguin qui se fait au début de l'inflammation pulmonaire, il a d'abord des crachats sanglants, puis ils disparaissent au bout d'un jour ou deux ; et alors, bien que le poumon soit fortement engagé, l'expectoration peut manquer complètement jusqu'à la résolution totale de la phlegmasie. J'ai constaté ce fait de la façon la plus nette chez un malade que je voyais avec sir Henry Marsh. Un gentleman qui était atteint d'une pneumonie aiguë, avait eu le premier et le second jour des crachats sanglants ; mais lorsque je le vis, au troisième jour, l'expectoration avait cessé, et elle ne reparut plus ; la guérison fut complète au bout de cinq semaines. Ce malade était un homme instruit et intelligent ; il était parfaitement renseigné sur son affection, et il était imbu de l'antique croyance que toutes les inflammations des poumons doivent se résoudre par l'expectoration. En conséquence, il l'attendait jour et nuit avec une vive anxiété, mais il n'eut pas la satisfaction de voir apparaître un seul crachat.

Vous voyez par là, messieurs, que dans la pneumonie l'expectoration peut faire absolument défaut ; malgré cela, et quoique l'hépatisation soit souvent très-étendue, la résolution peut avoir lieu. D'un autre côté, une portion considérable du poumon peut être prise d'inflammation, le malade peut avoir des crachats sanglants pendant les deux ou trois premiers jours, c'est-à-dire pendant la période de congestion ; puis l'expectoration cesse tout à coup, et la résolution se fait sans que les crachats aient reparu. Ce sont là j'en conviens, des exceptions rares, car il est de fait que dans la pneumonie nous voyons les crachats présenter des caractères différents aux diverses périodes de la maladie ; mais ces faits n'en sont pas moins importants, et il est bon d'en être prévenu (1).

(1) Dans son commentaire sur l'aphorisme 848, van Swieten place l'absence d'expectoration au nombre des signes funestes de la pneumonie, et il rappelle à ce sujet les déclarations d'Hippocrate : « *Qui in peripneumoniis siccis pauca cocta educunt, metuendi sunt. — Malum quoque si nihil expurgetur, neque projiciat pulmo, sed plenus in gutture ferveat.* » Cullen, retraçant le pronostic de la pneumonie, n'est pas moins affirmatif : « Je pense, dit-il, qu'il est très-rare que la maladie se termine par la résolution sans expectoration ; en conséquence, on doit toujours regarder la toux sèche comme un symptôme fâcheux. »

D'un autre côté, M. le professeur Andral fait observer que la valeur pronostique de l'expectoration a peut-être été exagérée à une époque où l'on regardait la pneumonie comme produite par une matière morbifique fixée sur le poumon, et il rapporte deux observations qui démontrent la possibilité d'une résolution parfaite, alors même que les crachats ne présentent à aucun moment les caractères de l'expectoration pneumonique. Les deux Frank ont émis la même opinion, et Joseph Frank a fait remarquer à ce sujet que « la nature peut se débarrasser des sécrétions morbides par un grand nombre de moyens, outre le crachement qui est le plus prompt. »

Malgré de si imposantes autorités, je crois que les anciens étaient plus près de la vérité ; je ne prétends pas qu'il faille prendre à la lettre et dans sa signification la plus absolue le *malum* d'Hippocrate, mais je crois que l'absence d'expectoration dans la pneumonie est en réalité un symptôme fâcheux, parce qu'elle annonce une durée plus longue du processus morbide, et une résolution plus difficile. Pour émettre une telle assertion, je ne me fonde point, on le conçoit, sur les résultats de mon expérience, je n'y suis point suffisamment autorisé ; j'applique simplement ici les notions plus exactes que nous possédons aujourd'hui sur l'évolution des exsudations inflammatoires. Voyons en effet ce qui se passe lorsque la résolution succède à l'hépatisation rouge : les produits morbides, qui étaient restés solides jusqu'à ce moment, se liquéfient alors ; cette liquéfaction est facilitée par une exhalation séreuse qui concourt par sa présence à désagréger, à diluer, si je puis ainsi dire, les éléments concrets de l'exsudat. C'est là dans le travail de la résolution, une première, une indispensable période ; elle est suivie de l'élimination proprement dite, qui a pour effet de restituer au parenchyme ses conditions normales. Or les produits phlegmasiques ainsi préparés sont

Vous connaissez l'état du poumon enflammé. Il passe à l'hépatisation ; une portion de l'organe devient imperméable ; au lieu d'être molle, élastique, crépitante, spongieuse, elle se solidifie, elle perd son élasticité ; elle devient, en un mot, semblable au foie, dont le nom a été justement choisi pour dénommer cette lésion. Or le stéthoscope nous a révélé un fait des plus curieux : des parties plus ou moins étendues des poumons peuvent être solidifiées, et tellement altérées dans leur texture, que le retour à l'état normal semble complètement impossible ; et pourtant nous savons aujourd'hui que, dans de telles conditions, le malade peut revenir néanmoins à une santé parfaite.

Si vous lisez les admirables travaux de Laennec sur la pneumonie, et d'autres ouvrages sur le même sujet, vous verrez que la résolution de la phlegmasie du poumon est indiquée par des crachats particuliers, et par le retour du râle crépitant. Vous savez tous que ce râle se montre avant l'hépatisation, qu'il disparaît lorsque celle-ci est complète, et qu'il se fait entendre de nouveau lorsque commence la résolution. C'est ce dernier rhonchus qui a été appelé par Laennec, *crepitus redux*.

Certains caractères distinguent le râle de retour de celui du début : le premier a des bulles plus grosses et plus humides ; il est entendu pendant toute la durée de l'inspiration ; on le perçoit aussi, quoiqu'à un plus faible degré, pendant l'expiration. Au début de la pneumonie, la première partie de l'inspiration est pure, le râle n'apparaît qu'à la fin du mouvement inspiratoire les bulles en sont extrêmement fines, elles ont un caractère de sécheresse très-prononcé. La nature opère la résolution de la pneumonie, non-seulement par l'ab-

entraînés au dehors par deux voies bien distinctes ; une partie est directement emportée par l'expectoration ; l'autre partie est résorbée, pour être éliminée par les organes sécréteurs, notamment par les reins. C'est alors en effet que l'on voit apparaître dans l'urine ces sédiments auxquels les anciens attachaient à bon droit une si grande importance ; ces dépôts étaient pour eux le signe d'une bonne coction, ils sont aujourd'hui pour nous l'indice du travail salutaire qui rend au poumon sa souplesse et sa perméabilité.

Les choses étant ainsi, il devient très-facile de concevoir pourquoi l'absence d'expectoration dans la pneumonie est un symptôme fâcheux ; une des voies de l'évacuation des matériaux exsudés est alors supprimée, l'absorption et la sécrétion consécutive doivent faire tous les frais du travail éliminateur, par conséquent ce symptôme nous annonce, comme je le disais plus haut, une durée plus longue du processus morbide et une résolution plus difficile. Ainsi se trouve démontrée la doctrine traditionnelle, et cette démonstration est une déduction naturelle et légitime de nos connaissances actuelles sur la pathogénie et l'évolution des produits morbides. L'idée est la même, l'expression seule a changé.

(Note du TRAD.)

sorption des éléments que le processus morbide a déposés dans le parenchyme pulmonaire, mais aussi par une sécrétion qui se fait à l'intérieur des cellules aériennes et des petites bronches; c'est la présence de cette sécrétion qui produit le râle crépitant de retour. Or, les remarques que je vous ai faites sur l'absence totale de l'expectoration dans certaines pneumonies, trouvent ici leur application; dans ces cas, en effet, vous ne pouvez pas avoir de *crepitus* de retour.

Ainsi, chez Mary Nowlan dont je vous parlais tout à l'heure, la résolution de l'inflammation pulmonaire a eu lieu sans que nous ayons entendu le plus léger râle. Il n'est point indispensable, pour la résolution de l'hépatisation, qu'il se fasse une hypersécrétion dans les canaux bronchiques au moment où la nature est occupée à reprendre par l'absorption les matières déposées dans le parenchyme. Le plus souvent, il est vrai, ces matières sont éliminées et par la voie de l'absorption et par la voie de l'excrétion. Mais dans quelques cas le travail de l'absorption interstitielle suffit à lui seul pour atteindre le but, et les faits que je vous ai rapportés le prouvent jusqu'à l'évidence. Je dois ajouter, toutefois, que de pareils faits sont rares, et que la résolution se fait alors beaucoup plus lentement que lorsqu'il existe une expectoration facile.

Vous savez, messieurs, qu'un des traits les plus caractéristiques de la pneumonie est sa complication avec la pleurésie. Nous avons vu plusieurs cas de phlegmasie du poumon compliquée de l'inflammation de sa membrane d'enveloppe, mais je n'ai pas souvenir que nous ayons observé un seul exemple de pleurésie ou de pneumonie pure. Chez ce malade, atteint de pleuro-pneumonie, que nous avons actuellement dans nos salles, l'inflammation a envahi tout d'abord la partie supérieure du poumon droit, et cela est d'autant plus remarquable, que la pneumonie débute ordinairement par le lobe inférieur. Ici, néanmoins, la pneumonie et la pleurésie étaient localisées toutes deux au sommet de la poitrine; chacune d'elles avait à peu près la même étendue; l'inflammation du parenchyme correspondait exactement à celle de la séreuse. Quelque temps après l'arrivée de ce malade, nous constatons que la lésion suivait une marche progressive; mais elle présentait dans son extension une particularité vraiment curieuse: l'inflammation pleurale du sommet se limitait, et cessait de s'étendre; mais l'inflammation du poumon se propageait en bas et en arrière, de sorte qu'au bout de deux ou trois jours, nous avons une pleuro-pneumonie dans la partie supérieure de la poitrine, et une pneumonie

simple, sans complication de pleurésie, dans la région postéro-inférieure du poumon.

Il arrive souvent que, dans la pleuro-pneumonie, l'inflammation du parenchyme gagne du terrain en dépit de tous nos efforts, tandis que la pleurésie reste stationnaire. Souvenez-vous donc que les phlegmasies de la plèvre ne présentent jamais cette tendance à la généralisation qui appartient à la pneumonie ; lorsque l'enveloppe séreuse de l'organe s'enflamme, l'étendue complète de la lésion est déterminée au bout de vingt-quatre heures ; il en sera tout autrement dans l'inflammation du poumon ; la lésion peut être limitée d'abord à quelques points isolés, mais elle s'étend progressivement dans toutes les directions, de sorte qu'au bout de peu de jours, elle intéresse une portion considérable du parenchyme. Quelquefois même, ce n'est qu'après un grand nombre de jours que la pneumonie s'arrête dans sa marche envahissante.

Le malade dont je viens de vous entretenir est très-intéressant pour les élèves qui étudient l'auscultation ; on perçoit chez lui de la façon la plus nette tous les signes physiques de la pneumonie simple et de la pleuro-pneumonie. Je n'ai pas à m'arrêter sur ce sujet, mais je vous engage à examiner cet homme avec la plus grande attention.

Il est mort dernièrement dans notre service un individu qui était affecté d'une double pleuro-pneumonie ; cette maladie est presque fatalement mortelle. Chez cet homme, le poumon gauche était enflammé dans la région supérieure et antérieure, le poumon droit était atteint en bas et en arrière ; de sorte que les deux poumons, considérés ensemble, étaient affectés aux deux extrémités opposées de leur diamètre transverse. Ce malade nous est arrivé dans un état de faiblesse extrême, et il était évident pour tout le monde qu'il était perdu. La respiration était pénible et précipitée ; l'oppression et l'anxiété étaient énormes ; une toux incessante déchirait la poitrine de ce malheureux, sa physionomie était altérée par la souffrance ; le pouls était faible et rapide. Le stéthoscope nous montrait que les deux poumons étaient solidifiés dans une grande partie de leur étendue ; cette lésion, l'âge du patient, la prostration des forces vitales, nous interdisaient toute espérance. C'était un pauvre diable appartenant à la plus basse classe de la société ; il avait toujours été mal nourri, mal vêtu, mal logé, et il avait toute sa vie enduré le froid et la fatigue. Il avait été employé à briser des pierres le long d'une route, au prix de quatre pence (40 centimes) par jour, Et avec cette misérable ressource, il s'efforçait encore d'aider sa famille. incessamment exposé à toutes les intempéries de l'atmosphère, il prit

une pleuro-pneumonie violente ; celle-ci, négligée d'abord, revêtit un caractère des plus sévères, et lorsque ce malheureux entra à l'hôpital, il était malade depuis plusieurs semaines ; il était tombé peu à peu dans la prostration la plus complète, et il n'était capable d'aucune réaction.

Si vous voulez vous faire une juste idée du danger que court un malade atteint de pneumonie, vous ne devez pas tenir compte seulement de l'étendue de la lésion pulmonaire, vous devez avant tout prendre en considération la fréquence de la respiration, et les symptômes asphyxiques. Vous verrez des individus respirer avec facilité, quoiqu'ils aient un poumon tout entier solidifié par l'hépatisation, et vous en verrez d'autres qui, avec une lésion beaucoup moins étendue, sont en proie à toutes les tortures de l'asphyxie.

Je donnais des soins, il y a dix-huit mois, à un jeune homme qui était affecté d'une carnification générale du poumon gauche ; un épanchement pleurétique du même côté avait tellement déplacé le cœur, qu'on le sentait battre sous le sein droit. Cette maladie durait depuis près de quatre mois ; malgré d'aussi fâcheuses conditions, le liquide fut complètement absorbé, le poumon revint peu à peu à un état normal ; bref, la guérison fut complète. Six mois plus tard, je fus mandé de nouveau auprès de ce jeune homme ; il s'était exposé au froid, et il avait été pris d'une pneumonie très-violente ; cette fois-ci la lésion siégeait à droite ; je constatai, par l'auscultation et par la percussion, que la presque totalité du poumon était solidifiée : eh bien ! ce malade ne m'a jamais présenté le moindre symptôme d'asphyxie, la dyspnée était extrêmement légère ; la guérison eut lieu au bout de deux mois.

C'est là, en vérité, une singulière histoire : une année, ce gentleman est pris d'une pleurésie grave, qui amène un épanchement considérable ; celui-ci comprime le poumon au point de lui enlever toute activité fonctionnelle, et de plus il déplace le cœur ; l'année suivante, ce jeune homme est atteint d'une pneumonie qui siége dans l'autre poumon et qui en amène la solidification complète, et cependant il guérit encore. Je n'ai pas besoin de vous dire que le malade est d'une constitution robuste et qu'il ne présente aucune trace de scrofule ; autrement il eût certainement succombé à l'une ou à l'autre de ces attaques. Il demeure à Crumlin, et dans les deux cas, son médecin traitant a été le docteur Adams (de Stephen's-green).

On a bien pu apprécier ici l'utilité du stéthoscope ; non-seulement il nous a révélé la nature et l'étendue de la lésion, mais il nous a fait

connaître le point précis sur lequel nous devons appliquer les sangsues, les vésicatoires, les sétons, etc.

J'ai observé récemment un cas très-intéressant de pleurésie latente. Le malade avait été vu d'abord par mon ancien élève, M. B. Guinness. Un jeune gentleman, d'une constitution délicate, s'étant exposé au froid, fut pris d'une fièvre légère qui avait toutes les apparences d'une fièvre catarrhale; elle céda au bout de cinq ou six jours; mais ce jeune homme resta très-faible. Je le vis le dixième jour; il avait une petite toux, mais il respirait régulièrement, sans dyspnée; il n'avait jamais éprouvé de douleur dans le côté; sauf de la faiblesse et un peu d'insomnie, il n'accusait aucune souffrance. Je ne pourrais vous dire ce qui me porta à percuter sa poitrine, peut-être était-ce tout simplement la force de l'habitude: quoi qu'il en soit, je découvris ainsi un vaste épanchement pleurétique du côté droit. Un traitement convenable amena une guérison complète (1).

Chez un malade que je voyais il y a quelque temps avec sir Henry Marsh, j'ai eu l'occasion d'observer ces pulsations singulières de la poitrine qui accompagnent fréquemment la pneumonie, et que Laennec rapportait à l'impulsion du cœur transmise par le poumon hépatisé (2).

(1) M. le professeur Trousseau a tout particulièrement insisté sur l'absence presque complète de dyspnée qu'on observe dans certaines pleurésies. « Tandis que dans la pleurésie aiguë ordinaire, dit-il, en même temps que la fièvre et les autres phénomènes réactionnels sont très-prononcés, il y a un point de côté violent, une gêne considérable de la respiration; dans l'espèce particulière de pleurésie dont nous parlons, en même temps que la fièvre est presque nulle, le point de côté est à peine sensible, la respiration semble se faire comme d'habitude. Eh bien! fait plus remarquable encore, c'est cette *pleurésie* en quelque sorte *latente* qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs. Les troubles que ces épanchements devraient entraîner sont, je le répète, si insignifiants en apparence, que les malades ne réclament que très-tard les secours du médecin, et que celui-ci ne peut arriver au diagnostic qu'au moyen des signes fournis par la percussion et par l'auscultation. »

La connaissance de ces pleurésies sans gêne notable de la respiration est d'une extrême importance, car elle nous montre le danger qu'il y aurait à faire de la dyspnée l'indication principale de la thoracentèse. M. Trousseau a eu soin de combattre cette erreur, et il a montré que c'est l'étendue de l'épanchement qu'il faut avant toute autre chose prendre en considération. (*Loc. cit.*, 1, p. 620.)

Bien que le point de côté soit beaucoup plus constant dans la pleurésie que dans l'inflammation du poumon, cependant il peut manquer aussi bien que la dyspnée: « Pleuritis ritides frequenter sunt occultæ quia indolentes unde gravissimi errores in praxi succedunt. » (Baglivi, *De praxi medica*, lib. I, c. IX.) (Note du Trad.)

(2) J'ai relu attentivement l'histoire de la péripneumonie dans l'ouvrage de Laennec

Or, cette explication ne me semble pas complètement satisfaisante. Et d'abord, le battement est trop fort pour qu'on puisse lui attribuer cette cause. Ainsi, chez le rév. M..., la pulsation était aussi violente au niveau du sein droit et même plus en dehors, qu'au niveau de la région précordiale. Si cette pulsation dépendait de la transmission du choc cardiaque par un corps solide, sa force, en un point quelconque, devrait être inversement proportionnelle à la distance du cœur. C'est ainsi qu'un homme qui porte une grosse enclume sur sa poitrine, ressent à peine un léger choc lorsqu'on frappe sur cette enclume avec un marteau à deux mains. Mais, chez mon malade, la pulsation occupait toute la région antérieure du poumon droit, ce qui est déjà assez loin du cœur, surtout chez un homme à poitrine bien développée ; et cependant, en bien des points, la force de la pulsation était aussi grande qu'au niveau même de la région cardiaque ; conséquemment, on ne peut pas voir dans ce phénomène une simple propagation du choc du cœur.

D'une autre part, il n'est point aisé de concevoir comment l'impulsion du cœur, transmise à travers le poumon, peut mettre cet organe

(3^e édit., 1837), et je n'ai rien trouvé qui se rapporte à ces pulsations singulières du poumon. Dans une autre partie de son livre, l'auteur, étudiant l'étendue des battements du cœur, a simplement écrit ceci : Un poumon hépatisé ou fortement comprimé par un épanchement séreux ou séro-purulent transmet les battements du cœur avec plus de force que celui qui est sain et perméable à l'air. Il fait remarquer en même temps dans une note, que les excavations tuberculeuses et le pneumothorax transmettent plutôt le bruit que l'impulsion du cœur, tandis que l'endurcissement du poumon par la péripneumonie ou sa compression par un épanchement liquide, favorise plutôt la propagation de l'impulsion que la transmission du bruit. Dans l'hypothèse d'une hépatisation du poumon, l'explication de Laennec est inattaquable ; l'étendue normale des battements du cœur est modifiée dans ce cas ; il y a là un simple fait de transmission. Mais le phénomène signalé par Graves est tout autre ; il ne s'agit plus du renforcement d'un bruit ou d'une impulsion, il s'agit d'un véritable mouvement communiqué à la paroi thoracique ; d'ailleurs on verra plus loin que ces pulsations ont été vues dans la première période de la pneumonie, c'est-à-dire avant l'hépatisation. Les deux ordres de faits ne sont donc point comparables, et le reproche adressé à Laennec par le médecin de Dublin me paraît tomber de lui-même. Du reste, le phénomène qu'il signale ici doit être extrêmement rare, si j'en juge d'après le silence de la plupart des auteurs. Toutefois Skoda a signalé ces impulsions isochrones aux battements du cœur, et il donne de ce fait une explication fort analogue, pour ne pas dire identique, à celle de Graves : « On ne saurait douter, dit-il, que l'impulsion que l'on perçoit au niveau d'un poumon hépatisé ou d'un poumon infiltré de tubercules, est causée par le battement des artères qui traversent le poumon. » (*Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran, p. 341. Paris, 1854.)

(Note du Trad.)

en mouvement ; remarquez d'ailleurs qu'il ne s'agit point ici d'un mouvement simple : c'est un mouvement de pulsation contre la paroi thoracique ; celle-ci bat distinctement contre le stéthoscope, elle soulève à chaque fois la main ou l'oreille de l'observateur, et l'on a parfaitement conscience que ce battement est produit, non pas par un corps solide qui se meut latéralement (ainsi que cela aurait lieu pour le poumon droit hépatisé, déplacé par le choc du cœur), mais par une force impulsive qui fait effort dans toutes les directions, comme si l'on avait sous l'oreille les pulsations d'un anévrysme. En fait, ces battements de la poitrine ont la plus grande analogie avec les pulsations anévrysmales ; ils sont seulement un peu plus diffus, et n'ont pas la même force dans tout l'espace qu'ils occupent.

Quelle est donc la cause de ce singulier phénomène ? Pour résoudre cette question, il nous faut tenir compte des modifications physiques que l'inflammation avait déterminées dans le poumon. Le tissu pulmonaire était solide ; car il n'existait ni respiration bronchique, ni bronchophonie (1) ; mais il était gorgé de sang, et, au lieu de présenter cette texture légère et spongieuse qu'il doit à ses innombrables cellules aériennes, il offrait sans aucun doute cette injection, cette obstruction générale que Bayle et Laennec ont appelée *engorgement*. Dans cet état d'engorgement, de mollesse, de semi-fluidité, il n'est pas étonnant que le poumon, qui est uni au cœur par des vaisseaux considérables, présente des pulsations presque aussi fortes que celles d'un anévrysme. Vous savez que le cerveau bat (*pulsates*) à chaque contraction du cœur, que les tumeurs fongueuses et encéphaloïdes des membres et du

(1) Le texte porte : *The pulmonary tissue was solid* ; il n'y a donc pas d'erreur possible dans la traduction ; et cependant nous trouvons ici deux assertions absolument contradictoires ; l'absence de respiration bronchique et de bronchophonie n'est pas conciliable avec la solidification du tissu pulmonaire ; mais cette contradiction n'est que dans la forme. Il est évident en effet que l'expression de Graves n'est point en rapport avec sa pensée : le poumon solide, lorsqu'il s'agit de pneumonie, n'est autre chose que le poumon *hépatisé*, et l'auteur nous décrit les altérations de la période congestive ; il a même soin de rappeler que cet état du tissu pulmonaire a reçu de Bayle et de Laennec le nom d'engorgement. Voilà qui explique parfaitement l'absence de respiration bronchique, etc. Cette considération et la présence de la conjonction *car* (*for*) qui commence la seconde partie de la phrase m'autorisent, ce me semble, à admettre ici une erreur typographique ; je pense qu'une négation a été omise, et qu'il faut lire : le tissu pulmonaire *n'était pas* solide, *car* il n'existait ni respiration bronchique, ni bronchophonie. Ainsi rétablie, la phrase devient intelligible, et elle exprime un rapport parfaitement exact.

tronc donnent lieu quelquefois à des pulsations si nettes et si fortes, que le chirurgien peut se tromper sur leur véritable nature, et les prendre pour des tumeurs anévrysmatiques.

Lorsque le travail inflammatoire est plus avancé, et que le poumon est converti en une masse dense et solide, chacune des impulsions du cœur est sentie et entendue sur une grande surface. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas de *solidification tuberculeuse* et le docteur Townsend a présenté sur ce point des observations pleines de justesse; mais dans aucun de ces cas, l'observateur ne sera tenté de comparer ce soulèvement de la paroi thoracique à la pulsation d'un anévrysme. *Ces pulsations, ces battements du poumon enflammé, indiquent constamment une affection violente et redoutable*: alors, en effet l'action du cœur est grandement excitée, et il est ordinairement très-difficile de la ramener à ses conditions normales. Dans ces circonstances, l'impulsion est assez augmentée pour produire des battements, non-seulement dans le poumon enflammé auquel le cœur est uni par des vaisseaux énormes, mais encore dans les veines superficielles des extrémités; ce fait démontre la justesse de l'explication que je vous ai donnée sur le mode de production de ces pulsations pulmonaires. Chez un malade atteint de pneumonie que je voyais avec M. Collis l'action du cœur était extrêmement puissante, et l'on percevait dans toutes les veines de la partie postérieure de la tête, *une pulsation distincte*, isochrone à chaque battement cardiaque. Sir Philip Crampton a été témoin de ce fait intéressant.

Chez le malade dont je vous ai parlé d'abord, et que je voyais avec sir Henry Marsh, nous avons constaté un phénomène étrange qui a vivement excité notre attention: nous entendions non-seulement au niveau du cœur, mais sur toute la région antérieure de la poitrine, un *bruit de soufflet* parfaitement net et très-éclatant. *Ce bruit n'existait ni dans les artères sous-clavières, ni dans les carotides*; sir Henry Marsh, qui avait suivi le malade avec le plus grand soin dès le début, était parfaitement certain de n'avoir rien entendu de pareil pendant les premiers jours; le bruit de soufflet n'apparut que lorsqu'il y eut une matité absolue et une absence complète du murmure respiratoire au niveau de la portion inférieure du poumon; le bruit augmenta en intensité à mesure que l'inflammation envahit la partie supérieure du poumon droit. Ce symptôme insolite nous causa de vives inquiétudes; il nous faisait craindre que l'inflammation ne se fût étendue au cœur et aux gros vaisseaux, complication qui nous eût enlevé toute espérance. En

raison même de cette appréhension, nous avons observé ce symptôme avec la plus grande sollicitude. Pendant plusieurs jours, il persista dans toute son intensité; mais lorsque l'auscultation ainsi que les phénomènes généraux nous révélèrent le déclin de l'inflammation pulmonaire, alors le bruit de soufflet devint graduellement moins violent et moins éclatant, et dans l'espace de quatre jours il disparut complètement.

Laissant à d'autres le soin d'expliquer ce phénomène remarquable, je me bornerai pour le moment à vous dire que les souffles cardiaques sont rares dans la pneumonie; ils n'ont pas été mentionnés par Laennec, et même il paraît ressortir d'une de ses propositions, qu'il ne connaissait pas la possibilité de leur production dans ces circonstances. Voici ce qu'il dit, en effet, en parlant du bruit de soufflet cardiaque: « D'autre part, nous ne l'avons jamais rencontré dans l'excitation fébrile franche, à moins que l'individu ne fût en même temps extrêmement nerveux. » Or, dans le fait que je viens de vous citer, le souffle n'était point lié à l'état du système nerveux; il était bien évidemment sous la dépendance de la lésion inflammatoire du poumon; car son intensité a toujours été exactement proportionnelle à la violence de la phlegmasie (1).

Voyons maintenant les indications de la saignée dans la pneumonie. Cette maladie sévit en ce moment comme une véritable épidémie; pendant le mois dernier, il ne s'est pas écoulé de semaine que nous n'ayons eu quatre ou cinq cas de pneumonie franche. Un de ces malades est mort; il avait une hépatisation de la totalité du poumon gauche; dès le début, nous avons porté un pronostic funeste. Pour les autres malades, nous avons été plus heureux; quelques-uns sont

(1) Si l'existence des souffles cardiaques est rare dans l'*excitation fébrile franche*, il n'en est point ainsi dans les maladies fébriles avec tendance à l'adynamie. W. Stokes, qui a fait une étude approfondie de l'état du cœur dans les fièvres, rapporte l'observation d'un certain nombre de malades qui ont présenté un souffle systolique pendant le cours du typhus fever.

Le malade de Graves paraît avoir été atteint d'une pneumonie franche, et la production d'un souffle cardiaque est exceptionnelle dans de telles circonstances. Quant à la perception de ce souffle au niveau de la région antérieure droite du thorax, il y a là vraisemblablement un simple phénomène de transmission; le bruit était propagé et renforcé par le poumon solidifié; la disparition du souffle au moment même où l'hépatisation entra en résolution, est un puissant argument en faveur de cette interprétation.

W. Stokes, *Diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854. (Note du TRAD.)

aujourd'hui en pleine convalescence, les autres ont quitté l'hôpital parfaitement guéris. Chez tous, nous avons employé la saignée ; mais aucun d'eux n'a été saigné largement. En général, deux saignées de 12 onces (384 gram.) étaient suffisantes ; dans quelques cas, nous avons tiré jusqu'à 36 onces de sang ; mais il est très-rare que, dans le cours d'une pneumonie, j'aie été obligé d'extraire par la veine plus de 50 onces de sang. Souvenez-vous bien de ce fait ; vous entendrez dire à beaucoup de médecins qu'il est indispensable de pratiquer des saignées beaucoup plus abondantes ; vous les entendrez se vanter d'avoir tiré 40, 50, et même 60 onces de sang, en une ou deux émissions sanguines. Cet emploi *héroïque* de la lancette est le plus souvent contre-indiqué dans la pneumonie, et il révèle un manque de tact chez le praticien ; et d'ailleurs, si le médecin était suffisamment renseigné sur l'action des autres moyens thérapeutiques, il n'aurait pas exclusivement recours à la saignée. Quelle que soit, à cet égard, l'opinion de certaines personnes peu réfléchies, je vous dirai qu'il est extrêmement important de guérir une maladie, en soustrayant au malade le moins de sang possible ; vous pouvez être sûrs que chaque once de sang normal que vous enlevez est promptement remplacée par deux onces de liquide d'une qualité bien inférieure (*very far inferior in quality*). Les individus qui ont été profondément débilités par une maladie sont dans de très-mauvaises conditions pour recouvrer la santé, et une convalescence prolongée est toujours dangereuse ; dès lors, il est de toute évidence que le médecin doit s'efforcer de guérir un malade, sans lui enlever ses moyens de résistance, sans le priver de son sang.

Souvenez-vous donc, messieurs, que vous pouvez guérir une pneumonie au moyen de saignées modérées, et sans plonger votre malade dans une prostration pleine de périls. Loin de moi la pensée de blâmer les émissions sanguines ; cette pratique a pour elle la sanction irrévocable du temps et de l'expérience ; je me borne ici à exprimer un doute, et je me demande si la pneumonie est une maladie qui exige impérieusement l'emploi *héroïque* de la lancette. Je crois qu'un homme atteint de bronchite grave doit subir une déplétion sanguine presque double de celle qui est nécessaire pour triompher d'une pneumonie franche.

Il va sans dire que, dans les affections pulmonaires, nous adoptons différents modes de traitement, selon les conditions diverses de nos malades. Nous voyons souvent que l'inflammation du poumon peut

être enrayée en un espace de temps très-court ; de même la bronchite peut être coupée en vingt-quatre heures. Si vous avez la chance d'assister au début de la maladie, vous pouvez en arrêter la marche ; ce moment passé, tout ce que vous pouvez faire, c'est de la conduire à bonne fin à travers ses phases successives. Un individu entre à l'hôpital ; il est malade depuis huit jours, peut-être depuis plus longtemps ; une partie du poumon est à la période congestive de la pneumonie ; sur un autre point, l'hépatisation est faite. Vous ne pouvez prétendre triompher en un jour de cette affection. Dans ces conditions, vous pouvez être contraints de saigner, mais vous pouvez parfaitement ne tirer qu'une quantité modérée de sang ; vous avez une autre arme : c'est le tartre stibié (1). Je n'insiste pas sur ce médicament ; vous con-

(1) Sans connaître les expériences qui se faisaient à cette époque dans quelques hôpitaux d'Allemagne, Graves était arrivé par l'observation clinique seule à rejeter comme inutiles et dangereuses les saignées abondantes que l'on pratiquait encore de son temps dans la pneumonie. A ce seul titre, ce passage est déjà extrêmement remarquable, mais il acquiert plus d'intérêt encore au point de vue de l'histoire de la pratique médicale contemporaine ; il est en effet l'indice d'une période de transition, et il nous démontre que la révolution qui s'est faite depuis quelques années dans la thérapeutique, s'est accomplie lentement et progressivement ; or la constatation de ce fait est d'une haute importance ; car, si la transformation, loin de s'opérer brusquement, a présenté dans sa marche graduelle plusieurs phases successives, c'est qu'elle a été le résultat d'une étude plus attentive des faits, et de notions plus exactes sur la marche naturelle des phlegmasies ; il y a donc là pour la doctrine nouvelle une puissante garantie de vérité.

Je ne puis songer à aborder ici dans tous ses détails la question de l'indication de la saignée dans les phlegmasies, mais je veux au moins rappeler quelques faits et exposer quelques considérations qui me paraissent restreindre à certains cas exceptionnels l'opportunité des émissions sanguines générales dans la pneumonie franche.

A deux années de distance, Balfour, en Angleterre, et Dietl, en Allemagne, ont montré, en s'appuyant sur des relevés statistiques, le danger des saignées dans l'inflammation du poumon ; un peu plus tard, Ali-on faisait connaître les résultats de son observation, et il confirmait ainsi les travaux de ses devanciers ; à la même époque, Bennett (d'Édimbourg) soumettait cette importante question à une étude approfondie : comparant et groupant les résultats fournis par les auteurs précédents, par M. Louis, par M. Grisolle, par M. Bouillaud et par sa propre pratique, il arrivait à cette conclusion : La mortalité qui s'élève à la proportion de 1 sur 3 lorsque la pneumonie est traitée par les saignées, tombe à 1 sur 7 lorsque la maladie est combattue par le tartre émétique, à 1 sur 13, d'après Dietl, si l'on emploie expectation pure, et s'est abaissée au chiffre de 1 sur 26 dans l'infirmerie royale d'Édimbourg, sous l'influence d'un traitement rationnel d'où sont exclues les émissions sanguines. Dès lors l'élan est donné, partout on se met à l'œuvre, on étudie de plus près la marche naturelle de la pneumonie, les faits deviennent de jour en jour plus nombreux, les résultats de l'observa-

naissez tous cette méthode de traitement, vous savez les règles qui doivent vous servir de guides. S'il existe une inflammation de l'estomac et des intestins, vous devez vous abstenir de l'émétique, sous peine d'aggraver les accidents intestinaux et d'affecter gravement le tube digestif. Donnez alors le calomel. Si l'on me demandait quel médicament j'emploierais de préférence, lorsqu'une hépatite vient compliquer la pneumonie, je répondrais, sans hésiter, le calomel. Dans ce cas-là, je le mets bien au-dessus de l'émétique, lors même que ce dernier serait bien supporté par l'estomac : le calomel est un agent précieux, et ses propriétés antiphlogistiques sont bien connues. Plus la durée de la pneumonie se prolonge, moins nous pouvons compter sur le tartre stibié ; en conséquence, dans bon nombre de ces cas, où l'hépatisa-

tion sont confirmés par l'étude de la lésion elle-même, bientôt la transformation est complète, et la doctrine nouvelle fait de nombreux prosélytes en France, en Angleterre, en Allemagne, et dans les deux Amériques.

Pour moi, si quelque chose m'étonne dans cette histoire, c'est que cette modification je devrais dire cette réforme, se soit fait si longtemps attendre ; car il me semble que l'inutilité de la saignée dans la pneumonie devait sauter aux yeux, dès l'instant où l'on se demanderait sérieusement et sans idée préconçue : Quels effets peut avoir la soustraction d'une certaine quantité de sang au point de vue de la résolution de la phlegmasie ? Je conçois très-bien que l'emploi de la saignée ait prévalu aussi longtemps qu'on n'a eu que des notions plus ou moins vagues sur les caractères de l'inflammation pulmonaire, aussi longtemps que, sans autre indication précise, on a dirigé les émissions sanguines contre un molimen inflammatoire, ou une diathèse de stimulus plus ou moins hypothétique ; mais ce que je comprends beaucoup moins aisément, c'est que la saignée, en tant que méthode générale de traitement de la pneumonie, n'ait pas été abandonnée, dès que l'évolution naturelle de la lésion a été mieux connue. Il ne s'agit point en effet de se payer de mots, la chose vaut assurément la peine d'être examinée de près.

Eh bien ! je laisse pour un instant *le malade* de côté, je vais même plus loin, et, pour ne rien enlever de sa valeur à mon argumentation, j'abandonne également la notion de *maladie*, et je concentre toute mon attention sur *la lésion* pulmonaire. Soit donc une hépatisation rouge : une exsudation albumino-fibrineuse a envahi tous les éléments du parenchyme sur une étendue plus ou moins considérable ; cette exsudation s'est solidifiée, elle a enlevé au poumon son élasticité, sa souplesse, et surtout sa perméabilité ; elle a annihilé, au point de vue de la fonction, une certaine portion de l'organe de l'hématose. Dans de telles conditions, que faut-il pour que la guérison ait lieu ? Il faut que l'exsudat disparaisse. Que peut la saignée pour favoriser cette disparition ? C'est ce que je dois examiner maintenant. La soustraction d'une certaine quantité de sang, a-t-on dit, rend l'absorption plus active, et, partant, facilite l'élimination des produits morbides : tel est en réalité le seul argument qui ait été proposé ; je ne crains pas de dire qu'il n'est que spécieux ; on a oublié que la disparition de l'exsudat est nécessairement précédée de sa liquéfaction (voy. la note de la page 55) ; on a

tion est bien nettement établie, nous donnons la préférence au calomel ; nous l'administrons à petites doses, mais nous en continuons l'usage jusqu'à ce que la bouche soit légèrement touchée.

Les abcès du pòumon sont regardés comme une terminaison rare de la pneumonie ; de plus, on leur attribue une signification pronostique des plus fâcheuses. Les faits que je vais vous rapporter vous prouveront que des malades peuvent guérir, après avoir présenté certains signes stéthoscopiques auxquels on accorde une valeur décisive ; ils vous montreront que vous ne devez point vous guider uniquement d'après les signes physiques, et que vous ne devez point vous hâter de porter un pronostic mortel, par cela seul que l'auscultation vous a révélé quelque lésion pulmonaire très-étendue. Ces observations dé-

oublie que l'agent principal de cette liquéfaction est une exhalation séreuse qui se fait à travers les vaisseaux de la partie enflammée ; on a oublié enfin que cette transformation régressive de l'exsudat n'est pas l'œuvre d'un jour, et qu'elle exige forcément un certain temps. En conséquence, bien que de nombreuses expériences aient démontré que les saignées répétées rendent l'absorption plus active, cette conclusion n'est pas applicable au cas particulier dont il s'agit ici ; l'absorption des produits de l'inflammation doit être précédée de leur liquéfaction, et les émissions sanguines n'ont sur cette dernière aucune espèce d'influence. Ainsi, même lorsqu'on se place au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique, lorsqu'on ne tient compte que de la lésion, rien ne prouve la nécessité de la saignée, rien ne vient en démontrer l'utilité. Cette conclusion négative sera bien plus justifiée encore, si nous nous élevons au-dessus de ces considérations purement anatomiques, et si nous venons à songer au malade : c'est lui en effet qui doit faire les frais de sa guérison, et le médecin ne peut raisonnablement se proposer d'autre but que celui-ci : mettre son malade dans des conditions telles qu'il puisse accomplir le travail anormal qui lui est imposé, ou si l'on aime mieux, veiller à ce que le malade puisse traverser heureusement les phases successives qui constituent l'évolution naturelle de sa maladie. Or, comme cette évolution exige un certain temps, comme pendant ce temps les mouvements nutritifs sont suspendus ou accomplis aux dépens de l'organisme, je ne pense pas que le meilleur moyen de conduire la maladie à bonne fin, soit d'enlever au malade les matériaux de sa résistance. N'oublions jamais un précepte qui doit dominer toute la thérapeutique : il faut un certain degré de force pour résoudre une phlegmasie (Kaltenbrunner). En résumé, soit que j'envisage uniquement la lésion inflammatoire, soit que je prenne en considération la maladie et le malade, je suis conduit à reconnaître que la saignée n'est point indiquée dans le traitement de la pneumonie.

J'ai parlé plus haut de cas exceptionnels : je crois qu'on peut les diviser en deux groupes. Les faits du premier ordre sont signalés par Graves. « Si vous avez le bonheur d'assister au début de la maladie, dit-il, vous pouvez en arrêter la marche. » Tant que l'on n'a affaire qu'à la fluxion congestive qui précède l'exsudation, il se peut en effet que la saignée, en diminuant la quantité totale du sang, triomphe de l'hypérémie pul-

montrent que la guérison peut encore avoir lieu, après qu'il s'est formé de vastes abcès dans les poumons; elles prouvent en outre que des abcès pulmonaires, bien circonscrits, sont plus fréquents que ne semblent le croire Laennec et ses disciples. Il est vrai de dire, toutefois, que, lorsque la suppuration s'empare du tissu du poumon, la nature dispose toutes choses pour que le pus, ainsi formé, soit promptement éliminé ou facilement absorbé.

La structure toute spéciale du parenchyme pulmonaire, les rapports qu'il présente avec les cellules aériennes et avec les petites bronches, permettent d'arriver facilement à ce but; il suffit, pour cela, que le

monaire, et prévienne ainsi le développement ultérieur des accidents, en en supprimant la cause instrumentale.

Je rapprocherais volontiers cette action de la saignée de l'effet qu'elle produit dans l'hémorrhagie cérébrale: pratiquées à temps, les émissions sanguines peuvent être utiles pour dissiper le *molimen hæmorrhagicum*, et prévenir la rupture des vaisseaux; mais, une fois l'épanchement formé, elles n'ont aucune influence sur lui.

Qu'on réfléchisse maintenant combien il est rare d'assister au début de la pneumonie franche, et l'on conviendra avec moi que, si cette indication de la saignée est rationnelle, elle est par contre extrêmement restreinte.

Dans d'autres cas, les émissions sanguines sont impérieusement indiquées, bien que le poumon soit déjà hépatisé: il arrive parfois en effet qu'avec une hépatisation d'une étendue médiocre, il existe une congestion généralisée; alors la diminution du champ de l'hématose est si considérable que l'on voit apparaître les symptômes les plus alarmants; l'asphyxie est imminente, et le malade va succomber, si l'on ne vient promptement à son secours. La saignée, en faisant disparaître l'élément congestif, peut être ici d'une grande utilité, quoiqu'elle ne modifie en rien l'hépatisation; délivré de l'accident qui le menaçait d'un péril immédiat, le malade se retrouve dans des conditions qui lui permettent d'attendre la guérison, et la maladie reprend dès lors ses allures naturelles.

Balfour, *Edinburgh med. and surg. journal*, 1847.

Dietl, *Der Aderlass in der Lungenentzündung*. Wien, 1849.

Alison, *Edinburgh med. and surg. journal*, 1856.

Bennett, *Clinical lectures on the principles and practice of medicine*. Edinburgh, 1859.

Rokitansky, *Lehrbuch der path. Anat.* Wien, 1859.

Comparez:

R. B. Todd, *Clinical lectures*. London, 1860.

Handfield Jones, *A record of thirty-two cases of pneumonia (Medico-chirurg. Review, 1861)*.

Austin Flint, *Clinical report of pneumonia, based on an analysis of 133 cases (North American med.-chir. Review, 1861)*.

Austin Flint, *On the treatment of pneumonia (American medic. Times, 1861)*.

(Note du TRAD.)

liquide purulent qui résulte du travail inflammatoire, occupe une position telle qu'il puisse être aisément évacué par les canaux bronchiques, ou absorbé par le tissu même du poumon. Dans les autres organes, il n'existe pas une voie d'élimination aussi facile; aussi, ce que la nature peut faire de mieux, c'est de rassembler le pus dans la cavité d'un abcès circonscrit, qui se frayera peu à peu une route jusqu'à l'extérieur. Il résulte de là que, dans la plupart des organes, la collection du pus en abcès est le procédé habituel d'évacuation, tandis que la suppuration diffuse est l'exception; mais pour les poumons, c'est la proposition inverse qui est vraie; la suppuration diffuse est la règle, la formation d'un abcès circonscrit est l'exception. Les considérations que je viens de vous présenter ont été parfaitement discutées par le docteur Stokes, dans son admirable travail sur les affections pulmonaires; mais, à l'époque où il écrivait, ni lui ni moi ne connaissions la fréquence des vastes abcès du poumon; nous avons été éclairés sur ce point par des observations ultérieures.

Obs. I. — En 1837, je fus mandé à Rathmines pour voir un enfant qui présentait les symptômes que voici: depuis plusieurs semaines, il avait de la toux, de la dyspnée, une expectoration sanguinolente et de la fièvre; il maigrissait, et il avait des sueurs nocturnes; lorsque je le vis, le pouls était extrêmement rapide, la respiration était précipitée et difficile; l'aspect du malade donnait l'idée d'une dissolution prochaine.

Le côté droit de la poitrine, surtout dans la région sous-claviculaire, était mat à la percussion; à chaque accès de toux, on entendait le gargouillement d'un liquide contenu dans une vaste cavité; ce gargouillement était si bruyant, qu'il n'était pas nécessaire de recourir au stéthoscope pour l'entendre. Du reste, il était impossible de pratiquer un examen complet des conditions physiques de la poitrine; car, chaque fois que le malade toussait, il rendait par la bouche une quantité considérable de pus, mêlé de sang; ce liquide était d'une si horrible fétidité, que je fus pris de nausées, et que je ne pus rester au delà de quelques minutes dans la chambre, elle était complètement infectée par cette odeur abominable. Je déclarai immédiatement que l'enfant était perdu, et je me bornai à prescrire quelques palliatifs. Quelques mois plus tard, je fus bien surpris de revoir ce garçon avec toutes les apparences de la santé; il servait d'aide à son père qui était tavernier. Depuis lors, il a achevé sa croissance; c'est aujourd'hui un jeune homme d'une force moyenne; il se porte très-bien, et il

n'éprouve d'autre incommodité qu'une certaine brièveté de la respiration ; encore n'en est-il gêné que lorsqu'il fait quelque exercice un peu fatigant. Il existe une dépression évidente au-dessous de la clavicule droite.

OBS. II. — Pendant l'été de l'année 1839, sir Philip Crampton me conduisit à l'hôtel de Shelbourne ; il voulait me montrer un garçon de douze ans qui avait été au collège en France, et qui avait été pris, au printemps précédent, d'un refroidissement dont il souffrait encore actuellement. La maladie n'avait pas été traitée avec beaucoup de soin, ou pour mieux dire on n'avait fait aucun traitement jusqu'au jour où l'amaigrissement avait été très-prononcé, et où la constitution avait été menacée par les progrès du mal. Alors seulement, on avait écrit au père, qui s'était rendu en France en toute hâte ; à son arrivée, il apprit qu'un médecin distingué avait déclaré qu'il s'agissait d'une phthisie à son dernier période, et qu'il n'y avait plus aucun espoir. L'enfant fut ramené en Irlande à petites journées ; et, quoique ce voyage se fit avec la plus grande circonspection, le malheureux père eut plus d'une fois à craindre de voir son fils expirer pendant la route. *La maladie avait été si insidieuse à son début, elle avait eu une marche si invariablement progressive, elle était arrivée à une gravité telle, qu'on ne pouvait véritablement concevoir aucune espérance.* Les signes physiques et l'état général étaient les mêmes que dans le cas précédent ; l'expectoration n'était cependant ni aussi abondante, ni aussi fétide. Comme chez l'autre enfant, un seul poumon était atteint. Les parents avaient le plus grand désir d'emmenner leur enfant à la campagne ; sir Philip Crampton et moi, nous hésitions beaucoup à permettre ce déplacement, tant le danger nous paraissait imminent. Quoique bien et dûment prévenus, les parents mirent leur projet à exécution : cinq mois plus tard, j'apprenais avec la plus profonde stupéfaction que l'enfant avait parfaitement guéri, et qu'il chassait dans le comté de Tipperary.

L'histoire de la maladie et sa terminaison inespérée prouvent que ces deux garçons ont été atteints d'une pneumonie chronique, qui a abouti à la formation d'un vaste abcès dans le lobe supérieur d'un poumon ; cette lésion, après avoir fait courir les plus grands dangers aux malades, a cédé au travail réparateur de la nature.

Je ne sais vraiment pas comment on aurait pu distinguer cette affection d'un abcès tuberculeux. Si la marche de la maladie avait été plus rapide, le diagnostic aurait été possible ; mais, dans les deux cas, les progrès du mal avaient été lents et insidieux ; plusieurs mois s'étaient

écoulés avant que les cavités fussent formées, et pendant ce temps, les phénomènes généraux s'étaient aggravés, la fièvre hectique était survenue. L'intégrité de l'un des poumons ne constitue pas un signe diagnostique certain, car la même condition est assez fréquemment observée dans la phthisie tuberculeuse. Il est probable que l'examen microscopique des liquides expectorés aurait dissipé l'obscurité du diagnostic et nous aurait révélé la véritable nature de l'affection ; mais ce n'est que dans ces derniers temps que l'attention a été éveillée sur cette nouvelle méthode d'investigation, qui promet d'être féconde en résultats importants (1).

OBS. III. — Au commencement du printemps de 1841, le docteur Brereton me pria d'aller voir à Sandfort un jeune garçon de quatorze ou quinze ans, qui avait été pris, quinze jours auparavant, des signes d'une pleuro-pneumonie ; il avait eu une douleur vive dans le côté, il était tourmenté par une toux très-pénible, et il avait expectoré une quantité considérable de crachats caractéristiques, couleur jus de pruneaux. Les symptômes généraux avaient été dès le début d'une grande sévérité, et ils avaient résisté, comme l'affection locale, à un traitement actif et judicieux. Dix jours environ après ma première visite, les choses allaient encore plus mal ; le pouls était à 140 ; la dyspnée était extrême ; le malade était en proie à une jactitation continuelle, il ne pouvait goûter un instant de repos ; la toux était incessante la nuit et le jour ;

(1) Cette espérance, il faut le dire, n'a pas encore été réalisée : Gueterbock, dans un travail considérable, s'est efforcé d'établir les caractères différentiels du pus et des tubercules ; mais, lorsqu'il s'est agi de l'application pratique, il a fini par déclarer qu'il trouvait dans les crachats des phthisiques tous les principes du pus. Plus tard, Andrew Clark a cherché de nouveau dans l'examen microscopique des crachats un signe diagnostique de tuberculisation pulmonaire, et tout récemment le docteur Brown a confirmé les résultats auxquels était arrivé son devancier ; le plus important est celui-ci : on peut affirmer l'existence de tubercules lorsqu'on constate dans les matières expectorées la présence des trabécules élastiques qui forment la trame des cellules aériennes. L'observation ultérieure devra prononcer sur la valeur de ce signe ; je ferai remarquer dès aujourd'hui qu'il appartient à une période déjà avancée de la maladie, puisqu'il suppose un commencement de destruction du tissu pulmonaire ; ce n'est donc point dans la phthisie chronique qu'il serait d'une grande utilité, mais il fournirait des indications précieuses dans la phthisie rapide, dont le diagnostic est souvent entouré des plus grandes difficultés.

Gueterbock, *Essai physiologique sur le pus (l'Expérience, 1838)*.

Brown Frederick, *On the diagnosis of phthisis by the microscope (British med. Journal, 1860)*.

Clark, *Citation empruntée à Brown*.

(Note du TRAD.)

en un mot, la situation semblait désespérée, et nous attendions d'heure en heure la mort de l'enfant. L'inflammation occupait à peu près tout le poumon droit ; ce côté de la poitrine donnait dans presque toute son étendue une matité absolue. Pendant la première période de la maladie, il y avait eu des râles crépitants généralisés. Tandis que tout nous faisait présager une terminaison très-prochainement mortelle, le malade fut pris pendant la nuit d'une dyspnée épouvantable avec anxiété et douleur dans le côté ; on crut qu'il touchait à sa dernière heure. Tout à coup, dans un effort soudain, il rendit une grande quantité de matière purulente, et immédiatement il fut quelque peu soulagé. La même lutte se reproduisit la nuit suivante, elle eut le même résultat. Quand je vis l'enfant le lendemain matin, je le trouvai, à quelques égards, dans un état plus satisfaisant ; cependant il était toujours extrêmement abattu, la dyspnée et la fièvre persistaient.

En examinant le côté droit de la poitrine, je constatai que toute la région antérieure, à partir de la clavicule, présentait à la percussion une sonorité exagérée ; cette modification était fort étrange, car sur ces points il y avait primitivement une matité complète. Du reste, le côté droit était évidemment dilaté, et toutes les fois que le malade toussait ou qu'il parlait, on percevait un tintement métallique très-net. Ce phénomène me prouva qu'il existait un vaste abcès pulmonaire, communiquant certainement avec les bronches et peut-être avec la cavité pleurale ; une telle lésion ne laissait, selon moi, aucune espérance, et je portai un pronostic des plus graves. Pendant une quinzaine de jours environ, le malade rendit encore du pus à différentes reprises et toujours subitement ; à chaque fois cependant, l'expectoration était moins abondante, et elle était suivie d'un amendement notable dans les symptômes généraux. Bref, six semaines après la première de ces crises, la convalescence était très-avancée ; cet enfant est aujourd'hui robuste et bien portant.

J'emprunte les faits suivants à la pratique du docteur Stokes.

OBS. IV — Un gentleman âgé de vingt-deux ans environ fut pris de douleur dans le côté, de toux et de fièvre, et quelque temps après, il eut une expectoration purulente très-copieuse. Un peu plus tard, on put constater les signes physiques d'un vaste abcès dans la région antéro-supérieure, latérale et postérieure du poumon. On jugea le malade atteint de cavernes tuberculeuses d'une grande étendue.

Voici ce que révélait l'examen de la poitrine : toute la région thoracique correspondant au lobé supérieur du poumon gauche était abso-

lument mate ; depuis la deuxième côte jusqu'au mamelon, on entendait une respiration caverneuse, du gargouillement et de la pectoriloquie ; les mêmes signes étaient perceptibles le long du bord inférieur du muscle grand pectoral , depuis l'aisselle jusqu'à la septième côte. Les crachats étaient abondants ; ils étaient composés de muco-pus, mais ils n'étaient pas fétides. Le pouls était plein, régulier, au-dessous de 90.

On institua un traitement purement palliatif. Bientôt le pouls rede-
vint normal ; la fièvre hectique s'éteignit , la matité diminua graduel-
lement, et dans l'espace de quelques mois le malade était rendu à la
santé. Tous les signes d'excavation avaient disparu.

OBS. V — Un enfant de douze ans avait été pris , durant le cours
d'une rougeole, de symptômes pulmonaires graves. Après la terminai-
son de la fièvre éruptive, le pouls était resté vif, la peau était chaude,
la respiration précipitée ; dix jours plus tard , le malade commença à
rendre, par l'expectoration, du pus de mauvaise nature. La fétidité de
cette matière augmentait incessamment.

Je vis cet enfant trois semaines après la disparition de sa rougeole.
L'expectoration était abondante d'un gris cendré ; elle répandait une
horrible odeur qui infectait tout l'appartement ; le poumon gauche était
sain, ainsi que le lobe supérieur du poumon droit ; mais tout le lobe
inférieur était absolument mat à la percussion ; l'auscultation faisait
entendre au même niveau un souffle caverneux d'un timbre éclatant ,
presque métallique, et une pectoriloquie qui blessait l'oreille.

Le malade fut mis à la diète lactée ; il prit des toniques , on l'em-
mena à la campagne et dans l'espace de quelques semaines il guérit
parfaitement.

OBS. VI.—M. D... est âgé de vingt-cinq ans ; il a les épaules élevées,
et il a l'habitude de se tenir incliné en avant. Il s'est mis à tousser pen-
dant l'automne de 1839 ; le pouls a pris de la fréquence ; le malade a
maigri rapidement, et il a présenté tous les accidents généraux de la
phthisie au début. A quelques semaines de là , M. D... a commencé à
expectorer une matière purulente sanieuse qui avait la couleur de
l'urine, mais qui n'était pas fétide ; la quantité de liquide rendu dans
une journée variait d'une demi-once à une once. Alors le malade vint
habiter la ville. La région claviculaire droite était mate à la percus-
sion ; jusqu'à la troisième côte, le murmure respiratoire était très-faible ;
au niveau même de la clavicule , existait un gargouillement très-dis-
tinct, qu'on entendait également dans la région acromiale, surtout pen-
dant les efforts de la toux.

Peu de temps après, le pouls devint plus calme, et l'expectoration, tout en conservant les mêmes caractères, diminua de quantité. M. D... se rendit alors à Cork, et il y passa la plus grande partie de l'hiver. Il me revint au printemps suivant ; il avait repris de l'embonpoint, et ne présentait aucun symptôme, aucun signe physique d'affection pulmonaire.

Je pourrais ajouter aux faits que je viens de vous rapporter plusieurs autres exemples d'abcès péripneumoniques ; mais ceux-là me paraissent établir suffisamment que cette terminaison de la pneumonie est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, et qu'elle est plus souvent curable qu'on ne le supposerait, si l'on s'en rapportait uniquement à la gravité de la lésion (1).

(1) Comparez le remarquable article que M. Trousseau a consacré dans sa clinique à l'étude des abcès pulmonaires et des vomiques péripneumoniques. Il s'est principalement occupé du diagnostic de la vomique pleurale et de la vomique péripneumonique : c'est là en effet le point le plus difficile et le plus obscur de l'histoire des abcès dans le poumon. Après avoir montré l'insuffisance des signes stéthoscopiques indiqués par Laennec (gargouillement, pectoriloquie, souffle), le professeur de l'Hôtel-Dieu a fait voir que l'on pouvait trouver, en dehors de l'auscultation et de la percussion, des éléments diagnostiques d'une haute importance. Ces éléments sont les suivants : Existence bien constatée d'une pneumonie aiguë. — Modifications subites dans la nature des crachats ; ils étaient sanguinolents, ils prennent tout à coup les caractères d'un mélange de pus et de sang. Changement dans la quantité des matières expectorées ; cette quantité augmente soudainement. — Ouverture précoce de l'abcès dans les bronches. « L'époque à laquelle s'est faite cette communication, dit M. Trousseau, est peut-être l'élément capital du diagnostic. Pour peu que vous y fassiez attention, il est à peu près impossible qu'une vomique péripneumonique s'ouvre tard. L'abcès qui s'est formé dans le parenchyme tendra, comme tout abcès franchement inflammatoire, à aboutir au dehors, et nécessairement le pus se fera jour par les bronches divisées et détruites qui correspondent à la cavité même du foyer ; si, en même temps elle s'ouvre dans le sac pleural, la vomique péripneumonique ne s'en fait pas moins rapidement jour du côté des bronches, et il n'est pas d'exemple dans la science qu'elle se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Les abcès qui s'ouvrent le quarantième, le cinquantième, le soixantième jour, sont des abcès de la grande cavité pleurale, ou des abcès formés entre les lobes du poumon. »

Ces signes sont d'autant plus précieux que le diagnostic est réellement impossible par les seuls signes physiques ; tous les observateurs sont d'accord sur ce point. Dans un travail récent sur les abcès pleuraux, le professeur Biagio Lauro n'hésite pas à déclarer qu'une fois l'abcès pleural ouvert dans les bronches, il est impossible de le distinguer par l'auscultation de la vomique vraiment pneumonique ; il ajoute que les signes physiques nous font connaître l'existence d'une cavité anormale dans l'appareil respiratoire, mais qu'ils ne peuvent nous renseigner sur la nature de cette cavité : *Da tutto ciò si rileva che mentre si può diagnosticare matematicamente per mezzo dei segni fisici la*

Quelques médecins pensent que la durée et la marche antérieure de l'affection peuvent servir à distinguer les abcès pulmonaires simples des abcès tuberculeux ; mais si vous y regardez de plus près, vous verrez qu'il n'existe aucun moyen de diagnostic certain : d'une part, en effet, les abcès tuberculeux se forment quelquefois dans l'espace de quelques semaines à partir des premières manifestations appréciables de la phthisie ; d'autre part, les abcès simples sont souvent précédés d'une inflammation qui dure plusieurs mois, et la marche des accidents, comme vous l'avez vu dans l'observation II, est alors entièrement semblable à celle de la phthisie.

esistenza di una cavità morbosa nell'apparato respiratorio, riesce poi oltremodo problematica la determinazione della natura di questa cavità restandone ai soli segni in esame. Moins heureusement inspiré que le clinicien de Paris, le professeur de Naples fonde uniquement son diagnostic sur l'extrême rareté des abcès dans le poumon.

Trousseau, *loc. cit.*, p. 593.

Biagio Lauro, *Ricerche sugli accessi pleurali* (*Filiatre-sebezio Giornale delle scienze mediche*, 1861).

(Note du TRAD.)

QUARANTE - DEUXIÈME LEÇON.

GANGRÈNE DU POU MON. — PLEURÉSIE. — CANCER ENCÉPHALOIDE DU POU MON.

Observation de gangrène pulmonaire.—La violence de la phlegmasie n'est pas la cause unique du sphacèle du poumon. — La bronchite simple peut produire la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

Pleurésie. — Observation de pleurésie sèche compliquée de pneumonie et de pleurodynie. — Indications des sangsues dans les affections inflammatoires de la poitrine. — Pleurésie hémorrhagique. — Pleurésie diaphragmatique.

Cancer du poumon. — Observation.

MESSIEURS,

L'étude des lésions pulmonaires que nous avons constatées chez un malade qui a succombé hier dans notre service, forme une suite toute naturelle à notre dernière conférence. Les pièces anatomiques présentent certaines particularités du plus grand intérêt, et je vous exhorte à les examiner attentivement après notre leçon.

Cet homme, vous vous en souvenez sans doute, était au déclin de la vie, et d'une constitution débile ; lorsqu'il nous est arrivé, il était malade depuis une semaine ; il avait eu de la dyspnée, de la toux, et un point de côté ; ces accidents étaient survenus très-peu de temps après la guérison d'un typhus fever, dont cet individu avait été atteint. Le lendemain de son entrée, nous constatons que la région thoracique inférieure d'un côté était mate à la percussion ; la matité remontait beaucoup plus haut en arrière qu'en avant. Le stéthoscope nous montrait que, dans un espace d'une grandeur de deux palmes, on n'entendait aucun bruit, ni pathologique ni normal ; mais au niveau de la ligne qui limitait cet espace, il y avait du râle crépitant et de la respiration bronchique. Nous avons donc sous les yeux une double lésion du poumon : une pleurésie, qu'indiquaient le point de côté, la matité, et

l'absence de toute espèce de bruit dans une certaine étendue de la poitrine ; et une pneumonie, qui nous était révélée par la toux, par des crachats visqueux et sanguinolents, par l'obscurité du son à la percussion, par la respiration bronchique et les râles crépitants.

Je n'ai pas besoin de vous exposer dans tous ses détails l'histoire de ce malade, car à chacune de nos visites je le signalais à votre attention ; je vous rappellerai seulement que notre diagnostic fut ainsi formulé : pleurésie sèche, c'est-à-dire sans tendance à un épanchement *considérable* ; pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, atteignant en arrière le lobe moyen (1). Vous vous souvenez qu'après mon examen, j'ai marqué avec une plume la limite de l'inflammation de la plèvre et celle de la pneumonie, et vous pouvez voir aujourd'hui, en examinant le poumon, que mon diagnostic était exact. Vous pouvez constater que la plèvre présente en bas, latéralement et en arrière, une exsudation de lymphes unie à une très-petite quantité de liquide séro-purulent ; là est aussi le siège de la pneumonie, qui occupe précisément l'étendue que j'avais indiquée.

Nous avons institué ici un traitement antiphlogistique, mais nous avons eu soin de prendre en considération l'âge du malade, son état de débilité, et la période de l'affection. Nous avons appliqué des sangsues et des vésicatoires, et aussitôt après, nous avons administré à l'intérieur le calomel et l'opium, en même temps que nous faisons faire des frictions mercurielles sur la région affectée. Ce traitement parut arrêter la marche de la maladie, et enrayer les progrès de la désorganisation du poumon ; il est certain tout au moins qu'il triompha de la pleurésie. Le pouls était devenu plus calme, et nous conservions quelque espoir de sauver ce malade, parce que la dyspnée était moins forte, et que la respiration était moins fréquente ; elle était loin cependant d'être revenue à la moyenne normale.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que dans l'étude des affections thoraciques, qu'elles soient aiguës ou chroniques, nous devons avant tout tenir compte de ces deux symptômes, le nombre des respirations et l'intensité de la dyspnée. Chez notre homme, quoique la respiration se fût abaissée de quarante à trente, elle dépassait encore de près du double le chiffre normal ; cette circonstance, jointe à l'âge et à la faiblesse du malade, ne nous permettait pas d'espérer sa guérison. Quoique le pouls fût devenu plus calme, quoique l'expectoration san-

(1) Le poumon gauche n'a pas de lobe moyen ; il faut donc simplement entendre par cette expression, la partie moyenne de l'organe.

(Note du Trad.)

guine eût cessé, quoique la dyspnée et la fréquence de la respiration fussent notablement diminuées, cependant la physionomie du patient exprimait toujours la souffrance et la prostration, et le stéthoscope nous révélait une lésion persistante, qui ne présentait aucune tendance à la résolution.

L'auscultation était ici d'un très-grand secours. Un médecin qui eût ignoré ce précieux moyen d'investigation, voyant le pouls plus calme, la fréquence et la difficulté de la respiration moins considérables, aurait pu croire que le malade allait mieux, peut-être même eût-il annoncé sa convalescence. Mais le stéthoscope nous disait que l'hépatisation du poumon n'était point entrée dans une période régressive, et lorsqu'une semaine plus tard nous avons constaté qu'elle occupait toujours la même étendue, alors nous avons porté un pronostic grave. Nous savions, en effet, que les choses ne pouvaient pas rester longtemps en cet état ; nous savions que la lésion pulmonaire agissait comme une épine pour entretenir la maladie, et que notre homme était exposé d'un instant à l'autre à une nouvelle poussée inflammatoire.

Dans ces circonstances, ce malade fut pris de refroidissement, pour avoir été exposé à un courant d'air dans nos salles, dont la ventilation est par trop perfectionnée. Le froid fit sentir son influence sur le larynx ; la voix devint rauque, la respiration sifflante, il y eut une expectoration abondante. Lorsqu'un individu âgé, affaibli par quelque maladie antérieure, est pris, à la suite de refroidissement, d'un enrouement subit et tellement violent qu'il ne peut plus parler qu'à voix basse ; lorsqu'à cet enrouement se joignent de la toux, une respiration striduleuse, une expectoration muco-purulente, soyez assurés que le cas est grave, et que le malade est sous le coup d'un danger immédiat.

Vous connaissez tous l'extrême gravité de la laryngite chez les enfants ; vous savez que cette redoutable maladie détermine un épanchement de lymphes, qui obstrue les voies aériennes et cause la mort par asphyxie, si vous ne réussissez pas à enrayer les accidents par des mesures rapides et énergiques. Chez l'adulte, ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'inflammation du larynx produit une effusion de lymphes ; néanmoins c'est une affection sérieuse, qui est bien faite pour exciter nos alarmes. *Chez les gens âgés, la laryngite est accompagnée d'une fièvre intense, et d'une expectoration abondante qui provient évidemment du larynx lui-même ; vous croirez peut-être que cette expectoration est un moyen de guérison, détrompez-vous : je ne me rappelle pas avoir vu un seul malade échapper à une attaque de ce genre. J'ai observé tout ré-*

cemment un exemple de cette affection : c'était chez un éminent praticien de province, qui venait d'arriver à Dublin. Il avait été pris d'enrouement après s'être refroidi, et il laissa passer deux ou trois jours sans se faire soigner ; mais, un soir, il éprouva des accidents fort alarmants, et il dut envoyer quérir son ami, le docteur Evanson ; celui-ci fit une prescription, et me fit mander le lendemain. A mon arrivée, je trouvai le malade profondément abattu ; il était tourmenté par une toux laryngée qui ne lui laissait pas un instant de répit ; sa respiration était pénible et rauque ; il rendait des crachats muco-purulents extrêmement abondants. Le pouls était resté fréquent, l'oppression était considérable, et notre infortuné confrère expira la nuit suivante : il était tué par l'épuisement bien plus que par l'asphyxie.

Les symptômes de laryngite qui s'étaient développés si brusquement chez notre malade, ne tardèrent pas à être suivis d'autres accidents. Samedi matin, nous l'avons trouvé beaucoup plus mal ; sa figure était livide, l'haleine était d'une abominable fétidité. Les crachats étaient aussi modifiés ; ils étaient devenus verdâtres, ichoreux, et répandaient une odeur intolérable. A dater de ce moment, la prostration alla croissant ; la dyspnée devint excessive, les yeux prirent une fixité étrange, les extrémités devinrent froides, et ce malheureux expira quarante heures après le début de cette nouvelle complication.

En résumé, messieurs, un homme, après un typhus fever, prend une pleuro-pneumonie ; cette maladie est aînée par le traitement, mais l'hépatisation persiste. Au bout de trois semaines, ce malade est atteint de laryngite ; la gangrène envahit le poumon déjà altéré, et la mort survient en quelques heures. Lorsque la gangrène s'empare d'un membre, elle peut s'étendre avec lenteur, et la vie peut persister encore longtemps ; mais il n'en est plus ainsi dans la mortification des organes internes ; celle-ci tue en quelques jours. Dans le poumon, à moins que la constitution du malade ne soit robuste et intacte, à moins que la lésion ne soit très-limitée, le sphacèle entraîne rapidement la mort ; vous avez vu que chez notre malade les accidents n'ont duré que quarante heures, du samedi au lundi matin. La période aiguë de la pneumonie était passée ; l'absence de fièvre et de crachats sanguinolents, la diminution de la difficulté et de la fréquence de la respiration nous l'avaient clairement indiqué ; l'affection avait pris une marche chronique, qu'elle avait gardée pendant une quinzaine de jours ; nous avons vu apparaître alors un nouvel ordre de phénomènes : haleine et crachats fétides, prostration subite des forces, facies

hippocratique, refroidissement des extrémités. Ceux qui ont suivi ce fait avec attention ont dû être frappés de la succession de ces trois stades : inflammation aiguë, — inflammation chronique, — gangrène. Il n'est pas commun d'observer la gangrène du poumon dans le cours d'une pneumonie chronique; elle est plus ordinairement le résultat d'une phlegmasie aiguë très-intense, et elle survient alors dans les premières périodes de la maladie (1).

(1) La gangrène du poumon dans le cours d'une pneumonie chronique n'est peut-être point aussi rare que le pensait le médecin de Dublin; déjà M. Andral en a cité un exemple très-remarquable (LXLV^e observation); le professeur Traube (de Berlin), qui a vu quatorze cas de gangrène pulmonaire, nous apprend que le sphacèle s'est développé neuf fois à la suite d'une inflammation chronique avec induration du parenchyme; enfin M. Charcot en a rapporté une observation qui me paraît très-concluante.

Dans tous les cas, et quelle que soit d'ailleurs la nature de l'inflammation qui précède la gangrène, je n'ai pas besoin de faire remarquer, je pense, que la mortification du tissu pulmonaire est complètement indépendante de l'intensité du processus inflammatoire. L'inflammation en elle-même, et abstraction faite des circonstances au milieu desquelles elle se développe, ne peut devenir une cause de sphacèle que lorsqu'elle détermine un gonflement assez considérable pour produire l'étranglement. Or, comme cette condition n'est pas réalisable dans le parenchyme du poumon, il en résulte que la gangrène pulmonaire par *excès d'inflammation* est absolument inadmissible. C'est dans l'état constitutionnel du sujet, dans l'influence persistante des maladies antérieures qu'il a subies, et peut-être aussi, comme le veut Graves, dans une constitution médicale particulière, qu'il faut chercher les causes de ce redoutable accident.

Mais à côté de ces gangrènes dont la cause est bien évidemment dans l'état général du malade, il y a une variété de sphacèle pulmonaire dont la cause est au contraire toute locale : c'est celle qui succède à l'oblitération de l'une des branches de l'artère bronchique (*): quel que soit le processus qui détermine l'obstruction, qu'elle ait lieu par thrombose ou par embolie, peu importe, le résultat est le même; si quelque rameau considérable est intéressé, l'arrêt de la circulation a pour conséquence une mortification plus ou moins étendue du poumon, à la condition toutefois que la vie du malade se prolonge assez longtemps.

Andral, *Clinique médicale*, 3^e édit. Paris, 1834.

Traube, *Deutsche Klinik*, 1853.

Charcot, *De la pneumonie chronique*, thèse de l'agrégation. Paris, 1860.

(Note du TRAD.)

(*) J'appelle expressément l'attention sur ce point. J'ai malheureusement laissé persister ici, lors de la première édition de cet ouvrage, une erreur typographique des plus graves, qui attribuait à l'oblitération de l'*artère pulmonaire* une des formes de la gangrène du poumon. Or, je le répète, cette erreur est capitale : il faut lire *artère bronchique*. La gangrène du poumon par obstruction vasculaire n'a jamais été vue qu'avec l'oblitération des artères bronchiques, seuls vaisseaux nourriciers du tissu pulmonaire; et ce n'est pas une des moindres erreurs de ceux qui ont introduit en France la doctrine de l'embolie, que d'avoir attribué à l'obstruction de l'artère pulmonaire un effet absolument incompatible avec son rôle physiologique.

Comment nous rendre compte de cette gangrène pulmonaire subite chez notre malade ? Il n'y avait rien dans la nature de l'inflammation du poumon qui pût faire songer à une pareille terminaison. Le phlegmasie durait déjà depuis trois semaines, et elle était arrivée à ce stade dans lequel l'inflammation prend très-rarement la forme gangréneuse. A quoi donc attribuer cette funeste complication ? En partie à la faiblesse de la constitution du sujet, en partie à une influence érysipélateuse qui régnait alors dans l'air. En dehors de ces deux circonstances, rien ne pouvait nous faire prévoir une affection gangréneuse. Du reste, la justesse de cette interprétation est démontrée par la mortification simultanée d'un autre organe, qui n'avait été enflammé que très-peu de temps avant la mort du malade ; je veux parler du larynx : une ulcération gangréneuse a détruit la muqueuse de la face postérieure, et celle qui revêt les cordes vocales. Il s'est donc produit au même moment un sphacèle du poumon et du larynx. Par conséquent, la gangrène pulmonaire ne peut pas être attribuée à une tendance gangréneuse propre à l'inflammation locale ; elle dépend évidemment de l'affection générale, produite par la débilité et par les mauvaises conditions de l'atmosphère. Si ce malade avait eu une plaie sur un point quelconque du corps, je suis convaincu que la gangrène s'en serait emparée ; de même, s'il avait été atteint d'une inflammation des intestins, il est plus que probable que cette phlegmasie eût abouti à la mortification des tissus. Bien souvent, dans les dernières périodes du typhus fever, alors que le malade est épuisé, et que tous les liquides de l'organisme sont altérés, j'ai vu la gangrène envahir simultanément plusieurs points du corps. Voici donc le fait important que je voudrais pouvoir graver dans votre esprit : la gangrène, qui a succédé chez notre malade à la pneumonie chronique, n'était point la conséquence d'un caractère particulier de cette inflammation ; elle dépendait de l'influence exercée sur la constitution de cet homme par certaines conditions atmosphériques spéciales, dont l'action était secondée par l'âge et par la faiblesse du patient.

La conséquence à tirer de ce fait, c'est que la gangrène n'est pas toujours le résultat de l'inflammation ou d'une lésion traumatique. A une certaine époque, on croyait que le sphacèle était invariablement la suite d'une inflammation excessive, ou, du moins, d'un travail inflammatoire qui n'était pas en rapport avec la vitalité des parties affectées ; en conséquence, on pensait qu'il était toujours possible de prévenir

cette fâcheuse terminaison de l'inflammation au moyen d'un traitement énergique. Mais, sachez-le bien, certains états de la constitution tendent à convertir en gangrène toutes les inflammations, et cela indépendamment de l'intensité du travail phlegmasique local. C'est ainsi qu'un individu affaibli par le typhus fever, par la variole, ou par une scarlatine maligne, est exposé à la gangrène sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères. C'est dans ces cas-là que vous voyez la mortification s'emparer de toutes les parties du corps qui sont soumises à une certaine pression; bien plus, le sphacèle n'est pas rare, même dans les points qui échappent à l'action de cette cause; nous en avons trop souvent la preuve dans les varioles confluentes, et vous connaissez la gangrène de la vulve, qui survient chez les enfants après les rougeoles de mauvaise nature. Dans tous ces cas, la mortification n'est point le résultat d'un travail inflammatoire; et chez notre malade, il est fort probable que l'affection gangréneuse n'a pas été précédée d'une inflammation véritable du tissu pulmonaire.

Un homme âgé de vingt-quatre ans, du nom de William Deeg, est mort dernièrement à l'hôpital de sir Patrick Dun, vingt-neuf jours après une éruption de variole confluyente; l'histoire de ce malade vient directement à l'appui des considérations que je vous ai présentées. Il est probable que cette maladie se fût terminée par la guérison, s'il n'était pas survenu une énorme gangrène du sacrum, dont l'infirmier ne m'a parlé que lorsqu'elle avait déjà acquis des dimensions fort alarmantes. Cette complication ne m'a été signalée que le dix-huitième jour; à ce moment le malade avait de l'enrouement et quelques symptômes bronchiques, mais il n'éprouvait aucune difficulté pour respirer. Au bout de peu de jours, il fut pris de dyspnée; la respiration devint sifflante, et ces accidents ont paru hâter le moment de la mort. Pour tous ceux qui avaient suivi la marche de la maladie, cette terminaison fatale fut amenée par la prostration générale qu'avait déterminée la gangrène extérieure.

A l'autopsie, on découvrit dans le poumon droit deux vastes plaques gangréneuses, et deux plus petites. Les portions sphacélées étaient isolées et séparées du tissu sain par une membrane blanchâtre formée par de la lymphe coagulée: cette gangrène viscérale était-elle la conséquence du sphacèle externe, ou bien les deux lésions étaient-elles le résultat d'une seule et même perturbation constitutionnelle qui avait prédisposé les téguments à se gangrener sous l'influence de la pression? La pre-

mière supposition paraît la plus probable (1); néanmoins nous ne devons pas perdre de vue que, dans les fièvres, la gangrène envahit souvent des parties qui ne sont soumises à aucune pression : par exemple, la plante des pieds. Mais, chose remarquable, je n'ai jamais vu ces parties se mortifier, *sans qu'une portion des téguments évidemment soumise à une certaine pression eût été préalablement gangrenée.*

Les observations d'Andral (*Clinique médicale*) sur les rapports qui existent dans les fièvres entre les parties extérieures et les organes internes, les remarques de Cruveilhier sur la gangrène du poumon, ont singulièrement éclairé cette question; elles nous portent à admettre que les eschares de notre malade n'étaient point la conséquence d'une inflammation préexistante, et que la nature avait excité un travail inflammatoire consécutif, pour séquestrer et isoler le tissu frappé de mort.

Il n'est pas hors de propos de vous dire ici que j'ai observé trois cas dans lesquels la fétidité de l'haleine et des crachats était liée à une bronchite, et non point à une gangrène pulmonaire. Dans les trois cas, les crachats étaient abondants, puriformes, et ils provenaient évidemment des bronches; notez ce fait singulier, qu'à l'autopsie de l'un de ces malades, la muqueuse bronchique perdit toute mauvaise odeur, une fois qu'on eut enlevé les mucosités qui la recouvraient. La fétidité était donc ici le résultat d'un trouble vital de la sécrétion (2).

Chez William Deeg, le péricarde était, dans toute son étendue, adhérent au cœur; malgré cela, la circulation avait toujours été parfaitement normale: ce fait a déjà été signalé par Morgagni, et je l'ai observé moi-

(1) Le docteur Budd a adopté la même interprétation pour la gangrène du foie qui se développe chez certains malades, consécutivement à des gangrènes des membres ou de quelque autre partie du tégument externe.

G. Budd, *Diseases of the liver*, édit. de 1853, p. 132. (Note du TRAD.)

(2) Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de cette observation de Graves cette déclaration de Laennec: « Je serais même tenté de croire, dit-il, d'après plusieurs cas dans lesquels les malades ont survécu, que l'odeur et l'aspect des crachats tels que je viens de les décrire ne prouvent pas toujours l'existence d'une excavation gangréneuse dans le poumon et que ces caractères peuvent quelquefois dépendre d'une disposition générale à la gangrène qui n'a son effet que sur la sécrétion muqueuse des bronches.

« Il est vrai qu'on pourrait également supposer, dans ce cas, l'existence de petites eschares gangréneuses du poumon... Mais deux ou trois fois je n'ai absolument rien trouvé, à l'ouverture des corps, qui justifiât l'odeur gangréneuse, si ce n'est la prompti-

même plusieurs fois. Baillie, dans son *Anatomie pathologique*, cite un cas d'absence du péricarde, qui n'est probablement rien autre qu'un exemple d'adhérence générale. Les faits de ce genre réfutent complètement la théorie de Barry, qui attache une si grande importance à la disposition du péricarde, au point de vue de la mécanique de la circulation. Il est vraiment fâcheux pour la profession médicale que cette théorie ait excité autant d'enthousiasme, car elle repose sur des principes qui sont inconciliables avec les lois de l'hydrostatique. Quant à moi, depuis la publication du travail de Barry, je n'ai négligé aucune occasion de montrer les erreurs évidentes dont il est entaché, et je suis extrêmement heureux que le docteur Arnott, dans son *Traité de physique*, se soit servi des mêmes arguments que moi, pour donner le coup de grâce à cette théorie.

Je veux vous parler maintenant d'un malade nommé T. Kelly, qui a été soigné par M. Knott. Cet homme est atteint de pleuro-pneumonie ; l'inflammation du poumon modifiant celle de la plèvre, la pleurésie appartient à cette variété qui a été nommée sèche. Or, si vous vous borniez à examiner l'habitus extérieur de cet homme, à étudier les caracté-

tude de la putréfaction particulièrement dans la muqueuse bronchique. » (*Traité d'auscultation*, édit. d'Andral, t. III, p. 556.)

Quelle est la véritable signification des faits de ce genre ? Faut-il admettre que, sous l'influence d'une disposition individuelle toute spéciale, les sécrétions des bronches peuvent présenter une fétidité gangréneuse, alors même qu'il n'existe pas de sphacèle, véritable dans l'appareil respiratoire ? ou faut-il penser que, dans les cas analogues, on a affaire à une véritable gangrène des extrémités bronchiques ? Je n'hésite pas, pour ma part, à accepter cette dernière interprétation. Dès 1841, M. Briquet appelait l'attention sur cette forme spéciale de gangrène, dans laquelle les extrémités des bronches dilatées, en ampoule forment à la surface du poumon des cavités contenant un liquide visqueux grisâtre, très-fétide ; ces cavités sont tapissées par la membrane interne très-molle flasque, blanchâtre, s'enlevant par le grattage et exhalant une forte odeur de gangrène. Cette espèce de gangrène dont, la réalité a d'abord été niée, entre autres par M. Leblay et par MM. Monneret et Fleury, est incontestable aujourd'hui, et le travail plus récent de M. Lasègue en a définitivement établi l'existence. Dittrich a soigneusement distingué la gangrène qui, débutant par le tissu pulmonaire, s'étend ensuite aux bronches, de celle qui, indépendante de la mortification du parenchyme, envahit tout d'abord la muqueuse bronchique. D'après Rokitansky, cette forme de gangrène affecte très-souvent les bronches dilatées, et les cavités qui résultent de leur disposition sacciforme. Le même auteur croit que la plupart des cas de guérison de sphacèle pulmonaire se rapportent en réalité à la gangrène de grosses dilatations bronchiques entou-

tères de son pouls, vous ne supposeriez pas un seul instant qu'il est affecté d'une maladie aussi grave. Un observateur superficiel, trouvant le pouls mou, régulier, à 72, la respiration facile, la peau fraîche, pourrait très-aisément méconnaître la véritable nature de cette affection, et déclarer que le malade n'a ni fièvre, ni phlegmasie viscérale. Un examen plus attentif démontre que la plèvre et le poumon droits sont gravement compromis.

Remarquez en outre que chez ce malade la pleuro-pneumonie occupe la partie supérieure du poumon, et non pas le lobe inférieur. Or la pneumonie a une prédilection marquée pour la partie inféro-postérieure des poumons; nous sommes même tellement habitués à la voir siéger en ce point, que nous regardons l'inflammation des sommets comme exceptionnelle.

rées d'un parenchyme induré. Enfin M. Trousseau a rapporté dans sa clinique un très-bel exemple de cette espèce de gangrène, et il a insisté sur les difficultés que présente alors le diagnostic, parce que les signes fournis par la percussion et l'auscultation ne diffèrent en rien de ceux qui caractérisent les affections catarrhales du poumon.

Je dois ajouter toutefois que le docteur Laycock a récemment appelé l'attention sur une forme particulière de bronchite, à laquelle il a donné le nom de *bronchite fétide*. Les produits de la sécrétion bronchique sont extrêmement fétides, mais cette fétidité, qui n'est pas exactement gangréneuse, rappelle plutôt l'odeur stercorale ou celle de l'acide butyrique. L'auteur a constaté par l'analyse la présence de cet acide dans les matières expectorées, et il pense que les faits de ce genre doivent être distingués des gangrènes broncho-pulmonaires. Il attribue l'altération du produit de sécrétion à une perversion du système nerveux, comparable à celle qui détermine l'apparition du sucre dans le sang (Cl. Bernard). Les trois faits rapportés par Laycock parlent en faveur de cette interprétation: dans le premier, le malade était affecté de *delirium tremens*; dans le second, il y avait un ramollissement cérébral; dans le troisième, il s'agit d'une femme qui était sous le coup d'une intoxication paludéenne. Dans les trois cas, la strychnine fit disparaître la fétidité des crachats.

D'autres faits sont nécessaires pour juger la question, mais j'ai cru devoir signaler ici l'intéressant travail du professeur d'Édimbourg.

Briquet, dans *Arch. gén. de méd.*, 1841.

Leblaye, *De la gangrène du poumon*, thèse de Paris, 1844.

Monneret et Fleury, *Compendium de méd.*, t. VII. Paris, 1846.

Lasègue, *Arch. gén. de méd.*, 1857.

Dittrich, *Beitragè zur path. Anatomie*, Erlangen, 1850.

Rokitansky, *loc. cit.*, III, p. 23 et 75.

Trousseau, *loc. cit.*, I, p. 580.

Laycock, *On fetid bronchitis*, etc. (*Med. Times and Gaz.*, 1857). (Note du TRAD.)

Mais ce ne sont pas là les seules particularités que nous présente ce fait intéressant. Malgré l'existence d'une inflammation de la plèvre et du parenchyme pulmonaire, le sang de notre malade ne présente aucun des caractères qu'on assigne au sang des plegmäsies : extrait de la veine, il se sépare incomplètement en caillot et en sérosité, et il n'y a pas trace de cette couenne épaisse si souvent signalée par les anciens sous le nom de *crusta pleuritica*. En s'en tenant à ces signes négatifs, en considérant également la mollesse et la régularité du pouls, quelques observateurs pourraient conclure à l'absence de toute inflammation ; le stéthoscope nous montre, messieurs, que cette conclusion serait aussi erronée que dangereuse.

Il est un autre phénomène qui a été constaté d'abord par M. Knott, et qui mérite d'attirer votre attention : il existe chez notre homme une inégalité frappante entre les deux côtés de la poitrine ; le côté droit mesure deux pouces et demi (0^m,062) de plus que le gauche. Cette circonstance peut tenir à plusieurs causes : comme le malade a une pleurésie à droite, il semble naturel d'admettre qu'il existe un épanchement considérable dans la cavité pleurale, et que la dilatation de la poitrine dépend de l'épanchement lui-même. Mais, dans ce cas particulier, certaines conditions nous empêchent d'adopter cette interprétation. D'abord, je viens de vous le dire, une dilatation aussi prononcée supposerait un épanchement très-abondant ; et par épanchement je n'entends point ici une exsudation de lymphé qui pourrait tout au plus faire reculer le poumon d'une ligne, j'entends un vaste épanchement liquide : ce liquide, dont la densité varie chez différents individus, exerce alors une pression considérable sur le poumon, et le refoule en totalité vers sa racine.

D'un autre côté, ce malade présente deux conditions dont il est essentiel de tenir compte : d'abord il travaille à la terre, et chez les laboureurs la mensuration de la poitrine, au niveau des muscles pectoraux, donne toujours une différence d'un demi-pouce, et quelquefois même d'un pouce (0^m,012 à 0^m,025) au profit du côté droit. Cette inégalité tient au développement plus considérable que prennent les muscles de droite, sous l'influence d'un travail qui les met constamment en jeu (1).

(1) Indépendamment de toute influence professionnelle, il est de règle, pour ainsi dire, que le côté droit de la poitrine soit plus développé que le gauche. Les recherches de M. Woillez ont pleinement justifié cette opinion: mesurant le thorax chez quarante

De plus, notre homme n'est pas seulement atteint de pleuro-pneumonie; il est en outre affecté d'une inflammation superficielle des parois et des téguments de la poitrine : cette inflammation nous est révélée par la sensibilité anormale et la douleur qui occupent certains points du côté droit, surtout à la partie inférieure : or, à ce niveau, la percussion donne une sonorité naturelle; donc, nous ne pouvons songer à la présence d'un liquide en ce point. La vérité est que le malade, indépendamment de sa pleurésie et de sa pneumonie, a une pleurodynie, avec tendance à l'inflammation des parties molles du thorax. Rien d'étonnant dès lors que nous trouvions un peu d'œdème des parois, nouvelle cause qui concourt à l'agrandissement du côté droit de la poitrine (1).

Telles sont les observations que je désirais vous présenter sur ce fait; j'ajouterai seulement que le traitement antiphlogistique était évidemment indiqué. Vous croyez peut-être que nous pouvions indifféremment

et un sujets qui avaient la poitrine bien conformée, il a trouvé le côté droit plus développé chez trente-six, les deux côtés égaux chez cinq.

Wuillez *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine.*
Paris, 1838. (Note du TRAD.)

(1) Dans un travail récent, le professeur Wunderlich a appelé de nouveau l'attention sur les accidents inflammatoires que l'on voit parfois se développer dans les parties molles du thorax, dans le cours des pleurésies aiguës; ces phlegmasies sous-séreuses sont le plus souvent consécutives à l'affection de la plèvre, et à moins qu'elles ne soient de cause traumatique, elles passent inaperçues, parce que la pleurésie détourne et absorbe à son profit l'attention de l'observateur. Mais, indépendamment des faits de ce genre, n'existe-t-il pas des cas dans lesquels le travail phlegmasique débute par le tissu sous-séreux et par les parties molles du thorax, de sorte que l'affection pleurale devient à son tour consécutive? C'est cette question que le professeur de Leipzig s'est proposé de résoudre, et il écrit sous le nom de *peripleuritis* l'inflammation primitive du tissu cellulaire profond des parois thoraciques. C'est assez dire qu'il a répondu à la question par l'affirmative; il admet en effet que *dans quelques cas rares, et en dehors de toute cause traumatique, l'affection se développe primitivement et essentiellement dans le tissu cellulaire subjacent à la plèvre costale et dans les parties molles avoisinantes; dans les cas de ce genre, la séreuse et la cavité pleurales ne subissent que des modifications secondaires.* L'auteur a rapporté deux observations intéressantes qui me paraissent établir la réalité de ce processus morbide.

Le premier de ces malades a guéri; le second a succombé aux lésions multiples dont il était atteint (dilatations sacciformes des bronches, pneumonie, etc.).

Wunderlich, *Ueber Peripleuritis* (*Archiv der Heilkunde*, I, 1861).

(Note du TRAD.)

recourir ici à l'émétique, seul ou uni au nitrate de potasse, ou bien au calomel et à l'opium ; c'est une erreur : dans les cas de ce genre, les mercuriaux remplissent beaucoup mieux l'indication que le tartre stibié ; cette règle est aujourd'hui parfaitement établie. Aussi, après avoir saigné notre malade, nous lui avons donné du mercure de façon à amener aussi rapidement que possible la salivation ; nous avons en outre fait suivre notre saignée d'une application de sangsues. *Cette pratique est indiquée dans toutes les affections inflammatoires de la poitrine, et le nombre des sangsues doit être proportionné à la douleur et à la sensibilité locales.* Du reste, ce sont ces deux symptômes qui nous permettent d'apprécier l'amélioration que nous produisons, *dans une phlegmasie viscérale quelconque, en faisant mettre des sangsues au niveau de l'organe affecté.* Ce moyen n'est utile en effet que lorsqu'il existe une douleur spontanée ou de la sensibilité à la pression ; et l'amélioration est toujours proportionnelle à la diminution de ces douleurs. En l'absence de ce phénomène, les sangsues ne servent qu'à nous faire perdre du temps, et nous devons immédiatement avoir recours à un autre mode de traitement.

Notre malade présentait encore un autre symptôme qui pouvait vous induire en erreur, et vous faire conclure à l'existence d'un épanchement. Les mouvements de la poitrine étaient beaucoup plus limités à droite qu'à gauche. Le soulèvement déterminé par l'inspiration se faisait complètement et librement du côté sain ; il n'en était pas de même du côté opposé. D'une manière générale, ce symptôme appartient seulement à l'empyème et à un petit nombre d'autres maladies. On le rencontre, par exemple, lorsqu'un poumon est hépatisé dans une grande partie de son étendue ; alors, en effet, la diminution des mouvements du côté affecté est directement proportionnelle à l'imperméabilité du poumon.

Mais comment nous rendre compte de ce phénomène dans le cas actuel ? La pneumonie n'est pas assez étendue pour être mise en cause, et l'épanchement pleural n'est point assez considérable. Cette difficulté disparaît si nous nous rappelons que notre malade est atteint de pleurodynie ; à chaque soulèvement de la poitrine, il sent augmenter ses douleurs, et il s'efforce de limiter, autant qu'il est en lui, l'étendue de ce mouvement. Ce fait, messieurs, mérite toute notre attention. Il nous prouve l'admirable prévoyance de la nature, qui nous permet de compenser, par la suractivité fonctionnelle d'un poumon, l'inertie de celui

qui est immobilisé par la douleur, par la paralysie, ou par quelque altération de structure.

J'ai à vous parler d'un autre malade qui est entré dans notre service le 4 septembre dernier : c'est un homme âgé de vingt-deux ans, nommé James Maher. Il nous est arrivé considérablement émacié ; il a une toux très-pénible qui revient par quintes ; les crachats sont rares, ils sont évidemment bronchiques ; le décubitus est dorsal ; l'appétit est perdu, les fonctions intestinales sont irrégulières ; le pouls est petit, à 100 ; la respiration est précipitée ; ce malade a des sueurs quand il se réveille.

Lorsqu'on examine sa poitrine découverte, on voit bientôt que les mouvements sont beaucoup moins étendus à droite. La percussion donne un son mat au niveau de la région latérale et postérieure de ce côté ; en arrière, on entend une respiration bronchique sans mélange de râles ; latéralement, on constate l'absence du murmure respiratoire ; l'auscultation de la voix fait entendre en arrière une bronchophonie qui se rapproche de l'égophonie ; sur le côté, le retentissement vocal est beaucoup moins distinct qu'à l'état normal ; les espaces intercostaux ne sont pas distendus. Le côté gauche est sain.

Cet homme nous racontait que, vers le milieu d'août, il était tombé subitement sur le côté *gauche*, et qu'il avait été saigné quatre ou cinq fois pour des symptômes apoplectiques. Trois jours après, il était pris d'une douleur vive dans le côté *droit* ; on lui fit deux autres saignées, on lui appliqua un vésicatoire, et il prit quelques doses de calomel et d'opium. Sous l'influence de ce traitement, les accidents aigus s'amendèrent, mais les forces du malade avaient été profondément abattues.

6 septembre. — Même état, pas de râles dans la poitrine.

℞ Pilulæ hydrargyri.	gr. iij.
Extracti opii aquosi.	gr. $\frac{1}{3}$.

Fiat pilula ter in die sumenda (1).

Applicetur vesicatorium magnum parti dolenti.

7. — Pendant la nuit, le malade a été pris d'une dyspnée des plus intenses, d'une toux de mauvais caractère ; il a rendu des crachats

(1) Masse pilulaire hydrargyrique.	18 centigrammes.
Extrait aqueux d'opium.	2

M. pour une pilule. On en prendra trois semblables dans le courant de la journée.
(Note du TRAD.)

composés d'une sérosité écumeuse teinte en rose. Ce matin, le pouls est faible, à 130 ; la face est livide, les mains sont froides, l'anxiété est profonde, les battements du cœur sont tumultueux ; on entend un bruit de baratte dans toute l'étendue de la poitrine. Je prescris du carbonate d'ammoniaque ; mais, quelques instants après la visite, le malade se met à divaguer, et il meurt presque aussitôt.

Autopsie. — La cavité pleurale droite contenait à peu près un quart (1^{lit}, 13) de sérosité sanguinolente ; la partie postérieure du poumon était recouverte d'une couche plastique qui avait une épaisseur d'un huitième de pouce environ, et qui se laissait facilement détacher ; un dépôt semblable recouvrait la plèvre pariétale correspondante. La surface du poumon comprimé était ridée par places, comme cela a lieu d'habitude dans les cas de ce genre ; c'est là un effet mécanique de la compression. Ces rides méritent attention ; dans le fait actuel, elles ont induit en erreur plus d'un assistant. Il y avait, entre autres, à la face postérieure du poumon, un pli qui dessinait une concavité profonde dans le tissu pulmonaire ; *cette cavité, remplie d'un liquide séro-purulent, et recouverte d'une couche épaisse de lymphe plastique, simulait, à première vue, un abcès.* Les bronches étaient remplies d'une sérosité écumeuse, mais la muqueuse bronchique n'était point injectée.

Le premier enseignement que vous devez retirer de ce fait, c'est que les émissions sanguines copieuses disposent aux inflammations. Ce pauvre homme avait été saigné cinq fois pour une attaque d'apoplexie ; il avait été affaibli en outre par un traitement déplétif ; et trois jours plus tard, tandis qu'il est exsangue et complètement épuisé, il est pris d'une inflammation de la plèvre, dont rien ne peut entraver la marche fatale. Notez, en outre, que les qualités du sang avaient certainement été modifiées par ces saignées excessives ; nous ne pouvons expliquer autrement la présence de cette matière colorante qui était contenue dans la plèvre avec la sérosité et la lymphe plastique : ce fait est tout à fait exceptionnel (1).

(1) Graves n'admet point ici l'existence d'une pleurésie hémorrhagique *primitive* : « Les qualités du sang, dit-il, avaient certainement été modifiées par ces saignées excessives ; nous ne pouvons expliquer autrement la présence de cette matière colorante... » On sait que Laennec attachait une grande importance à la coloration rouge du liquide épanché, et qu'il avait élevé cette variété anatomique au rang d'espèce, en lui donnant le nom de pleurésie hémorrhagique ; il avait même prétendu que ces qualités de l'épanchement ont une influence directe sur la constitution des fausses membranes, et que la transformation fibro-cartilagineuse en est le résultat ordinaire. L'ob-

Au point de vue pratique, le bruit de battement qui dénote l'existence d'un liquide séreux dans les bronches doit fixer notre attention ; l'autopsie nous a montré que ce liquide ne tenait point ici à une inflammation de la muqueuse, *et qu'il était produit par un véritable flux séreux dans les canaux bronchiques*. Chez notre malade, ce phénomène s'est produit tout à coup, et il a coïncidé avec une expectoration séreuse qui avait une teinte rose très-remarquable ; cette circonstance eût pu nous tromper et nous faire songer bien à tort à l'existence d'une pneumonie. Ici donc, la matière colorante du sang était combinée avec la sérosité, soit dans la cavité pleurale, soit dans les bronches.

Nous avons eu dernièrement un cas de pleurésie diaphragmatique, dans lequel ont manqué la plupart des symptômes qu'on regarde comme caractéristiques. Une petite fille de huit ans était entrée à Meath Hospital pour un rhumatisme léger. Elle guérit rapidement, et elle se portait à merveille, lorsqu'un matin elle éprouva une horrible frayeur, en se voyant menacée par un malade en délire. Cela se passait à six heures, et, à notre visite, nous trouvions cette enfant assise sur son lit, en proie à une épouvantable dyspnée ; la respiration était à 76 ; tous les muscles qui agissent dans cet acte se contractaient presque convul-

servation ultérieure n'a pas justifié cette manière de voir de Laennec ; il est même surprenant qu'il ait soutenu une telle opinion, puisqu'il a admis de la façon la plus formelle que dans la pleurésie dite hémorrhagique, il y a deux choses bien distinctes, à savoir, une hémorrhagie et une inflammation : « J'appelle *pleurésie hémorrhagique aiguë*, dit-il, la réunion d'une hémorrhagie ordinairement légère à l'inflammation de la même membrane. » (*Loc cit.*, II, p. 420.) En fait, il n'existe pas de pleurésie franche dont le caractère constant soit un épanchement sanguinolent ; il n'y a donc pas lieu de faire de la pleurésie hémorrhagique une espèce à part. La présence du sang dans le liquide épanché n'est jamais qu'un accident ; mais d'ailleurs il importe d'établir ici des distinctions, car la signification de l'épanchement rouge varie singulièrement suivant le moment auquel il se fait, suivant qu'il contient tous les éléments du sang ou qu'il n'en renferme que quelques-uns.

Au début de la maladie, comme dans toute inflammation, les petits vaisseaux de la plèvre subissent une dilatation anormale, et si la *fluxion inflammatoire* est assez forte pour surmonter la résistance de la paroi vasculaire, quelques-uns des vaisseaux peuvent se rompre, et il en résultera un léger écoulement de sang en nature, qui constitue une véritable hémorrhagie ; mais c'est là, sans contredit, le cas le plus rare.

Dans d'autres circonstances, la sérosité renfermée dans la cavité pleurale est teinte en rouge plus ou moins foncé ; mais cette coloration, qu'on observe assez fréquemment, n'implique point l'idée d'une véritable hémorrhagie. Alors, en effet, le liquide ne contient que la matière colorante du sang ; à la suite d'une de ces nombreuses modifications sur lesquelles, il faut bien le dire, nous ne sommes point encore renseignés, l'hé-

sivement ; les ailes du nez se dilataient à chaque inspiration ; la face était pâle et turgescente ; les lèvres étaient bleues ; par instants, une toux déchirante et sèche ébranlait la poitrine ; la physionomie exprimait une profonde anxiété ; le pouls était à 120, petit et faible. Cette petite fille ne pouvait indiquer aucune douleur locale ; elle ne souffrait pas dans la poitrine ; elle se plaignait seulement d'un malaise général. La main appliquée sur la région précordiale percevait un frémissement très-net ; mais les bruits du cœur étaient distincts et normaux. La percussion du thorax ne donnait aucune matité, sauf à la partie inférieure et postérieure du poumon droit ; là on constatait de l'obscurité du son et l'absence du bruit respiratoire. Il n'y avait aucune affection abdominale.

Le soir, mon interne, M. Mac Donnell, revit la malade. Il la trouva couchée sur le côté droit, mais elle ne pouvait rester plus d'une minute dans la même position ; la respiration avait atteint le chiffre colossal de 80, le pouls n'était plus perceptible. Les pieds étaient froids ; sur la face perlait une sueur visqueuse ; le visage paraissait gonflé, la physionomie était anxieuse ; parfois l'enfant mordait ses lèvres. Elle avait une toux brève, sèche et déchirante ; elle ne se plaignait d'aucune douleur

matine se laisse dissoudre en partie par le sérum, et la sérosité épanchée prend une coloration rouge, dont l'intensité est proportionnelle à la quantité de globuline dissoute. Cette condition particulière de l'épanchement est sous la dépendance de l'état général du malade, et elle ne se rattache point à une modalité différente du processus inflammatoire. D'ailleurs, je le répète, il n'y a point là une véritable hémorrhagie.

Les vaisseaux des fausses membranes pleurales peuvent être rompus, et donner lieu à un écoulement de sang plus ou moins abondant. C'est surtout dans les pleurésies chroniques qu'on observe cette variété d'épanchement rouge ; ici il y a bien réellement une hémorrhagie ; on retrouve dans le liquide tous les éléments du sang, parfois même il y a de véritables caillots dans la cavité de la plèvre. C'est à cette forme que me paraissent appartenir la quinzième et la seizième observation de M. Andral (*Clin. méd.*).

Enfin, on voit assez souvent, dans l'opération de la thoracocentèse, la dernière portion du liquide qui s'écoule, présenter la couleur du sang pur. On attribue généralement cet écoulement de sang à la déchirure des fausses membranes, produite par la dilatation du poumon. M. Trousseau fait observer qu'on peut encore expliquer ce fait « en supposant qu'au moment où le poumon se déplisse, la plèvre, intimement soudée aux fausses membranes, se sépare violemment en quelques points du poumon ou des côtes, et quelques vaisseaux se trouvent ainsi déchirés. » (*Loc. cit.*, I, p. 683.)

Telles sont les diverses conditions qui peuvent amener la coloration rouge de l'épanchement dans la pleurésie franche. La plus fréquente n'est point une hémorrhagie ; les trois autres se rattachent à des dispositions anatomiques spéciales, et non point à une forme particulière d'inflammation.

(Note du TRAD.)

dans la poitrine : on pouvait presser impunément sur les côtes et sur l'appendice xiphoïde ; bien plus, la pression exercée sur le côté droit déterminait un peu de soulagement, et l'enfant suppliait qu'on réitérât cette compression. Quoique le frémissement précordial fût toujours le même, cependant aucun bruit anormal n'était appréciable au cœur ; les battements étaient forts, bien que le pouls eût disparu au poignet. A la partie inférieure du côté droit existait toujours la matité ; il s'y était joint *un bruit de frottement* parfaitement distinct ; il n'y avait pas d'égo-phonie. C'était sur ce point précis où siégeait le bruit de frottement, que la pression soulageait la malade. Elle mourut le même jour, à trois heures de l'après-midi.

Autopsie. — On percute de nouveau la poitrine : à gauche, la sonorité était normale en avant et en arrière ; mais le côté droit qui, pendant la vie, avait toujours été sonore, excepté à la partie inférieure, nous donnait une matité complète dans la plus grande partie de son étendue. A l'ouverture du thorax, environ deux quarts (2^{lit}, 26) d'un liquide jaune-paille s'écoulèrent de la cavité pleurale droite. La plèvre pulmonaire et la pariétale étaient recouvertes d'une couche épaisse de lymphe plastique récemment exsudée ; elle formait çà et là des filaments qui unissaient l'une à l'autre les deux parois de la cavité ; ces filaments étaient également de formation récente, et ils se déchiraient avec la plus grande facilité. La face thoracique du diaphragme était revêtue, à droite, d'un dépôt plastique, et elle adhérait à la face inférieure du poumon correspondant ; l'adhérence n'était pas tellement forte qu'elle ne pût être aisément rompue. Le lobe inférieur de ce poumon était carnifié, probablement par suite d'une pneumonie antérieure. Du côté gauche, le poumon était sain, mais la plèvre diaphragmatique était recouverte de lymphe plastique, ainsi que la face inférieure du poumon. Il n'y avait pas d'exsudation sur la surface extérieure du péricarde ; mais comme cette membrane est contiguë au diaphragme, et que ce muscle enflammé avait été, par cela même, dans un état très-marqué de suractivité fonctionnelle, ce rapport rendait compte de certains phénomènes observés pendant la vie de l'enfant, entre autres du frémissement précordial. Il n'y avait pas de liquide dans le péricarde, qui était d'ailleurs parfaitement sain ; il en était de même du cœur et de ses valvules. La face péritonéale du diaphragme n'était point enflammée ; il n'y avait aucune lésion des viscères abdominaux.

Les anciens écrivains ont avancé que le rire sardonique et le délire sont des symptômes constants de la pleurésie diaphragmatique ; nous

savons aujourd'hui que cette assertion n'est pas fondée ; mais il est digne de remarque que le cas actuel ne nous a présenté aucun des caractères assignés par les modernes à cette affection. Andral, par exemple, signale dans l'inflammation de la plèvre diaphragmatique une douleur vive au niveau des attaches du diaphragme ; il ajoute que cette douleur est augmentée par la pression ou par les mouvements respiratoires ; qu'on peut également constater une douleur au niveau de l'hypocondre, que le diaphragme est complètement immobile ; que le malade est incliné en avant, et que tout changement de position détermine d'horribles souffrances ; on observe en même temps du hoquet, des nausées et des vomissements. A l'appui de cette description, Andral rapporte quatre exemples de pleurésie diaphragmatique ; or, dans le fait que je viens de vous rapporter, tous ces symptômes ont manqué, quoique la maladie fût plus nette et plus dégagée de complications que dans aucune des observations du médecin français. « Il est évident, dit le docteur Stokes, à propos de la description d'Andral, que ces symptômes ne sont pas la caractéristique nécessaire de la pleurésie diaphragmatique ; nous les voyons rarement en effet dans l'empyème ordinaire, alors que la plèvre est compromise dans toute son étendue. En résumé, il faut de nouvelles observations pour résoudre cette question. » — Je me range complètement à cette manière de voir (1).

(1) L'observation rapportée par Graves n'est point un exemple de pleurésie diaphragmatique isolée, c'est un cas de pleurésie diaphragmatique avec inflammation de la plèvre costo-pulmonaire. C'est là ce qui nous explique l'obscurité du son à la partie inférieure et postérieure du poumon droit, et le bruit de frottement pleural qu'on percevait dans le même point. On sait en effet que, dans la pleurésie diaphragmatique pure, la percussion et l'auscultation ne fournissent que des renseignements peu positifs. Ainsi, sur les trois cas de pleurésie diaphragmatique isolée qu'a fait connaître M. Andral, une fois seulement (XIX^e obs.) l'auscultation a donné quelques résultats ; encore faut-il ajouter que ce résultat n'avait aucune signification précise ; au deuxième jour, la respiration s'étendait sensiblement moins à droite qu'à gauche, où elle était devenue puérile. M. Gueneau de Mussy a également noté l'insuffisance des renseignements donnés par l'auscultation : « Un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire du côté malade, un peu de râle sous-crépitant vers la limite inférieure du poumon, expliqués par la diminution de l'expansion thoracique et par la congestion inévitable du tissu pulmonaire sous-jacent à la plèvre enflammée, tels sont les seuls signes stéthoscopiques qu'il m'ait été donné de constater. » — Stone, qui a tracé l'histoire de la pleurésie diaphragmatique d'après l'analyse de douze observations, est arrivé aux mêmes conclusions négatives. En résumé, l'auscultation ne donne des résultats positifs que dans les cas où la phlegmasie s'est propagée à la séreuse costo-pulmonaire. Il en est exactement de même de la percussion.

Il est un autre point sur lequel je désire appeler l'attention. La plupart des auteurs

Avant de terminer notre conférence, je veux vous entretenir d'une affection assez rare, que quelques-uns d'entre vous ont été à même d'observer. Les maladies rares ne sont point seulement des objets de curiosité; vous devez les étudier avec la plus grande attention, afin de pouvoir les reconnaître lorsqu'elles se présentent à vous de nouveau.

Si tous ceux qui ont l'occasion d'observer des cas rares prenaient la peine d'en publier l'histoire, tous ces faits qui paraissent au premier abord isolés et bizarres, formeraient un noyau autour duquel viendraient bientôt se grouper tous les cas analogues, et au bout de peu de temps leur étude comparative pourrait jeter quelque lumière sur un sujet resté obscur jusque-là. Il y a peu d'années encore, le diagnostic des tumeurs encéphaloïdes du poumon était complètement impossible; mais je crois que nous sommes arrivés depuis lors à quelques notions exactes et certaines sur cette question difficile. Le désir de contribuer aux progrès de la science sur ce point m'a engagé à vous rapporter l'observation d'un malade qui a été étudié avec un soin et une attention extrêmes.

John Keating, âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste,

qui ont écrit sur la pleurésie diaphragmatique, M. Andral entre autres, ont mis au nombre des symptômes les plus caractéristiques le type de la respiration qui devient purement costale. Le fait est incontestable, mais il n'a peut-être pas été parfaitement interprété. On attribue l'immobilité du diaphragme à l'influence toute mécanique du liquide interposé entre ce muscle et la base du poumon; mais si cette opinion était exacte, le diaphragme devrait conserver au moins une partie de sa mobilité, dans les cas où l'exsudation inflammatoire est tout à fait concrète, ce qui est peut-être la condition la plus ordinaire. Or, même alors on peut observer l'abolition complète de la respiration abdominale. C'est qu'en effet l'immobilité du diaphragme ne tient point à une simple influence mécanique, elle dépend exclusivement d'un trouble vital survenu dans l'activité fonctionnelle de la fibre contractile: il existe, en un mot, une véritable paralysie du muscle. Cette paralysie est consécutive à l'inflammation de la séreuse voisine, et l'on trouve ici une démonstration nouvelle de cette loi de Stokes dont j'ai parlé ailleurs (voy. tom I, la note de la page 188): « On observe d'abord, dit-il, une augmentation de l'innervation musculaire qui se révèle par de la douleur et des mouvements spasmodiques; à cet état succède une paralysie plus ou moins complète. Il en est encore de même lorsque l'inflammation siège primitivement, soit dans les muscles, soit dans la portion des centres nerveux qui les anime. » Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette paralysie du diaphragme contribue pour une très-grande part à la gravité de la pleurésie diaphragmatique.

Le même auteur a fait connaître un signe qui n'est pas sans importance pour distinguer la tumeur formée par le foie augmenté de volume, de celle que forme le même organe déplacé par un épanchement sus-diaphragmatique. Je traduis ce passage: « La

exerce la profession d'imprimeur. Il est entré à Meath Hospital le 1^{er} mai 1833 ; il avait déjà fait quelque temps auparavant un séjour d'un mois à l'hôpital , et il en était sorti au commencement d'avril. Cet homme fait remonter le début de sa maladie à l'été de 1832 ; à ce moment-là , il devint sujet à des douleurs passagères dans le côté droit de la poitrine ; ces douleurs étaient accrues par les inspirations profondes. En novembre dernier il fut pris de toux , de dyspnée , d'enrouement ; l'expectoration, d'abord purement muqueuse devint sanguinolente ; le ventre était constipé. Un peu plus tard, Keatings s'aperçut qu'il avait à son réveil un peu d'œdème de la face et du cou ; le gonflement était un peu plus marqué du côté droit. Le malade attribuait sa mauvaise santé à l'excès de fatigue , à la privation de sommeil , et au refroidissement, auquel il était exposé en maniant sans cesse du papier humide. Une saignée et une potion pectorale amendèrent ces premiers accidents. Mais comme ce soulagement n'avait été que temporaire, John entra à Meath Hospital au mois de février, avec des symptômes analogues à ceux qui motivent aujourd'hui son retour ; ils étaient toutefois moins violents. Le docteur Stokes fit faire une saignée , il soumit le malade à une légère *mercurialisation* , il lui fit appliquer plusieurs

tumeur de l'hypochondre est constituée par le foie augmenté de volume ou par le foie déplacé. Dans le premier cas, la tumeur présente une surface parfaitement continue, et elle offre une résistance égale et uniforme, depuis son bord le plus saillant jusqu'au point où elle se dérobe à la palpation derrière les côtes ; celles-ci paraissent déjetées en avant. Mais il s'agit d'un foie déplacé ; il existe, entre la portion la plus convexe de la tumeur et le rebord des fausses côtes, un sillon dont on constate également bien la présence par la vue et par le toucher ; au niveau de ce point, la résistance est beaucoup moindre ; ce sillon est évidemment formé par l'espace vide que laissent entre elles deux surfaces courbes qui se touchent par leur convexité ; l'une de ces surfaces n'est autre que la partie convexe du foie ; l'autre est formée par la portion la plus saillante du diaphragme déprimé. »

Andral, *loc. cit.*

Gueneau de Mussy (Noël), *Études sur la pleurésie diaphragmatique* (*Arch. gén. de méd.*, 1853).

Stone, *Cases of diaphragmatic pleurisy* (*Medic. Times and Gaz.*, 1858).

W. Stokes, *Observation on paralysis of the intercostal muscles and diaphragm considered as a new source of diagnosis* (*Dublin Journal of medical science*, IX). — Also, *Transactions of the British Association*, V.—*Contributions to thoracic pathology* (*Dublin medic. Journal*, III).

Comparez :

Sir Henry Marsh, *Empyema, its diagnosis and pathology* (*Dublin medical Press*, 1861).

(Note du TRAD.)

vésicatoires, et les premiers jours d'avril, cet homme, se sentant un peu mieux, demanda à sortir.

Mais il ne put reprendre son travail, et il vit bientôt reparaître la même série d'accidents; il se décida donc à rentrer à l'hôpital, et il fut placé dans mon service. Le symptôme le plus pénible était une dyspnée excessive allant presque jusqu'à l'orthopnée; lorsqu'il était couché, le malade ne pouvait respirer que dans le décubitus latéral droit. Au bout de quelques semaines, il lui devint même impossible de garder cette position; pendant les dix-huit ou vingt jours qui précédèrent sa mort, il resta jour et nuit assis dans son lit; il se penchait en avant autant qu'il le pouvait, et il soutenait sa tête au moyen d'un oreiller qu'il plaçait sur ses genoux. On ne peut imaginer de spectacle plus lamentable.

A l'époque où cet homme nous arriva, sa dyspnée était augmentée par le moindre mouvement; alors survenaient aussi des palpitations cardiaques. Il avait une toux sèche, parfois il rendait quelques crachats teintés de sang; mais ils étaient peu abondants. Du reste, il n'éprouvait pas de douleurs dans la poitrine; il ressentait seulement un tiraillement dans le côté, lorsqu'il faisait une inspiration profonde. Il avait un peu de gêne dans la déglutition, et il rapportait l'obstacle à la partie inférieure du pharynx; il accusait, en outre, un peu de douleur au niveau de l'épaule droite. La face était pâle, bouffie, elle paraissait légèrement œdémateuse; ces caractères, joints à un certain degré d'exophtalmie, et à la dilatation extrême des narines pendant l'inspiration, donnaient à la physionomie une expression de souffrance et de détresse. La veine jugulaire droite était très-distendue, ainsi que les veines de la cavité axillaire correspondante; mais la distension des vaisseaux veineux était surtout marquée sur la paroi abdominale antérieure: deux veines qui suivaient le trajet de l'artère épigastrique présentaient des sinuosités remarquables de chaque côté de la ligne blanche: elles étaient turgides, et atteignaient le volume d'une plume de cygne.

Cet état de la circulation veineuse, qui indique ordinairement un obstacle dans les cavités droites du cœur, me parut démontrer, avec une pleine et entière évidence, que nous avions affaire à une affection cardiaque. L'autopsie nous a fait voir que la lésion ne siégeait pas dans le cœur, mais bien dans le poumon droit, qui était presque imperméable au sang; le sang noir rencontrait donc un obstacle à sa sortie du ventricule, puisque, du côté droit, il ne pouvait arriver qu'en très-

faible proportion au poumon. N'oubliez donc pas, messieurs, que, si la stase veineuse nous révèle l'existence d'un obstacle dans les voies centrales du sang noir, elle ne nous indique point le siège exact de l'obstruction : il se peut même que la lésion occupe le cœur gauche. Quant aux sinuosités des veines abdominales, plusieurs auteurs les ont signalées ; un remarquable exemple de cette disposition a été rapporté par le docteur Wright (de Baltimore), dans ses *Contributions à la pathologie cardiaque* ; Renaud a cité un autre fait, dans lequel l'oblitération de la *veine cave* avait amené la dilatation des veines pariétales, chargées d'une circulation supplémentaire.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que notre malade était constipé ; il avait parfois des coliques. L'urine était rare et haute en couleur ; l'appétit était perdu ; la soif n'était pas très-vive ; la langue était nette ; le pouls, à 100, était régulier et dépressible.

Examen de la poitrine. — Les espaces intercostaux du côté gauche sont plus distincts, plus enfoncés que ceux du côté droit ; ils se dilatent beaucoup plus pendant l'inspiration ; quoique moins marqués à droite, ces espaces ne sont ni effacés ni même distendus. La moitié droite de la poitrine donne à la mensuration un demi-pouce de moins que la gauche.

Percussion. — A gauche, en avant, sonorité normale jusqu'à la distance d'un pouce de la ligne médiane du sternum ; là, le son devient mat. En arrière, la résonance est naturelle. A droite, matité absolue dans tous les points.

Respiration. — Elle est puérile dans toute l'étendue du côté gauche, sauf au voisinage de la ligne médiane du sternum ; là elle prend le caractère trachéal. Cette respiration trachéale existe aussi dans une grande partie du côté droit, en avant ; au niveau du mamelon, elle est éclatante et très-nette ; immédiatement au-dessous, elle est plus faible ; un peu plus bas, elle disparaît entièrement. A droite et en arrière, la respiration ne présente pas, à beaucoup près, le même éclat ni le même timbre trachéal ; quelques-unes des personnes qui ont ausculté ce malade trouvaient plutôt dans ces points une respiration bronchique ; du reste, près de la colonne vertébrale, le caractère bronchique du bruit respiratoire est évident. On n'entend aucun râle.

Voix. — Dans la partie antéro-inférieure du côté droit, la voix est résonnante ; elle est très-analogue, sinon identique, à la bronchophonie ; partout ailleurs l'auscultation de la voix donne des résultats normaux.

Cœur. — Il n'est pas déplacé ; les bruits cardiaques sont transmis sur une grande étendue ; on les entend sous les deux clavicules et dans toute l'étendue du côté droit.

Pendant l'acte de la respiration, le côté droit de la poitrine est beaucoup moins mobile que le gauche ; les vibrations produites par la voix sont plus faibles à droite qu'à gauche.

Ces phénomènes physiques persistent sans modification jusqu'à la mort ; toutefois la respiration bronchique finit par disparaître à droite, sauf en un point voisin de la colonne vertébrale ; on n'entendit plus alors dans la poitrine qu'un sifflement trachéal, qui masquait tous les autres bruits.

Lorsque John Keating nous arriva le 1^{er} mai, il avait le ventre parfaitement normal ; le foie n'était pas augmenté de volume ; mais, au bout de quelque temps, cet organe fut atteint ; il dépassait ses limites naturelles, et formait une tumeur dure dans l'hypochondre et à l'épigastre. Alors aussi les selles se décolorèrent, et le malade devint jaune. La coloration ictérique n'était pas très-foncée ; je ne puis mieux la comparer qu'à la teinte du citron.

Un autre phénomène remarquable apparut avant la mort : toutes les fois que le malade essayait de prendre la position horizontale, on entendait dans sa poitrine un sifflement éclatant, et la suffocation devenait imminente. La dysphagie fit aussi quelques progrès, mais elle ne fut jamais très-prononcée. L'insomnie l'impossibilité de garder la position couchée, l'insuffisance de l'hématose et la dyspepsie réduisirent peu à peu ce malheureux à un état pitoyable ; l'œdème de la face et du cou augmentait de jour en jour. Les paupières, transparentes et distendues par une sérosité jaunâtre, étaient tellement gonflées, qu'elles fermaient complètement les yeux ; enfin, le 15 juillet, la mort vint mettre un terme à cette longue scène de souffrances ; quelques instants avant sa fin, le malade avait été pris d'une violente douleur abdominale, à laquelle il était sujet depuis quelque temps.

Nous avons constaté, en outre, que cet homme portait trois tumeurs qui, dans les derniers jours, avaient fait de rapides progrès. Elles étaient situées immédiatement sous la peau, qui avait conservé sa coloration normale ; elles étaient unies, de forme ronde ; le 1^{er} mai, elles ne dépassaient pas le volume d'une noix ; mais, à la mort du malade, elles avaient atteint les dimensions d'une orange. D'abord légèrement mobiles, elles étaient devenues complètement fixes, et elles n'avaient jamais donné lieu à aucune douleur ; les premiers temps, elles nous

avaient paru solides, mais elles étaient devenues peu à peu élastiques et rénitentes, comme si elles étaient constituées par une enveloppe résistante, distendue par un liquide. L'une de ces tumeurs occupait le front, l'autre une des branches de la mâchoire inférieure ; la troisième siégeait au voisinage des apophyses épineuses lombaires.

Voici quels ont été les résultats de l'examen cadavérique :

Thorax. — Le poumon gauche en collapsus est parfaitement sain. Le poumon droit, ou, pour mieux dire, le contenu de la cavité droite du thorax, adhère complètement à la paroi, au moyen d'adhérences serrées qui unissent les deux feuillets de la plèvre. Cette membrane est excessivement épaissie et très-dense. A la place du poumon droit existe une masse solide pesant plus de six livres (2220 grammes) ; la surface en est irrégulière et présente quelques nodosités. Cette masse remplit complètement la cavité thoracique droite, mais elle ne fait pas assez de saillie entre les côtes pour distendre notablement les espaces intercostaux ; elle empiète sur la moitié gauche de la poitrine, elle s'étend un peu au delà de la ligne médiane, et dérobe presque complètement à la vue le péricarde, les gros vaisseaux et la trachée. On eut beaucoup de peine à extraire cette tumeur, en raison de ses adhérences ; on trouva sur un point de sa face postérieure un petit reste de tissu pulmonaire qui était à peu près imperméable à l'air. Cette masse solide était partout homogène et de la même consistance ; elle avait une couleur blanche légèrement altérée par la teinte de la bile ; elle offrait une certaine résistance, et ressemblait parfaitement à un cerveau artificiellement durci.

Chaque section pratiquée dans cette masse donnait lieu à un suintement liquide du tissu encéphaloïde ; la pression augmentait l'abondance de cet écoulement ; en fait, il était évident que la matière cérébriforme entraît pour une grande proportion dans les éléments cellulux ou autres qui donnaient à la tumeur sa fermeté et sa solidité apparentes. En arrière la tumeur présentait la disposition lobulée ; on y trouvait quelques petits kystes remplis de sérosité jaunâtre. La bronche droite, dont le calibre était notablement diminué, pouvait être suivie à une petite distance dans l'épaisseur de la masse morbide ; le cœur était pâle, un peu atrophié ; la partie inférieure en était seule visible ; la base était recouverte par la tumeur, dans l'intérieur de laquelle les gros vaisseaux semblaient s'enfoncer.

Contrairement à notre attente, le volume du foie était parfaitement naturel ; mais la vésicule, énormément distendue par de la bile, était

au moins trois fois aussi grosse qu'à l'état sain. La tuméfaction apparente du foie tenait à l'abaissement de l'organe, déprimé par la tumeur thoracique. Une masse, composée de la réunion de plusieurs petites tumeurs, remplaçait la plupart des glandes mésentériques ; cette masse avait le volume des deux poings. Elle était formée par de la matière encéphaloïde semblable à celle de la poitrine, et paraissait provenir de la dégénérescence des ganglions du mésentère. Cette tumeur refoulait en haut l'arc transverse du côlon, tandis qu'elle déprimait l'intestin grêle ; elle comprimait le canal cholédoque de manière à empêcher complètement l'arrivée de la bile dans le duodénum, et, par ses parties latérales, elle s'étendait jusqu'aux reins, sur lesquels elle exerçait une certaine pression. La substance du foie était saine, mais elle était verte et injectée par de la bile.

Tels sont les détails les plus importants de ce fait remarquable, qui a été la honte et l'opprobre de la science du diagnostic ; je n'ai pas besoin de vous rappeler en effet que le docteur Stokes et moi nous sommes complètement fourvoyés. J'ai oublié de vous dire que, dans les derniers jours, on entendait parfois un bruit de soufflet très-éclatant au côté droit du cœur. Un anévrysme, une pleurésie circonscrite, une hypertrophie du cœur, une pleuropneumonie avec hépatisation persistante, l'induration du poumon par des tubercules, toutes ces lésions et bien d'autres encore furent successivement mises en cause. Quant à moi, j'abandonnai bientôt la tâche difficile de concilier les phénomènes observés avec l'une des affections que j'avais supposées d'abord ; et dans les derniers temps, malgré l'erreur positive que j'avais commise lorsque que ce malade entra dans mon service, je m'étais résigné à renoncer au diagnostic. Or, il est pour le moins étrange que la présence des tumeurs extérieures n'ait pas éveillé nos soupçons sur la véritable interprétation de ce fait ; quoique nous n'ayons pas pu en pratiquer la dissection, il est bien certain qu'elles étaient de même nature que les productions internes. La vérité est que ces tumeurs n'ont servi qu'à me plonger plus avant dans l'erreur, car je les ai prises pour des formations scrofuleuses. Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré de rechercher quels peuvent être, dans un cas de ce genre, les éléments d'un diagnostic certain ; déjà nous sommes fixés sur la valeur de quelques-uns de ces signes, mais nous avons besoin d'autres faits, avant de pouvoir décrire avec précision l'histoire symptomatique de l'affection cancéreuse des poumons (1).

(1) Depuis lors, cette histoire a été admirablement tracée par le docteur Stokes,

M. Stokes et moi avons rapporté un cas de tumeur encéphaloïde de la poitrine, dans le cinquième volume des *Dublin medical Reports* et le docteur Houston m'en a communiqué une autre observation, dont je vais vous lire le résumé : « Feu le professeur Todd a donné au musée du Collège royal des chirurgiens une pièce qui se rapporte à une lésion rare des pounons; malheureusement les renseignements font presque entièrement défaut, car le malade était mourant lorsqu'on l'a apporté à l'hôpital. On sait seulement que le début du mal remontait à plusieurs années; que cet homme n'avait jamais éprouvé de bien vives douleurs; que les traits dominants de son affection avaient été une dyspnée croissante, une toux sèche et pénible, qui augmentait sous l'influence du froid ou du travail; que, dans les derniers temps de la vie, le côté droit de la poitrine était devenu plus volumineux que le gauche; on sait enfin que le malade était âgé de vingt ans environ.

« L'autopsie a été faite quelques heures après la mort : les deux

dans son excellent travail sur le *Diagnostic des cancers du poumon et du médiastin* (XXI^e volume du *Dublin medical Journal*, 1^{re} série). (L'AUTEUR.)

Cette transformation presque totale d'un poumon en matière encéphaloïde paraît se rapporter à la variété décrite par Laennec sous le nom d'*infiltration cancéreuse*; il paraît ne l'avoir jamais observée, mais Stokes la regarde comme une des formes les plus fréquentes.

Comme on le sait, le cancer pulmonaire est presque constamment composé de tissu encéphaloïde; c'est à peine si l'on rencontre de temps en temps quelques tumeurs squirrheuses ou colloïdes, et les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer à cet égard les assertions de Laennec; je rappellerai seulement que l'encéphaloïde du poumon présente parfois dans sa structure certaines modifications qui peuvent le rendre au premier abord méconnaissable : telles sont, entre autres, l'infiltration pigmentaire (*Cancer melanodes*) et l'ossification de la trame celluleuse, sur laquelle Rokitansky a tout particulièrement appelé l'attention.

Je n'ai pas besoin, sans doute, de faire remarquer combien le fait rapporté par Graves est intéressant au point de vue de la symptomatologie du cancer du poumon. Le diagnostic n'avait pas été porté pendant la vie du malade; par conséquent aucune idée préconçue n'a pu influencer sur la rédaction de l'observation; or, en fait, nous trouvons ici tous les symptômes que Hughes, Stokes et Walshe ont donnés comme caractéristiques dans leurs travaux ultérieurs. J'ai surtout en vue en ce moment les hémoptysies, les œdèmes partiels, la dilatation variqueuse des veines superficielles du cou et de l'abdomen.

Rokitansky, *Zu den Osteoidgeschwulsten* (*Wochenbl. der Zeits. der k. k. Ges. der Aerzte zu Wien*, 1857).

Marshall Hughes, *On the cancer of the lungs* (*Guy's hospital Reports*, 1841).

Stokes, *Researches on the pathology and diagnosis of cancer of the lungs and mediastinum* (*Dublin medic. Journal*, 1842).

Walshe, *On the nature and treatment of cancer*. London, 1846. (Note du TRAD.)

poumons étaient altérés, mais le droit était profondément modifié dans sa structure. Des tumeurs de grosseurs diverses, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une orange, étaient disséminées dans le parenchyme, de sorte qu'elles l'avaient presque entièrement fait disparaître. Les grosses bronches, quelques débris de tissu pulmonaire autour des tumeurs les moins volumineuses, un petit fragment du lobe supérieur, voilà tout ce qui restait du poumon. Toutes ces tumeurs étaient enkystées; elles consistaient en une matière glaireuse, épaisse, blanchâtre, semblable à du pus, contenue dans une fine trame celluleuse. Ce tissu cellulaire provenait de la face interne du kyste; c'est de ce tissu que dépendait la consistance de la tumeur: lorsqu'on la coupait, elle conservait sa forme. Toutes les masses morbides du poumon, depuis leur début jusqu'à leur développement complet, présentaient les mêmes caractères; seulement les grosses tumeurs tendaient à se réunir et à se fusionner, et elles renfermaient une proportion de liquide relativement plus considérable. Au moyen de la malaxation ou de la macération, on pouvait débarrasser la trame celluleuse de tout le liquide qui y était infiltré. On conserve dans le musée une préparation de ce genre: on y voit dans tous leurs détails le kyste et le tissu cellulaire qui constituaient le squelette de ces tumeurs.

« Sur tous les points de son étendue, la masse morbide adhérait aux parois de la poitrine; ayant acquis un volume plus considérable que celui de la cavité dans laquelle elle était renfermée, elle avait refoulé les espaces intercostaux, le médiastin et le cœur. La lésion était moins avancée dans le poumon gauche que dans le droit; des deux côtés, elle était plus développée dans le lobe inférieur. »

J'ajouterai en terminant que le musée du Collège des chirurgiens possède une moitié du poumon cancéreux de Keating; l'autre moitié est conservée dans le musée de Park-street.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON.

PNEUMOTHORAX. — PNEUMATOSE.

Observation de pneumothorax à marche lente. — Sécrétion gazeuse de la plèvre. —

Pneumothorax essentiel. — Opinion de l'auteur. — Observations à l'appui. — Discussion de la doctrine de Williams.

Pneumatose. — Caractères distinctifs de la pneumatose péritonéale et de la pneumatose intestinale. — Emphysème spontané du tissu cellulaire sous-cutané.

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui a succombé à une affection pulmonaire d'un grand intérêt. Cet homme, nommé Michaël Irwin, portait une lésion complexe du poumon ; or, malgré l'étendue et la multiplicité des ravages qu'elle a commis, le docteur Houghton en a décrit toutes les particularités, avec une précision parfaite, dans le sixième volume du *Dublin medical Journal*, et cela six mois avant la mort du malade. Hier, nous avons vérifié l'exactitude des descriptions de M. Houghton, et je dois dire que cette connaissance parfaite de l'auscultation lui fait le plus grand honneur ; les partisans du stéthoscope trouveront dans ce fait une démonstration nouvelle de la puissance et de l'utilité de cette méthode d'investigation.

Chez Michaël Irwin, nous n'avons pas trouvé moins de cinq ou six lésions dans les poumons et leurs annexes ; toutes ces altérations que l'autopsie nous a révélées le 24 janvier 1833 ont été décrites dans un mémoire qui date des premiers jours de juin 1832. Peut-on demander une preuve plus saisissante de la certitude des signes stéthoscopiques ? Qui donc, il y a une quinzaine d'années, aurait osé s'aventurer à préciser le diagnostic des lésions, dans les affections obscures de la poitrine ? C'est pourtant ce qui a été fait ici, et aucune des modifications pathologiques n'avait échappé à la sagacité de l'observateur.

Ceux de vous qui ont lu le travail du docteur Houghton se souviennent sans doute des lésions qu'il annonçait : affection de la plèvre gauche qui contient de l'air et du pus ; compression du poumon de ce côté ; cavernes tuberculeuses et fistules qui les font communiquer avec la cavité pleurale ; tuberculisation du poumon droit. La dissection a pleinement confirmé toutes ces assertions. Le côté gauche de la poitrine donnait à la mensuration un pouce ou un pouce un quart (2^c,5 à 3 centimètres) de moins que le côté droit. La cavité pleurale gauche contenait un peu d'air qui s'échappa à l'ouverture du thorax, et environ deux pintes (950 grammes) de pus. En insufflant le poumon au moyen d'un soufflet dont l'extrémité était introduite dans la trachée, on voyait l'air s'élever en forme de bulles à travers le liquide renfermé dans la plèvre. Le feuillet costal était très-épais, cartilagineux ; sa face interne était tomenteuse ; le feuillet pulmonaire présentait les mêmes caractères. Le poumon était comprimé de haut en bas ; en arrière et au sommet, il adhérait à la paroi thoracique à deux pouces de la colonne vertébrale. Le lobe supérieur était creusé de cavernes tuberculeuses ; un peu plus bas, au niveau de l'angle du scapulum, existaient deux ouvertures fistuleuses séparées l'une de l'autre par une distance d'un pouce environ. En avant, vers l'origine du cartilage de la troisième ou de la quatrième côte, on voyait un autre orifice, plus large que les autres.

Le poumon droit était rempli de tubercules. Le cœur occupait la ligne médiane ; il était donc légèrement déplacé vers la droite ; il était quelque peu augmenté de volume ; les deux ventricules, mais surtout le droit, étaient dilatés. Sur la surface du foie était une vieille cicatrice qui pénétrait dans l'épaisseur de l'organe ; le tissu hépatique était un peu décoloré. Il y avait quelques ulcérations dans l'iléum ; le cæcum en présentait quelques-unes qui étaient très-étendues.

En résumé, vous avez ici des affections multiples provenant de l'inflammation scrofuleuse et de la tuberculisation du poumon gauche : des cavités remplies de pus se sont formées aux dépens du parenchyme pulmonaire ; de ces cavités sont nées des fistules qui se sont ouvertes dans la plèvre ; de là une inflammation des plus violentes qui a converti la séreuse en cette masse épaisse que je vous montre ici. Si vous disséquiez avec soin cette membrane, vous verriez que cet épaissement est dû à des dépôts successifs de lympho-coagulable. C'est en effet le propre des séreuses enflammées que de sécréter à leur surface de minces couches plastiques ; celles-ci se superposent comme les feuillets d'un livre,

et contractent, chacune à leur tour, de solides adhérences avec la membrane génératrice. Il est rare qu'un épaissement un peu considérable provienne de dépôts interstitiels; dans ce dernier cas, je ne crois pas que l'accroissement en épaisseur puisse dépasser une ligne. Indépendamment de ces lésions remarquables, vous trouvez de l'air et du pus dans la cavité pleurale à laquelle aboutissent trois conduits fistuleux; selon toute probabilité, ces conduits partent de trois cavernes pulmonaires, qui communiquent avec les bronches.

En fait, messieurs, nous voyons ici un exemple de *pneumothorax*. Vous savez qu'on désigne ainsi une affection caractérisée par la présence de l'air dans la cavité de la poitrine, qui ne doit pas en contenir à l'état normal. Je n'ai pas besoin d'ajouter que j'entends ici par la cavité de la poitrine le sac pleural. Je ne me serais pas arrêté sur le nom de cette affection, si le docteur Elliotson n'avait pas fait observer, dans ses leçons, que ce nom est contraire aux règles de la composition des mots grecs, et qu'on devrait dire *pneumothorax*; je continuerai néanmoins à me servir de l'ancienne désignation : c'est par euphonie que nous avons retranché la lettre *t*; et d'ailleurs ce nom a été consacré par l'illustre Laennec, qui l'a créé (1).

Un des traits les plus remarquables de la maladie d'Irwin est assurément sa longue durée. Cet homme est pris de symptômes de pneumothorax au mois de juillet 1831, et il meurt en janvier 1833, c'est-à-dire un an et demi après le début de l'affection. A trois reprises différentes, savoir : en juillet 1831, le 2 décembre de la même année, et le 26 septembre 1832, il a éprouvé une attaque caractérisée par de la fièvre et de la douleur; ces phénomènes indiquaient qu'un nouveau travail morbide se faisait dans les poumons, et ce travail, comme nous l'avons vu depuis, c'était la formation des ouvertures fistuleuses. La première de ces exacerbations eut lieu, comme je vous l'ai dit, en juillet; après que ces accidents aigus se furent amendés, les choses reprirent leurs allures ordinaires jusqu'au mois de décembre. A ce moment-là, une nouvelle fistule se forme; mêmes manifestations symptomatiques. Le 26 septembre de l'année suivante, la troisième ouverture s'établit; et tous ces phénomènes ont été parfaitement indiqués par le docteur Houghton. On ne peut douter que les jours désignés par lui n'aient

(1) Ce n'est point Laennec qui a créé la dénomination de *pneumothorax*; c'est Itard qui a le premier étudié avec quelques détails les collections de gaz dans la poitrine. Voici le titre de son travail : *Dissertation sur le pneumothorax ou les congestions gazeuses qui se forment dans la poitrine*, thèse de Paris, 1803. (Note du TRAD.)

réellement correspondu à la formation des fistules pleuro-pulmonaires.

Si vous cherchez ce qu'est devenu le poumon, vous le trouvez réduit à une lame mince accolée au médiastin ; il a été refoulé d'avant en arrière ; la plèvre et son contenu occupent seuls le sommet de la poitrine. Cette disposition vous rend compte de la matité qui existait en arrière entre les angles des côtes de la colonne vertébrale, c'est-à-dire au niveau des points occupés par le poumon carnifié. L'existence de conduits fistuleux qui établissaient une communication entre la plèvre et les bronches, explique la présence de la respiration bronchique à leur niveau ; là, en effet, nous percevions le son produit par le passage de l'air dans les grosses bronches. C'est également au niveau des fistules pleurales que le *tintement métallique* était le plus remarquable pendant la vie ; vers l'ouverture antérieure, on entendait parfois le *bourdonnement amphorique*.

Chez ce malade, l'air arrivait dans la plèvre par les ouvertures fistuleuses communiquant avec les canaux bronchiques.

C'est là, je dois le dire, la forme ordinaire du pneumothorax, mais ce n'est pas la seule forme possible. Quoique beaucoup d'écrivains aient révoqué en doute la possibilité du fait mon expérience m'a porté à admettre que de l'air peut-être *sécrété* dans la cavité pleurale. Andral avait d'abord accepté ce mécanisme du pneumothorax, mais je crois que depuis lors il a changé d'opinion ; car, dans des leçons publiées par le *Medical Times* (1847), il déclare que l'air contenu dans une cavité close ne peut y arriver que par rupture. Je ne saurais partager cette manière de voir, et voici ce que je crois être la vérité. Lorsque, pour une cause quelconque, un individu a éprouvé des pertes de sang considérables, ce liquide renferme une proportion anormale de gaz, parce que la nature, pour maintenir le système vasculaire à un degré de plénitude convenable, y introduit des fluides aériformes ; or, *cet air peut être sécrété en un point quelconque du corps*.

Depuis Jean-Pierre Frank, qui a traité ce sujet avec son habileté ordinaire, dans le sixième livre de son œuvre célèbre : *De curandis hominum morbis*, peu d'auteurs ont consacré une attention suffisante à cette classe d'affections ; et pourtant nous connaissons beaucoup mieux aujourd'hui les lois qui régissent la diffusion des gaz et leur passage à travers les tissus vivants, nous sommes mieux renseignés sur le mécanisme des sécrétions, soit à l'état sain, soit à l'état morbide, et nous serions à même d'élucider cette importante question. Malheureusement

ce travail n'est point fait encore ; d'ici là, je vous renvoie aux excellentes observations de Frank.

Le temps me manque pour aborder ici la pathologie générale de la pneumatose, et je dois me borner à vous présenter quelques remarques. Je vous ai déjà dit que, dans les publications les plus récentes, l'existence du pneumothorax *simple* est à peine admise. Dans un article du *Cyclopædia of practical medicine*, Houghton s'exprime ainsi au sujet du pneumothorax par sécrétion gazeuse : « Cette variété n'a pas été formellement établie par les observateurs qui ont succédé à Laennec ; c'est uniquement d'après lui et d'après Andral que je la mentionne ici ; ce dernier en a rapporté un exemple, mais l'existence d'une *sécrétion* de gaz n'y est pas parfaitement prouvée. »

A quoi je répondrai tout d'abord que Laennec et Andral ne sont pas les seules autorités qu'on puisse invoquer en faveur du pneumothorax simple ; il y a longtemps déjà que Frank a rapporté un fait dans lequel la paracentèse de la poitrine fut pratiquée pour donner issue à du pus qu'on supposait accumulé dans la cavité pleurale ; mais il ne sortait qu'une grande quantité de gaz : *ne guttula quidem puris, sed aer cum strepitu prorupit*. Le malade guérit parfaitement. Et, en vérité, on ne voit pas pourquoi une sécrétion morbide de la plèvre ne pourrait pas donner lieu à une collection de gaz dans la cavité séreuse de la poitrine, de la même façon que cela a lieu si fréquemment, comme vous le savez, dans la cavité péritonéale. Les faits que je vous ai rapportés me semblent démontrer qu'il existe un pneumothorax dans lequel l'air contenu dans la plèvre ne provient ni de l'air extérieur, à travers une fistule pleuro-bronchique, ni de la décomposition des liquides épanchés dans une pleurésie, mais d'une sécrétion gazeuse directe de la séreuse ; cette sécrétion est la conséquence d'une inflammation subaiguë. Frank rapporte des faits très-démonstratifs pour prouver que le tissu cellulaire sous-cutané (dont les produits inflammatoires sont semblables à ceux des séreuses) peut, lorsqu'il est légèrement enflammé, sécréter des gaz et donner lieu par là à l'emphysème ; conséquemment, il n'est point téméraire d'attribuer un résultat identique à certaines inflammations lentes de la plèvre (1).

Je fus un jour mandé par le docteur Dwyer pour voir un jeune

(1) Les conditions assignées par Graves à la production d'un pneumothorax essentiel et primitif sont déjà plus acceptables que l'opinion de Laennec ; ce dernier admettait, comme on le sait, la possibilité d'une exhalation gazeuse dans la plèvre, indépendamment de toute altération du poumon et de sa membrane d'enveloppe : « Enfin, dit-il,

homme qui avait un léger mouvement fébrile accompagné de toux. L'auscultation et la percussion démontraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était sur la limite de l'hépatisation ; on percevait en effet, à ce niveau, de la matité, de la respiration bronchique, du râle crépitant très-obscur et de la bronchophonie. La matité n'existait sur aucun autre point du poumon gauche ; loin de là, la partie antéro-inférieure donnait à la percussion une sonorité exagérée, surtout dans la partie occupée normalement par le cœur. Il était clair que l'inflammation du lobe inférieur n'était compliquée d'aucun épanchement liquide. Aussi étions-nous grandement surpris de trouver le cœur déplacé ; il battait tout auprès du mamelon du côté droit.

Si ce déplacement eût été dû à un épanchement pleural du côté

un fluide aériforme peut être exhalé dans la cavité de la plèvre, et sans qu'il y ait ni solution de continuité, ni altération visible de cette membrane, ni aucun épanchement quelconque dans sa cavité. Il n'est souvent arrivé, en ouvrant des sujets dont les poumons étaient tout à fait sains, d'entendre sortir avec sifflement une quantité plus ou moins considérable de gaz ordinairement inodore, et de trouver cependant la plèvre tout à fait saine. » (*Loc. cit.* II, p. 556.) Graves ne va pas si loin, et il attribue la sécrétion à une inflammation subaiguë de la plèvre. Or, dans les cas de ce genre, la production de gaz n'est déjà plus un phénomène primitif, et elle doit être attribuée à la décomposition d'une partie des substances albumineuses épanchées. Quant au fait rapporté par l'auteur, et dans lequel il n'y avait, selon toute apparence, aucune espèce d'épanchement dans la cavité pleurale, je ne le crois pas suffisamment probant, et je montrerai qu'il est susceptible d'une toute autre interprétation.

Il semblerait, au premier abord, que les cas de pneumothorax terminés par la guérison sont un puissant argument en faveur de l'existence d'une production spontanée de gaz par la plèvre ; toutefois je ferai remarquer que, dans ces cas là, l'état de la plèvre et du poumon n'a pu être vérifié ; ces faits perdent, par cela même, une grande partie de leur valeur ; mais d'ailleurs je n'en ai pas rencontré un seul qui soit assez net, assez dégagé de toute complication pour trancher définitivement la question. Pour m'en tenir aux observations les plus récentes, je vois, dans le fait rapporté par Legendre (*Union médicale*, 1855), une femme de vingt-huit ans être prise de pneumothorax au milieu d'une santé parfaite ; l'examen de la poitrine ne révèle à aucun moment l'existence d'un épanchement liquide ; au bout de deux mois et demi la malade est guérie, mais elle conserve un peu de toux. Jusqu'ici tout semble réuni pour justifier l'idée d'un pneumothorax simple et primitif ; malheureusement, l'observation est terminée par ce renseignement : deux ans plus tard, cette femme présentait des signes non douteux de tubercules pulmonaires. Il est donc fort probable que chez cette malade le pneumothorax a été le résultat du ramollissement d'un tubercule sous-pleural, dont le produit aura été versé dans la cavité séreuse. C'est de cette façon que M. Andral a interprété la XXXIX^e observation de Laennec, en se fondant sur la présence de tubercules dans les poumons ; d'ailleurs cette observation n'était déjà plus aussi nette, puisque l'épan-

gauche, le liquide aurait dû être très-abondant : *il aurait nécessairement occupé la région précordiale et l'espace laissé libre par le refoulement du cœur de gauche à droite.* Je n'ai pas besoin de vous dire que le cœur ne peut être ainsi refoulé à droite par un épanchement pleurétique gauche, sans que nous constations une matité étendue et les autres signes physiques d'un empyème dans la région antéro-inférieure gauche du thorax. Personne n'a jamais vu le cœur repoussé à droite par un liquide, sans avoir noté en même temps l'existence de ces phénomènes physiques dans une étendue considérable du côté gauche de la poitrine.

Or, chez le jeune homme dont je vous parle, le cœur était déplacé et

chement d'air avait été précédé de pleurésie. Il est extrêmement probable que les choses se sont passées de la même façon chez le malade dont Biermer nous a rapporté l'histoire dans son intéressant travail sur le pneumothorax ; le début de l'accident a été rapide et soudain, la marche de l'affection a été des plus bénignes, bien que l'épanchement de gaz se soit compliqué d'un épanchement liquide ; au bout de sept semaines la guérison était complète. Mais l'auteur a soin de nous dire, en nous faisant connaître les antécédents de son malade, qu'il avait été soigné à plusieurs reprises pour une tuberculisation pulmonaire au début. Je dois ajouter que Biermer rapporte ce fait pour prouver la possibilité de la guérison du pneumothorax, et non point pour établir la réalité du pneumothorax spontané et primitif.

Le sujet de l'observation de M'Dowel (c'est également un cas de guérison) ne paraît pas avoir été tuberculeux. Il était d'une bonne santé habituelle, mais il toussait depuis deux mois, lorsque, pendant un éclat de rire, il fut pris d'une douleur vive dans le côté gauche du thorax. Il n'entra à l'hôpital que huit jours après, et l'on constata alors tous les signes d'un pneumothorax ; l'amélioration fut très-rapide ; mais lorsqu'on entendit revenir le bruit respiratoire normal dans le côté affecté, on constata en même temps un bruit de frottement ; trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade en sortait guéri. Ici, de même que dans les observations de Ferrari, de Ricker, de Ranking, je crois que l'on peut rapporter l'épanchement de gaz dans la plèvre à la rupture de quelques lobules emphyémateux. La nature de cette cause rend très-bien compte et de la soudaineté et de la bénignité des accidents.

En résumé, et abstraction faite de ces cas exceptionnels dans lesquels on peut invoquer le développement de gaz dans les liquides épanchés, l'existence du pneumothorax simple et primitif n'est point encore nettement démontrée.

Biermer. *Zur Heilungsgeschichte und Diagnose des Pneumothorax* (Würzburger medicinische Zeitschrift, 1860).

M'Dowel, *On an unusual form of pneumothorax* (Dublin hosp. Gazette, 1856).

Ferrari, *Pneumothorax guéri par la ponction* (Gazette méd. de Paris, 1856).

Ricker, dans *Wiener mediz. Wochenschrift*, 1860 (citation empruntée à Biermer).

Ranking, *A remarkable case of pneumothorax and dissecting aneurism of the aorta* (British med. Journ., 1860).

(Note du TRAD.)

nous ne trouvions pas un seul des signes d'un épanchement liquide à gauche. Quelques-uns des médecins qui avaient examiné ce malade émirent l'opinion que le refoulement du cœur était dû à la distension de l'estomac par des gaz. Mais les rapports anatomiques de ces deux organes ne permettent pas d'accepter cette interprétation ; pour ma part, j'ai observé un grand nombre de cas de tympanite gastro-intestinale, et je n'ai jamais constaté le moindre changement dans la position du cœur, même lorsque le ventre était très-distendu. Du reste, l'innanité de cette opinion nous fut bientôt démontrée ; au bout de deux jours, le ventre était tombé, il était souple et mou, et le déplacement du cœur persistait encore.

Voici quelle est, à mon sens, la seule interprétation possible de ce phénomène : le cœur était refoulé par des gaz sécrétés dans la cavité pleurale gauche ; cette sécrétion était le résultat d'une pleurésie légère qui compliquait l'inflammation pulmonaire. Les signes physiques auxquels devait donner lieu une telle altération étaient précisément ceux que nous observions ici. Notez, en outre, que la phlegmasie parenchymateuse se termina par résolution après avoir parcouru ses phases habituelles, et que le cœur revint à sa position normale plusieurs jours avant que la résolution fût complète ; nous pouvons aisément nous rendre compte de ce fait en admettant, supposition toute naturelle, que l'absorption de l'air épanché devait être beaucoup plus facile et beaucoup plus rapide que le retour du tissu pulmonaire à ses conditions naturelles.

Voici ce que nous dit un écrivain contemporain à propos du pneumothorax :

« Trois ordres de causes peuvent donner naissance au pneumothorax. Il peut être le résultat d'une pleurésie partielle. Nous avons dit que, lorsqu'un épanchement pleurétique a longtemps comprimé le poumon, et que cette compression a été maintenue par une fausse membrane rigide, l'absorption du liquide laisse un vide que la dépression des parois de la poitrine est parfois impuissante à combler ; il arrive souvent alors que ce vide est rempli par de l'air sécrété par les membranes. Nous avons vu deux exemples de pneumothorax partiel ainsi produit. Tous les deux occupaient à peu près la moitié du sac pleural : dans un cas, c'était la moitié supérieure ; dans l'autre, la moitié inférieure. Chez ces deux malades, le poumon était enveloppé d'une membrane fibro-cartilagineuse très-épaisse, et il occupait une région contiguë à l'espace vide. Chez tous les deux également il y avait une légère

dépression de la paroi thoracique. Cette variété de pneumothorax est très-rare.

« Il est une autre espèce de pneumothorax qu'on pourrait appeler idiopathique ; elle provient de l'effusion ou de la sécrétion de gaz dans la cavité pleurale, en l'absence de toute perforation. Cette forme est exceptionnelle. On dit qu'on l'observe quelquefois vers la fin des maladies mortelles, de même que la tympanite péritonéale. Nous n'avons jamais rencontré de cas de ce genre ; du moins les signes du pneumothorax n'étaient pas appréciables pendant la vie ; mais il nous est arrivé plusieurs fois, dans les autopsies, de voir une certaine quantité d'air s'échapper de la plèvre à l'ouverture de la poitrine, quoique nous ne pussions découvrir aucune perforation. Il se pourrait qu'après la mort les liquides animaux dégagent des gaz dont la quantité augmente dans le poumon en vertu de l'exosmose. La facilité avec laquelle les fluides aériformes traversent les membranes privées de vie vient à l'appui de cette manière de voir. D'un autre côté, Hudson, Graves et d'autres auteurs disent avoir observé un pneumothorax passager au début de quelques pneumonies ; mais comme, dans ces cas-là, le principal signe de l'épanchement gazeux était une sonorité exagérée à la percussion, nous croyons qu'il s'agissait tout simplement d'un son trachéal ou amphorique, produit par la solidification du lobe inférieur du poumon. » (*Library of medicine*, vol. II, p. 129.)

Vous voyez par cette citation que le docteur Williams semble admettre involontairement l'existence d'un pneumothorax par sécrétion gazeuse ; car il nous dit que, « lorsqu'un épanchement pleurétique a longtemps comprimé le poumon et que cette compression a été maintenue par une fausse membrane rigide, l'absorption du liquide *laisse un vide* que la dépression des parois de la poitrine est parfois impuissante à combler ; il arrive *souvent alors* que ce vide est rempli par de l'air sécrété par les membranes ». Il est évident que l'auteur accorde aux membranes la propriété de sécréter *quelquefois* des gaz dans certaines conditions données, pour remplir un vide laissé par l'absorption du liquide ; il aurait même pu ajouter que, dans tous les cas où la disparition du liquide n'est pas suivie d'une dépression de la paroi thoracique ou du retour du poumon à son expansibilité normale, l'espace primitivement occupé par l'épanchement se remplit de gaz sécrétés par la plèvre. Cette précaution de la nature est d'une grande sagesse ; il est bien clair, en effet, que l'existence d'un vide entre le poumon comprimé et la paroi de la poitrine est totalement

incompatible avec les lois bien connues de la pression atmosphérique.

Quant à l'objection que Williams formule dans son deuxième paragraphe, je ne puis l'accepter; s'il avait lu mon observation avec une attention suffisante, il aurait vu que je n'ai pas fondé mon diagnostic uniquement « sur cette sonorité exagérée » qu'il lui plaît d'attribuer à « un son trachéal ou amphorique produit par la solidification du lobe inférieur du poumon ». Outre les signes ordinaires d'un épanchement gazeux dans la cavité pleurale, nous avons ici un déplacement complet du cœur; jusqu'au moment où le docteur Williams pourra me citer un fait dans lequel la solidification du lobe supérieur du poumon avec son trachéal ou amphorique a amené le refoulement du cœur et tous les autres phénomènes que j'ai observés chez mon malade, je persisterai dans mon interprétation (1).

(1) Il ne m'appartient point, je le sais, de discuter les observations de Graves, mais je ne puis laisser passer sans commentaires le fait précédent, puisque l'auteur le donne comme une preuve irréfutable de l'aptitude de la plèvre enflammée à sécréter des gaz en l'absence de tout épanchement liquide. Or, je dois le dire, malgré la vivacité avec laquelle le médecin de Dublin défend son opinion, je ne crois pas qu'elle soit fondée; plusieurs points, en effet, veulent être examinés ici.

Lorsque je relis l'observation qui précède, en adoptant momentanément l'interprétation de Graves, je me heurte tout d'abord contre une impossibilité qui m'oblige à revenir en arrière: « L'auscultation et la percussion, dit l'auteur, démontraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était sur la limite de l'hépatisation; on percevait en effet à ce niveau de la *matité*, de la respiration bronchique, du râle crépitant très-obscur et de la bronchophonie. » Comment concilier cette matité à la base de la poitrine avec la présence de gaz dans la cavité pleurale? S'il s'agissait d'un hydropneumothorax, la chose serait admissible; mais Graves a bien soin de nous dire qu'il y avait une pneumonie, et que « cette inflammation du lobe inférieur n'était compliquée d'aucun épanchement liquide ». En l'absence de ce dernier, il est impossible de concevoir l'existence simultanée de la matité et de l'exhalation gazeuse. On ne m'objectera point, je pense, que les gaz n'étaient sécrétés que par la partie antérieure de la plèvre, et qu'ils restaient localisés au niveau de la région précordiale, sans se répandre dans le reste de la cavité pleurale. Certes, un tel raisonnement ne pourrait être pris au sérieux.

Ces considérations me paraissent renverser complètement l'argumentation de l'auteur; elles sont si puissantes à mes yeux, que je n'hésiterais pas à nier absolument l'existence d'un pneumothorax dans le fait actuel, quand bien même je me trouverais ainsi dans l'impossibilité de me rendre compte des autres particularités de l'observation. Mais heureusement il n'en est rien. Quels sont en effet les deux points sur lesquels Graves insiste le plus? C'est le déplacement du cœur, et l'existence d'une sonorité exagérée au niveau de la région précordiale. Quant au premier phénomène, je crois pouvoir l'attribuer à l'augmentation de volume du lobe inférieur du poumon, sous l'influence de la fluxion inflammatoire dont il était le siège. Si l'on songe à la turgescence

Le cas suivant justifie encore l'opinion que j'ai émise ; il démontre l'existence du *pneumothorax simple*.

Le rév. M... est âgé de quarante ans ; il a la poitrine large et bien développée ; il est d'une constitution robuste. Après s'être exposé au froid, il fut pris de toux et de douleur dans le côté droit ; bientôt il rendit des crachats sanguinolents ; en un mot, il fut atteint d'une pneumonie très-intense, qui, après avoir envahi d'abord le lobe inférieur

et à la densité considérables que présente le parenchyme pulmonaire enflammé ; si l'on se rappelle que, dans certains cas, l'organe se trouve pour ainsi dire à l'étroit dans la cavité thoracique, et qu'on retrouve à sa surface l'empreinte des côtes contre lesquelles il a été refoulé (P Frank, Pinel, Brichteau, Sestier) ; on n'hésitera pas, ce me semble, à accepter cette manière de voir.

Pour ce qui est de la sonorité exagérée dans la région antéro-inférieure du thorax à gauche, il n'y a aucune difficulté à s'en rendre compte ; c'est tout simplement un de ces sons tympaniques (*sons creux* de Walshe) dont le bruit skodique sous-claviculaire est le type bien connu. Williams, dont l'auteur réfute si vivement les objections, a signalé le premier l'existence d'un son tympanique dans certains cas de pleurésie et de pneumonie ; mais l'explication qu'il en a donnée n'est point admissible comme interprétation générale : selon lui, en effet, ce son tympanique n'est autre chose que le son bronchique transmis directement par les vésicules pulmonaires condensées autour des grosses bronches, et la condensation du lobe supérieur du poumon est la condition indispensable de la production de ce bruit. Il ajoute même que si l'on n'observe pas plus souvent ce phénomène, c'est parce que la compression ou l'induration du *sommet du poumon* est rarement assez considérable pour y donner lieu.

On conçoit facilement qu'avec une telle explication il n'ait pu rendre compte de la sonorité exagérée observée dans le cas actuel, puisqu'ici l'induration portait sur le lobe inférieur de l'organe. Mais Skoda a soumis cette question à une étude approfondie, et il a déduit de l'expérimentation directe et de l'observation clinique une théorie qui est à peu près universellement admise aujourd'hui, et qui s'applique admirablement aux faits analogues à celui dont je m'occupe en ce moment.

Voici le principe général formulé par le professeur de Vienne. Lorsque les poumons sont en partie privés d'air, ils donnent à la percussion un son tympanique, quelle que soit d'ailleurs la cause qui diminue la masse d'air qu'ils contiennent ; le son non tympanique se manifeste dans des conditions inverses, c'est-à-dire lorsque le poumon est dilaté par une grande quantité d'air. Quand le poumon comprimé est revenu sur lui-même, mais contient encore de l'air, le son est constamment tympanique ; de là la production de ce bruit lorsque la portion inférieure est complètement comprimée par un épanchement pleurétique, et que la partie supérieure est réduite de volume. Les choses étant ainsi, on conçoit que l'induration phlegmasique du poumon puisse avoir le même résultat que l'épanchement ; la portion enflammée n'est point réduite de volume, au contraire, mais elle est en partie privée d'air, et les conditions nécessaires à la production du son tympanique sont réalisées. Déjà Skoda avait signalé l'existence de ce phénomène dans quelques cas de pneumonie, et Markham, dans un mémoire plus récent, y a insisté de nouveau. Ainsi se trouvent expliqués les faits de Hudson, de Stokes et de

du poumon droit, se propagea rapidement de bas en haut, de sorte que l'organe tout entier fut bientôt compromis. Au début, le lobe inférieur, gorgé de sang, était complètement imperméable à l'air : aussi toute la partie correspondante du thorax était mate à la percussion ; la partie supérieure de ce même côté était aussi sonore que le côté sain (gauche). Tel était l'état des choses au troisième jour de la maladie.

Le matin du quatrième jour, une modification remarquable avait eu

Graves. Bien plus, l'observation de ce dernier est une excellente démonstration de la théorie de Skoda. En effet, pour que le son tympanique se produise dans la pneumonie, il faut que le poumon soit *en partie* privé d'air ; si l'hépatisation est faite, si l'organe ne renferme plus d'air, la percussion donne évidemment un son mat. Or, que nous dit Graves ? « L'auscultation et la percussion démontraient qu'une portion considérable du lobe inférieur du poumon gauche était *sur la limite de l'hépatisation*. » Ce qui revient à dire que, dans certains points, la lésion n'avait pas dépassé la période congestive ; la suite le prouve : on percevait avec le souffle et la bronchophonie *un râle crépitant très-obscur* ; toutes les conditions étaient donc remplies pour la production du son tympanique : aussi était-il obtenu en avant, c'est-à-dire dans les points où le parenchyme encore perméable était cependant en partie privé d'air.

Quant à ce fait que le cœur revint à sa situation normale, plusieurs jours avant que la résolution fût *complète*, il n'y a rien là qui doive nous étonner, si nous songeons que le maximum de volume du poumon correspond à l'hépatisation parfaite, et non point à la période de résolution.

Telle est, ce me semble, la véritable interprétation de cette observation remarquable et des particularités qu'elle présente ; toutes les considérations qui précèdent sont également applicables au second fait rapporté par l'auteur.

Puisque j'ai été amené à parler du son tympanique que l'on perçoit dans certains cas de pleurésie et de pneumonie, il ne sera pas hors de propos, je pense, de signaler ici quelques particularités qui se rattachent à ce sujet, et qui ont directement trait au diagnostic du pneumothorax.

Si je tiens compte des faits nouveaux dont nous devons la connaissance aux travaux de Williams, de Skoda, de Markham, etc., je vois qu'on peut diviser en deux grandes classes les lésions qui se révèlent à la percussion par un son tympanique : tantôt ce sont des excavations pulmonaires ou bronchiques qui communiquent largement avec les grosses bronches, tantôt ce sont des modifications toutes spéciales du parenchyme ou de la cavité pleurale : le tissu ou l'espace générateur du son ne présente alors aucune communication anormale avec les grands canaux bronchiques. Au premier groupe de lésions appartiennent les cavités de la bronchectasie sacciforme, les cavernes tuberculeuses, les excavations des abcès péripleuriques, etc. Dans le second groupe nous trouvons la pleurésie, la pneumonie (au début), l'emphysème et le pneumothorax. On pourrait croire au premier abord que l'épanchement d'air dans la plèvre, reconnaissant pour cause, dans la grande majorité des cas, une perforation pleuro-pulmonaire, doit être rangé parmi les altérations morbides de la première classe ; il n'en est rien : la cavité pleurale ne communique avec les voies de l'air que par une fistule étroite et sinueuse ; et d'ailleurs cette communication persiste rarement pendant quelque temps.

lieu : la matité du lobe inférieur, en avant, était toujours la même ; et en vérité elle n'aurait pu augmenter ; mais un peu plus haut, depuis la région mammaire droite jusqu'à la clavicule, la sonorité, qui était normale le jour précédent, était exagérée ; le son obtenu par la percussion était profond et creux. Ce phénomène nous frappa d'autant plus, sir Henry Marsh et moi, que, douze heures auparavant, nous n'avions rien constaté de semblable. D'une autre part, on n'entendait pas à ce

Skoda insiste à plusieurs reprises sur ce fait : « Il arrive très-rarement, dans le cas de pneumothorax, que la communication reste libre entre la plèvre et les bronches. » Et ailleurs : « Je n'ai jamais vu un pneumothorax récent dans lequel la communication ait été persistante ; mais, au contraire, j'ai constamment trouvé la perforation fermée en partie par la compression du poumon, en partie par l'épanchement. »

Les choses étant ainsi, il était intéressant de rechercher si le son tympanique produit par les lésions du premier ordre pouvait être distingué du bruit de même nature que fournit la percussion dans la pleurésie, la pneumonie et le pneumothorax. Or le son tympanique d'un espace résonnant pourvu d'un orifice ; libre est modifié dans sa hauteur, lorsqu'on fait varier les dimensions de cet orifice lorsque celui-ci est largement ouvert, la tonalité du son s'élève ; elle s'abaisse dans le cas contraire et acquiert son maximum de gravité lorsque l'ouverture est fermée. Wintrich a tiré de ce principe de physique un moyen de diagnostic : il a montré que le son tympanique des cavités qui communiquent avec les grosses bronches est modifié dans sa hauteur suivant que la bouche du malade est ouverte ou fermée ; mais cette modification n'a lieu que si l'espace résonnant communique largement avec l'orifice libre des voies aériennes (bouche fosses nasales) ; par conséquent, lorsque l'ouverture et l'occlusion de la bouche ne déterminent aucun changement dans la tonalité du son, on doit rapporter le bruit tympanique à l'une des lésions du second groupe que j'ai établi : pleurésie pneumonie, emphysème ou pneumothorax.

Un peu plus tard, Friedreich a vérifié les assertions de Wintrich, et il y a ajouté cette donnée importante : « Lorsque le son tympanique est modifié par l'ouverture et par l'occlusion de la bouche, il l'est également dans les respirations profondes ; alors en effet l'agrandissement de la glotte pendant l'inspiration fait monter la hauteur du son, tandis que le rétrécissement de l'orifice glottique au moment de l'expiration détermine un abaissement remarquable dans la tonalité (*indem die grössere Weite der Stimmritze bei der Inspiration ein Höherwerden, hingegen das Engerwerden derselben bei der Expiration ein Tieferwerden des Schalles in merklicher Weise bedingt*).

Tels sont les divers caractères qui permettent de distinguer les deux espèces de son tympanique. Le professeur Seitz (de Giessen), dans son récent ouvrage sur l'auscultation et la percussion, a établi sur les mêmes considérations le diagnostic différentiel de ces deux variétés de son. Lorsque le premier ordre de causes est une fois éliminé, il devient facile de compléter le diagnostic. Le son tympanique de la pneumonie n'a qu'une durée tout à fait éphémère : à côté des points qui donnent une résonnance exagérée, on en trouve souvent d'autres au niveau desquels la sonorité est déjà diminuée ; avec l'hépatisation apparaît l'obscurité du son, puis la matité. — Dans la pleurésie, le bruit skodique a pour siège presque exclusif la région sous-claviculaire ; il coïncide ordinai-

niveau le bruit respiratoire ; nous fûmes donc amenés à conclure que le poumon avait été refoulé en arrière par de l'air épanché dans la cavité de la plèvre.

Comme le poumon droit était seul compromis, nous avons un excellent point de comparaison dans l'examen du côté gauche de la poitrine : ici la sonorité était naturelle ; le son obtenu par la percussion était beaucoup moins clair qu'au niveau du lobe supérieur du poumon droit ;

rement avec une matité complète du haut en bas dans la région thoracique postérieure. Ces signes distinctifs sont d'une grande importance ; ils permettent à eux seuls, et indépendamment de tous les autres phénomènes morbides, d'arriver par exclusion à l'idée d'un pneumothorax. Du moment, en effet, qu'il est établi, dans un cas donné, que le son tympanique n'appartient ni à une cavité broncho-pulmonaire, ni à une pleurésie, ni à une pneumonie, il n'y a plus à hésiter qu'entre l'emphysème et l'épanchement d'air dans la plèvre : c'est dire que le diagnostic est achevé.

Je crois pouvoir conclure de cet exposé que ces faits nouveaux n'enlèvent rien de sa valeur au son tympanique comme signe de pneumothorax.

La même conclusion me paraît applicable aux phénomènes amphoriques. Lorsque les faits rapportés par MM. Rilliet et Barthez, Béhier, Beauvais, Landouzy, eurent fait connaître l'existence d'un souffle caverneux dans certaines pleurésies ; lorsque Friedreich eut montré que la respiration amphorique peut être entendue dans la pneumonie, quand bien même l'autopsie révèle ensuite l'absence de toute excavation bronchique ou pulmonaire, alors on put croire que les phénomènes amphoriques perdaient peut-être un peu de leur importance, en tant que signes de l'épanchement d'air dans la plèvre. Cette crainte était assurément exagérée ; car, sans parler des renseignements importants fournis par l'ensemble des autres symptômes, le souffle amphorique de la pleurésie et de la pneumonie présente certains caractères qui ne permettent pas la confusion. Voici le résumé de ces signes ; je l'emprunte à Biermer, qui a étudié avec le plus grand soin ce point de diagnostic. Le souffle amphorique produit par l'infiltration (pneumonie) ou par la compression (pleurésie) du parenchyme est très-rare. — Il présente son maximum de netteté au niveau de la racine et du sommet du poumon. — Il n'est point aussi éclatant, aussi pur que le souffle du pneumothorax. — Il diminue, parfois même il disparaît, lorsque le malade respire très-doucement.

En résumé, quoiqu'il ne soit plus permis aujourd'hui de regarder le son tympanique et le souffle amphorique comme des signes pathognomoniques d'excavations broncho-pulmonaires ou de pneumothorax, le diagnostic de ce dernier n'en est pas devenu beaucoup plus difficile ; les caractères que je viens d'indiquer sont d'une grande valeur, et d'ailleurs un diagnostic *médical* ne sera jamais exclusivement fondé sur la considération d'un signe stéthoscopique. Peut-être même me suis-je arrêté trop longtemps sur cette question, mais j'ai cru devoir consigner ici ces détails qui sont restés inconnus parmi nous.

On sait que M. Trousseau a fait connaître un nouveau signe physique qu'il regarde comme pathognomonique du pneumothorax : ce signe, c'est le *bruit d'airain*, bruit métallique aigu et vibrant que l'on perçoit lorsqu'on ausculte la région postérieure de la poitrine, tandis qu'une autre personne en percute la paroi antérieure, soit au moyen

de plus, la respiration présentait partout, à gauche, le caractère puéril. Nous avons donc évidemment sous les yeux un pneumothorax occupant une portion considérable de la cavité pleurale. Mais quelle était la source des gaz ? voilà ce qui n'était pas aussi clair. Je citai à sir Henry Marsh le fait que je vous ai rapporté tout à l'heure ; et, après un examen minutieux, il tomba d'accord avec moi, pour assigner au pneumothorax la même origine, à savoir, la sécrétion de gaz par la plèvre.

Notre malade avait une poitrine d'un développement remarquable ; il était d'une constitution très-solide, et jusqu'alors il avait constamment joui d'une bonne santé. Dans de telles conditions, la préexistence de tubercules était fort improbable, la présence d'un abcès tuberculeux

du plessimètre et du marteau, soit avec des pièces de monnaie, soit à l'aide d'une pièce de monnaie et du doigt.

Williams, *Lectures on the physiology and diseases of the chest*. London, 1840.

Walshe, *Diseases of the lungs*. London, 1860.

Stokes, *Diseases of the chest*. Dublin, 1837.

Hudson, *Dublin Journal*, VII (cit. empruntée à Markham).

Markham, *On thoracic resonance* (*Monthly Journal of medic. science*, 1853).

Skoda, *Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran. Paris, 1854. (Une nouvelle édition allemande a paru à Vienne la même année.)

Wintrich, *Kranheiten der Respirationsorgane*, in *Virchow's Handbuch der speciellen Pathologie und Therapie*. Erlangen, 1854-1859.

Friedreich, *Ueber die diagnostische Bedeutung der objectiven Höhlensymptome* (*Würzburger Verhandlung der physik. med. Gesellschaft*, 1857).

Seitz, *Die Auscultation und Percussion der Respirationsorgane*. Erlangen, 1860.

Rilliet et Barthez, *Arch. gén. de méd.*, 1853, et *Traité des maladies des enfants*, 2^e édit. Paris, 1853-1861.

Béhier, *Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit* (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

Beauvais, *Pleurésie chronique avec épanchement, ayant présenté les signes stéthoscopiques d'une caverne tuberculeuse* (*Gaz. des hôp.*, 1855).

Landouzy, *Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie* (*Arch. gén. de méd.*, 1856).

Biermer, *Zur Heilungsgeschichte und Diagnose des Pneumothorax* (*Würzburger medicinische Zeitschrift*, 1860).

Trousseau, *Pneumothorax : nouveau signe physique pathognomonique de cette affection* (*Gaz. des hôp.*, 1857).

Comparez :

Nolta, *Note sur le développement d'un son clair, comme métallique (hydro-aérique) dans le cours des épanchements pleurétiques* (*Arch. gén. de méd.*, 1850).

Roger (H.), *Recherches cliniques sur quelques nouveaux signes fournis par la percussion et sur le son tympanique dans les épanchements liquides de la plèvre* (*Arch. gén. de méd.*, 1852).

(Note du T.R.A.D.)

était presque impossible ; il fallait donc rejeter l'hypothèse d'une fistule pleuro-bronchique, et, comme je vous l'ai dit, nous arrêta mes à l'idée que ce pneumothorax était le résultat d'une sécrétion subite de gaz. La justesse de cette interprétation a été démontrée au delà de toute évidence, soit par la marche ultérieure de l'affection, soit par la guérison rapide et complète du malade ; je n'ai pas besoin sans doute de vous rappeler que, dans le pneumothorax par fistule pleurale, la guérison, si tant est qu'elle soit possible, est un fait exceptionnel, et qu'elle se fait toujours longtemps attendre (1).

A notre visite suivante, seize heures plus tard environ, toute la région qui nous avait présenté une sonorité exagérée, nous donnait une matité absolue ; on y entendait un murmure respiratoire obscur et quelques râles. Ces râles étaient évidemment tout près de l'oreille, si je

(1) M. Saussier a réuni dans sa thèse seize cas de guérison : douze se rapportent à des pneumothorax survenus dans le cours d'une pleurésie chronique simple ; dans deux autres faits, l'épanchement d'air a eu pour cause une plaie de poitrine et une rupture du poumon ; enfin, dans un cas il s'agissait d'une phthisie douteuse, et chez le dernier malade la cause est restée indéterminée. M. Woillez a réuni sept observations (deux lui appartiennent) qui établissent la possibilité de la guérison spontanée du pneumothorax, alors même qu'il est d'origine tuberculeuse. Les faits de Legendre, de Ferrari, de M'Dowel, de Ricker, de Ranking, dont j'ai parlé précédemment, sont encore autant d'exemples de guérison. L'observation XI du mémoire de Günsburg n'est pas moins probante. Enfin Biermer, dans son travail, a rapporté une observation très-remarquable dont j'ai fait connaître plus haut quelques détails ; et comme il avait précisément pour but de démontrer que la guérison du pneumothorax n'est point aussi rare qu'on le croit généralement, il a eu soin de rappeler la plupart des exemples observés jusqu'ici. En voilà assez, ce me semble, pour montrer que l'opinion de Graves est empreinte de quelque exagération, et qu'elle a été inspirée par le besoin de la cause. Le pneumothorax n'est point fatalement incurable ; le pronostic varie selon la nature de la cause et selon la quantité d'air épanché ; il faut surtout prendre en considération la présence ou l'absence d'un épanchement liquide, et les altérations antérieures ou consécutives de la membrane séreuse. Ces dernières conditions, qui sont peut-être les plus importantes, nous font comprendre l'innocuité relative du pneumothorax traumatique, et de celui qui succède à la rupture de quelques lobules emphysémateux.

Saussier, *Recherches sur le pneumothorax*, thèse. Paris, 1841.

Woillez, *Mémoire sur la guérison spontanée des perforations pulmonaires d'origine tuberculeuse* (*Arch. gén. de méd.*, 1853).

Legendre, M'Dowell, Ferrari, Ricker, Ranking (voy. la note de la page 109).

Günsburg, *Ueber Pneumothorax* (*Dessen Zeitschrift für klinische Medizin*, 1852) (citation empruntée à Biermer).

Biermer, *loc. cit.*

Comparez :

Brünniche, *Ueber Pneumothorax* (*Schmidt's Jahrbücher*, 1858). (Note du TRAD.)

puis ainsi dire ; ils nous démontraient que l'air si soudainement épanché avait été absorbé avec une égale rapidité, et qu'il était remplacé par le poumon congestionné et enflammé. Sous l'influence d'un traitement convenable, la matité commença à diminuer au bout de quatre ou cinq jours ; un peu plus tard elle avait entièrement disparu ; en même temps, le bruit respiratoire devenait plus net et plus marqué ; bientôt notre malade fut parfaitement guéri. Je me félicite grandement de ce que ce fait a été suivi par un médecin aussi expérimenté que sir Henry Marsh, car nul assurément ne peut mettre en doute l'exactitude de ses observations. Cet exemple me paraît être une réponse péremptoire aux objections de Williams ; joint à celui que j'ai observé avec le docteur Dwyer, joint au témoignage de Laennec, de Frank et de plusieurs autres auteurs, il ne laisse aucun doute sur la réalité du pneumothorax par sécrétion gazeuse (1).

Puisque je vous ai parlé de la sécrétion de gaz dans la plèvre, permettez-moi de consacrer la fin de notre conférence aux autres espèces de pneumatoses. Je vous parlerai d'abord de la pneumatose abdominale : il y en a deux variétés, selon que l'accumulation de gaz se fait

(1) J'ai vainement relu, avec la plus grande attention et à plusieurs reprises le traité de J. P. Frank sur *les rétentions aériennes*, je n'ai pu découvrir aucune indication de la sécrétion gazeuse de la plèvre. Voici le seul passage qui pourrait s'y rapporter ; on verra qu'il y a loin de là à un *témoignage* de quelque valeur : « Dans ces différents cas, l'emphysème (par sécrétion morbide) distend le ventre, les intestins, l'abdomen, l'utérus..... Comme il n'est pas d'organe qui ne puisse en devenir le siège qu'il peut en occuper plusieurs en même temps ; comme il se complique parfois avec une autre maladie, surtout avec l'hydropisie, son nom doit varier selon le lieu où il se développe : en effet, on l'observe dans la cavité du crâne, dans la dure-mère, la pie-mère, les plexus choroïdes ; dans l'œil, l'œsophage atteint d'une blessure ; dans le thorax, la *plèvre*, le médiastin, le poumon, le péricarde, le cœur, les vaisseaux sanguins et lymphatiques ; dans l'épiploon, le mésentère, la vésicule du fiel ; dans le scrotum, etc. Nous examinerons séparément ces variétés, selon leur degré d'importance dans le diagnostic de la maladie. » Voilà à quoi se borne le témoignage de Frank. A la suite de cette énumération des diverses variétés d'emphysème, il décrit l'emphysème traumatique, l'emphysème spontané fébrile, les tumeurs emphyséna-teuses, l'emphysème vésiculaire et enkysté, l'emphysème de l'œsophage, de l'estomac, de l'épiploon des intestins ; il étudie ensuite les flatuosités, la colique flatulente le choléra sec, la tympanique intestinale et péritonéale, l'hydropneumatose, enfin l'ædœopsophie, la physométrie, et l'emphysème ulcéreux, et c'est tout ; il ne dit pas un mot de l'emphysème spontané de la plèvre.

J. P. Frank, *Traité de médecine pratique* traduction de Goudareau, t. II, p. 10. Paris, 1842.

(Note du TRAD.)

dans le tube digestif, ou dans la cavité péritonéale. Les observations de Frank sur ce sujet sont extrêmement intéressantes ; mais elles ne nous enseignent pas les moyens de distinguer nettement ces deux variétés l'une de l'autre. Dans certains cas, il est vrai, elles coexistent, et alors il n'y a plus lieu de songer au diagnostic ; en général, cependant, la pneumatose péritonéale ou tympanite peut être diagnostiquée avec une certaine précision, *surtout lorsqu'elle est chronique*. Dans cette affection, la santé générale est intacte, l'appétit est conservé, les fonctions intestinales sont régulières, le malade n'éprouve ni flatulence, ni borborygmes, ni coliques. Dans la tympanite péritonéale, l'abdomen est plus proéminent, plus globuleux que dans la pneumatose intestinale ; il présente à peu près la même forme qu'à une époque déjà avancée de la grossesse. Souvent c'est là le seul phénomène dont se plaignent les malades, qui sont la plupart du temps de jeunes femmes non mariées.

Pour compléter ce diagnostic, je vous dirai que, dans la tympanite péritonéale, le changement de position déplace invariablement le maximum de sonorité, qui occupe toujours le point culminant du ventre. Ce phénomène peut, à la rigueur, être également observé dans la pneumatose intestinale, mais il n'y est jamais aussi prononcé que dans la première variété. Chez Mary Callaghan, jeune fille de quinze ans, qui est entrée à l'hôpital de Sir Patrick Dun, au mois d'avril 1833, la santé générale n'était point troublée ; l'appétit était bon, la langue nette ; il n'y avait ni flatulence ni borborygmes ; les selles étaient régulières. Toutes ces circonstances étaient inconciliables avec l'existence d'une tympanite intestinale : le ventre était globuleux ; il mesurait trente et un pouces (78 centimètres) au niveau de l'ombilic : eu égard à l'âge et à la taille de la malade, c'était une augmentation de volume considérable. Lorsque la jeune fille était couchée sur le dos, la région antérieure et antéro-latérale donnait un son clair, les parties postéro-latérales étaient mates ; lorsque le décubitus était latéral, l'autre côté du ventre devenait sonore. Cette pneumatose péritonéale, *qui avait débuté l'année précédente, avait atteint graduellement son volume actuel*. La respiration n'était point troublée : il n'y avait pas d'œdème des membres, et le gonflement du ventre n'était modifié ni par l'ingestion de certains aliments, ni par quelque autre cause accidentelle.

J'ai rencontré plusieurs cas analogues, dans lesquels il n'existait aucun dérangement dans la menstruation ; mais la ressemblance que présente alors le ventre avec l'état de grossesse tourmentait beaucoup les malades. Je dois avouer que tous les remèdes que j'ai mis en usage

ont échoué le plus souvent ; et cependant j'avais grand soin de prescrire les liniments stimulants et carminatifs, les bandages compressifs, etc., etc. J'ai administré la térébenthine, soit par la bouche, soit en lavements ; j'ai donné le fer, le quinquina, l'iode, les diurétiques ; j'ai prescrit les purgatifs drastiques, les douches d'eau salée tiède, et je n'ai obtenu aucun résultat satisfaisant : l'affection déjouait tous mes efforts, et persistait pendant des mois entiers. C'est dans le but de provoquer d'autres recherches sur ce sujet, que je vous ai présenté ces observations. Quoique cette affection ne détermine le plus souvent aucune douleur abdominale, quoiqu'elle ne trouble en rien la santé générale, cependant les malades et leurs parents attendent avec anxiété la guérison, et éprouvent une impatience bien naturelle, quand ils voient les traitements les plus divers être impuissants à réduire le gonflement du ventre.

Lorsque la tympanite péritonéale se développe subitement dans l'espace de quelques heures ou de quelques jours, le pronostic est beaucoup plus favorable, car l'affection est beaucoup moins opiniâtre ; elle disparaît ordinairement aussi vite qu'elle est venue. Cette variété *aiguë* ne se rencontre pas seulement chez les femmes non mariées : on l'observe très-souvent chez les nouvelles accouchées, peu de temps après la délivrance. La tympanite péritonéale chronique est fréquente dans les établissements de charité qui sont consacrés à l'éducation des jeunes filles ; souvent alors elle paraît être sous la dépendance de la scrofule, que développent le défaut d'exercice et une nourriture exclusivement végétale.

La pneumatose aiguë du péritoine peut être le résultat de la péritonite ; elle est compliquée alors de tympanite intestinale, et il n'est pas rare de voir celle-ci disparaître avec les phénomènes inflammatoires, tandis que la tympanite péritonéale persiste longtemps encore, sans produire toutefois d'autre incommodité qu'une certaine distension du ventre. Dans les cas de ce genre, les vésicatoires et les frictions mercurielles peuvent rendre quelques services.

Dans cet aperçu rapide, je n'insiste point sur cette forme bien connue de tympanite intestinale que nous rencontrons tous les jours chez les femmes hystériques ; elle donne lieu à un gonflement du ventre, qui est parfois limité à une portion du canal digestif, mais qui souvent aussi en occupe toute l'étendue : cette pneumatose est aussi remarquable par la soudaineté de sa disparition que par la multiplicité des symptômes hystériques qui l'accompagnent.

Je vous ai déjà signalé, messieurs, le développement de l'emphysème spontané dans le tissu cellulaire sous-cutané : Frank nous a laissé une description remarquable de cette affection ; je n'ai que quelques mots à ajouter pour vous faire connaître une variété d'emphysème qui succède quelquefois aux pertes de sang abondantes. Le tome III de la *Gazette médicale* contient un mémoire très-intéressant de M. E. Rebolle (de Gex) *sur une nouvelle espèce d'emphysème qui se développe après les hémorrhagies considérables*. Chez un malade nommé Ducret, qui mourut à l'Hôtel-Dieu, après des épistaxis répétées, et dont le corps fut examiné quinze heures après la mort, c'est-à-dire avant l'apparition des premiers signes de putréfaction, le sang coagulé dans le cœur et dans les gros vaisseaux présentait un grand nombre de petites bulles remplies d'air ; en fait, ce sang était emphysémateux. Les gros troncs vasculaires renfermaient aussi beaucoup d'air ; mais le phénomène était beaucoup plus marqué dans les petites veines ; il donnait au contenu de ces vaisseaux l'apparence d'un liquide thermométrique, dans lequel de l'air s'est introduit bulle par bulle.

Un autre fait rapporté par le même auteur et les expériences qu'il a pratiquées sur les animaux démontrent péremptoirement que des gaz existent dans le système circulatoire après les hémorrhagies abondantes. Je ne sache pas avoir jamais éprouvé de satisfaction plus vive que lorsque le travail de Rebolle m'est tombé sous les yeux ; j'avais observé, au printemps précédent, un cas tout à fait analogue à ceux qui y sont rapportés, et comme à cette époque je n'avais jamais entendu parler d'observation de ce genre, j'avais été fort embarrassé pour me rendre compte du phénomène. Voici le fait :

Un gentleman de cinquante ans, qui demeurait aux environs de Dublin, avait présenté des symptômes très-marqués d'excitation vasculaire ; son pouls était devenu rapide et vibrant, et ces accidents avaient abouti à des épistaxis alarmantes et répétées. Cette disposition hémorrhagique était probablement sous la dépendance d'une hypertrophie du cœur. Le malade était déjà considérablement affaibli, lorsque M. Kirby, qui le voyait avec moi, découvrit que le tissu cellulaire sous-cutané de la paroi abdominale était devenu emphysémateux. Ni M. Kirby ni le docteur Jacob ne soupçonnèrent que cet emphysème pût dépendre des hémorrhagies antérieures (1).

(1) En 1859, Piédagnel a rapporté à la Société des hôpitaux une observation fort intéressante qui démontre la possibilité de la circulation de l'air dans le système san-

La question du développement des gaz dans le système vasculaire est digne du plus vif intérêt. Je vous ai déjà dit comment, selon moi, les pertes de sang prédisposent à cette production de gaz ; j'ajoute que ces gaz peuvent occasionner les accidents les plus graves : vous connaissez les morts subites causées par l'entrée de l'air dans les veines pendant certaines opérations. Il y a longtemps que Morgagni a émis cette opinion que certaines apoplexies reconnaissent pour cause un épanchement d'air à l'intérieur du crâne, et il invoque à l'appui de cette hypothèse l'autorité d'Hippocrate. Valsalva dit avoir trouvé une fois le cœur et les veines distendus par des gaz ; Grotz a constaté le même phénomène chez une femme qui était morte de suffocation, et Ruysch rapporte un fait du même genre après une mort subite. Mais de tous les cas relatés jusqu'ici, ceux de Rebolle (de Gex) et de Bally sont les plus remarquables, et ils méritent toute l'attention des pathologistes, de ceux-là surtout qui ont expliqué la combustion spontanée par la production d'un gaz inflammable dans le tissu cellulaire.

Dans les faits qu'ont rapportés ces deux derniers auteurs, le gaz qui

guin pendant la vie. A la suite d'un violent accès de toux, un homme de quarante-deux ans rendit par la bouche environ deux palettes de sang, et il tomba sans connaissance. Quelques instants après on pratiqua la saignée de la médiane basilique. Quelle ne fut pas notre surprise, dit l'auteur de cette communication, en voyant sortir de l'ouverture de la veine des bulles d'air du volume d'un petit pois, etc. Lorsque le sang et l'air eurent cessé de couler, des frictions sur le trajet de la veine faisaient sortir de nouvelles bulles de gaz. Le malade mourut le jour même, et l'autopsie ne put être faite. Piédagnel a expliqué la présence de l'air dans le sang par une déchirure du poumon au moment de l'accès de toux ; conséquemment il n'a point admis la production spontanée de gaz dans le système circulatoire. Mais M. le professeur Grisolle a rappelé à ce propos la thèse de Rebolle et une observation de M. Durand-Fardel. Une dame tomba subitement sans connaissance ; on voulut la saigner ; des bulles d'air sortirent par l'ouverture de la veine : la malade était morte. M. Grisolle fait remarquer qu'on ne peut ici, comme dans les cas rapportés par Ollivier (d'Angers), attribuer le développement de gaz à la putréfaction commençante.

La même année, M. Belletti a fait connaître l'observation d'une femme de soixante-quatre ans qui mourut subitement après avoir eu pendant plusieurs mois de la toux et des hémoptysies. A l'autopsie, on trouva un gaz inodore, incolore, dans les cavités droites du cœur, dans l'artère pulmonaire, dans la veine cave ascendante, et dans les vaisseaux du foie. L'auteur ajoute que le cadavre ne présentait aucun signe de putréfaction.

Piédagnel, *Hémoptysie ; passage de l'air dans le système sanguin, sortie de l'air par une saignée* (Soc. méd. des hôpit., 1859, et *Union méd.* 1859).

Belletti, *Osservazione di morte subita, etc* (*Bullettino delle scienze med. di Bologna*, 1859).

(Note du TRAD.)

s'échappait à la coupe des régions emphysémateuses s'enflammait a contact de la flamme d'une chandelle (1). Dans le cas de Rebolle, le muscles mêmes étaient affectés; l'auteur dit, en effet, que lorsqu'o les comprimait au niveau de la flamme, on entendait des craquement et des pétilllements semblables à ceux que l'on produit en pressant un écorce d'orange devant une bougie allumée. Comme ici le développement des gaz était le résultat d'une *hémorrhagie abondante consécutive à une opération*, le fait doit intéresser plus particulièrement les chirurgiens praticiens.

(1) Dans le fait de Bally, qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu, *il n'y avait pas eu d'hémorrhagie antécédente*. Ce cas a été rapporté par le docteur Apjohn, dans son excellent travail sur la combustion spontanée, in *Cyclopædia of practical Medicine*. (L'AUTEUR.

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON.

ASTHME SPASMODIQUE. — PHTHISIE.

Contractilité spasmodique des bronches.— Réfutation de la doctrine de Clutterbuck.
— L'asthme n'est pas rare chez les jeunes gens. — Le traitement de cette maladie est extrêmement variable.

Phthisie. — Mortalité qu'elle détermine. — Signification des tubercules. — Les symptômes locaux de la phthisie pulmonaire sont produits par l'inflammation scrofuleuse. — Causes de la disposition scrofuleuse. — Pathogénie des tubercules. — Causes de la fréquence de la phthisie. — Chez les scrofuleux, toutes les déterminations pulmonaires peuvent être la cause occasionnelle de la phthisie. — Bronchite scrofuleuse. — Fréquence de la phthisie aux différents âges. — Conditions qui favorisent la disposition à la consommation.

MESSIEURS ,

Avant de nous occuper de la phthisie , qui doit faire aujourd'hui le sujet de notre conférence, je veux vous dire quelques mots de la pathogénie des affections spasmodiques des bronches. Les recherches de Reisseissen et d'autres anatomistes ont confirmé l'opinion antique qu'avait déjà fait revivre Laennec : les bronches sont susceptibles de contractions spasmodiques. Les investigations de Rigot, à l'école vétérinaire d'Alfort, ont justifié cette assertion : cet observateur a fait connaître l'existence d'une tunique musculieuse au-dessous de la muqueuse bronchique, et il a suivi dans cette tunique la plupart des filets nerveux émanés du plexus des bronches. « Une disposition semblable des nerfs pulmonaires , dit-il , rend parfaitement compte des phénomènes de suffocation qui suivent la section des pneumogastriques ; ces accidents résultent évidemment de la paralysie des nerfs moteurs du poumon. On observe fréquemment aussi, dans ce cas, l'oblitération de plusieurs des branches de l'artère pulmonaire par des concrétions fibrineuses grisâtres, semblables à celles qu'on rencontre dans les anévrysmes

anciens. La présence de ces dépôts fibrineux coïncide toujours avec certaines modifications dans la structure des poumons, telles que l'induration, les tubercules, l'hépatisation grise, ou simplement l'emphysème. »

Si cette dernière assertion est confirmée par l'observation ultérieure, elle est d'une haute importance; ce fait prouverait en effet que, lorsqu'une portion du poumon accomplit imparfaitement ses fonctions, la quantité de sang *qui lui arrive ou qu'elle attire à elle* diminue forcément; et si l'activité fonctionnelle vient à être complètement suspendue, cette partie inerte ne reçoit plus de sang par l'intermédiaire de l'artère pulmonaire, *et par suite la branche correspondante de ce vaisseau se remplit de sang coagulé.*

Dans un grand nombre d'affections, l'asthme en est l'exemple le mieux connu, les canaux bronchiques sont sujets à un resserrement subit de leur calibre. Dans la coqueluche, l'accès de toux est souvent précédé, pendant quelques minutes, d'une accélération notable de la respiration; en même temps on constate que des râles bronchiques beaucoup plus nombreux existent dans toute l'étendue de la poitrine: ces phénomènes sont certainement dus à la contraction des bronches, contraction qui précède de quelques instants le spasme de la trachée et du larynx.

Je voyais dernièrement, avec M. Pakenham, un enfant atteint d'hydrocéphalie aiguë; il était pris, à intervalles assez rapprochés, de convulsions violentes. Au moment où les muscles du mouvement volontaire se convulsaient, un sifflement sonore se faisait entendre dans toute la poitrine; ce sifflement durait autant que l'accès convulsif, il cessait avec lui. Cette association des convulsions des muscles volontaires avec le spasme des bronches n'est peut-être point aussi rare qu'on l'a cru jusqu'ici.

Les anciens médecins voyaient dans l'asthme spasmodique une maladie bien distincte, qui exigeait un traitement tout particulier; mais lorsque la doctrine du spasme eut passé de mode, lorsque l'anatomie pathologique eut conquis le privilège d'exciter l'enthousiasme général, on nia l'existence de la maladie *asthme*. Corvisart avait montré que les symptômes dits asthmatiques dépendent souvent des affections du cœur; d'autres observateurs avaient constaté que l'asthme était quelquefois le résultat de l'inflammation ou de la dilatation des bronches, de l'emphysème du poumon, etc., etc.; et l'asthme spasmodique essentiel était tombé dans le discrédit le plus complet.

Toutefois, depuis quelques années, des connaissances plus exactes sur la structure des bronches, l'examen plus attentif des phénomènes physiques auxquels donnent lieu les paroxysmes de l'asthme, ont ramené les pathologistes à la vieille opinion, et nous voyons l'asthme spasmodique ou nerveux réintégré au nombre des *maladies* par Laennec, par Forbes (1) et par Copland (2).

Aussi n'est-ce point sans surprise que j'ai vu un médecin illustre, le docteur Clutterbuck (3), soutenir la doctrine de la non-essentialité de l'asthme spasmodique. Voici ce qu'il nous dit dans ses leçons cliniques, d'ailleurs si remarquables :

« Avant d'aborder les détails de cette question, il serait bon d'examiner jusqu'à quel point le mot spasme est réellement applicable aux affections des organes respiratoires ; en d'autres termes, il faudrait rechercher si les muscles respirateurs sont réellement intéressés dans certaines dyspnées, car le spasme ne peut appartenir qu'à des éléments musculaires.

« Les seuls muscles qu'on rencontre dans les voies aériennes sont ceux du larynx, mais je vous ai déjà montré qu'ils n'ont aucune part dans la production de l'asthme essentiel. Il est vrai que quelques observateurs ont supposé, je ne dis pas ont prouvé, que la partie postérieure de la trachée qui est placée entre les extrémités des cerceaux cartilagineux, loin d'être simplement ligamenteuse, comme on l'a cru, possède des fibres musculaires, et que celles-ci, par leur contraction spasmodique, déterminent l'asthme périodique. A quoi on peut répondre que l'existence de ce tissu musculaire n'a pas encore été démontrée, et que la trachée est défendue contre la contraction par les cartilages eux-mêmes ; ceux-ci disparaissent peu à peu pour faire place à un tissu ligamenteux, à mesure que les bronches se divisent. En conséquence, la contractilité musculaire des canaux bronchiques, autant du moins que nous pouvons en juger, loin de répondre à un but utile, ne pourrait exister qu'aux dépens de la fonction ; il est donc fort déraisonnable d'appuyer sur l'existence tout hypothétique du spasme la théorie des accès d'asthme.

« Mais, tout en regardant le catarrhe comme la véritable cause de l'asthme, je n'entends point refuser toute participation aux muscles qui président à la respiration ; je crois au contraire que le diaphragme

(1) *Cyclopædia of practical medicine.*

(2) *Dictionary of practical medicine.*

(3) *Medical Gazette*, July 1840.

n'est pas sans influence sur la production des phénomènes morbides. Quant aux muscles intercostaux, nous ne savons pas du tout s'ils prennent part à cette action. »

Lorsque j'ai lu pour la première fois le passage que je viens de vous citer, j'ai été tenté de publier quelques remarques sur les nombreuses erreurs anatomiques qui y sont contenues ; j'ai bientôt renoncé à cette idée, dans la conviction où j'étais que ces erreurs étaient trop grossières pour trouver des défenseurs, et j'ai préféré laisser à d'autres le soin de les relever, si cela devenait nécessaire. Mais aujourd'hui je n'ai plus le droit de me taire : je vous parle des affections spasmodiques des bronches, et c'est un devoir pour moi de vous signaler l'opinion du docteur Clutterbuck, puisqu'il n'admet pas même l'existence de ces affections.

Examinons d'abord cette proposition : « *Le tube (la trachée) est défendu contre la contraction par les cartilages eux-mêmes.* » Il est clair que Clutterbuck oublie ici que les arcs cartilagineux sont incomplets, et qu'ils ne circonscrivent guère plus que les deux tiers du diamètre du canal : cette disposition a évidemment pour but de permettre l'augmentation et la diminution du calibre de la trachée. « Les seuls muscles qu'on rencontre dans les voies aériennes, dit l'auteur, sont ceux du larynx. » Et plus loin «... l'existence de ce tissu musculaire n'a pas encore été démontrée » (c'est-à-dire dans la partie postérieure de la trachée). Je n'ai qu'un mot à répondre : il n'y a jamais eu, il ne peut pas y avoir de doute sur l'existence d'une couche qui a environ une demi-ligne d'épaisseur, lorsqu'elle est contractée, et qui est aussi évidemment musculaire que toute autre partie du système contractile.

Forbes et Copland ont fait observer avec juste raison que nous ne localisons point les spasmes de l'asthme dans les muscles de la trachée, ainsi que Clutterbuck paraît le croire ; on ne peut douter que tout l'appareil bronchique ne possède la propriété de la contractilité vitale. Le fait a été démontré d'ailleurs par les recherches anatomiques de Reisseisen, dont je vous ai parlé en commençant cette leçon, et il est en outre confirmé par les phénomènes physiques que présente la respiration pendant les accès d'asthme, de coqueluche, etc. Meckel (1) s'exprime ainsi au sujet des muscles bronchiques : « Dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire, ces fibres musculaires deviennent plus

(1) Traduction française, t. III, p. 516.

(L'AUTEUR.)

nombreuses à mesure que les cerceaux cartilagineux diminuent de nombre et de volume ; on peut voir ces fibres entourer toute la circonférence des petites bronches, alors même qu'il n'existe plus aucun vestige des cartilages. »

Dès lors nous n'avons pas besoin, pour nous rendre compte des symptômes spasmodiques de l'asthme, d'invoquer, avec Clutterbuck, l'action du diaphragme ou des muscles intercostaux ; les muscles de la trachée et ceux des bronches nous expliquent parfaitement tous les phénomènes observés. En résumé, ceux qui sont revenus à l'opinion des anciens ne sont pas aussi éloignés de la vérité que leurs antagonistes veulent bien le dire (1).

(1) Admise déjà par van Helmont et Willis, démontrée par les recherches anatomiques de Reisseisen, la contraction spasmodique des bronches est regardée aujourd'hui par le plus grand nombre des médecins comme la cause instrumentale de l'accès d'asthme : on sait que Floyer, Laennec, MM. Cruveilhier et Lefebvre ont soutenu cette interprétation. Or, dans ces derniers temps, on a tenté de renverser cette ancienne doctrine pathogénique, et de la remplacer par une théorie précisément opposée. Ainsi M. Ch. Pinel regarde comme cause déterminante de l'accès non plus le spasme des petits canaux bronchiques, mais leur paralysie momentanée ; toutefois les arguments qu'il oppose à la doctrine du spasme n'ont en vérité qu'une bien faible valeur ; le resserrement du calibre des bronches est inconciliable, selon l'auteur, avec la sonorité exagérée et la dilatation du thorax qu'on constate pendant l'accès d'asthme. Je ferai remarquer tout d'abord que ces phénomènes sont loin d'être constants ; puis l'agrandissement du thorax n'est point incompatible avec le spasme bronchique : car celui-ci, M. Pinel l'a sans doute oublié, ne porte que sur les ramifications dépourvues de cartilage ; celles-là seules peuvent se resserrer jusqu'à accoler leurs parois, et, dans ces conditions, l'air qui se précipite à chaque inspiration dans les bronches de gros calibre suffit bien certainement pour amener une distension légère du thorax. D'un autre côté, je ne vois pas comment la paralysie des muscles bronchiques rendrait compte de la dyspnée éprouvée par les asthmatiques au début même de l'accès, c'est-à-dire au moment où aucune sécrétion n'obstrue les voies de l'air ; les muscles des bronches sont complètement passifs au moment où l'air arrive dans le poumon ; ils n'agissent en réalité que dans l'expiration et dans l'expulsion des liquides bronchiques ; la paralysie de ces muscles pourrait déterminer une dyspnée par accumulation des produits de sécrétion, mais elle est sans influence au point de vue de la libre circulation de l'air dans le parenchyme pulmonaire. J'ajouterai enfin que l'idée d'une paralysie est tout à fait inadmissible en présence des résultats thérapeutiques que donnent la belladone, le tabac, le datura, et tant d'autres substances.

Dans son récent ouvrage sur les maladies des vieillards, le docteur Geist a émis une théorie qui se rapproche de la précédente, mais qui me paraît encore moins acceptable. Il repousse également l'idée d'un spasme des petites bronches, et il invoque, pour expliquer l'accès d'asthme, une paralysie et une subparalysie des vésicules pulmonaires (*Paralyse und Subparalyse der Lungenbläschen*). A quoi je répondrai que les vési-

Dans les cas même où le paroxysme est intense et de longue durée, alors que le patient est obligé de rester debout pendant la moitié de la nuit, qu'il est pris des symptômes de l'asphyxie s'il essaye de se coucher, que la face et les lèvres deviennent livides, que la respiration est pénible et sifflante, que les vaisseaux de la tête et du cou sont distendus et turgides, dans ces cas même il est possible qu'il s'agisse simplement d'un accès d'asthme spasmodique. Le malade, après avoir passé toute la nuit dans l'état épouvantable que je viens de vous décrire, dort tranquillement le matin pendant quelques heures. A son réveil, il n'a presque plus de dyspnée, il se sent dispos, et dans la journée il peut monter prestement les escaliers, courir, voire même se livrer au plaisir de la chasse, sans aucune difficulté.

J'ai vu des hommes jeunes éprouver pendant cinq ou six nuits consécutives des accès d'asthme extrêmement sévères ; mais aussitôt que le paroxysme était terminé, ces jeunes gens pouvaient partager les exercices de leurs camarades les plus robustes.

Ces faits démontrent l'existence d'une maladie qui mérite le nom d'asthme spasmodique ; ils prouvent que des individus parfaitement indemnes d'affections cardiaques peuvent être sujets à des accès de dyspnée très-intenses. Lorsqu'il existe quelque lésion permanente dans l'appareil de la respiration ou dans les organes circulatoires, cette altération devient la cause excitante de paroxysmes de dyspnée, qui offrent la plus grande ressemblance avec les accès de l'asthme spasmodique ;

cules pulmonaires, ne renfermant pas d'éléments contractiles ne sauraient être affectées de paralysie.

Cette année même, le docteur Kidd a consacré à l'étude de cette question un intéressant travail, et il a prêté un nouvel appui à l'antique doctrine du spasme. Mais il ne s'en est pas tenu là, et il a cherché à déterminer quel est le point de départ de cette contraction anormale. Prenant en considération les travaux anatomiques de Schroeder van der Kolk, les observations de Salter, de Forbes et d'autres auteurs, tenant compte enfin des causes occasionnelles les plus ordinaires de l'accès, Kidd est arrivé à cette conclusion, que l'asthme dépend d'un état morbide de la moelle allongée et du centre nerveux spinal : cet état anormal se traduit par la convulsion de *tout le groupe des muscles inspireurs*.

Ch. Pinel, *De l'asthme*, thèse de Paris, 1858.

Geist (von Nürnberg), *Klinik der Greisenkrankheiten*. Erlangen, 1860.

H. Kidd, *On the pathology of asthma* (*Dublin quarterly Journ. of med. science*, 1861).

Comparez :

Duncan James, *On Paralysis of the bronchial muscles* (*Dublin quarterly Journ. of med. science*, 1860).

(Note du TRAD.)

mais le diagnostic est facile, si l'on accorde une attention suffisante aux signes anamnestiques, et si l'on prend en considération l'état du malade dans l'intervalle des accès (1).

J'ai déjà observé un grand nombre de jeunes asthmatiques chez lesquels il n'existait aucune lésion organique, et j'en suis venu à croire

(1) Voyez, tome II, la note de la page 37.

L'auteur, comme on le voit, sépare avec soin l'asthme essentiel de la dyspnée symptomatique des affections pulmonaires ou cardiaques; il est à regretter seulement qu'il n'ait pas abordé l'étude si intéressante des relations qui unissent l'asthme à certaines maladies générales. Il y a là une question nosologique d'une grande importance, car, en y regardant de près, on sera conduit à reconnaître que l'asthme essentiel est tantôt une maladie, tantôt une affection. Qu'il me soit permis de reproduire ici ce que j'ai dit ailleurs, en rendant compte de l'ouvrage du docteur Théry: « Pour nous, nous ne voyons point cette question de l'asthme aussi obscure, aussi insoluble qu'on veut bien le dire. Réservant le terme classique d'asthme pour la *névrose essentielle* dont les caractères symptomatiques sont bien connus, et voyant que cette névrose réalise, dans bon nombre de cas, les conditions que doit remplir tout état morbide pour être qualifié du nom de *maladie*, nous dirons: l'asthme est une maladie essentielle. Dans ces cas, le développement en est spontané, les causes extérieures jouent le rôle de causes occasionnelles, et ne font que mettre en jeu cette influence mystérieuse dont nous sommes bien forcés d'admettre la puissance sous le nom de prédisposition; dans ces cas encore, la maladie est indépendante, dans son existence et dans son évolution de tout autre état morbide, et si la mort, ce qui est rare, survient de bonne heure, on ne trouve à l'autopsie aucune lésion caractéristique.

Mais, dans d'autres circonstances, l'asthme se montre comme *affection secondaire* dans le cours de certaines maladies constitutionnelles ou diathésiques, telles que la goutte, le rhumatisme ou la maladie hémorrhédaire; ici plus de développement spontané, mais une subordination souvent facile à saisir à une maladie antérieure; du reste, les autres caractères sont les mêmes. Nous conformant alors à la définition rigoureuse des mots, nous dirons: L'asthme constitue l'une des *affections* de la goutte ou de la maladie hémorrhédaire, au même titre que la migraine ou la dyspepsie flatulente. Instruit par les cas où la maladie se montre, chez le même sujet, avec l'ensemble des caractères qui lui appartiennent, nous pourrions encore la reconnaître lorsque les manifestations en seront moins complètes, lorsque le tableau en demeurera imparfait; et chez l'individu issu de parents gouteux, qui présentera pendant de longues années pour tout phénomène morbide des accès d'asthme, nous ne verrons point *une maladie*, nous verrons l'une des *affections* par lesquelles se révèle une maladie générale, dont l'évolution n'est parfois complète qu'au bout de plusieurs générations.

En dehors de ces faits, et pour éviter toute confusion, nous rejetons complètement le mot *asthme*; nous ne voyons plus que des accès de suffocation avec ou sans difficulté de la respiration dans l'intervalle; nous ne voyons plus qu'une dyspnée paroxystique - *symptôme* de certaines névroses et des altérations les plus diverses des appareils de la respiration et de la circulation. (*Gaz. hebdomadaire*, août 1860.

(Note du TRAD.)

que l'asthme spasmodique n'est point aussi rare qu'on le croit généralement. Chez un jeune garçon dont j'ai publié l'histoire, les accès étaient violents et rapprochés ; ils étaient, selon toute apparence, purement spasmodiques. Un jour, ce malade fut pris d'une attaque de goutte extrêmement violente dans le pied (le père et la mère étaient eux-mêmes goutteux) ; depuis lors il n'a pas eu un seul accès d'asthme, et pourtant plusieurs années déjà se sont écoulées, et l'enfant a été soumis à toutes les fatigues, à tous les exercices des élèves de nos collèges.

M. Fleming, qui habite aujourd'hui l'île de Man, et sir Philip Cranpton, voyaient en même temps que moi un garçon de douze ans, qui était sujet à une violente dyspnée, sous l'influence du moindre exercice : c'était au point que depuis plusieurs mois il ne pouvait pas même marcher dans sa chambre, sans courir le risque de suffoquer par anhélation ; il avait en même temps des battements de cœur, sa respiration devenait sifflante ; il était sous le coup d'une asphyxie imminente. Pendant une année entière, nous avons essayé les traitements les plus divers, sans obtenir aucune amélioration ; un jour, l'enfant est pris de typhus fever, il guérit rapidement, et il ne ressent plus aucune atteinte de son affection primitive.

Ces deux faits sont bien propres à démontrer l'influence qu'exerce l'état général sur les affections locales.

Comme toutes les maladies nerveuses, l'asthme présente de grandes variétés dans ses manifestations, et les agents thérapeutiques et physiques exercent sur lui les influences les plus diverses, les plus imprévues. Au mois de décembre 1839, je donnais des soins à deux hommes de quarante-cinq ans environ, qui habitaient la même rue. De petite taille tous les deux, ils avaient une constitution robuste, et ils étaient affectés d'un asthme purement nerveux. Par une matinée très-froide, je trouvai l'un d'eux très-malade en vérité : il avait passé toute la nuit sans dormir ; à chaque instant, pendant cette longue veille, il avait été menacé d'étouffer dans un accès de dyspnée. Il attribuait la violence insolite de ce paroxysme à ce que la cheminée de sa chambre à coucher avait fumé durant la nuit ; et comme la température extérieure était très-froide, il n'avait pas osé ouvrir sa fenêtre pour donner issue à la fumée.

Je lui ordonnai immédiatement de changer de chambre, et je me mis en devoir de visiter son voisin. Je le trouvai assis dans une chambre remplie de fumée. Il s'excusa de me faire respirer une atmosphère

aussi désagréable, et il me raconta que lorsque son accès d'asthme devenait trop intense, il n'avait d'autre moyen de se soulager que de faire allumer un grand feu de charbon de terre ; il ordonnait alors à son domestique de fermer de temps en temps la cheminée, afin qu'il restât toujours dans la chambre une fumée assez épaisse : ce moyen, ajouta-t-il, n'avait jamais manqué son effet. Ce malade menait une vie très-active ; il était chargé de la gérance de grandes propriétés, de sorte qu'il était très-souvent en voyage : or, il avait constaté par l'expérience que la fumée de la tourbe ne lui procurait aucun soulagement, et il ne s'arrêtait jamais dans une hôtellerie où il n'y avait pas d'autre combustible ; il ne se sentait pas en sûreté lorsqu'il savait qu'il n'avait pas de houille à sa disposition. De telles *idiosyncrasies* déjoueront toujours les recherches des anatomo-pathologistes ; en revanche, elles sont pour le médecin praticien une source d'enseignements utiles.

Les phénomènes qui accompagnent l'accès d'asthme peuvent jeter beaucoup de lumière sur la nature de ce bruit qu'on a appelé sifflement respiratoire. Après avoir respiré librement pendant toute une soirée, l'asthmatique est pris de dyspnée vers le milieu de la nuit ; en même temps, sa respiration devient tellement sifflante, qu'on l'entend de l'escalier. Ce sifflement persiste pendant plusieurs heures, puis il cesse : chez quelques malades, la disparition de ce phénomène coïncide avec une expectoration abondante ; chez d'autres, l'expectoration est absolument nulle. Si, pendant l'accès, nous appliquons le stéthoscope sur la poitrine du patient, nous entendons des râles bronchiques très-nombreux, qui nous montrent que toutes les bronches, grosses et petites, sont intéressées ; et nous observons ces râles même dans l'asthme sec, dans lequel il n'y a aucune expectoration et dont l'accès se termine sans laisser la moindre trace d'une affection pulmonaire.

Nous arrivons tout naturellement à cette conclusion : Des bruits bronchiques très-intenses et de caractères variables peuvent être produits sans inflammation, et même sans sécrétions anormales de la muqueuse des bronches ; et ces bruits peuvent disparaître sans qu'il y ait eu d'expectoration, conséquemment sans que les bronches aient été nettoyées. Ce fait doit être à jamais gravé dans votre esprit. Les *stéthoscopistes* sont enclins à rapporter à une bronchite tous les râles bronchiques qu'ils entendent ; or, dans l'asthme, vous avez des râles aussi nombreux, aussi bruyants que possible, et vous avez en même

temps la preuve évidente qu'il n'existe aucune inflammation de la muqueuse : au bout de quelques heures, vous ne pouvez plus entendre un seul râle dans les points même où ils étaient naguère le plus abondants.

Il est donc évident que quelques-unes des théories admises sur les râles bronchiques donnent encore matière à la discussion. La déduction pratique à tirer de ces faits, c'est que nous devons étudier ces râles avec le plus grand soin, mais que nous ne devons jamais nous préoccuper exclusivement de ces bruits anormaux ; nous devons toujours les comparer aux autres symptômes sous peine d'instituer un traitement antiphlogistique dans un cas où les moyens déplétifs sont inutiles ou même dangereux : cette faute est souvent commise par ceux qui ne prennent en considération que les signes physiques.

Quant au traitement de l'asthme spasmodique, je n'ai que peu de chose à ajouter à ce qui est généralement connu. Durant l'accès, il est souvent utile d'appliquer sur la poitrine de la flanelle imbibée d'eau aussi chaude qu'elle peut être supportée. Dans quelques cas, on obtient de bons résultats avec le vin d'opéacuanha ; on le mêle, par parties égales, à de la teinture de castoréum ; on l'administre à petites doses, qu'on répète à des intervalles très-rapprochés. Chez un malade que je voyais avec sir Philip Crampton, la potion suivante prescrite par mon confrère fut très-efficace :

℞ Acidi hydrocyanici.	min. iij.
Creosoti.	min. ii.
Olei terebenthinæ.	min. x.
Mucilaginis.	f. ʒ j.
Aquæ cinnamomi.	f. ʒ j.

Misce (1).

Cette mixture était donnée en deux fois, et l'on y revenait, si cela était nécessaire.

Pour ce qui est du stramonium, je dois vous dire que lorsqu'on le fait fumer aux malades, on obtient quelquefois des résultats magiques,

(1) ℞ Acide cyanhydrique.	1gr,20
Créosote.	1gr,20
Essence de térébenthine.	4 granimes.
Mucilage.	3
Eau de cannelle.	24

Mêlez.

(Note du TRAD.)

car on empêche ainsi définitivement le retour des accès ; mais d'autres fois cette substance est absolument inerte, ou même elle produit des effets fâcheux. Malheureusement, il ne nous est pas donné de distinguer à l'avance les cas dans lesquels elle doit agir favorablement. Un de mes clients, qui se trouvait très-bien de l'usage habituel de la stramoine, m'a donné un renseignement pratique d'une grande importance. Avant de commencer à aspirer la fumée, il faut que les poumons soient privés d'air aussi complètement que possible par une expiration forcée ; après chaque inhalation, les poumons doivent être vidés de la même façon. Ce gentleman avait remarqué en outre que le stramonium d'Amérique le soulageait plus que tout autre (1).

J'arrive à l'étude de la phthisie pulmonaire.

Cette maladie, vous le savez, est d'une importance considérable ; elle mérite notre attention la plus sérieuse, soit à cause de son origine et de sa marche insidieuse, soit à cause de sa fréquence et du choix des victimes qu'elle frappe de préférence. D'après une évaluation basée sur les tables de la mortalité et sur d'autres données, 60000 personnes

(1) Voici la méthode de traitement qui a donné les meilleurs résultats à M. le professeur Trousseau :

« Ce traitement, dit-il, qui demande à être suivi pendant très-longtemps et avec une grande exactitude, se compose de la série des moyens ci-après :

« 1^o Dix jours de suite, chaque mois, le malade prend le soir, en se couchant, d'abord une, puis trois jours après, deux, et les quatre derniers jours, quatre pilules ainsi composées :

℥	Extrait de belladone.	1 centigramme.
	Poudre de racine de belladoue.	1 —

F. s. a. une pilule.

« Ou bien encore un, deux et jusqu'à quatre granules d'atropine d'un milligramme.

« 2^o Les dix jours qui suivent, on remplace les préparations belladonnées par le sirop de térébenthine, à la dose d'une cuillerée à bouche prise trois fois par jour, et mieux par trois capsules d'essence de térébenthine.

« 3^o Les dix derniers jours du mois, le malade est mis à l'usage des cigarettes arsenicales.

« Enfin, comme complément du traitement, le malade prend tous les dix jours, le matin à jeun un paquet de 4 grammes de poudre de quinquina calisaya qu'il délaye dans une infusion de café torréfié.

« Depuis quinze ans, j'ai eu un grand nombre de fois occasion d'appliquer cette méthode de traitement, et j'ai eu souvent à m'en applaudir. » (*Clinique médicale*, t. I p. 544.)

(Note du TRAD.)

meurent annuellement de phthisie pulmonaire dans la Grande-Bretagne ; mais comme on n'a pas tenu compte dans ce calcul de l'accroissement considérable de la population depuis quelques années, la moyenne annuelle des décès causés par la phthisie tuberculeuse peut être, sans exagération, portée à 70 000. Consultez les chiffres du registre général des décès de l'Angleterre pour l'année 1847, et vous verrez que mon estimation n'est point trop élevée. Ce rapport nous donne la mortalité de 115 districts ; ces décès sont à la mortalité totale de l'Angleterre et du pays de Galles comme 47,11 est à 100 (1). A Londres, pendant la même année, les décès par toutes les causes réunies ont atteint le chiffre de 60 442 ; la phthisie en a, pour son compte, 7010. Or, la population de Londres, au dernier recensement (1841), était de 1 948 211 habitants ; aujourd'hui elle s'élève, en chiffres ronds, à 2 millions : si donc nous négligeons les fractions pour la commodité du calcul, nous verrons que la phthisie tue annuellement, à Londres, un individu sur 285. Au dernier recensement, la Grande-Bretagne comptait 18 527 351 habitants, soit aujourd'hui 19 millions ; en admettant que la mortalité par la phthisie est la même qu'à Londres, nous arrivons au chiffre de 66 666. D'autre part, il résulte du rapport remarquable publié par M. Wilde, sur le recensement de l'Irlande en 1841, que la moyenne annuelle de la mortalité par la phthisie a été, dans cette île, de 16 000 pendant les cinq années qui finissent avec 1840 ; si nous additionnons ces deux nombres, nous trouverons, en fin de compte, que la phthisie tue en moyenne, chaque année, dans le royaume uni, près de 73 000 personnes.

Plus que toute autre maladie, la phthisie excite la sympathie et la commisération des parents et des amis du patient. Certaines affections sont tenues secrètes, parce qu'elles sont un objet de dégoût ; d'autres, en raison de l'impureté de leur origine, portent le stigmate de la honte, les troubles de l'intelligence, le naufrage de la raison humaine, nous inspirent une certaine horreur, bien plutôt que de la sympathie. Mais la phthisie n'altère point les traits, elle ne porte aucune atteinte aux facultés intellectuelles ; loin de là, elle semble développer les qualités morales du malade, elle exalte ses sentiments et ses affections, elle

(1) *Rapport* du trimestre qui finit le 31 mars 1847. Les chiffres donnés dans une note de la première édition de ce livre provenaient de l'ouvrage du docteur Gilbert sur la phthisie, et l'on avait cru, à tort, qu'ils comprenaient la mortalité de toute l'Angleterre et des Galles : le chiffre des décès causés par la phthisie s'est trouvé par cela même bien au-dessous de la vérité.

(L'AUTEUR.)

inspire à ses victimes une touchante mélancolie qui excite au plus haut degré notre attendrissement et notre pitié. Bien des jeunes gens, hélas ! sont frappés sur le seuil même de la vie, alors qu'ils avaient le cœur ouvert à toutes les espérances, et qu'ils s'étaient fait remarquer déjà par le développement rapide et brillant de leur esprit. Combien de familles ont vu tomber sous les coups de cette épouvantable maladie leurs enfants les plus beaux, les plus heureusement doués !

Je n'ai point l'intention, messieurs, d'aborder ici dans tous ses détails l'étude de la phthisie pulmonaire ; je ne veux point la suivre pas à pas dans ses différentes phases, ni vous énumérer les signes stéthoscopiques auxquels elle donne lieu : une telle tâche me demanderait trop de temps. Je me propose simplement d'étudier dans un coup d'œil d'ensemble la pathogénie et le traitement de cette maladie.

La présence des tubercules dans la phthisie, constituant l'un des phénomènes les plus remarquables, a absorbé presque entièrement l'attention des médecins ; et bientôt, attachant à cette lésion une importance exagérée, ils y ont vu la cause de la phthisie.

Je ne vous décrirai pas ici les différentes formes anatomiques de la tuberculisation, ce sujet a été traité dans tous ses détails par Laennec, Andral, Louis et beaucoup d'autres écrivains ; ce que je tiens à vous dire, c'est que je n'accorde aux tubercules qu'une influence limitée dans la production de la phthisie. Je conviens sans peine que lorsque des tubercules (quelle que soit d'ailleurs la disposition qu'ils présentent) se développent rapidement et en grand nombre, ils deviennent une cause de souffrances et de dangers, en restreignant l'étendue de l'appareil respiratoire. Si le poumon, au lieu d'être entièrement perméable à l'air, a une de ses moitiés obstruée par des tubercules, assurément l'hématose sera compromise. Or, les cas de ce genre ne sont point rares : j'ai vu des tubercules envahir la totalité d'un poumon dans l'espace de deux ou trois semaines, et j'ai vu cette génération rapide faire périr les malades par suffocation sans aucun des symptômes ordinaires de la phthisie. Vous avez pu voir, il y a quelque temps, un exemple remarquable de cette affection, chez une jeune femme de l'hôpital de Sir Patrick Dun ; atteinte d'une tuberculisation rapide et généralisée, elle a succombé dans un état que l'on pourrait appeler à juste titre l'asphyxie tuberculeuse. A peine nous avait-elle présenté un seul des symptômes ordinaires de la consommation, elle était tuée non par la suppuration qui accompagne la phthisie, mais par la suffocation qui résulte d'une hématose imparfaite. J'insiste de

toutes mes forces sur cette distinction, et je voudrais qu'elle fût connue de tous (1).

On admet généralement que les tubercules, amenant l'inflammation et la suppuration du parenchyme pulmonaire, sont la cause de la phthisie. Voilà ce dont je doute, ou plutôt voilà ce que je nie. Pour moi, le développement des tubercules et celui de la consommation sont les consé-

(1) Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de ce fait l'observation qu'a publiée M. Andral sous ce titre : « Développement très-rapide de tubercules pulmonaires produisant l'état de suffocation des maladies du cœur. » Dans ce cas, il ne s'écoula pas trente jours entre le moment où se manifestèrent les premiers symptômes morbides, et l'époque de la mort. L'ouverture du cadavre ne montra d'autre lésion que des tubercules très-petits développés en quantité innombrable dans les deux poumons, et entourés d'un tissu crépitant et parfaitement sain. Comme on le voit, la similitude des deux observations est aussi complète que possible ; mais là ne se borne point l'analogie, et le rapprochement que j'établis ici me paraît d'autant plus intéressant que le professeur de Paris a été conduit à la même interprétation que le médecin de Dublin : « Une fois admise, dit-il, la possibilité de ce rapide développement des tubercules pulmonaires, on conçoit facilement comment, en raison de ce brusque développement, le parenchyme du poumon n'eut pas le temps, en quelque sorte, de s'habituer à leur présence. De là la dyspnée, dont l'intensité toujours croissante produisit enfin la mort par asphyxie. (*Clin. méd.*, édit. de 1834, t. IV, p. 89.) Et ailleurs (p. 359) : « D'autres fois le développement rapide et simultané d'une grande quantité de tubercules miliaires dans les poumons n'a été annoncé que par une suffocation de plus en plus grande, par une sorte d'asthme aigu. » Dans le fait de M. Andral comme dans celui de Graves, il s'agit évidemment de cette forme spéciale de phthisie qui a reçu le nom de *phthisie galopante*.

L'auteur ayant décrit les formes les plus importantes de la phthisie, sans se préoccuper de leur donner une dénomination, je crois devoir m'arrêter quelques instants sur ce sujet, parce qu'il règne encore une certaine obscurité dans cette terminologie, et que le défaut de précision dans les termes a pour conséquence nécessaire la confusion dans les choses.

Toute la difficulté consiste à déterminer et à limiter exactement la valeur de cette expression, *phthisie aiguë*. Lorsque, renonçant aux errements de Bayle, on eut fait disparaître l'espèce phthisie granuleuse au profit de la phthisie commune ou tuberculeuse proprement dite, on réserva la qualification d'*aiguë* pour ces phthisies à marche rapide qui se séparent nettement par la vivacité de leurs allures de la forme la plus ordinaire de la maladie ; mais par cela même qu'on prenait pour caractère distinctif unique la rapidité de l'évolution, on fut conduit à englober sous le chef de phthisie aiguë des formes morbides qui constituent en réalité, comme le dit M. Trousseau, deux maladies très-distinctes l'une de l'autre. Un peu plus tard, lorsque les autopsies furent devenues plus nombreuses, lorsqu'il fut bien établi que chez les individus qui avaient succombé à une phthisie à marche rapide, on trouvait tantôt les lésions ordinaires de la tuberculisation depuis le ramollissement jusqu'aux cavernes, tantôt une simple infiltration du parenchyme par des granulations miliaires demi-transparentes, on recon-

quences de cet état constitutionnel qui donne lieu à ce qu'on appelle, bien à tort, l'inflammation tuberculeuse : cet état de la constitution nous présente en réalité trois processus morbides distincts, avec des lésions correspondantes ; ces divers processus diffèrent entre eux, mais ils dépendent d'une seule et même cause.

Toutes les formes de consommation que j'ai rencontrées jusqu'ici peu-

sent la nécessité de scinder le groupe des phthisies aiguës, et d'y établir une division que commandaient à la fois l'observation clinique et les caractères anatomiques. Mais ici commença la confusion ; et les épithètes *aiguë* et *galopante*, mal précisées dans leur acception, ou détournées de leur véritable sens, furent prises indifféremment l'une pour l'autre, ou plutôt leur signification resta soumise au caprice de chacun : fait d'autant plus singulier qu'on s'entendait parfaitement sur le fond même de la question. Il était bien évident en effet pour tout le monde qu'il y a dans la phthisie à marche prompte deux ordres de faits très-différents : tantôt il s'agit d'une tuberculisation de forme commune qui accomplit son évolution en un temps beaucoup plus court que d'habitude, de sorte que, dans une période de trois à quatre mois, par exemple, on voit se dérouler, dans leur ordre naturel, toutes les phases ordinaires de la phthisie chronique, et qu'on trouve à l'autopsie les altérations anatomiques qui caractérisent cette dernière maladie ; tantôt au contraire il s'agit d'une maladie qui débute brusquement avec les apparences d'une pyrexie ou d'un catarrhe aigu, et qui est anatomiquement caractérisée par des granulations miliaires, demi-transparentes ; ces granulations sont infiltrées dans toute l'étendue du parenchyme pulmonaire.

Les choses étant ainsi, voici la question qui se présente : Laquelle de ces deux formes morbides doit prendre le nom de *phthisie aiguë* ? à laquelle des deux faut-il donner le nom de *phthisie galopante* ?

La réponse me paraît, je dois le dire, extrêmement facile, car il suffit de conserver à l'expression *maladie aiguë* son sens traditionnel, qui est en même temps son sens grammatical. Or l'épithète d'*aiguë*, appliquée à une maladie, a-t-elle jamais signifié autre chose qu'une rapidité plus grande dans l'évolution ? La notion d'acuité implique-t-elle l'idée d'une différence absolue dans la modalité symptomatique et dans les caractères anatomiques ? Personne n'oserait le prétendre. Puisque donc cette notion d'acuité n'a trait qu'à la durée totale de la maladie, il est clair qu'on doit appeler *phthisie aiguë* celle qui présente tous les caractères cliniques et anatomiques de la phthisie chronique, et qui ne diffère de cette dernière que par sa marche plus rapide. En fait, et pour reprendre les termes dont je me suis servi plus haut, la phthisie aiguë est une tuberculisation de forme commune qui accomplit son évolution en un temps beaucoup plus court que d'habitude ; de sorte que, dans une période de trois à quatre mois, par exemple, on voit se dérouler, dans leur ordre naturel, toutes les phases ordinaires de la phthisie chronique, et qu'on trouve à l'autopsie les altérations anatomiques qui caractérisent cette dernière maladie.

Quant à l'autre forme, je ne vois aucun inconvénient à lui donner le nom de *phthisie galopante*. Cette désignation a l'avantage de la séparer nettement de la précédente, et de rappeler que la rapidité extrême de la marche est un de ses traits caractéristiques. Je ferai remarquer cependant que toute confusion eût été prévenue, si l'on avait con-

vent être rapportées à la même origine : cette origine commune, c'est l'état général auquel on a donné le nom de constitution scrofuleuse. Un des premiers effets de cette disposition constitutionnelle c'est la production de tissus qui ne dépassent pas un certain degré d'organisation ; au nombre de ces tissus, je place les tubercules : qu'ils se développent dans les poumons, dans l'encéphale ou dans le foie, peu importe ; qu'ils revêtent la forme de petites granulations, qu'ils présentent l'aspect de masses molles et jaunâtres, qu'ils soient infiltrés dans la trame des organes, leur signification est toujours la même. Pour moi, j'y vois tout simplement une des modifications morbides par lesquelles se traduit un état spécial de la constitution (1).

Plus la constitution est affaiblie, plus elle est portée à engendrer des

servé la dénomination de *phthisie granuleuse*. Quelle que soit en effet l'opinion que l'on professe sur la structure de ces granulations, quelle que soit l'idée qu'on se fasse des connexions qui les unissent aux véritables tubercules, cela importe peu ici, et l'on eût pu, ce me semble, opposer avec toute raison la phthisie granuleuse à la phthisie tuberculeuse ; on aurait ainsi échappé à toutes les équivoques auxquelles ont donné lieu les épithètes *aiguë* et *galopante*.

On sait que M. Trousseau accorde à ces deux expressions la même signification que je défends ici ; je n'aurais point cherché à apporter de nouveaux arguments en faveur de cette manière de voir, si je n'avais plusieurs fois entendu critiquer cette interprétation.

En résumé, et en me restreignant à l'ordre d'idées dont je me suis occupé dans cette note, je crois qu'on pourrait classer ainsi les formes de la phthisie pulmonaire :

Phthisie pulmonaire.	Phthisie tuberculeuse (commune).	Forme lente ou chronique.
		Forme rapide ou aiguë.
Phthisie granuleuse (galopante).		Forme typhoïde.
		Forme catarrhale.
		Forme suffocante.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que la phthisie granuleuse peut venir compliquer la phthisie commune ; Bayle a signalé cette coïncidence, dont il a toutefois exagéré la fréquence : « Cette espèce (dit-il en parlant de la phthisie granuleuse) est quelquefois tout à fait simple, mais presque toujours elle se complique avec la phthisie tuberculeuse. » (*Recherches sur la phthisie pulmonaire*, édit. de 1855.) (Note du TRAD.)

(1) Déjà dans une autre de ses leçons (voy. t. I, p. 609), Graves a émis cette proposition : « Quant aux tubercules, quant à l'infiltration tuberculeuse, ce sont tout simplement les résultats d'une nutrition pathologiquement pervertie par la scrofule ; ce sont des effets, ce ne sont point des causes. » Et j'ai fait remarquer à ce sujet que cette doctrine, par laquelle l'auteur se séparait nettement des opinions généralement admises alors, a été démontrée par l'observation clinique ultérieure, et par les notions plus exactes que nous possédons aujourd'hui sur la constitution et sur la pathogénie des produits morbides. Or, il ne sera pas hors de propos, ce me

produits d'une vitalité inférieure ; et c'est ainsi, je pense, que nous pouvons nous rendre compte de la formation des entozoaires et des hydatides. Bien souvent vous serez impuissants à prévenir la génération des vers intestinaux, si vous ne prenez pas en considération la source même du mal, c'est-à-dire la faiblesse de la constitution ; tous les animaux qui se trouvent dans des conditions fâcheuses sont exposés à la formation des productions parasitaires et des tissus imparfaitement organisés. Le tubercule est pour moi un de ces éléments imparfaits ; je ne le regarde point comme le résultat de l'inflammation, encore moins comme la cause de la phthisie. Nous rencontrons bien souvent des malades qui présentent les symptômes les plus frappants de la phthisie, voire même la fièvre hectique, qui en est la compagne obligée ; eh bien ! malgré la gravité de

semble, de consigner ici les déclarations nettement confirmatives des observateurs contemporains.

Dès 1853, Hughes Bennett déclarait que la phthisie pulmonaire reconnaît pour cause immédiate une nutrition imparfaite, et que les tubercules sont déjà les résultats secondaires de ces troubles nutritifs. Plus tard (1859), le savant professeur d'Édimbourg est revenu encore sur ce point, et il a reproduit dans ses *Leçons cliniques* la doctrine qu'il avait exposée dans son *Traité de la tuberculisation pulmonaire*. Je ne puis la faire connaître ici dans tous ses détails, mais je veux au moins en indiquer l'idée principale ; on verra par là combien elle est voisine de celle du médecin de Dublin : « L'apparition des premiers symptômes de la phthisie pulmonaire est précédée de troubles digestifs très-marqués : la perversion de l'appétit, l'anorexie, la saleté ou la netteté anormale de la langue, l'acidité exagérée de l'estomac et de l'intestin, des alternatives de constipation et de diarrhée, tels sont les phénomènes qu'on observe le plus ordinairement, et ils peuvent être rapportés à un état morbide des premières voies. Ce mode de début de la phthisie a été signalé par la plupart des médecins observateurs. D'un autre côté, il est incontestable que, dans la grande majorité des cas, ces mêmes phénomènes accompagnent la phthisie pendant toute la durée de son évolution ; ils deviennent d'autant plus marqués que la maladie est plus près de sa terminaison. Or, comme les qualités nutritives du sang sont entièrement subordonnées à une assimilation parfaite, comme cette assimilation est pervertie dès que les conditions naturelles du canal digestif sont elles-mêmes altérées, la persistance de cet état anormal a pour conséquence nécessaire un état appauvri (*impooverished state*) du sang, et un accroissement imparfait des tissus. Qu'il se fasse alors une exsudation, elle ne présentera aucune tendance à une formation cellulaire parfaite ; elle ne pourra aboutir qu'à la production de corpuscules qui se forment lentement, et qui, par leur dissociation lente, amènent le ramollissement et l'ulcération. Ces caractères de l'exsudat ont été démontrés par les études histologiques... En résumé, l'étude des symptômes, des causes, de l'anatomie pathologique et de l'histologie de la phthisie pulmonaire, nous conduit à admettre comme cause de cette maladie un trouble de la digestion gastrique (*primary digestion*). Ces troubles digestifs ont pour conséquences : 1° l'appauvrissement du sang ; 2° des exsudations pulmonaires qui présentent les caractères de

l'affection pulmonaire, nous ne pouvons découvrir chez eux le moindre vestige de tubercules.

Il est un fait avéré, c'est que la matière tuberculeuse n'excite aucune inflammation par sa simple présence. Pour ce qui est des poumons, l'observation de tous les jours justifie cette assertion ; mais ce n'est pas tout, nous trouvons fréquemment dans la rate, dans le foie, dans les reins ou dans les muscles, des tubercules qui y sont certainement depuis quelque temps déjà, et nous pouvons constater que les tissus environnants ne présentent aucune altération inflammatoire. D'un autre côté, la pneumonie consomptive ou la suppuration du poumon peut exister sans tubercules, de même que ceux-ci peuvent se développer sans pneumonie scrofuleuse. Ainsi, chez un adulte qui est mort

l'exsudation tuberculeuse; 3^o le ramollissement de l'exsudat et l'ulcération du poumon. » — Ces troubles primitifs de la nutrition portent principalement, d'après le même auteur, sur la digestion et l'assimilation des matières albuminoïdes et de la graisse.

Quelle que soit l'opinion qu'on se fasse sur le processus morbide qu'invoque ici le professeur Bennett, il reste un fait bien établi, c'est que la tuberculisation est pour lui le résultat d'une nutrition pervertie.

Le lecteur a remarqué sans doute que Graves caractérise le tubercule par son défaut d'aptitude à l'organisation. C'est un tissu, dit-il, qui ne dépasse pas un certain degré d'organisation. Eh bien ! Rokitansky, qui n'a étudié le tubercule qu'au point de vue anatomique, en donne une définition qui est précisément fondée sur ce même caractère négatif. « Le tubercule est caractérisé par un défaut évident d'aptitude à une organisation supérieure, et par sa tendance à la dégradation avec destruction consécutive du tissu. » Cette concordance m'a paru assez intéressante pour être signalée.

Malgré les dissidences doctrinales qui les séparent, l'école de Berlin est ici parfaitement d'accord avec l'école de Vienne : « Pour moi, dit Virchow, le tubercule est un grain, un nodule, et ce nodule représente une néoplasie qui, au moment de son premier développement, possédait nécessairement la structure cellulaire, et provenait, comme les autres néoplasies, du tissu conjonctif.... Cette production, qui, d'après son développement, se rapproche beaucoup du pus, dont elle possède les petits noyaux et les petites cellules, cette production se distingue des formes d'une organisation supérieure, du cancer, du cancroïde, du sarcome, parce que les éléments de ces dernières néoplasies sont gros, volumineux, colossaux même, et possèdent des noyaux et des nucléoles fort développés. *Le tubercule est toujours une production pauvre, une néoplasie misérable dès son début.* »

Rappelons enfin que M. Turnbull (médecin de l'hôpital de Liverpool), qui a étudié la tuberculisation pulmonaire au point de vue étiologique aussi bien qu'au point de vue anatomique, professe une doctrine analogue de tous points à celle du médecin de Meath Hospital. Après avoir rappelé l'identité de la constitution scrofuleuse et de la tuberculeuse, M. Turnbull continue en ces termes : « Quel est donc cet état de la constitution

récemment dans cet hôpital, les poumons étaient solidifiés dans la plus grande partie de leur étendue ; ils étaient noirs et ulcérés, ils étaient creusés de cavités sinueuses et remplis de pus scrofuleux ; mais ils ne contenaient pas un seul tubercule ; les granulations miliaires faisaient complètement défaut, aussi bien que le tubercule jaune ; toute la masse du poumon était solide, sauf les points dans lesquels il était en suppuration : cette suppuration était évidemment la conséquence d'une pneumonie consomptive à marche chronique. Les lésions de ce genre ne sont point rares ; le professeur Alison et d'autres observateurs en ont rencontré d'analogues, surtout dans la phthisie des vieillards ; mais ils se sont mépris sur leur véritable signification, parce qu'ils étaient sous l'empire de cette idée préconçue, que la solidification du poumon dépendait d'un dépôt tuberculeux.

qui amène la formation de ces corps tuberculeux ? Je pense que cet état consiste en une nutrition imparfaite, une condition dans laquelle les organes digestifs sont incapables d'extraire des aliments un sang parfaitement normal ; celui-ci devient à son tour impuissant à nourrir chaque organe, sans laisser s'échapper en même temps quelques molécules imparfaitement formées..... La phthisie est donc essentiellement une maladie de la nutrition, et toutes les causes de cette maladie agissent en empêchant directement ou indirectement une digestion et une assimilation parfaites des aliments, et leur conversion en un sang complètement organisé et vivant. »

Comme on le voit, la conclusion est toujours la même : malgré la divergence des vues, malgré la diversité des points de départ, médecins et anatomo-pathologistes s'accordent à voir dans la tuberculisation le résultat d'une nutrition pervertie. J'ajoute que cette perversion de la nutrition peut être primitive et accidentelle (phthisie acquise), ou consécutive à une maladie constitutionnelle préexistante (phthisie scrofuleuse).

Mais, d'ailleurs, cette question de pathogénie a une toute autre portée qu'on ne le croirait d'abord, car de l'interprétation de ces phénomènes primitifs découle comme conséquence directe et nécessaire la notion de la nature et de la structure du tubercule lui-même. Avec cette doctrine qui rapproche le tubercule, au point de vue du mode de production, des exsudats ou produits inflammatoires, il n'est plus possible de songer à la théorie de l'épigénèse soutenue par Laennec, et l'on doit du même coup rompre avec le principe de l'hétéromorphisme. En fait, et quelle que soit la théorie anatomique que l'on adopte, on ne peut plus voir aujourd'hui dans le tubercule que le résultat d'une exsudation plasmatique dégradée et impropre à l'organisation (théorie de l'exsudation), ou bien une formation cellulaire imparfaite (théorie cellulaire).

Je ferai remarquer enfin que cette doctrine nouvelle peut seule rendre compte de l'influence incontestable de l'inflammation sur le développement des tubercules. Les phlegmasies des organes respiratoires ont ici un double mode d'action : tantôt elles hâtent l'évolution de tubercules préexistants, tantôt elles favorisent la genèse de ces produits anomaux dans des poumons restés indemnes jusque-là. La première influence

Ce que l'élève ne doit jamais perdre de vue, c'est que les symptômes pulmonaires de la consommation sont causés par une inflammation scrofuleuse : ce principe est applicable à tous les cas de phthisie. Étudiez les abcès scrofuleux externes, vous serez frappés des analogies qu'ils présentent, au triple point de vue de leur apparition, de leurs progrès et de leur terminaison, avec les ulcérations du poumon chez les phthisiques. C'est le même début insidieux, la même lenteur dans les progrès ; c'est des deux côtés une induration graduelle suivie d'un ramollissement progressif ; c'est la même sécrétion puriforme ; ce sont les mêmes ulcérations à ouvertures fistuleuses ; ce sont enfin les mêmes difficultés pour la cicatrisation. Comparez l'inflammation scrofuleuse de la hanche ou du genou avec la suppuration pulmonaire des phthisiques : même fièvre hectique accompagnée de sueurs et de rougeur du

n'a jamais été niée, elle ne pouvait l'être ; mais la seconde a donné lieu à de nombreuses discussions qui ne sont même pas encore terminées, et il devait en être ainsi : car aussi longtemps qu'avec Laennec on a regardé le tubercule comme un *tissu* nouveau, comme un véritable *tissu vivant*, possédant en lui-même les causes des changements qu'il éprouve, il était impossible, même en tenant grand compte de la prédisposition individuelle, de concevoir la moindre corrélation entre l'existence d'une pneumonie, par exemple, et l'apparition de ce tissu tuberculeux tout spécial. Cette difficulté n'existe plus aujourd'hui, et nous pouvons aisément comprendre comment une exsudation pneumonique qui se fait chez un sujet prédisposé peut être modifiée dans sa constitution intime par cette prédisposition même, et déviée ainsi de son évolution naturelle. Cette conséquence est une déduction légitime de la doctrine, puisque le tubercule n'est autre chose, en réalité, qu'une exsudation ou une formation dégradée. Mieux renseignés sur cette influence de l'inflammation, nous pouvons aujourd'hui l'apprécier à sa juste valeur ; nous pouvons retarder, sinon empêcher la genèse des tubercules chez les sujets prédisposés, en prévenant chez eux, autant qu'il est en nous, le développement des affections inflammatoires de l'appareil broncho-pulmonaire. Telle est l'application pratique de ces nouvelles données de pathogénie.

H. Bennett, *Pathology and treatment of pulm. tuberculosis*. Edinburgh, 1853. — *Clinical Lectures on the principles and practice of medicine*. Edinburgh, 1859.

Rokitansky, *loc. cit.*, t. I, Wien, 1855.

Virchow, *Pathol. cellulaire*, trad. de Picard. Paris, 1861.

Turnbull, *An Inquiry into the curability of consumption*, etc. London, 1859.

Comparez :

Reinhardt, *Übereinstimmung der Tuberkelablagerung mit den Entzündungsprodukten (Annalen des Charité Krankenhauses zu Berlin, 1850)*.

Virchow, *Die Tuberculose in ihrer Beziehung zur Entzündung, Scrofulose und Typhus (Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft, 1850)*.

Martyn Paine, *Medical and physiological commentaries*. New-York, 1840. — *The Institutes of medicine*. New-York, 1858.

(Note du TRAD.)

visage, même état de l'urine, même diarrhée, mêmes troubles digestifs, même amaigrissement.

Je vous ai dit déjà, messieurs, qu'une des premières manifestations de la constitution scrofuleuse, c'est la formation de la matière tuberculeuse. D'autre part, je vous ai signalé une autre de ces manifestations, à savoir, l'inflammation scrofuleuse du poumon, dans laquelle il n'existe pas un seul tubercule. L'inflammation scrofuleuse de la muqueuse bronchique est une troisième espèce de modalité morbide, à laquelle peut donner lieu l'état constitutionnel. Cette dernière forme de phthisie est quelquefois associée à la pneumonie consomptive; mais souvent elle existe seule. Quoique, dans cette affection, l'inflammation siège sur la membrane muqueuse des bronches, cependant elle diffère considérablement de la bronchite commune; les symptômes et la marche ne sont pas les mêmes, la terminaison et le traitement sont tout autres. La fièvre qui accompagne cette affection des bronches présente tous les phénomènes de l'hectique; on observe la même émaciation, souvent la même incurabilité; les agents thérapeutiques produisent les mêmes effets, soit utiles, soit nuisibles; c'est le même pus scrofuleux, qui est sécrété par la muqueuse des bronches.

On a objecté à cette dernière analogie que les matières expectorées ne sont pas les mêmes que dans la phthisie véritable, parce qu'elles ne contiennent pas de produits tuberculeux: cette différence est accidentelle, mais elle n'est point réelle; elle ne suffit pas pour établir la non-identité. Vous savez que cette forme d'inflammation peut atteindre d'autres membranes muqueuses; vous connaissez cette inflammation scrofuleuse des paupières et de la conjonctive, dans laquelle nous voyons une sécrétion de pus scrofuleux persister pendant des mois et même pendant des années; cette affection exige un traitement général aussi bien que l'emploi des moyens locaux.

Nous avons également de fréquentes occasions d'observer l'angine et l'entérite scrofuleuses. Cette dernière est très-commune chez les enfants; lorsqu'elle tend à produire la fièvre hectique, elle constitue ce qu'on a appelé la fièvre rémittente des enfants. La nature scrofuleuse de cette affection a été à peine soupçonnée par les praticiens; et pourtant elle est bien clairement démontrée par les effets du traitement, et par les lésions des glandes mésentériques; celles-ci sont altérées dans tous les cas mortels, et tout le monde s'accorde à voir dans ces altérations une détermination de la scrofule. Sachez-le bien: c'est l'inflammation scrofuleuse de la muqueuse intestinale qui déter-

mine la *tabes mesenterica*, c'est-à-dire le gonflement et la suppuration des glandes du mésentère.

Ici encore une grave erreur a été commise : on a regardé la lésion des glandes comme la cause des autres manifestations morbides ; il n'en est rien. Une fois produites, ces lésions aggravent les symptômes, c'est vrai, mais elles sont elles-mêmes consécutives à l'irritation des lymphatiques qui proviennent de l'intestin malade ; c'est d'après la même loi que le bubon, l'adénite inguinale, succèdent à une lésion du pénis ou des membres inférieurs ; que les glandes de l'aisselle s'engorgent lorsqu'il existe une plaie sur la main, sur le bras ou sur la poitrine ; que celles du cou sont atteintes par les éruptions qui se font à la face et sur le cuir chevelu, ou par l'inflammation de la muqueuse gutturale. Dans tous ces cas, si l'inflammation primitive, qui affecte les extrémités périphériques des vaisseaux lymphatiques, est de nature scrofuleuse, les glandes subissent également les mêmes modifications que les ganglions du mésentère dans la *tabes mesenterica*.

Accordez à ces analogies toute l'attention qu'elles méritent, et vous serez disposés à reconnaître, avec moi, que bon nombre de ces bronchites chroniques, qui déterminent une fièvre hectique mortelle, et qui sont accompagnées d'une expectoration purulente abondante, sont, en réalité, des bronchites de nature scrofuleuse, et qu'en conséquence elles ne sont pas aussi éloignées de la phthisie tuberculeuse qu'on le croit généralement. Une fois acquises, ces notions conduisent à des résultats importants : le médecin qui connaît l'origine scrofuleuse de la pneumonie consomptive, avec ou sans tubercules, et qui ne regarde point l'inflammation pulmonaire ou bronchique des phthisiques comme une phlegmasie franche déterminée par la présence des tubercules agissant comme corps étrangers, celui-là aura une pratique bien différente de celle qui est trop généralement adoptée.

En résumé, messieurs, la scrofule détermine trois affections pulmonaires distinctes : la pneumonie scrofuleuse, la bronchite scrofuleuse, la tuberculisation. Les tubercules peuvent exister sans pneumonie et sans bronchite ; la pneumonie scrofuleuse peut parcourir toutes ses phases, elle peut aboutir lentement à la suppuration ulcéralive de l'organe, elle peut tuer enfin, sans qu'il se forme un seul tubercule ; de même encore, un malade peut succomber à une bronchite scrofuleuse, sans tubercules et sans pneumonie. Comme on pouvait s'y attendre, en raison de la communauté de leur origine, ces trois affections de la scrofule sont le plus souvent associées : la même diathèse qui se traduit

par l'une de ces trois manifestations peut déterminer les deux autres ; de là la fréquence de leur combinaison ; en fait, dans la majorité des cas, elles se développent simultanément.

Je vous ai dit que, selon moi, les tubercules ne sont pas la cause de la suppuration du poumon. Vous me demanderez peut-être les preuves de cette proposition ; les voici. Il arrive fréquemment qu'on trouve des poumons farcis de tubercules, mais ils ne présentent pas le plus léger vestige d'inflammation. Sur cent poumons tuberculeux disséqués par Laennec, près de quatre-vingts étaient encore à la période latente, et l'on ne voyait aucun indice d'un travail inflammatoire. Comment expliquerez-vous cette absence d'inflammation, si vous admettez, avec la plupart des auteurs, que les tubercules agissent comme corps étrangers ? Si un grain de sable tombe dans l'œil, il détermine une inflammation. Or, si les tubercules avaient la propriété d'exciter un travail inflammatoire, nous devrions trouver quelques traces de phlegmasie dans tous les poumons tuberculeux ; mais il n'en existe souvent aucun vestige, même sur les confins de la masse tuberculeuse. Je vous ai déjà parlé des tubercules du foie, de la rate, des reins, qui ne déterminent, eux non plus, aucune inflammation dans le parenchyme environnant.

Et d'ailleurs, je ne puis admettre qu'un produit *animalisé* devienne une cause d'inflammation. Je ne parle point ici, prenez-y garde, des calculs inorganiques ; je ne parle pas non plus de ces produits animaux qui sont transportés secondairement d'une région dans une autre, comme le pus d'un abcès hépatique qui arrive dans la cavité péritonéale ; ce sont là des éventualités auxquelles la nature, prise à l'improviste, ne peut faire face. Ce que je soutiens, c'est qu'aucun produit animal ne peut devenir une cause d'inflammation pour le tissu dans lequel il est né ; je ne me rappelle pas un seul fait qui puisse renverser cette proposition. Le sang épanché dans le cerveau, dans le poumon ou dans le tissu cellulaire, n'en amène pas la phlegmasie, et ne détermine pas de sécrétion plastique dans les séreuses. Il en est de même des tubercules ; selon moi, ils sont impuissants à développer les phénomènes de l'inflammation.

Cette espèce d'inflammation et de suppuration du poumon, à laquelle on donne le nom de phthisie, dépend, comme nous l'avons vu, de la constitution scrofuleuse : cela nous conduit tout naturellement à rechercher quelles sont les causes de la maladie scrofuleuse. Dans un grand nombre de cas, elle est héréditaire ; les enfants en sont entachés en venant au monde ; on a même trouvé souvent des tubercules dans

les poumons des fœtus. Nous pouvons conclure de ces faits que, dans certaines circonstances, la scrofule est héréditaire. Mais elle n'est pas exclusivement héréditaire ; elle peut se développer à une période quelconque de la vie. Il est fort important de rechercher les causes qui donnent lieu aux manifestations pulmonaires de la scrofule, chez les personnes qui ont vécu un grand nombre d'années sans présenter aucun signe de tubercules ; la connaissance de ces causes nous permettrait de comprendre comment il se fait que certains individus meurent phthisiques, quoiqu'ils n'aient eu antérieurement ni tubercules, ni bronchite scrofuleuse. Il est à la mode de dire que la phthisie est une maladie héréditaire ; mais il est souvent dangereux d'attacher trop d'importance aux renseignements négatifs fournis par un malade que l'on croit atteint de consommation. Il est certain que la prédisposition peut agir déjà sur le fœtus (1) ; et, toutes choses égales d'ailleurs, ces enfants, au moment de leur naissance, sont beaucoup moins développés que les autres. D'un autre côté, je suis convaincu que certains hommes deviennent phthisiques parce qu'ils comptent trop sur la pureté de leur sang ; j'ai vu plusieurs fois une toux négligée aboutir à la consommation, parce que le malade, fort de l'immunité de ses parents, n'avait pris aucune précaution pour échapper à un danger auquel il ne croyait pas.

Il ne manque pas de faits pour justifier cette manière de voir. Transportez dans notre pays un tigre né dans les forêts africaines, quelle qu'ait été l'immunité de ses ancêtres, l'animal, dépaysé, épuisé par la réclusion et par l'impureté de l'air, ne tardera pas à mourir phthisique. Les nègres qui viennent en Angleterre sont tués par la phthisie, quoique aucun de leurs parents n'ait été atteint. Il en est exactement de même pour les singes et pour tous les animaux dont on change les conditions climatiques naturelles. Vous n'avez sans doute pas oublié le dromadaire qui est mort à Dublin, il y a quelque temps. Il a été disséqué au Collège des chirurgiens ; il était mort de consommation. L'ours blanc du Nord et les chiens esquimaux meurent d'affection hépatique, lorsqu'ils séjournent dans notre pays ; et je ne crains pas d'avancer que ceux qui restent dans leurs forêts natales ne sont point sujets à l'hépatite. Dans tous ces exemples, la maladie n'est point héréditaire ; elle se développe sous l'influence de ces mêmes causes qui transforment en acte la prédisposition héréditaire ; ainsi se trouve jus-

(1) Billard a trouvé des tubercules dans des poumons de fœtus. (L'AUTEUR.)

tifiée cette opinion, que, dans certains cas, la phthisie apparaît sans qu'il soit possible de la rapporter à une influence d'hérédité.

Vous vous attendez peut-être à ce que j'aborde ici la discussion de l'origine des tubercules ; je ne le ferai point, et cela par des motifs que vous comprendrez aisément. De nombreux travaux ont été faits dans le but d'édifier une théorie générale sur cette question, et ces travaux ont été inutiles. Je suis persuadé, quant à moi, que bien des méprises, bien des erreurs ont été commises au sujet de la pathogénie des tubercules. Je suis intimement convaincu que beaucoup de propositions, acceptées aujourd'hui comme justes et fondées, devraient être discutées à nouveau, si ce n'est même abandonnées. On a admis, par exemple, que le tubercule jaune solide, l'une des formes les mieux définies, ne présente pas d'emblée ces caractères : on a dit qu'il est, au début, petit (*miliaire*), solide et transparent ; qu'en augmentant de volume, il devient de plus en plus opaque, et qu'enfin, sous l'influence d'un travail inflammatoire, il se ramollit et suppure du centre à la périphérie. Dès longtemps j'avais conçu des doutes sur la vérité de cette interprétation, et voilà que mes doutes sont justifiés, car tous les observateurs contemporains sont d'accord sur ce point, que cette variété de tubercules est opaque et jaune dès l'instant de son apparition, et qu'elle se ramollit constamment de la périphérie au centre (1). Lorsqu'en examinant un poumon scrofuleux, nous trouvons des tubercules remplis de liquide dans leur centre, je ne crois pas que nous soyons autorisés à dire que ces produits ont été de prime abord com-

(1) Il y a là une exagération et une inexactitude. Nous verrons plus loin que les observateurs contemporains sont bien loin d'être d'accord sur les caractères primordiaux du tubercule jaune opaque ; et quant à la marche du ramollissement, si l'on était contraint d'émettre une formule absolue, c'est la proposition inverse qui serait vraie ; le ramollissement marche du centre à la périphérie.

Il est en effet parfaitement établi maintenant que ce ramollissement n'est autre chose que le travail régressif par lequel passe la formation tuberculeuse, impropre à l'organisation. Il n'y a là ni activité propre du tubercule, comme le voulait Laennec, ni dis-grégation des molécules par la sécrétion purulente des tissus voisins, comme l'a professé M. Andral, qui avait été conduit par cela même à admettre le ramollissement périphérique comme fait général. Rokitsansky a eu soin de se mettre en garde contre cette cause d'erreur et il insiste sur ce fait que le *ramollissement du tubercule jaune* ne doit pas être confondu avec la *dissociation de ses molécules* par une exsudation issue du tissu contigu. M. Luys, qui a étudié avec le plus grand soin cette évolution rétrograde de la matière tuberculeuse jaune, a constaté qu'il existe à ce point de vue une opposition remarquable entre le centre et la circonférence de la masse morbide ; tandis que le centre *se dissocie progressivement, tendant à la fonte générale et à la chute*

plètement solides. Il y a bien des années déjà, je lisais les descriptions de Laennec, et j'écrivis en marge de mon livre : *Ne se pourrait-il pas que les tubercules fussent primitivement liquides? Leur transformation ne consisterait-elle pas à passer de cet état liquide à l'état de masse solide?* J'ai saisi sur le fait, pour ainsi dire, cette métamorphose du pus scrofuleux en matière tuberculeuse solide, dans un cas remarquable d'abcès du psoas ; les lymphatiques voisins étaient gorgés de pus ; dans les ganglions les plus rapprochés, le liquide était déjà épais ; dans les glandes plus éloignées, il avait la consistance du lait caillé ; plus loin enfin, le pus, complètement dépouillé de ses éléments liquides, présentait la forme d'une masse solide semblable à du tubercule jaune. Il se pourrait fort bien (et c'est là l'opinion de Cruveilhier et de quelques autres écrivains postérieurs à Laennec) que les tubercules jaunes des poumons ne fussent autre chose que du pus scrofuleux déposé dans le parenchyme de l'organe (1).

La maladie scrofuleuse imprime à la nutrition des modifications telles, qu'au lieu des dépôts organiques normaux, il se fait, sur des

en deliquitum organique, on voit s'organiser à la périphérie un tissu fibreux dense et serré.

La question me semble jugée, et si Graves est arrivé à une conclusion toute différente, c'est que probablement il n'a pas toujours évité la cause d'erreur signalée par le professeur de Vienne.

Laennec, *loc. cit.*

Andral, *Anat. pathol. et Clin. médicale.*

Rokitansky *loc. cit.*

Luis *Études d'histologie pathologique sur le mode d'apparition et l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire.* Thèse de Paris, 1857. (Note du TRAD.)

(1) M. Andral a professé la même opinion, sans insister toutefois sur la nature scrofuleuse du pus. « Lorsque plusieurs lobules pulmonaires sont enflammés à divers degrés, de manière à contraster par leur couleur et par leur consistance avec les lobules environnants, on trouve quelquefois, au sein de ces lobules malades, de très-petits points blanchâtres, dont quelques-uns, formés d'une matière liquide, ressemblent à une gouttelette de pus, et sont, à l'instar de celui-ci, facilement enlevés par le dos d'un scalpel légèrement passé au-dessus d'eux. D'autres de ces points ont une consistance plus grande ; la matière qui les forme n'est plus liquide, elle a un certain degré de consistance, et alors elle présente l'aspect de la matière dite *tuberculeuse* ; en d'autres termes, elle constitue une petite masse arrondie, d'un blanc jaunâtre et d'une notable friabilité, comme si les molécules qui la composent, primitivement séparées par une matière plus liquide, avaient encore entre elles peu de cohésion. » (*Clin. méd.*, IV, p. 1, édit. de 1834.) Et plus loin (p. 12) : « Dans les différents cas que nous venons de passer en revue, la matière tuberculeuse s'est toujours présentée à nous comme un simple produit de sécrétion. Paraissant être primitivement liquide, ce produit se solidifie

points circonscrits, une sécrétion liquide particulière : c'est le pus scrofuleux. Il est universellement admis que des dépôts purulents peuvent se former sans inflammation préalable. Si ces dépôts sont excessivement nombreux et très-petits, s'ils persistent pendant un certain temps, ils seront tout naturellement soumis à l'action des vaisseaux absorbants qui les avoisinent ; et comme cette absorption marchera avec bien plus d'énergie à la circonférence qu'au centre, il est bien clair que la solidification des parties périphériques précédera celle des parties centrales ; à ce moment-là, les dépôts purulents présenteront tous les caractères de tubercules ramollis au centre. En vous exposant ces considérations, je ne prétends point établir, dès à présent, une théorie définitive sur l'évolution des tubercules, je ne veux point non plus renverser la doctrine généralement admise ; je veux simplement vous montrer qu'on l'a adoptée peut-être un peu à la légère, et qu'on s'est trop hâté d'exclure certaines interprétations dont la valeur est probablement tout aussi considérable.

Quant aux granulations miliaires transparentes, quant à l'infiltration tuberculeuse, ce sont pour moi les résultats d'une nutrition pervertie ; ce sont, pour ainsi dire, des productions parasitaires, qui ne possèdent qu'une organisation inférieure, et qui reconnaissent pour causes, soit une disposition héréditaire, soit une débilité constitutionnelle acquise. Ces produits se développent souvent en même temps que les tubercules jaunes purulents ; comme ces derniers, ils peuvent présenter des points purulents à leur périphérie ou à leur centre ; mais il est permis de se demander s'ils subissent une véritable transformation, ou, pour parler plus clairement, si les petites granulations grises, transparentes, précèdent nécessairement les tubercules jaunes, opaques, plus volumineux. La ressemblance entre ces deux ordres de produits n'est jamais plus accusée que dans l'infiltration tuberculeuse : alors, en effet, l'infiltration purulente jaune imite parfaitement le mode de diffusion des granulations grises (1).

ensuite, comme par une sorte de cristallisation, à mesure que se sont résorbées ses parties les plus fluides. »

J'ai cru devoir rappeler ici ce passage trop oublié de l'œuvre de M. Andral ; qu'on substitue en effet à l'idée de sécrétion purulente la notion d'exsudation plasmatique, et l'on retrouvera dans l'interprétation pathogénique du professeur de Paris un des traits fondamentaux de la doctrine nouvelle. (Note du TRAD.)

(1) Cette question du caractère primordial des tubercules jaunes a constamment divisé les observateurs depuis Bayle et Laennec. Le premier, on le sait, regardait les

Voyons maintenant quelles sont les causes qui donnent lieu au développement des tubercules, à la pneumonie scrofuleuse, et à l'inflammation scrofuleuse de la muqueuse bronchique. Ces causes sont de deux ordres : les unes ont une action générale sur la constitution, les autres exercent sur le poumon une influence locale.

On a beaucoup parlé des mauvaises conditions climatériques de notre pays ; mais, pour pouvoir les apprécier à leur juste valeur, il

granulations grises demi-transparentes comme une production accidentelle différente des tubercules pulmonaires proprement dits, de là la *phthisie granuleuse*. Laennec au contraire ne voyait dans ces granulations que la forme initiale des tubercules, et cette opinion a été également adoptée par M. Louis. M. Andral qui, en 1829, avait soutenu d'une façon exclusive la doctrine de Bayle, modifia plus tard son opinion, et il écrivait en 1837 dans ses annotations à l'ouvrage de Laennec : « Je ne prétends pas nier que dans plusieurs organes on n'ait observé un produit morbide particulier, semblable à celui que Bayle a décrit, dans le poumon, sous le nom de *granulation* ; et j'établis volontiers que cette granulation précède souvent, sinon constamment, le développement de la matière tuberculeuse. » (T. II, p. 27.) D'un autre côté, les études micrographiques ont également résolu la question dans le sens de Laennec et de M. Louis. Il n'est point douteux, dit Rokitansky, que le tubercule gris ne se transforme en tubercule jaune. Il fait même remarquer à ce propos que cette métamorphose a souvent lieu de très-bonne heure et avec une très-grande rapidité, et que ce sont les faits de ce genre qui ont pu faire croire au développement primordial du tubercule jaune.

Il paraît donc parfaitement établi que, dans l'immense majorité des cas, pour ne pas dire dans tous, la granulation grise précède l'apparition du tubercule jaune ; dès lors il n'y a pas lieu d'admettre deux *espèces distinctes* de tubercules ; il n'y a là que deux phases successives dans l'évolution d'un même produit morbide ; et l'on sait aujourd'hui que la matière tuberculeuse jaune ne diffère de la matière grise que par la plus grande proportion de graisse.

On objectera peut-être à cette doctrine de l'identité les conclusions que M. Robin a déduites de ses études histologiques ; j'espère montrer que cette objection n'est que spécieuse. Après avoir rappelé les opinions contradictoires de Bayle et de Laennec, le savant micrographe continue en ces termes : « Ce sont les recherches de Bayle et d'Andral qui se trouvent confirmées par l'anatomie générale ; elle a montré que les *granulations grises* du poumon sont : 1^o tantôt de petites tumeurs épidermiques d'épithélium pavimenteux des culs-de-sac bronchiques ; 2^o le plus souvent des masses de matière amorphe, granuleuses, parsemées de cytoblastions (*granulations grises* de l'affection dite *phthisie aiguë*), ou confluentes (infiltration grise demi-transparente) avec ou sans éléments fibro-plastiques ; 3^o d'autres fois, mais rarement, elles sont formées surtout d'éléments fibro-plastiques comme celles de la surface des séreuses : par exemple, les granulations dites *tubercules de l'arachnoïde ou de la pie-mère*, dans la méningite ; enfin de petits amas de pus concret ou demi-concret. »

Je ferai remarquer tout d'abord que la diversité de l'origine et des éléments anatomiques des granulations grises est bien loin d'être une raison suffisante pour les séparer des tubercules ; ces derniers, eux aussi, ont une origine très-variable, et il n'est

importe de connaître la fréquence relative de la phthisie dans d'autres contrées. Or, si vous étudiez les chiffres fournis par les hôpitaux du continent, ceux de l'Allemagne, de la France, de l'Italie, par exemple, vous verrez que le nombre des phthisiques n'y est pas moins considérable que dans les infirmeries de la Grande-Bretagne. Je ne veux pas dire que le nombre des décès, comparé à l'étendue du territoire, soit aussi élevé dans ces différents pays qu'en Angleterre ; je ne prétends pas non plus que, si l'on prend en bloc la population des villes

peut-être pas un des éléments anatomiques normaux qui ne puisse subir la dégradation de structure qui caractérise le tubercule. L'origine épithéliale (cellule ou noyau) est connue depuis plusieurs années (Addison, Gubler, Mandl) ; le développement des tubercules aux dépens des éléments embryonnaires du tissu conjonctif (cellules embryoplastiques) n'est pas moins bien établi (Schroeder van der Kolk, Virchow), et Virchow reproche même à M. Robin d'avoir contesté la nature tuberculeuse de ces granulations de la pie-mère, dont le micrographe français a fait la troisième variété de ses granulations grises. Quant aux petits amas de pus concret, je ferai simplement observer que la tuberculisation des globules purulents est chose fort probable, et je rappellerai que M. Lebert n'a pu parvenir, malgré tous ses efforts, à différencier le corpuscule du tubercule et le globule pyoïde. C'est un point que M. Mandl a parfaitement établi dans son travail.

En résumé, les faits nouveaux signalés par M. Robin ne me paraissent point suffisants pour établir la non-identité de la granulation grise et du tubercule jaune ; je constate aisément entre ces deux produits une dissemblance morphologique, mais je ne saurais y trouver de différence au point de vue de l'histogénèse et de la signification pathologique. — Quant à ces cas de phthisie galopante dans lesquels on ne trouve à l'autopsie qu'une infiltration grise généralisée, ils n'ont aucune valeur au point de vue de la question que je discute ici ; la marche rapide de la maladie n'a pas permis à la lésion d'accomplir toute son évolution, voilà tout.

C'est précisément pour cela que, malgré l'identité de nature qui unit la granulation grise à la granulation jaune, la *phthisie granuleuse* de Bayle doit être séparée des autres formes de phthisie.

Bayle, *loc. cit.* — Laennec, *loc. cit.*

Andral, *Anatomie pathologique*. Paris, 1829.

Louis, *Recherches anatomopathologiques et thérapeutiques sur la phthisie*. Paris, 1843.

Rokitansky *loc. cit.*

Robin, *Dictionnaire de Nysten*, 11^e édition, art. GRANULATIONS. Paris, 1858.

Mandl, *Recherches sur la structure intime du tubercule* (*Arch. gén. de médecine*, 1854). — *Du tubercule comparé à quelques autres produits pathologiques* (*eodem loco*, 1855).

Addison, *London medic. Gazette*, 1842. — *Guy's hospital Reports*, 1845.

Gubler, *Leçons faites à l'hôpital Beaujon*, 1848.

Schroeder van der Kolk, *Næderl. lancet*, 1852 (citation empruntée à M. Mandl)

Virchow, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

et celle des campagnes, le chiffre des décès causés par la phthisie soit le même que chez nous ; mais je crois que la proportion est sensiblement égale, lorsqu'on compare entre elles deux villes de même population.

La statistique démontre que la prédominance de la phthisie tient au défaut d'espace, à la misère et à la mauvaise conduite ; et comme ces causes se trouvent toutes réunies dans les villes très-peuplées, nous pouvons comprendre aisément pourquoi la consommation est aussi fréquente dans notre pays. La prospérité commerciale et manufacturière de l'Angleterre est telle, qu'aucun autre pays de l'Europe ne possède des villes aussi considérables, eu égard au chiffre total de la population et à l'étendue du territoire. Aussi, lorsque nous étudions la fréquence comparative de la phthisie dans nos grandes villes et dans nos campagnes, nous constatons une différence très-considérable, et ce résultat n'a rien de surprenant. Voyez les partisans, même dans les districts réputés les plus malsains de l'Angleterre et de l'Écosse, et vous serez frappés du contraste qu'ils présentent avec les artisans blafards et blêmes de nos grandes cités ; ceux-ci, *entassés* dans des ateliers mal aérés, sont obligés de travailler pendant de longues heures dans une position forcée, et le temps qu'on leur laisse pour le repos ou pour des exercices salutaires est complètement insuffisant.

La durée du travail qu'on exige des ouvriers, et je parle des plus jeunes, est vraiment à peine croyable. Depuis quelques années, un acte du parlement a limité les heures de travail ; mais jusqu'alors les grands manufacturiers de certaines villes de l'Angleterre et de l'Écosse avaient foulé aux pieds tous les principes de l'humanité. Des enfants de six ans, entassés par centaines dans des salles malsaines et privées d'air, étaient obligés de travailler dix-sept heures par jour, et lorsque ces malheureux, mal nourris, exténués, s'endormaient épuisés sur leur ouvrage, on les réveillait à coups de courroie sur les épaules. Pouvons-nous être surpris si ces pauvres créatures arrivaient à l'amaigrissement, à l'abrutissement le plus complet ? Il est bien évident qu'elles devaient rapidement tomber dans cet état qui conduit à la scrofule. Est-il étonnant que, chez ces enfants, toutes les affections causées par la débilité constitutionnelle présentent le caractère le plus sévère, et que nous trouvions réunies chez eux la phthisie dans les poumons, la *tabes mesenterica* dans le ventre, et l'hydrocéphalie chronique dans le crâne ?

Mais ce qui est vrai des jeunes sujets, l'est également des adultes.

Ce même genre de vie est fatal à tout âge ; il y a plus : au bout de quelque temps, ces influences pernicieuses ont marqué toute la race d'une empreinte indélébile, et vous pouvez reconnaître, du premier coup d'œil, à leurs enfants chétifs, pâles et blêmes, les familles d'ouvriers et d'artisans. Si la population de notre pays vivait enfermée dans une seule grande ville, comme Londres ou Manchester, privée de l'air pur des champs et des exercices salutaires, je crois, en vérité, que tous les habitants deviendraient scrofuleux ; les neuf dixièmes d'entre eux seraient atteints de phthisie, et la scrofule, sous ses différentes formes, les emporterait tous jusqu'au dernier, dans l'espace de quelques siècles. Le choléra ou la peste serait moins à redouter.

Mais la population des villes manufacturières n'est point autochtone ; ce sont les campagnards qui viennent combler les vides que fait la mort dans nos grandes cités. En résumé, la fréquence de la phthisie dans la Grande-Bretagne reconnaît pour cause les mauvaises conditions d'existence auxquelles sont soumises les populations des villes ; quant à notre climat, il n'est pas plus malsain que celui des autres contrées. J'insiste sur ce fait, parce que la doctrine hypothétique, qui attribue à la phthisie une origine inflammatoire, a conduit à une méthode de traitement fort dangereuse. Le séjour à la chambre, une température uniforme soigneusement réglée au moyen d'un thermomètre, la flanelle, la diète modérée, les saignées, tel est le traitement qui a été vanté comme le plus avantageux. Or, il est loin d'en être ainsi ; car, si nous ajoutons à cette médication la sensibilité au froid, qui est le résultat immédiat de ces soins inattendus, les inquiétudes et l'anxiété, nous aurons réuni toutes les causes capables de rendre phthisiques, au bout d'un certain temps, les hommes le mieux constitués. Vous comprenez, messieurs, combien il est important de connaître les conditions qui peuvent rendre un homme phthisique ; car, en le soumettant à des influences précisément contraires, nous serons en état de prévenir le développement de la maladie.

Je vous ai déjà dit que, pour moi, les tubercules ne sont pas la cause de la consommation, et qu'ils sont le résultat d'une certaine disposition générale à laquelle on a donné le nom de constitution scrofuleuse ; mais je vous donnerais une idée incomplète de la maladie, si je n'ajoutais pas que toutes les déterminations morbides qui se font sur les organes thoraciques favorisent le développement de la phthisie. Laennec a écrit que la bronchite ne hâte jamais la production des tubercules. Je nie, de la façon la plus formelle, la vérité de cette proposi-

tion. C'est toujours une chose fort dangereuse, chez un individu scrofuleux, que le développement d'un catarrhe ou d'une pneumonie *a frigore*, parce que ces affections ont une influence directe et puissante sur la genèse des tubercules et la suppuration du poumon. Dans ces conditions, la portion affectée du poumon est exposée plus que toutes les autres à la suppuration consomptive, par la même raison qu'une lésion traumatique, qui détermine chez un scrofuleux une inflammation de la hanche ou du genou, tend à produire sur ce point une véritable carie scrofuleuse. Une bronchite commune devient chez un scrofuleux le point de départ d'une bronchite scrofuleuse, et une pneumonie simple aboutit à l'induration et à l'ulcération pulmonaires qui caractérisent la phthisie. Malgré les assertions contraires de Louis, malgré les chiffres qu'il a cités à l'appui, mon expérience journalière, depuis l'époque où j'ai soutenu pour la première fois la doctrine opposée, n'a fait que me confirmer dans ma première opinion.

Je crains vraiment, messieurs, de fatiguer votre attention ; j'ai peur que vous me reprochiez de me répéter inutilement. Mais l'importance du sujet est extrême, et je voudrais graver à jamais dans votre esprit ce principe fondamental : toutes les formes de phthisie dépendent de l'inflammation scrofuleuse des poumons. Comparez les symptômes des arthrites scrofuleuses de la hanche et du genou avec ceux de la phthisie pulmonaire : ne voyez-vous pas, dans l'un et l'autre cas, la même fièvre, les mêmes sueurs, la même diarrhée, le mêmes amaigrissement ? N'observez-vous pas les mêmes caractères dans le pouls et dans l'urine ? Tous les symptômes généraux et constitutionnels ne sont-ils pas identiques ? Ajoutez à cela qu'il n'est pas un seul cas dans lequel vous ne puissiez constater l'existence de la scrofulé, et je pense que vous conviendrez avec moi que l'inflammation pulmonaire de la phthisie est de nature scrofuleuse.

Vous hésitez peut-être à admettre l'existence de la bronchite scrofuleuse. Laissez-moi vous rappeler que certains individus avancés en âge meurent après avoir eu une toux persistante, avec expectoration purulente, des sueurs, de la diarrhée, une fièvre hectique ; ils ont en outre considérablement maigri. Or, que voyez-vous à l'autopsie ? La muqueuse bronchique est rouge et hypertrophiée, les poumons contiennent une grande quantité de liquide purulent, mais vous ne trouverez pas un seul tubercule. Vous dites alors : j'avais fait un diagnostic exact ; le malade a succombé à un catarrhe chronique. Le plus souvent cette désignation est fautive ; le plus souvent le malade a succombé à une inflammation

scrofuleuse de la muqueuse bronchique. Observez attentivement, et vous verrez que l'affection est beaucoup plus rebelle que la bronchite simple; vainement conseillerez-vous le séjour à la campagne et les toniques, vous n'arriverez à rien.

N'oubliez pas que la bronchite simple tue très-rarement : elle ne devient mortelle que chez les vieillards, ou lorsqu'elle est très-générale et très-aiguë; dans ce dernier cas, elle se distingue aisément, par la rapidité de la marche, de l'affection dont je vous parle; à part ces faits exceptionnels, vous verrez des bronchites durer pendant des mois entiers, puis céder au traitement ordinaire, si les malades ne sont pas entachés de scrofule. Il est bien certain que la phthisie peut tuer par une tuberculisation générale et rapide, sans présenter aucun des phénomènes ordinaires de la pneumonie ou de la bronchite; mais, comme je vous l'ai dit, il est plus ordinaire, en raison même de leur communauté d'origine, de trouver réunies chez le même phthisique les trois affections pulmonaires de la scrofule.

Du reste, l'inflammation favorise encore d'une autre manière le développement des tubercules; elle amène au poumon une plus grande quantité de sang (et c'est généralement du sang vicié), et elle facilite ainsi la formation des produits morbides. Cette considération nous conduit à une question d'un autre ordre : pourquoi les tubercules sont-ils plus communs et plus abondants dans le poumon que partout ailleurs? Je ne sais pas qu'on ait donné jusqu'ici une explication satisfaisante de ce phénomène, mais nous arriverons peut-être à éclaircir ce sujet obscur, si nous tenons compte d'un caractère anatomique qui est exclusivement propre au poumon : remarquez en effet que c'est le seul organe qui donne passage à toute la masse du sang.

C'est aussi dans les poumons qu'ont lieu les métamorphoses du sang; c'est là qu'il subit les transformations qui le rendent propre à l'entretien de la vie. Toutes les modifications que le sang a éprouvées dans l'accomplissement des actes nutritifs ou sécrétoires, sont corrigées par l'hématose pulmonaire; aussi les poumons ont, avec le liquide nourricier, des rapports bien différents de ceux que nous constatons dans les autres organes. Ces conditions ne sont peut-être pas sans importance au point de vue de la fréquence des tubercules pulmonaires. En effet, les tubercules sont le résultat d'une altération de la nutrition, et cette fonction est en corrélation intime avec le sang : il n'est donc pas surprenant que la lésion tuberculeuse soit très-fréquente dans les pou-

mons, puisqu'ils ont avec le liquide en circulation des rapports tout à fait spéciaux (1).

Chez les individus de constitution scrofuleuse, tout ce qui donne lieu à la congestion du poumon peut devenir la cause occasionnelle de la phthisie ; c'est pour cela qu'on peut voir chez eux les tubercules se développer à la suite de toutes les affections pulmonaires qui déterminent la congestion de l'organe. Ce résultat ne doit pas être attribué à ce que la partie enflammée reçoit moins de sang que la partie saine ; loin de là, il passe dans cette dernière cent fois plus de sang peut-être que dans l'autre ; mais le passage du liquide ne se fait plus de la même manière. Il passe rapidement et sans entraves dans les parties saines, et il est aéré à son passage ; dans la partie enflammée, le cours du sang est ralenti, et même il y a une stase relative ; en ce point-là, le sang n'appartient plus, pour ainsi dire, à la circulation générale, il est *hors de la route* ; bientôt les qualités de ce sang s'altèrent, parce que le poumon malade ne peut plus accomplir les transformations vitales qui exigent une activité fonctionnelle parfaitement intacte. Vous voyez donc que, dans la congestion pulmonaire, le sang est modifié dans la rapidité de sa course, et qu'il est imparfaitement aéré ; ces conditions ne sont pas compatibles avec la nutrition normale de l'organe, elles facilitent la formation de produits pathologiques : telle paraît être la raison pour laquelle l'inflammation et la congestion favorisent le développement des tubercules (2).

(1) Depuis l'époque où Graves écrivait ces lignes, je crois que Turnbull est le seul auteur qui ait recherché les causes de la plus grande fréquence des tubercules dans l'appareil broncho-pulmonaire, et il a donné de ce fait une explication qui se rapproche beaucoup de celle de l'auteur : « Néanmoins, dit le médecin de Liverpool, les organes digestifs ne sont pas ici seuls en défaut. Ils ont en effet pour fonction principale de dissoudre les aliments, mais c'est dans les poumons que le processus est complété. C'est en effet à travers ces organes que doit passer, pour être converti par l'oxygène de l'air en sang normal, le chyle ou le liquide nouvellement formé aux dépens des matériaux nutritifs. Voilà la fonction qui est principalement en défaut ; aussi voyons-nous que les molécules tuberculeuses s'arrêtent et se déposent dans les poumons bien plus fréquemment que dans aucun autre organe. »

Turnbull, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

(2) Voyez, tome II, la note de la page 144.

J'ajouterai simplement ici que Scott Alison, médecin de Brompton Hospital, a prouvé par des chiffres l'influence toute-puissante des congestions inflammatoires de l'appareil broncho-pulmonaire sur la tuberculisation consécutive. Sur 603 phthisiques, l'action du froid a été notée 277 fois comme la cause occasionnelle de la maladie. Il y a là une démonstration éclatante de l'opinion de Graves, opinion qu'avaient déjà professée Ma-

Pour ce qui est de la période de la vie à laquelle la phthisie présente son maximum de fréquence, Lombard, Alison, Andral, Papavoine et Louis ont redressé quelques erreurs importantes. Il résulte de leurs recherches que la phthisie tuberculeuse, très-rare pendant les deux premières années de la vie, devient plus fréquente de quatre à cinq ans, — de quatre à sept, d'après Papavoine et Louis. — A partir de cet âge, la proportion reste à peu près la même jusqu'à la puberté, mais à ce moment elle s'élève subitement.

La fréquence de la tuberculisation diminue dans l'âge adulte, et la maladie devient relativement assez rare chez les vieillards ; mais alors on observe assez souvent l'inflammation scrofuleuse des poumons. Chez les jeunes sujets qui meurent de consommation, nous trouvons la plupart du temps des tubercules pulmonaires, tandis que nous les rencontrons rarement chez les individus âgés ; ce que nous voyons alors, ce sont des ulcérations, des abcès, des communications fistuleuses, des indurations, et une quantité énorme de pus scrofuleux. Telles ont été les lésions que nous avons constatées chez un homme qui est mort récemment dans notre service ; *l'ulcération scrofuleuse* avait déterminé dans le poumon des désordres très-étendus, mais il n'existait pas un seul tubercule. Vous rencontrez aussi cette forme de phthisie chez des individus d'un âge moyen, qui ont vécu dans l'intempérance, et dont la constitution a été ruinée par des excès.

Avant de quitter ce sujet, je veux vous présenter encore quelques observations sur la constitution phthisique (*phthisical*), et sur les conditions qui favorisent le développement de la consommation. Un grand nombre de circonstances possèdent cette triste prérogative, par cela même qu'elles exercent une influence funeste sur la constitution générale. Les individus qui ont eu des fièvres longues avec déterminations sur les poumons sont fort exposés à tomber dans cet état auquel on a

gendie, MM. Cruveilhier, Andral, Bouillaud et Carswell. D'un autre côté, M. Luys, réhabilitant les *petits corps rouges* de Dalmazzone et de Rochoux, a conclu de ses recherches que le *dépôt plastique qui constitue la granulation grise est vraisemblablement toujours précédé d'une forte congestion des vaisseaux*.

Je ferai remarquer enfin, pour éviter tout malentendu, que le médecin de Dublin, tout en reconnaissant l'influence de la fluxion inflammatoire sur la production des tubercules, est bien loin de prétendre que l'inflammation est la cause unique et constante de leur développement.

Scott Alison, *On pulmonary consumption, etc.* (*Medic. Times and Gaz.*, 1860).

Luys, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

donné le nom de phthisie galopante. D'autre part, on voit souvent apparaître les symptômes de la consommation chez les femmes affaiblies par la lactation. Vous savez tous que, chez beaucoup de femmes délicates, la conception arrête les progrès de la phthisie, et cette amélioration dure autant que la grossesse ; mais tous les accidents reparaissent à l'époque de l'allaitement. Dans les cas de ce genre, le médecin doit surveiller attentivement les effets de cette fonction nouvelle ; il doit prendre garde à la diminution des forces ; et si la jeune mère perd à la fois ses couleurs et son embonpoint, il doit lui défendre de nourrir plus longtemps son enfant, surtout si elle présente dans sa constitution quelque disposition à la phthisie.

Chez les hommes, la syphilis et l'abus du mercure sont les deux causes qui favorisent le plus le développement de la phthisie pulmonaire. Prenez un jeune homme d'une excellente constitution, mais qui est infecté de syphilis, enfermez-le dans une chambre, soumettez-le à un traitement mercuriel et à un régime débilitant, empêchez-le de respirer un air pur, et de prendre de l'exercice, privez-le de toute distraction, et vous le rendrez certainement phthisique si vous prolongez l'épreuve. Il est d'autres affections dont l'influence est tout aussi nuisante : le diabète, par exemple, le cancer, la diarrhée, la folie, l'hypochondrie et l'hystérie.

Consultez Laennec, et vous verrez qu'il a placé au nombre des causes de la phthisie les inquiétudes et les impressions morales dépressives. En parlant de quelques ordres religieux de la France, et notamment des congrégations de femmes, il déclare qu'elles sont insensées de se vouer à un tel genre de vie, et qu'il y a vraiment lieu d'en être attristé : la recclusion, le défaut d'exercice, l'absence de toute distraction et l'abstinence rigoureuse à laquelle elles sont astreintes, les rendent phthisiques au bout de quelques années. Souvenez-vous de ces faits, et n'oubliez jamais de tenir compte des influences morales et intellectuelles, lorsque vous recherchez quelles sont les causes qui concourent au développement de la phthisie.

Vous pouvez rapprocher de cet ordre de faits cette direction malentendue des études qui tue, au début de leur carrière, tant de jeunes élèves en médecine. Quelque vigoureux que soit un jeune homme, il pourra, dans ces circonstances, se rendre phthisique en deux ou trois ans. Qu'il reste constamment dans les salles de dissection ou dans les amphithéâtres, qu'il ait l'esprit toujours tendu et préoccupé, qu'il prenne à la hâte une mauvaise nourriture pour laquelle il n'a aucun

appétit, qu'il ne fasse pas d'exercice, qu'il abrège enfin la durée de son sommeil, et il tombera bientôt dans cet état, qui est si souvent le prélude de la consommation. Bien des jeunes gens succombent à cette manière de vivre, et leur mort est une triste et éloquente démonstration de l'influence, qu'exercent sur le développement de la phthisie les fatigues intellectuelles et physiques réunies.

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON.

PHTHISIE.— PROPHYLAXIE.— TRAITEMENT.— PHTHISIE LARYNGÉE.

Traitement prophylactique. — Dangers de la méthode ancienne. — Méthode de l'auteur. — Changement de climat. — Antagonisme entre la fièvre intermittente et la phthisie.

Traitement de la phthisie confirmée. — Toux. — Sueurs nocturnes. — Fièvre hectique. — Prescriptions. — Emploi du mercure. — Analogie entre le traitement mercuriel des inflammations scrofuleuses des jointures et celui de l'inflammation scrofuleuse du poumon. — Observations du docteur O'Beirne et du docteur Munk. — Curabilité de la phthisie. — Exemples de phthisie latente.

Phthisie laryngée. — Son traitement.

MESSIEURS,

Dans notre dernière conférence, nous nous sommes occupés de la mortalité de la phthisie pulmonaire, et je vous ai fait connaître mes vues sur la nature et sur les causes du tubercule. Je veux vous parler aujourd'hui du traitement de la maladie.

Que faire, me demanderez-vous tout d'abord, pour combattre la disposition à la phthisie? On croyait autrefois que la consommation dépendait d'une inflammation du poumon, et le traitement préventif était basé sur cette opinion erroné; on confinait le malade dans sa chambre, on l'enveloppait de flanelle, on le soumettait à une température toujours égale. J'ai vu le temps dont je vous parle. Lorsqu'un des membres d'une famille avait succombé à la phthisie, c'est à l'aide de ces moyens qu'on tentait de sauver les survivants. Mais bientôt, sous l'influence d'un traitement aussi absurde, ils s'affaiblissaient

graduellement, tombaient malades à leur tour, et au bout d'un certain temps ils allaient grossir la liste des victimes de la consommation.

Remarquez, en effet, que toutes ces mesures dites préventives ne peuvent avoir d'autre résultat que d'affaiblir la constitution, et de favoriser l'invasion de la maladie. Un médecin plus logique s'efforcera d'en prévenir le développement en endureissant son malade contre le froid. Celui qui se couvre trop, qui s'enferme dans sa chambre, se refroidit dix fois plus facilement que celui qui ne porte aucun vêtement superflu, qui se lave la poitrine avec de l'eau froide, et qui sort le matin de bonne heure. Ce sont ces habitudes, unies à l'exercice, à un régime substantiel, mais non excitant, qui constituent les meilleurs préservatifs de la phthisie.

Ordonnez à votre malade de renoncer au thé et aux liqueurs frelatées ; prescrivez-lui de manger de la viande fraîche de bonne qualité, de boire de bonne bière ; qu'il se lève matin, qu'il déjeune de bonne heure, qu'il n'attende pas le soir pour dîner ; qu'il reste, lorsque le temps le permet, quatre ou cinq heures en plein air ; qu'il aille se promener enfin dans un char de campagne ou sur le siège d'une voiture. Une bonne nourriture fortifiera sa constitution, et loin de déterminer une inflammation, elle agira précisément en sens inverse. Il faut interdire les vêtements superflus, et je ne conseillerai jamais aux jeunes gens qui veulent éviter l'impression du froid, de venir le matin à l'hôpital avec un boa autour du cou. L'exercice doit être fait en plein air, et les voitures fermées doivent être laissées de côté ; le malade suivra en outre exactement la pratique conseillée par le docteur Stewart (de Glasgow) : il se lavera la poitrine avec de l'eau et du vinaigre, qu'il fera chauffer pendant les premiers temps ; puis il en abaissera graduellement la température jusqu'à ce qu'il arrive aux lotions froides.

Si vous observez avec soin tous ces préceptes, vous aurez de grands succès dans le traitement préventif de phthisie. Toutes les fois que vous avez à craindre une phthisie héréditaire, je vous recommande expressément les cautères et les sétons sur la poitrine ; placez-les, soit avant, soit après la puberté : je suis fermement convaincu que si vous étiez consultés avant que la maladie fût développée, vous réussiriez à la prévenir par ce moyen. Toutefois cette pratique exige une certaine circonspection ; cautères et sétons sont choses fort déplaisantes, et vous ne devez jamais déployer tout cet appareil, lorsqu'il n'est pas parfaitement nécessaire. En tant que moyen préventif, vous n'êtes autorisés

à y avoir recours que lorsque vous avez à combattre une disposition héréditaire.

Je regarde les cautères et les sétons comme l'un des moyens prophylactiques les plus efficaces. Il y a longtemps qu'on en a reconnu la valeur dans les affections de la hanche et de la colonne vertébrale. C'est même la connaissance de ces faits incontestables qui m'a donné l'idée de recourir à cette pratique, pour combattre la phthisie ; je prescris toujours en même temps un régime substantiel, condition de la plus haute importance, toutes les fois que l'économie doit faire les frais d'un écoulement prolongé. Lorsque la phthisie confirmée est encore à sa période de début, je commence toujours le traitement en plaçant au moins un séton au-dessus de chaque clavicule. L'observation suivante, qui est d'un médecin fort intelligent de mes amis, mérite toute votre attention : « J'ai placé un séton au niveau du sein gauche ; la diminution du bruit respiratoire, des râles bronchiques, quelques craquements révélaient en ce point l'existence d'une inflammation tuberculeuse déjà avancée. Ces phénomènes stéthoscopiques étaient beaucoup plus prononcés, toutes les fois que le malade s'exposait à un refroidissement ; d'après le malaise qu'il éprouvait alors et le sifflement qu'il entendait dans sa poitrine, il avait parfaitement conscience qu'à chaque refroidissement le poumon était plus affecté. Eh bien ! les effets des sétons furent si puissants, que, trois mois après, on pouvait à peine découvrir quelques traces de bronchite dans l'organe, quoique le malade eût contracté un nouveau refroidissement. » Je puis me porter garant, messieurs, de l'exactitude de ce fait.

Pour ce qui est du climat que nous devons conseiller aux phthisiques, je n'ai que peu de chose à vous dire. Lorsque vous ordonnez un changement de climat, lorsque vous conseillez à un malade d'abandonner la contrée dans laquelle il vit depuis son enfance, vous ne devez pas l'envoyer dans un pays qui présente des conditions climatiques à peu près semblables : le changement doit être beaucoup plus radical. A ce point de vue, l'Italie, le midi de la France, Madère, ne remplissent pas le but. Selon moi, il est parfaitement absurde d'envoyer un habitant des îles Britanniques sur un point quelconque du continent européen. Les villes maritimes de l'Europe ne répondront point à votre attente. Je préfère de beaucoup les Indes orientales ou occidentales, la Caroline du Sud, la Floride, les États septentrionaux de l'Amérique du Sud, ou l'Égypte. Un grand nombre d'améliorations sociales font de ce dernier pays une station très-convenable,

et si l'illustre pacha qui gouverne cette contrée ne la laisse pas périliter, l'Égypte deviendra une résidence des plus agréables. Notez, en outre, que Clot-bey a confirmé cette proposition de Savary, savoir que les affections pulmonaire sont presque entièrement inconnues dans ce pays.

On est arrivé tout récemment à des résultats intéressants touchant l'antagonisme de la fièvre intermittente et de la phthisie. Il paraîtrait, d'après les recherches de Boudin, Triber Wolheim, Woemer et autres, que la consommation est à peu près nulle dans les districts marécageux, et inversement que les fièvres d'accès sont très-rares dans les contrées où domine la phthisie. Si l'observation ultérieure confirme ces premières données, nous devons tenir compte de ce nouvel élément dans le choix des stations pour les phthisiques (1).

J'arrive maintenant au traitement de la phthisie confirmée : je serai bref, car ce sujet est traité tout au long dans vos livres, aussi bien que l'histoire pathologique de la maladie.

Dans les premiers temps, la toux présente de très-grandes variétés ; au début, elle est le plus souvent très-peu marquée, de sorte qu'elle

(1) L'observation ultérieure, en multipliant les documents contradictoires, a singulièrement compliqué cette question. Tandis que les recherches de MM. Barth, Schönlein, Hahn, Tribe, Crozant et d'autres observateurs, semblent établir la justesse des lois d'antagonisme formulées par M. Boudin, les conclusions non moins significatives de Forget, de MM. Michel Lévy, Gintrac et Vigouroux, nous montrent que les atmosphères maremmatiques sont loin d'être toujours une cause d'immunité. Qu'il n'en soit pas toujours ainsi, je l'accorde volontiers ; mais il est certains faits signalés par M. Boudin qui me paraissent sans réplique : après le dessèchement des marais qui environnaient Zurich (Suisse), les fièvres paludéennes ont disparu, mais elles ont été remplacées par la phthisie pulmonaire ; dans le delta du Rhin, les fièvres intermittentes sont très-communes, mais les tubercules y sont rares ; on observe un rapport inverse dans les contrées sablonneuses qui entourent la ville de Bruxelles (Schönlein).

Je crois donc que, s'il n'est pas possible d'ériger en lois absolues les propositions de M. Boudin, il faut du moins reconnaître que la phthisie pulmonaire est réellement un peu plus rare dans les pays marécageux. D'ailleurs, cette immunité *relative* est le fait des marais eux-mêmes. elle n'est point le résultat d'un antagonisme réel entre la fièvre intermittente et la tuberculisation. Le docteur Perroud me paraît avoir très-sainement apprécié le mode d'influence des contrées marécageuses ; il fait remarquer en effet que, dans les pays à marais, la température est plus uniforme, que la proportion d'ozone atmosphérique est peu élevée, et que la disposition aux mouvements fluxionnaire est entravée chez les habitants par l'état chloro-anémique. Je dois dire cependant que l'action salutaire de cette dernière condition me paraît fort problématique ; car si la chlorose semble ralentir la marche des tubercules pulmonaires, il est certain

attire à peine l'attention du malade ou celle de ses amis. Chez quelques individus, elle précède l'amaigrissement et la perte des forces ; chez d'autres, ce sont ces derniers phénomènes qui ouvrent la scène ; de plus, il arrive souvent que les sueurs nocturnes profuses se montrent avant l'accélération du pouls, avant les symptômes de la fièvre hectique. A cette époque de la maladie, ces sueurs sont le résultat de cette même débilité, à laquelle on doit rapporter le développement ultérieur de la phthisie.

Plus tard, les sueurs sont accrues par la fièvre hectique, dont les paroxysmes aboutissent à une transpiration abondante. Même alors, cependant, la faiblesse originelle concourt à la production de la diaphorèse ; au point de vue pratique, cette considération est fort importante ; elle nous enseigne en effet qu'il est toujours avantageux, surtout au début, d'arrêter ces sueurs, qui ont l'inconvénient grave d'ajouter à la faiblesse du malade, et de l'exposer au refroidissement. Lorsqu'un malade vient à moi en se plaignant de perdre ses forces et son embonpoint, s'il a les traits quelque peu altérés, s'il éprouve depuis quelques semaines une petite toux, qu'il n'a peut-être pas observée lui-même mais qui a éveillé la sollicitude d'une amitié

qu'elle en favorise la production : on connaît la *phthisis chlorotica* ou *chlorosis* de Morton.

Morton *Phthisiologia (Opera omnia, Genève, 1754)*.

Boudin *Essai de géographie médicale (Bullet. de la Soc. roy. de méd. de Marseille, 1843)*. — *Lettre sur la loi d'antagonisme (Gazette médic. de Paris, 1843)*. — *Nouveaux documents sur la rareté relative de la phthisie et de la fièvre typhoïde dans les localités marécageuses (ibid., 1843)*. — *Traité de géographie et de statistique médicale, etc. Paris, 1857*.

Barth, *Notice topographique et médic. sur la ville d'Hyères (Arch. gén. de méd., 1841)*.

Schœnlein, *Klinische Vorträge. Berlin, 1842*. (Citation empruntée à M. Boudin.)

Hahn, *De l'influence sur la production de la phthisie du séjour antérieur et actuel dans les localités marécageuses (Journal de méd., 1843)*.

Tribe, *De l'heureuse influence de l'atmosphère des pays marécageux sur la tuberculisation. Thèse de Montpellier, 1843*.

Michel Lévy, dans *Bullet. de l'Acad. de méd., 1843*.

Forget, *Sur la fréquence de la phthisie relativement aux fièvres intermittentes (Gaz. méd. de Paris, 1843)*.

Gintraç, *Quelques faits relatifs à la coïncidence, dans les mêmes lieux, des fièvres intermittentes et de la phthisie pulmonaire (Gaz. médic. de Paris, 1843)*.

Vigouroux, *Sur l'antagonisme de la fièvre intermittente et des tubercules pulmonaires. Thèse de Paris, 1858*.

Perroud, *De la tuberculose. Paris, 1861*.

(Note du TRAD.)

inquiète, si en outre ce malade a des sueurs nocturnes abondantes, alors, bien que le pouls soit calme, et qu'il n'y ait aucun des symptômes de la fièvre hectique, je me préoccupe immédiatement d'arrêter les sueurs, sans négliger cependant les autres accidents.

Dans ces cas-là, je prescris ordinairement une mixture dans le genre de celle-ci ; on doit la répéter trois fois dans le courant de la journée :

℞ Infusi cascarillæ.	f. 3 vij.
Sulphatis quinæ.	gr. ss.
Acidi sulphurici diluti.	gutt. xv.
Tincturæ hyoseyami.	f. 3 ss.
Misce. Fiat haustus (1).	

Je conseille en même temps de rester en plein air pendant une heure ou une heure et demie de suite, et cela plusieurs fois par jour ; je prescris un régime substantiel : de la viande, du pain et de la bière pour le déjeuner ; de la viande pour le second repas du matin ; de la viande encore pour le dîner, avec un ou deux verres de vin, et je défends l'usage du thé, surtout pour le soir. Sous l'influence de ce traitement, les sueurs s'arrêtent, la toux diminue, le malade recouvre ses forces et sa vigueur primitives. Beaucoup de médecins allemands professent que l'acide sulfurique aggrave les affections de la poitrine. Il en est quelquefois ainsi ; mais, uni à la jusquiame comme dans la formule précédente, il exerce une action tonique des plus remarquables, et il permet bientôt au malade de triompher de sa toux. Au mois de janvier, j'ai conseillé ce traitement au fils aîné d'un gentilhomme de haute naissance. Ce jeune homme était exactement dans l'état que je vous ai décrit plus haut, et quelques-uns de ses parents du côté maternel étaient morts phthisiques. Quelques jours après, je fus mandé par la belle-mère de ce malade, et je vis bientôt qu'elle n'était pas satisfaite du traitement que j'avais prescrit. N'oubliez pas, messieurs, que toutes nos dames sont familiarisées avec le sulfate de quinine ; les jeunes ladies à la mode s'en servent constamment, lorsqu'elles sont fatiguées par les plaisirs du monde et les veilles prolon-

(1)	℞ Infusion de cascarille.	21 grammes.
	Sulfate de quinine.	3 centigrammes.
	Acide sulfurique dilué.	15 gouttes.
	Teinture de jusquiame	1 gr,50
Mêlez. Pour une dose.		(Note du TRAD.)

gées. Que pouvait donc faire le sulfate de quinine contre une toux ? De plus, l'exercice en plein air n'exposait-il pas au refroidissement ? L'usage de la viande n'aggraverait-il pas l'affection thoracique ?

Par bonheur pour moi, cette dame habitait une maison de campagne voisine de celle d'un de nos plus riches commerçants ; cet homme avait eu une famille très-nombreuse, dans laquelle onze personnes avaient été tuées par la phthisie : j'avais donc une réponse toute prête. Pour prévenir le développement de la maladie dans cette famille, les médecins les plus distingués avaient prescrit le traitement que voici : pendant l'hiver, les malades ne quittaient pas leurs appartements, ils étaient vêtus de flanelle dans des chambres que l'on maintenait constamment à la température de Madère ; ils étaient privés de toute nourriture animale, et chaque fois qu'ils présentaient quelque symptôme de refroidissement, on leur retirait quelques onces de sang. Eh bien ! madame, vous connaissez le résultat de toutes ces précautions : tous ces malheureux ont succombé, et le traitement n'a eu d'autre effet que de hâter leur fin. Aussi suis-je bien décidé à suivre pour votre beau-fils une ligne de conduite tout opposée. La dame se rendit à cette raison, et le jeune homme est aujourd'hui bien portant et robuste.

Au printemps de l'année 1832, j'ai été consulté par un jeune avocat qui était à peu près dans le même état ; toutefois il avait une toux plus pénible, une raucité très-prononcée de la voix, et il était amaigri. Je conseillai le même régime, les mêmes médicaments ; je fis toucher les tonsilles et le pharynx avec une solution de nitrate d'argent ; j'envoyai le malade à Bray, je l'engageai à se coucher de bonne heure, à parcourir tous les jours vingt milles en plein air, et j'ai eu la satisfaction de le rendre à la santé. Instruit aujourd'hui de tout ce qui lui est nuisible, il évite tout ce qui peut l'affaiblir, il prend de l'exercice, et il est en état de remplir ses devoirs professionnels. Je vous le répète encore, lorsque la maladie est un peu plus avancée qu'elle ne l'était dans ces deux cas, je fais immédiatement placer un ou deux sétons sur les points du poumon qui me paraissent le plus suspects. Si les préparations de jusquiame sont de bonne qualité, elles sont extrêmement utiles ; comme la digitale, elles diminuent la fréquence du pouls.

Lorsque les symptômes thoraciques sont accompagnés de fièvre, lorsque le pouls est rapide, j'emploie ordinairement cette potion :

℞ Sulphatis quinæ.	gr. j ss.
Acidi sulphurici diluti.	f. ʒ j.
Tincturæ hyoscyami	f. ʒ ss.
Sirupi papaveris albi.	f. ʒ ss.
Aquæ fontanæ.	f. ʒ iv.

Fiat mistura. Sumat coohleare unum amplum secunda quaque hora (1).

A mesure que la maladie avance, il devient beaucoup plus difficile d'obtenir quelque résultat favorable, et je ne puis ajouter que quelques observations à ce qui a été écrit sur ce sujet dans les ouvrages récents. Je dois cependant vous faire connaître une méthode que j'ai adoptée depuis six ou sept ans; elle n'a pas encore été signalée par les auteurs qui ont traité de la guérison des affections pulmonaires. Je dois avouer, pour être juste, que l'idée de ce traitement n'est pas entièrement mienne; elle m'a été inspirée par les recherches et les expériences du docteur O'Beirne sur l'inflammation scrofuleuse des jointures. Une connaissance approfondie de la question l'avait amené à penser que l'arthrite scrofuleuse de la hanche et des genoux pouvait, à sa période aiguë, être domptée par un traitement prompt et énergique; il croyait, en d'autres termes, que ces affections articulaires qui aboutissent aux lésions les plus graves, telles que la tumeur blanche et le *morbus coxæ*, peuvent être enrayées *in limine*, avant la formation des ulcérations incurables.

Partant de cette idée, il n'hésita pas à essayer d'une saturation mercurielle rapide.

Remarquez, messieurs, que cette conception était entièrement nouvelle, et qu'elle était diamétralement opposée aux théories alors en vigueur. On admettait en effet, d'un commun accord, que le mercure était formellement contre-indiqué chez les individus scrofuleux. On répétait à l'envi: Ne donnez jamais de mercure dans ces cas-là; c'est un remède qui aggrave la maladie scrofuleuse; bien plus, il en favorise le développement, alors qu'elle ne s'était pas encore révélée; gardez-

(1)	℞ Sulfate de quinine.	9 centigrammes.
	Acide sulfurique dilué.	3 grammes.
	Teinture de jusquiame.	3
	Sirop de pavot blanc.	12
	Eau de fontaine.	96

Faites une potion, dont on prendra une grande cuillerée toutes les deux heures.

(Note du TRAD.)

vous du mercure : avec lui vous êtes certains de ne pas faire de bien ; et vous pouvez compromettre gravement les intérêts de votre malade. Mais le docteur O'Beirne connaissait toute la différence qui existe entre l'usage et l'abus du mercure, entre la pratique qui consiste à toucher rapidement l'économie, puis à suspendre l'usage du médicament, et l'habitude funeste d'un traitement mercuriel longtemps prolongé. Il essaya donc cette méthode, il réussit ; et les chirurgiens de l'Europe ont apprécié à sa juste valeur l'importance de cette découverte. Deux ou trois mois avant qu'O'Beirne publiât le résultat de ses expériences, j'ai traduit, pour le *Dublin medical Journal*, un travail d'un auteur allemand sur l'usage des bains de sublimé dans le traitement des tumeurs blanches. O'Beirne m'a affirmé que ce mémoire l'avait fort encouragé dans des recherches thérapeutiques complètement opposées à la pratique ordinaire. Je dois dire que, lorsque je publiai dans notre langue le travail dont je vous ai parlé, je n'y voyais qu'un objet de simple curiosité ; c'était une innovation au sujet de laquelle je n'avais aucune expérience, et je ne pouvais donner à cet égard aucun renseignement. Cette œuvre était réservée au docteur O'Beirne. Il a nettement établi dans son mémoire que l'on guérit souvent les affections articulaires de la scrofule, surtout à leur début, par une salivation mercurielle rapide.

L'analogie m'a conduit à me servir du même mode de traitement contre l'inflammation scrofuleuse du poumon, et j'ai la conviction d'avoir plusieurs fois enrayé le développement de cette maladie, la plus redoutable de celles qui déciment l'espèce humaine. La phthisie, comme vous le savez, est susceptible de revêtir les formes les plus diverses, et de présenter, surtout dans ses périodes initiales, les manifestations les plus variées. Chez quelques-uns, le mal s'avance lentement et à bas bruit ; les symptômes pulmonaires se développent si insidieusement, qu'au bout d'un certain temps, le médecin qui a suivi le malade dès le début serait fort embarrassé pour dire à quel moment les accidents ont commencé à s'aggraver. Cette marche lente ne doit point nous étonner ; dans les cas de ce genre, l'affection tuberculeuse des poumons n'a qu'une valeur secondaire ; la maladie a compromis toute l'économie avant de toucher les organes respiratoires.

Dans d'autres circonstances, l'évolution des phénomènes est précisément inverse : l'inflammation scrofuleuse s'empare du poumon avant que les accidents généraux aient apparu. C'est dans ce cas, dans ce cas seulement, que les mercuriaux doivent être essayés ; et alors

même ils ne sont utiles que si l'affection pulmonaire a débuté soudainement, sous l'influence de quelque cause occasionnelle évidente, un refroidissement, par exemple, ou une hémoptysie. J'ai la conviction que les médecins qui ont écrit sur la phthisie ont attribué une importance trop considérable à l'affection des poumons. Je veux bien accorder que, dans la majorité des cas, la maladie commence par la détermination pulmonaire, mais souvent aussi elle parcourt plusieurs périodes, elle affecte plusieurs organes avant d'attaquer les poumons. Vous rencontrerez fréquemment des malades qui sont atteints de fièvre hectique, qui maigrissent, qui perdent l'appétit, qui ont de la fréquence du pouls, longtemps avant que vous puissiez découvrir un seul signe de tuberculisation pulmonaire. Telle est ma conviction sur ce point, que je suis certain que ces malades mourraient de phthisie, même s'ils n'avaient pas de poumons.

Mais supposons le cas d'un individu scrofuleux qui est pris de fièvre avec inflammation locale, et admettons que cette inflammation occupe les poumons. Soit pour exemple, si vous voulez, le fait suivant. Un jeune homme robuste et vigoureux, mais d'une constitution évidemment strumeuse, a souffert à plusieurs reprises pendant son enfance d'une ophthalmie scrofuleuse; de plus, quelques-uns de ses parents sont morts phthisiques. Ce jeune homme prend un coup de froid, pour s'être échauffé outre mesure en revenant de la campagne à Dublin, par une soirée humide. Le lendemain, il a de la fièvre, des symptômes de catarrhe, et ces accidents sont le prélude d'une bronchite épouvantable. Mais notre jeune homme, confiant dans sa vigueur et ennemi de la solitude, continue néanmoins à sortir et à affronter la fraîcheur de l'air du soir : qu'arrive-t-il alors? La fièvre catarrhale finit par se transformer en fièvre hectique; la bronchite devient une affection organique des poumons, des tubercules se développent : la phthisie est confirmée. Ici donc une bronchite commune, née sous l'influence du froid, est devenue, parce qu'elle a été négligée, le point de départ d'une lésion profonde du poumon et d'une ulcération tuberculeuse.

Les choses se passent très-fréquemment ainsi chez les sujets scrofuleux, et bien souvent il m'a été possible de rapporter le début de la maladie à un simple refroidissement, aggravé par le défaut de soins ou par un traitement irrationnel. Vous devez prévoir que je n'accepte point la nomenclature ordinaire des auteurs qui ont écrit sur la consommation; je n'adopte point, pour les cas dont je viens de vous parler, leur dénomination d'*inflammation tuberculeuse*; et en somme, je regarde

comme entièrement erronée la doctrine qui enseigne que les tubercules pulmonaires sont une cause excitante d'inflammation. Maintes fois, chez les individus qui avaient succombé à d'autres maladies, j'ai trouvé dans les poumons des tubercules autour desquels il n'existait pas le moindre indice d'un travail inflammatoire, et je pense que tous les médecins ont pu faire des observations analogues. Pour cette raison, pour d'autres motifs encore, j'ai été amené à cette conclusion, que les tubercules n'agissent pas, dans tous les cas, comme corps étrangers, et que la théorie qui leur rapporte l'origine de l'inflammation est complètement dénuée de fondement. Dans notre dernière conférence, j'ai établi par des arguments décisifs qu'il existe une interprétation pathogénique beaucoup plus vraie et beaucoup plus satisfaisante.

Je vous l'ai dit déjà, mais le fait est assez important pour que je ne craigne pas d'y revenir : la bronchite et la pneumonie scrofuleuses peuvent être isolées ou associées; de plus, et c'est le cas le plus fréquent, elles peuvent être l'une et l'autre compliquées de tubercules. Mais ne l'oubliez pas, dans la bronchite comme dans la pneumonie scrofuleuse, le développement des tubercules est une coïncidence, ce n'est point une cause; ces deux affections peuvent parcourir toutes leurs phases sans être accompagnées de tuberculisation. Le plus ordinairement la bronchite scrofuleuse est unie à la pneumonie de même nature; il est rare que la première persiste pendant un certain temps, sans être suivie de phlegmasie pulmonaire, et cette dernière, à son tour, entraîne toujours à sa suite des altérations plus ou moins profondes de la muqueuse bronchique.

Or, voici la question qui se présente, question grave sur laquelle j'appelle toute votre attention. Pouvons-nous prévenir le développement de la phthisie chez un scrofuleux qui, après un refroidissement, est atteint d'une bronchite ou d'une pneumonie dangereuse, avec imminence de fièvre hectique? Je ne veux point discuter ici les moyens qui ont été proposés pour prévenir le dépôt des tubercules, ou pour en provoquer l'absorption; ils se résument tous en un seul : pour prévenir la tuberculisation, guérissez, si vous le pouvez, la disposition scrofuleuse.

Mais supposons que vous soyez appelés pour un cas analogue à celui que je viens de signaler, à quelle méthode de traitement devez-vous vous arrêter? Je pense que vous devez agir ici comme si vous aviez à combattre une inflammation scrofuleuse aiguë du genou ou de la hanche;

soumettez le malade à une salivation mercurielle rapide ; sans dépasser de justes limites, agissez énergiquement, et vous réussirez souvent, comme par enchantement, à arrêter les progrès de l'affection.

Je pourrais vous citer un grand nombre de faits dans lesquels ce traitement a été couronné d'un plein succès. J'ai été étonné moi-même des résultats qu'il nous a donnés chez deux de nos confrères qui sont venus à Dublin il y a quelques années, et qui nous ont fait l'honneur de nous demander notre avis, au docteur Stokes et à moi. L'un d'eux était de constitution scrofuleuse ; après avoir pris du mercure, il s'était exposé au froid, et il n'avait pas fait attention à cet accident. Lorsqu'il vint à moi, il souffrait d'une toux très-pénible, il avait une fièvre très-vive ; il avait déjà considérablement maigri, et il était fort alarmé sur son état. Déjà M. Stokes lui avait fait mettre quelques sangsues au niveau de la trachée ; mais ce moyen, qui produit d'admirables effets dans un grand nombre de cas de bronchite, était resté sans résultat ; et en raison même de la persistance des accidents, on craignait très-sérieusement que cet état morbide n'aboutît à la phthisie. Après avoir fait connaître à notre confrère quelle était notre manière de voir, après lui avoir dit que nous n'avions d'espérance que dans un traitement mercuriel, nous lui prescrivîmes de garder la chambre, de continuer les applications de sangsues sur la trachée, et de prendre du mercure.

Comme le malade était arrivé à Dublin avec l'idée qu'il était atteint de phthisie, nous eûmes quelque peine à le déterminer à ce mode de traitement. Il finit par céder cependant, mais non sans regrets. Au bout d'une semaine, tous les symptômes graves avaient à peu près disparu. Dès que l'influence du mercure commença à se faire sentir, la toux diminua considérablement, et notre confrère recouvra ses forces et son embonpoint avec une surprenante rapidité.

L'autre médecin était du nord de l'Irlande ; il avait été subitement atteint d'une apoplexie pulmonaire, et quelques semaines après il était venu à Dublin ; il était tourmenté par une toux sèche qui ne lui laissait pas un instant de répit ; il était amaigri, et il éprouvait de vives inquiétudes. Il n'existait chez lui aucune disposition héréditaire à la phthisie ; cependant sir Henry Marsh, le docteur Stokes et moi, nous regardions l'état du malade comme fort sérieux ; le pouls, il est vrai, n'était point accéléré, mais la respiration était gênée sous l'influence de la moindre cause, et nous percevions au niveau de la région mammaire droite, de la matité et quelques râles : c'était bien évidemment en ce point que

s'était faite l'hémorrhagie. Les accidents, qui avaient résisté à un traitement purement antiphlogistique, cédèrent complètement à l'usage des mercuriaux.

Instruits par ces exemples, vous êtes sans doute tout disposés à reconnaître que le mercure est un remède fort utile dans la bronchite et la pneumonie scrofuleuses ; la connaissance de ce fait est d'une importance considérable, puisque ces affections sont rebelles aux moyens ordinaires, et qu'elles aboutissent trop souvent à une lésion incurable du poumon. Lorsqu'un coup de froid subit a déterminé chez un sujet scrofuleux une inflammation de la muqueuse bronchique ou du tissu pulmonaire, — lorsque l'accident est récent, — lorsqu'il n'y a pas lieu de soupçonner l'existence de tubercules, le mercure réussit admirablement à enrayer la marche de cette affection, qui, négligée ou mal traitée, se terminerait, selon toute probabilité, par la phthisie.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que cette méthode thérapeutique m'a été suggérée par les succès qu'obtenait le docteur O'Beirne, dans le traitement des arthrites scrofuleuses aiguës ; j'avais en outre remarqué que des bronchites chroniques, indomptables jusqu'alors, avaient guéri parfaitement sous l'influence des mercuriaux administrés pour une affection intercurrente. Par une singulière coïncidence, au moment même où je me décidais à adopter cette nouvelle méthode, le docteur Stokes et sir Henry Marsh y songeaient également, et ils pourraient au besoin témoigner de son utilité. Je dois ajouter, du reste, que ce traitement est loin de réussir dans tous les cas ; je l'ai même vu échouer, alors qu'il était formellement indiqué, et que j'en attendais les effets avec une entière confiance. Malgré cette restriction, cette méthode est, à mes yeux, une précieuse acquisition pour certaines affections qui tendent à dégénérer en phthisie (1).

Il y a une année environ, je donnais des soins à un jeune homme d'une constitution robuste en apparence, et qui succomba à une phthisie, dont l'évolution avait été précipitée par de fréquentes hémoptysies. Peu de temps après, j'étais appelé auprès du frère aîné de ce

(1) J'appelle expressément l'attention sur cette dernière phrase, afin que, par une de ces interprétations erronées qui sont si fréquentes, on n'attribue pas à l'auteur la pensée de traiter la phthisie par les mercuriaux. Graves réserve cette médication pour les affections inflammatoires qui se développent chez les individus scrofuleux, et qui tendent à dégénérer en phthisie. Ainsi conçue, cette indication est tout à fait rationnelle et elle est la conséquence naturelle de la doctrine générale de l'auteur : il voit dans les congestions et les phlegmasies de l'appareil broncho-pulmonaire la cause occasionnelle

malade. Il était tourmenté par une toux dure, sèche et pénible, qui le privait de sommeil depuis plusieurs semaines, et avait déterminé un amaigrissement considérable. Déjà on craignait la consommation. Il est vrai que le pouls était naturel, et que le stéthoscope ne révélait aucune lésion du poumon ; mais comme cette toux avait résisté à tous les traitements, même au changement d'air, nous n'étions pas sans inquiétude. J'ordonnai au malade de rester au lit, je lui fis faire quelques applications de sangsues sur la trachée, je produisis une salivation mercurielle rapide ; le succès fut complet. Depuis lors, ce jeune homme jouit d'une parfaite santé.

J'ai déjà employé le traitement mercuriel dans un grand nombre de cas de phthisie au début, j'y ai recours encore aujourd'hui, et cela avec le plus grand succès. Cette méthode a d'ailleurs été adoptée par d'autres praticiens, entre autres par le docteur Munk, qui est digne d'être cité le premier, en raison de l'extrême attention avec laquelle il a étudié l'action du mercure, dans l'affection qui nous occupe. Le travail de notre confrère a paru d'abord dans *London medical Gazette*, puis il a été publié par le *Dublin medical Journal* de mars et de mai 1844 ; j'en recommande expressément la lecture à chacun de vous.

J'aborde maintenant une autre question non moins importante, celle du pronostic. Sachez bien que vous ne devez jamais abandonner les phthisiques, ni renoncer à toute espérance. J'ai vu la guérison survenir dans des cas très-graves, même lorsque l'expectoration était depuis longtemps purulente, et que le poumon était creusé de cavernes. J'ai vu de ces guérisons inespérées dans ma propre pratique ; le docteur Stokes en a observé des exemples non moins remarquables. Chez quelques-uns de ces malades, des craquements annonçaient l'existence de dépôts tuberculeux ; chez d'autres, la guérison eut lieu après la formation des cavernes.

Ce résultat n'aurait pas été aussi surprenant si, dans tous ces cas, l'affection pulmonaire développée sous l'influence de quelque cause accidentelle eût atteint des individus parfaitement sains ; mais plusieurs

la plus puissante du développement des tubercules, dès lors il doit combattre ces mouvements fluxionnaires par les moyens les plus énergiques, les plus rapides, et il s'adresse au mercure, dont les propriétés altérantes et antiplastiques sont bien connues. La conclusion, je le répète, est parfaitement légitime. Reste à démontrer maintenant l'efficacité de ce traitement prophylactique ; or, je dois avouer que les faits rapportés par Graves ne me paraissent point suffisamment probants. (Note du TRAD.)

de ces guérisons ont eu lieu chez des sujets évidemment scrofuleux appartenant à des familles déjà décimées par la phthisie.

Les faits de ce genre apportent avec eux un grand enseignement ; ils montrent au médecin qu'il ne doit pas baser son pronostic uniquement sur les signes stéthoscopiques ; car il est bien certain que la phthisie *ne marche pas constamment et fatalement vers une terminaison funeste*. Ce point réservé, j'adopte complètement l'opinion formulée par l'éditeur du *Medical Gazette* :

« Les médecins qui ont suivi dans toute leur évolution un certain nombre de cas de phthisie conviendront avec nous que la marche de la maladie ne peut jamais être prédite d'après la connaissance exacte des lésions anatomiques. Il n'est pas moins essentiel de noter que la sévérité des accidents généraux n'est point en rapport avec les altérations matérielles de l'organe qui est le siège de la détermination morbide. Ces considérations nous montrent de combien d'éléments divers nous devons tenir compte, si nous voulons acquérir quelque notion précise sur la nature de cet agent mystérieux, dont nous nous efforçons vainement de combattre l'irrésistible influence. »

Je vous ai dit, dans notre dernière conférence, que la toux prémonitrice de la phthisie est ordinairement très-légère, et qu'elle attire à peine l'attention du malade. Toutefois il n'en est pas toujours ainsi. M. Wolf, de regrettable mémoire (l'auteur de stances célèbres sur la mort du général Moore), fut tourmenté, un an avant d'être pris de fièvre hectique, par une toux fréquente d'un éclat extraordinaire, d'une résonnance métallique : c'était, en un mot, la *tussis firma*. Pendant toute cette période, le pouls resta naturel, la respiration était tranquille. Toute l'habileté, toute l'ingéniosité du docteur Cheyne échoua devant l'opiniâtreté de cette toux ; rien ne put l'adoucir. Elle a fini par présenter les caractères de la toux de la phthisie confirmée, et nous avons fait alors aux amis éplorés de M. Wolf une prédiction qui devait, hélas ! se réaliser trop tôt.

J'ai observé cette *tussis firma*, que je viens de vous décrire, chez des jeunes filles pubères, chez lesquelles la menstruation était peu abondante ou irrégulière. Chez elles, le stéthoscope ne révèle aucune lésion pulmonaire ; la respiration est ample et complète, elle n'est point précipitée pendant le sommeil. Le carbonate de fer à hautes doses, l'essence de térébenthine, les exercices actifs, réussissent très-bien dans les cas de ce genre ; la térébenthine doit être continuée pendant quelques jours, afin qu'elle agisse sur les intestins, et elle doit être admi-

nistrée au maximum de la dose tolérée. Il sera souvent utile de joindre à ces moyens l'usage des purgatifs à base d'aloès, la teinture de cantharides unie à la teinture composée de quinquina et à la teinture camphrée d'opium, comme dans cette formule :

℞ Tincturæ cinchonæ composiæ.		f. ℥ v.
Tincturæ cantharidis.	}	ãã f. ℥ ss.
Tincturæ opii camphoratæ.		

Misce. Fiat mistura (1).

On doit prendre trois fois par jour deux drachmes (8 gram.) de cette potion dans de la tisane de graine de lin ou dans de l'eau d'orge, et l'on montera graduellement jusqu'à une demi-once (16 gram.). J'ai le premier proposé ce traitement pour cette variété de toux ; j'y ai été tout naturellement amené, après avoir constaté l'impuissance de tous les autres remèdes.

Il est un autre fait que vous ne devez jamais perdre de vue : la phthisie est quelquefois latente, non pas seulement en ce sens que tous les signes physiques font défaut, mais parce que jusqu'au moment de la mort, la maladie ne s'est révélée par aucun deses symptômes carac-

(1)	℞ Teinture de quinquina composée.		120 grammes.
	Teinture de cantharides.	}	ãã 12
	Teinture camphrée d'opium.		

Mélez pour une potion.

Voici la formule de la teinture de quinquina composée :

℞ Quinquina jaune en poudre.		4 onces = 128 grammes.
Écorce d'orange sèche.		3 onces = 96
Serpentaire contuse		6 gros = 24
Safran.		2 gros = 8
Cochenille en poudre.		1 gros = 4
Esprit faible.		2 pintes = 950

Faites macérer pendant quatorze jours et filtrez.

Quant à la teinture camphrée d'opium, sa composition est la suivante :

℞ Camphre.		2 $\frac{1}{2}$ scrupules = 3gr,25
Opium dur en poudre.	}	ãã 72 grains = 4gr,32
Acide benzoïque.		
Huile d'anis.		1 gros fluide = 3 grammes.
Esprit faible.		2 pintes = 950

Faites macérer pendant quatorze jours et filtrez.

(Pharmacopée de Londres.)

(Note du TRAD.)

téristiques. Le fait suivant, dont je vous ai déjà parlé à propos de l'épilepsie, vous donnera la preuve de cette assertion (1). Un jeune garçon, qui avait mangé beaucoup de poires, but une grande quantité de petit-lait, et tomba dans un état d'insensibilité absolue : le médecin qui le vit alors crut devoir ouvrir l'artère temporale. Sept heures après le début de l'attaque, on sentit à l'épigastre une tumeur dure qui fit soupçonner la présence dans l'estomac de quelque substance non digérée. Aussitôt on administra des purgatifs ; la tumeur disparut, et le jeune malade revint à lui.

Les mêmes accidents se reproduisirent, et au bout de quelque temps ce jeune homme avait de véritables accès d'épilepsie ; d'année en année ils augmentèrent de fréquence ; cependant six ans s'écoulèrent avant que l'intelligence fût tombée. A ce moment-là, le malade tomba dans une espèce de torpeur intellectuelle, et enfin il arriva à l'idiotisme le plus complet ; il avait de temps en temps quelque lueur de raison, à propos des questions religieuses. Les accès étaient toujours précédés d'une aura, et ils se terminaient par le coma. Deux fois chaque année la maladie présentait de violentes exacerbations ; les accès revenaient alors jusqu'à dix fois par jour, et ils étaient suivis d'un délire furieux, qui indiquait en général la terminaison de l'attaque. Une fois ce délire maniaque dissipé, le jeune homme retombait dans son état habituel ; les accès étaient moins nombreux et moins graves, mais les paroxysmes violents étaient toujours suivis d'une épistaxis. Du reste, la respiration était régulière, et il n'existait aucun symptôme d'affection pulmonaire. Pendant les quatre ou cinq dernières années de sa vie, le malade eut des attaques moins fréquentes, et il fut délivré de ses accès de manie furieuse ; en 1833, il fut pris d'ictère. Il succomba à une diarrhée incoercible, dont il fut atteint deux mois avant sa mort.

L'autopsie montra que le cerveau, la moelle et leurs enveloppes étaient parfaitement sains ; il y avait un léger épanchement au-dessous de l'arachnoïde. Une ulcération très-étendue de l'iléon rendait compte de la diarrhée. Le poumon gauche était transformé par des tubercules en une masse solide ; le poumon droit, dans son tiers supérieur, était dans le même état ; il existait aussi quelques petites cavernes. La vésicule biliaire était remarquablement petite et contractée ; elle était remplie de calculs. Vous voyez, messieurs, que ce malade, et c'est là le point important, n'avait jamais présenté aucun symptôme qui pût faire soupçonner l'existence d'une affection pulmonaire.

(1) Cette observation a été rapportée tome I, page 672.

Voici maintenant un exemple de phthisie dans lequel une ulcération intestinale est restée absolument latente. Ce même fait me permettra de vous décrire les lésions anatomiques d'une consommation tuberculeuse très-avancée. Murphy, âgé de soixante ans, est entré dans notre service le 1^{er} novembre, et il a succombé samedi dernier. Lorsqu'il nous est arrivé, il était déjà souffrant depuis neuf mois, et il rapportait à un refroidissement l'origine de sa maladie. Elle avait débuté par de la toux, de l'oppression, de la dyspnée et des hémoptysies. Pendant le premier mois, l'expectoration sanglante avait été assez fréquente, et le malade prétend qu'elle le soulageait toujours. Au bout de quelque temps, elle fit complètement défaut.

A l'époque de son entrée à l'hôpital, Murphy avait tous les symptômes de la fièvre hectique, et une expectoration puriforme très-abondante; il était en outre considérablement amaigri. La région claviculaire droite donnait à la percussion un son à peu près normal; mais au-dessous de la clavicule gauche, il y avait une matité très-marquée, et l'on entendait des râles muqueux très-abondants qui approchaient du gargouillement; il y avait aussi de la pectoriloquie. Ces deux derniers phénomènes devinrent beaucoup plus évidents une semaine après l'arrivée du malade; en conséquence, je fis écrire sur sa pancarte: « *Phthisis senilis.* » Notez en outre que Murphy était tourmenté par une constipation opiniâtre; il n'avait d'évacuations alvines que sous l'influence des purgatifs.

Je ne vous rappellerai point ici les divers médicaments que je fis prendre à cet homme pour lui procurer quelque soulagement; ce traitement palliatif est le seul que puisse se proposer le médecin dans un cas de ce genre. Je me bornerai à vous faire connaître les résultats de l'examen cadavérique. Vous vous rappelez que nous avons constaté chez ce malade, plusieurs semaines avant sa mort, les signes d'une vaste caverne dans le poumon gauche, et que, dans les derniers temps, le côté droit de la poitrine était devenu mat à la percussion; l'auscultation révélait en même temps l'existence d'une nouvelle cavité au sommet du poumon de ce côté.

Voici sous vos yeux les poumons de cet homme. Vous voyez que le gauche est plus volumineux que l'autre, et qu'il présente dans sa partie supérieure une dépression évidente qui correspond à la caverne. Remarquez aussi qu'à ce niveau la plèvre est épaissie et rugueuse: cette disposition résulte de l'adhérence générale qu'elle avait contractée avec le feuillet costal, dont elle n'a pu être séparée qu'avec de grandes diffi-

cultés. L'excès de volume du poumon gauche dépend de sa solidification ; il n'a pu revenir complètement sur lui-même après la mort. Une section de l'organe va nous montrer l'étendue de la caverne : elle est assez considérable pour contenir une petite orange, et ses parois sont revêtues d'une membrane semi-cartilagineuse. A la partie supérieure et interne existe une petite ouverture qui paraît être le commencement d'un de ces conduits fistuleux qu'on rencontre fréquemment dans la phthisie sénile. Si j'introduis une sonde dans cet orifice, vous pourrez suivre le trajet de ce canal, et vous verrez qu'il aboutit à l'une des grosses ramifications de la bronche gauche. Notre section nous permet en outre de voir des dépôts de petits tubercules granuleux dans la partie antéro-supérieure du poumon ; ces tubercules diffèrent complètement par leur aspect et par leur volume de ceux qu'on observe chez l'enfant et chez l'adulte.

Pratiquons maintenant une coupe dans le poumon droit. Il paraît beaucoup moins altéré ; néanmoins vous ne devez pas oublier que, dans tous les cas de phthisie pulmonaire chronique, l'affection est rarement limitée à un seul côté. Regardez les choses d'un peu plus près, et vous verrez des îlots de granulations tuberculeuses qui semblent infiltrées dans le parenchyme pulmonaire ; le tissu qui les environne n'est pas vascularisé et densifié, comme il l'est autour des gros tubercules de l'adulte et de l'enfant. Notre coupe a porté sur une petite cavité : d'après son aspect, d'après son contenu, vous pouvez juger qu'elle est de formation récente ; elle n'est pas doublée d'un revêtement semi-cartilagineux, et elle est très-peu étendue. Elle renferme un liquide muco-purulent, et elle communique librement avec une bronche assez volumineuse.

Quant aux viscères abdominaux, ils ne présentaient rien de remarquable, sauf dans la portion d'intestin que je mets sous vos yeux. Le foie et les reins avaient leur volume naturel ; ils étaient un peu indurés et très-friables ; il y avait quelques tubercules à la surface de la rate. L'estomac, le duodénum, le côlon et le rectum sont parfaitement sains. Mais vous pouvez voir dans le cæcum et dans l'iléon quelques ulcérations de forme ovale, qui correspondent aux glandes de Peyer. Sur certains points, le travail ulcératif n'est pas limité à la muqueuse ; il a détruit également la tunique musculieuse, et peu s'en faut qu'il n'ait produit une perforation.

Ce fait mérite la plus sérieuse considération. Nous voyons ici des ulcérations profondes qui ont intéressé à la fois la tunique muqueuse

et la musculieuse ; un mince feuillet séreux prévenait seul l'épanchement des matières intestinales : et pourtant cet homme, pendant tout le temps qu'il est resté dans nos salles, avait une constipation tellement opiniâtre, que nous étions obligés de lui donner un purgatif tous les deux ou trois jours. On aurait pu croire *à priori* qu'un malade atteint d'ulcérations intestinales aussi graves devait éprouver de la douleur des coliques, de la tympanite, et surtout qu'il devait être affecté de cette diarrhée profuse qu'on observe si souvent dans les dernières périodes de la phthisie.

Les anciens pensaient que la diarrhée des phthisiques est une espèce de sueur interne ; ils avaient observé que lorsque la transpiration cutanée cessait, elle était remplacée par une diarrhée aqueuse : de là le nom de diarrhée *colliquative*. Plus tard, de nombreuses autopsies ont fait voir que, dans la plupart de ces cas, il y a des ulcérations dans l'intestin ; aussitôt les pathologistes rapportèrent à ces ulcérations les symptômes abdominaux de la phthisie, tels que les coliques, la diarrhée persistante, et par suite l'aggravation de la fièvre hectique.

Or, il me semble que ces conclusions sont un peu prématurées. Il est bien certain que les ulcérations intestinales peuvent déterminer tous les accidents que je viens d'énumérer ; mais il n'est pas moins avéré que tous ces symptômes peuvent manquer, bien qu'il existe des ulcérations très-étendues. Je n'en veux d'autre preuve que l'histoire de notre malade : il n'a jamais eu de douleurs abdominales, ni de coliques, ni de flatulence ; loin d'avoir de la diarrhée, il était toujours constipé, et les purgatifs lui faisaient le plus grand bien. Aucun de nous n'a soupçonné un seul instant l'existence d'ulcérations intestinales ; aussi donnions-nous tous les deux jours à cet homme une bonne dose d'huile de ricin, qui amenait une selle peu abondante ; et voilà que l'examen nécroscopique nous montre un intestin criblé d'ulcérations.

Ce fait doit produire une vive impression sur tous les médecins réfléchis ; au point de vue pratique, il a une valeur considérable. Si, dans le cas actuel, la maladie scrofuleuse n'avait affecté que les intestins, si elle n'avait pas touché les poumons, il est extrêmement probable qu'elle fût restée presque entièrement latente. Qu'en serait-il résulté ? L'attention de cet homme n'eût pas été éveillée ; se croyant en bonne santé, il eût continué à manger, à boire et à travailler à son ordinaire ; la maladie, dans ses allures sournoises, eût produit furtivement d'épouvantables ravages, et le signal d'alarme n'eût été donné

que par une péritonite suraiguë consécutive à la perforation de l'intestin.

Alors se fût élevée cette question : Quelle a été la cause de la mort? Le médecin anatomiste aurait déclaré, après l'autopsie, que l'ulcération de l'intestin était seule en cause; mais il eût été singulièrement mari en voyant que l'œuvre de destruction avait accompli silencieusement sa marche et qu'elle n'avait pu être reconnue jusqu'au jour où un nouvel accident était apparu, qui avait emporté le malade. En réalité, je connais beaucoup d'exemples de mort accidentelle, dans lesquels l'autopsie a montré de vastes ulcérations intestinales, dont rien, pendant la vie, n'avait fait soupçonner l'existence. Je me rappelle, entre autres, un Lascar robuste et bien portant, qui avait mangé copieusement une heure avant de mourir. Les amis de cet homme assuraient qu'il n'avait jamais eu de troubles digestifs, et cependant il portait dans l'iléon plusieurs ulcérations profondes qui, selon toute probabilité, auraient abouti, quelques jours plus tard, à la perforation et à la péritonite.

Dans un troisième exemple de phthisie latente, il existait une arachnitis qui ne s'était révélée par aucun de ses symptômes habituels. Un jeune policeman, de constitution robuste en apparence, et qui faisait un service très-actif, entra dans nos salles dix jours après être tombé malade. Lorsqu'il nous arriva, tout son corps était froid, ses mains et ses pieds étaient bleus; il avait le pouls à 70, remarquablement faible; indifférent à tout ce qui l'entourait, il nous faisait parfois des réponses raisonnables, et l'instant d'après, il ne prêtait aucune attention à ce qu'on lui disait. Pendant les dix premiers jours de sa maladie, il avait éprouvé une douleur dans la région frontale; mais cette douleur avait sans doute disparu, car, en réponse à nos interrogations réitérées, il affirmait constamment qu'il ne souffrait pas. Pendant le jour, cet homme était assez tranquille; mais, vers le soir, il était ordinairement pris d'un délire violent, et il fallait alors lui mettre la camisole. Du reste, il avait la tête fraîche; les pupilles n'étaient pas contractées, les pulsations temporales et des carotides n'étaient point exagérées, les yeux n'étaient point injectés; il n'y avait pas de sueurs sur la face ni sur le front.

Depuis le moment de son entrée dans le service jusqu'à sa mort, qui eut lieu seize jours après, cet homme n'a pas eu un seul instant de fièvre : le pouls était tombé à 60; il était faible, mais régulier. *La respiration a toujours été parfaitement naturelle; le malade n'a jamais*

oussé. Quoique , pendant les derniers temps de sa vie, il eût des soubresauts, de la jactitation, de la mussitation et une insomnie complète, la tête resta toujours fraîche, et nous ne constatâmes aucun symptôme positif d'un travail inflammatoire dans le cerveau. En fait, cette maladie avait une marche si lente, les troubles nerveux ressemblaient tellement à ceux qui surviennent dans les fièvres dégagées de toute complication inflammatoire, que je portai le diagnostic : *fièvre nerveuse*. Quatre jours avant la mort du malade, la diarrhée était survenue.

Autopsie. — La dure-mère était parfaitement saine, mais l'arachnoïde était, sur certains points, opaque et épaissie. A la base du cerveau, tous les nerfs étaient plongés dans une lymphe jaunâtre et épaisse, qui s'étendait de la commissure optique à la moelle allongée, érobant complètement aux regards le plancher du troisième ventricule, et les origines de la troisième et de la sixième paire de nerfs. Au niveau de cet épanchement plastique, l'arachnoïde était plus épaisse ; elle avait perdu sa transparence. La pie-mère était très-injectée ; le tissu cérébral, fortement vascularisé, présentait d'ailleurs ses caractères normaux.

L'examen de la poitrine nous révéla les lésions que nous ne nous attendions certes pas à rencontrer. Les deux poumons étaient criblés de tubercules ; ils présentaient dans toute leur étendue, soit des abcès tuberculeux, soit de l'emphysème (1). Le lobe supérieur des deux côtés était creusé d'abcès multiples, dont la grosseur variait depuis celle d'un œuf de poule jusqu'à celle d'une noix d'Espagne, et qui communiquaient librement les uns avec les autres. Ces abcès n'étaient pas de formation récente, car les parois en étaient très-épaisses et cartilagineuses ; quelques-uns des plus considérables étaient traversés par des vaisseaux sanguins. La plupart de ces cavités étaient remplies d'une matière puriforme : ici c'était un liquide franchement purulent ; ailleurs c'était du pus mêlé de sang, qui rappelait les crachats jus de pruneaux de la pneumonie. Le cœur n'était pas altéré.

L'iléon était sain, mais le cæcum était enflammé ; il présentait plusieurs ulcérations à grand diamètre longitudinal ; ces ulcérations avaient

(1) On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser du prétendu antagonisme de l'emphysème et des tubercules pulmonaires. L'opposition qu'on a voulu établir entre ces deux choses est si peu fondée, que l'infiltration tuberculeuse du poumon est placée par tous les anatomo-pathologistes contemporains parmi les causes de l'emphysème.

intéressé toutes les tuniques de l'intestin jusqu'à la séreuse exclusivement. Sur les points correspondants, la surface extérieure du péritoine avait ses caractères normaux. Les bords des solutions de continuité étaient élevés, durs et nettement accusés.

Un des motifs pour lesquels la phthisie n'est pas toujours reconnue pendant la vie, c'est que la percussion ne nous permet pas constamment un diagnostic exact, même dans les cas où le poumon est solidifié. On croit généralement que toutes les fois que la quantité d'air contenu dans les poumons est augmentée ou diminuée, la percussion nous fournit les moyens d'apprécier ces diverses modifications, et que la valeur de ce procédé d'investigation est illimitée. En réalité, il n'en est point ainsi.

Assurément, lorsque la percussion nous montre que la densité du poumon est augmentée, nous sommes à peu près certains que l'organe est solidifié dans une étendue plus ou moins grande ; mais il s'en faut que les résultats ainsi obtenus soient toujours complètement exacts : il arrive parfois que la percussion de la poitrine donne un son très-clair sur un point qui correspond précisément à une induration considérable du poumon. J'ai déjà observé plusieurs faits de ce genre. Vous me demanderez sans doute quelle est la cause de cette apparente contradiction : cette question est d'une grande importance, et j'espère que la solution que je vais vous proposer vous satisfera complètement.

Un vieillard, nommé Foy, est mort récemment, à l'hôpital de Sir Patrick Dun, d'une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon droit ; il avait en outre des dépôts tuberculeux très-nombreux dans le lobe supérieur des deux poumons. Pendant la vie du malade, j'avais signalé l'existence de l'hépatisation du lobe inférieur du poumon droit ; une matité complète et bien évidente indiquait l'espace occupé par le tissu pulmonaire solidifié. En haut et en avant, la percussion de la poitrine donnait un son clair ; il était impossible de constater dans cette région la plus légère matité. Et cependant le lobe supérieur des deux poumons était tellement farci de tubercules crus, qu'on ne put y trouver un fragment de la grosseur du poing qui ne s'enfonçât pas dans l'eau. Cette augmentation de densité résultait de la présence des tubercules qui occupaient le tissu pulmonaire, soit sous forme d'îlots d'infiltration, soit sous forme de dépôts isolés. Pourquoi donc une solidification si étendue des poumons n'avait-elle produit aucune matité à la percussion ? Un examen attentif des lésions nous permet d'expliquer

cette anomalie. En y regardant de près, en effet, nous verrons que les portions indurées, quoique très-nombreuses, quoique dépassant en volume les parties restées saines, sont isolées et séparées les unes des autres, dans l'épaisseur du lobe, par des lamelles de tissu pulmonaire normal; nous constaterons en outre que la surface périphérique des parties indurées est revêtue d'une couche de tissu sain, d'une épaisseur d'un quart de pouce à un demi-pouce. En conséquence, bien que les masses solidifiées (pour me servir d'une expression géologique) affleurent de temps en temps la surface, cependant cette disposition est exceptionnelle, et en fait la périphérie du lobe présente une couche de tissu vésiculaire perméable. C'est à cette condition qu'était due la sonorité obtenue par la percussion. Les faits de ce genre sont rares, je le veux bien, mais ils existent, et vous ne devez pas les perdre de vue. Vous comprendrez ainsi pourquoi, dans certains cas de tuberculisation, la percussion de la poitrine donne un son parfaitement clair dans les points qui répondent aux lobes affectés (1).

Je veux, avant de terminer, vous dire quelques mots de la phthisie laryngée. Un jeune homme, du nom de Francis Thorp, fut atteint, il y a six mois environ, d'un refroidissement brusque; aussitôt après, il eut mal à la gorge, sa voix devint enrouée, et il se mit à tousser: cette toux n'était pas très-violente, mais cependant elle était un peu pénible. Il est bon de vous dire que ce garçon, chargé d'un service en plein air, était constamment exposé à toutes les vicissitudes atmosphériques. Dès les premiers jours de son indisposition, on put constater de légères ulcérations sur l'isthme du gosier, et dernièrement les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume. Le voile du palais et ses piliers sont plus rouges qu'à l'état normal, les amygdales sont tuméfiées, et la muqueuse pharyngienne est sèche et criblée d'ulcérations superficielles très-irrégulières. Du reste, l'enrouement a persisté; aujourd'hui cet homme ne peut parler qu'à voix basse. L'état général est satisfaisant; il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, le sommeil est naturel. Malgré ces conditions favorables en apparence, l'état de ce malade exige une attention particulière.

Un jeune homme est pris, à la suite d'un refroidissement, d'une inflammation légère de la gorge et du larynx; il se met à tousser, et sa voix devient rauque; ces symptômes persistent pendant des mois

(1) Voyez, tome II, la note de la page 114.

entiers, sans aucun amendement, et ils présentent enfin un caractère évident de chronicité. Eh bien ! quoique le malade ne maigrisse pas, quoiqu'il n'ait aucun des phénomènes de la fièvre hectique, quoique vous ne puissiez découvrir dans sa poitrine aucune trace de tubercules, vous devez être excessivement réservés sur le pronostic.

La persistance des accidents du côté de l'arrière-bouche et du larynx doit éveiller votre attention ; vous devez songer que si cette inflammation ne présente pas d'une manière très-tranchée les caractères des phlegmasies scrofuleuses, elle s'en rapproche néanmoins par bien des points, et qu'elle peut aboutir à la phthisie. Malgré l'absence de fièvre et de signes stéthoscopiques alarmants, ce serait faire acte de témérité que de promettre la guérison. Cette inflammation, qui est localisée dans le larynx, et qui entretient une irritation constante dans le voisinage des poumons, donnera probablement lieu, au bout d'un certain temps, à la formation de tubercules. Le résultat est encore plus certain si l'affection du larynx n'est pas convenablement traitée, ou si elle est exaspérée par de nouveaux refroidissements.

Chez Francis Thorp, nous avons affaire à cette laryngite chronique qui a été décrite sous le nom de phthisie laryngée. Cette affection se présente sous deux formes : dans l'une, l'enrouement et la douleur au niveau du larynx succèdent à la tuberculisation des poumons ; dans l'autre, les phénomènes laryngiens précèdent les accidents pulmonaires. Ces deux formes doivent être soigneusement distinguées l'une de l'autre. Dans la première, les symptômes laryngiens font partie intégrante de la maladie générale, et ils n'apparaissent qu'après d'autres manifestations ; dans la seconde, au contraire, ils forment le premier anneau de la chaîne morbide. La laryngite secondaire se développe chez des sujets bien et dûment scrofuleux ; la laryngite chronique primitive survient chez des individus affaiblis, dont la constitution, modifiée par des influences dépressives, se rapproche plus ou moins de l'habitus scrofuleux.

L'une de ces affections nous explique l'autre ; il est bien certain, en effet, que si une certaine modalité constitutionnelle est capable de donner lieu d'abord à une inflammation scrofuleuse et à la tuberculisation des poumons, puis à une inflammation du larynx ; il est bien certain, dis-je, que l'ordre des phénomènes peut être aisément renversé, et que, chez un individu ainsi prédisposé, un refroidissement, jouant le rôle de cause occasionnelle, peut agir sur le larynx longtemps avant que les poumons soient affectés. En conséquence, toutes les fois

que vous avez affaire à une laryngite chronique qui dure depuis un certain temps, si la constitution de votre malade a été affaiblie sous l'influence d'une cause quelconque, ou si vous soupçonnez chez lui l'existence de la diathèse scrofuleuse, vous devez réserver le pronostic (1)

(1) On sait que Borsieri regardait la phthisie laryngée comme produisant assez souvent la phthisie pulmonaire : « Sunt etiam qui existiment ulcera laryngis atque aspera arteriæ, quia pulmonibus non insident, a phthisi secludenda esse. Verum ab illa quoque corpus sæpe deperit, et lenta febricula cietur, qua omnis alitrix materia absumitur : plerùmque enim pulmo una afficitur vel brevi eadem labe ad eum propagatur. Quapropter hanc phthisin, nisi pulmonariam, trachealem certè appellandam esse non inepte judicaverim. »

MM. Trousseau et Belloc ont étudié avec le plus grand soin cette terminaison de phthisie laryngée, et ils ont rapporté des observations qui démontrent nettement l'influence de la phlegmasie chronique du larynx sur le développement des tubercules pulmonaires (voy. les obs. XVIII, XXIII, XXXIII bis). Cependant ces deux auteurs regardent cette relation de causalité comme exceptionnelle, et, pour le plus grand nombre des cas dans lesquels l'affection du poumon est consécutive à celle du larynx, ils invoquent simplement l'influence de la diathèse, et ils voient dans les lésions laryngées et pulmonaires les déterminations successives d'un même état général peu importe au fond que l'ordre habituel de ces manifestations morbides soit renversé. En résumé, MM. Trousseau et Belloc ont déduit de leurs observations les conclusions suivantes : « I. Le plus souvent la phthisie pulmonaire tuberculeuse se montre la première, et le larynx ne se prend que dans les derniers temps. — II. Dans les cas les plus rares, la lésion tuberculeuse commence par le larynx, et n'envahit le poumon que secondairement. — III. Quelquefois la phthisie laryngée et la phthisie pulmonaire marchent simultanément. — IV. Dans ce cas, la lésion semble quelquefois exister exclusivement dans le larynx, à cause de la prédominance des symptômes laryngiens et de la difficulté de constater la lésion des poumons par les signes stéthoscopiques. »

Le lecteur a remarqué sans doute que Graves fait consister tout le danger de phthisie laryngée dans le développement d'une phthisie pulmonaire consécutive ; il a ainsi laissé de côté une donnée des plus importantes : je veux parler de la mort *par consommation* à la suite de la phthisie laryngée *simple*. On conçoit aisément toute la gravité de cette question ; aussi les auteurs du *Traité de la phthisie laryngée* n'ont-ils pas manqué de s'en préoccuper, et ils ont parfaitement indiqué le *mécanisme* de la mort par consommation dans la phlegmasie chronique ulcéreuse, simple, du larynx ; ne puis-je mieux faire que de citer encore textuellement ce passage : « La continuité de la toux, qui fatigue et le poumon et tous les muscles expirateurs, et qui empêche les malades de goûter un instant de sommeil ; la gêne, souvent considérable, de la déglutition ; l'impossibilité où sont quelquefois les malades d'avaler la moindre substance alimentaire, sans être pris à l'instant de toux convulsive et de suffocation ; un mot, l'insomnie d'une part, l'inanition de l'autre, suffisent, ce nous semble, pour expliquer le marasme et la mort. »

L'étude des lésions anatomiques de la phthisie laryngée conduit nécessairement

Ce n'est pas à dire pour cela que vous deviez regarder l'affection comme incurable; encore moins devez-vous l'abandonner à elle-même, si l'examen de la poitrine vous démontre l'intégrité des poumons. Efforcez-vous tout d'abord de faire disparaître l'inflammation de la gorge; si vous y réussissez, vous aurez beaucoup fait déjà; puis, améliorez par tous les moyens possibles l'état de la constitution. En agissant ainsi, vous pouvez enrayer le développement de la disposition scrofuleuse.

Si le larynx est très-sensible à la pression (ce que vous pouvez aisément constater en prenant le cartilage thyroïde entre vos doigts et en faisant mouvoir l'organe d'un côté à l'autre), vous devez commencer le traitement par une émission sanguine locale. Appliquez toutes les deux ou trois nuits un petit nombre de sangsues sur la région du larynx, et continuez ainsi pendant deux semaines environ. S'il n'y a pas de sensibilité à la pression, s'il n'existe pas non plus de douleurs spontanées, vous pouvez vous dispenser des sangsues. Bornez-vous alors aux moyens qui agissent directement sur la muqueuse affectée: l'un des meilleurs est assurément une solution de nitrate d'argent, dans la proportion de dix grains (60 centigr.) pour une once d'eau (32 gram.),

cette question: Des tubercules peuvent-ils se développer dans le larynx? On sait que la plupart des auteurs répondent encore aujourd'hui par la négative. MM. Trousseau et Belloc déclarent que les ulcérations laryngiennes des phthisiques ne présentent jamais la moindre trace de matière tuberculeuse, et les auteurs du *Compendium*, s'élevant contre la dénomination d'*ulcérations tuberculeuses* du larynx, font remarquer que la coïncidence d'une ulcération laryngienne avec la phthisie ne suffit point pour démontrer l'origine tuberculeuse de cette ulcération. D'un autre côté, M. Louis dit qu'il n'a rencontré dans aucun cas des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère, et MM. Monneret et Fleury n'ont pu recueillir que deux faits en faveur de l'existence des tubercules laryngiens. L'un de ces faits appartient à M. Grisolle, l'autre à M. Barth.

Or, je crois qu'on s'est trop hâté de conclure à l'immunité du larynx; je lis en effet dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Rokitansky (t. III, p. 27): « Le tubercule est très-fréquent dans les voies aériennes; il occupe tantôt le larynx, tantôt les bronches.

« Dans le larynx, il se développe presque constamment, comme lésion consécutive, à la suite de l'ulcération tuberculeuse des bronches et du poumon. Il occupe le plus souvent la muqueuse de la paroi postérieure du larynx, au niveau du muscle transverse; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe en d'autres points. Ces tubercules se réunissent en groupe; lorsqu'ils se ramollissent, ils donnent lieu à de petites ulcérations de la grandeur d'un grain de millet ou d'une lentille; ces ulcérations, qui sont entourées d'un corps dur et saillant, finissent par se réunir, et forment ainsi un ulcère secondaire plus considérable. Celui-ci est irrégulier, anfractueux, et sa base

ou une solution égale de sulfate de cuivre. Quant au procédé d'application, voici celui que je vous conseille. Prenez une sonde œsophagienne ou une petite éponge fixée à l'extrémité d'une plume ; trempez-la dans la solution, et après l'avoir égouttée, touchez l'arrière-bouche et le pharynx aussi profondément que vous le pourrez, pressez légèrement l'éponge sur les surfaces enflammées, et n'agissez pas par frottement. Il est essentiel de toucher tous les points affectés ; si vous en omettez un seul, il suffira à entretenir le mal.

Le but de ces cautérisations est de modifier la membrane muqueuse. En agissant ainsi énergiquement sur la muqueuse du pharynx et sur celle qui tapisse l'entrée du larynx, vous réussirez souvent à ramener cette membrane à ses conditions normales, et cette modification favorable s'étend au voisinage, par contiguïté. Cette action à distance est démontrée par les résultats que nous obtenons dans le traitement des affections chroniques de la peau. Vous savez que nos topiques étendent souvent leur influence bien au delà du point d'application. Il en est encore de même dans l'inflammation de la partie inférieure du tube digestif : les lavements astringents, qui n'agissent directement que sur le rectum, n'en sont pas moins très-utiles pour combattre les affections dysentériques du côlon.

corrodée atteint le tissu cellulaire sous-muqueux. » Cette description est des plus nettes, et comme on ne peut soupçonner le professeur de Vienne d'avoir pris pour des tubercules les follicules tuméfiés, je crois qu'il faut modifier les conclusions admises jusqu'à ce jour en France, et reconnaître que si les tubercules sont relativement rares dans le larynx, ils peuvent néanmoins s'y développer dans un certain nombre de cas.

En conséquence, il y a lieu de distinguer chez les phthisiques deux formes de laryngite chronique ulcéreuse : dans l'une, les ulcérations ne sont que le résultat de phlegmasie chronique ; dans l'autre, elles sont consécutives à la fonte de tubercules laryngiens. Je proposerais volontiers pour la première variété la dénomination *laryngite chronique des tuberculeux*, et pour la seconde celle de *laryngite chronique tuberculeuse*. Ces désignations ont l'avantage d'exprimer le caractère distinctif le plus important de ces deux formes morbides. Quant au diagnostic clinique de ces deux laryngites, on ne peut l'attendre que de l'observation ultérieure, puisque jusqu'ici on n'admettait même point la possibilité du développement des tubercules dans le larynx.

Borsieri, *Institutiones medicinæ practicæ*. Berolini, 1826. (Citation empruntée à MM. Trousseau et Belloc.)

Trousseau et Belloc, *Traité pratique de la phthisie laryngée, etc.* Paris, 1837.

Louis, *Recherches anatomo-pathologiques sur la phthisie*. Paris, 1825.

Monneret et Fleury, *Compend. de méd.*, t. V. Paris, 1842.

Rokitansky, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. Wien, 1855-1861.

(Note du TRAD.)

Indépendamment du nitrate d'argent, nous avons employé chez Francis Thorp un moyen qui est souvent utile, lorsqu'il n'y a pas de signe d'irritation pulmonaire : je veux parler des inhalations d'iode. Elles ont également pour but de modifier l'état de la muqueuse affectée. On met dans un appareil spécial cinq à dix gouttes de teinture d'iode, un demi-gros (2 grain.) de teinture de ciguë, et 4 onces (128 gram.) d'eau chaude. Soir et matin le malade reçoit dans la gorge, pendant dix minutes, les vapeurs qui s'exhalent de ce mélange.

Cette pratique m'a été extrêmement utile pour un jeune gentleman qui suivait mes leçons cet hiver. D'une santé délicate, il avait pris froid vers le commencement de novembre ; il avait contracté une angine, avec raucité de la voix, et il était tourmenté par une toux laryngienne qui ne lui laissait pas de relâche. Les choses allèrent ainsi pendant le mois de décembre et la plus grande partie du mois de janvier ; les accidents n'étaient pas amendés au commencement de février. La muqueuse pharyngo-laryngée avait une tendance à s'ulcérer ; car toutes les fois que les symptômes s'exaspéraient, toutes les fois que la toux du matin était plus pénible que d'habitude, elle détachait des pellicules de lymphes exsudées par la membrane muqueuse, et les crachats devenaient sanguinolents. Ce jeune homme présentait en outre un phénomène subjectif que vous rencontrerez fréquemment dans les cas de ce genre : il éprouvait une sensation très-prononcée de froid dans les téguments de la région antérieure du cou. Il pouvait toujours annoncer l'exacerbation des accidents laryngiens, d'après l'augmentation de cette sensation dans les parties affectées.

Chez ce malade, les inhalations d'iode et de ciguë ont amené une grande amélioration. Il faisait dissoudre 6 à 9 grains (36 à 54 centigr.) d'extrait de ciguë dans l'eau, puis il ajoutait la teinture d'iode ; mais le jus exprimé de la plante, le « *succus conii* » est préférable ; on peut l'employer à la dose de deux ou trois petites cuillerées. Au lieu de l'appareil ordinaire, qui ne contient qu'une petite quantité de liquide, et dans lequel les vapeurs deviennent très-rapidement froides, ce jeune homme se servait d'une haute thière de mode antique, d'une capacité beaucoup plus considérable. Ces inhalations, jointes à la médication révulsive, à l'usage interne de l'iode et de la salsepareille, triomphèrent de la laryngite. Un mois plus tard, un nouveau refroidissement ramena tous les accidents, mais la solution de nitrate d'argent en fit bonne et prompte justice.

Les frictions révulsives avec l'huile de croton sont un excellent adju-

vant du traitement. A une once de liniment camphré composé, nous ajoutons vingt ou trente gouttes d'huile de croton ; on fait matin et soir des frictions avec un ou deux gros (4 à 8 gram.) de ce mélange jusqu'à ce que l'éruption apparaisse. Deux frictions suffisent le plus souvent pour déterminer une éruption confluyente de papules de grosseur d'une tête d'épingle ; ces papules ressemblent exactement une éruption qui est très-rare aujourd'hui, à savoir, l'eczéma mercuriel.

Mais je reviens à notre malade, Francis Thorp. Chez lui, les moyens que je viens de vous énumérer n'ont pas produit d'amélioration notable, et nous devons nous demander si nous avons négligé quelque médication dont nous aurions pu retirer quelque avantage. Ce jeune homme, je vous le rappelle, n'a pas de fièvre, il n'est pas amaigri ; a conservé un appétit excellent, il dort bien, et l'auscultation nous montre qu'il n'a pas de tubercules dans les poumons. Nous sommes donc autorisés, ce me semble, à mettre en œuvre le seul agent qui nous offre encore quelque chance de succès. J'ai ordonné à ce malade de prendre trois fois par jour un demi-grain (3 centigr.) de calomel, trois grains (18 centigr.) de pilules bleues, et un grain (6 centigr.) d'extrait de ciguë ; nous avons en outre substitué aux inhalations d'iode l'aspiration des vapeurs de l'*hydrargyrum cum creta*, qu'il répète deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Si ce traitement n'amène pas une amélioration rapide, nous le suspendrons immédiatement, car l'administration des mercuriaux n'est pas ici sans quelque péril. Je dois me préoccuper également de l'état général ; cette question, je vous l'ai dit, est d'une haute importance. J'ai à peine besoin d'ajouter que, dans ces cas-là, la décoction de salsepareille additionnée d'acide nitrique peut rendre de grands services.

Il est, du reste, une condition qui domine tout le traitement de la laryngite chronique et de la phthisie laryngée : c'est le repos de l'organe. Si vous ne l'obtenez pas, la guérison devient extrêmement difficile. L'individu qui, avec un larynx enflammé, persiste à parler comme d'habitude, commet un acte de folie aussi grand que s'il lisait avec des yeux malades, ou s'il se promenait avec une entorse.

J'ajouterai encore que le malade doit être soumis, autant que possible, à une température toujours égale ; il sera très-souvent nécessaire de le confiner à la chambre, ou tout au moins de lui défendre de s'exposer au froid ou à une atmosphère humide. Une fois guéri, il devra user de gargarismes froids, et faire des lotions froides autour du cou afin de modifier la susceptibilité du larynx.

J'appellerai votre attention, en terminant, sur un signe caractéristique de la phthisie : pendant ces dix dernières années, j'en ai observé trois exemples dans ma clientèle particulière. Je veux parler de l'hypertrophie de la dernière phalange des doigts et des ongles correspondants; je l'ai rencontrée deux fois chez des sujets délicats, une fois chez une personne phthisique (1). Chez tous les trois, les doigts étaient amaigris, sauf au niveau de leur extrémité unguéale ; celle-ci était notablement augmentée de volume, surtout dans son diamètre transverse ; les ongles, plus larges et plus longs, étaient plus résistants et plus recourbés qu'à l'état normal. Chez tous les trois également, l'activité de la circulation capillaire était accrue ; les extrémités des doigts étaient rouges, sensibles, douloureuses et souvent mouillées de sueur.

(1) Comparez, sur la valeur sémiologique des doigts hippocratiques, les travaux de MM. Pigeaux, Trousseau et Vernois. J'ajouterai simplement qu'il ne faudrait pas prendre pour la déformation hippocratique l'élargissement des dernières phalanges qui résulte de l'exercice habituel du piano, et je rappellerai que le jeu du violon détermine dans les extrémités antérieures des quatre derniers doigts de la main gauche un tassement remarquable des tissus : ce refoulement, qui est d'abord passager, finit par devenir permanent, et alors ces quatre doigts méritent véritablement la qualification de doigts en massue; il n'y manque que l'incurvation des ongles pour en faire des doigts hippocratiques parfaits.

Dans un travail récent, le docteur Dütscher a appelé l'attention sur un autre signe objectif de la tuberculisation pulmonaire ; ce signe, c'est le liséré gingival déjà signalé par Thompson (*Lectures on consumption*) : le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines, et a un aspect festonné. La largeur de ce liséré est variable : ce n'est quelquefois qu'une ligne très-étroite ; ailleurs, il a plus de deux lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives ; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans les cas où il est extrêmement marqué, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives.

Dans la gingivite qui se produit sous l'influence du mercure ou de l'iode, la rougeur est beaucoup plus diffuse, ou, si elle est bornée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines. Lorsque la couleur des gencives est due uniquement à l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté, du bord gingival est un caractère distinctif suffisant.

Sur 58 malades atteints de phthisie pulmonaire M. Dütscher a trouvé 48 fois le liséré gingival ; il l'a observé plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et il a remarqué qu'il se produit à une époque moins avancée chez les sujets jeunes que chez les individus âgés. Dans quelques cas, ce signe précède de deux ou trois ans tous les autres symptômes de la phthisie pulmonaire ; mais, le plus souvent, il ne devance pas autant les autres manifestations de la diathèse. Le médecin américain conclut en

On observe fréquemment chez les phthisiques une conformation fort analogue, mais moins prononcée : les ongles sont recourbés, les dernières phalanges sont moins grêles que les autres ; elles sont plus souvent couvertes de sueur, elles donnent au malade la sensation d'une température plus élevée.

outre, de ses observations, qu'il existe un rapport direct et constant entre la persistance de ce liséré et la gravité du pronostic.

Pigeaux, *Recherches nouvelles sur l'étiologie, la symptomatologie et le mécanisme du développement piriforme de l'extrémité des doigts* (Arch. gén. de méd. 1832).

Trousseau, *De la forme hippocratique des doigts des tuberculeux* (Journ. de connaiss. médico-chirurgicales 1834).

Vernois, *Étude des diverses circonstances qui semblent déterminer la forme recourbée des ongles* (Arch. gén. de méd., 1839).

Dütcher : in *Medical and surgical Reporter*, Philadelphia, 1860, et *Gaz. hebdomadaire*, 1860. (Note du TRAD.)

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON.

HÉMOPTYSIE.

Circulation pulmonaire. — Réfutation des opinions du docteur Law. — Apoplexie pulmonaire. — Couleur du sang dans l'hémoptysie. — Cette coloration ne peut indiquer le point de départ de l'hémorrhagie. — Caractères distinctifs de l'hémorrhagie des artères pulmonaires et de celle des artères bronchiques. — Effets de l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire des poumons. — L'hémoptysie n'est point une cause de consommation.

Causes de l'hémoptysie. — Hémoptysie supplémentaire de la menstruation. — Hémoptysie dans l'apoplexie pulmonaire, — dans la phthisie tuberculeuse, — dans les affections du cœur.

Traitement. — Bons effets d'un voyage en Australie. — Efficacité des sangsues appliquées au niveau de la fourchette sternale.

MESSIEURS ,

Je veux consacrer notre leçon d'aujourd'hui à l'étude de l'hémoptysie. J'examinerai d'abord quelles sont les différentes parties du parenchyme pulmonaire qui peuvent y donner lieu, et je vous décrirai en détail les signes de chacune de ces formes d'hémoptysie. Je crois devoir m'occuper tout d'abord des sources de cette hémorrhagie, parce qu'il règne encore quelques erreurs sur ce sujet, et qu'il ne me semble pas avoir été clairement exposé dans les traités dogmatiques. Aussi je m'arrêterai plus longtemps que je ne le fais d'habitude, dans ces leçons cliniques, sur certains points d'anatomie pathologique. Je serai bref au contraire sur les questions que vous trouverez traitées tout au long dans vos livres.

Quiconque veut être en état de concevoir les diverses particularités qui se rattachent à l'hémoptysie, doit avant tout connaître dans tous ses détails la circulation pulmonaire. Elle n'est pas simple comme

dans les autres organes : de même que nous trouvons dans le foie une veine porte destinée à fournir à la sécrétion biliaire, et l'artère hépatique, spécialement affectée à la nutrition de la glande, de même dans les poumons nous voyons les artères pulmonaires transporter le sang qui doit subir l'aération, tandis que les artères bronchiques président à la nutrition et à la réparation du parenchyme.

Vous savez, messieurs, que le poumon n'est autre chose qu'une glande volumineuse, qui a pour conduits excréteurs les canaux bronchiques, et pour surface sécrétante le champ des cellules aériennes. Or, il existe de notables différences entre les deux ordres de vaisseaux sanguins qui fournissent aux poumons : les artères bronchiques sont petites et renferment du sang rouge ; les artères pulmonaires, très-développées, charrient le sang noir qui doit recevoir le contact de l'air. Les artères bronchiques suivent exactement le trajet des bronches, elles les enlacent de leurs ramifications, elles pénètrent dans leur intérieur et fournissent d'innombrables divisions à la membrane muqueuse. C'est de la *suractivité inflammatoire* de ces artères que dépendent la rougeur et l'injection de cette muqueuse dans la bronchite. Ces artères envoient également quelques branches au tissu aréolaire qui unit entre elles les cellules aériennes, et à la surface périphérique du poumon ; mais, en somme, c'est à la muqueuse bronchique qu'elles distribuent la plus grande partie de leur sang (1).

Abstraction faite des vaisseaux, le parenchyme pulmonaire se compose principalement des rameaux bronchiques qui conduisent aux cellules aériennes. Celles-ci peuvent être représentées comme de petites vésicules extrêmement petites ; chacune d'elles communique par un petit orifice avec une ramification bronchique. Cette disposition a été décrite et démontrée par Reisseissen. Ces vésicules et les ramuscules qui les supportent présentent certaines différences ; les cellules, en effet, sont beaucoup plus ténues, et offrent une grande analogie avec le tissu séreux. Ces distinctions entre la texture des cellules aériennes et celles des tubes bronchiques ne sont pas faciles à saisir dans les ramifica-

(1) Reisseissen fait remarquer qu'une grande partie de ce sang revient dans le cœur gauche par les veines pulmonaires, au lieu de rentrer dans le cœur droit par les veines bronchiques. Cette particularité est-elle due à ce que le sang bronchique en retour n'a plus les qualités du sang veineux, parce qu'il a été aéré au niveau des petites ramifications des bronches ? Ou bien cette petite quantité de sang noir peut-elle être mêlée impunément à la masse considérable de sang artérialisé qui revient des poumons ?

(L'AUTEUR.)

tions ultimes des bronches, mais elles deviennent plus évidentes lorsqu'on remonte vers les gros troncs. Les vésicules aériennes ont pour usage d'aérer le sang dans les poumons, et c'est aux parois de ces cellules que se distribuent les dernières ramifications des artères pulmonaires (1).

Si nous appliquons ces données anatomiques à l'étude de l'extravasation du sang dans les poumons, nous verrons que le liquide peut provenir, soit des petites divisions des vaisseaux bronchiques, soit des ramuscules de l'artère pulmonaire. Le siège de ces deux ordres de vaisseaux est parfaitement distinct, et il est important de ne pas perdre de vue cette disposition. Injectez les artères bronchiques aussi soigneusement que vous le pourrez, et je vous affirme que votre liquide ne passera pas dans les vaisseaux qui se ramifient sur les cellules aériennes; la réciproque est également vraie. C'est là un fait dont je suis parfaitement certain : j'ai fait moi-même ces expériences. J'ai examiné avec la plus grande attention les belles préparations de Townsend; ni lui ni le docteur Houston n'ont pu produire une seule pièce qui montrât la muqueuse bronchique injectée par l'artère pulmonaire. Houston a essayé, à ma demande, sur des poumons de chien, des injections extrêmement fines : le résultat cherché n'a point été obtenu, et cependant il devrait être constant, s'il était vrai que l'engorgement des artères pulmonaires peut déterminer une hémorrhagie bronchique.

Il existe bien certainement dans le poumon un système de capillaires qui établit une communication indirecte entre les artères bronchiques et pulmonaires d'une part, et les veines pulmonaires de l'autre. Le docteur Law (de Dublin) a traité ce sujet avec son habileté ordinaire dans son article HÉMOPTYSIE du *Cyclopædia of practical medicine*. Mais je ne vois pas que Reisseissen, dont il adopte les conclusions, lui donne le droit d'émettre cette assertion : l'hémorrhagie qui se fait à la surface des bronches est la conséquence de l'infarctus hémorrhagique du système de l'artère pulmonaire. « Nous pouvons aisément concevoir la fréquence de cette hémorrhagie, dit le docteur Law, si nous tenons compte de la facilité avec laquelle une injection passe de l'artère pulmonaire dans les artères bronchiques. » Or, Reisseissen se borne à dire

(1) Graves adopte ici, pour le poumon, la structure *vésiculaire* de Malpighi. Je n'ai pas besoin de rappeler que cette interprétation n'est pas exacte, et que la structure *lobulée* est universellement admise aujourd'hui. (Note u TRAD.)

que les artères bronchiques et pulmonaires s'anastomosent avec le même système de capillaires ; il ajoute que ces anastomoses sont très-nombreuses à la périphérie, un peu plus rares dans la trame celluleuse du poumon ; mais il ressort de sa description que la muqueuse des bronches ne reçoit de sang rouge que par l'intermédiaire des artères bronchiques.

Je sais bien qu'en déployant une force suffisante, on peut faire passer une injection de l'artère pulmonaire dans les bronches ; mais même alors la surface de la muqueuse n'est point injectée, et ce n'est pas par les artères bronchiques que le liquide se fraye une voie dans ces circonstances ; remarquez d'ailleurs qu'il devrait suivre, dans cette hypothèse, un trajet rétrograde. Pour toutes ces raisons, je suis fermement convaincu que, lorsqu'une hémoptysie a lieu par engorgement des artères pulmonaires, le sang épanché provient directement des branches de ces artères qui se distribuent aux cellules aériennes ; dans ce cas, l'hémorrhagie n'a aucun rapport ni avec la muqueuse des bronches, ni avec les artères bronchiques.

Si nous songeons à la texture toute spéciale des poumons, et à la quantité de sang qui traverse ces organes à chaque pulsation du cœur ; si nous considérons la ténuité et la délicatesse excessive des cellules aériennes ; si nous nous rappelons que, lorsqu'elles sont gonflées par l'inspiration (et c'est précisément alors que le sang se précipite avec le plus de violence dans leurs parois), elles donnent la sensation d'une substance celluleuse, élastique, comparable à de la gaze, nous pourrions nous étonner à bon droit que l'hémoptysie ne soit pas plus fréquente. Mais le poumon est un organe dont le rôle est si important, que s'il était réellement exposé aux hémorrhagies en raison de sa texture, ce serait une faute grave commise par la nature. Vous savez qu'il n'en est point ainsi. L'hémoptysie est un accident relativement assez rare ; du moins n'est-ce pas un de ceux qu'on observe journellement dans les hôpitaux. Comparez les cas d'hémoptysie abondante avec les cas d'épistaxis, d'hématémèse, d'hémorrhagie intestinale, etc., et vous verrez que les poumons ne sont pas plus exposés que les autres organes aux épanchements sanguins (1).

Je vous ai dit que la muqueuse des bronches est alimentée par les

(1) On retrouve dans tout ce chapitre, et dans les lignes précédentes en particulier, une confusion qui règne encore aujourd'hui dans la science, et qui tient simplement à la synonymie vicieuse que l'on a établie entre le mot *hémoptysie* et l'expression

artères bronchiques, et que les cellules aériennes reçoivent leur sang des artères pulmonaires. De là une division toute naturelle des extravasations sanguines en deux classes : celles qui proviennent des artères pulmonaires, et celles qui sont dues aux vaisseaux bronchiques. Vous verrez, messieurs, que ces deux espèces d'hémorragies méritent d'être distinguées, non-seulement au point de vue de la pathogénie, mais aussi sous le rapport de leurs caractères et de leurs symptômes.

Examinons la question de plus près. Supposons que l'artère pulmonaire va donner issue à du sang : que se passe-t-il ? Sous l'influence du molimen hémorragique, les petites ramifications qui se distribuent aux cellules aériennes laissent échapper du sang dans deux points différents : dans les cellules proprement dites, et dans le tissu cellulaire qui les unit. La portion de sang qui est épanchée dans les cellules arrive dans les bronches, et alors elle peut être expectorée. Mais le sang extravasé dans le tissu cellulaire n'a pas d'issue ; il reste en place, se coagule et se solidifie. Or, si l'une de ces conditions se réalise isolément, nous pouvons observer une expectoration sanglante, ou une effusion de sang dans le parenchyme sans hémoptysie.

hémorragie de l'appareil respiratoire. Les citations suivantes montreront que cette synonymie a été adoptée par les meilleurs auteurs.

Cullen ne définit point l'hémoptysie, mais il a intitulé le chapitre dans lequel il l'étudie : *De l'hémoptysie, ou de l'hémorragie des poumons*. Chomel et Reynaud ne sont pas moins explicites, bien qu'ils conviennent que le mot *hémoptysie* a été dévié de son sens véritable : « Ce mot, qui, dans son acception étymologique, signifie *crachement de sang*, est généralement employé aujourd'hui pour désigner l'hémorragie de la membrane muqueuse qui tapisse les voies aériennes, depuis le larynx jusqu'aux dernières ramifications bronchiques. »

L'hémoptysie est l'hémorragie de la membrane muqueuse laryngo-bronchique. (Tardieu.)

Sous le nom d'*hémoptysie*, disent MM. Béhier et Hardy, on désigne l'hémorragie qui a lieu dans les voies aériennes, depuis et y compris le larynx jusqu'aux dernières ramifications bronchiques.

Or, je le répète, je crois cette synonymie vicieuse, parce qu'elle confond l'effet avec la cause, parce qu'elle substitue à une notion de sémiotique pure une question de nosologie. L'hémoptysie n'est pas plus l'hémorragie des voies aériennes que l'hématémèse n'est l'hémorragie de l'estomac. Ce qui caractérise essentiellement l'hémoptysie, c'est l'excrétion du sang par la bouche. Les auteurs du *Compendium de médecine* l'ont parfaitement compris, et ils se sont élevés de toutes leurs forces contre la confusion que je combats en ce moment ; mais peut-être ont-ils été trop loin : s'en tenant exclusivement au sens étymologique du mot *hémoptysie*, ils en sont arrivés à appeler de ce nom « toute éjection de sang provenant de l'appareil respiratoire, quelles que soient la source et la quantité du sang rejeté », de sorte que les crachats sanguinolents de la

C'est à la réunion de ces deux états pathologiques qu'on a donné le nom d'*apoplexie pulmonaire* (1) ; le sang est épanché simultanément dans l'intérieur des cellules aériennes, et en dehors d'elles dans le tissu aréolaire. Quels sont les caractères du sang versé par les branches de l'artère pulmonaire ? Le liquide est noir, comme vous pouvez le constater lorsqu'il est expectoré. D'autre part, il est bien clair que si le sang séjourne quelque temps dans les cellules pulmonaires et dans les bronches, il se coagulera, et sera expulsé sous forme de caillots. Vous rencontrerez ce symptôme dans beaucoup d'hémoptysies graves ; en tout cas, ce serait une grande erreur que d'accepter comme vrai ce que vous disent vos livres sur le caractère rutilant et écumeux du sang expectoré.

pneumonie constituent pour eux une variété d'hémoptysie. Je crois que cette interprétation, qui n'a pour elle qu'une rigoureuse étymologie, est un peu trop éloignée du sens traditionnel ; et d'ailleurs elle a le grave inconvénient de réunir des objets complètement disparates. Or n'est-il pas possible de concilier toutes ces exigences, et d'arriver à une bonne définition *médicale* de l'hémoptysie ? Il me semble que rien n'est plus facile. Que voyons-nous, en effet ? D'abord la tradition qui établit un rapport essentiel entre l'hémoptysie et l'hémorragie des voies aériennes ; puis la nécessité de tenir compte, sous peine de tout confondre, de l'excrétion du sang par la bouche ; enfin, la possibilité de l'hémoptysie dans certains cas où le sang n'est pas fourni directement par la muqueuse respiratoire (hémorragie dans une caverne, rupture d'un anévrysme, etc.). Réunissons donc toutes ces données, et nous aurons alors, selon toute probabilité, une définition satisfaisante. C'est en me guidant d'après ces principes que je suis arrivé à formuler celle-ci : *L'hémoptysie est un crachement de sang qui reconnaît pour cause, soit une hémorragie de l'appareil respiratoire, soit l'irruption, dans les voies de l'air, du sang provenant de quelque organe voisin.*

Cette définition me semble comprendre tous les faits d'hémoptysie véritable ; elle a l'avantage d'en retrancher l'expectoration des produits inflammatoires sanguinolents, dont la signification pathologique est assurément toute différente ; elle prévient toute confusion entre le symptôme et la cause qui lui donne naissance ; elle répond enfin aux exigences de la logique, car elle est fondée sur la considération du *genre prochain* et de la *différence spécifique*.

Cullen, *Éléments de médecine pratique*, traduction de Bosquillon. Paris 1795.

Chomel et Reynaud, *Dictionn. de méd.*, t. XV. (Citation empruntée au *Compendium de médecine*.)

Tardieu *Manuel de pathologie et de clinique médicales*. Paris 1848.

Béhier et Hardy *Traité de pathologie interne*. Paris, 1855

Monneret et Fleury, *Compend. de méd.*, t. IV. Paris, 1844.

(1) On aurait, je crois, réalisé un grand progrès le jour où l'on parviendrait à débarrasser le langage médical de tous les termes impropres qu'il renferme. L'expression d'*apoplexie pulmonaire* est assurément la dénomination la plus malheureuse qu'on puisse imaginer pour désigner l'hémorragie du parenchyme pulmonaire. Cette expres-

On n'hésite pas à vous enseigner que vous pouvez toujours distinguer le sang qui provient de l'estomac de celui qui sort des poumons, d'après la couleur et la consistance du liquide, d'après l'absence ou la présence de bulles d'air. Eh bien ! non, messieurs, vous ne le pouvez pas. Si vous voyez un malade rendre du sang noir et coagulé, si l'examen stéthoscopique vous démontre que ce sang vient du poumon, vous pouvez être certains qu'il est fourni par l'artère pulmonaire. Je ne veux pas dire, remarquez-le bien, que le sang qui vient de ce vaisseau est toujours noir et toujours coagulé ; mais j'affirme qu'il en est ainsi dans la grande majorité des cas ; et dans bon nombre de pneumonies où vous constatez que le sang présente les caractères du sang

sion, en effet, est directement opposée au sens traditionnel du mot *apoplexie* ; elle n'est point justifiée par les manifestations symptomatiques de l'hémorragie pulmonaire ; bien plus, elle n'a pas même pour elle, du moins dans la grande majorité des cas, l'analogie des lésions anatomiques ; je n'en veux pour preuve que ces paroles de Laennec : « On connaît *quelques* exemples de morts subites causées par des exhalations sanguines abondantes dans le tissu pulmonaire, et à la suite desquelles on a trouvé, à l'ouverture des cadavres, des caillots de sang plus ou moins considérables au milieu d'un poumon dilacéré, à peu près comme l'est le tissu cérébral dans une violente apoplexie. » Comme on le voit, ce n'est que dans des cas exceptionnels que la similitude des lésions peut être invoquée en faveur de la dénomination créée par Laennec. D'un autre côté, l'expression *apoplexie pulmonaire* avait déjà été employée dans deux acceptions toutes différentes : Dolœus désignait ainsi la stase et la coagulation dans les vaisseaux pulmonaires, et Höhnbaum donnait ce nom à la paralysie du poumon consécutive à certaines apoplexies cérébrales. Pour toutes ces raisons je crois qu'il serait infiniment préférable de renoncer à la dénomination d'*apoplexie pulmonaire*, et de la remplacer par une expression qui indique simplement et exactement la lésion anatomique élémentaire de cet état morbide. Or nous voyons ici une infiltration hémorragique du parenchyme pulmonaire ; donnons donc à cet état le nom d'*infiltration sanguine*, comme l'a proposé M. Trousseau, ou celui d'*hémorragie pulmonaire*. Quant à l'expression *pneumo-hémorragie*, qui a été proposée par quelques auteurs contemporains, c'est assurément la plus malencontreuse de toutes puisqu'elle n'a pas même le mérite de signifier quelque chose : qu'on réfléchisse un instant aux mots *pneumothorax*, *pneumopéricarde*, et l'on sera convaincu de ce que j'avance. Le nom de *pneumonorrhagie* dont se servaient Jean-Pierre et Joseph Frank avait au moins l'avantage de renfermer la notion du *poumon*, mais il supprimait à tort la qualification spécifique du *raptus*.

J. P. Frank, *loc. cit.* — J. Frank, *loc. cit.*

Laennec, *loc. cit.*, t. I, p. 455, édit. d'Andral.

Dolœus, *Dissertatio de catarrho suffocativo*, auctore Bruno. Altdorf, 1690.

Höhnbaum, *Ueber den Lungenschlag, nebst einer Einleitung über Schlagflüsse überhaupt*. Erlangen 1817.

Trousseau, *loc. cit.*, t. I, p. 554.

(Note du Trad.).

veineux, bien plutôt que ceux du sang artériel, vous pouvez en déterminer par cela seul la véritable source : alors aussi le danger est extrême. Il est évident que, dans ces circonstances, le sang ne peut prendre une teinte rouge que s'il a été aéré par son contact avec quelques bulles d'air, avant d'être expectoré. Ce n'est pas tout : non-seulement il se peut faire que du sang noir change de couleur, par suite de son mélange avec l'air dans les canaux bronchiques, mais en outre il est extrêmement probable que du sang rouge, versé très-lentement à la surface des bronches, changera de teinte et deviendra noir, s'il reste longtemps en contact avec les liquides bronchiques. C'est précisément ce qui arrive lorsque du sang rouge reste soumis pendant un certain temps à l'action des liquides contenus dans le tube digestif : le melæna nous offre un exemple de cette transformation (1). La justesse de cette opinion a été confirmée par les expériences des physiologistes, ainsi que nous le montrent les citations suivantes :

« Lorsque du sang artériel reste en stagnation dans un vaisseau

(1) La conclusion à déduire de ces observations, c'est que les qualités physiques du sang expectoré n'ont aucune valeur pour le diagnostic de l'hémorragie bronchique et de l'hémorragie pulmonaire, puisque aucun de ces caractères n'offre de rapport constant et exclusif avec la source de l'hémorragie. M. Trousseau est revenu sur ce point dans sa clinique, et il a confirmé, en s'appuyant sur des faits, les remarques du professeur de Dublin.

En conséquence, cette distinction que Graves cherche à établir entre l'hémorragie des vaisseaux bronchiques et celle de l'artère pulmonaire, n'est point réalisable dans la pratique; elle n'est même pas suffisante en théorie, puisqu'il faudrait faire intervenir, pour être complet, l'hémorragie des veines pulmonaires et des veines bronchiques. Goltzius n'avait pas reculé devant cette difficulté, et il enseigne dans sa dissertation que si le sang rejeté est couleur écarlate, il provient des veines pulmonaires; que s'il est d'un pourpre noir, c'est l'artère pulmonaire qui est lésée; enfin que s'il est spumeux et très-chaud, il est fourni par les vaisseaux bronchiques. Chacun peut aisément apprécier la valeur de ces prétendus signes distinctifs. Déjà Quarin avait fait remarquer l'inutilité de ces distinctions : « Parùm ad ejus (hæmoptysis) curationem refert ex arteriisne » pulmonalibus, an verò e bronchialibus sanguis erumpat. » Un peu plus tard, Joseph Frank déclarait toutes ces divisions inadmissibles et il ajoutait que tous ces signes étaient un produit de l'imagination bien plutôt qu'un résultat direct de l'expérience. C'est à la même conclusion que sont arrivés tous les auteurs contemporains, et je crains que le diagnostic différentiel du médecin de Meath Hospital ne soit impuissant à opérer une conversion.

Goltzius, *Dissertatio de hæmoptysi*. Regio, 1690.

J. Frank, *loc. cit.*

Quarin, *Animadversiones practicæ in diversos morbos*. Gandavi, 1820.

(Note du TRAD.)

vivant, il acquiert graduellement les propriétés du sang veineux : c'est ce qu'il est très-facile de constater lorsqu'on relâche le tourniquet après une amputation ; le sang qui s'écoule tout d'abord des artères divisées est d'une couleur très-foncée. Si du sang artériel est placé dans le vide, ou s'il est exposé au contact de l'azote, de l'hydrogène, ou de l'acide carbonique, il perd sa teinte rutilante. Le sang sorti d'une artère reste rouge pendant quelques minutes ; au bout d'un certain temps il se coagule, et acquiert une coloration noire. » (Mayo's *Physiology*, fourth edition, p. 21.)

« Il est évident que les modifications subies par le sang veineux dans les poumons sont du ressort de la chimie et de la physique pures ; car ces mêmes transformations ont lieu lorsque le sang est exposé au contact de l'air, en dehors de l'économie, lors même que le contact se fait par l'intermédiaire d'une membrane épaisse, telle qu'une vessie... Si du sang extrait d'une artère est soumis à l'influence de l'acide carbonique, il prend la couleur foncée du sang veineux ; dans les mêmes circonstances, le sang veineux devient encore plus noir. » (Carpenter's *Physiology*, third edition, p. 598.)

Dans certains cas, les artères bronchiques peuvent donner lieu à des hémorrhagies très-considérables ; mais le plus ordinairement, lorsqu'il existe une toux fréquente, de la constriction thoracique et de la fièvre, c'est la surface de la muqueuse bronchique qui est affectée, et le crachement de sang qui provient alors des artères bronchiques est peu abondant, et rarement dangereux. Le sang est versé sur une petite étendue, comme dans l'épistaxis, et la quantité en est généralement assez faible. Quelquefois cependant on observe une expectoration très-abondante de sang artériel. Vous ne devez pas oublier qu'une surface très-limitée de la muqueuse peut donner issue à un écoulement de sang considérable, comme on le voit également dans l'épistaxis, lorsque l'hémorrhagie provient d'un point isolé de la pituitaire. Il se fait parfois, à la surface des bronches, des hémorrhagies assez abondantes, qui ne sont pas sous la dépendance d'une bronchite ; elles reconnaissent pour cause une disposition hémorrhagique spéciale.

Voilà donc une première distinction entre nos deux espèces d'hémoptysie ; poursuivons cette étude comparative. Supposons que du sang soit épanché dans le tissu cellulaire des poumons ; ce sang est immédiatement soumis à un travail spécial. La coagulation le sépare tout d'abord en deux parties, le sérum et le caillot. Le sérum est rapidement absorbé, et à mesure que cette absorption a lieu, le coagulum devient

plus dur, plus solide; il reste sur place avec la matière colorante. Voyez cette planche de l'ouvrage de Cruveilhier, elle vous donnera une très-bonne idée de ces phénomènes : vous pouvez voir dans le parenchyme pulmonaire des caillots semblables à des balles résistantes et rouges.

Ainsi donc le premier effet de l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire du poumon est la solidification du liquide. Cette condition est des plus importantes, et elle n'a pas été signalée par ceux qui ont écrit jusqu'ici sur l'apoplexie pulmonaire (1). La raison de cette solidification est évidente : la nature est anxieuse d'arrêter l'écoulement de sang, parce qu'il menace immédiatement la vie, sur laquelle elle veille, en toutes circonstances, avec la plus vive sollicitude. Et maintenant quelle est la conséquence de cette coagulation ? Toutes les cellules aériennes de la région affectée sont oblitérées par la pression du coagulum ; la portion du poumon qui a été le siège de l'écoulement devient imperméable à l'air, et cela seul suffit pour arrêter l'hémorrhagie. La raison, c'est que le sang de l'artère pulmonaire ne peut arriver dans les veines correspondantes sans avoir été aéré. C'est cette aération, vous le savez, qui, à la première inspiration du nouveau-né, force le sang à se précipiter dans les vaisseaux pulmonaires, en quantité dix fois plus considérable qu'avant la naissance.

Si vous asphyxiez un animal, ou si, par un moyen quelconque, vous suspendez l'hématose, vous verrez le sang cesser de passer du cœur droit dans le cœur gauche, à mesure que l'air contenu dans les poumons deviendra plus rare ou plus impur. Je le répète : le sang ne peut accomplir sa course naturelle que s'il a été convenablement aéré. Aussi, lorsqu'une partie du poumon est devenue imperméable à l'air, le passage du sang est interrompu en ce point ; dès lors le travail hémorrhagique est arrêté (2).

Vous voyez, messieurs, que deux causes concourent ici à suspendre

(1) Cette assertion n'est pas exacte. Laennec avait très-bien vu la coagulation du sang épanché, et il en avait même fait un caractère distinctif entre son engorgement hémoptysique et l'engorgement sanguin cadavérique. (*Loc. cit.*, t. I, p. 455 et 456.)

(Note du TRAD.)

(2) Par le *passage du sang* il ne faut entendre ici que le courant sanguin rapide qui a lieu de l'artère pulmonaire vers les veines correspondantes. Il est bien évident en effet qu'une portion imperméable du poumon peut être le siège d'un engorgement sanguin. C'est ce qui a lieu dans la région postérieure des poumons, après les agonies prolongées, ou encore dans les divers stades de la congestion et de l'hépatisation pneumoniques.

(L'AUTEUR.)

l'hémorrhagie : la pression mécanique du caillot, et l'imperméabilité d'une portion du poumon qui ne participe plus à l'accomplissement de la fonction respiratoire.

On a beaucoup écrit sur les phénomènes consécutifs auxquels donne lieu le sang ainsi épanché. Lorsque l'extravasation s'est faite dans les cellules aériennes, il est clair que le sang peut être expectoré sans produire d'autres accidents ; et s'il n'y a pas eu en même temps d'hémorrhagie interstitielle, le malade peut guérir sans conserver aucune trace de cette affection. Dans le cas contraire, le danger est proportionnel à la quantité de sang qui a été versé dans le parenchyme ; si elle est considérable, il peut se faire que l'oblitération très-étendue des cellules aériennes entraîne l'arrêt de la fonction respiratoire, et devienne ainsi une cause de mort. C'est ce qui a eu lieu chez cet homme de notre salle d'en haut : la cessation de l'expectoration sanglante a été chez lui un symptôme funeste. L'hémorrhagie durait déjà depuis un certain temps ; elle n'était pas circonscrite, elle intéressait l'un des poumons dans sa totalité, et vous pouvez concevoir maintenant quel a été chez ce malade le mécanisme de la mort. L'épanchement et la coagulation consécutive du sang avaient annihilé l'action d'un poumon tout entier.

Vous rencontrerez cependant des cas dans lesquels la vie persiste, quoique du sang coagulé occupe plus de la moitié d'un poumon ; vous verrez cela principalement chez les malades qui sont atteints d'une affection pulmonaire organique. Mais alors la masse totale du sang en circulation est ordinairement peu considérable ; lorsqu'en effet le champ de l'hématose est diminué, il faut de toute nécessité que la proportion de sang qui traverse le poumon tombe au-dessous de la normale, ou bien la circulation est arrêtée.

Quels sont les symptômes auxquels donnent lieu ces épanchements, et l'oblitération des cellules aériennes qui en sont la conséquence ? Quelquefois la mort survient subitement par suffocation ; dans d'autres cas, la terminaison fatale est plus tardive. Plusieurs auteurs ont avancé que le sang épanché agit comme corps étranger, comme irritant, et qu'il détermine un travail inflammatoire ; d'autres ont été encore plus loin, et ils ont dit que le coagulum amène en outre la gangrène et le ramollissement des parties environnantes. Je suis fort sceptique, je l'avoue, à l'endroit de ces diverses propositions.

Dans les autres parties du corps, nous ne voyons pas que les épanchements de sang entraînent d'aussi funestes conséquences. Je ne crains

pas de faire appel à tous les médecins. Qui a jamais vu un caillot sous-conjonctival devenir une cause d'inflammation ? et pourtant, ici, le coagulum est en contact avec un organe doué d'une sensibilité extrême. Ne voyons-nous pas tous les jours le sang épanché dans le tissu cellulaire à la suite de plaies et de contusions, rester tranquillement en place, et être absorbé petit à petit, sans déterminer aucun travail inflammatoire ? Du reste, il est superflu de citer d'autres exemples : tous les pathologistes sont d'accord sur ce point, que des caillots solides peuvent exister dans les poumons, sans que le tissu environnant présente la moindre trace d'inflammation. Voyez encore cette planche de Cruveilhier, que j'ai déjà mise sous vos yeux : sur la limite même des portions solidifiées, les cellules pulmonaires sont indemnes de tout travail inflammatoire, et pourtant les caillots avaient, au moment de la mort, plusieurs jours d'existence. Ne savons-nous pas également qu'un épanchement de sang dans le cerveau peut déterminer une paralysie subite, que le malade peut guérir rapidement, et qu'un caillot peut persister dans le sein du tissu cérébral, sans exciter aucune inflammation ? Il est vrai que, dans bien des cas, l'extravasation de sang dans le poumon est accompagnée de pneumonie, et que les hémorrhagies cérébrales coïncident fréquemment avec le ramollissement du tissu. Ce fait est incontestable, et je ne le nie point ; mais je pense que ce sont là deux effets d'une seule et même cause : la pneumonie et l'hémorrhagie pulmonaire, l'épanchement sanguin dans le cerveau et le ramollissement du tissu, sont deux actes distincts du même processus morbide (1).

Que se passe-t-il lorsque la guérison survient après une hémorrhagie considérable dans le parenchyme pulmonaire ? Si le malade est

(1) On a cité des cas, et Carswell en a même figuré un, dans lesquels on a cru voir une suppuration du coagulum sanguin. Des connaissances plus exactes sur l'évolution rétrograde des caillots nous permettent d'affirmer aujourd'hui qu'il y a eu dans tous ces faits une erreur d'interprétation. On rencontre souvent, en effet, au centre des caillots anciens, une matière semi-liquide, d'une épaisseur variable, d'une couleur blanc jaunâtre ou blanc grisâtre, et au premier abord cette matière représente exactement un petit foyer purulent circonscrit au centre du thrombus ; or il n'y a là en réalité qu'une agglomération de leucocytes.

Quant à la gangrène consécutive à l'épanchement de sang dans le parenchyme pulmonaire, on sait qu'elle n'est pas admise par tous les observateurs.

M. Henri Guéneau de Mussy, entre autres, a contesté qu'il y eût dans ces cas-là une véritable mortification des tissus ; il pense qu'il n'y a là qu'un phénomène chimique de putréfaction, résultant de l'action de l'air sur le sang coagulé ; cette action est facilitée

d'une bonne constitution, si le molimen hémorrhagique ne se reproduit pas, il est probable que, sous l'influence de l'absorption, le tissu est rendu à ses conditions normales. Le travail d'absorption qui succède à l'hépatisation de la pneumonie me porte à croire que les choses se passent ainsi ; je n'ai pas observé directement cette période de réparation, mais d'autres auteurs l'ont décrite, après en avoir suivi les différentes phases. En tout cas, je puis vous affirmer que la portion affectée du poumon reste solidifiée pendant fort longtemps, sans qu'il en résulte aucun symptôme particulier. J'ai vu deux cas de ce genre : dans l'un, la solidification remontait à un an et demi ; dans l'autre, elle avait trois ans de date : les malades n'en étaient nullement incommodés. Tous les deux ont succombé à une affection d'une toute autre nature, et j'ai constaté l'état du poumon par l'autopsie.

On a dit que les individus dont le poumon est solidifié dans une certaine portion de son étendue sont exposés à la phthisie. Cette condition peut hâter la suppuration des tubercules, lorsque la scrofulose existe déjà ; mais si la constitution n'est pas contaminée, la consommation qui succède à la solidification du poumon n'est certainement pas de nature tuberculeuse. J'ai donné des soins, il y a quelque temps, à un jeune homme qui, après une apoplexie pulmonaire, a présenté tous les symptômes de la phthisie, à l'exception de la diarrhée. J'ai suivi ce malade jour par jour. Lorsque, après sa mort, j'examinai ses poumons, il me fut impossible d'y découvrir un seul tubercule ; le tissu cellulaire était le siège d'une infiltration purulente généralisée : je voyais là cette lésion à laquelle on a donné le nom de pneumonie suppurative.

Un jeune gentleman de Gardiner street, qui était soigné par feu M. Colles, présentait tous les symptômes ordinaires de la phthisie, et tout le monde pensait qu'il était sous le coup d'une consommation tuberculeuse. Je fus mandé auprès de lui, et après m'être informé des antécédents, je déclarai qu'il s'agissait d'une pneumonie suppurative très-étendue, et non pas d'une tuberculisation. L'autopsie m'a donné raison.

encore par la chaleur animale. Cependant M. Genest a rapporté quelques faits à l'appui de la doctrine opposée, et Rokitansky paraît accepter, pour certains cas au moins, la possibilité d'une véritable *nécrose de l'infarctus hémorrhagique*.

H. Guéneau de Mussy. *De l'apoplexie pulmonaire*, thèse de Paris, 1844.

Genest, *Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène* (*Gaz. médic. de Paris*, 1836).

Rokitansky. *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

En résumé, messieurs, après une apoplexie pulmonaire, le malade vit pendant un long espace de temps, avec une portion de poumon complètement solidifiée ; ou bien il est atteint d'une pneumonie qui aboutit à une suppuration interstitielle, et qui donne lieu à tous les symptômes de la consommation tuberculeuse ; ou bien enfin, s'il est scrofuleux, il est exposé à une véritable tuberculisation du poumon.

Il est bien évident que si un individu scrofuleux est frappé d'apoplexie pulmonaire, et se trouve menacé, par cela même, d'une inflammation du poumon, vous verrez se produire chez lui le travail de la tuberculisation au lieu du travail inflammatoire légitime ; vous ne devez pas oublier en effet que, chez les sujets strumeux, toutes les causes qui tendent à irriter ou à congestionner les poumons, développent en même temps la disposition à la phthisie. Il y a quelque temps, nous donnions des soins, le docteur Stokes et moi, à un malade qui avait un épanchement pleurétique à droite, avec congestion des deux poumons et dyspnée considérable. Pendant le cours de cette affection, il se mit à faire des tubercules, non pas du côté de la pleurésie, mais dans le sommet du poumon gauche. Or, cela ne doit point vous surprendre : c'était tout simplement le résultat de la perturbation survenue dans la fonction respiratoire. Soyez assurés que toutes les influences qui troublent la circulation pulmonaire, chez les scrofuleux, ont une tendance extrême à déterminer le travail de la tuberculisation.

Laennec s'est posé cette question : Le crachement de sang peut-il être considéré comme la cause de la phthisie ? A quoi je puis répondre que j'ai vu plus d'un malade succomber à une première attaque d'apoplexie pulmonaire, sans avoir un seul tubercule dans les poumons. En conséquence, cet accident développe la disposition à la consommation, mais il n'en est certainement pas la cause nécessaire. Il en est exactement de même de l'hémoptysie bronchique. Vous savez que les tubercules pulmonaires coïncident fréquemment avec une inflammation de la muqueuse bronchique ; vous savez aussi que cet état de la muqueuse, ainsi que la toux dure et sèche qu'il détermine, est un des premiers symptômes de la tuberculisation des poumons : aussi, dans bon nombre de cas, l'hémoptysie bronchique est l'effet et non la cause du développement des tubercules (1).

(1) Cette opinion est à peu près universellement admise aujourd'hui. M. Andral, qui dans sa *Clinique médicale* avait défendu la doctrine de Morton, a modifié plus tard

Je me suis occupé jusqu'ici de la pathologie générale de l'hémoptysie ; je veux maintenant vous parler des causes de cette affection, et j'aborderai ensuite la question du traitement, sans me préoccuper d'une description minutieuse des symptômes, qui sont exposés tout au long dans la plupart des traités de médecine pratique.

Je vous ai dit, messieurs, que je ne partage point l'opinion du docteur Law, touchant la source du sang dans l'hémorrhagie bronchique. Notre confrère professe que tout ce qui gêne la circulation dans le système des artères pulmonaires produit une hémorrhagie à la surface des canaux bronchiques ; je vous ai exposé les motifs qui m'empêchent d'accepter cette manière de voir. Je vous ai montré également qu'une apoplexie pulmonaire peut être suivie d'une lésion très-étendue du poumon, d'une suppuration interstitielle et de la mort ; tandis que, dans d'autres circonstances, il se forme un coagulum dans la trame parenchymateuse, et le malade revient à une santé parfaite. Je vous ai prouvé, en m'appuyant sur des autopsies, que la solidification du poumon, consécutive à l'hémorrhagie, peut persister pendant des années entières chez les sujets sains, tandis que chez les scrofuleux elle peut devenir le point de départ de la consommation tuberculeuse. Je vous ai signalé cette consommation toute spéciale qui succède à l'infiltration purulente de la trame celluleuse du poumon, sans qu'il existe un seul tubercule. Je vous ai dit enfin qu'un caillot peut rester dans le parenchyme pulmonaire, sans devenir une cause d'irritation,

sa manière de voir : « Du reste, dit-il dans une de ses notes au traité de Laennec, je suis maintenant bien convaincu que, chez la très-grande majorité des phthisiques, les poumons contenaient déjà des tubercules à l'époque où ils ont eu leur première hémoptysie..... L'espèce de phthisie regardée par quelques auteurs comme survenant à la suite d'une exhalation de sang qui aurait eu lieu dans le poumon, celle que Morton avait appelée, d'après cette idée, *phthisis ab hæmoptoe*, est donc au moins une affection des plus rares. En lisant le chapitre où Morton lui-même parle de cette espèce de phthisie, on trouve que la plupart des malades dont il rapporte l'histoire avaient déjà présenté, avant leur crachement de sang, des signes de phthisie, mais que seulement ils n'ont commencé à tomber dans la consommation qu'après avoir eu une hémoptysie. »

Il est de fait que l'hémoptysie, ou, pour mieux dire, l'hémorrhagie broncho-pulmonaire qui lui donne naissance, ne peut être par elle-même, et en tant qu'épanchement de sang, une cause de phthisie, car la tuberculisation du sang est encore à démontrer. Mais je crois que les notions que nous possédons aujourd'hui sur la genèse des tubercules ne nous permettent pas de contester l'influence fâcheuse du mouvement fluxionnaire actif qui détermine l'hémorrhagie ; celle-ci n'est point directement en cause, c'est vrai, mais le molimen qui la précède peut certainement jouer le rôle de cause occasionnelle chez un sujet prédisposé et non encore tuberculeux. (Note du TRAD.)

et que , lorsqu'on dissèque des poumons ainsi affectés, on trouve le tissu parfaitement sain , jusqu'aux limites mêmes du coagulum, et cela dans des cas où l'épanchement remonte à plusieurs mois (1). D'après cette longue innocuité du caillot sanguin , je ne puis concevoir qu'il devienne jamais une cause d'inflammation; je n'admets pas non plus que le sang épanché puisse se putréfier , et déterminer la gangrène.

Étudions maintenant quelques-unes des dispositions constitutionnelles qui exposent au crachement de sang. On a souvent remarqué que les individus qui sont atteints de cette affection ont eu, pendant l'enfance et pendant l'adolescence, des épistaxis fréquentes; et chez ces personnes l'hémoptysie survient sans cause appréciable, elle n'est accompagnée d'aucune réaction fébrile. Les malades présentent les signes d'un molimen hémorrhagique; ils éprouvent un sentiment de constriction thoracique; ils ont de l'anxiété, de la dyspnée, de la toux, puis ils rendent par l'expectoration un sang rutilant et écumeux. La quantité de sang est plus ou moins abondante; mais aussitôt que l'expectoration commence, elle soulage. La toux qui précède ou qui suit cette hémoptysie n'est pas très-fréquente.

Tels sont les symptômes caractéristiques de cette hémorrhagie. Sachez bien, messieurs, que, malgré les assertions contraires de Louis, elle ne prouve nullement l'existence des tubercules, ou un engorgement (*engorgement*) dans le système des artères pulmonaires: en fait, cette hémorrhagie n'a guère plus de rapport que l'épistaxis, avec une affection des poumons. J'ai connu dans une même famille sept gentlemen qui étaient sujets tous les sept à des hémoptysies subites; ce crachement de sang n'était précédé ni suivi d'aucun symptôme d'affection thoracique. Presque tous ces hommes appartenaient à l'armée, et ils vivaient dans des conditions climatiques très-diverses. Aussi longtemps que l'hémorrhagie conserve ces caractères, aussi longtemps qu'elle est limitée à la muqueuse bronchique, elle ne fait pas grand mal. Les individus ainsi affectés auront peut-être des hémoptysies nombreuses; néanmoins ils arriveront à un âge avancé,

(1) Je ne prétends point que le sang coagulé persiste dans le parenchyme du poumon, sans s'organiser. Une telle assertion serait certainement inexacte. Je veux simplement dire ceci: une portion du poumon solidifiée par un caillot peut, dans certains cas, rester solide pendant un long espace de temps, et constituer ainsi, dans l'épaisseur de l'organe, un filot imperméable qui ne devient point une source d'irritation pour les tissus environnants.

(L'AUTEUR.)

quand bien même ils ne seraient pas dans d'excellentes conditions hygiéniques. Mais, lorsque les dernières ramifications de l'artère pulmonaire prennent part au travail hémorrhagique, alors commence le danger. C'est précisément ce qui eut lieu chez l'un des hommes dont je vous parlais tout à l'heure. Pendant vingt années, il avait été sujet à des hémoptysies subites et souvent très-violentes ; elles ne duraient que très-peu de jours, et disparaissaient sans laisser aucune trace de leur existence. Tant que l'hémorrhagie fut purement bronchique, la vie ne fut pas menacée ; mais, à la fin, le siège de l'extravasation sanguine ne fut plus le même, le sang fut versé dans les cellules aériennes et dans le tissu intervésiculaire, et le malade mourut d'apoplexie pulmonaire.

Lorsque cette dernière forme d'hémorrhagie se manifeste, soyez sur vos gardes. J'ai vu la suspension d'un mélæna abondant, d'un flux hémorrhoidal considérable, amener l'apoplexie pulmonaire et la mort. Alors, en effet, la nature fait effort pour établir un écoulement supplémentaire. Cela se voit très-fréquemment chez les femmes, surtout chez celles qui sont robustes. Par suite de la suppression du flux menstruel, des hémorrhagies ont lieu sur différents points du corps, affectant de préférence les tissus analogues à ceux qui étaient la siège de l'écoulement supprimé.

Il existe donc une variété d'hémorrhagie bronchique qui reconnaît pour cause l'arrêt de la menstruation ; vous n'observerez dans cette forme ni toux, ni symptômes pulmonaires. Cette hémoptysie n'offre aucun danger ; elle disparaît comme elle vient, sans laisser de suites fâcheuses ; au reste, il en est de même de toutes les hémorrhagies supplémentaires des règles. Vous n'avez sans doute pas oublié cette femme que nous avons eue dans notre service de clinique, et qui avait des hématomèses parfaitement périodiques à toutes les époques menstruelles. Rien n'est plus commun que cette hémorrhagie gastrique supplémentaire ; et pourtant il est rare qu'elle soit accompagnée d'une lésion organique, le plus souvent elle ne donne pas même lieu à de la dyspepsie. En thèse générale, cette espèce d'hémorrhagie est exempte de tout danger. Comme je vous l'ai dit déjà, l'écoulement de sang est dévié de la muqueuse utérine vers la membrane similaire du nez, des poumons, de l'estomac ou des intestins ; il n'a lieu qu'exceptionnellement dans les tissus parenchymateux : aussi, dans les poumons, cette hémorrhagie supplémentaire aboutit très-rarement à l'apoplexie.

Toutefois cette innocuité n'est absolue que lorsqu'il n'existe aucune

affection, aucune congestion pulmonaire antérieure. Chez Elisa HERNs, qui avait, au moment de ses règles, une épistaxis et une hémoptysie, l'hémorrhagie n'était pas limitée à la muqueuse bronchique, elle s'étendait jusqu'aux cellules aériennes. Le sang rejeté était d'abord rutilant et assez abondant ; puis la quantité diminuait, et le liquide prenait une couleur foncée ; les phénomènes stéthoscopiques démontraient en même temps que le sang provenait des dernières ramifications des bronches et des vésicules pulmonaires. *Or cette femme avait, depuis un an, de la toux et une expectoration muqueuse.*

Quant à l'hémoptysie de l'apoplexie pulmonaire, je me bornerai à vous rappeler (car tous les phénomènes en sont bien connus) qu'elle entraîne après elle de la toux, de la dyspnée, souvent une pneumonie, parfois même la gangrène. Je vous ai déjà dit que je considère ces deux derniers accidents comme le résultat de la cause même qui produit l'hémorrhagie, et non point comme un effet de cette dernière.

Arrivons maintenant à l'hémoptysie qui accompagne la consommation tuberculeuse. Je vous ai rappelé, messieurs, qu'il y a ici une question litigieuse : Ce crachement de sang est-il la cause ou l'effet de la phthisie ? Si, l'esprit dégagé de toute théorie, nous étudions ce sujet sans idées préconçues, nous verrons que l'hémorrhagie *consumptive* présente invariablement les caractères d'une hémorrhagie bronchique, et que le sang a toutes les qualités du sang artériel. C'est parce que les bronches sont le siège de l'irritation, que vous entendez tant de râles bronchiques dans la phthisie ; si alors vous constatez de la bronchite au sommet des deux poumons, tandis que la base est indemne, si cet état morbide persiste, vos soupçons sont naturellement éveillés, et vous arrivez ainsi à découvrir les tubercules : l'existence d'un râle bronchique limité à la partie supérieure de l'un ou des deux poumons, la persistance de ce bruit anomal malgré le traitement le mieux dirigé, la coexistence d'une matité qui, légère d'abord, se prononce de plus en plus, voilà des signes physiques de tuberculisation qui ont une valeur incontestable. Je signale ce fait parce qu'il démontre qu'une bronchite plus ou moins étendue est un des caractères les plus constants de la phthisie.

L'hémorrhagie bronchique de la consommation est ordinairement peu abondante, le sang trouve une issue facile : aussi ne confondrez-vous pas cet accident avec l'apoplexie pulmonaire. La congestion bronchique qui donne lieu à cette hémorrhagie se fait souvent à une période très-

peu avancée de la phthisie tuberculeuse. Dans cette occurrence, une hémoptysie abondante peut se reproduire ; elle est souvent le premier symptôme qui éveille l'attention sur l'état des poumons. Voilà justement pourquoi l'hémoptysie est souvent regardée à tort comme la cause de la tuberculisation. J'ajoute que les bronches sont aussi la principale source de l'expectoration puriforme qu'on observe chez les phthisiques ; nous ne devons pas l'attribuer exclusivement aux cavernes, car la grandeur de ces cavités n'est point en rapport avec l'abondance des matières rejetées.

D'un autre côté, lorsque l'hémoptysie est considérable, on admet qu'elle provient de l'ulcération ou de l'érosion des tuniques artérielles, et l'on rapporte cet accident à l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire. Mais, en vérité, je crois que les choses se passent très-rarement ainsi. Une telle lésion serait extrêmement sérieuse, et elle entraînerait rapidement la mort. Vous trouverez souvent, dans les autopsies, les bronches criblées d'ulcérations, tous les éléments du parenchyme pulmonaire détruits dans une plus ou moins grande étendue, et alors même vous constaterez que les tuniques des artères sont demeurées intactes ; la cavité des vaisseaux est oblitérée, et vous les verrez tendus comme des cordes d'une paroi à l'autre de la caverne. Je n'ai pas remarqué non plus que l'hémoptysie tuberculeuse provienne d'une ulcération de la muqueuse bronchique ; il se peut cependant qu'il en soit ainsi, lorsque l'ulcération est dans le voisinage de la trachée.

Je n'insisterai pas davantage sur les symptômes de l'hémoptysie qui est liée à la tuberculisation : elle apparaît ordinairement à une période avancée de la maladie ; elle est fréquemment amenée par une bronchite et par une toux sèche, et alors elle est en général peu abondante ; quelquefois aussi l'hémorrhagie provient d'une caverne, mais dans ce cas encore, en raison de l'oblitération des vaisseaux, elle est ordinairement peu considérable. Quant aux phénomènes qui accompagnent cette hémoptysie, quant aux symptômes de la bronchite grave et de la pneumonie, ils sont facilement reconnus, et ils sont décrits partout.

Cruveilhier professe que les affections du cœur sont une cause fréquente d'hémorrhagie pulmonaire. Cette proposition est vraie dans un grand nombre de cas : il est bien clair que, s'il existe un obstacle sérieux au retour du sang dans l'oreillette gauche, cette condition deviendra le point de départ d'une affection des poumons ; et la dispo-

sition des valvules du cœur rend aisément compte de la production d'une hémorrhagie pulmonaire, dans ces circonstances.

Je ne puis quitter ce sujet sans vous présenter encore quelques remarques. Depuis l'époque où Corvisart a écrit son livre sur les maladies du cœur, depuis que Laennec a fait connaître ses admirables découvertes, on en est venu à qualifier de malades tous les cœurs hypertrophiés. Il y a là une exagération évidente : nous ne devons jamais oublier que, dans certains cas, l'hypertrophie, loin d'être le résultat d'un travail morbide, est une sage précaution prise par la nature dans le but de prolonger la vie. Chez l'asthmatique, le cœur augmente de volume, parce que, à chaque accès, un surcroît de travail est imposé au ventricule droit ; bientôt cette partie du cœur s'accroît en proportion de la suractivité fonctionnelle qu'elle est contrainte de déployer, et l'hypertrophie a lieu. Le même résultat se produit, dans une certaine mesure, dans le cas de coqueluche, de bronchite ou d'emphysème, lorsque ces affections ont une durée considérable. Si un vieillard, tourmenté depuis longtemps par un catarrhe, devient emphysemateux, il ne tarde pas à être atteint d'une hypertrophie cardiaque, que l'autopsie permet bientôt de constater. Eh bien ! dans toutes ces circonstances, regarderons-nous cette hypertrophie comme une affection morbide ? Loin de là, cet accroissement de volume du cœur est le seul moyen de prolonger la vie du patient : il en est encore de même dans les affections valvulaires qui permettent la régurgitation. La conséquence pratique de cette manière de voir est d'une haute importance : dans tous les cas de ce genre, en effet, vous devez être très-réservés sur l'emploi de la digitale et des autres remèdes analogues ; si vous venez à affaiblir l'action du cœur, les obstacles au cours du sang restant les mêmes, vous nuisez à votre malade, et vous vous opposez directement aux vues providentielles de la nature.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps aujourd'hui sur les causes de l'hémoptysie ; plus tard, je vous parlerai de l'influence qu'exercent sur sa production l'engorgement du foie, le purpura ou le scorbut. Je veux aborder maintenant la question du traitement. J'ai à peine besoin de vous dire qu'il doit varier selon la cause de l'hémorrhagie. Dans les hémoptysies secondaires que je viens de vous signaler, vous devez recourir au traitement des hémorrhagies passives ; c'est alors, et dans ces cas seulement, que vous devez employer l'opium *dès le début*.

Le plus ordinairement, ce médicament ne trouve son indication que plus tard, au moment de la terminaison de l'hémorrhagie, et lorsque

la saignée et les autres moyens antiphlogistiques ont été préalablement mis en œuvre. Vous savez que l'opium, en raison de l'influence puissante qu'il exerce sur le système nerveux et vasculaire, est, dans bien des circonstances, un styptique puissant. Cette action a été maintes fois constatée dans les hémorrhagies puerpérales, et dans le flux de sang gingival qui résulte de l'usage des mercuriaux. Je me rappelle un cas dans lequel l'écoulement de sang par les gencives avait résisté à tous les moyens de traitement. Désespéré de ces essais infructueux, le médecin vint à moi, à l'heure de minuit, et me demanda si je pouvais lui indiquer quelque agent plus efficace. Je lui dis aussitôt : « Retournez vers votre malade ; donnez-lui immédiatement deux grains (12 centigrammes) d'opium, puis un demi-grain toutes les heures jusqu'à ce que l'hémorrhagie s'arrête. » Mon honorable confrère parut d'abord assez incrédule ; néanmoins il fit ce que je lui avais conseillé, et, avant d'avoir administré trois grains d'opium, il eut la satisfaction de voir cesser l'écoulement sanguin. La connaissance de ce fait pourra vous être de quelque utilité dans votre pratique (1).

On vous dit dans vos livres que, dans tous les cas d'hémorrhagie, vous devez prescrire immédiatement l'acétate de plomb, uni à l'opium et à d'autres styptiques. N'en croyez rien : dix-neuf fois sur vingt, vous devez vous abstenir de donner l'opium dès le début. Si l'écoulement de sang persiste malgré la saignée, alors administrez l'opium, et ne craignez pas de le faire prendre à hautes doses.

Les remèdes dont je vous ai parlé jusqu'ici suffisent pour les hémoptysies peu considérables, telles qu'elles ont lieu dans la phthisie, par exemple ; mais lorsqu'un malade rejette une énorme quantité de sang par suite d'une affection des bronches ou d'une apoplexie pulmonaire, que faut-il faire ? Commencez par la saignée, et souvenez-vous qu'ici

(1) En 1859, M. Béhier a communiqué à la Société médicale des hôpitaux de Paris l'histoire de deux tuberculeux dont l'hémoptysie avait été inutilement combattue par la ratanhia et le perchlorure de fer ; l'opium donné d'emblée à la dose de 25 à 40 centigrammes a rapidement triomphé de l'hémorrhagie. Depuis cette époque, M. Béhier a continué ses études sur l'action de l'opium dans les hémorrhagies, et j'ai pu observer dans son service plusieurs faits qui témoignent hautement de l'efficacité de cette médication. On constate, en outre, chez ces malades, une particularité fort intéressante, sur laquelle M. Béhier a déjà appelé l'attention, lorsqu'il a fait sa première communication : c'est l'absence complète de narcotisme et de contraction de la pupille. Les effets physiologiques de l'opium ne commencent à se manifester que lorsqu'on en continue l'usage après la disparition des accidents.

Joseph Frank employait également l'opium dans le traitement de l'hémoptysie, mais

la dépression du système vasculaire n'est point une contre-indication à une pratique énergique. Terrifié à la vue du sang qu'il rend en abondance, le patient devient pâle, son cœur bat à peine ; c'est là une circonstance fort heureuse, car elle tend à atténuer l'effort hémorrhagique.

Après la saignée, l'agent auquel vous devez accorder le plus de confiance est l'ipécacuanha : donnez-le à la dose de deux grains (12 centigr.) tous les quarts d'heure, jusqu'à ce qu'il survienne quelque amélioration ; dès lors faites-en prendre deux grains toutes les demi-heures ou toutes les heures, jusqu'à ce que l'hémorrhagie soit arrêtée. Ce serait une erreur que d'attribuer exclusivement l'action hémostatique de ce remède à ses effets nauséux : car l'émétique, lui aussi, donne des nausées, et pourtant il réussit beaucoup moins bien. Richter, l'auteur des *German elements of surgery*, a fait connaître le premier cette action spéciale de l'ipécacuanha ; et le docteur Sheridan (de Dublin) a montré qu'on peut également le prescrire avec succès dans l'hématémèse, alors même qu'il détermine le vomissement. Ce précieux agent exerce la même influence sur l'hémorrhagie intestinale ; je l'ai constaté bien souvent dans cet hôpital ; je préfère même, à cet égard, l'ipécacuanha à l'acétate de plomb.

Est-ce à dire pour cela que je rejette l'emploi de ce dernier ? Non, certes. J'y ai souvent recours, mais seulement au moment où je donne l'opium, c'est-à-dire au déclin des accidents. Avant d'administrer l'ipécacuanha, je prescris ordinairement un lavement laxatif et un purgatif salin puissant, l'infusion de roses, le sulfate de magnésie, par exemple ; je donne, en outre, un peu d'acide sulfurique. La médication purgative a ici pour but d'exercer une action dérivative sur l'appareil pulmonaire. Nous avons à chaque instant la preuve de l'étroite sympathie

il l'associait à l'ipécacuanha, et se servait ordinairement de la poudre de Dover, d'après la formule suivante :

℥ Poudre de Dover.	2 grains = 10 centigrammes.
Poudre de gomme	½ scrupule = 60

M. s. a. et faites une poudre qu'on prendra toutes les trois heures.

Joseph Frank, *loc. cit.*, art. *Pneumonorrhagie*.

Béhier, *Des heureux effets de l'opium à hautes doses contre les hémorrhagies* (*Bullet. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1859).

Comparez :

Bertulus, *Emploi de l'opium dans le traitement des hémorrhagies* (*Gaz des hôpit.*, 1859). (Note du TRAD.)

qui existe entre la muqueuse intestinale et celle des poumons, et nous observons que, lorsque la diarrhée survient chez les phthisiques, ou lorsqu'on fait prendre un purgatif aux vieillards atteints de catarrhe pulmonaire, l'expectoration est dans les deux cas notablement diminuée.

Je donnais des soins, il y a quelque temps à un vieux gentleman qui était atteint d'une toux rebelle : lassé de mon traitement, mon malade s'en alla à Leamington, et consulta le médecin distingué qui y habite. Celui-ci lui fit prendre pendant assez longtemps des purgatifs énergiques ; l'expectoration et les autres symptômes pulmonaires s'amendèrent peu à peu, et finirent par disparaître entièrement. Tout heureux de ce résultat, le gentleman le communiqua à ses amis de Dublin, non sans reprocher au docteur Graves d'avoir été incapable de faire quelque chose pour lui. Quelque temps après, il revint lui-même à Dublin ; il était guéri de sa toux mais il n'était plus que l'ombre de lui-même, et il mourut un mois après. Ce fait est bien propre à nous démontrer l'influence qu'exercent les évacuations gastro-intestinales sur les sécrétions pulmonaires, et il nous donne raison des remarquables effets de la médication purgative dans l'hémoptysie.

Pour ce qui est de la digitale, je dois vous avouer, messieurs, que je ne m'en sers jamais.

Vous connaissez le remède préconisé par le peuple : il consiste à faire avaler au malade sans eau, une pleine cuillerée de sel de cuisine. Vous pouvez recourir avec confiance à cette pratique. Alors que j'étais élève de l'Université, j'ai vu ce moyen arrêter sur-le-champ une hémoptysie survenue pendant la nuit chez un de mes amis. A cette époque régnait encore la bonne vieille coutume de fermer les portes du collège à minuit : nous ne pouvions donc aller chercher ni médecin ni remèdes, et nos alarmes étaient vives. Nous donnâmes à notre camarade du sel commun qu'il mâcha et qu'il avala, et après trois ou quatre cuillerées, l'hémorrhagie fut suspendue. Peut-être pouvons-nous nous rendre compte de cet effet en admettant que l'action du chlorure de sodium sur la bouche et sur la gorge s'étend à toutes les voies aériennes. En conséquence, pendant que vous vous préparez à pratiquer une saignée pour arrêter une hémoptysie, vous pouvez donner à votre malade une cuillerée de sel, avec la certitude de produire un effet salutaire.

Je n'ai que peu de choses à ajouter à ce qui est généralement connu sur la terminaison et sur le traitement de l'hémoptysie. Sachez seule-

ment que le crachement de sang peut être extrêmement abondant, sans entraîner la mort. J'ai donné des soins, avec feu M. King et sir Henry Marsh, à un gentleman de Belfast qui eut, tous les jours, pendant deux mois, une hémoptysie très-considérable : il a guéri néanmoins, et pendant cinq ans, à ma connaissance, il a continué à jouir d'une parfaite santé.

Un autre malade avait eu de fréquentes hémoptysies pour lesquelles il avait été saigné et soumis au traitement ordinaire. Il était sujet, en outre, à des attaques répétées de pleuro-pneumonie, qui avaient amené une matité persistante dans une grande étendue du lobe supérieur du poumon droit. Le pouls était constamment au-dessus de la moyenne normale. D'une taille élevée et naturellement maigre, cet homme en était arrivé à ressembler à un squelette. Les battements du cœur étaient violents ; ils étaient perceptibles dans toute l'étendue de la poitrine. La partie supérieure du côté droit du thorax n'était pas seulement mate, elle était notablement déprimée ; à ce niveau, le bruit respiratoire était extrêmement faible, et pendant les hémoptysies il était mêlé de râles. Les choses allèrent ainsi pendant deux ans, avec des alternatives de bien et de mal ; durant l'été, le malade reprenait un peu, mais il gardait la chambre pendant la plus grande partie de l'année. Vers la fin de cette période, je fus de nouveau mandé auprès de lui, et je restai stupéfait à la vue du changement qui s'était produit dans sa physionomie : ce changement était dû à la perte totale des dents ; toutes étaient tombées par suite de l'énorme quantité d'acides minéraux que ce malheureux avait pris pour arrêter ses hémoptysies. Du reste, je ne fus pas moins surpris de le trouver encore de ce monde ; je le croyais mort de consommation depuis plusieurs mois.

Dans cette conjoncture, je songeais à un voyage en Australie, mais, après avoir pris l'avis du docteur Stokes et de sir Henry Marsh, je tombai d'accord avec eux que le cas était trop désespéré pour permettre une telle tentative. Une année se passa, puis nous fûmes appelés de nouveau. L'état du malade était exactement le même : aucune amélioration, aucune aggravation, ni dans les signes physiques, ni dans les phénomènes constitutionnels. Frappé de cette résistance inattendue nous avons conseillé le voyage en Australie. Ce gentleman s'embarqua au mois de septembre, et il a parfaitement guéri à la Nouvelle-Hollande. Plus tard, il se voua avec ardeur à la conversion des insulaires des bords du Sud ; il fut massacré et dévoré par eux. Cette guérison est d'autant plus remarquable, qu'il ne s'agit point seulement ici d'hémop-

tysies graves et nombreuses, et que le malade présentait la plupart des signes généraux et physiques d'une phthisie avancée.

Pendant que ces pages étaient sous presse, j'ai reçu une lettre d'un de mes clients auquel j'avais conseillé de se rendre en Australie à la suite d'une attaque d'hémoptysie. Comme cette lettre ne témoigne pas seulement des heureux effets de ce climat dans cette affection, mais qu'elle contient des renseignements pleins d'intérêt sur l'une des colonies les plus importantes de la Grande-Bretagne, je n'hésite pas à vous en lire ici la plus grande partie.

« Melbourne, port Philip, 1^{er} mars 1848.

« Lorsque je vous ai consulté en 1839 pour une hémoptysie, vous m'avez vivement recommandé de me rendre en Australie, et vous m'avez en même temps prié de vous écrire aussitôt que j'aurai pu apprécier l'influence de ce climat sur ma santé.

« Je ne chercherai point à m'excuser auprès de vous de mon silence prolongé, car j'aurais sans doute beaucoup de peine à y réussir ; je vous dirai seulement qu'un séjour de huit années me permet de vous parler de ce pays avec bien plus d'autorité que je ne le pourrais faire, si mon expérience était moins considérable.

« Notre traversée a duré cent-huit jours ; pendant tout ce temps ma santé a été excellente, et je n'ai pas été indisposé un seul instant. Lorsque je pris terre, ma constitution paraissait déjà complètement renouvelée, et j'avais gagné près de quatorze livres en poids.

« A notre arrivée, la colonie était encore dans l'enfance, et nous eûmes à subir tous les ennuis, ou plutôt toutes les privations qui sont inhérentes à un tel état de choses. Il ne fallait pas songer à trouver un logement. Après être demeuré plus d'un mois sous une tente, j'achetai, à cinquante milles de la ville, la demeure d'un berger, et depuis lors j'y suis resté. Pendant quelque temps, ma santé fut parfaite ; malheureusement j'eus le tort d'abuser de mes forces renaissantes ; tourmenté, moi aussi, de *l'auri sacra fames*, je fis tous mes efforts pour tirer le plus de profit possible de ma nouvelle position. Un jour, je travaillais avec mes haquets dans une de ces vastes plaines qui sont communes en Australie ; lorsque je fus surpris par une pluie torrentielle, et dans l'espace de quelques minutes je fus trempé jusqu'aux os. Je restai mouillé pendant plus de dix-sept heures ; les jours suivants, je négligeai toutes les précautions qu'eût exigées la prudence, et je continuai à

me livrer à mes occupations. Je fus pris alors d'une légère affection de la poitrine qui dura quatre mois sans prendre de caractère alarmant. A ce moment-là, j'eus la folie de me surmener moi-même en domptant un jeune cheval ; aussitôt il me vint un peu de sang dans la bouche, et pendant la nuit j'eus une hémoptysie violente, qui persista pendant dix ou quinze jours. Je fus alors en état de me rendre à la ville pour prendre l'avis d'un médecin. Il examina ma poitrine avec beaucoup d'attention, sans y découvrir de lésions notables, et il m'assura qu'avec des soins je pourrais me rétablir complètement.

« Je me remis en effet de cette nouvelle alerte, et jusqu'à ce jour ma bonne santé ne s'est pas démentie un seul instant. J'ai eu quelques refroidissements, parfois j'ai été tourmenté par un peu de dyspepsie ; mais, en somme, j'ai toute espèce de raison pour vous être profondément reconnaissant. Je ne tousse jamais, et si j'excepte quelques jours pendant lesquels des hémorrhoides m'ont contraint de garder la chambre, je ne suis pas resté au lit un seul instant depuis mon arrivée ici : ma dernière attaque d'hémoptysie date de six à sept ans. Je mène une vie active, mais j'évite avec soin tout exercice *violent* ; ordinairement, je passe chaque jour quelques heures à cheval, et je puis parcourir ainsi cinquante à soixante milles d'un seul trait et sans fatigue. Je me souviens que vous m'aviez dit en me conseillant de quitter l'Irlande : « Dussiez-vous descendre de dix ou vingt degrés dans l'échelle sociale, vous ne devez point vous laisser arrêter par une telle considération. » Eh bien ! je suis heureux de vous apprendre que j'ai *pour le moins* conservé *mon échelon* ; car mon capital a beaucoup plus augmenté que je n'aurais pu l'espérer, si je fusse resté dans mon pays.

« A la suite de spéculations hasardeuses, nous avons eu à traverser une période assez difficile, pendant laquelle les colons eurent beaucoup d'obstacles à vaincre ; mais aujourd'hui la colonie est en pleine prospérité. Ce qui nous manque surtout, ce sont les bras en nombre suffisant pour mettre en rapport toutes les ressources du pays. Nous payons les ouvriers mariés 40 à 50 livres par an, les hommes célibataires 28 à 30 livres (1) ; nous les logeons, et nous leur donnons des aliments de première qualité, autant qu'ils en peuvent consommer. En moyenne, la ration hebdomadaire de chaque personne est ainsi composée : 40 livres de farine, 12 livres de viande, 4 onces de thé, 2 livres de sucre et de végétaux. Encore les ouvriers se contentent-ils rarement de cela, et

(1) Il s'agit de la livre sterling, qui vaut 25 francs.

nous sommes le plus souvent contraints de donner davantage. Les domestiques sont si rares, qu'ils sont pour ainsi dire les maîtres, et que nous devons nous accoutumer à tolérer leur insolence, leur désobéissance et leur paresse. Je suis profondément affligé en songeant à la misère des basses classes dans la mère patrie. Quelle bénédiction pour les deux pays, si le gouvernement voulait nous envoyer toutes les années vingt à trente mille de ces malheureux ! Alors, en effet, nos travaux pourraient être convenablement exécutés, et ces pauvres gens, au lieu d'être à charge à leurs concitoyens, deviendraient, dès l'instant de leur débarquement, des membres indépendants de la société.

« Je sais que vous êtes consulté par un grand nombre de malades qui désirent essayer de notre climat ; je vous en dirai donc quelques mots. Il est remarquable par sa sécheresse, mais la température est très-variable. J'ai vu le thermomètre monter dans l'espace de deux jours de 54° à 105° (1) ; mais, en raison du peu d'humidité de l'atmosphère, cette chaleur, parfois excessive, n'est point aussi accablante que chez nous (c'est encore l'Irlande que je qualifie ainsi), alors que le thermomètre est de 20 à 30 degrés plus bas. J'ai passé une journée entière à cheval avec 114° , et je n'en ai point été incommodé. Par suite des variations subites et considérables de la température, le rhumatisme est très-fréquent ici ; mais je crois notre climat éminemment favorable aux personnes qui ont la poitrine délicate : en voici une preuve entre beaucoup d'autres. Un jeune gentleman, fils d'un baronnet écossais, arriva ici quelque temps après moi ; plusieurs années avant son départ de l'Écosse, la vie, nous disait-il, était devenue pour lui un véritable fardeau ; il était horriblement tourmenté par un asthme qui le contraignait à des précautions, à des soins incessants, et il restait au lit une grande partie de l'année. Eh bien ! le voyage et le séjour en Australie eurent des résultats qui tiennent vraiment du prodige. Pendant trois ou quatre ans ce jeune homme a demeuré dans mon établissement (il en possède un aujourd'hui) ; il est fort, il est robuste, et n'a pas été indisposé une semaine depuis qu'il nous est arrivé, c'est-à-dire depuis huit années. Quelquefois les personnes délicates qui viennent dans notre colonie, se trouvant fortifiées par le voyage, en usent trop librement avec elles-mêmes, elles s'exposent à de trop grandes fatigues, ou bien elles recourent à l'usage des stimulants, et alors elles ne retirent pas de leur émigration tous les avantages qu'elles eussent pu en

(1) $12^{\circ} \frac{2}{3}$ à $40^{\circ} \frac{2}{3}$ centigrades.

obtenir : aussi la vie de campagne leur convient-elle beaucoup mieux que le séjour à la ville. Melbourne, notre capitale, est très-malsaine, parce qu'elle est entourée de vastes marais ; Geelong, notre deuxième ville, bâtie sur une hauteur au bord de la mer, est regardée comme beaucoup plus salubre.

« L'intempérance est extrême dans toute la colonie : dans une seule semaine le *delirium tremens* a causé jusqu'à six décès. Les aliénés sont assez nombreux ; on peut attribuer, je pense, ce résultat aux excès alcooliques, et à l'action du soleil tropical qui frappe ces malheureux lorsqu'ils sont en état d'ivresse. En octobre dernier (c'est notre printemps), toute la population a été visitée par l'influenza ; il y a même eu quelques cas de mort. La fièvre et la dysenterie règnent parfois dans la ville, mais on peut le plus souvent les rapporter à quelque cause locale. Les affections du cœur ne sont point rares, quelques personnes en expliquent le développement par l'abus du tabac et du thé vert.

« Pour moi, j'adore la vie de colon : je monte à cheval, je visite mes établissements, je surveille mes bergers, enfin je dirige mes travaux. »

Un autre malade que je voyais avec le docteur Stokes pensa périr de suffocation, dans des circonstances qui n'ont pas encore été signalées par les auteurs. Ce gentleman, souffrant depuis longtemps déjà, avait été saigné plusieurs fois, et il était fort épuisé. Je l'avais vu le matin même, et à peine l'avais-je quitté, qu'une hémoptysie eut lieu. Malgré mes ordres, on fit encore une saignée, et lorsque le docteur Stokes arriva, trois quarts d'heure après environ, cet homme, dans un collapsus profond, était asphyxiant, et respirait à peine. Du côté droit de la poitrine, les mouvements d'expansion étaient énergiques et violents, le côté gauche était immobile. M. Stokes changea immédiatement la position du malade, et lui fit boire un verre de vin. Au même instant, *un coagulum fibrineux fut expectoré avec violence : ce caillot, décoloré sur quelques points, formait un moule solide qui répondait parfaitement à la bronche gauche et à ses ramifications même assez éloignées*. Aussitôt après le patient revint à lui, et il fut soulagé pour quelque temps.

Dans les hémoptysies violentes, les médecins sont trop prodigues de la saignée, ils y ont recours coup sur coup, ouvrant la veine à chaque nouveau crachement de sang. Autant je reconnais la nécessité de pratiquer une bonne saignée, lorsqu'un malade est subitement atteint d'une hémorrhagie pulmonaire considérable, autant je suis convaincu que la répétition trop fréquente de ce moyen est bien souvent nui-

sible. Si, après deux ou trois saignées faites au début des accidents, le pouls conserve encore les caractères du pouls hémorrhagique, si l'hémoptysie présente une certaine tendance à la récurrence (ordinairement à la même heure), le médecin peut être certain que de nouvelles saignées seront impuissantes à prévenir le retour des accidents. Gardons-nous donc bien, dans les cas de ce genre, d'ajouter par notre traitement à l'épuisement du malade, et refusons énergiquement la saignée, si nous sommes pressés de la pratiquer, soit par le patient, soit par ses amis : *il n'est pas de préjugé plus répandu que celui qui regarde la saignée du bras comme utile dans le cas d'hémoptysie abondante.*

Je sais bien que les hémoptysies qui ne sont pas influencées par la phlébotomie sont très-dangereuses par elles-mêmes, et qu'elles aboutissent le plus ordinairement à une terminaison funeste, quelle que soit d'ailleurs notre conduite. Mais du moment que nous sommes convaincus que la saignée a cessé d'être utile, nous ne devons pas compromettre par notre traitement les chances favorables du malade, si légères soient-elles ; nous devons au contraire ménager et soutenir ses forces, et instituer le traitement qu'on recommande dans les hémorrhagies dites passives : acétate de plomb à doses répétées, 2 grains (12 centigr.), toutes les heures, avec un sixième de grain (1 centigr.) d'opium ; acide sulfurique à hautes doses, avec ou sans alun ; essence de térébenthine en petites quantités, dix gouttes tous les quarts d'heure, dans de l'eau froide, aussi longtemps que le crachement de sang persiste, et enfin, dans les cas rebelles, l'ipécacuanha à doses nauséuses, qu'on répète jusqu'à production de vomissements abondants.

Tel est le traitement interne auquel le médecin doit recourir dans ces cas désespérés ; si l'hémorrhagie amène une faiblesse considérable, il faut donner du vin et de l'opium à hautes doses. Aucune saignée locale n'est aussi utile que celle qu'on pratique au moyen des sangsues dans l'excavation sus-sternale. L'efficacité de ce procédé dans la bronchite et dans toutes les affections qui s'accompagnent d'une toux pénible a été signalée depuis longtemps par le docteur Osborne ; c'est après avoir constaté maintes fois les bons résultats de ce moyen, que j'ai été amené à le conseiller aussi dans l'hémoptysie, et je suis heureux de dire qu'il constitue un adjuvant très-utile dans le traitement de cette formidable affection. Lorsque la toux est très-fréquente et que l'hémorrhagie est abondante, il faut mettre six sangsues toutes les six heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu une amélioration bien évi-

dente ; dans les cas plus légers, il suffira d'en appliquer une fois par jour un nombre moins considérable. Si les accidents persistent, on se trouvera bien de faire couvrir la poitrine de larges vésicatoires.

Quant à l'imminence de la phthisie à la suite d'un crachement de sang, nous ne pouvons, du moins dans les cas récents, porter de pronostic certain ; à ce moment-là, en effet, la poitrine est souvent sonore à la percussion, l'auscultation n'y fait percevoir aucun bruit anormal, le pouls est naturel, la toux insignifiante, et cela chez des sujets qui seront plus tard frappés de consommation. D'autres individus, au contraire, ont pendant des semaines de violentes hémoptysies ; puis, lorsque l'hémorrhagie cesse, ils sont affaiblis par la perte de sang, mais ils n'ont pas de toux, ils n'ont pas de fièvre, et il est impossible de découvrir chez eux le moindre phénomène stéthoscopique.

Ici la plus grande réserve est imposée au médecin. Quelque rassurantes que soient les apparences, le pouls peut s'élever au bout de quelques jours, la toux peut survenir et persister, et un peu plus tard on apercevra de la matité et des craquements sous l'une ou l'autre clavicule : une phthisie aiguë a commencé. Chez d'autres malades, les symptômes de la consommation n'apparaissent que lorsque la constitution est épuisée par des pertes de sang répétées ; à ce moment, la tuberculisation éclate et marche avec une terrifiante rapidité.

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DU CŒUR.

LA PÉRICARDITE.

La perfection est impossible dans le diagnostic des affections du cœur.— De la localisation des lésions valvulaires. — Observation.

Symptômes de la péricardite. — Pronostic. — Emploi des mercuriaux. — Abscès du cœur.

L'accroissement de l'énergie fonctionnelle du cœur précède souvent l'apparition des signes caractéristiques de la péricardite.— Difficultés du diagnostic.— Observation d'un malade chez lequel le rhumatisme a affecté le péricarde avant les articulations. États du pouls. — Rhumatisme du cœur.

MESSIEURS,

Les auteurs modernes n'ont pas peu contribué à élucider les questions obscures de la pathologie cardiaque, et si nous pouvions accepter sans contrôle tout ce que renferment leurs ouvrages, nous serions obligés de convenir qu'ils n'ont laissé que peu de chose à faire à leurs successeurs. S'il en est ainsi, je dois avouer que j'ai été bien mal servi par mon expérience personnelle ; car j'ai souvent rencontré des faits qui étaient en opposition directe avec les lois si pompeusement formulées par les écrivains, et j'ai dès lors été amené à croire que le diagnostic des diverses affections du cœur n'a point encore atteint le degré de perfection qu'on se plaît à lui attribuer ; et en vérité, la raison en est simple : cette perfection est impossible. Pour arriver à la localisation des lésions cardiaques, nous ne disposons que de trois méthodes : l'étude des désordres survenus dans la circulation et dans les fonctions qui en dépendent ; — l'examen des modifications subjectives de l'action du cœur, et des perturbations que l'observateur peut

constater par la vue ou par le toucher ; — la constatation des bruits anomaux.

Les faits que j'ai observés, les nombreuses autopsies que j'ai pratiquées, m'ont amené à cette conviction absolue, que les troubles fonctionnels ne suffisent pas toujours pour nous permettre le diagnostic exact des lésions valvulaires ; bien plus, il m'est arrivé de rencontrer maintes fois tous les symptômes que l'on attribue aux affections du cœur droit, alors cependant que le cœur gauche était seul en cause. Il s'en faut tellement, du reste, que les manifestations symptomatiques soient caractéristiques du siège de la lésion, qu'elles sont souvent insuffisantes pour en révéler l'existence ; les preuves de cette assertion ont été bien souvent présentées à la Société pathologique de notre ville.

La direction présumée du bruit anormal est le principal moyen que nous possédions pour déterminer quelle est la valvule affectée. C'est là, en définitive, notre meilleur procédé de diagnostic ; par lui, nous pouvons souvent, mais non toujours, distinguer les lésions du cœur droit de celles du côté gauche, nous pouvons même quelquefois, mais non toujours, séparer les affections des valvules auriculo-ventriculaires de celles des valvules semi-lunaires. Un autre moyen auquel on accorde une grande confiance, c'est la constatation du moment précis auquel se produit le bruit anormal ; mais comme, à chaque battement du cœur, des valvules se ferment, tandis que d'autres s'ouvrent, toute altération de structure qui empêche d'une façon permanente l'ouverture ou l'occlusion complète de ces valvules, pourra déterminer un bruit morbide ; conséquemment, le même bruit peut résulter, et d'un obstacle à la progression naturelle du sang, et d'une lésion qui en permet le cours rétrograde. En d'autres termes, il est impossible de juger, d'après le temps occupé par le bruit, de la nature de la lésion à laquelle on a affaire (1).

Quant aux battements du cœur en eux-mêmes, leur perversion

(1) Je n'ai certes point l'intention de soutenir l'infailibilité des signes physiques des lésions valvulaires ; je connais les déceptions de l'amphithéâtre, et je sais les réformes que subissent souvent après la mort les diagnostics les plus rationnels, les plus justifiés en apparence. Mais je crois cependant qu'il y a dans ce passage une certaine exagération : pris isolément, les renseignements fournis par le *siège* et par le *temps* du bruit anormal sont assurément insuffisants ; mais si on les complète en les unissant, ils permettent, dans bien des cas, de déterminer quelle est la valvule affectée, et par quel mécanisme la lésion modifie la circulation intra-cardiaque (rétrécissement, — insuffisance).

(Note du TRAD.)

n'est presque jamais d'aucune utilité pour la localisation de l'affection.

Pour vous démontrer la justesse de ces diverses propositions, je vais vous rappeler en quelques mots l'histoire d'un vieillard qui était couché dans notre salle des chroniques, et qui est mort récemment d'une pneumonie. Au moment où il nous arriva, il était déjà malade depuis quelque temps ; les deux côtés de la poitrine, mais notamment le côté gauche, étaient mats à la percussion ; il y avait une respiration bronchique généralisée, les crachats étaient rouillés. Bref, nous avions affaire à une double pneumonie, maladie très-grave, qui, à cette période de la vie, est bien rarement susceptible de guérison. Nous avons tenté tout ce qu'il était possible de faire pour enrayer la marche de cette affection : nous avons fait mettre des ventouses sur le côté gauche, nous avons donné du mercure de façon à déterminer une salivation rapide, nous avons appliqué des vésicatoires des deux côtés de la poitrine, soit en avant, soit en arrière. Tels étaient les seuls moyens dont nous pussions disposer : l'âge du sujet, la faiblesse du pouls, la durée déjà longue de la maladie, nous interdisaient la saignée générale ; nous ne pouvions songer qu'aux déplétions locales, aux mercuriaux et aux révulsifs.

Quelque activité que nous eussions mise dans notre traitement, il demeura malheureusement impuissant. La toux persistait, la respiration devenait de plus en plus difficile, et, malgré l'existence d'une salivation mercurielle abondante, la matité thoracique augmentait de jour en jour ; vainement nous avons fait transporter le malade dans une chambre bien chauffée, vainement nous prenions soin de le maintenir dans d'excellentes conditions hygiéniques, il était évident que tous nos efforts devaient rester stériles. Cet homme était à l'hôpital depuis quinze jours environ, lorsque son expectoration devint purulente : le poumon avait passé de la période d'hépatisation à celle de suppuration interstitielle. Nous fîmes prendre alors à notre malade de la décoction de polygala avec de la mousse d'Islande et du sirop de pavot blanc, sans pouvoir lui procurer aucun soulagement ; l'état des choses empirait à chaque instant, et ce malheureux mourut le dix-neuvième jour, seize jours après son entrée dans nos salles.

L'autopsie nous montra les lésions ordinaires de l'inflammation pulmonaire ; certaines parties du poumon étaient arrivées à l'hépatisation grise, d'autres étaient infiltrées de pus, et se déchiraient aisément sous le doigt. Mais nous avons pu constater en même temps l'existence d'une

pleurésie considérable et d'une *péricardite*. Le début de la pleurésie remontait probablement à huit ou neuf jours avant la mort ; la péricardite devait être encore plus récente.

Vous me demanderez sans doute comment il se fait que nous n'eussions pas reconnu ces deux affections. Songez que cet homme était très-faible, que son état était désespéré, et qu'il avait la poitrine couverte de vésicatoires. Dans de telles conditions, je me fais toujours un scrupule de tourmenter un malade par des examens qui lui seront inutiles, et j'ai obéi, dans cette circonstance, à ma règle ordinaire de conduite. D'un autre côté, lorsqu'un individu a été profondément abattu par quelque maladie aiguë, il est exposé à de nouvelles inflammations, aussi remarquables par la rapidité que par l'obscurité de leur évolution. Cela me remet en mémoire un cas analogue que j'ai observé à Meath Hospital : le malade avait une pleurésie exsudative généralisée, avec épanchement considérable, qui ne fut pas même soupçonné durant la vie.

Revenons à notre péricardite. Notre malade, vous vous en souvenez sans doute, n'a jamais accusé de douleur dans le côté ; il n'avait pas d'orthopnée, le pouls n'était pas irrégulier, la face n'était pas cyanosée ; il ne présentait, en un mot, aucun des signes de l'inflammation du péricarde ; et voilà que l'examen cadavérique nous montre une plèvre sérieusement compromise, recouverte d'une couche épaisse d'exsudation plastique, et renfermant une certaine quantité d'un liquide séropurulent. Ce n'est pas tout encore : nous trouvons la surface interne du péricarde tapissée d'un enduit gélatineux très-épais, constitué par un mélange intime de pus et de lymphes coagulables. Vous voyez dans ce fait, messieurs, la confirmation d'une double assertion que j'ai souvent émise devant vous : la pleurésie peut parcourir toutes ses périodes sans déterminer aucune douleur dans le côté ; l'inflammation du péricarde peut se faire à bas bruit, sans orthopnée, sans intermittences dans le pouls, sans cyanose, sans hallucinations, tous symptômes que l'on regarde néanmoins comme à peu près constants.

Ce n'est que dans ces derniers temps que la péricardite a été étudiée avec le soin et l'attention nécessaires. Nos confrères de France ont beaucoup fait à cet égard ; en Angleterre, Hope, Latham et d'autres ont enrichi la science de quelques bons travaux, mais, au point de vue du diagnostic, ils ont été singulièrement distancés par les mémoires qui ont été publiés dans le *Dublin medical Journal*.

La péricardite est une maladie aussi fréquente que la pleurésie ; sou-

vent même ces deux affections coexistent : c'est ce qui avait lieu chez notre homme. D'une manière générale, je ne regarde pas l'inflammation du péricarde comme plus dangereuse ou plus rebelle que celle de la plèvre ; je crois, de plus, qu'elles sont toutes deux aussi facilement reconnaissables. Il est des cas, je le sais, dont la marche est très-insidieuse ; mais la cérébrite, la pneumonie, et toutes les autres phlegmasies présentent des faits de ce genre : le plus ordinairement, un médecin instruit et attentif découvrira d'emblée l'existence d'une péricardite.

En présence d'un individu qui a été exposé à l'action de l'une des causes capables d'exciter un mouvement fébrile, qui a éprouvé antérieurement une attaque de goutte ou de rhumatisme, ou qui en est actuellement atteint, le médecin doit immédiatement diriger son attention vers l'organe central de la circulation ; s'il constate alors que les battements du cœur sont irréguliers ou tumultueux, ou s'il observe un malaise, une oppression dont aucune affection pulmonaire actuelle ne peut rendre compte ; s'il juge, d'après le facies de son malade, qu'il s'agit d'une maladie grave, alors, après s'être assuré de l'intégrité de l'appareil pulmonaire, il examinera avec le plus grand soin la région précordiale.

Un des symptômes les plus fréquents de la péricardite, c'est une sensibilité anormale dans les espaces intercostaux de la région du cœur. Souvent cette sensibilité ne se développe que sous la pression ; quelquefois même la sensibilité à la pression existe indépendamment de toute douleur, de tout élancement dans la poitrine ; mais lorsque ces deux ordres de signes sont associés, c'est déjà une grande présomption en faveur de l'existence d'une inflammation du péricarde. D'après la remarque du docteur Elliotson, la douleur précordiale est généralement augmentée par une pression exercée de bas en haut au niveau de l'hypochondre gauche. Je vous renvoie, du reste, aux mémoires que les docteurs Stokes et Mayne ont publiés dans le *Dublin Journal* ; vous y trouverez l'analyse complète des signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation, et vous y apprendrez également pourquoi les symptômes généraux de la péricardite sont susceptibles d'aussi étranges variations (1).

(1) Le premier mémoire du docteur Stokes a paru en 1833, dans le *Dublin Journal of medical science*, sous ce titre : « *Researches on the diagnosis of pericarditis.* » Depuis cette époque, ce médecin distingué s'est occupé sans relâche de cette question, et dans

Quelques malades présentent, dès le début, de la cyanose, de l'orthopnée, une tendance au délire, et surtout des irrégularités dans le pouls; chez d'autres, la maladie arrive à son terme, favorable ou funeste, sans avoir déterminé une seule de ces manifestations: en fait, il n'est pas d'affection plus inconstante dans la modalité de son expression, il n'en est pas qui exige plus impérieusement le concours des signes physiques; il est vrai que ceux-ci manquent rarement de lever tous les doutes. D'un autre côté, il est un fait dont je suis pleinement convaincu: c'est que la péricardite franche qui se développe chez un individu de bonne constitution peut le plus ordinaire-

son *Traité des maladies du cœur* (1854) il a consacré à l'étude de la péricardite un chapitre qui est une véritable monographie. Comme nous le dit Graves dans les lignes qui précèdent, Stokes s'est tout particulièrement attaché à déterminer la cause des modifications singulières qui présentent les symptômes dits généraux de cette maladie; l'étude approfondie de ces variations l'a conduit à une conclusion d'une grande importance; il pense que ces dissemblances remarquables ne tiennent point tant au malade lui-même, et à la modalité individuelle de la réaction, qu'à la forme même de la péricardite; à ce point de vue, et abstraction faite, bien entendu, des signes physiques que révèle l'examen direct, l'auteur assigne trois formes à la maladie:

Elle peut être: 1° latente et légère (*latent and trivial*); — 2° latente et dangereuse (*latent and dangerous*); — 3° manifeste et dangereuse (*manifest and dangerous*).

Ces formes, comme on le voit, sont basées sur l'intensité variable des symptômes généraux (Stokes leur donne la qualification beaucoup plus juste de symptômes vitaux), et cette distinction est assurément d'une valeur considérable au point de vue clinique.

Au nombre des symptômes vitaux de la péricardite sont deux phénomènes qui n'ont été signalés par aucun des auteurs contemporains: l'un d'eux, mentionné par Morgagni et par Testa, a été complètement oublié jusqu'au moment où Stokes a fait connaître ses observations; l'autre a été noté par lui pour la première fois.

Le premier de ces symptômes est une *dysphagie* plus ou moins considérable, qui ne tient à aucun obstacle du côté de la gorge ou du pharynx. Voici d'abord l'observation de Morgagni, que Testa cite comme un exemple de dysphagie par inflammation du péricarde: « Un homme de plus de quarante ans venait de temps en temps, à pied d'Imola à Bologne, portant tour à tour des objets qu'on lui avait confiés, d'une ville à l'autre. Comme cet homme, que la route même échauffait, buvait souvent, surtout dans les derniers temps, où il était toujours altéré, il fut pris d'un rhume grave à la gorge, et de fièvre, et fut reçu à l'hôpital. Là bientôt après, *sans se plaindre davantage de la gorge*, il disait que toute sa maladie était dans le ventre; cependant rien n'excitait plus ses plaintes qu'une douleur de l'épine à la région des lombes, laquelle, à ce qu'il lui semblait, partageait cette partie par le milieu. Il y en avait qui croyaient, pour cette raison, que cet homme était attaqué d'une inflammation des intestins. Valsalva soupçonnait que celle-ci avait son siège dans la poitrine. Cependant le pouls était faible et petit; mais néanmoins il semblait, comme on dit, être lié. Le malade voulait se lever

ment être enrayée par la saignée, les sangsues et le calomel. Il est vraiment dérisoire de s'adresser alors à l'émétique, à la digitale, ou aux antiphlogistiques légers. Occupez-vous, avant toute chose, de mettre votre malade en pleine saturation mercurielle; faites faire des onctions mercurielles dans les aisselles et à la partie interne des cuisses; faites respirer aussi souvent que possible les vapeurs de l'*hydrargyrum cum creta*, et soyez assurés alors que vous êtes dans la bonne voie.

Le docteur Elliotson était bien pénétré de la supériorité de cette méthode de traitement, lorsqu'il disait, à propos d'une péricardite

souvent comme pour s'en aller. Il mourut dans cet état, trois ou quatre jours après son entrée à l'hôpital.

« *Examen du cadavre.* — Le ventre ne contenait rien qui ne fût dans l'état naturel. Mais à la poitrine, il y avait, principalement dans l'un de ses côtés, un liquide stagnant, dans lequel nageaient des morceaux d'espèces de petites membranes très-blanches, de sorte qu'il ne ressemblait à rien tant qu'à du petit-lait de vache qui contient des parcelles de fromage de la seconde fabrication. Les vaisseaux de la plèvre étaient plus rouges qu'à l'ordinaire, sans cependant l'être beaucoup. Mais le péricarde était tellement distendu, que, à peine fut-il piqué, il lança à une hauteur assez considérable une sorte de filet mincé formée par l'eau dont il était extrêmement rempli. La pointe du cœur, plus rouge que dans l'état normal, semblait avoir été légèrement enflammée.... » (XVI^e lettre, 40.)

Cette observation ne suffirait certainement point pour établir la réalité du symptôme dont je m'occupe, parce que la gêne de la déglutition n'y est point nettement indiquée, mais les trois faits rapportés par Testa sont beaucoup plus démonstratifs. Dans le premier, la dysphagie est signalée d'une façon spéciale; dans l'exposé du second, il est dit qu'aucune substance, ni solide ni liquide, ne pouvait être avalée; dans le troisième, il est fait mention d'une douleur vive dans la gorge. Chez la malade de la seconde observation, les amygdales étaient rouges, mais il n'est pas dit qu'elles fussent tuméfiées; chez les deux autres, l'examen de l'arrière-bouche ne montre aucune trace d'inflammation; ajoutons que, dans les deux premiers cas, l'existence de la péricardite fut constatée par l'autopsie. Après avoir rapporté ces trois faits, l'auteur italien ajoute cette remarque qui témoigne de l'importance qu'il attache à ce symptôme, et des erreurs auxquelles il peut donner lieu: « Nessuno per altro, chio sappia, a fatto finora distinta « menzione dei sintomi anginosi, li quali non solo si uniscono ai segni proprii de « cuore infiammato, ma bensì li nascondono quasi affatto sotto il solo apparecchio « anginoso. »

Tous ces faits étaient oubliés, lorsque Stokes les a remis en lumière, en même temps qu'il faisait connaître ses observations personnelles. On en trouvera l'exposé dans son ouvrage; j'ajouterai seulement que l'auteur voit dans cette dysphagie singulière le résultat d'un trouble vital, bien plutôt que l'effet d'une compression purement mécanique, et qu'il justifie cette interprétation par les considérations suivantes: « Cette dysphagie survient de bonne heure, parfois même tout à fait au début de la maladie, c'est-à-dire

mortelle : « Peut-être eussé-je réussi à sauver la vie de ce malade, si j'avais poussé plus loin l'usage des mercuriaux. Je suis convaincu que, dans les affections inflammatoires, on guérit plus de malades en donnant le mercure jusqu'à saturation complète qu'en se bornant à produire le ptyalisme. » C'est à la thérapeutique insuffisante des médecins français, c'est à leur manque de confiance dans l'efficacité des mercuriaux, qu'il faut attribuer la plus grande mortalité de la péricardite à Paris : la plupart de nos malades guérissent ; de l'autre côté du détroit, le plus grand nombre d'entre eux succombent. Les cas les plus défavorables sont ceux dans lesquels la péricardite atteint un individu

à un moment où le péricarde n'est que très-médiocrement distendu. — Ce symptôme peut disparaître dans les périodes plus avancées, et il peut coïncider avec des phénomènes morbides, déterminés par le trouble fonctionnel de certains organes, qui échappent complètement à toute influence de pression. — Enfin la rareté de la dysphagie dans l'hydropéricarde et dans l'empyème, avec déplacement excentrique du cœur, est un puissant argument qui doit faire adopter, je pense, l'opinion que j'ai émise plus haut. »

J'ai parlé d'un autre phénomène qui a été signalé pour la première fois par le docteur Stokes ; je crois devoir traduire tout au long ce passage intéressant.

« Dans cette maladie (la péricardite), le système artériel fournit un symptôme qui n'a pas encore été noté, bien qu'il soit d'une grande valeur ; ce symptôme, c'est l'action exagérée des vaisseaux du cou. Je ne puis me prononcer sur la fréquence relative de ce phénomène, mais je l'ai observé dans deux cas fort remarquables. Le premier de ces malades était un adulte ; j'en rapporterai l'histoire lorsque je m'occuperai du traitement de la péricardite. Dans le second fait, il s'agit d'un garçon de neuf à dix ans, qui était atteint d'une endo-péricardite non douteuse. Lorsque cet enfant entra à l'hôpital, il était en collapsus ; la surface de son corps était pâle, et le pouls radial était extrêmement faible ; malgré cela, les pulsations des artères du cou étaient si violentes, qu'elles étaient visibles à distance, et qu'elles attiraient immédiatement l'attention. On entendait à la base du cœur un double bruit de souffle ; au cinquième jour, apparut à la pointe un bruit de frottement rude : ce frottement, qui accompagnait les deux bruits du cœur, était faible au moment du premier et très-net au moment du second. Au bout de très-peu de temps, les signes de frottement s'étaient généralisés leurs caractères habituels étaient plus marqués, mais ils étaient toujours accompagnés du murmure valvulaire. A ce moment, un épanchement liquide se fit dans le péricarde, et les pulsations exagérées des vaisseaux du cou persistant toujours, nous constatons en même temps que le bruit de frottement était beaucoup plus distinct lorsque le malade était assis. Cet enfant a guéri au bout de dix-huit jours de maladie. Dans les derniers jours, le bruit de frottement avait pris un timbre musical, et il était plus net au premier temps.

« Chez mes deux malades, les signes ordinaires de la péricardite étaient accompagnés de murmure valvulaire. Il serait intéressant de rechercher si cette action exagérée des carotides peut servir, dans les cas de ce genre, à diagnostiquer la présence

affaibli déjà par une maladie antérieure, telle que la fièvre, l'hydro-pisie, etc. Alors, en effet, l'affection revêt une marche rapide, le plus souvent mortelle, et nous n'avons aucune prise sur elle. Il est une remarque pratique que je ne dois pas omettre de vous signaler en passant : tant qu'il n'y a pas d'épanchement dans le péricarde, n'appliquez jamais de vésicatoire ; une fois l'épanchement formé, les vésicatoires répétés constituent l'un de nos meilleurs agents de traitement (1).

ou l'absence de l'endocardite. Quoi qu'il en soit, on peut établir que, lorsque ce symptôme est récent, lorsque l'état général du malade révèle une irritation ou une inflammation, actuelle ces pulsations visibles dans les artères du cou, contrastant avec l'action affaiblie des autres vaisseaux du corps, doivent nous faire soupçonner l'une quelconque des formes de cardite.

« Considéré en lui-même, ce symptôme, à ce que je crois, n'est observé que dans quatre circonstances. Sir Astley Cooper l'a vu apparaître dans la commotion du cerveau; il a noté qu'il est plus marqué lorsque le malade est debout, et que l'on constate alors une augmentation dans la fréquence du pouls.— On observe le même phénomène dans les premières périodes de l'insuffisance aortique, et à ce moment il peut être borné aux vaisseaux du cou. — Nous le rencontrons en troisième lieu dans cette singulière affection chronique qui est caractérisée par des palpitations de cœur, par l'action exagérée des artères du cou, par l'augmentation de volume de la glande thyroïde et des globes oculaires.—Ce symptôme survient enfin dans les cas semblables à ceux dont j'ai parlé; par conséquent le diagnostic différentiel ne présente aucune difficulté, surtout si l'on prend en considération l'époque de l'apparition du phénomène. »

J'ajouterai enfin, pour compléter ces renseignements additionnels sur les symptômes subjectifs de la péricardite, que la douleur n'est pas toujours limitée à la région précordiale. Déjà Robert Mayne avait signalé l'existence d'une douleur vive à l'épigastre ; il l'avait observée dix fois sur onze, et chez cinq malades elle remplaçait pour ainsi dire la douleur précordiale. D'après le même auteur, cette douleur épigastrique augmente quand on comprime la région de bas en haut et d'avant en arrière ; enfin elle est nettement circonscrite, et elle se distingue par là des douleurs qui résultent d'une affection abdominale. Stokes fait observer à ce propos que la péricardite (à ne considérer que la douleur) peut simuler une inflammation de l'estomac.

Morgagni, *Rech. anat. sur le siège et les causes des maladies*, traduct. de Desormeaux et Destouet. Paris, 1821.

Testa, *Delle malattie del cuore*. Bologna, 1811.

Rob. Mayne, *Observations on pericarditis* (*Dublin Journal of medic. science*, 1836).

W. Stokes, *Researches on the diagnosis of pericarditis* (*Dublin Journal of medical science*, 1833). — *The diseases of the heart and the aorta*. Dublin 1854.

(Note du TRAD.)

(1) L'enthousiasme de Graves pour l'emploi des mercuriaux dans le traitement de la péricardite n'est peut-être pas suffisamment justifié, et les reproches qu'il adresse à la pratique des médecins français ne me paraissent pas beaucoup plus fondés. Tou-

Il y a quelques années, j'ai eu l'occasion d'étudier un cas d'inflammation de la substance musculaire du cœur ; la phlegmasie aboutit à la suppuration, et se termina par la formation d'un vaste abcès dans les parois ventriculaires. Les faits de ce genre sont excessivement rares,

jours est-il qu'aujourd'hui l'utilité, la nécessité du traitement mercuriel dans tous les cas de péricardite ne sont plus universellement admises, même en Angleterre. Le docteur W. T. Gairdner, médecin de l'infirmerie royale d'Édimbourg, a montré que, dans la grande majorité des cas, on peut épargner au malade les ennuis de la salivation mercurielle. Depuis bien des années déjà, Gairdner ne donne plus de mercure dans la péricardite rhumatismale et les résultats de sa pratique n'en sont pas devenus plus funestes.

Graves a passé sous silence les indications thérapeutiques fournies par l'état de la contractilité du cœur dans l'inflammation du péricarde. J'en ai été d'autant plus surpris, que ces indications sont d'une importance considérable, et qu'elles ont été signalées et étudiées par Stokes, l'élève et l'ami du médecin de Meath Hospital. Je crois utile de combler cette lacune.

Lorsque la phlegmasie péricardique, qui produit d'abord une exagération notable dans l'activité des muscles du cœur, détermine l'affaiblissement de la contractilité cardiaque par l'épuisement fonctionnel (voy., tome I, la note de la page 188, et tome II la note de la page 95), alors surgit une nouvelle et impérieuse indication : le médecin doit venir en aide à l'énergie défaillante du cœur, et les stimulants, le vin en particulier, lui permettent d'atteindre ce but. On conçoit aisément combien il importe de pouvoir reconnaître avec certitude cet état de débilité.

Or, voici les signes qui ont été donnés par le docteur Stokes :

« I. La faiblesse, l'intermittence et l'irrégularité du pouls. Ces caractères sont encore plus significatifs s'ils ne se sont pas manifestés dès le début de la maladie, et si l'on observe, avec la faiblesse du pouls, une diminution ou une absence de l'impulsion cardiaque.

» II. La turgescence des veines jugulaires avec ou sans pulsations.

» III. Les modifications progressives de l'intensité des bruits du cœur, surtout lorsque c'est le premier seul qui est affaibli ou éteint. La persistance du second bruit permet en effet de rapporter l'affaiblissement du premier à l'épuisement de la contraction ventriculaire bien plutôt qu'à un épanchement liquide.

• IV. L'affaiblissement de la circulation que révèle l'ensemble des symptômes, entre autres la pâleur, le refroidissement de la peau, l'œdème des extrémités, et la tendance à la syncope. »

W. T. Gairdner, *On pericarditis* (*Edinburgh medical Journal*, 1858-1860-1861).

W. Stokes, *loc. cit.*, p. 87.

Comparez :

W. Stokes, *Researches on the use of wine and the state of the heart in typhus fever* (*Dublin Journal of medic. science*, 1839.)

Hudson, *On the connexion between delirium and certain states of the heart in fever* (*loc. cit.*, 1842).

(Note du TRAD.)

par la simple raison que la cardite est ordinairement mortelle avant la période de suppuration. Un gentleman âgé de cinquante-cinq ans, d'une constitution très-robuste, vint de Wicklow à Dublin, pour me demander une consultation. Depuis plusieurs mois il était incommodé par une toux pénible ; il avait de la dyspnée et des palpitations ; plus récemment il avait été pris d'anasarque, il éprouvait de la douleur et un sentiment d'angoisse à la région du cœur. Cette douleur, qui s'irradiait dans toute la poitrine, le tourmentait plus que tout le reste.

Je constatai chez ce malade l'existence d'une hypertrophie avec dilatation des deux ventricules, et je déclarai qu'il existait une lésion valvulaire : on percevait en effet un *bruit de soufflet* éclatant et très-étendu, un *frémissement cataire* remarquable, et le pouls était très-irrégulier. Je formulai mon diagnostic en présence du docteur Sherwood et de M. Hetherington. Notre malade retourna à la campagne, où il continua à souffrir d'une douleur cardiaque qui lui causait parfois d'abominables tortures. Il mourut subitement au bout de quelques semaines.

Le docteur Sherwood a bien voulu me communiquer les résultats de l'autopsie. Les deux cavités pleurales étaient remplies par un vaste épanchement, le cœur était considérablement augmenté de volume. « En fendant le péricarde, je constatai, dit M. Sherwood, que le cœur y adhérait dans toute son étendue par le moyen de fibrilles de lymphe plastique ; on les déchirait partout aisément, sauf au niveau de la pointe de l'organe ; là elles étaient solides et résistantes. Pendant que j'essayais de détruire ces adhérences, plus de deux onces de pus se firent jour dans la cavité du péricarde ; je procédai immédiatement à un examen beaucoup plus attentif, afin de reconnaître la source de ce liquide. Je ne tardai pas à trouver une petite ouverture dans la pointe du cœur ; elle siégeait immédiatement au-dessous de la voûte du ventricule gauche, précisément dans le point où étaient les adhérences solides dont j'ai parlé. J'agrandis alors cette ouverture, et je découvris dans la substance charnue du cœur une cavité à paroi nettement limitée, et qui pouvait contenir plus de deux onces de liquide. Les parois des deux ventricules étaient énormément épaissies ; toutes les valvules étaient plus ou moins altérées, mais la lésion la plus avancée siégeait sur les sigmoïdes de l'aorte ; elles étaient presque complètement ossifiées. »

Tel est, messieurs, ce fait extrêmement remarquable. Non-seulement vous y voyez un exemple de la dyspnée et de l'hydropisie, com-

pagnes ordinaires de l'hypertrophie et des lésions valvulaires du cœur, mais vous y voyez réunies une péricardite chronique et une cardite à marche lente , aboutissant à une terminaison très-rare, la formation d'un abcès.

Il est digne de remarque que, dans bon nombre de cas, les signes caractéristiques de la péricardite sont précédés d'une période pendant laquelle l'activité fonctionnelle du cœur est accrue ; ce fait semble prouver que l'affection débute souvent par la substance charnue des ventricules, et qu'elle s'étend ensuite à la membrane d'enveloppe. J'ai observé, il y a quelques années, avec sir Henry Marsh et le docteur Lees, un fait qui démontre merveilleusement la justesse de cette manière de voir.

Un jeune homme d'une force athlétique fut pris , après un refroidissement , d'une fièvre rhumatismale aiguë ; le pouls était très-élevé, la peau était brûlante ; la douleur, la sensibilité, la rougeur et le gonflement des jointures étaient d'une intensité peu ordinaire. Le malade ne voulut pas se laisser saigner ; nous instituâmes un traitement antiphlogistique, et nous étions constamment sur nos gardes, pour surprendre le premier indice d'une péricardite. Une nuit, le docteur Lees découvrit des intermittences dans le pouls ; quelques heures plus tard, l'activité des battements du cœur était accrue, puis enfin la douleur apparut. Dans beaucoup d'autres circonstances , j'ai constaté que l'irrégularité dans l'action du cœur est le premier signe d'une péricardite imminente ; ce fait n'est pas sans importance , car il nous enseigne que nous devons accorder une certaine valeur à ce symptôme , en tant que signe précurseur de l'inflammation ; il nous prouve en outre que, dans la phlegmasie du péricarde, les irrégularités et les intermittences du pouls peuvent précéder l'épanchement , et qu'elles ne résultent pas toujours de l'obstacle que ce dernier apporte au libre fonctionnement du cœur.

Soit que l'on considère l'importance de l'organe qui est en cause soit que l'on tienne compte de la fréquence de l'affection, de sa marche insidieuse et souvent lente , on conviendra qu'il n'est pas de maladie qui exige plus d'attention que la péricardite. Dans l'étude de cette inflammation, nous n'avons que peu de chose à attendre des auteurs anciens et même des modernes, à l'exception de nos contemporains ; car, avant les découvertes de Laennec, les phlegmasies du cœur et de ses enveloppes ont été complètement négligées, ou bien, ce qui est pis encore, on a émis à leur sujet des erreurs grossières. Mais, après les

travaux du médecin français, il fut établi que, contrairement à l'opinion générale, la péricardite et l'endocardite doivent être rangées au nombre des maladies communes, et qu'elles sont accompagnées, soit à leur début, soit dans leur cours, de signes physiques d'une haute importance, lesquels sont tellement caractéristiques, qu'ils permettent au médecin non-seulement de reconnaître ces affections dès leur première période, mais encore de les prévenir en quelque sorte, et de les combattre au moment même de leur apparition. L'expérience de tous les jours a démontré la vérité de ces assertions, et aujourd'hui nous avons le bonheur de savoir que l'inflammation du cœur et de ses enveloppes n'est pas fatalement mortelle ou incurable.

Toutefois, messieurs, et je vous l'ai dit en commençant, il ne faudrait pas croire que les travaux contemporains ont établi d'une manière absolue la valeur et la signification de tous les signes physiques que l'on peut percevoir, depuis le début jusqu'à la terminaison des affections inflammatoires du cœur; la nature et la position de l'organe atteint, ses mouvements, qui peuvent être constatés par la vue, par le toucher et par l'ouïe, déterminent dans les phénomènes physiques des modifications qui varient de période en période, de jour en jour, quelquefois même d'heure en heure. L'étude de variations aussi multipliées, et pourtant aussi importantes, exigerait le concours d'un grand nombre d'observateurs éclairés. Dans le but de contribuer pour ma part à la culture d'un terrain aussi fertile, j'appelle expressément votre attention sur les remarques suivantes; elles pourront, je l'espère, agrandir et rectifier vos vues sur certains points qui se rattachent à cette question de pathologie. Souvenez-vous avant toutes choses que les bruits produits par le frottement péricardique ont la plus grande ressemblance avec ceux qui résultent des lésions valvulaires; le fait suivant en est un exemple remarquable:

Un homme âgé de vingt-trois ans, du nom de Mulcahy, est entré dans notre service le 4^{er} décembre. Il nous avoua qu'il avait eu des habitudes très-prononcées d'intempérance; sa ration habituelle était de six à huit verres de whisky par jour. Après avoir joué pendant quelques heures d'un instrument à vent, il fut pris de palpitations violentes et d'une douleur dans la région du cœur. Il éprouvait par instants des défaillances, qui se terminaient d'ordinaire par des vomissements. Deux mois avant son arrivée à l'hôpital, il exerçait encore sa profession de musicien ambulancier, mais il fut alors atteint de rhumatisme, et bientôt après d'une dyspnée considérable et d'anasarque.

Lorsqu'il nous arriva, la surface de son corps était froide, ses lèvres et ses mains étaient livides; il avait les pieds enflés et le ventre distendu. Il était tourmenté par une dyspnée très-pénible; il toussait et rendait des crachats sanglants, ses yeux étaient animés et saillants, sa figure turgescente; les jugulaires gonflées ne présentaient aucun battement. Le pouls, à 70, était régulier, mais petit et faible; 28 respirations; urine rare et chargée d'albumine; prostration extrême. Le lobe gauche du foie occupait la région épigastrique; dans ce point, la pression développait un peu de douleur. Cet homme souffrait en outre dans l'épaule droite. Il y avait un peu de matité dans la région inféro-postérieure des deux poumons; dans ce point, le bruit respiratoire était très-faible et masqué par des râles humides; la matité précordiale était un peu plus prononcée qu'à l'état normal.

Les battements du cœur étaient facilement appréciables; ils étaient forts, étendus, et ils n'étaient point accompagnés par les deux bruits normaux dont la durée et le timbre sont si distincts; on percevait deux bruits éclatants, prolongés, d'une durée égale, mais d'une tonalité différente: le premier était un *bruit de scie*; le second était un bruit musical, ressemblant exactement au son qu'on produit lorsqu'on frotte un verre avec le doigt mouillé. Ces bruits n'étaient perceptibles qu'à la base, il n'y en avait aucun vestige à la pointe du cœur; partant de la base, ils se propageaient le long de l'aorte, et ils étaient parfaitement nets sous les deux clavicules, notamment sous celle du côté gauche; on ne les entendait ni dans les carotides, ni dans la portion cervicale des sous-clavières. Quelle que fût la position du malade, on ne pouvait percevoir le moindre frémissement; aucune des artères du cou ou des membres supérieurs ne présentait de *thrill*; l'aorte abdominale ne donnait lieu à aucun bruit anormal. Le lendemain, les choses étaient dans le même état; toutefois, au lieu du bruit musical, nous avions un *bruit de cuir* éclatant et bien marqué; il était très-prolongé et masquait le second bruit normal; de plus, il existait à la base du cœur un frémissement très-fort. La matité n'était point accrue. Le pouls, à 72, conservait sa régularité; il n'y avait que 20 respirations; mais le malade était plus abattu que la veille, et il succomba le lendemain matin.

Voici quels ont été les résultats de l'autopsie: Anasarque générale; les deux cavités pleurales sont occupées par un vaste épanchement à la surface duquel nagent les poumons; à gauche, le cœur est accolé au poumon, et les deux organes sont en contact avec la paroi thora-

cique, de sorte que le cœur est en rapport intime avec le sternum et les cartilages costaux. Il n'y a pas de liquide dans le péricarde, mais la surface séreuse est tapissée de lymphes plastique; au niveau de la base du cœur, des brides s'étendent d'une paroi à l'autre. En ce point l'exsudation paraissait être de date récente : on pouvait l'enlever aisément, et elle présentait une disposition comparable à celle d'un rayon de miel. A la pointe, les adhérences étaient solides. Le cœur lui-même était hypertrophié, et les deux ventricules étaient dilatés. L'endocarde, les valvules, l'aorte et l'artère pulmonaire étaient parfaitement sains.

Or plusieurs circonstances eussent pu faire songer à une lésion valvulaire. Il ressort des renseignements donnés par le malade, qu'il souffrait depuis longtemps de palpitations, de défaillances, de dyspnée, et que l'anasarque était déjà ancienne; ajoutez à cela que le genre de vie de cet homme et sa profession sont une cause fréquente d'affection des valvules; mais c'étaient surtout les signes physiques qui pouvaient induire en erreur. L'augmentation de la matité précordiale révélait un accroissement du volume du cœur; les bruits normaux étaient masqués par deux bruits prolongés, qu'on n'entendait pas à la pointe, mais qui étaient parfaitement distincts à l'origine et sur le trajet de l'aorte; de plus, l'un de ces bruits avait un timbre parfaitement musical. A une première visite, toutes ces circonstances, jointes à l'état du pouls, à l'absence de frémissement, de douleur et de malaise dans la région cardiaque, auraient pu facilement nous induire en erreur.

D'autre part, cependant, les phénomènes présentés par le malade différaient à plusieurs égards de ceux que l'on attribue aux affections des valvules aortiques. Bien qu'entendus à une grande distance, les bruits ne suivaient pas avec une exactitude parfaite le trajet de l'aorte et de ses branches; on ne les retrouvait ni dans les carotides, ni dans les sous-clavières; ces vaisseaux ne présentaient aucun *thrill*, aucune pulsation visible; de plus, lorsqu'on étudiait ces bruits avec le stéthoscope, ils paraissaient avoir une origine superficielle, et ils offraient la même intensité sur une grande étendue. Telles étaient les considérations qui me faisaient pencher vers l'idée d'une péricardite.

Le jour suivant, il n'y avait plus de doute possible; le bruit musical avait disparu, il était remplacé par un bruit de cuir accompagné d'un frémissement intense au niveau de la base du cœur. Pendant tout ce temps, le pouls, à 72, restait parfaitement régulier, quoiqu'il fût très-

faible ; mais l'action du cœur était notablement accrue, et c'est là un phénomène très-fréquent dans la maladie qui nous occupe.

Le refoulement du cœur contre la paroi antérieure de la poitrine rend très-bien compte de ce fait, que les bruits étaient entendus à une grande distance, d'autant plus que l'impulsion du cœur était, à ce moment même, plus considérable qu'à l'état normal. Mais quelles étaient les conditions qui avaient donné lieu au bruit musical ? Pour les déterminer, considérons un instant quel était, dans ce cas particulier, l'état du cœur et de sa membrane d'enveloppe. Si nous examinons ces organes sur le cadavre, nous voyons un cœur ramolli et revenu sur lui-même, un péricarde qui flotte mollement autour de lui, et nous ne saurions comprendre comment le frottement de ces deux parties l'une contre l'autre pouvait déterminer un bruit de cette espèce. Mais, messieurs, ne l'oubliez pas, les conditions pendant la vie sont tout autres ; solidement fixé à sa base et à sa pointe, le péricarde est alors tendu et résistant comme le parchemin d'un tambour ; et si dans cette cavité existe un cœur hypertrophié qui se meut lentement en arrière et en avant ; si ce cœur, gonflé par du sang, est rendu rigide par la contraction de ses muscles, nous aurons réunies toutes les circonstances qui peuvent donner lieu aux bruits que je vous ai décrits ; de plus, leur intensité et leur éclat seront susceptibles de varier, selon l'état également variable des deux surfaces. On sait que les membranes qui ont la même structure que la séreuse péricardique s'altèrent très-rapidement sous l'influence de l'inflammation ; polies et sèches d'abord, elles deviennent bientôt humides, puis elles ne tardent pas à se couvrir d'une exsudation puriforme ou plastique ; une fois coagulée, celle-ci forme sur la surface des saillies punctiformes, ou se prolonge en fausses membranes rayonnées : n'est-il pas évident que chacune des conditions diverses que je viens de vous rappeler altérera le timbre, l'éclat et la durée des bruits produits par le frottement des surfaces opposées ?

Ainsi donc, messieurs, *les bruits péricardiaques peuvent être aussi éclatants, aussi prolongés que les bruits valvulaires*. Ce fait si important n'a reçu jusqu'ici des pathologistes qu'une mention insuffisante, quelques-uns même l'ont nié complètement. Ce n'est pas tout : les bruits péricardiaques, comme les bruits valvulaires, peuvent être accompagnés de frémissement ; si donc nous voulons parvenir à différencier ces deux ordres de phénomènes, il nous faut chercher nos signes diagnostiques ailleurs que dans l'éclat, le timbre ou la durée du bruit, ailleurs même

que dans l'absence ou la présence du frémissement. Voici ce dont il nous faut surtout tenir compte : si on les écoute attentivement, les bruits péricardiaques paraissent avoir une origine superficielle, ils se propagent à distance, et on les perçoit avec une égale intensité dans des régions de la poitrine très-éloignées l'une de l'autre, sous les deux clavicules, par exemple. De plus, les bruits de la péricardite subissent, dans leurs caractères, des altérations beaucoup plus rapides que les bruits valvulaires, lesquels, une fois créés, sont presque toujours permanents ; enfin, les bruits péricardiaques paraissent être transmis par les parois osseuses de la poitrine, tandis que les bruits valvulaires sont propagés par les organes qui y sont contenus et par les parois des gros vaisseaux (1).

Le fait suivant, qu'a publié le docteur Watson dans le *Medical Gazette*, justifie d'une manière frappante les caractères différentiels que je viens de vous exposer. « Dans ce cas, dit l'auteur, le bruit rappelait exactement le mouvement de va-et-vient de la scie sur du bois ; c'était le plus éclatant qu'il eût jamais entendu. Ce bruit était nettement perceptible dans toute l'étendue de la poitrine, soit en avant, soit en arrière ; il devenait seulement un peu plus faible à mesure qu'on s'éloignait du cœur ; en appliquant votre oreille sur l'une des omoplates, vous eussiez cru entendre les vibrations profondes de la corde basse d'un violoncelle. » A l'autopsie, on vit que le péricarde était tapissé dans toute son étendue, sauf en arrière, d'un « mince revêtement de lymphé grisâtre solide, très-rugueuse. Cette exsudation était hérissée de petites papilles qui naissaient de tous les points de sa surface ; elle avait une consistance presque cornée ; elle était râpeuse et résistante au toucher ».

Voici une autre observation qui mérite, à bien des égards, de fixer votre attention ; si je ne me trompe, elle est unique dans la science, en ce sens que l'inflammation rhumatismale a atteint le péricarde avant de

(1) Il est un autre élément diagnostique qu'il faut aussi prendre en considération : c'est l'influence qu'exerce la position du malade sur l'intensité du bruit ; on sait, en effet, que le bruit de frottement péricardiaque est plus fort dans la position assise, et que cette condition n'a aucune influence semblable sur le souffle cardiaque. Il résulte au contraire des recherches de Sydney-Ringer, dont j'ai parlé précédemment (tome I, note de la page 63), que les bruits de souffle sont plus éclatants et plus rudes dans la position horizontale. Ce médecin a même vu dans quelques cas le souffle mitral disparaître complètement lorsque le malade se levait. (Note du TRAD.)

frapper les articulations (1). Ce fait prouve que l'on s'est évidemment trop hâté d'attribuer la cardite, la péricardite ou l'endocardite à une métastase. Cette doctrine est applicable à certains cas, mais elle est loin de l'être à tous. Dans le fait actuel, par exemple, les premiers symptômes de rhumatisme ont été fournis par le péricarde, et cela avant qu'aucune articulation fût atteinte ; et chez Reddy, dont je vous rapporterai plus tard l'histoire, la péricardite éclata au moment même où l'inflammation articulaire avait atteint son maximum d'intensité.

Or, si le cœur et ses membranes peuvent être touchés dès le début ou pendant la période d'état de la fièvre rhumatismale (*rhumatic fever*), il est fort aisé de concevoir que les phlegmasies cardiaques peuvent également apparaître dans le décours de la maladie, alors que les déterminations articulaires ont presque entièrement cédé ; c'est pour les faits de ce genre que la métastase a fourni aux observateurs superficiels une explication facile. Du reste, sachez-le bien, cette fièvre, qui s'accompagne ordinairement de l'inflammation des articulations, et qu'on appelle fièvre rhumatismale, est une fièvre *sui generis*, et il est aussi facile de la distinguer de la fièvre symptomatique des inflammations, qu'il est aisé de reconnaître la fièvre du typhus, celle de la variole ou celle de la rougeole. En fait, dans la fièvre rhumatismale, la rapidité du pouls et la chaleur de la peau, la tendance aux sueurs profuses et l'affaiblissement, l'insomnie et la soif, tous ces symptômes peuvent exister sans qu'il se fasse aucune détermination inflammatoire vers les jointures ; tous ces symptômes peuvent disparaître sans qu'il survienne aucune affection phlegmasique locale. J'ai observé déjà bon nombre de faits de ce genre, et ils ne peuvent donner prise à la dis-

(1) Les faits de ce genre sont très-rares, mais celui que rapporte Graves n'est point unique dans la science. Stokes a observé en 1833 un malade chez lequel la péricardite précéda de dix jours les manifestations articulaires du rhumatisme, et Latham a écrit : « J'ai vu quelques cas (en très-petit nombre) dans lesquels l'inflammation du cœur a semblé précéder l'inflammation des jointures. Il y avait de la fièvre, des palpitations, de la douleur précordiale, et la maladie restait à l'état de problème. Mais, un ou deux jours plus tard, les articulations se prenaient et montraient qu'on avait affaire à un rhumatisme ; en même temps, un murmure endocardiaque venant s'ajouter aux battements du cœur et à la douleur précordiale révélait l'existence d'une endocardite, à laquelle appartenäient certainement les phénomènes du début. » (*Diseases of the heart*, p. 232.)

J'ai observé moi-même une malade chez laquelle les accidents du côté de l'endocarde ont devancé de quinze jours les déterminations articulaires. J'ai consigné ce fait dans une note du premier volume (p. 554). (Note du TRAD.)

cussion. J'ai vu des individus prédisposés à la fièvre rhumatismale, et qui avaient eu antérieurement des attaques de rhumatisme à forme commune, c'est-à-dire la fièvre et l'arthrite, être pris, après un refroidissement, de symptômes de pyrexie, qui pour l'intensité, la durée et tous les autres caractères, étaient identiques avec ceux des accès précédents : un seul élément faisait défaut, c'était l'inflammation articulaire.

Mais, dira-t-on peut-être, ai-je bien le droit de donner à la fièvre de ces malades la qualification de rhumatismale? Voici ma réponse. L'urine était la même que durant les attaques antérieures; les sueurs, dont l'abondance n'atténuait point du tout le mouvement fébrile, avaient cette odeur spéciale qu'on n'observe que dans la fièvre rhumatismale. Il existait enfin un dernier trait de ressemblance : quoique la fièvre fût intense et la soif vive, quoique la langue fût très-chargée, cependant l'appétit n'était pas notablement diminué, du moins au début. Ces considérations ont une haute importance pratique; elles montrent que, dans le rhumatisme articulaire aigu, nous ne pouvons espérer guérir directement la fièvre par les moyens que nous dirigeons contre l'inflammation articulaire. *De même que l'arthrite peut exister sans fièvre rhumatismale, ainsi la fièvre rhumatismale peut exister sans arthrite; lorsque les deux états morbides coexistent, ils s'aggravent réciproquement, mais la guérison de l'un ne détermine pas nécessairement la disparition de l'autre.*

Une femme de dix-neuf ans, nommée Fitzgerald, entra dans notre service le 1^{er} septembre, pour un mouvement fébrile assez léger. Elle se plaignait surtout de douleurs de tête et d'insomnie. Le pouls était vif, la langue sale. Sous l'influence d'un traitement convenable, tout paraissait aller au mieux, lorsque le 5 septembre on trouva la malade dans l'état que je vais vous rappeler :

Facies pâle et anxieux; respiration précipitée, à 40; les ailes du nez se dilatent convulsivement à chaque inspiration; le pouls, qui est tombé de 90 à 50, est *faible, irrégulier et intermittent*; pas de toux ni de douleur dans la poitrine; pas de palpitations. L'examen physique ne révèle nulle part aucune lésion, si ce n'est dans la région précordiale; là existe un frottement très-distinct qui accompagne les deux bruits du cœur. Ce frottement était plus marqué à la pointe, et il paraissait coïncider surtout avec le premier temps. On percevait en même temps un frémissement très-net; dans aucune position, le bruit ne prenait le caractère du bruit de *soufflet*. L'impulsion du cœur était extrêmement

forte , et les bruits très-éclatants. Je fis mettre des ventouses sur la région précordiale , et je prescrivis le calomel et l'opium ; la malade dut prendre, toutes les quatre heures , cinq grains (30 centigrammes) du premier et un grain (6 centigrammes) du second.

6 septembre. — L'aspect général de la malade est plus satisfaisant ; le pouls, à 72, est plein et mou, mais il est toujours irrégulier et intermittent ; 28 respirations ; les ailes du nez ne se dilatent plus ; aucune douleur. Le bruit de frottement est encore très-distinct, mais il est un peu moins intense, surtout à la pointe du cœur ; la matité n'est point accrue , les bruits normaux sont nets , l'impulsion est plus forte qu'hier. (*Continuer l'opium et le calomel ; vésicatoire sur la région précordiale.*)

7 septembre. — Salivation mercurielle ; pouls à 76, petit, mou, régulier, *sans intermittences* ; 28 respirations ; l'impulsion et les bruits du cœur sont normaux. Le frottement est à peine perceptible ; il a son maximum d'intensité au niveau de la moitié droite de l'organe. (*Continuer les pilules.*)

8 septembre. — Il n'existe plus aucun vestige du frottement : les bruits et l'impulsion sont naturels ; le pouls est mou et régulier, à 80.

10 septembre. — La nuit dernière, la malade a été prise de douleurs dans les hanches, les genoux, les épaules, les poignets et dans chaque cou-de-pied. Aujourd'hui ces articulations sont excessivement douloureuses ; elles sont rouges et tuméfiées. Le pouls, à 80, est petit et mou.

Il serait inutile de vous rapporter les détails ultérieurs de cette observation ; la maladie a suivi la marche ordinaire d'un rhumatisme articulaire intense, et a duré dix à douze jours. Chaque jour, j'avais soin d'examiner le cœur, et je n'y découvris jamais aucun phénomène morbide. Pour tout traitement, j'administrai l'opium à hautes doses, un grain (6 centigrammes) toutes les trois heures. Cette médication réussit admirablement bien, et le narcotique parut s'adresser exclusivement à l'élément morbide, car il n'amena ni contraction de la pupille, ni céphalalgie, ni chaleur à la peau ; la langue ne devint pas saburrale, il n'y eut pas de constipation.

Il y a longtemps déjà, Chomel a enseigné que, lorsque le pouls devient subitement faible, oscillant, intermittent ou inégal, sans cause apparente qui puisse rendre compte de ces modifications, ce signe est une des meilleures preuves de l'existence d'une péricardite, sur-

tout si l'on observe en même temps les phénomènes qui dénotent un obstacle à la circulation ; et le docteur Hope rapporte avoir vu Chomel porter, d'après ce seul signe, un diagnostic exact, dans la dernière période d'une fièvre typhoïde, alors que les manifestations morbides étaient extrêmement complexes. Je regarde l'observation de Chomel comme parfaitement exacte, et à ce sujet je crois devoir étudier plus en détail les mouvements du cœur dans la péricardite et dans la cardite. *Dans quelques cas d'inflammation du péricarde, l'action du cœur augmente d'intensité plusieurs heures avant qu'on puisse découvrir aucun signe de péricardite, avant qu'aucune douleur soit ressentie dans la région précordiale.* Si alors les symptômes ordinaires de la phlegmasie du péricarde viennent s'ajouter à cette suractivité fonctionnelle du cœur, celle-ci va croissant, et finit par acquérir une violence extrême, qui ne s'atténue que plusieurs jours après la disparition des manifestations caractéristiques de la maladie.

On pourrait peut-être se rendre compte de ces phénomènes, en admettant, comme je vous le disais au commencement de cette leçon, que la substance musculaire du cœur s'enflamme avant le péricarde, et que la phlegmasie viscérale persiste après celle de la membrane d'enveloppe; c'est en effet une loi générale en pathologie, que les inflammations secondaires sont enrayées avant que l'affection primitive et fondamentale soit manifestement amendée. Dans le cours d'un rhumatisme, l'action du cœur doit être constamment surveillée avec le plus grand soin, et lorsqu'elle augmente sans cause appréciable, cette seule modification doit nous avertir de l'approche du danger.

Cette question que je sache, n'a point encore été étudiée avec tout le soin qu'elle mérite ; et cependant l'importance en est grande : puisque la suractivité fonctionnelle du cœur peut précéder non-seulement l'apparition des signes physiques, mais encore celle des symptômes généraux de la phlegmasie cardiaque, ce phénomène est pour nous la sentinelle vigilante qui nous avertit de l'approche de l'ennemi, avant même qu'il soit à portée de nos regards. Un autre fait non moins remarquable, c'est la disparité surprenante qui existe entre l'énergie de l'action du cœur et la force du pouls ; vous rencontrerez souvent avec des pulsations cardiaques très-violentes un pouls faible et filiforme au poignet. Ce défaut de corrélation nous enseigne que nous ne devons pas chercher dans l'étude du pouls artériel les indications du traitement antiphlogistique, et il nous montre combien sont erronées

en médecine les conclusions *à priori* : si en effet nous nous laissons diriger par elles, c'est certainement pour l'inflammation du cœur et de ses membranes que nous aurions cru trouver dans le pouls notre guide le plus fidèle.

On a cru pendant longtemps que dans la péricardite le pouls est invariablement accéléré, excepté vers la fin de la maladie, alors que l'activité du cœur est épuisée, ou que ses mouvements sont empêchés par le liquide de l'épanchement. Cette assertion est si loin d'être exacte, que, dans plusieurs faits que j'ai observés, le pouls ne s'est pas élevé au-dessus de la moyenne normale, depuis le commencement jusqu'à la fin de la maladie ; et chez le jeune Reilly, d'éminents praticiens d'Allemagne, qui nous avaient fait l'honneur de leur visite, hésitaient à admettre l'existence d'une péricardite, malgré la présence des signes physiques les plus évidents, se fondant sur ce que, dans cette affection, le pouls ne peut pas garder sa fréquence, sa mollesse et son rythme normaux ; en fait, ils ne furent convaincus qu'à l'ouverture du péricarde. Sachez donc, messieurs, qu'il n'est pas rare d'observer dans la péricardite un pouls parfaitement naturel ; mais le cas de Fitzgerald est plus remarquable encore, en ce sens que *le début de la maladie a été marqué par un abaissement notable dans la fréquence du pouls*. Je n'ai observé qu'un seul autre exemple de ce phénomène ; c'était également au début d'une péricardite. Le pouls tomba à 36 ; il devint en même temps extrêmement faible, oscillant, irrégulier, et il présentait parfois des intermittences. Comme Fitzgerald, ce malade guérit.

Pourquoi, dans des cas en apparence identiques, observons-nous tantôt l'accélération, tantôt le ralentissement du pouls ? C'est là ce que nous ne saurons jamais ; et il en est de même des causes qui amènent l'irrégularité des battements du cœur. Vous savez tous que certaines dyspepsies, l'hystérie et les maladies nerveuses, déterminent des palpitations, des irrégularités et des intermittences dans le pouls, et cela en dehors de toute lésion inflammatoire ou organique. Lors donc que l'inflammation s'empare du cœur ou de ses membranes, les palpitations, l'irrégularité, la faiblesse et les intermittences du pouls peuvent être les effets indirects de l'influence exercée par la phlegmasie sur l'innervation cardiaque.

De toutes les hypothèses possibles, celle-là paraît être la plus satisfaisante ; d'un autre côté, nous ne pouvons pas nous refuser à admettre que le rythme des mouvements du cœur est quelquefois directement

troublé par l'inflammation, et il n'est pas difficile de concevoir que, lorsqu'une moitié de l'organe est enflammée, tandis que l'autre est restée intacte, l'action simultanée de ces diverses parties doit être profondément pervertie. Quoi qu'il en soit de toutes ces explications, le fait pratique important est celui-ci : *dès le début de la péricardite, le pouls peut être faible, irrégulier et intermittent* ; il peut ne jamais s'élever au-dessus de la moyenne normale ; il peut même (et je vous en ai cité deux exemples) diminuer notablement de fréquence ; et cependant, dans tous ces cas, il est possible que le traitement antiphlogistique soit impérieusement indiqué (1).

Autant que je puis m'en rapporter à mon expérience, lorsque, dans la cardite et la péricardite, le pouls est faible, irrégulier et intermittent, lorsqu'il conserve sa mollesse et sa fréquence normales, à plus forte raison lorsqu'il est ralenti, la saignée générale ne doit jamais être employée : dans la période ascensionnelle, les sangsues sur la région pré-

(1) Il est impossible d'assigner des caractères constants au pouls de la péricardite aiguë, et c'est pour avoir prétendu à une formule absolue que les auteurs sont arrivés à des résultats aussi contradictoires. Lower nous dit que le pouls est bien plus souvent faible que fort ; mais Kreysig affirme que la dureté est le caractère principal. Corvisart veut apporter dans les termes une précision mathématique qui n'est point dans les choses, et il annonce qu'au début de la maladie le pouls est fréquent et dur ; puis qu'il devient, *au troisième jour*, petit, serré, concentré et souvent irrégulier, pour être enfin inégal, intermittent, presque insensible aux approches de la mort. D'autres observateurs, et Graves entre autres, l'ont trouvé petit et faible dès le début, et régulier pendant tout le cours de la maladie. M. le professeur Bouillaud était plus exact et plus vrai en écrivant que le pouls est tantôt plein, fort et régulier, tantôt inégal et faible. Mais la fréquence des pulsations artérielles n'est même pas un caractère constant, car on a vu le pouls se ralentir dès le premier jour de la maladie (Graves et Stokes) ; enfin il n'existe pas de rapport nécessaire entre la force des battements du cœur et celle des battements du pouls.

La divergence même de ces opinions démontre que le pouls ne présente aucun caractère spécial dans la péricardite ; nous devons donc nous borner à enregistrer les variétés principales, mais nous ne pouvons aller au delà.

Lower, *Tractatus de corde, item de motu et colore sanguinis, et chylli in eum transitu*. Londres, 1669. — Paris, 1679.

Kreysig, *Die Krankheiten des Herzens, systematisch bearbeitet und durch eigene Beobachtungen erläutert*. Berlin, 1814-1817.

Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Paris, 1855.

Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1835.

Stokes, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

cordiale, les ventouses, les vésicatoires, le calomel uni à l'opium, tels sont les meilleurs moyens dont nous puissions disposer. Mais, dans le décours de la maladie, nous devons avant tout déterminer une vésication puissante au niveau du cœur, panser les surfaces mises à nu avec l'onguent mercuriel, donner à l'intérieur de petites quantités de calomel avec l'opium à hautes doses ; quelquefois même il sera nécessaire de prescrire du vin.

La digitale n'a qu'une action très-faible, pour ne pas dire nulle, sur les inflammations cardiaques ; d'ailleurs elle est passible du même reproche que le colchique : si l'on en proportionne la dose à l'imminence du danger, elle détermine subitement une prostration profonde, qui peut être mortelle. Dans les cardites et les péricardites à marche lente, je me suis bien trouvé d'associer le colchique au mercure et à l'opium ; lorsque enfin la maladie, rebelle à tout traitement, est devenue manifestement chronique, l'iodure de potassium peut être d'un très-grand secours.

Occupons-nous maintenant du jeune Reilly, qui est entré dans le service le 14 septembre 1841. Ce garçon, qui était âgé de quatorze ans, disait avoir été pris quinze jours auparavant de frissons, de céphalalgie, de douleurs lombaires qui se propageaient le long du rebord des côtes ; il avait éprouvé en même temps une vive douleur dans la région précordiale, et de violentes palpitations. Deux jours après, une éruption était apparue. Bref, lorsqu'il nous arriva, Reilly avait l'aspect d'un malade à une période avancée du typhus ; il était dans un collapsus complet, ses pieds étaient froids, ses mains complètement cyanosées. La surface tégumentaire était recouverte d'une éruption légèrement élevée, qui donnait à la main la sensation de grains de sable ; les boutons, de forme miliaire, étaient remplis d'un liquide sanguinolent. Cette éruption paraissait s'être faite par poussées successives ; sur certains points en effet, elle était tout à fait récente, les petites vésicules étaient pleines et saillantes ; ailleurs elles étaient rompues et affaissées. Le pouls, à 72, était à peine perceptible. On fit prendre à cet enfant du vin, de la gelée de viande, et l'on couvrit ses jambes de fomentations chaudes.

16 septembre. — Je vois Reilly pour la première fois. Le pouls est toujours à 72 ; *il est faible, mais régulier* ; la respiration est pénible, elle est à 40 ; les lèvres sont livides ; le malade est en proie à la plus profonde anxiété. Il se plaint d'une douleur extrêmement vive dans la

région du cœur ; cette douleur est accrue par la pression sur les côtes correspondantes ; elle l'est également lorsqu'on appuie fortement sur l'épigastre, de manière à refouler en haut le diaphragme. On perçoit dans toute l'étendue de la région précordiale un bruit de frottement très-éclatant, accompagné d'un frémissement très-marqué. Le frottement s'entend aux deux temps ; dans quelques points, notamment vers le mamelon droit, il présente le timbre du bruit de cuir neuf ; il n'existe pas de bruit de souffle. L'impulsion est violente, les bruits du cœur sont retentissants. Pas de matité. Les bruits ne se propagent pas au delà de la région du cœur.

Les choses étaient dans le même état deux jours après, lorsque vint s'ajouter à la péricardite une douleur aiguë dans l'hypochondre droit ; dans le même point la pression était extrêmement pénible. Le lendemain les jambes et le ventre commençaient à enfler, et l'examen du cœur révélait de nouveaux phénomènes. Le bruit de frottement, qui était si éclatant deux jours auparavant, manquait complètement au niveau de la pointe de l'organe ; la région cardiaque proprement dite présentait sa sonorité ordinaire ; mais au niveau du mamelon, et dans une étendue de deux pouces et demi au-dessus, on trouvait *une matité absolue* ; et dans les mêmes points nous entendions *le bruit de frottement* aussi fort que jamais : c'était cette variété qu'on a appelée bruit de cuir ; elle était limitée au côté droit du cœur. Nous constatons en même temps que ces bruits étaient indépendants des mouvements respiratoires ; ils continuaient à se faire entendre lorsqu'on faisait suspendre la respiration du malade.

Le lendemain matin il mourut, et l'autopsie nous rendit compte de toutes ces particularités. Les plèvres et les poumons étaient parfaitement sains. Le cœur était plus élevé qu'il ne l'est d'ordinaire ; *sa base correspondait à l'espace qui sépare la première de la seconde côte* : l'organe avait évidemment été refoulé en haut par le lobe gauche du foie, et par le liquide si rapidement épanché dans l'abdomen. Le péricarde était épaissi ; le feuillet pariétal était le siège d'une vascularisation considérable ; il était tapissé, ainsi que le feuillet viscéral, d'une couche épaisse de lymphé plastique. A la pointe du cœur, les deux feuillets étaient intimement unis ; il n'y avait aucune trace d'adhérence à la base. Dans ces points, et surtout sur la face sternale, l'épanchement plastique était plus abondant, rugueux et irrégulier. La substance du cœur, les valvules et l'endocarde ne présentaient aucune altération.

e péritoine était sain, mais il était rempli d'une grande quantité de sérosité jaune-paille, sans mélange de lymphé plastique. Le foie était hypertrophié ; il était en outre fortement congestionné ; la coupe de l'organe fournissait beaucoup de sang. Rien d'anormal dans l'estomac, ni dans les intestins. Les reins présentaient au deuxième degré les lésions de ce qu'on appelle la néphrite albumineuse ; l'urine contenue dans la vessie était chargée d'albumine.

Ici donc, et j'appelle expressément votre attention sur ce fait, quoique l'impulsion du cœur fût très-forte, cependant le bruit produit par le frottement des deux surfaces enflammées du péricarde avait une étendue très-limitée ; tandis que chez Mulcahy et chez le malade dont Watson a rapporté l'histoire, le bruit était perceptible à une assez grande distance, et cela avec une intensité presque égale partout.

Quelle peut être la cause d'une différence aussi frappante ? On ne peut invoquer ici une différence corrélatrice dans la nature de l'épanchement et dans la constitution physique des surfaces frottantes ; car ces fausses membranes étaient parfaitement semblables chez Mulcahy et chez Reilly. Dans le cas de Watson, on dit que les produits plastiques étaient de nature cornée, et l'on pourrait arguer de cette circonstance pour expliquer la diffusion du bruit ; mais comme cette explication ne saurait être admise pour les deux autres malades, il devient extrêmement intéressant de rechercher la véritable raison des phénomènes observés ; après mûre réflexion, après avoir attentivement comparé les symptômes constatés pendant la vie et les lésions révélées par l'examen cadavérique, je n'hésite pas à attribuer l'éclat et la diffusion que présentaient les bruits chez Mulcahy, aux causes suivantes : — Le cœur étant considérablement augmenté de volume, le contact entre les surfaces enflammées était beaucoup plus étendu. — Comme dans tous les cas d'hypertrophie considérable, la position de l'organe avait été modifiée, et une plus grande portion de ses parois était en rapport avec le thorax. — Enfin (mais j'attache à cette dernière cause moins d'importance qu'aux deux autres), chez Mulcahy, le liquide épanché dans la plèvre refoulait le cœur contre le sternum et les côtes, qui agissaient comme conducteurs du son.

Les faits que je viens de vous rappeler nous conduisent à cette conclusion importante : *il existe de grandes différences dans la propagation des bruits de frottement péricardiaque, selon que la péricardite se*

développe sur un cœur normal et de dimensions naturelles, ou sur un cœur dilaté et hypertrophié (1).

Je vous ai parlé de l'inflammation rhumatismale qui affecte le tissu même du cœur ; je dois ajouter que le rhumatisme cardiaque est admis par induction bien plutôt que par démonstration suffisante. En tout cas, il suffit d'un peu d'attention pour voir que le rhumatisme proprement dit affecte certains muscles bien plus souvent que d'autres. Les muscles locomoteurs sont le siège de prédilection du rhumatisme, et même parmi ceux-là on constate d'inexplicables différences. Les muscles qui président aux mouvements de la tête et du cou, ceux qui font mouvoir la colonne lombaire, sont bien plus fréquemment atteints que tous les autres ; d'autre part, tous les muscles de la vie organique possèdent une immunité relative. Le vaste appareil musculaire de l'intestin est bien rarement pris, si toutefois il l'est jamais ; il en est de même des muscles de la vessie, et l'on peut se demander si le tissu charnu du cœur ne jouit pas de la même prérogative.

Il est certain que les muscles cardiaques sont souvent le siège de mouvements irréguliers et tumultueux, par suite de l'inflammation rhumatismale qui affecte leurs membranes d'enveloppe ; mais cette action anormale serait impossible ou excessivement douloureuse, si le

(1) Sans nier l'influence de l'augmentation de volume du cœur sur l'extension des bruits de frottement, Stokes n'accorde point à cette circonstance une valeur aussi considérable : il a vu des malades chez lesquels le bruit se propageait dans une grande étendue du thorax, quoique le volume du cœur fût normal ; il n'a pas constaté non plus que les épanchements liquides de la plèvre, même lorsqu'ils déterminent le déplacement excentrique du cœur, aient pour effet d'augmenter l'étendue des bruits de frottement, et il pense, en résumé, que la propagation plus ou moins éloignée du bruit dépend avant tout de la nature du son lui-même.

Le même auteur a fait connaître un nouveau caractère des bruits de frottement péricardiaque : « Si, pendant que le stéthoscope est appliqué sur la région précordiale, on exerce avec la main une forte pression d'avant en arrière, ou si l'on appuie fortement la tête sur l'instrument, on constate souvent une augmentation notable dans l'éclat et la netteté des bruits de frottement ; on peut de la sorte, dans le décours de la maladie, reproduire, jusqu'à un certain point, les caractères d'intensité et de rudesse que présentaient les bruits au début des accidents. Ce résultat est encore plus facilement obtenu lorsqu'un aide presse avec le plat de la main sur la région précordiale, pendant que le médecin écoute avec le stéthoscope. Il va sans dire que cette modification des bruits varie avec l'élasticité de la paroi thoracique ; aussi est-elle très-prononcée chez les enfants, chez les femmes et chez les hommes jeunes et débiles. »
(*Loc. cit.*, p. 19.)

(Note du TRAD.)

su même du cœur était atteint d'un rhumatisme semblable à celui que nous observons dans le lumbago ou dans le torticolis. Non-seulement une affection de ce genre rendrait les mouvements du cœur extrêmement pénibles, mais il est même probable qu'elle les enrayerait complètement.

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON.

LA PÉRICARDITE. — ÉPANCHEMENTS DANS LE PÉRICARDE. — AFFECTIONS ORGANIQUES DU CŒUR.

La détermination de la cause des bruits du cœur présente de grandes difficultés. —

Observations. — Une lésion organique du cœur peut rester longtemps latente.

Terminaison de la péricardite par épanchement. — Observation. — Traitement. —

Lésions anatomiques.

Dilatation du côté gauche du thorax par suite de la distension du péricarde. — Cause de la sonorité exagérée que donne parfois la percussion.

Anomalie singulière de l'artère pulmonaire.

MESSIEURS,

Nous nous sommes occupés, dans notre dernière conférence, des signes et des symptômes de la péricardite; pour continuer aujourd'hui l'étude de ce sujet, je vous rappellerai l'histoire de Connell, qui est entré dans le service le 10 août dernier. Cet homme, âgé de cinquante ans, souffrait depuis huit ans de palpitations et de dyspnée; ces deux symptômes s'étaient considérablement aggravés depuis quelque temps. Du reste, Connell avait toujours eu des habitudes d'intempérance; il buvait tous les jours dix à vingt verres de whisky. A son entrée à l'hôpital, il était fort amaigri; il avait les jambes œdémateuses et le ventre tuméfié. Il toussait et rendait des crachats purulents; lorsqu'il était en repos, il n'avait pas de dyspnée; le pouls, à 74, était mou et régulier; décubitus latéral droit; pas de douleur dans la poitrine ni dans l'abdomen. Les jugulaires ne sont pas dilatées, mais les lèvres et les lobules des oreilles sont bleus; les artères du cou et celles des membres supérieurs ne présentent ni pulsations visibles, ni *thrill*, ni bruit de souffle; les palpitations n'ont lieu que lorsque le malade marche.

Signes physiques. — Matité thoracique du côté droit en avant et en arrière ; dans la partie supérieure, le bruit respiratoire est faible et mêlé de râles ; au-dessous il est à peine perceptible. Le côté gauche de la poitrine est sonore ; la respiration est forte, puérile, sans mélange de bruits anormaux. La matité précordiale est légèrement augmentée, surtout vers le sternum ; l'impulsion du cœur est forte et un peu diffuse, les bruits sont éclatants. Le premier ton est accompagné d'un bruit de soufflet qui se fait entendre dans toute la région du cœur, et qui présente son maximum d'intensité à la gauche du mamelon. *Ce bruit ne se propage pas le long du trajet de l'aorte ; il n'existe pas de frémissement.*

Depuis le jour où Connell entra à l'hôpital jusqu'au moment de sa mort, qui eut lieu cinq semaines après, il ne survint pas la moindre modification dans les phénomènes cardiaques. Le pouls conserva sa fréquence naturelle ; il resta régulier et sans intermittences ; la respiration était facile tant que le malade ne s'agitait pas. Mais l'anasarque fit de notables progrès, et la toux devint de plus en plus pénible. Les râles qu'on percevait dans la poitrine prirent peu à peu le caractère du gargouillement, et le 20 septembre Connell succomba.

Autopsie. — Épanchement considérable dans l'abdomen. Les intestins sont sains ; le foie est quelque peu augmenté de volume, ses bords sont émoussés ; à cela près, il est normal. La vésicule biliaire renferme quelques calculs. De vieilles adhérences fixent les poumons aux parois de la poitrine. Le poumon gauche est dans un état d'intégrité parfaite ; le droit est criblé de tubercules ; il présente de petites cavernes au sommet. Le cœur est hypertrophié, et il adhère au péricarde dans toute son étendue ; l'union a lieu au moyen d'une membrane épaisse. Il n'existe ni vascularisation, ni épanchement plastique récent, mais le péricarde est extrêmement épais. *Toutes les valvules du cœur, sigmoïdes, tricuspide et mitrale, étaient parfaitement saines. L'aorte était dilatée dans sa portion ascendante (non au niveau de sa crosse) ; il ne restait pas de trace de la membrane interne ; toute la surface était rude et rugueuse, par suite d'un dépôt abondant de matière terreuse dans la unique moyenne.* La crosse et la portion descendante du vaisseau étaient intactes ; quant aux sigmoïdes, on s'assura qu'elles remplissaient régulièrement leurs fonctions : lorsqu'on versa de l'eau dans l'aorte, pas une goutte de liquide ne pénétra dans le ventricule.

Dans ce cas, la persistance du bruit de soufflet pendant plusieurs semaines, et son siège constant dans le même point, ne permettaient

pas de douter qu'il ne fût de cause organique. Quoique également perceptible à droite, ce bruit s'entendait surtout à gauche, et nous avons pensé que la valvule mitrale était le siège de la lésion. Toutefois je considérais déjà ce diagnostic comme plus hasardeux que certain, et je vous disais que je n'y avais qu'une très-médiocre confiance ; le maximum d'intensité du bruit correspondait à la valvule mitrale, c'est vrai ; mais, dans la majorité des cas, l'insuffisance auriculo-ventriculaire est accompagnée d'un dérangement très-marqué dans le pouls.

D'un autre côté, je vous faisais remarquer que l'absence du bruit sur le trajet de l'aorte ne permettait pas de s'arrêter à l'idée d'une lésion des valvules de cette artère ou de sa surface interne ; et, en fait, les auteurs sont unanimes à faire de la prolongation du bruit le signe caractéristique des affections de ce genre. L'absence de *thrill* et de pulsations appréciables à la vue renversait l'hypothèse d'une insuffisance aortique ; et pourtant, en dépit de ces notions théoriques si précises, l'autopsie a montré que le bruit anormal était occasionné par l'état rugueux de toute la portion ascendante de l'aorte.

Tel est ce fait directement contraire aux notions généralement admises ; et il y a là, pour moi, la démonstration directe de l'inanité de toutes les lois absolues formulées par les pathologistes, qui prétendent découvrir constamment la cause des bruits cardiaques, en se basant sur leur siège et leur propagation. Que d'autres expliquent le fait, s'ils le peuvent : il est toujours fort étrange qu'un bruit de souffle éclatant, déterminé par des rugosités aortiques, ait eu son maximum d'intensité au niveau de la valvule mitrale, et ne se soit pas prolongé sur le trajet de l'artère. Comment distinguera-t-on les cas de ce genre de ceux dans lesquels la valvule mitrale est réellement en cause (1) ?

(1) Quelle que soit l'interprétation que l'on donne à ce fait, il n'en est pas moins fort intéressant et fort instructif, puisqu'il nous démontre d'une façon péremptoire les erreurs auxquelles peuvent donner lieu les signes stéthoscopiques les plus nets, dans la détermination diagnostique des lésions cardiaques. Mais il est permis de se demander si l'état rugueux de l'aorte était réellement ici la cause productrice de ce souffle intense que l'on entendait au niveau de la pointe du cœur, et qui ne se prolongeait pas dans le sens du courant du sang. J'en doute pour ma part, et je ne serais pas éloigné de voir dans ce bruit de souffle le résultat d'une insuffisance mitrale, déterminée elle-même par l'adhérence du péricarde au cœur ; déjà Stokes, qui a consigné l'observation de Graves dans son ouvrage, fait observer que ce bruit de souffle pouvait bien tenir tout simplement à un changement dans la forme des ventricules, changement produit par les conditions anormales du péricarde. Cette explication fort hypothétique de

Dans une leçon clinique à King's College Hospital (leçon qui a été publiée par le *Medical Gazette* du 7 janvier 1842), le docteur Budd a rapporté un fait tellement identique avec le précédent, soit pour les signes

Stokes ne rendrait point compte elle-même du bruit de souffle dont il s'agissait, car une modification de la forme des ventricules ne saurait se traduire par un souffle, si elle ne retentit pas sur les orifices ou sur les valvules, de façon à en altérer à la fois les dimensions et les fonctions. Or, cette insuffisance mitrale secondaire, que j'invoquais tout à l'heure pour expliquer le fait de Graves, n'est point une simple vue de l'esprit ; je l'ai observée tout récemment sur un cœur dont les orifices gauches étaient extrêmement dilatés, par suite d'une adhérence généralisée du péricarde. J'ai publié cette observation, qui est sans analogue dans la science, dans la *Gazette hebdomadaire* (1861) ; mais en raison de son importance au double point de vue de la pathologie et de la physiologie, je crois devoir la reproduire ici avec les réflexions dont j'en avais fait suivre la relation.

Le 12 septembre 1861, un jeune homme de vingt-deux ans entrain à l'hôpital Beaujon pour de violents battements de cœur et une tuméfaction considérable des membres inférieurs et du ventre. Ce garçon, d'une constitution primitivement robuste, exerçait la profession d'ébéniste ; mais depuis trois mois il avait dû renoncer à toute espèce de travail ; il nous arrivait épuisé déjà par de longues souffrances, et il nous présentait un type si parfait du *facies cardiaque*, qu'un coup d'œil suffisait vraiment pour reconnaître la nature de l'affection dont il était atteint. A voir ce malheureux assis plutôt que couché dans son lit, en proie à une dyspnée apyrétique des plus intenses, à voir la bouffissure et la teinte jaunâtre de la face, le gonflement des paupières et la dilatation des veines du cou, on ne pouvait hésiter sur un diagnostic que venait bientôt confirmer l'examen ultérieur. Les membres inférieurs jusqu'à leur racine étaient le siège d'un œdème considérable ; le scrotum et le prépuce étaient infiltrés ; le gonflement du ventre tenait à un épanchement ascitique qui remontait jusqu'au niveau de l'ombilic ; le foie, dont la limite supérieure n'était pas modifiée, dépassait de trois travers de doigt le rebord inférieur des côtes ; des râles sous-crépitaux à la base des deux poumons, en avant et en arrière, et une expectoration sanguinolente, démontraient l'existence d'une légère congestion de l'appareil broncho-pulmonaire ; l'urine était rare, haute en couleur, non albumineuse. Si j'ajoute que ce malade avait eu en 1859 une scarlatine grave qui l'avait retenu cinq semaines à l'hôpital, et au printemps de 1860 un rhumatisme articulaire aigu qui avait nécessité le séjour au lit pendant vingt-cinq jours environ, on conviendra sans doute avec moi que le diagnostic, affection du cœur, était d'une complète évidence, et qu'il pouvait être formulé avec une certitude presque absolue, avant toute exploration de la région précordiale et du pouls.

Or, voici ce que révélait l'examen direct :

Il n'existe pas de voussure ; les mouvements du cœur sont parfaitement appréciables à la vue, à travers les parois thoraciques, bien que l'amaigrissement ne soit pas considérable. Au niveau de la pointe, frémissement intense, qui n'est plus perceptible à la base ; la palpation permet de reconnaître que les battements sont tout à fait superficiels, et qu'ils occupent une grande étendue ; mais ils ne présentent pas l'énergie que ces conditions feraient supposer tout d'abord. Ils sont d'ailleurs réguliers ; leur fréquence oscille entre 80 et 84. Le choc de la pointe contre la paroi de la poitrine coïncide

physiques, soit pour les symptômes généraux, qu'un observateur impartial, après la lecture des deux relations, conclura nécessairement qu'il s'agissait, dans les deux cas, de la même altération anatomique.

exactement avec le pouls carotidien.—L'étendue de la matité précordiale est notablement augmentée; la limite supérieure correspond à la troisième côte gauche, l'inférieure à la septième; la pointe du cœur bat en effet dans le sixième espace intercostal; elle est même plus rapprochée de la septième côte que de la sixième. Dans le sens transversal, les résultats de la percussion ne sont pas moins nets: la matité commence au niveau de la ligne médiane, et se prolonge jusqu'à cinq travers de doigt en dehors du bord gauche du sternum. Du reste, la matité normale est beaucoup plus modifiée dans ses limites qu'elle ne l'est dans sa nature; je constate en effet une submatité bien plutôt qu'une matité absolue, et la résistance au doigt n'est pas beaucoup accrue.

A l'auscultation, les battements du cœur sont éclatants; ils ont lieu immédiatement sous l'oreille; mais l'impulsion n'est point en rapport avec l'augmentation de volume considérable qu'a révélée la percussion: en fait, cette impulsion n'est guère plus forte que celle d'un cœur normal. Je trouve dans la région précordiale deux bruits de souffle parfaitement distincts; il n'y a pas d'erreur possible au sujet de la dualité de ces souffles, il n'y a pas même lieu de se demander si cette dualité n'est qu'apparente, et si elle ne tiendrait pas tout simplement à un phénomène de propagation, car les deux bruits anormaux diffèrent non-seulement par leur timbre et par leur tonalité, mais ils diffèrent aussi par le temps qu'ils occupent dans la révolution cardiaque: l'un de ces souffles présente son maximum d'intensité dans le sixième espace intercostal, au niveau même de la pointe du cœur; c'est lorsqu'on couvre cette partie de l'organe avec le pavillon du stéthoscope que l'on peut apprécier avec le plus de netteté le caractère de ce bruit; le timbre en est rude, presque râpeux, le ton en est très-élevé. Ce souffle masque complètement le premier bruit normal qu'il égale en durée; c'est au moment précis où a lieu le choc du cœur contre la paroi thoracique, que le souffle présente son intensité maximum.—Au niveau de la base de l'organe, le premier bruit normal est altéré par la propagation du souffle de la pointe; le second bruit est remplacé par un souffle doux, prolongé, dont le ton est moins aigu que celui du précédent; ce murmure est perçu, soit dans le troisième espace intercostal gauche, le long du sternum, soit dans le point correspondant du côté droit, où il est même plus net et plus fort.— Il n'existe pas de souffle dans les gros vaisseaux du cou. Les carotides primitives et les sous-clavières, dans leur portion cervicale, présentent un *thrill* manifeste. Il n'y a pas de pulsation dans les jugulaires.— Le pouls est médiocrement plein; par sa force, il est en rapport avec l'impulsion du cœur, mais non avec le volume de l'organe; il est inégal, en ce sens qu'il a dans certaines pulsations le caractère bondissant, tandis que, dans les battements suivants, la petitesse est le phénomène principal. Il n'existe pas d'intermittences; l'élévation du membre supérieur ne modifie pas les pulsations radiales, dont la fréquence est la même que celle des battements cardiaques.

Prenant en considération, d'une part, les signes physiques fournis par l'examen du cœur, d'autre part les troubles déjà très-prononcés de la circulation générale, je formule le diagnostic suivant: *dilatation du cœur sans hypertrophie notable, — insuffisance de la valvule mitrale avec rétrécissement probable de l'orifice, — insuffisance aortique.* J'attribuais à la lésion mitrale l'absence de deux des signes caractéristiques de l'insuf-

« Maria Pepler est entrée à King's College Hospital le 18 novembre 1840. Elle est âgée de vingt-cinq ans, et elle a passé sa vie dans la domesticité. Sa santé est habituellement bonne ; mais, il y a cinq ans,

finance aortique, je veux dire le souffle dans les vaisseaux du cou, et l'ampleur du pouls.

Le lendemain, j'appelai l'attention des élèves du service sur un phénomène qui m'avait déjà frappé la veille ; mais j'avais évité de me prononcer sur la valeur de ce signe, parce que je voulais avant tout être assuré de sa persistance. Mon malade présentait une ondulation épigastrique des plus marquées, et chacun des chocs du cœur contre la paroi thoracique était accompagné d'une dépression notable qui apparaissait immédiatement au-dessous des fausses côtes gauches. Ces symptômes étaient si nets, qu'ils me remirent tout de suite en mémoire les assertions de Heim et de Sander : aussi, lorsque des explorations répétées le 13 septembre au soir, et le 14 au matin, m'eurent convaincu de la constance de ces phénomènes, je n'hésitai pas à compléter mon diagnostic en annonçant *une adhérence générale du péricarde au cœur*.

Il serait fort inutile de consigner ici les détails quotidiens d'une observation d'affection cardiaque, qui n'a présenté d'autre anomalie que la rapidité de sa marche ; la thérapeutique est restée absolument impuissante, même pour atténuer momentanément les accidents. Je dirai seulement que le malade a vécu jusqu'au 5 octobre, et que, pendant vingt-deux jours je n'ai pas manqué une seule fois d'examiner l'état de son cœur, de m'assurer de la persistance des signes physiques que j'ai décrits plus haut ; je les ai constamment retrouvés avec les mêmes caractères, du moins pendant vingt jours. Ce jeune homme a succombé à cet état d'asphyxie lente, qui est un des modes de terminaison des affections cardiaques, et pendant les deux derniers jours de sa vie, la puissance contractile du cœur était tellement annihilée, que l'auscultation ne faisait plus entendre qu'un bruit sourd, tumultueux et confus.

L'autopsie, pratiquée vingt-cinq heures après la mort, est venue confirmer la plus grande partie de mon diagnostic ; mais je ne m'attendais point, je l'avoue, à la déception qu'elle me réservait, quant à la nature des lésions valvulaires.

La cavité du péricarde a entièrement disparu par suite de l'absence totale des deux feuilletts séreux ; cette adhérence n'est point immédiate : la néomembrane, qui a subi la transformation celluleuse, a une épaisseur peu considérable ; aussi l'union est-elle facilement rompue à l'aide de tractions légères ; néanmoins, je le répète, cette union est générale et totale. Le péricarde n'adhère point à la paroi thoracique antérieure ; il n'est pas non plus soudé à la plèvre.

Le volume du cœur est considérable, et parfaitement en rapport avec les résultats que donnait la percussion pendant la vie ; mais la dilatation des cavités a marché sans hypertrophie proportionnelle, et elle a porté principalement sur la moitié gauche. La capacité du ventricule gauche en particulier est notablement accrue ; elle dépasse d'une bonne moitié les dimensions normales ; l'oreillette correspondante est également distendue ; l'aorte est dilatée dans toute l'étendue de son trajet intrapéricardique. Ces modifications remarquables, dont le mécanisme est si facile à saisir, sont moins prononcées dans l'oreillette et dans le ventricule droit ; cependant les parois du cœur droit sont évidemment amincies.

Jusque-là rien de mieux, et j'avais tout lieu d'être satisfait de l'exactitude de mon

elle fut atteinte d'un œdème des jambes, qui disparut toutefois au bout de six semaines. Depuis cette époque, cette fille a des palpitations, la respiration courte, et elle tousse de temps en temps ; toutes les fois

diagnostic. Je soumetts alors les sigmoïdes de l'aorte à l'épreuve par l'eau, et je constate que le liquide coule abondamment dans le ventricule ; renversant le cœur de façon qu'il présente sa pointe en haut, je verse de l'eau par l'ouverture que j'ai pratiquée au sommet du ventricule gauche, et l'insuffisance de la mitrale est aussitôt démontrée par l'écoulement du liquide à travers les orifices béants des veines pulmonaires. Désireux enfin de connaître les lésions qui ont déterminé cette double insuffisance, j'ouvre largement le ventricule et l'oreillette gauches, ainsi que l'aorte ascendante, et, à ma grande surprise, je trouve l'endocarde parfaitement sain; il n'a pas même perdu l'état lisse et poli qui lui est naturel; les replis valvulaires examinés sur leurs deux faces, les cercles fibreux auxquels ils sont attachés, la surface interne de l'aorte, ne présentent pas la moindre altération ; les orifices sont parfaitement libres, et ils ont subi une dilatation proportionnelle à celle des cavités. Cette dilatation, qui reconnaît évidemment pour cause une traction toute mécanique, a porté principalement sur l'orifice mitral, dont la circonférence ne mesure pas moins de 122 millimètres.

Je m'étais donc trompé en rapportant à une endo-péricardite antérieure l'affection que j'avais observée, je m'étais trompé en admettant l'existence d'une lésion organique des valvules, je m'étais trompé enfin en concluant (d'après la rudesse et l'intensité du premier bruit du souffle, et d'après les troubles précoces de la circulation générale) que l'insuffisance mitrale était compliquée de rétrécissement; une péricardite était, en réalité, la cause unique de tous les accidents, et cette phlegmasie remontait sans doute au printemps de 1860, époque à laquelle le malade, on s'en souvient, avait été atteint de rhumatisme articulaire aigu. Peut-être même la scarlatine de 1859 n'était-elle pas complètement étrangère à cette inflammation du péricarde. Il importe d'ajouter que les valvules du cœur droit auraient également pu servir de modèle pour la démonstration de l'état normal. Les orifices étaient aussi dilatés; mais cet agrandissement n'était point comparable à celui des orifices gauches : l'orifice auriculo-ventriculaire droit présentait dans sa circonférence 10 millimètres environ de moins que le gauche, et l'on sait que ses dimensions naturelles sont toujours supérieures à celles de l'ouverture mitrale. Il y a donc dans ce renversement de l'état normal une preuve indirecte de la dilatation considérable qu'avait subie l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Les valvules droites étaient encore suffisantes ; l'artère pulmonaire était parfaitement saine.

Tel est ce fait, qui présente, selon moi une importance considérable à plusieurs points de vue, et qui mérite, je crois, la plus sérieuse attention.

Et d'abord, cette observation est unique dans la science : la dilatation du cœur sans hypertrophie proportionnelle a été signalée comme l'une des suites possibles de l'adhérence du péricarde ; l'insuffisance aortique pure, par augmentation du calibre de l'artère, est connue depuis longtemps; mais le défaut d'occlusion de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par dilatation simple de l'ouverture mitrale et du ventricule gauche, dilatation qui a eu pour conséquence immédiate l'insuffisance de la valvule bicuspide, voilà ce qui n'a point encore été noté. En fait, je n'ai trouvé dans aucune observation cet ensemble pathologique dont les divers éléments ont présenté chez mon malade une

qu'elle s'expose au froid, l'œdème reparaît. A son entrée à l'hôpital, elle se plaignait surtout de ses battements de cœur; le moindre mouvement en augmentait la violence, et elle avait parfois des défaillances.

Corrélation sinette, si facilement saisissable : péricardite laissant après elle une symphyse cardiaque générale ; — dilatation de l'origine de l'aorte par rétraction du tissu conjonctif de nouvelle formation, d'où insuffisance des sigmoïdes ; — dilatation du ventricule gauche et de l'orifice mitral reconnaissant une double origine, l'adhérence du péricarde et le défaut d'occlusion de l'orifice aortique : cette dilatation sans hypertrophie avait amené l'insuffisance de la valvule bicuspidée. C'est ainsi que ce jeune homme, avec un endocarde parfaitement sain, avec des valvules, des orifices et des vaisseaux parfaitement intacts, se trouvait exposé à tous les accidents, à tous les dangers des affections organiques du cœur les plus graves : l'événement ne l'a que trop prouvé.

J'ai insisté à plusieurs reprises sur ce fait que les parois du cœur n'étaient point épaissies. C'est qu'en effet cette absence d'hypertrophie me paraît avoir joué un rôle considérable, sinon dans la production des phénomènes morbides, au moins dans la rapidité de leur marche ; nul doute qu'avec une hypertrophie pariétale marchant parallèlement à la dilatation cavitaire, l'insuffisance des valvules n'eût pu être longtemps prévenue. — Ce fait vient donc prouver une fois de plus que l'hypertrophie du cœur n'est point un résultat constant de l'adhérence du péricarde : déjà Barlow, Chevers, Walshe et Gairdner avaient insisté sur ce point ; plus récemment W. Stokes a justifié par de nouvelles observations une assertion qu'il avait déjà émise dans ses travaux intérieurs, à savoir, que l'adhérence du péricarde peut avoir pour l'état du cœur les résultats les plus opposés ; et Kennedy parle de cinq cas dans lesquels on a constaté l'atrophie de l'organe.

On admet généralement aujourd'hui que la symphyse cardiaque n'entraîne par elle-même aucun accident, et que les symptômes graves signalés par Lancisi, Sénac, Corvisart, Kreysig, etc., doivent être rapportés aux altérations valvulaires concomitantes. Cette conclusion est parfaitement juste, et j'ai fait connaître, il y a trois ans, l'histoire d'un malade chez lequel, en raison de l'intégrité parfaite des orifices et des valvules, une adhérence totale du péricarde n'avait déterminé aucun accident appréciable. Mais il ne faudrait cependant pas aller trop loin dans cette voie ; et pour ma part je ne crois pas qu'on puisse attribuer à la symphyse cardiaque une innocuité absolue, du moment que cette lésion, en modifiant les dimensions des orifices du cœur, peut amener à elle seule des troubles graves dans la circulation intra-cardiaque.

Mais quelque intérêt que présente cette observation en elle-même, puisqu'elle nous montre un cas type d'*insuffisance mitrale pure*, elle acquiert plus d'importance encore lorsqu'on songe aux conséquences qu'il est permis d'en déduire.

Malgré l'absence de toute production anormale sur les valvules ou leurs anneaux, malgré l'absence de tout rétrécissement même relatif (les orifices étaient dilatés, j'ai eu soin de le noter), malgré la conservation de l'état lisse et poli de la surface interne du cœur et des gros vaisseaux, le défaut d'occlusion de l'orifice mitral et de l'aortique avait déterminé deux bruits de souffle ; bien plus, le premier de ces souffles, celui qu'on percevait à la pointe de l'organe, et qui se rattachait à l'insuffisance de la valvule bicuspidée, était rude, presque râpeux : il n'est donc pas exact de dire que l'insuffisance

La dyspnée était telle, que la malade ne pouvait rester couchée sur le dos; elle était tourmentée en outre par une toux des plus pénibles, dont les accès étaient quelquefois si prolongés, qu'ils amenaient des vomissements; les crachats se composaient de mucosités spumeuses. Les lèvres et les joues étaient d'une couleur pourpre foncé, et les jugu-

mitrale *pure* ne donne lieu à aucun bruit de souffle. Dans le cas particulier, ce souffle ne pouvait avoir d'autre cause que le reflux anormal du sang au moment de la contraction du ventricule; c'est-à-dire que la collision des molécules sanguines rétrogrades avec celle de l'ondée progressive de l'oreillette suffisait pour déterminer un bruit de souffle qui avait toute l'intensité, toute la rudesse des *souffles organiques* les mieux caractérisés. La connaissance de ce fait pourra, si je ne me trompe, rendre compte d'un grand nombre de ces cas, inexplicables en apparence, dans lesquels on ne trouve à l'autopsie aucune altération appréciable ni de l'endocarde, ni des valvules, ni des gros vaisseaux bien qu'on ait constaté nettement pendant la vie l'existence de souffles rudes et permanents.

Un mot encore, et je finis.

Une insuffisance mitrale pure, dégagée de tout rétrécissement, ne peut modifier la circulation intra-cardiaque qu'au moment de la contraction du ventricule; par conséquent, le bruit de souffle produit par cette insuffisance doit correspondre exactement à la systole ventriculaire; mais chez mon malade ce bruit de souffle masquait complètement le premier bruit normal du cœur, et il coïncidait de la façon la plus nette avec le choc de la pointe contre la paroi thoracique : *donc le premier bruit normal du cœur est produit au moment de la systole; et la contraction des ventricules est parfaitement isochrone au choc de la pointe.*

L'importance de ces conclusions apparaît d'elle-même; il serait superflu d'y insister. Heim, cité par Kreysig.

Sander, *Hufeland's Journal der praktischen Heilkunde*, 1820.

Barlow, *Medical Gazette*, 1847.

Chevers, *Guy's hospital Reports*, IX.

Walshe, *Practical treatise on disease of the lungs and heart, and of other organs*. London, 1851.

Gairdner, *On the favourable termination of pericarditis, and especially in adhesion of the pericardium, etc.* (*Edinburgh monthly Journal of med. science*, 1851.)

W. Stokes, *The diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854.

Kennedy, *On adherent pericardium, its diagnosis and its results* (*Edinburgh medical Journal*, 1858).

Lancisi, *De motu cordis et anevrismatibus*. Romæ, 1728.

Sénac, *De la structure du cœur, de son action et de ses maladies*. Paris, 1749.

Corvisart, *Essai sur les maladies et les lésions organiques du cœur et des gros vaisseaux*. Paris, 1814.

Kreysig, *Die Krankheitendes Herzens, systematisch bearbeitet und durch eigene Beobachtungen erlautert*. Berlin, 1814-1817.

Jaccoud, *Note sur un cas de tuberculisation généralisée avec adhérence totale du cœur* (*Bulletins de la Société anatomique*, 1858). (Note du TRAD.)

lares présentait une distension considérable. Les extrémités inférieures étaient infiltrées, mais il n'y avait point d'œdème à la face ni aux mains. On entendait dans la région précordiale un bruit systolique, dont le maximum d'intensité répondait à la pointe du cœur *et au côté gauche du mamelon*. A la pointe, on ne percevait pas le bruit diastolique. Vers le sternum, et en remontant vers la base de l'organe, le bruit systolique s'effaçait peu à peu, et le son diastolique naturel devenait perceptible. L'aorte et les carotides n'étaient le siège d'aucun bruit anormal. L'auscultation des poumons révélait une hypersécrétion des bronches. Le 14 novembre, la malade mourut subitement.

« *Autopsie.* — D'un volume énorme, le cœur occupe une position transversale, et n'est recouvert en aucun point par le poumon. Le ventricule droit est hypertrophié ; les parois en sont plus épaisses et plus solides que celles du ventricule gauche. La pointe du cœur est constituée en totalité par le ventricule droit, qui descend plus bas que le gauche. Celui-ci ne présente ni hypertrophie, ni dilatation. Les deux oreillettes dilatées sont gorgées de sang. Unies par leurs bords, les valvules mitrales sont complètement rigides ; elles forment un orifice permanent qui admet à peine la pointe du petit doigt. Sous la membrane de revêtement des valvules existent des dépôts abondants de matière calcaire, mais il n'y a pas de végétations superficielles ; sur les valvules tricuspides, une ou deux excroissances verruqueuses extrêmement petites. Peut-être les valvules aortiques sont-elles un peu épaissies, mais sous tous les autres rapports elles sont parfaitement saines, ainsi que les sigmoïdes pulmonaires et l'aorte. »

En dépit des orgueilleuses prétentions des écrivains contemporains à la perfection du diagnostic, en dépit de leurs lois qu'ils donnent si volontiers comme absolues, il faut reconnaître qu'il n'y avait pas de distinction possible entre l'affection de Connell et celle de Pepler. Nous servirons beaucoup plus utilement la cause de la vérité, en avouant humblement que, dans l'état actuel de la science, une lésion mitrale grave ne peut pas toujours être différenciée d'un état rugueux de l'aorte.

Chez Connell, nous ne pouvions pas même soupçonner l'existence d'une aorte pavée, parce que plusieurs des signes physiques prétendus caractéristiques de cette lésion faisaient absolument défaut, à savoir : les vibrations le long du bord droit du sternum, l'éclat et la rudesse du bruit systolique dans les mêmes points et dans les artères du cou. Du reste, l'absence de ces deux signes, chez un malade dont l'aorte

était hérissée de pavés d'ossification, est à peine plus subversive de l'infaillibilité diagnostique moderne que la présence de ces deux mêmes symptômes dans un autre fait qu'a également raconté le docteur Budd (*Medical Gazette*, 24 décembre 1841), et dans lequel il s'agissait d'une altération des valvules aortiques. Après avoir rapporté l'observation du malade (il se nommait Coyne), l'auteur continue en ces termes : « Lorsque Coyne entra à l'hôpital, il était évident, d'après l'étendue de la matité précordiale, que le cœur était considérablement augmenté en volume, et l'impulsion puissante qui accompagnait les battements annonçait une hypertrophie du ventricule gauche. Nous fondant sur les pulsations visibles dont les artères étaient le siège, sur l'existence d'un souffle diastolique, qu'on entendait à la base du cœur, nous avons admis une lésion des valvules aortiques permettant le retour du sang dans le ventricule. Cette même lésion valvulaire pouvait rendre compte du bruit systolique éclatant que l'on percevait à la pointe. Les vibrations intenses que la palpation faisait constater tenaient à quelque ossification.

« Jusqu'ici nos prévisions ont été réalisées. Mais les vibrations que l'on sentait le long du bord droit du sternum, depuis la troisième côte jusqu'à la clavicule, l'éclat et la nature du bruit systolique dans ces mêmes points et dans les artères du cou, nous avaient fait admettre des plaques d'ossification à la surface interne de l'aorte ascendante. Sur ce point, nous nous étions complètement mépris; l'artère était dans un état d'intégrité parfaite.

« Le fait de Coyne nous apporte un enseignement utile; il nous montre à quel point une vibration systolique, née sur les sigmoïdes de l'aorte, peut se propager sur le trajet des artères. »

Dans le cas suivant, il y avait un bruit de souffle et un frémissement dans toute l'étendue de la poitrine, soit en avant, soit en arrière, sans aucun signe de péricardite ou de lésion valvulaire : je veux parler de Mary Robinson, cette charmante petite fille de dix ans, qui est entrée dans nos salles le 1^{er} novembre. Elle avait été jugée atteinte d'hydrocéphalie, et sous l'influence d'un traitement approprié, son état avait paru s'améliorer. Quatre jours après son arrivée à l'hôpital, voici ce que consignait le rapport. A moitié endormie, Mary crie de temps en temps à cause des douleurs qu'elle ressent dans la tête; sa figure est pâle; ses lèvres sont tuméfiées et décolorées; elle renverse sa tête en arrière; les muscles du cou sont rigides; la région cervicale n'est le siège d'aucun abcès, d'aucune tumeur, elle n'est point œdématisée. La

tête est chaude, mais les pupilles sont normales ; les deux carotides présentent des pulsations remarquables, avec un *thrill* et un bruit de soufflet éclatant ; l'action du cœur est violente, les bruits retentissent fortement ; on entend avec le premier un souffle très-intense, qui n'est pas limité à la région cardiaque, mais qui se propage dans toute la poitrine, *en avant et en arrière* ; on constate dans tous les points un frémissement très-marqué. Pas de bruit anomal dans l'aorte abdominale ; pas de dyspnée, pas de palpitations. La malade ne tousse pas ; elle n'accuse aucune douleur lorsqu'on exerce une pression sur la région du cœur, ou lorsqu'on refoule en haut le diaphragme vers la pointe de l'organe. Le pouls est à 100 ; il est plein et assez fort ; les fonctions digestives sont naturelles ; la peau est chaude.

Mary resta à l'hôpital encore dix ou douze jours après qu'on eut pris la note précédente ; le souffle et le *thrill* étaient devenus peu à peu moins intenses ; mais lorsque la malade sortit du service, ils n'avaient point encore entièrement disparu.

Un phénomène très-remarquable ici, c'était la présence d'un frémissement très-fort ou d'un *mouvement vibratoire* perceptible à la main, dans tous les points du thorax. Ce mouvement paraissait avoir la même intensité dans toutes les régions de la poitrine ; il était synchrone avec le mouvement systolique et avec un bruit de soufflet éclatant qu'on entendait également dans la totalité de la région thoracique. J'avais regardé ces phénomènes comme complètement indépendants d'une péricardite ou d'une lésion valvulaire, et l'événement montra que j'étais dans le vrai, puisque tous ces signes physiques disparurent sous l'influence des antispasmodiques et d'un bon régime.

Or deux questions fort intéressantes se présentent ici : Comment distinguer les cas semblables d'une péricardite ou d'une affection valvulaire ? — Comment concevoir la production des phénomènes physiques présentés par notre petite fille ? On pourrait croire tout d'abord qu'un *thrill* aussi intense, un souffle aussi éclatant, ne peuvent pas être le fait d'une péricardite : cette opinion ne serait point exacte ; car j'ai vu avec le docteur Parkinson, dans North-Great-Charles street, un malade atteint d'une inflammation du péricarde, et chez lequel, du matin au soir, dans l'intervalle de deux visites, un souffle retentissant et un mouvement vibratoire violent avaient apparu dans toute l'étendue de la poitrine. Malheureusement, je n'ai point pris de notes sur ce fait, et je ne puis vous dire si les carotides présentaient les mêmes phénomènes. Je le regrette d'autant plus que si chez cet homme les carotides

n'étaient le siège d'aucun bruit, le diagnostic entre cette péricardite et l'affection de Mary Robinson devient extrêmement simple. Du reste, chez notre petite fille, l'absence de dyspnée, l'intégrité parfaite des fonctions respiratoires, suffisaient pour faire rejeter l'idée d'une phlegmasie du péricarde ; en effet, pour déterminer des phénomènes physiques aussi prononcés, il eût fallu une péricardite d'une grande sévérité, et, dans ce cas, la maladie se traduit par des désordres fonctionnels qui sont aisément reconnaissables.

Quant à une lésion valvulaire, il me suffira de vous rappeler que, dans les affections de cette nature, le *thrill* et le souffle ne sont jamais également entendus dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien en avant qu'en arrière. Si nous voulons maintenant nous faire une idée de la cause de ces phénomènes, nous devons songer que des signes physiques identiques sont produits par le mouvement du sang, qui vibre sur les rugosités des artères ou des valvules cardiaques ; ce qui s'explique aisément par les lois ordinaires de l'acoustique ; de plus, les mêmes phénomènes peuvent être déterminés par le frottement de la péricardite. Pour ce qui est du *thrill* et du souffle que l'on perçoit si souvent chez les sujets hystériques ou nerveux, et chez les malades affaiblis, les physiologistes se sont dès longtemps mis en quête d'explications ; mais je ne sache pas que jusqu'ici ces symptômes aient été observés en dehors du système vasculaire, ou qu'on les ait constatés avec une égale intensité dans toute l'étendue de la poitrine.

Je ne suis point en mesure de combattre ni de défendre l'opinion généralement admise sur la cause des bruits vasculaires chez les individus nerveux ou affaiblis ; il m'est également impossible de vous donner une explication satisfaisante de ce qui s'est passé chez Mary Robinson, car les difficultés de l'interprétation sont encore accrues par ce fait, que ces phénomènes faisaient totalement défaut dans l'aorte abdominale et dans les artères des membres inférieurs.

Je vais maintenant vous entretenir d'un fait qui contraste singulièrement avec ceux qui précèdent. Vous voyez ici le cœur d'un malade qui est venu à pied chez moi, pour me consulter, il y a une quinzaine de jours. Je ne pourrais vous citer de meilleur exemple pour vous montrer jusqu'où peut aller une lésion organique du cœur avant de déterminer des symptômes inquiétants. Il s'agit ici d'un homme de cinquante-cinq ans qui avait constamment mené une vie très-active. Il s'était toujours bien porté, lorsqu'il y a six semaines, étant en voyage, il quitta sa voiture pour gravir à pied une colline assez élevée ; après

avoir marché pendant quelque temps, il se sentit oppressé; il avait la respiration si courte, qu'il fut obligé de s'arrêter pendant assez longtemps pour se remettre. Du reste, ce ne fut là qu'une indisposition passagère, qui ne laissa à sa suite aucune gêne respiratoire. Mais, à quelque temps de là, les mêmes phénomènes se reproduisirent, et le malade s'aperçut alors qu'il ne pouvait plus monter les escaliers, ni marcher un peu vite, sans être pris d'oppression. Néanmoins, après chaque accès de dyspnée, il se sentait parfaitement bien. Un mois plus tard, ce gentleman fut atteint par l'influenza, mais il n'y fit pas grande attention; il ne fut que fort légèrement incommodé, et il ne garda pas même la chambre. Lorsque je le vis pour la première fois, il me dit qu'il souffrait d'un refroidissement grave. Les battements du cœur étaient violents, irréguliers et tumultueux; le pouls présentait des caractères analogues; il était, du reste, tellement irrégulier, qu'on n'aurait pas pu le qualifier d'intermittent. On entendait, au premier temps, un bruit de souffle intense qui se prolongeait jusqu'à la base du sternum. Le malade était tourmenté par une toux bronchique, et il avait des paroxysmes de dyspnée qui rappelaient les accès d'asthme. La maladie prit dès lors une allure d'une rapidité peu ordinaire; la respiration devint de plus en plus difficile, il y eut bientôt une véritable orthopnée; un peu plus tard, cet homme fut atteint d'une hydropisie générale, et il mourut presque subitement quinze jours après.

Le cœur avait l'aspect qu'il présente dans le cas de lésion des valvules aortiques; c'était en effet à cette affection que nous avions affaire, et même il n'existait pas d'autre altération. Les sigmoïdes de l'aorte étaient ossifiées au point de ne pas permettre le passage de l'extrémité du petit doigt. Pour ce qui est du diagnostic, je dois vous dire que je n'avais pas été très-porté à localiser la lésion sur les valvules aortiques, j'étais même disposé à voir là une affection d'un autre genre. Il est vrai que le souffle avait un caractère râpeux qu'on pouvait attribuer au frottement du sang sur la surface rugueuse de l'aorte; mais, en raison de l'éclat du bruit et de sa diffusion, il était impossible d'en déterminer le siège avec une certitude absolue. Lorsqu'au contraire le bruit de souffle est d'une intensité médiocre, nous pouvons souvent en découvrir l'origine. Du reste, l'histoire de ce malade présente une autre particularité qui est bien digne d'intérêt: c'est la persistance de la vie avec un orifice aortique aussi profondément altéré. Il est même probable que, si la grippe n'était pas venue compromettre une situation déjà si grave par elle-même, cet homme eût vécu beaucoup plus longtemps. N'ou-

bliez donc pas, messieurs, qu'une lésion organique du cœur peut rester latente pendant de longues années, jusqu'à ce qu'une cause accidentelle vienne enrayer plus complètement encore les fonctions de l'organe. Chez le gentleman dont je vous ai parlé, c'est l'ascension d'une colline qui a été l'occasion de la révélation de la maladie ; l'attaque de grippe la fit parler plus haut encore. Ce sont les faits de ce genre qui donnent aux affections organiques du cœur un caractère de périodicité ; les choses vont au mieux pendant un certain temps, jusqu'à ce que quelque cause fortuite, déterminant un trouble fonctionnel, mette sur la voie de la lésion préexistante. Notez en outre que notre malade eut jusque dans les derniers temps une *dyspnée paroxystique* très-marquée. J'ajouterai, pour ne rien omettre, que l'autopsie nous a permis de constater l'existence d'une bronchite et d'une carnification des poumons, affections secondaires, qui reconnaissent sans doute pour cause la gêne considérable de la circulation.

Étudions maintenant la péricardite qui se termine par épanchement, et voyons les symptômes dont elle s'accompagne. Voici un fait qui a été suivi avec le plus grand soin, et les lésions ont été en harmonie si parfaite avec les manifestations symptomatiques, que je ne puis mieux faire que de le prendre pour base de ma description.

Mary Kernan, âgée de dix ans, entre à l'hôpital le 6 octobre. Elle est dans un accablement profond ; elle se plaint, elle pousse des gémissements, et elle présente tous les signes d'une gêne considérable de la respiration. Le pouls est à peine perceptible ; les extrémités sont froides ; il existe une sensibilité anormale au côté gauche de la poitrine. On couvre les parties douloureuses de ventouses sèches, on prescrit du carbonate d'ammoniaque et du calomel. Le lendemain matin, la malade est un peu soulagée, et voici alors ce qu'elle nous raconte :

Il y a huit jours, elle fut exposée à un courant d'air pendant qu'elle était couchée ; le jour suivant, elle eut des frissons, des vomissements, de la céphalalgie, des douleurs dans les reins, les cuisses et les jambes, et des battements de cœur tellement violents, qu'elle croyait, dit-elle, que « son cœur cognait contre sa poitrine ». Ces palpitations persistèrent pendant deux jours avec de légères intermissions. La malade éprouvait en même temps une douleur aiguë, lancinante dans la région mammaire : cette douleur, qui s'étendait au cou et dans le dos, avait son maximum d'intensité entre les deux épaules, et dans le bras gauche, où elle descendait jusqu'au coude ; les mouvements, les inspirations pro-

fondes, tous les efforts musculaires enfin l'aggravaient horriblement. En outre, cette pauvre petite ne pouvait rester couchée sur le côté gauche ; elle avait la respiration extrêmement courte, une toux pénible et incessante, sans expectoration. Cette toux existait depuis plusieurs jours, mais elle n'avait déterminé jusque-là aucune douleur, aucune manifestation morbide.

Localisée d'abord dans la poitrine, la douleur parut s'irradier vers le côté droit de l'abdomen, puis de là dans toute l'étendue du ventre, où elle était plus pénible encore que lorsqu'elle occupait son siège primitif. Cette enfant avait pris chez elle quelques purgatifs qui l'avaient un peu soulagée. Depuis quelques nuits, elle dormait à peine, et aujourd'hui, couchée sur le côté droit, gémissante et abattue, elle ne peut même plus se soulever sur son lit. Elle se plaint d'une soif ardente, d'une oppression considérable, et « d'un poids énorme qui pèse sur son cœur ». Palpitations violentes, douleurs vives dans la région mammaire. Lorsqu'on vient à exercer une légère pression sur ce point, on détermine une profonde anxiété.

La face est pâle, bouffie et œdémateuse ; les lèvres sont presque complètement décolorées. Le peau est chaude et sèche ; la respiration, rapide et pénible, se fait quarante-huit fois par minute ; le pouls est à 120 ; il est petit, faible, intermittent ; sa force varie du reste par instants. La langue est chargée et visqueuse.

Le côté gauche de la poitrine paraît plus plein, plus développé que le droit ; il semblerait que les muscles sont refoulés en dehors. Cette différence est surtout prononcée au niveau du mamelon. Toutefois la mensuration ne fait constater aucune inégalité dans le développement des deux moitiés latérales du thorax. A un pouce au-dessous de la clavicule et jusqu'à la limite inférieure de la région précordiale, la percussion donne un son complètement sourd ; dans le sens latéral, on obtient le même résultat dans un espace de plusieurs pouces. Le son présente les mêmes caractères au niveau de la partie moyenne et inférieure du sternum, et au côté droit de cet os ; en arrière, sur les deux épaules, jusqu'à l'épine de l'omoplate, la sonorité est exagérée. Dans tous ces points, le bruit respiratoire est extrêmement faible, mais il est pur de tout râle ; partout ailleurs il est très-éclatant. On ne peut sentir le choc du cœur ; les battements sont faibles ; au-dessus du mamelon les bruits ne sont pas distincts, mais ils deviennent plus perceptibles vers le sternum, et on les entend dans la région épigastrique. Pas de bruit anomal. L'abdomen est tendu, rénitent ; la pression au niveau du

foie est très-douloureuse. (*Applicantur hirudines sex regioni cordis et hypochondrio dextro. Habeat hydrargyri cum creta grana quinque, ter in die.*)

7 octobre. — Les sangsues n'ont été appliquées que sur la région hépatique ; la malade dit être un peu soulagée, elle peut se coucher plus facilement sur le côté gauche ; elle a mieux dormi, et ses gémissements ont été un peu moins fréquents. Le pouls est très-irrégulier pendant huit ou dix battements ; il est plein et mou ; puis diminuant de force, il augmente tout à coup de fréquence, jusqu'à battre à raison de 120 ou 130 fois à la minute ; bientôt après il s'efface graduellement et cesse d'être senti ; viennent enfin quelques pulsations distinctes, bien pleines, avec une fréquence de 88 ou 90. La respiration, à 48, est toujours pénible ; il y a eu deux selles ; la langue est sale et humide. Les résultats de la percussion sont les mêmes que précédemment. Au niveau des clavicules, le son est naturel ; immédiatement au-dessus de la clavicule gauche, à la partie inférieure du cou, existe un empâtement évident, que l'on ne retrouve pas du côté droit ; *pendant les accès de toux, on voit apparaître en ce point une tumeur qui s'efface dès que la quinte est passée.* Dans cette région, le bruit respiratoire est parfaitement distinct ; dans la portion inférieure du poumon gauche, il y a des râles sibilants. Les battements du cœur ne sont pas modifiés ; lorsque la malade est assise, c'est à peine si l'on perçoit les bruits normaux ; ils sont au contraire assez nets lorsqu'elle est couchée. (*Applicetur vesicatorium epigastrio, et repetantur pulveres hydrargyri cum creta.*)

8 octobre. — La nuit s'est passée sans sommeil ; les plaintes et la toux ont été continuelles. Aujourd'hui la figure est moins enflée, mais la respiration est encore plus difficile ; la malade se plaint surtout « de son étouffement et de son poids sur le cœur ». Le pouls a les mêmes caractères ; toutefois il n'est pas aussi irrégulier.

Pas de modification dans les phénomènes physiques ; la tumeur cervicale est plus apparente ; les râles bronchiques sont plus nombreux dans la région inférieure et moyenne de chaque poumon. Le ventre n'est pas aussi sensible, mais il est encore tuméfié ; il y a eu une selle.

On fait une autre application de sangsues, et l'on essaye de nouveau de produire la salivation par des frictions et des fumigations mercurielles.

9 octobre. — L'haleine a une légère odeur métallique. La respiration

semble être un peu moins difficile ; cependant il y a toujours 40 inspirations rapides par minute. Le pouls est le même.

Râles ronflants et sibilants dans les deux poumons en arrière. La toux, extrêmement pénible, est accompagnée de crachats visqueux et spumeux. Les douleurs sont plus vives encore ; le décubitus latéral gauche détermine immédiatement des palpitations. (*Repetantur omnia ut heri prescripta, et applicetur vesicatorium hypochondrio dextro.*)

10 octobre. — Mary se tient de préférence assise ; elle se trouve plus à l'aise, moins oppressée ; elle est en grande partie délivrée de son poids sur le cœur. Sa physionomie est meilleure, mais la respiration est toujours fréquente et laborieuse. *Le pouls est régulier, il bat 120 fois à la minute ; il ne présente plus de variations dans sa force, et l'on ne constate plus d'intermittences.* Le pouls a été compté pendant que la malade était assise sur son lit. Dans la région inférieure du thorax, surtout à gauche, la résonnance a perdu son caractère tympanique, mais elle le présente encore dans la partie supérieure de la poitrine. Le choc du cœur est imperceptible ; les bruits sont vaguement entendus le long du sternum. (*Applicetur vesicatorium lateri sinistro, et repetantur alia.*)

11 octobre. — Les variations dans la force du pouls ont reparu ; il a parfois des intermittences, et présente à peu près les mêmes caractères que le 7 octobre ; il bat 120 ; mais il est vrai que la malade est couchée. La nuit a été aussi mauvaise que la précédente. Mary nous dit que son cœur est encore plus comprimé qu'auparavant ; elle rapporte cette sensation au niveau de la partie inférieure droite du sternum. Sifflement guttural très-prononcé. En raison du nouveau vésicatoire, la poitrine n'est pas examinée ; la pression sur l'abdomen est douloureuse ; il est tuméfié et absolument mat à la percussion. (*Applicetur vesicatorium regioni cordis, et repetantur alia.*)

12 octobre. — Même état : tumeur à la partie inférieure gauche de la région cervicale, avec un bruit respiratoire normal et bien distinct ; résonnance naturelle au niveau des deux clavicules, avec un murmure vésiculaire très-pur ; un pouce plus bas, la percussion donne un son parfaitement sourd, que l'on retrouve sur la partie moyenne et inférieure du sternum, sur la face antérieure du côté droit de la poitrine et sur une portion de la région latérale gauche. Le bruit respiratoire est à peu près nul à gauche ; il est faible, mais distinct à

droite. En haut et en arrière, la percussion donne un son très-clair. On perçoit des râles bronchiques et crépitants au niveau des lobes inférieurs des poumons ; mais au niveau des lobes supérieurs le murmure vésiculaire est net, sans mélange de rhonchus. Aucune modification dans les battements du cœur. Le pouls est beaucoup plus faible ; 56 respirations par minute ; pas de dyspnée ; la langue est chargée.

13 octobre. — Le pouls est presque imperceptible. La respiration est excessivement laborieuse ; les lèvres sont livides.

La malade meurt à onze heures du soir.

Autopsie quatorze heures après la mort. — L'aspect extérieur du cadavre rappelle celui de la malade dans les dernières heures de sa vie : la figure est pâle, bouffie et œdémateuse ; le thorax, *notamment à gauche, est distendu et saillant* ; l'abdomen est tuméfié et arrondi. La percussion donne encore les mêmes résultats. Les téguments de la poitrine et de l'abdomen sont infiltrés. A peine le scalpel a-t-il entamé les cartilages des côtes gauches, qu'un flot de liquide jaune-paille s'écoule au dehors ; une fois le sternum enlevé, on ne distingue absolument que le péricarde, tant il est distendu : il occupe toute la ligne médiane, empiète sur le côté droit, et s'étend du diaphragme jusqu'à un pouce au delà de la fourchette sternale. Le poumon gauche est notablement diminué de volume ; il est refoulé en haut, contre la colonne vertébrale et les côtes ; il a perdu ses caractères normaux, et ressemble à un poumon qui a été comprimé par un épanchement pleurétique. Le poumon droit est affecté de la même façon, mais cependant à un moindre degré. Quelques adhérences de formation récente existent entre le poumon gauche et le péricarde, ainsi qu'entre les deux feuillets de la plèvre, au niveau du lobe supérieur du poumon droit.

La cavité du péricarde a une capacité trois fois plus grande qu'à l'état normal ; la surface extérieure est le siège d'une vascularisation très-prononcée ; la surface intérieure est polie, luisante, et recouverte d'une espèce de liquide gélatineux qui rappelle l'enduit muqueux de l'estomac ou de l'intestin. L'épaisseur du péricarde est de trois à cinq lignes (6 à 10 millimètres) ; mais si l'on examine attentivement la surface d'une coupe, il devient évident que cet accroissement en épaisseur est dû à la présence d'une fausse membrane. A la superficie de cette membrane adventice, on observe de petits dépôts de lymphe coagulée ; ils ont une teinte pourpre ou rouge noir ; du reste, ils dif-

diffèrent notablement au point de vue de leurs dimensions ; ils occupent surtout le voisinage de la base du cœur et cette partie de la séreuse qui est en rapport avec la surface postérieure de l'organe ; toutefois le plus considérable de ces dépôts, qui a une figure oblongue et une longueur de deux pouces environ, répond à la face antérieure du cœur. La face inférieure et antérieure du péricarde présente en outre une foule de dépressions ou fossettes qui peuvent admettre l'extrémité d'un stylet. Vers la base du cœur et au niveau de la face postérieure de la membrane d'enveloppe, les produits plastiques peuvent être divisés en plusieurs feuillets ; au-dessous on retrouve la séreuse, qui a conservé l'aspect lisse et poli de l'état normal.

On peut enlever aisément, au moyen d'une pince, des lambeaux solides de la fausse membrane.

Toute la surface du cœur présente une belle couleur de vermillon ; elle est revêtue d'une couche réticulaire de lymphes plastique, très-remarquable ; cette membrane de revêtement est excessivement délicate, mais intimement adhérente au feuillet séreux du péricarde, au niveau de la pointe du cœur. Près de la base, elle est plus dense, plus compacte ; le travail d'organisation y est plus avancé ; les fibres et les réseaux qu'elles forment sont plus développés.

Telle est l'épaisseur de cette couche à l'origine de l'aorte et de l'artère pulmonaire, qu'il est presque impossible de distinguer ces deux vaisseaux l'un de l'autre. La face inférieure des appendices auriculaires et la partie du cœur qui les avoisine immédiatement sont les seuls points qui ne soient pas complètement recouverts par l'exsudation plastique.

Mais, quelle que soit l'étendue de la fausse membrane qui revêt la face antérieure de l'organe, elle est encore dépassée par celle qui tapisse le cœur en arrière ; en ce point la lymphes plastique est plus avancée encore dans son organisation, elle est plus dense, plus ferme, et elle donne naissance à trois ou quatre prolongements résistants, qui lui adhèrent intimement.

Lorsqu'on enlève une portion de l'exsudat, la substance du cœur apparaît avec une teinte rosée ; l'organe n'est pas trop modifié dans son volume peut-être est-il cependant un peu plus considérable qu'à l'état normal. Les cavités n'ont pas été examinées.

L'ouverture de l'abdomen donne issue à un liquide semblable à celui qui était contenu dans la poitrine. Le foie est parfaitement sain ; au niveau de sa face convexe, quelques adhérences unissent les deux

feuillet du péritoine ; on en trouve d'autre éparses entre les circonvolutions intestinales. L'intestin n'a pas été ouvert.

En résumé , voici les points qui doivent plus spécialement attirer votre attention :

I. — Le volume considérable de la tumeur formée par le péricarde distendu.

II. — Le refoulement du poumon gauche au-dessus de la clavicule ; de là la tumeur observée en ce point.

III. — Le son tympanique qui résultait de l'application exacte du poumon contre les parois thoraciques *distendues*.

IV. — Les variations singulières du pouls , qui était parfois irrégulier et intermittent, tandis que, dans d'autres instants, il ne présentait plus ces caractères.

V. — Lorsque cette petite fille est entrée à l'hôpital, il y avait déjà un épanchement considérable dans le péricarde , et pourtant la malade était pâle, ses lèvres étaient décolorées ; sa figure ne présentait ni suffusion , ni lividité , ni turgescence veineuse ; alors , cependant , la respiration était à 48, le pouls était très-faible, irrégulier et intermittent.

VI. — On a consigné dans l'observation que la mensuration ne donnait aucune différence entre les deux côtés de la poitrine ; cependant le côté gauche était évidemment dilaté , et cette dilatation correspondait exactement au péricarde distendu ; celui-ci, repoussant en avant les parois flexibles du thorax, avait déterminé ainsi une saillie très-marquée. C'est cette tension plus grande des parois thoraciques à gauche qui explique la sonorité anormale que donnait en ce point la percussion. Le docteur Williams a parfaitement établi les raisons de ce fait ; *mais je ne crois pas que cette conséquence de la péricardite ait été signalée avant que je l'eusse fait connaître* (1).

(1) M. Gubler a fait connaître un signe important qui permet de distinguer avec facilité la matité d'un épanchement péricardique de celle d'une hypertrophie: ce signe est fondé sur la constatation des rapports que présente la pointe du cœur avec la limite inférieure de la matité. Dans l'hypertrophie, la pointe est sentie au niveau même de cette limite ; dans l'épanchement, le choc de la pointe a lieu plus haut, et l'on trouve au-dessous de ce point la matité produite par l'accumulation du liquide dans le cône inférieur du péricarde. Il va sans dire que ce procédé diagnostique est impossible lorsque l'épanchement est assez considérable pour soustraire complètement la pointe du cœur à l'exploration. (Voy. la thèse inaugurale de M. Duroziez, 1853.)

Dans son étude d'ailleurs si intéressante de la péricardite, Graves ne s'est point occupé du pneumopéricarde ; il ne sera peut-être pas inutile de nous arrêter quelques

Avant de terminer notre conférence, je veux vous entretenir d'un fait extrêmement remarquable, je pourrais peut-être dire unique, dans lequel l'artère pulmonaire n'avait que deux valvules; et encore ces valvules étaient-elles enflammées. Il existait en même temps un épan

instants sur cette question, et de rechercher, d'après l'examen des observations les plus probantes, quels sont les signes physiques de cette affection. Je n'ai pas besoin de rappeler sans doute que le véritable pneumopéricarde est encore à démontrer, et que tous les faits connus se rapportent à l'hydro-pneumopéricarde.

On sait que Laennec s'était borné sur ce sujet à cette simple mention : « Il m'est arrivé quelquefois de l'annoncer (le pneumopéricarde) à une résonnance plus claire du bas du sternum, survenue depuis peu de jours, ou à un bruit de fluctuation déterminé par les battements du cœur et par les inspirations fortes. » M. Bouillaud fait reposer le diagnostic de l'hydro-pneumopéricarde sur deux signes principaux : une résonnance tympanique et un bruit de fluctuation dans la région précordiale. Ce bruit, qui rappelle assez bien celui que produit l'eau agitée par la roue d'un moulin, et qui est évidemment dû aux mouvements rythmiques du cœur, a été observé par Bricheteau, dans un cas où le péricarde contenait du pus fétide et des gaz qui s'échappèrent en sifflant, lorsqu'on mit le cœur à découvert.

Les observations, malheureusement trop peu nombreuses que j'ai été à même de consulter, me permettront peut-être d'ajouter quelque chose à ces éléments fort incomplets de diagnostic. Mais il importe tout d'abord de distinguer deux variétés d'hydro-pneumopéricarde : tantôt, en effet, les gaz proviennent des produits inflammatoires épanchés dans le cours d'une péricardite; tantôt au contraire c'est une ulcération de la membrane fibro-séreuse qui donne accès aux fluides aëriiformes. Or, sur les cinq observations dont j'ai connaissance, deux, celle de Stokes et celle de Sorauer, se rapportent à l'hydro-pneumopéricarde simple; dans les trois autres, il existait une ulcération fistuleuse du péricarde.

Dans le fait de Stokes, il s'agit d'un jeune homme de tempérament lymphatique, qui souffrait déjà depuis quelques jours d'une péricardite aiguë, lorsque Stokes le vit pour la première fois. Ce dernier constata l'existence de tous les signes physiques ordinaires d'une péricardite sans épanchement liquide; les bruits de frottement, bien qu'éclatants et très-distincts, ne présentaient aucun caractère anormal, et le malade n'éprouvait aucune anxiété. Trois jours plus tard, l'état des choses avait complètement changé. Ce jeune homme était épuisé par l'insomnie, et celle-ci reconnaissait pour cause l'intensité extraordinaire qu'avaient prise tout d'un coup les bruits de la région précordiale; ils étaient devenus si forts, que la femme du malade, qui couchait dans la même chambre que son mari, n'avait pu dormir un seul instant. « A ce moment-là, dit l'auteur dont j'emprunte ici la relation, j'entendis une série de sons que je n'avais jamais observés jusqu'alors. Il est difficile, pour ne pas dire impossible, de rendre par des mots cet étrange phénomène d'auscultation. Ce n'était ni le bruit râpeux de la lymphe plastique indurée, ni le bruit de cuir de Collin, ni ce bruit complexe qui résulte de l'union du frottement péricardique avec le murmure valvulaire; c'était un mélange des bruits de frottement les plus divers avec une crépitation à grosses bulles et un bruit de gargouillement : tous ces bruits avaient d'ailleurs un timbre métallique très-net. Jamais, dans tout le cours de ma pratique, je n'avais rencontré un assemblage aussi extraor-

chement dans le péricarde et une pneumonie. Un homme de soixante-six ans, nommé Benett, était entré dans notre service le 13 novembre, pour une fluxion de poitrine : il n'avait pas de fièvre, mais il toussait, et il rendait des crachats jus de pruneaux. Quant aux signes physiques,

dinaire. L'estomac n'était pas distendu par des gaz; les poumons et la plèvre étaient sains; la région du cœur donnait à la percussion un bruit de pot fêlé tympanique. De l'ensemble de ces signes je conclus que le péricarde contenait des gaz, indépendamment de la sérosité et de la lymphe coagulable. »

Au bout de trois jours, les signes de l'épanchement gazeux avaient disparu, et l'on retrouva alors les bruits de frottement qui avaient été constatés au début. La convalescence fut longue, mais le malade finit par guérir complètement.

Éclat extraordinaire des bruits de frottement, — crépitation à grosses bulles et gargouillement à timbre métallique, — bruit de pot fêlé tympanique : tels sont en résumé les signes auxquels a donné lieu, dans le cas précédent, la présence du gaz dans le péricarde.

Le fait de Sorauer a été observé dans le service du professeur Traube. Un homme de trente-quatre ans, de constitution robuste, fut pris de péricardite dans le cours d'un rhumatisme. Pour m'en tenir à mon sujet, voici les signes que fournissait l'examen de la poitrine. Sonorité normale dans la moitié droite du thorax : à gauche, surtout à la partie supérieure de la région précordiale, dans l'espace compris entre la troisième et la cinquième côte, son exagéré et tympanique, son clair sur le corps du sternum; au niveau de l'appendice xiphoïde, son tympanique avec timbre de pot fêlé. La cinquième côte et la sixième sont soulevées simultanément à chaque systole, et dans ces points la percussion donne un son obscur; dans la région de l'appendice, dépression isochrone à la diastole. Sur le manubrium, on entend un bruit éclatant à timbre métallique; ce bruit est encore plus marqué au niveau du processus ensiforme; il se prolonge pendant la systole aussi bien que pendant la diastole, et l'on en a conscience par la palpation. Les bruits normaux du cœur sont faibles; à la pointe ils ne sont même pas perceptibles. Le diagnostic fut ainsi formulé : exsudation hémorrhagique dans le péricarde, ayant donné lieu à un développement de gaz. — La guérison était complète au bout de quelques jours. La matité naturelle de la région précordiale avait remplacé peu à peu la sonorité anormale.

Bruit éclatant à timbre métallique, — affaiblissement des tons normaux du cœur, — sonorité exagérée de toute la région, — bruit de pot fêlé tympanique : tels ont été les signes caractéristiques.

Il est impossible de ne pas être frappé de la similitude presque complète des signes physiques dans les deux faits que je viens de rapporter; c'est même cette analogie intéressante qui m'a décidé à les consigner ici dans tous leurs détails; sauf le gargouillement, on retrouve dans l'observation de Sorauer tous les caractères qui ont été notés par Stokes; peut-être même ce bruit, que l'auteur allemand désigne sous le nom de bruit éclatant à timbre métallique, n'est-il pas bien éloigné du gargouillement du médecin anglais. Quoi qu'il en soit, je crois devoir faire remarquer que le gargouillement métallique de Stokes n'est autre chose que le bruit de roue de moulin de MM. Bouillaud et Bicheteau. S'il est permis de tirer quelques conclusions d'un aussi petit nombre de faits, je dirai que l'on pourra songer à l'existence de gaz dans le péricarde, lorsque,

c'était une matité considérable de tout le poumon droit en arrière, une respiration bronchique, et quelques râles crépitants à la fin de chaque inspiration.

On prescrivit des ventouses et le tartre stibié ; mais on suspendit

dans le cours d'une péricardite, on verra apparaître les signes que voici : *sonorité anormale de la région précordiale, allant jusqu'au son tympanique avec timbre de pot fêlé, — affaiblissement des bruits normaux du cœur — exagération des bruits de frottements préexistants, — gargouillement à timbre métallique.*

Les trois observations d'hydro-pneumopéricarde par ulcération fistuleuse appartiennent à Graves, à M'Dowel et à Tütel.

Graves, je ne sais pourquoi, a rapporté son observation dans sa cinquante-deuxième leçon (ulcérations de l'estomac) ; le lecteur trouvera là tous les détails de ce fait intéressant, qui peut, à juste titre, ainsi que le fait remarquer Stokes, être regardé comme le type parfait de l'affection dont je m'occupe en ce moment ; je me bornerai donc à noter ici les signes physiques qui ont révélé l'existence de la lésion. Une femme de vingt-cinq ans avait un abcès du foie ; dans l'espace de quelques jours, la tumeur hépatique donna à la percussion une sonorité tympanique. Douze jours après, douleurs vives dans la région du cœur, palpitations violentes, sensation de chaleur brûlante au-dessous du sein gauche. Le lendemain, bruits de frottement très-nombreux, qui se compliquent bientôt de nouveaux phénomènes : immédiatement au-dessous du sein, on entend de temps en temps un tintement métallique tout particulier ; ce bruit, qui donne l'idée d'un liquide tombant goutte à goutte dans le péricarde, disparaît lorsqu'on exerce une certaine pression sur la région du cœur. Le troisième jour après l'invasion de la péricardite, sensation de frottement perceptible à la main ; les bruits anormaux ont pris le timbre d'une crépitation emphysémateuse, ils obscurcissent les deux tons du cœur. Ces caractères sont plus nets le long de la partie moyenne et inférieure du sternum, mais on les retrouve aussi à la gauche du mamelon. Le tintement métallique est devenu plus distinct, mais il n'offre aucune régularité dans son apparition. La veille de la mort, tintement métallique éclatant à chaque battement du cœur, bruit de crépitation emphysémateuse, souffle léger au niveau du mamelon gauche. La région précordiale est sonore à la percussion. — L'abcès hépatique communiquait à la fois avec l'estomac et avec le péricarde ; la perforation de ce dernier admettait le doigt médius. La séreuse était enflammée et couverte de dépôts plastiques de consistance variable.

Si je retranche de cette description les signes qui appartiennent à la péricardite commune, j'aurai comme phénomènes propres de l'hydro-pneumopéricarde : *la sonorité anormale de la région cardiaque, — l'obscurcissement des bruits du cœur, — le tintement métallique.*

D'un autre côté, le moment de la perforation a été indiqué par une douleur très-vive et des palpitations très-violentes ; il y a là une analogie fort intéressante avec ce qui se passe dans certains cas de pneumothorax.

L'observation du docteur M'Dowel est consignée dans l'ouvrage de Stokes ; je ne crois pas qu'elle ait été publiée ailleurs ; les pièces anatomiques ont été présentées à la Société pathologique de Dublin. Je ne donne ici que les détails les plus importants.

Un policeman âgé de vingt-neuf ans, de constitution vigoureuse, était entré à Whitworth Hospital, pour de la toux et quelques autres symptômes mal déterminés. Peu

bientôt ce médicament, qui avait déterminé de la diarrhée. On appliqua des vésicatoires; néanmoins les signes physiques étaient toujours les mêmes, surtout dans la région centrale du poumon. La langue de cet

de jours après son entrée, il est pris de douleurs vives dans la région du cœur et d'une dyspnée des plus intenses. Voici les symptômes et les signes qui furent constatés le jour suivant : Expectoration abondante purulente et fétide. Dyspnée allant jusqu'à l'orthopnée; voix faible, parfois presque éteinte. Physionomie égarée, facies pâle et anxieux. Pouls faible, à 110. Un peu de toux; délire pendant la nuit; diarrhée peu abondante. L'examen direct révèle, dans la région antéro-inférieure du côté gauche de la poitrine, l'existence d'une grande cavité contenant des liquides et des gaz; on entend à ce niveau du tintement métallique, un bourdonnement amphorique, et les *éclaboussures* d'un liquide mis en mouvement par le cœur : tous ces bruits se produisent pendant les inspirations profondes; les bruits normaux du cœur sont extrêmement affaiblis, on n'entend pas le murmure respiratoire. Toute la région donne un son parfaitement clair à la percussion.—Les poumons donnent les signes d'une tuberculisation avancée. Six jours plus tard, le malade succombait.—Le péricarde contenait des gaz et six onces de pus crémeux; sur le bord droit, orifice qui conduit dans une petite cavité creusée dans le lobe supérieur du poumon droit; cette cavité est pleine d'une matière exactement semblable à celle que renferme le péricarde. Les bases des deux poumons présentent à la fois de la pneumonie et de l'infiltration tuberculeuse miliaire. Lorsqu'on insuffle la trachée, on voit l'air arriver dans la cavité du péricarde.

Nous retrouvons ici la *sonorité exagérée*, l'*affaiblissement des bruits du cœur* et le *tintement métallique* qui ont été notés dans le fait précédent; nous voyons, en outre, deux nouveaux signes, le *bourdonnement amphorique*, et ce *bruit d'éclaboussure* qui n'est autre chose que le *bruit de roue de moulin*. Pourquoi ces deux derniers phénomènes ont-ils manqué dans l'observation de Graves? Je crois que la raison en est facile à saisir, car elle est fournie par les conditions physiques du péricarde, qui n'étaient pas absolument les mêmes dans les deux cas. Chez le malade de M'Dowel, le liquide était plus abondant, d'où l'absence de bruit de frottement; mais les gaz étaient également en quantité bien plus considérable, puisque le poumon droit communiquait directement avec le péricarde, tandis que, dans le fait de Graves, les gaz de l'estomac n'arrivaient dans la cavité séreuse qu'après avoir traversé un conduit tortueux creusé dans la substance du foie : il n'est donc pas étonnant que le bourdonnement amphorique et le bruit de roue de moulin aient fait défaut dans ce dernier cas. C'est également de cette façon que Stokes a expliqué les différences qu'ont présentées ces deux faits.

Le malade du docteur Tütel était un homme de quarante-six ans, qui était dans le service du professeur Niemeyer pour un cancer de l'œsophage. Un examen antérieur avait permis de constater que la matité précordiale était un peu augmentée dans le sens transversal; au niveau de la pointe du cœur, le premier ton n'était pas pur. Or, le 30 octobre au soir, on commença à entendre à distance, et mieux encore par l'auscultation directe, un bruit de battement à timbre métallique, isochrone avec le choc du cœur. Le choc est faible, mais il se fait sentir dans le même lieu qu'auparavant; la matité précordiale n'est pas modifiée. Le premier ton du cœur est masqué par le bruit anomal, le deuxième ton est perceptible, mais il est faible. Pendant toute la nuit, les

homme était devenue sèche et rouge ; il se plaignait d'une soif vive ; mais, sous tous les autres rapports, son état paraissait amélioré. Une fois la diarrhée passée, on administra divers narcotiques, et l'on plaça

autres malades de la salle ont entendu ce singulier bruit de battement. Le lendemain matin, la matité propre à la région du cœur a disparu ; le son est clair et plein, mais non tympanique. On ne sent plus le choc de la pointe. Le malade meurt le même jour, à midi. — Le péricarde était rempli de gaz, et contenait environ 600 grammes d'un liquide gris jaunâtre, extrêmement fétide et mêlé de grumeaux caséeux. Avant d'ouvrir la cavité péricardique, on y introduisit une canule par laquelle les gaz s'échappèrent en sifflant. Sur la face postérieure de la membrane, perforation en forme de fente qui fait communiquer la cavité séreuse avec l'œsophage, dont les parois sont détruites en ce point par une ulcération cancéreuse. *Sonorité anormale*, — *bruit de battement perceptible à distance*, tels ont été, dans ce cas, les seuls phénomènes caractéristiques ; il est vrai qu'en raison de la mort rapide du malade, l'auscultation n'a peut-être pas été suffisamment répétée.

J'ai déjà fait remarquer que ces observations sont en bien petit nombre ; mais lorsque je tiens compte de la diversité de leur origine et de la similitude des signes qu'elles font connaître, je ne puis me refuser, je l'avoue, à leur accorder une valeur considérable. Il résulte des faits que je viens d'exposer, que l'hydro-pneumopéricarde par perforation se révèle par des signes très-nettement caractéristiques : *sonorité tympanique de la région précordiale*, — *affaiblissement des bruits normaux du cœur*, — *tintement métallique*, — *timbre métallique de tous les bruits exocardiaques* ; — enfin, si les liquides et les gaz sont très-abondants, *bruit de roue de moulin* ou *de clapotement*. Lorsque ce dernier phénomène existe, il suffit pour assurer le diagnostic, comme l'a très-bien indiqué M. Bouillaud ; mais, en raison de sa rareté relative, les autres signes me paraissent avoir une bien plus grande importance. J'appelle tout particulièrement l'attention sur l'affaiblissement des bruits normaux du cœur, qui a été noté dans toutes les observations ; ce fait est directement contraire aux assertions de Laennec, et il me paraît justifier l'opinion de Hope, qui pensait que, dans les cas de Laennec, l'éclat des bruits était dû à la distension gazeuse de l'estomac, et non point à la présence de fluides aëriiformes dans la cavité du péricarde. Enfin, abstraction faite de l'état antérieur du malade, le pneumopéricarde par perforation se distingue du pneumopéricarde simple soit par l'existence du tintement métallique, soit surtout par l'apparition subite de symptômes subjectifs qui indiquent l'instant précis auquel a lieu la perforation : ces symptômes sont des palpitations violentes et une douleur très-vive dans la région du cœur.

Laennec, *loc. cit.*, édit. de 1837.

Bouillaud, *loc. cit.*

Bricheteau, *Arch. gén. de méd.* 1844.

W. Stokes, *The diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854.

Sorauer, *De hydro-pneumopericardio*. Berolini, 1858.

M'Dowel, *obs. citée* par Stokes.

Tütel, *Fall von Pneumoperikardium* (*Deutsche Klinik*, 1860).

(Note du TRAD.)

un séton au niveau des points du poumon qui paraissaient le plus compromis. A notre visite du 1^{er} décembre, nous trouvâmes ce malade à peu près dans le même état. Le séton était en pleine suppuration, tout semblait aller pour le mieux ; aussi notre surprise fut-elle grande, lorsque, le lendemain matin, nous vîmes cet homme à l'agonie. Il paraissait si près de sa fin, que nous nous sommes abstenus de le tourmenter pour l'examiner, et trois heures après notre départ, il mourut.

Autopsie. — Sauf un peu d'emphysème, le poumon gauche était parfaitement sain ; la partie supérieure du poumon droit était également intacte, mais les deux tiers inférieurs, surtout en arrière, présentaient les caractères ordinaires de l'hépatisation ; augmentation de la densité, friabilité excessive, absence de crépitation. Il n'existait, du reste, ni abcès, ni infiltration purulente. La plèvre épaissie adhérait à la paroi thoracique. Le péricarde était distendu par une quantité si considérable d'un liquide jaune ambré, que nous nous attendions à trouver une péricardite ; mais la membrane était dans un état complet d'intégrité. Le cœur était mou et flasque ; il était décoloré, mais il ne présentait aucune autre altération. L'artère pulmonaire était occupée par un caillot fibrineux, qui se moulait comme d'ordinaire sur les divisions de ce vaisseau. Il n'existait que deux sigmoïdes ; toutes deux étaient revêtues d'un dépôt plastique récent, qui avait en quelques points jusqu'à un quart de pouce d'épaisseur. Dépouillées de ce produit d'exsudation, les valvules étaient épaissies et opaques ; elles contrastaient étrangement avec les valvules aortiques, qui étaient parfaitement saines. La membrane interne de l'aorte et de l'artère pulmonaire, ainsi que l'endocarde, avaient leurs caractères normaux. Il y avait quelques dépôts calcaires sur les valvules auriculo-ventriculaires ; mais ils étaient beaucoup moins abondants qu'ils ne le sont quelquefois chez les individus avancés en âge. Pas d'anasarque, pas d'épanchement dans la poitrine ni dans le ventre. Trois points également intéressants doivent nous frapper dans ce fait : — l'anomalie des valvules pulmonaires, — l'altération de ces valvules, — l'existence d'un hydro-péricarde.

Les anomalies des sigmoïdes sont extrêmement rares ; mais en tout cas, lorsqu'elles existent, elles ont presque toujours lieu en sens inverse, le nombre des valvules est augmenté. Il y a dans le musée du Collège des chirurgiens d'Irlande deux pièces anatomiques qui montrent l'aorte et l'artère pulmonaire avec quatre valvules ; sur une autre pièce qui a été donnée par Malcarne, l'aorte, divisée aussitôt après son origine, présente cinq sigmoïdes. Le fait que je viens de

vous citer est, à ma connaissance, le seul exemple d'une réduction dans le nombre des valvules pulmonaires ; cette anomalie est d'autant plus remarquable ici, qu'elle était unie à une affection presque aussi rare, savoir : une inflammation aiguë de ces valvules avec épaissement et exsudation plastique. — Enfin, la présence d'un épanchement considérable dans le péricarde, sans inflammation de la membrane et sans autre hydropisie, ajoute encore à l'intérêt de ce fait. La pièce anatomique a été déposée au musée de l'École de médecine, Park-street.

La mort rapide de ce malade a été amenée par l'obstacle que présentait la lésion valvulaire à la circulation du sang ; vous ne devez pas oublier que cet obstacle venait s'ajouter à une hépatisation considérable du poumon droit.

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON.

TROUBLES FONCTIONNELS DU CŒUR. — ANÉVRYSME THORACIQUE. — PALPITATIONS. — HYPERTROPHIE DE LA THYROÏDE.

Difficultés que présente le diagnostic des troubles fonctionnels du cœur — Ces affections peuvent causer la mort en l'absence de toute lésion organique. — Observations. — Fâcheuse influence de l'habitude de fumer et de priser.

Anévrisme thoracique.—Diagnostic de la tumeur anévrysmale et des autres variétés de tumeur intra-thoracique. — Observation. — Palpitations violentes déterminées par une affection du cerveau.— Anévrisme de l'aorte au début.— Emploi de l'hydrosulfate d'ammoniaque dans les affections du cœur.

Des rapports qui existent entre les palpitations du cœur et l'augmentation de volume du corps thyroïde.

MESSIEURS ,

Je désire m'entretenir avec vous des affections purement fonctionnelles du cœur ; quelques faits que j'ai observés dans ma clientèle vous prouveront combien il est difficile de distinguer les affections de ce genre, de celles qui tiennent à une lésion organique, et vous verrez aussi que la mort peut être causée par une simple perturbation fonctionnelle, indépendante de toute altération anatomique appréciable.

Je voyais avec M. Carroll, dans Fitzwilliam-square, un gentleman de soixante-cinq ans qui avait toutes les apparences d'une bonne constitution ; il menait une vie très-sobre et très-régulière. Au mois de janvier 1839, il fut pris subitement, dans la région de l'estomac, d'une douleur qu'il attribua à une indigestion ; mais, quelques instants après, il eut des vomissements ; son pouls devint faible et irrégulier, la respiration pénible et laborieuse, les extrémités étaient absolument froides.

Cet état persista pendant trois heures, malgré les stimulants les plus énergiques ; puis le malade s'endormit, et le lendemain matin, il ne restait de tout cet orage qu'un peu de faiblesse et de langueur.

Pendant les dix jours qui suivirent, la santé de ce gentleman fut aussi bonne que par le passé ; mais, au bout de ce temps, il éprouva la même série d'accidents ; toutefois la durée en fut un peu moins longue.

A partir de cette époque jusqu'au moment de la mort, qui eut lieu douze mois plus tard, ces accès augmentèrent constamment de fréquence ; mais c'était pour ainsi dire, aux dépens de leur durée. J'ai observé moi-même quelques-unes de ces attaques, et je veux vous donner à ce sujet quelques détails plus circonstanciés. Le malade était averti de l'approche de l'accès par un sentiment de défaillance, et par une douleur dans l'estomac ; il s'écriait alors : « Oh ! le voici qui vient. » Aussitôt après survenaient des efforts de vomissement, des palpitations et une sensation d'étouffement si pénible, qu'il fallait ouvrir toutes les fenêtres. Et cependant la respiration n'était pas sifflante, il n'y avait pas de toux ; la face avait sa coloration naturelle, mais la physionomie était profondément abattue. Le pouls ne pouvait plus être senti au poignet, les battements du cœur étaient à peine perceptibles ; à chacune de ces attaques, ce malheureux croyait qu'il allait mourir. La durée de l'accès variait entre une demi-heure et deux heures ; parfois même il se prolongeait davantage.

Dans l'intervalle de ces attaques, le pouls était régulier ; on n'entendait aucun bruit anormal dans la région du cœur. Lorsque le malade gravissait une hauteur ou montait des escaliers, il était en proie à une certaine terreur, mais il n'avait ni dyspnée, ni palpitations. Il n'a jamais eu d'hydropisie. Ce gentleman consulta successivement les plus éminents praticiens de Dublin : on s'arrêtait volontiers à l'idée d'un épanchement thoracique ou d'une lésion organique du cœur ; mais l'autopsie a montré que cet organe n'était le siège d'aucune espèce d'altération.

Pour moi, je regarde ce fait comme un exemple d'affection purement fonctionnelle du cœur. Cet état morbide est parfois héréditaire ; il l'était du moins dans la famille du malade dont je viens de vous rapporter l'histoire, car il avait trois ou cinq enfants (je ne me rappelle pas au juste) qui étaient également atteints. Son fils aîné avait eu deux attaques à douze mois d'intervalle ; mais il n'en avait pas eu d'autre depuis plus d'une année. Deux de ses sœurs avaient éprouvé des

accès du même genre ; mais chez elles les phénomènes étaient moins graves.

J'ai également donné des soins, conjointement avec M. Carroll, à une dame de quarante ans qui était d'une très-bonne constitution. Étant à Londres, elle éprouva de grandes fatigues, parce qu'elle marchait beaucoup pendant les jours les plus chauds de l'été ; elle fut prise un jour de lipothymie et de palpitations violentes qui durèrent environ une heure. Ces accidents ne se reproduisirent que douze mois plus tard. Mais, dès lors, ces accès devinrent beaucoup plus fréquents, et, neuf mois après la deuxième attaque, cette dame succomba. Au début de la maladie, le pouls n'était irrégulier que pendant les accès ; mais, au bout de quelque temps, les pulsations cardiaques et artérielles présentèrent constamment des irrégularités. Encore ici, le cœur fut examiné avec le plus grand soin après la mort, et il fut impossible d'y découvrir la moindre lésion.

Bien que le fait suivant diffère beaucoup de ceux que je viens de vous rapporter, je le regarde néanmoins comme un exemple d'affection fonctionnelle du cœur. Il s'agit ici d'une dame de quarante-six ans, à laquelle j'ai donné des soins depuis le moment de sa première attaque, c'est-à-dire depuis deux ans et huit mois. Chez elle, la maladie commença par un rhumatisme du bras gauche ; elle éprouvait, en outre, une douleur qui, partant du milieu du sternum, se propageait dans le dos et vers le membre supérieur gauche. Du reste, elle n'avait ni dyspnée, ni syncopes, mais elle souffrait d'une céphalalgie frontale très-violente. Depuis dix ou quinze années, cette dame s'était aperçue qu'elle avait parfois des intermittences dans le pouls ; mais, à partir du mois d'octobre 1846, cette circonstance lui causa de vives inquiétudes ; elle avait conscience que son cœur s'arrêtait à chaque intermission du pouls, et au même moment elle éprouvait une sensation des plus pénibles : il lui semblait, disait-elle, que quelque chose s'élançait de son cœur à travers toute sa poitrine ; cette sensation amenait parfois une lipothymie. Au début, ces intermittences n'avaient lieu qu'une fois par mois ; elles se faisaient sentir quelques heures le matin pendant trois ou quatre jours de suite ; du reste, pendant ces espèces de paroxysmes, les intermittences étaient très-fréquentes : elles revenaient toutes les deux et toutes les cinq pulsations ; souvent il y en avait deux ou trois de suite ; au même moment, on pouvait constater par le toucher et par l'ouïe la suspension des battements du cœur. Au bout de quelque temps, ces accès furent plus fréquents ; ils revenaient tous les quinze

jours ; les accidents étaient toujours plus prononcés le matin , mais ils se prolongeaient dans la journée bien plus tard qu'auparavant. Lorsque cette dame monte des escaliers , elle éprouve une légère dyspnée ; *mais elle ne présente aucun signe physique d'une lésion organique du cœur.* Du reste , elle est en parfaite santé ; sa figure n'est pas cyanosée, elle n'a jamais eu d'œdème. Son père a eu pendant bien des années un pouls intermittent , et il est arrivé néanmoins à un âge très-respectable.

Différentes causes peuvent amener cette singulière perturbation dans les fonctions du cœur ; mais aucune n'a plus d'influence que l'abus du tabac à fumer ou à priser (1). Ne perdez pas de vue ce détail, il pourra vous servir à l'occasion pour établir votre diagnostic.

Pour terminer notre étude des affections du cœur , je veux vous parler maintenant de James Byrne , qui est couché près de la porte dans notre salle des chroniques. Ce malade a été regardé comme atteint d'un anévrysme thoracique ; il quitte l'hôpital aujourd'hui même , mais c'est pour y rentrer bientôt : quelle que soit en effet la nature de son affection , elle est incurable , et dépend de quelque lésion organique profonde. S'il est parmi vous quelqu'un qui n'ait pas encore examiné cet homme , je l'engage vivement à utiliser pour cela les quelques moments pendant lesquels ce malade doit encore rester ici.

Tandis que tous les détails de ce fait sont encore présents à votre esprit , je veux discuter devant vous cette question : Cet homme a-t-il réellement un anévrysme de l'aorte thoracique , ou bien n'existe-t-il pas

(1) L'abus du thé peut également déterminer des troubles graves dans l'innervation du cœur ; les accidents qui se développent sous cette influence sont des accès de palpitation, avec oppression précordiale, imminence de suffocation et sentiment d'une fin prochaine. Dans l'intervalle de ces accès, il n'existe aucun phénomène morbide du côté de l'organe central de la circulation. Dans la plupart des faits connus, la suppression du thé a suffi pour amener la guérison. Ces accidents ont été signalés principalement par les auteurs anglais : on en devine la raison ; mais je dois ajouter que le café partage à tous égards ces fâcheuses propriétés de l'arbre de Chine. C'est précisément en raison de cette influence excitante toute spéciale, que le thé et le café sont nos plus puissants moyens d'action, lorsque nous avons à ranimer la contractilité défaillante du cœur, dans les périodes ultimes des affections valvulaires.

Comparez :

Edward Percival, *Some brief notices of the deleterious and the medicinal effects of green tea* (*Dublin hospital Reports*, 1817).

Stokes, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

quelque autre cause à laquelle nous pourrions rapporter avec beaucoup plus de vraisemblance tous les symptômes qu'il présente? Vous savez que James Byrne est arrivé dans notre service le 23 octobre 1834, et qu'il avait déjà fait, dans le temps, un long séjour à l'hôpital. Dix-huit mois avant son entrée du 23 octobre, il avait été exposé au froid et à l'humidité; bientôt après il avait été pris d'un mouvement fébrile et de symptômes de pneumonie. Ces premiers accidents furent suivis de phénomènes d'hydropisie, et Byrne vint à l'hôpital. Après y être resté en traitement pendant deux mois, il se trouva mieux, et sortit complètement guéri; c'est du moins ce qu'il nous affirme. Il est certain que depuis ce moment il est resté en bonne santé pendant assez longtemps, et qu'il a pu se livrer à son travail de briqueteur. Mais, cinq semaines avant l'époque que je vous ai indiquée, cet homme fut pris des mêmes accidents que la première fois: toux, difficulté de la respiration, œdème du bras et du côté gauches de la poitrine.

Voici les phénomènes qui ont été constatés le jour de l'entrée de ce malade. Le côté gauche de la face et du cou est légèrement œdémateux; la jugulaire externe et ses branches sont dilatées et saillantes; le bras gauche et le côté correspondant de la poitrine sont infiltrés, les téguments gardent l'empreinte des doigts. L'auscultation ne révèle aucune lésion bronchique ou pulmonaire qui puisse rendre compte de la toux. Au niveau du cœur matité considérable qui se prolonge en haut et à gauche au-dessus de la région sternale; la sonorité est normale dans la région sternale droite. Le cœur n'est pas déplacé; ses pulsations se font sentir dans les limites naturelles; elles communiquent au doigt l'impulsion ordinaire. Lorsqu'on place le stéthoscope sur le cœur lui-même, on perçoit les bruits physiologiques, mais si l'on ausculte un peu plus haut, sur cette partie de la région sternale qui est mate à la percussion, on entend un bruit de râpe retentissant.

Analysons maintenant ces divers symptômes. Nous voyons en premier lieu une infiltration œdémateuse occupant le côté gauche de la poitrine et le bras correspondant; cette infiltration existe aussi à un degré plus léger au côté gauche du cou et de la face, et coïncide avec la dilatation de la veine jugulaire. Or, vous pouvez établir en règle générale que lorsqu'un côté du tronc et le membre supérieur homologue sont le siège d'une anasarque, celle-ci a sa cause dans la cavité thoracique. Dans tous les cas d'hydropisie aiguë ou chronique, accompagnée ou non d'ascite, *lorsque l'anasarque apparaît au tronc et dans les*

membres supérieurs, avant d'envahir l'abdomen et les extrémités inférieures, l'hydropisie est de nature inflammatoire, si elle est aiguë ; si elle est chronique, elle reconnaît pour cause un état morbide de l'un des viscères thoraciques, et c'est exclusivement dans la poitrine que nous devons en chercher le point de départ.

Appliquant ce principe à notre cas particulier, nous avons à rechercher quelle était la cause qui, en comprimant les veines intra-thoraciques, donnait lieu à la dilatation des veines cervicales superficielles, et à l'anasarque du bras gauche et du côté correspondant de la poitrine. Chez notre malade, la compression devait s'exercer sur cette partie du système veineux qui ramène le sang de la moitié gauche de la tête et de l'extrémité supérieure du même côté ; en fait, elle devait intéresser le gros tronc veineux formé par la réunion de la sous-clavière et de la jugulaire gauches. Or, la veine innominée de ce côté diffère notablement de celle du côté droit ; cette dernière, vous le savez, est très-courte, et elle a une direction très-rapprochée de la verticale ; la veine gauche est trois fois plus longue, elle se dirige de haut en bas et de gauche à droite, et elle est à peu de chose près transversale. Derrière la première pièce du sternum, elle croise en passant devant elles les trois branches fournies par la portion transverse de la crosse aortique. Par conséquent, cette veine est dans les meilleures conditions possibles pour être comprimée par l'une quelconque de ces artères devenue anévrysmatique. Avant de déboucher dans la veine cave, la veine innominée gauche reçoit la veine mammaire interne de ce côté ; dès lors, vous le voyez, une pression exercée sur la veine brachio-céphalique pourra parfaitement amener l'engorgement des veines superficielles du côté gauche du tronc, ainsi que l'infiltration œdémateuse de cette région (1).

(1) Dans l'occlusion de la veine cave supérieure, soit par obstruction, soit par compression, l'œdème occupe toute la face, le cou, la partie supérieure du tronc des deux côtés et les deux membres supérieurs ; mais lorsque l'obstacle à la circulation en retour siège dans la veine jugulaire ou dans la veine innominée, l'infiltration est *unilatérale* ; cette disposition de l'œdème est en réalité le seul signe différentiel constant de ces deux ordres de lésions. Le fait rapporté par Graves est, à ce point de vue, d'une complète évidence.

Lorsque l'occlusion de la veine cave supérieure ne résulte pas d'une affection immédiatement mortelle, on voit quelquefois les symptômes d'hydropisie disparaître peu à peu, ce qui tient évidemment à l'établissement d'une circulation collatérale suffisante. M. Oulmont, dans son mémoire, a rapporté, d'après M. Woillez, l'histoire d'un malade chez lequel l'œdème de la face s'était dissipé assez longtemps avant la mort ; l'autopsie

Plusieurs circonstances nous montrent que nous n'avons point affaire ici à une affection du cœur. Cet organe n'est pas déplacé, l'impulsion et le siège des battements sont normaux ; les bruits sont parfaitement naturels. Nous ne pouvons pas non plus nous arrêter à l'idée d'une affection des bronches ou des poumons ; l'auscultation ne nous révèle, dans toute l'étendue de la poitrine, que quelques râles bronchiques insignifiants.

montra une oblitération complète de la veine cave supérieure par une tumeur cancéreuse du médiastin, et une circulation supplémentaire parfaitement développée. Or, il n'est pas sans intérêt de rechercher quelles sont les voies de cette circulation collatérale; il semble au premier abord que la réponse à cette question est des plus faciles, et que le système providentiel des azygos n'a justement d'autre but que de répondre aux exigences de ces cas particuliers. Eh bien ! l'observation ne justifie pas ces conclusions *à priori* et Rigler a montré que, le plus souvent au moins, la veine impaire est incapable de faire les frais de cette circulation nouvelle, et cela parce que l'occlusion de la veine cave supérieure se prolonge au-dessous de l'embouchure de l'azygos, et que celle-ci est fréquemment obstruée par des caillots. D'après le même auteur, le rétablissement de la circulation veineuse se fait le plus ordinairement par les veines mammaires internes ou par les phréniques supérieurs, grâce à leurs anastomoses avec les intercostales et les diaphragmatiques inférieures ; ou enfin par les veines superficielles du cou et du thorax, qui communiquent, d'une part avec les veines du bras, d'autre part avec les veines épigastriques, les branches de l'iliaque interne et les rameaux cutanés supérieurs de la crurale.

Dans son travail, Rigler a appelé l'attention sur deux causes peu connues d'occlusion de la veine cave supérieure ; je crois devoir les indiquer ici : c'est d'abord l'adhérence du tronc veineux à la bronche droite ulcérée, puis la thrombose des rameaux périphériques, entre autres la jugulaire interne. Ainsi, lorsque dans le cours d'une carie du rocher, ou à la suite d'une vaste brûlure du cou, il se forme des caillots dans la jugulaire, ces concrétions peuvent être le point de départ d'une obstruction de la veine cave supérieure.

Dans quelques cas rares, on observe tous les symptômes de l'occlusion de la veine cave supérieure, alors même que le tronc veineux est parfaitement perméable au sang : je veux parler de l'anévrysme de l'aorte ouvert dans la veine cave ; c'est même l'apparition de ces symptômes chez un malade affecté d'un anévrysme de l'aorte qui est la clef du diagnostic. Thurnam, dans son remarquable mémoire, insiste à plusieurs reprises sur l'œdème de toutes les parties du corps qui déversent leur sang dans la veine perforée ; et dans le fait célèbre du docteur Mayne, ce médecin s'est fondé pour établir son diagnostic sur la *congestion intense générale de tout l'arbre de la veine cave supérieure, sur l'infiltration œdémateuse des régions correspondantes, et sur le contraste remarquable que présentaient les parties tributaires de la veine cave inférieure.*— Ces deux observateurs, et Stokes après eux, ont fait connaître deux phénomènes fort importants qui permettent de distinguer les faits de ce genre et les occlusions de la veine cave supérieure, malgré la similitude presque absolue des symptômes : dans l'anévrysme variqueux, les troubles de la circulation veineuse apparaissent brusquement,

Le siège de cette matité sternale que je vous ai signalée portait naturellement à admettre l'existence d'un anévrysme de la crosse de l'aorte, ou de l'une des branches qui en naissent. Mais cette matité, ne l'oubliez pas, était très-considérable, elle occupait la presque totalité de la région sternale gauche ; si donc elle était produite par un anévrysme, il fallait évidemment que le sac fût très-considérable. Toutes les fois qu'une tumeur anévrysmale donne lieu à une matité très-étendue dans le thorax, soyez certains que cette tumeur a acquis déjà un très-grand développement ; la matité en effet reconnaît pour cause le contact immédiat de l'anévrysme avec les parois thoraciques, conséquemment elle est toujours proportionnelle au refoulement du poumon. Or, dans un cas de ce genre, si vous venez à appliquer votre main sur le sac, vous percevez aussitôt des pulsations très-remarquables ; à chaque battement de la tumeur, votre main est pour ainsi dire repoussée et vous avez ainsi la démonstration palpable, évidente, de la cause de la matité. Rien de pareil n'existait chez James Byrne : nous l'examinions dans son lit nous l'examinions après l'avoir fait marcher pendant quelque temps pour exciter l'action du cœur et du système artériel, et jamais nous ne constatons aucune pulsation au niveau de la matité. Remarquez en outre que les tumeurs anévrysmatiques, avant de déterminer une matité considérable, deviennent saillantes et appréciables à la vue, et déterminent autour d'elles des mouvements d'expansion, parce que les parois osseuses du thorax sont absorbées, ou cèdent dans le point où se fait sentir la pression maximum (1).

Toutes ces considérations ont fait naître dans mon esprit beaucoup

et ils atteignent en fort peu de temps toute leur intensité ; de plus, le pouls prend subitement les caractères du pouls de l'insuffisance aortique.

Oulmont, *Des oblitérations de la veine cave supérieure*. Paris, 1857.

Rigler, *Fall von Verschlussung der oberen Hohlvene* (*Wiener med. Wochenschrift*, 1858).

Thurnam, *On varicose Aneurism* (*Medico-chirurgical Transactions*, 1840).

Mayne, *On spontaneous varicose Aneurism* (*Dublin quarterly Journ. of medic. science*, 1853).

Stokes, *The diseases of the heart and the aorta*, Dublin, 1854.

(Note du TRAD.)

(1) L'existence de battements au niveau de la région mate ne suffit point encore pour autoriser le diagnostic, anévrysme. Il faut en outre, comme l'a parfaitement montré Stokes, que la force des battements soit proportionnelle à l'étendue de la matité ; dans

de doutes au sujet de l'existence d'un anévrysme chez notre malade. Je suis beaucoup plus disposé à rapporter la matité et le bruit de râpe qu'on constate chez lui à une lésion d'un autre ordre. Supposez qu'une tumeur se soit développée dans le tissu cellulaire ou glandulaire qui occupe le côté gauche de la poitrine ; supposez que cette tumeur, siégeant dans le médiastin antérieur, ait refoulé le poumon en arrière, et comprimé les gros vaisseaux de la base du cœur ; quels phénomènes serions-nous appelés à constater alors ? Tout d'abord une matité correspondant exactement au point de contact de la tumeur avec la paroi thoracique ; puis un bruit de soufflet, et plus probablement un bruit de râpe, par suite de la compression subie par l'aorte ; enfin cette tumeur aurait nécessairement pressé sur quelques-uns des gros canaux bronchiques, de là la toux et la dyspnée.

Quelle est la cause de l'irritation pulmonaire qu'entraîne la compression de la trachée et d'une grosse bronche par une tumeur ? Ce n'est pas la compression elle-même qu'il faut en accuser ; car elle se fait sentir si graduellement, elle s'exerce sur une si large surface, que les effets doivent à peine en être sensibles : et je suis convaincu qu'elle pourrait amener l'oblitération complète du canal, avant de déterminer une inflammation, si elle bornait son action à la partie comprimée elle-même. *Mais la compression d'une bronche étrangle, pour ainsi dire, la portion du poumon correspondante ;* alors en effet la libre circulation de l'air est plus ou moins empêchée, et une portion considérable de l'organe est troublée dans ses fonctions. De là cette sensation pénible qu'on désigne sous le nom de dyspnée.

L'obstacle à la circulation de l'air ne borne pas là ses effets ; dans cette partie du poumon, le sang est imparfaitement hématosé, les sécrétions et l'exhalation sont modifiées, l'organe s'engorge et vous voyez apparaître la toux et une expectoration plus ou moins abondante. Vous aurez une idée exacte de ce processus morbide, si vous songez que cette portion de poumon subit les mêmes modifications que nous présente l'organe tout entier, chez les individus asphyxiés ; du moment que le sang veineux qui est transmis par le cœur au tissu pulmonaire

deux cas difficiles, les docteurs O'Ferrall et Law se sont fondés sur l'absence de cette condition pour conclure à un cancer pulsatile, et l'autopsie leur a donné raison.

O'Ferrall, *Transactions of the pathological Society of Dublin*, 1842.

Law, *eodem loco*, 1844.

(Citations empruntées à Stokes.)

(Note du TRAD.)

cesse d'être convenablement aéré, la stase a lieu. C'est cette même obstruction que nous rencontrons dans la partie postérieure des poumons chez les individus qui ont souffert une longue agonie ; aussi n'est-il rien de plus absurde que d'avoir désigné cet état anatomique sous le nom de *pneumonie* des agonisants.

Pour en revenir à notre malade, il me semble que toute son histoire cadre beaucoup mieux avec l'hypothèse d'une tumeur solide, située dans le médiastin antérieur, tout près de l'origine de l'aorte. Quant à la nature de cette tumeur, je ne puis faire à cet égard que des conjectures. Ces productions morbides du médiastin sont quelquefois de nature adipeuse ; d'autres fois elles rappellent par leur couleur et leur consistance la substance cérébrale ; d'autres enfin sont semblables aux tumeurs stéatomateuses qu'on trouve dans les autres parties du corps.

Il y a quelques mois, le chirurgien Blackley fut consulté par un jeune gentleman qui avait été atteint graduellement des symptômes de l'irritation pulmonaire, toux et dyspnée. Plusieurs médecins avaient jugé qu'il s'agissait d'une phthisie ; un autre avait attribué tous les accidents à un dérangement des fonctions de l'estomac. Aucune de ces opinions ne satisfit M. Blackley, qui me pria de voir le malade. Il me fut impossible de découvrir le moindre signe de tubercules ; mais la percussion donnait un son mat dans une grande étendue de la poitrine, et à peu près dans les mêmes points que chez Byrne ; ce jeune homme avait des accès de toux et de dyspnée : parfois aussi il éprouvait de la difficulté à avaler. Au niveau de la matité, on entendait un bruit de soufflet, mais l'impulsion et les bruits du cœur étaient normaux.

Je ne me prononçai pas d'une manière absolue sur ce fait, mais je déclarai toutefois qu'il ne s'agissait ici ni d'une phthisie tuberculeuse, ni d'un empyème, ni d'une pneumonie ; j'écartai en même temps l'hypothèse d'une affection du cœur. Me fondant spécialement sur le bruit de souffle qu'on percevait au niveau de la matité, c'est-à-dire dans un point assez éloigné du cœur, je m'arrêtai à l'idée d'une compression exercée sur la crosse de l'aorte ou sur quelque'une de ses branches. Du reste, je ne pouvais découvrir aucune pulsation, aucun signe d'anévrysme, et je confessai mon ignorance quant à la cause de cette compression.

Nous eûmes la preuve, quelque temps après, que si je n'avais pas découvert toute la vérité, je m'en étais du moins approché autant que possible. Notre malade étant mort, on trouva dans sa poitrine une

vaste tumeur stéatomateuse qui comprimait les divisions de la trachée, celles de l'aorte et l'œsophage. Le *Dublin medical Journal* a publié, il y a quelque temps, un fait analogue. Du reste, je crois que nous sommes encore dans l'enfance pour le diagnostic des tumeurs thoraciques, qui simulent les anévrysmes ou la phthisie tuberculeuse. Pour en finir avec l'histoire de James Byrne, je rapporte tous les symptômes qu'il présente à l'une de ces tumeurs; je base mon diagnostic sur l'absence de pulsations; s'il s'agissait d'un sac anévrysmal en contact avec la paroi de la poitrine, on devrait percevoir des battements évidents dans les points où siège la matité.

Chez certains individus qui ne sont atteints d'aucune affection cardiaque, les pulsations du cœur sont visibles dans un très-grand espace de la poitrine, et cette circonstance peut faire croire à l'existence d'une dilatation anévrysmale. J'en ai vu dernièrement un exemple fort remarquable. C'était chez un malade auquel je donnais des soins avec M. Cusack; on pouvait voir le cœur battre violemment dans toute l'étendue du thorax, et M. Cusack, après avoir appliqué sa main sur la poitrine, me dit qu'il ne pouvait se défendre de l'idée de quelque lésion du cœur et des gros vaisseaux.

Eh bien! dans ce cas, l'exagération de l'action du cœur dépendait d'un état morbide du cerveau. Dans certaines affections cérébrales inflammatoires ou congestives, avec tendance au coma, le cœur est dans un état de suractivité pénible; ses pulsations sont d'une violence inouïe, il semblerait parfois que l'organe va s'élancer au travers des parois thoraciques. Cet état du cœur qui se rencontre dans les affections cérébrales coïncide presque toujours avec un pouls dur et bondissant. J'insiste sur ces détails pour vous mettre sur vos gardes, et vous préserver d'une erreur grave; vous pourriez croire, en effet, que tous les cas de ce genre doivent être traités par les saignées abondantes; il n'en est rien; il existe à cet égard autant de variétés que d'individus. Laennec vous le savez, voulait qu'on se laissât guider pour la saignée, bien plus par la force des battements du cœur que par celle du pouls: or, je vous ai déjà montré que ce guide lui-même peut être infidèle.

Vous vous rappelez sans doute ce malade qui était dans notre service il y a peu de temps encore: il avait des pulsations cardiaques très-violentes, et le pouls dur et bondissant. Cet homme, qui était fort et d'une bonne santé habituelle, venait d'arriver à Dublin, après une traversée très-pénible depuis Liverpool; il avait eu, pendant le voyage,

des vomissements abondants, et il avait conservé une céphalalgie atroce, qu'il attribuait aux efforts de vomissement. Il venait de débarquer, et marchait le long des quais, lorsqu'il fut subitement frappé d'hémiplégie; on le transporta immédiatement à l'hôpital, où il fut saigné et purgé. Le lendemain matin l'hémiplégie persistait, et le malade se plaignait d'un violent mal de tête. On institua un traitement antiphlogistique des plus actifs; mais le troisième jour notre homme tomba dans le coma, et il eut des convulsions dans les membres non paralysés. Sa figure était turgescence, les artères temporales dilatées étaient le siège de pulsations violentes; le pouls était dur, le cœur battait avec une grande force. Ces accidents étant survenus pendant notre visite, je fis aussitôt ouvrir la veine. Le sang coula facilement. On avait tiré quatorze onces de sang, lorsque le pouls s'affaissa tout à coup, et devint extrêmement faible; il ne devait plus se relever. Le malade expira au bout de deux heures; et un ignorant n'eût pas manqué d'attribuer sa mort à la saignée. A l'autopsie, qui fut pratiquée seize heures après la mort, nous trouvâmes à la surface de l'encéphale une exsudation puriforme générale; il y avait en outre dans l'épaisseur de la substance cérébrale un vaste caillot sanguin entouré d'un tissu ramolli.

Voilà, messieurs, un fait remarquable et qui nous apporte une leçon d'une grande importance; il nous montre que nous ne devons pas accorder une trop grande valeur à la plus ou moins grande intensité de l'action du cœur. Je ne doute pas que la saignée n'ait abrégé la vie de ce malade. Qu'un fait pareil se fût passé dans votre clientèle particulière, il pouvait être fatal pour votre réputation. Souvenez-vous donc que les battements du cœur peuvent être violents, que le pouls peut être dur et bondissant, sans que pour cela la saignée soit bien supportée.

Je vous l'ai déjà dit, c'est ordinairement dans les phlegmasies du cerveau avec tendance au coma que vous rencontrerez ce concours de phénomènes. Vous ne devez employer la saignée qu'avec une extrême réserve, et vous ferez beaucoup mieux de recourir à des applications de sangsues répétées, et aux purgatifs énergiques. Cela fait, vous pourrez tenter de calmer l'action du cœur au moyen de la digitale et de l'opium. Faites faire des pilules avec un grain (6 centigr.) de digitale, un douzième de grain (5 milligr.) d'opium et un peu d'extrait de houblon, et donnez-en une toutes les deux heures, jusqu'à ce que vous constatiez quelque modification dans les battements du cœur; cessez

alors l'usage du remède ou espacez-en les doses, selon les indications diverses de chaque cas.

Lorsque, en dépit du traitement antiphlogistique antérieur, le pouls reste élevé et l'action du cœur violente, je vous recommande expressément l'emploi de la digitale ; la faible proportion d'opium que vous combinez avec elle ne peut faire aucun mal ; donné avec la digitale, l'opium ne détermine aucun accident du côté de la tête, et il prévient l'action fâcheuse de la digitale sur l'estomac. J'ajoute que si vous voulez obtenir sûrement les effets sédatifs de la digitale vous devez la donner à hautes doses. Prise en petite quantité, elle agit beaucoup moins bien ; elle semble même alors devenir pour le cœur un agent excitant.

Je mets sous vos yeux une pièce anatomique qui vous montre un anévrysme de l'aorte au début ; cette pièce a été trouvée sur une femme morte de pleurésie chronique. Cette femme, âgée de trente ans environ, et d'une constitution délicate, était affaiblie par plusieurs maladies antérieures. Lorsqu'elle entra à l'hôpital, elle était déjà souffrante depuis deux mois, et elle est restée trois mois dans notre service. La tumeur anévrysmale ne dépasse pas le volume de la moitié d'une aveline ; mais si vous examinez la surface interne de l'artère, vous verrez que l'absorption a fait disparaître une portion considérable de la tunique interne et de la moyenne et que la tunique externe, ayant à supporter à elle seule le choc de la colonne sanguine, a commencé à céder. Il est très-rare d'être à même d'examiner un anévrysme à une époque aussi rapprochée de son début ; nous avons ici, si je puis ainsi dire, un embryon d'anévrysme qui nous fournit un excellent sujet d'étude. Comme l'affection thoracique dont cette malade était atteinte présentait certaines difficultés diagnostiques, j'auscultais tous les jours sa poitrine, mais je n'ai jamais découvert de bruit de souffle, ni aucun autre signe qui pût se rapporter à un anévrysme de l'aorte.

Voici, du reste, quelle était l'histoire de cette femme. Lorsqu'elle nous est arrivée, elle souffrait en respirant depuis deux mois ; le jour même de son entrée, elle fut examinée, et l'on découvrit à gauche un épanchement pleurétique. La question de la paracentèse se présenta aussitôt : la malade était émaciée, elle paraissait profondément affaiblie par la fièvre hectique et des sueurs nocturnes ; elle crachait du pus mêlé de sang, et peu de temps après son arrivée dans le service, elle fut prise d'une diarrhée intense. Dans de telles circonstances, je crus

devoir songer à l'opération, d'autant plus qu'après avoir eu l'idée que la malade était phthisique, j'avais acquis la certitude qu'elle n'était point tuberculeuse ; sur ces entrefaites, l'épanchement parut devoir s'ouvrir à l'extérieur, et je jugeai à propos de différer. Il se forma bientôt, au niveau de la région précordiale, une large tumeur qui avait l'aspect d'un anévrysme, dont elle donnait également la sensation, parce qu'elle recevait l'impulsion des battements du cœur (1). Cette tumeur finit par s'ouvrir ; mais la malade était trop épuisée pour qu'on pût concevoir quelque espérance de guérison. Elle vécut néanmoins encore cinquante et un jours. Vous voyez ici le poumon gauche qui adhère à la plèvre costale. Il ne présente d'autre altération qu'une exsudation plastique à sa surface ; et cette intégrité relative est d'autant plus surprenante, que cette femme avait sa pleurésie depuis cinq mois,

(1) Les exemples d'empyème pulsatile sont rares. Macdonnell en a publié deux qui avaient été observés par Graves ; je ne sais pourquoi l'auteur ne les a pas consignés dans la dernière édition de ses *Leçons cliniques*. Dans ces deux cas, l'empyème était venu faire saillie sur la paroi du thorax ; la collection purulente était ainsi divisée en deux moitiés, et la tumeur extérieure était le siège de pulsations évidentes. Stokes a vu un empyème pulsatile à gauche, chez un malade dont le cœur était refoulé vers le côté droit. La thoracentèse fut pratiquée à trois reprises différentes, donnant issue chaque fois à une grande quantité de liquide, qui présentait à chaque opération des caractères un peu plus voisins de ceux du pus. Avant la ponction de la poitrine, chaque battement du cœur produisait dans tout le côté gauche une pulsation expansive d'une violence extraordinaire. Le lit était ébranlé à chaque battement, et le malade était privé de sommeil ; cependant *la force du cœur ne paraissait pas notablement accrue*. Ce fait a présenté une autre particularité remarquable : après la thoracentèse le cœur ne revenait point à sa situation normale.

Aran a fait connaître un autre cas d'empyème pulsatile dans lequel la collection liquide occupait la face antérieure de la poitrine du côté gauche ; le foyer fut évacué avec le trocart.

Enfin M. Heyfelder a vu un épanchement purulent enkysté au côté droit de la poitrine, tout auprès du sternum, entre la deuxième et la troisième côte, présenter aussi des pulsations dues au voisinage du cœur.

Dans tous les cas de ce genre, l'absence des bruits caractéristiques de l'anévrysme et des modifications du pouls est d'une grande importance pour le diagnostic.

Macdonnell, *Dublin Journal of medic. science*, XXV.

Stokes, *loc. cit.*

Aran, *Empyème pulsatile de la face antérieure de la poitrine*, etc. (*Bulletin de thérapeutique*, 1858).

Heyfelder, *Empyème pulsatile* (*Bull. de l'Acad. roy. de Belgique*, 1859).

(Note du TRAD.)

et que depuis près de deux mois elle portait une ouverture fistuleuse, qui faisait communiquer incessamment l'air extérieur avec la cavité pleurale. Il n'y a pas de fistule dans le poumon, et sauf une légère induration de la partie inférieure et moyenne en arrière, il ne présente rien de particulier. Il est bon de noter, en outre, que lorsque la matière de l'épanchement se fut ouvert une voie à l'extérieur, la sécrétion purulente des bronches, qui avait été très-abondante durant tout le cours de la maladie, diminua rapidement, et elle était presque tarie plusieurs semaines avant la mort. Il en fut de même de la diarrhée. L'expectoration, qui avait été extrêmement fétide jusqu'au moment de l'ouverture de la fistule pleurale, perdit rapidement ce caractère, et devint complètement normale.

Quoique la digitale agisse très-efficacement pour calmer l'action exagérée du cœur, cependant la découverte d'un autre médicament qui aurait les bons effets de la digitale sans en avoir les inconvénients, serait chose fort désirable ; aussi ai-je été très-heureux de trouver dans le premier volume du *Dublin medical Journal* une observation de M. Newton, d'où il résulte que l'hydrosulfate d'ammoniaque a exercé une puissante influence sur les mouvements du cœur. Ce remède avait été prescrit d'après le conseil de sir Henry Marsh, lequel, disait l'auteur, avait constaté « qu'il amène toujours le ralentissement du pouls ».

Dans une autre partie du même travail, l'hydrosulfate d'ammoniaque est placé au-dessus de la digitale. « L'emploi de cette substance a une foule d'inconvénients : remède incertain, mais toujours dangereux, la digitale ne tarde pas à perdre toute son influence, même dans les cas où elle a paru d'abord donner les meilleurs résultats. Tels sont les fâcheux effets qu'elle exerce sur l'estomac, qu'on est souvent obligé d'en suspendre l'usage. C'était donc pour la thérapeutique un véritable *desideratum* que de découvrir quelque autre moyen de traitement qui permît d'abattre l'activité du système circulatoire, sans déterminer un état permanent de débilité. »

J'étais depuis longtemps désireux de voir combler cette lacune, mais je n'avais jamais été très-convaincu qu'il existât une substance capable de diminuer la violence de la circulation, sans entraîner en même temps un affaiblissement général. Je me hâtai donc, vous le pensez bien, d'administrer l'hydrosulfate d'ammoniaque à plusieurs de mes malades de Meath Hospital. Quelques-uns d'entre eux avaient une hypertrophie

avec exagération de l'action du cœur ; chez d'autres, les battements du cœur étaient normaux ; quelques-uns enfin n'avaient d'autre affection qu'une éruption cutanée. Le remède fut donné à doses graduellement croissantes, jusqu'à vingt-cinq ou trente gouttes quatre fois par jour ; j'avais soin de le faire étendre abondamment, comme l'a recommandé sir Henry Marsh. *Dans aucun cas, ce médicament n'eut le plus léger effet sur l'action du cœur ou l'état du poulx.* Après mes premiers succès, j'avais cependant fait venir une nouvelle provision d'hydrosulfate, et j'avais prié le pharmacien de l'hôpital de l'administrer lui-même, afin de me mettre à l'abri de toute supercherie.

J'ai observé récemment chez trois malades des palpitations violentes et prolongées, dans des circonstances identiques : c'était chez trois femmes qui présentaient toutes trois un développement anomal de la glande thyroïde (1). Le volume de cette glande, qui était constamment plus considérable qu'à l'état sain, offrait chez ces trois malades de singulières variations. Lorsque les palpitations étaient très-violentes, la glande se tuméfiait, comme si elle était soudainement distendue par l'infiltration interstitielle d'un liquide. Dès que les palpitations diminuaient d'intensité, la tumeur commençait à s'affaïsser, et dans l'in-

(1) Si les auteurs qui ont proposé la dénomination de *maladie de Basedow* avaient eu connaissance de ce passage, s'ils avaient su que cette leçon clinique a été faite en 1835, ils auraient hésité, j'aime à le croire, avant de rapporter au médecin allemand l'honneur d'une découverte qui ne lui appartient réellement pas. D'un autre côté, Stokes a consigné dans son ouvrage une observation qui paraît d'abord enlever au médecin de Meath Hospital toute priorité à cet égard.

Cette observation est de Parry, et elle semble extrêmement probante, car les palpitations, la fréquence des mouvements du cœur, les pulsations violentes des carotides, l'augmentation de volume de la thyroïde et la saillie des yeux y sont nettement signalées ; malheureusement cette malade avait eu un rhumatisme articulaire, et elle est morte avec l'anasarque et les autres symptômes des affections organiques du cœur. Il est évident dès lors que ce fait est sans valeur au point de vue qui nous occupe.

Quant à Flajani, il s'est borné à signaler la coïncidence possible d'une hypertrophie de la glande thyroïde et d'une maladie du cœur. En conséquence, si Graves n'a pas donné une description complète de cette singulière affection que Basedow a signalée cinq ans plus tard, il a du moins le mérite de l'avoir indiquée le premier.

Flajani, *Collezione d'oservazione e riflessioni di chirurgia*. Roma, 1800.

Collections from the unpublished medical writings of the late Caleb Hilliard Parry, M. D. London, 1825.

(Citations empruntées à Stokes.)

(Note du TRAD.)

tervalle des accès, le volume de la glande était invariable. Ces phénomènes, si étranges par leur variabilité même, avaient forcément attiré l'attention des malades et celle de leurs amis. Rien ne pouvait faire songer à une inflammation du corps thyroïde.

L'une de ces dames, qui demeurait dans le voisinage de Black-Rock, était soignée par les docteurs Harvey et Stokes ; la seconde, veuve d'un prêtre du comté de Wicklow, avait pour médecin sir Henry Marsh ; la troisième habitait dans Grafton-street. Chez toutes trois, les palpitations avaient duré pendant plus d'une année avec une violence qui les rendait parfois très-pénibles ; et cependant il n'y a pas de raison suffisante pour admettre chez ces malades une affection organique du cœur.

Chez l'une d'elles, pendant l'accès de palpitations, les battements du cœur peuvent être entendus à une certaine distance du lit, phénomène que je n'ai observé dans aucune autre circonstance, et qui a vivement excité mon intérêt et ma curiosité. La malade elle-même, ses amis, le docteur Harvey, tous affirmaient qu'il en était très-fréquemment ainsi, et que souvent même le bruit était plus éclatant qu'il ne l'avait été, lors de ma visite à cette dame ; et cependant j'avais entendu nettement les battements de son cœur, alors qu'une distance de plus de quatre pieds me séparait de sa poitrine ! C'était surtout le premier bruit qu'on entendait ainsi.

Les variations subites du volume de la thyroïde, les rapports qui existaient entre ces changements et la modalité fonctionnelle du cœur, sont tout autant de circonstances qui nous démontrent que le tissu de cette glande n'est pas sans analogie avec les tissus érectiles. Il n'est pas d'organe qui puisse prendre un accroissement de volume aussi considérable que le corps thyroïde, et cet accroissement est souvent très-rapide, comme on l'observe dans certaines variétés de bronchocèle ou de goître.

Le développement anomal de la thyroïde, tel qu'on l'observait chez ces malades, paraît différer essentiellement de la tuméfaction qui constitue le goître ; la glande était loin d'atteindre les dimensions qu'elle présente dans ce dernier cas. Cette augmentation de volume mérite le nom d'hypertrophie ; elle diffère de la bronchocèle en ce qu'elle cesse de s'accroître au moment où cette dernière tumeur prend le développement le plus rapide. Chez les dames dont je vous ai parlé, il est facile de constater une tuméfaction de la glande lorsqu'on examine de près la

région cervicale, mais cette tuméfaction est loin de constituer une difformité. Les rapports évidents qui existent chez la femme entre les fonctions utérines et le développement du corps thyroïde à l'époque de la puberté, doivent fixer notre attention sur l'affection que je viens de vous décrire ; et cela avec d'autant plus de raison que cette hypertrophie du corps thyroïde était ici en corrélation intime avec ces palpitations qui sont si fréquentes chez les femmes hystériques et nerveuses. Un autre fait non moins digne de remarque, c'est que les femmes qui sont sujettes à ces palpitations accusent presque toujours une sensation de plénitude dans la gorge et elles rapportent exactement au niveau du corps thyroïde le siège de cette sensation. Du reste, elles ne l'éprouvent que pendant les accès de palpitations ; mais alors elles en sont si péniblement incommodées, qu'elles se plaignent d'être menacées de suffocation. Si l'on tient compte de tous ces faits, on se trouvera en face d'une question fort intéressante : ce sentiment d'obstacle au libre exercice de la respiration, qui existe pendant les accès d'hystérie, et auquel on a donné le nom général de *globus hystericus*, ce sentiment, dis-je, est-il toujours un phénomène purement nerveux ? Pour moi, je crois qu'il reconnaît très-souvent pour cause la compression qui résulte du développement subit du corps thyroïde ; cette tuméfaction disparaît avec l'accès. Il est un fait dont je suis parfaitement certain, c'est que la constriction gutturale dont se plaignent les femmes hystériques correspond souvent de la manière la plus exacte au corps thyroïde ; et plusieurs médecins auxquels j'accorde une entière confiance m'ont affirmé que ce gonflement de la région cervicale pendant les accès d'hystérie avait plus d'une fois excité leur étonnement.

D'une autre part, il est évident que si des palpitations purement nerveuses peuvent déterminer l'hypertrophie du corps thyroïde, nous pouvons observer également la tuméfaction de cette glande lorsque les battements du cœur dépendent d'une affection organique. C'est ce qui avait lieu dans le fait suivant qui m'a été communiqué par un de mes amis (1),

(1) On pourrait croire, d'après cela, que ce fait ne doit point être rangé parmi les exemples de cachexie exophtalmique ; ce serait une erreur. D'une part, en effet, les signes d'affection organique du cœur n'ont apparu que quatorze mois après le début des accidents ; d'autre part, cette affection organique n'était autre chose que l'anévrysme passif de Laennec, c'est-à-dire cette dilatation sans hypertrophie qui est vraisemblablement un phénomène secondaire, et qui a été notée dans la plupart des observations ultérieures.

Une jeune lady âgée de vingt ans fut prise de phénomènes morbides que l'on regarda comme hystériques ; il y a de cela deux ans et la santé de cette dame avait toujours été excellente. Ces accidents nerveux duraient depuis trois mois, lorsqu'on observa que le pouls était devenu extrêmement rapide. Cette fréquence, à laquelle on ne pouvait assigner aucune cause, était d'ailleurs constante ; il n'y avait jamais moins de 120 pulsations par minute, quelquefois même le chiffre en était encore plus élevé. La malade se plaignait en même temps d'éprouver une grande faiblesse, lorsqu'elle prenait quelque exercice ; puis elle commença à pâlir et à perdre son embonpoint. Les choses allèrent ainsi pendant une année, mais alors cette jeune dame se trouva littéralement à bout de forces ; les battements du cœur étaient constamment aussi rapides. Au même moment, on constata un phénomène nouveau : les yeux avaient pris une expression des plus étranges ; on eût dit que les globes oculaires avaient augmenté de volume, car, lorsque la malade dormait, ou lorsqu'elle voulait fermer les yeux, ses paupières ne pouvaient plus les couvrir. Lorsque les yeux étaient ouverts, on voyait tout autour de la cornée une bande de sclérotique de plusieurs lignes de largeur.

Quelques mois plus tard, l'action du cœur n'avait rien perdu de sa violence, lorsqu'une tumeur en forme de fer à cheval apparut dans la région cervicale antérieure, exactement au niveau de la glande thyroïde. Cette tumeur, d'abord molle, présenta au bout de quelque temps une certaine dureté, mais elle avait conservé son élasticité. Depuis l'époque de son apparition, l'hypertrophie n'a fait que bien peu de progrès, si même elle en a fait véritablement ; le corps thyroïde présente chez cette dame un volume triple de son développement normal chez la femme après l'âge de la puberté. Il est un peu plus volumineux à droite qu'à gauche.

On a observé chez cette malade une autre particularité que je ne dois pas omettre de vous signaler, parce qu'elle peut contribuer à jeter quelque lumière sur la véritable nature de cette affection du corps thyroïde. Dès le début, on a pu constater une disproportion très-prononcée entre les battements des radiales et ceux des carotides ; les premiers étaient relativement assez faibles, les derniers avaient une violence telle, qu'ils déterminaient des pulsations visibles dans toute la région du cou ; les carotides étaient le siège d'un bruit de frôlement éclatant. Au bout de quatorze mois, le cœur a présenté tous les signes assignés par Laen-

nec à l'anévrysme passif. Quant à la tumeur cervicale, elle est sujette à des variations de volume très-remarquables ; elle diminue quelquefois de près de moitié. Aucun des parents de cette dame n'a de goître, et elle n'a jamais habité aucune des localités dans lesquelles cette affection est endémique.

CINQUANTIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DES ORGANES DIGESTIFS.

GLOSSITE. — HYPERTROPHIE DES AMYGDALES. — AFFECTIONS DE L'ŒSOPHAGE. — DYSPHAGIE.

Observation de glossite. — Traitement. — Fréquence de la tuméfaction des amygdales chez les enfants. — Traitement.

Rareté de l'œsophagite. — Observation.

Squirithe de l'œsophage. — Diagnostic et traitement. — Observations. — Lésions anatomiques. — Difficultés de la déglutition.

Dysphagie chez les sujets nerveux. — Influence de la distension gazeuse de l'estomac. — Dysphagie spasmodique.

MESSIEURS,

Je n'ai point l'intention de vous décrire ici la symptomatologie complète des affections des organes digestifs, je me propose simplement de vous signaler les particularités caractéristiques présentées par chacun de nos malades ; je veux commenter avec vous les faits que vous observez dans les salles, et vous exposer les raisons du traitement que vous m'entendez prescrire.

Un cas de glossite que j'ai observé tout récemment en dehors de l'hôpital m'engage à vous dire quelques mots de l'inflammation de la langue.

Un élève en médecine, M. B..., me fit prier d'aller le voir. Je le trouvai sous le coup d'une fièvre intense, qui durait déjà depuis une semaine ; elle avait débuté par des frissons violents et une douleur vive dans le cou et à l'occiput ; une épistaxis abondante, qui avait eu lieu au second

jour, avait amené quelque soulagement. A ce moment, la moitié gauche de la langue était devenue sensible et douloureuse, puis elle avait commencé à se tuméfier. A ma première visite, le gonflement était énorme ; la langue remplissait presque toute la cavité buccale ; le malade ne pouvait plus fermer la bouche, en raison de la saillie que faisait l'organe malade entre les arcades dentaires. La moitié droite de la langue était intacte, et sa petitesse relative formait un étrange contraste avec le développement de la moitié gauche ; du reste, la ligne médiane établissait une limite très-nette entre les parties saines et les parties malades. Je fis faire trois applications successives de six sangsues sur l'organe enflammé, qui, lors de ma première visite, était sous l'imminence de la gangrène, et ce moyen amena un dégorgement rapide de la tumeur. Les piqûres de sangsues avaient donné une grande quantité de sang.

L'articulation des sons et la déglutition, qui étaient devenues extrêmement difficiles, ont été promptement rétablies. Aujourd'hui cette maladie a deux ans de date, et ce jeune homme parle parfaitement bien, quoique la moitié gauche de la langue soit encore un peu plus développée que l'autre.

Ce fait, messieurs, est intéressant à divers titres. La glossite franche idiopathique est une maladie extrêmement rare. J. P. Frank n'en a vu qu'un exemple pendant tout le cours de sa pratique. Dans ces dernières années, on en a observé quatre cas dans différentes parties de l'Europe (1) ; l'un d'eux, qui a été rapporté dans un journal allemand, est dû à un de mes amis, le docteur Gottel (d'Elbing), en qui on peut avoir la plus entière confiance (2). Mais, dans aucun de ces faits, l'inflammation n'était limitée à une moitié de la langue ; dans aucun d'eux, le médecin n'a fait appliquer de sangsues sur l'organe malade : or, la supériorité de ce mode de traitement ressort d'elle-même, si l'on compare le fait que je viens de vous rapporter avec ceux qui sont décrits dans l'*Edinburgh Journal*. Il résulte aussi de cette relation que la glossite est une affection dangereuse, si l'on ne produit pas par des incisions un abondant écoulement de sang. Le docteur Gottel avait fait appliquer des sangsues sous le menton, et il avait institué un traitement antiphlogistique vigoureux ; telle avait été également la conduite

(1) *Edinburgh Journal of medical science*, I, 52.

(2) *Beobachtung einer wahren Glossitis*. (Graefe und Walthers *Journal für Chirurgie*, siebenter Band, zweites Heft).

(L'AUTEUR.)

du docteur Maillier. Le docteur Olivet fit en outre des saignées locales : il pratiqua d'abord des incisions sur la face dorsale de la langue, puis il ouvrit les veines sublinguales. Le traitement par les sangsues me paraît préférable.

Le docteur Néligan a bien voulu me communiquer un fait de glossite idiopathique, qu'il a observé en 1846, à l'hôpital de Jervis-street. C'était chez un campagnard âgé de quarante ans. Cet homme avait travaillé au drainage d'une rivière, et il avait été pendant plusieurs jours dans l'eau jusqu'à la ceinture. Comme chez M. B..., la maladie débuta par des frissons et un mouvement fébrile violent ; mais toute la langue était prise, et elle était le siège d'une tuméfaction si considérable, que l'articulation des sons, la déglutition et l'occlusion de la bouche étaient également impossibles. On fit de profondes incisions transversales qu'on laissa saigner librement, et l'on amena rapidement la saturation mercurielle. Ce traitement fit merveille, car le troisième jour le malade quittait l'hôpital ; il était parfaitement guéri.

La glossite n'est point une maladie dangereuse ; seulement elle exige un traitement rapide et énergique.

Lorsqu'une angine tonsillaire commune, une scarlatine, une rougeole ou toute autre maladie qui amène une détermination inflammatoire dans la gorge, s'est développée chez un individu scrofuleux, elle laisse très-souvent à sa suite une tuméfaction des amygdales. Beaucoup plus fréquente chez les enfants que chez les adultes, elle demande chez ceux-là de l'attention et des soins rapides, car si l'hypertrophie des tonsilles est laissée à elle-même, si elle persiste pendant plusieurs années, le volume de ces glandes devient de plus en plus considérable ; on peut les voir alors, arrivant presque au contact ne laisser sur la ligne médiane qu'un petit espace libre ; de là une irritation incessante qui produit chez beaucoup de malades un léger *hem* ou un enrrouement passager, et qui devient pour tous une cause de danger, si une amygdalite aiguë survient dans ces conditions. Alors, en effet, l'inflammation sévit avec une violence peu commune, les glandes arrivent à des dimensions véritablement épouvantables, l'affection est aussi longue que redoutable.

Ce sont là tout autant de raisons qui démontrent la nécessité de combattre avec énergie le développement anomal des amygdales chez les enfants. Après les maladies aiguës, un régime tonique, l'air de la campagne, les bains salés tièdes, les bains de mer, donnent souvent de

très-bons résultats ; on pourra les assurer encore en ajoutant à ce traitement des gargarismes avec de l'eau salée chaude, du sulfate de zinc, ou avec des infusions végétales additionnées d'alun. Si tous ces moyens échouent, nous pouvons en venir à l'application quotidienne de la teinture d'iode, unie à un peu de thériaque.

Toutefois le remède vraiment héroïque en pareil cas, c'est le nitrate d'argent. Beaucoup de praticiens l'emploient en solution, mais je préfère la méthode suivante qui appartient à M. Cusack. On adapte à un instrument convenable un fragment de caustique lunaire, et on l'applique sur un point de l'amygdale hypertrophiée, pendant deux, trois ou cinq secondes consécutives ; à la chute de l'eschare, il reste une petite dépression de la grosseur d'une pustule de variole. Lorsque la cicatrisation est achevée, ce qui a lieu ordinairement au bout de cinq jours, on agit de la même façon sur l'autre amygdale ; et l'on continue de la sorte, en passant successivement d'une glande à l'autre, jusqu'à ce qu'on ait atteint le résultat désiré. Lorsque les amygdales sont très-développées, ce traitement demande environ six mois ; il est lent, mais il est certain. Il doit être interrompu si quelque cause accidentelle détermine une angine ou un rhume.

Quelques praticiens font usage de la ligature pour réduire le volume des amygdales tuméfiées, d'autres les enlèvent. Mais vous ne devez pas oublier, messieurs, que cette dernière opération n'est pas toujours sans danger. Malgré mes avis, un de mes clients se rendit à Paris pour se faire enlever les amygdales ; la gauche seule fut excisée, et le malade pensa mourir d'hémorrhagie.

L'inflammation aiguë de l'œsophage est une affection très-rare, et en raison même de cette rareté, les symptômes en sont mal décrits par les auteurs. Aussi le fait suivant mérite-t-il toute votre attention.

Dans ses *Éléments de pathologie* (I, 228), le docteur Mackintosh nous dit que, « de tous les organes de l'économie, l'œsophage est peut-être celui qui est le moins exposé aux maladies. En général, il est fort difficile de découvrir l'inflammation du conduit œsophagien, avant qu'elle ait déterminé des ulcérations et un rétrécissement. Je n'ai vu qu'un cas d'œsophagite générale qui ne reconnût pas pour cause l'action d'un poison. » Dans ses *Leçons de médecine pratique*, le docteur Watson insiste également sur la rareté des affections de l'œsophage, et il ajoute qu'il n'a eu que bien peu d'occasions de *supposer* une œsophagite spontanée.

On ne peut s'étonner dès lors de ce que la description des auteurs soit extrêmement imparfaite. La meilleure histoire de l'œsophagite est celle que nous a donnée J. P. Frank dans son *Epitome*. Si ma mémoire est fidèle, Abercrombie a rapporté un exemple très-net de cette affection. Il est assez singulier que cette maladie ne soit pas même mentionnée dans la *Cyclopædia of practical medicine* (1).

Dans le fait actuel, l'inflammation de l'œsophage s'est développée sous l'influence du froid; née chez un sujet bien portant, elle a accompli son évolution dans l'espace de quelques jours. L'observation que je vais vous lire a été écrite, à ma demande, par le malade lui-même.

« 24 février 1835. — Depuis quelques jours, je me sens sous l'influence d'un refroidissement, et je souffre un peu de la gorge. Il me semble que la racine de la langue du côté gauche me fait mal. Peu à peu cette douleur descend plus bas; vers la partie la plus profonde du gosier, je sens un cercle qui est douloureux lorsque j'avale. La douleur est plus vive à gauche.

« 26 février. — J'ai mangé une bouchée de pain avant le dîner, et en l'avalant, j'ai éprouvé une douleur violente, qui, partant de l'ouverture de la gorge, descendait profondément vers la poitrine: il semblait que le passage était empêché par quelque obstacle; puis le morceau de pain semblait se diriger plus péniblement encore du côté du dos, entre les deux épaules. Je ne manquai pas d'appétit au dîner, mais les efforts de déglutition me causaient beaucoup de mal. Je passai une nuit très-

(1) Quoique l'œsophage soit une affection rare, surtout dans sa forme primitive et spontanée, la littérature médicale n'est point aussi pauvre que Graves veut bien le dire. On peut en juger par les indications suivantes, qui comprennent les meilleurs travaux sur ce sujet:

Honkoop, *Dissertatio de morbo œsophagi inflammatorio*. Lugd. Batav., 1774.

Bleuland, *Observationes anatomico-medicæ de sana et morbosa œsophagi structura*, cum fig. Leyde, 1785.

J. Pierre Frank, *De curandis hominum morbis epitome, prælectionibus academicis dicata*. Mannheim, Stuttgart et Vienne, 1792-1820.

Joseph Frank, *Præceps medicæ præcepta universa*. Lipsiæ, 1826-1832.

Mondière, *Recherches pour servir à l'histoire de l'œsophagite aiguë et chronique* (*Arch. gén. de méd.*, 1830, 1831, 1832, 1833).

Copland, *Dictionary of practical medicine*. London, 1835.

Gendron, *Observations pratiques sur la dysphagie, ses variétés et son traitement* (*Arch. gén. de méd.*, 1858).

Bamberger, *Krankheiten der Verdauungsorgane in Virchow's Handbuch der Pathologie und der Therapie* i (en cours de publication).

(Note du TRAD.)

agitée ; j'avais mal à la tête , et en outre , toutes les fois que je changeais de position , j'éprouvais de vives douleurs comme si j'avais eu un lumbago. Ces douleurs paraissaient occuper toute la poitrine ; elles s'étendaient jusque dans mon dos , et j'éprouvais entre les épaules une sensation de chaleur cuisante.

« 27 février. — En essayant d'avaler , j'ai ressenti une telle douleur que j'ai poussé des cris ; il semble que tout le conduit qui va du gosier à l'estomac soit enflammé , et que liquides et solides se frayent péniblement une voie dans ce canal. En avalant , je me demandais si les aliments pourraient aller jusqu'au bout. »

Tels sont les détails fournis par le malade lui-même. J'ajouterai que, dès le 28 , l'inflammation avait commencé à diminuer, et que quelques jours plus tard , elle était entièrement éteinte. La diète et les diaphorétiques antimoniaux avaient constitué tout le traitement. Pendant que l'inflammation était à son summum , on n'apercevait aucune rougeur dans la partie de l'arrière-bouche qui est accessible à la vue.

Nous avons eu , au même moment , dans le service , deux cas de squirrhe de l'œsophage ; il ne sera pas inutile d'en comparer la marche et les symptômes .

Pour l'un de ces malades , Benjamin Spears, nous avons cru pendant longtemps que la dysphagie était purement spasmodique, tant la déglutition devenait facile (et cela pendant plusieurs jours), après le passage d'une bougie œsophagienne. L'autre malade, Thomas Berry, a pu jusqu'à la fin avaler les liquides avec la plus grande facilité. Il buvait un grand verre d'eau aussi aisément que quiconque ; mais, peu de temps après, il rejetait l'eau par gorgées : or , comme le liquide n'était rendu qu'après être arrivé dans l'estomac, le diagnostic était assez obscur, et j'avais conclu à une affection gastrique. Aussi le cathétérisme ne fut-il pas pratiqué ; une seule fois, M. Murphy, qui était chargé de ce malade, tenta de passer une sonde dans l'œsophage, et il ne put y réussir. Mais comme c'était la première fois qu'il essayait de pratiquer cette opération, nous n'attachâmes aucune importance à cet insuccès.

J'espère que l'observation de ces deux malades vous sera d'une grande utilité pour le diagnostic des rétrécissements de l'œsophage. Ces faits nous montrent en outre une fois de plus l'inconstance , je dirai même l'opposition des manifestations symptomatiques chez plusieurs individus atteints de la même affection. Il est essentiel que le médecin soit prévenu de ces variétés sans nombre, il faut qu'il sache qu'il existe

pour la même maladie autant de modalités expressives que de malades, et qu'il ne doit pas compter, lorsqu'il cherche à poser un diagnostic, sur un terme de comparaison fixe et invariable. Les différences qu'ont présentées les symptômes chez nos deux malades peuvent-elles être expliquées par quelque dissemblance dans les lésions anatomiques? C'est ce qu'il est difficile de conjecturer.

Thomas Berry, âgé de soixante-quatre ans, entre à l'hôpital le 23 septembre; il est malade depuis quatre mois. Il dit avoir toujours joui d'une bonne santé; il prétend avoir constamment mené une vie très-sobre. Il y a cinq mois, après avoir été exposé au froid, il fut pris de toux et de douleur dans le côté; ces symptômes persistèrent avec quelques oscillations, pendant un mois, puis survint une légère douleur au niveau de l'appendice xiphoïde. Cette douleur n'était pas constante, elle se montrait ordinairement après le repas; du reste, elle allait croissant de jour en jour. Au bout de cinq semaines, le malade éprouva de la difficulté à avaler, et il la rapportait au point même où siégeait la douleur; il dit que les aliments s'arrêtaient là pendant deux secondes environ, et qu'ils étaient ensuite rejetés. Cet homme n'a jamais éprouvé d'autres symptômes que cette douleur au niveau de l'appendice ensiforme, et cette dysphagie absolue. Il ne fit aucun traitement avant d'entrer à l'hôpital.

État actuel. — Le malade est très-faible et considérablement amaigri, car il n'a gardé presque aucun aliment depuis deux mois; les liquides arrivent sans trop de difficultés dans l'estomac, mais ils n'y restent qu'une demi-minute environ, et ils sont rejetés petit à petit sans efforts. Depuis quelques jours toux pénible avec expectoration muqueuse abondante. Il n'y a jamais eu de vomissements noirs; Berry ne rend que ce qu'il prend. Constipation depuis le début de la maladie; il se passe souvent une semaine entière sans qu'il y ait aucune évacuation alvine. L'appétit est conservé; pouls à 54, ventre plat et déprimé; aucune tumeur appréciable. La peau est fraîche, sèche et ridée; elle a conservé son élasticité; langue nette et humide; sommeil assez bon.

℞	Extracti conii granum.		
	Sirupi.	}	ãã quantum sufficit ut fiat bolus quater in die sumendus (1).
	Mucilaginis.		

(1)	℞	Extrait de ciguë.	6 centigr.	
		Sirop.	}	ãã q. s. pour un bol.
		Mucilage.		

On en prendra quatre par jour.

(Note du TRAD.)

26 septembre. — Le malade a gardé le médicament, ainsi qu'une petite quantité de bouillon ; il se trouve un peu mieux ; la sensibilité et la douleur épigastriques sont diminuées ; l'urine est haute en couleur.

27 septembre. — La toux, de plus en plus pénible, empêche le sommeil ; expectoration séro-muqueuse très-abondante. (*Applicetur vesicatorium abdomini. Capiat pulveris conii grana duo ter in die.*)

29 septembre. — Le vésicatoire n'a pas pris, quoiqu'on l'ait laissé vingt-quatre heures en place. Le lait n'est plus rejeté, mais tous les solides sont rendus immédiatement. Douleur et sensibilité très-vives à l'épigastre. Le malade nous dit qu'il sait d'avance, d'après la sensation que déterminent les matières à leur passage, si elles seront rejetées, oui ou non ; et ses prédictions à cet égard sont tellement exactes, que plusieurs personnes supposent qu'il vomit à volonté. Lorsque le vomissement doit avoir lieu, il y a une espèce de spasme qui paraît être très-douloureux. Puls à 70 ; toux pénible, expectoration d'un mucus jaunâtre mêlé d'une grande quantité de sérum. L'auscultation de la poitrine ne fait entendre aucun bruit anormal. On appliquera des sinapismes sur le ventre.

30 septembre. — Les sinapismes sont restés sans effet. Berry a pris hier un peu de thé et de petit-lait qu'il a rejetés immédiatement. Bientôt après, il a éprouvé une douleur violente au niveau des fausses côtes ; il l'attribue aux efforts de déglutition. Cette douleur et la toux ont tenu le malade éveillé pendant la plus grande partie de la nuit. (*Fomentations avec la térébenthine ; puis un sinapisme.*)

1^{er} octobre. — Berry nous raconte que hier soir il a senti « que la faculté d'avalier lui était revenue, et que son estomac était ouvert », et aussitôt il a bu un plein bol de lait qu'il a gardé. Il y a eu une selle. Il est à remarquer que tous les symptômes s'aggravent pendant les périodes de constipation. (*Frictions sur l'abdomen avec la solution acétique de cantharides.*)

3 octobre. — Ce dernier moyen a enfin amené la vésication. Le malade est beaucoup mieux aujourd'hui ; il garde les solides et les liquides.

6 octobre. — Hier soir, Berry a mangé un peu de pain, mais il n'a pu le garder ; depuis lors il a eu de fréquents vomissements. Il est tourmenté par la toux. Douleur au niveau des fausses côtes et à l'épigastre, qui est toujours sensible. Langue humide. (*Capiat acidi hydrocyanici minima tria ter in die.*)

24 octobre. — Rien de nouveau depuis la dernière note. Un jour le malade peut conserver quelques aliments, le lendemain il ne le peut plus. La nuit dernière il a été pris, au niveau des fausses côtes droites, d'une violente douleur qui l'empêche de faire une inspiration complète. Toux fatigante, expectoration abondante. Tout le côté droit présente une sensibilité telle que la moindre pression y est intolérable. Soif vive, langue chargée et humide. Pouls à 56.

26 octobre. — Pendant la nuit, la douleur du côté droit a été si violente, qu'elle a déterminé un accès de convulsion, lequel s'est prolongé pendant deux heures. Langue sale et humide, soif intense. Le malade peut à peine parler, il est profondément abattu. Il n'a rien mangé depuis trois jours.

Mort le 27

Autopsie dix-huit heures après la mort. — Le ventre, qui pendant la vie était déprimé et presque concave, est maintenant très-distendu. L'estomac est rempli de gaz ainsi que le tube intestinal ; ce dernier renferme en outre des matières fécales dures. Les tuniques de l'estomac sont si minces et si ramollies, que le doigt passe à travers lorsqu'on veut enlever l'organe ; la muqueuse très-molle se déchire par lambeaux. L'œsophage est enflammé dans les deux derniers pouces de sa longueur : immédiatement au-dessus de la portion enflammée, existe une masse squirrheuse d'une longueur de trois pouces environ ; elle a rétréci l'œsophage au point de ne lui laisser que le calibre d'une plume d'oie ; plus haut, la muqueuse est épaissie et ramollie ; on peut la séparer aisément des tuniques sous-jacentes.

Le poumon gauche est sain. Des adhérences solides unissent le poumon droit à la plèvre pariétale ; la cavité pleurale de ce côté renferme près d'une pinte de liquide, mêlé de flocons fibrineux récents. Le lobe inférieur du poumon est tapissé d'une exsudation plastique ; la rate est grosse et ramollie. Les deux vertèbres qui correspondent au rétrécissement de l'œsophage présentent des nodosités sur leur face antérieure. Ces productions s'avancent de trois quarts de pouce (2 centimètres) au delà du corps des vertèbres ; elles sont couvertes d'une lame mince de tissu osseux ; à l'intérieur, elles présentent un tissu spongieux normal qui se continue avec celui des corps vertébraux. Ces productions sont donc constituées par une hyperformation de tissu osseux normal, et chacune d'elles répond à une portion des deux vertèbres contiguës. La substance intervertébrale a pris un développement proportionnel, et elle se prolonge en avant de façon à diviser chaque ostéophyte en

deux portions. Ces protubérances osseuses avaient-elles quelque rapport avec le rétrécissement ? C'est ce que je ne saurais vous dire. Ce fait a présenté une autre particularité fort singulière : le rejet des matières avait lieu *alors qu'elles avaient dépassé le point rétréci*. Peut-être faut-il admettre, pour expliquer cette circonstance, que l'inflammation de l'œsophage s'était propagée à l'estomac. Les parois de cet organe étaient réduites à l'état de membrane extrêmement mince ; comme tous les muscles du corps, elles étaient complètement émaciées.

La tumeur squirrheuse était volumineuse, et elle avait amené la dégénérescence presque complète de tous les tissus de l'œsophage. C'est en arrière qu'elle présentait son maximum d'épaisseur ; là elle avait trois quarts de pouce, et elle était arrivée à un état très-voisin de l'ulcération ; ce tissu n'était ni résistant ni élastique. Ces particularités rendent compte non-seulement du petit calibre du rétrécissement, mais elles expliquent en outre l'inflammation de la muqueuse de l'estomac et de l'œsophage. Une sonde n'aurait pu passer.

A tous ces points de vue cette observation contraste étrangement avec l'histoire de notre second malade : chez lui, en effet, le tissu morbide était élastique, le rétrécissement dilatable ; il n'existait à son niveau aucun travail inflammatoire.

Benjamin Spears, âgé de cinquante ans, entré dans le service le 29 août. Il a mené la vie intempérante du soldat, et il a servi pendant plusieurs années dans les Indes orientales. Il paraît s'être toujours bien porté ; il n'a jamais toussé, il n'a jamais éprouvé de dyspnée. Il a échappé également à la fièvre intermittente et à l'ictère. Il y a un mois environ, il s'aperçut pour la première fois d'une légère douleur en avalant ; cette douleur, qu'il rapportait à la région épigastrique, persista pendant quatre ou cinq jours. Lorsqu'il avale un morceau de pain, le malade a conscience d'un obstacle en un point qui correspond au centre de l'appendice xiphoïde, et immédiatement il rejette son aliment : depuis ce moment, il n'a pu conserver dans l'estomac aucune substance solide ; au bout de quelques secondes et sans efforts, il rejette tout ce qu'il prend. Ce malheureux n'a rien mangé depuis trois semaines. Constipation, une seule selle par semaine. L'appétit est mauvais, le sommeil est à peu près perdu.

État actuel. — 30 août. — Amaigrissement considérable, physiologie abattue et anxieuse, ventre déprimé. Les liquides et les solides sont également rejetés. Lorsqu'il avale, le malade éprouve de la douleur au niveau de la pointe du processus ensiforme ; c'est là qu'il rap-

porte l'obstacle. Les aliments sont rejetés sans efforts; c'est à peine si le diaphragme paraît entrer en action. Si l'on pèse la matière ingérée, et qu'on la soumette à une nouvelle pesée lorsqu'elle a été rendue, on constate une augmentation de poids, dont l'addition de la salive ne suffit pas à rendre compte. L'épigastre et l'hypochondre droits sont un peu sensibles à la pression. Pas de douleur autre part; pas de tumeur. *Il n'existe ni dyspnée ni toux.* La soif est vive; la langue est sèche et légèrement sale. Constipation; extrémités froides; pouls à 100, petit et très-faible; quinze respirations naturelles. Pendant les inspirations profondes, légère douleur dans l'hypochondre droit.

℞ Solutionis ichthyocolli.

Tincturæ opii.

f. ℥ iij.

min. v.

Fiat enema bis in die injiciendum (1). Applicetur emplastrum Lyttæ epigastrio.

On passera la sonde œsophagienne.

31 août. — La sonde a été introduite par M. Collis, qui dit n'avoir rencontré aucun obstacle. Immédiatement après, le malade a pu prendre un peu d'eau; depuis lors il a bu un peu de petit-lait; il a eu quelques nausées en l'avalant, mais enfin il l'a gardé.

Une pinte de lait et d'ichthyocolle.

1^{er} septembre. — Spears a essayé hier soir de manger un petit morceau de viande, mais il l'a rejeté aussitôt, après avoir éprouvé une vive douleur. Il peut garder le lait et l'ichthyocolle; il se trouve beaucoup mieux.

4 septembre. — Il n'y a pas eu de nouveaux vomissements. Le malade prend régulièrement son lait et sa colle de poisson; constipation; pas de toux; il a ressenti hier un élancement douloureux dans le côté droit, au-dessous du mamelon; il est survenu en même temps de la dyspnée.

7 septembre. — Il y a eu hier un vomissement; mais une partie du lait est toujours conservée. Le malade est très-faible; la douleur de côté est moins vive; il y a fort peu de toux. Langue sèche; pouls faible, à 76.

9 septembre. — Dysphagie absolue, tout est rejeté; douleur thoracique moins forte; 80 pulsations, pas de toux. La sonde passe sans difficultés.

(1) ℞ Solution d'ichthyocolle.

Teinture d'opium.

72 grammes.

2

M. Pour un lavement. On en donnera deux par jour.

(Note du TRAD.)

10 septembre. — Après le passage de la sonde, le malade conserve tout ce qu'il prend. Céphalalgie intense, douleur thoracique moindre ; sensibilité épigastrique presque nulle.

11 septembre. — La nuit dernière, est survenue, avec de la dyspnée et de la toux, une douleur violente dans la région sous-mammaire droite. Pas de vomissements.

12 septembre. — Douleur très-vive ; toux fréquente, expectoration rare ; pas de vomissements.

13 et 14 septembre. — Même état.

18 septembre. — La douleur persiste toujours ; faiblesse extrême ; toux pénible, expectoration très-abondante ; *pas de vomissements*.

25 septembre. — État stationnaire, *pas de vomissements* ; la douleur est un peu moins forte.

30 septembre. — Rien de nouveau.

8 octobre. — Il s'est formé une tumeur au périnée ; elle a été ouverte par sir Philip Crampton, et il en est sorti une grande quantité de pus séreux très-fétide ; le malade s'est alors trouvé beaucoup mieux. Toux pénible ; expectoration abondante.

12 octobre. — Même état ; toux pénible, expectoration copieuse.

18 octobre. — Le malade a expectoré pendant la nuit une grande quantité de matière puriforme très-fétide ; prostration extrême ; pouls à 100, petit et filiforme. Émaciation considérable. Dans la région sous-mammaire droite, dans le point même occupé par la douleur, on entend aujourd'hui, pour la première fois, du gargouillement et une respiration caverneuse ; un peu de pectoriloquie. Les extrémités sont froides.

Mort le 19, à trois heures.

Autopsie. — Toute la partie supérieure de l'œsophage est saine ; à trois pouces et demi au-dessus de sa terminaison, existe un rétrécissement qui ne permet pas l'introduction du petit doigt, mais qui admet une grosse sonde métallique d'un quart de pouce (6 millimètres) de diamètre. La section du rétrécissement montre que la muqueuse est saine et sans aucune ulcération ; une fois la muqueuse disséquée, on peut constater que le rétrécissement provient du dépôt d'un tissu cartilagineux dans les fibres circulaires de la tunique musculieuse ; comme les longitudinales, ces fibres sont extrêmement minces ; elles peuvent à peine être distinguées. Le dépôt cartilagineux est irrégulier, il est plus épais sur certains points que sur d'autres. Le rétrécissement a un pouce et demi de longueur ; au-dessus les glandes mucipares sont un peu

développées. L'estomac est sain mais il a diminué de capacité. Les intestins ne présentent rien de particulier. Le poumon droit est uni par de solides adhérences à la paroi thoracique. Celle-ci enlevée, on arrive dans une cavité superficielle et anfractueuse, qui correspond à la région sous-mammaire droite ; le poumon est infiltré par places de tubercules crus ; au sommet, on trouve quelques petits dépôts calcaires. Le poumon gauche est parfaitement sain (1).

(1) Meyer a publié en 1858 une observation remarquable de rupture de l'œsophage survenue après de violents efforts de vomissement. Le malade (c'était un homme de trente-huit ans) éprouvait depuis son enfance une dysphagie légère qui ne se manifestait qu'à intervalles assez éloignés ; le bol alimentaire semblait alors s'arrêter au niveau de la fossette du cœur. Or, le 1^{er} février 1858, cet homme mangeait son repas de midi, lorsqu'un morceau de saucisse s'arrêta dans le point ordinaire. Les efforts de vomissement n'aboutirent qu'à l'expulsion d'une certaine quantité de sang rouge vif ; des vomitifs furent inutilement administrés, soit en poudre, soit en solution. Néanmoins cet accident n'a pas eu de suites immédiates. Mais, le 2 juillet, cet homme était apporté à l'hôpital dans un état désespéré ; il avait le visage pâle et légèrement cyanosé ; le tissu cellulaire sous-cutané de la face, du cou, et de toute la paroi thoracique antérieure, à l'exception de la région sternale, était emphysémateux. A droite en arrière, matité absolue à partir de la neuvième côte jusqu'au bas de la poitrine ; à gauche, la percussion n'est pas possible à cause de l'emphysème sous-cutané qui s'étend jusqu'à la région du dos. Dans les points où l'on constate la matité, on n'entend pas le bruit respiratoire, les vibrations thoraciques ne sont plus perceptibles ; 40 respirations. La pointe du cœur bat dans le cinquième espace intercostal, l'impulsion est faible, les bruits sont normaux ; 142 pulsations petites et faibles. Le malade se plaint d'une douleur très-vive qui, partant de la base du processus ensiforme, se prolonge verticalement jusqu'à un demi-pouce au-dessous du sommet de l'appendice, et s'étend de là aux vertèbres dorsales ; les apophyses vertébrales ne sont pas sensibles à la pression. Le diagnostic fut ainsi formulé : rupture de l'œsophage, épanchement dans la plèvre droite et probablement aussi dans la gauche ; emphysème sous-cutané déterminé par la solution de continuité du conduit œsophagien. Le malade succomba la nuit suivante : la durée totale des accidents avait été de cinquante heures.

Voici quels ont été les résultats de l'autopsie. A trois pouces au-dessus du cardia, la paroi antérieure de l'œsophage présente une ulcération béante (*Klaffende Geschwürsfläche*), longue d'un pouce un quart, large de trois huitièmes de pouce ; les bords en sont lisses, et sur quelques points ils sont si aigus, qu'on les dirait taillés avec un instrument tranchant. La muqueuse n'est pas épaissie, même sur la limite de l'ulcération, et on la sépare facilement de la musculuse. Le tissu sous-muqueux a sa consistance normale ; le tissu musculaire présente sa fibrillation et sa coloration naturelles, jusqu'aux bords mêmes de la solution de continuité ; l'examen microscopique démontre qu'il est parfaitement identique avec celui des parties saines. Dans le voisinage de l'ulcération, les tuniques ne sont pas ramollies. Les parties supérieures de l'œsophage sont légèrement dilatées ; au-dessus du cardia existe un point rétréci avec hypertrophie de la tunique musculuse. Au-dessous de l'ulcération décrite ci-dessus, la muqueuse est

Avant de terminer notre conférence, je veux vous parler d'une affection singulière des organes de la déglutition, que j'ai observée chez un jeune pasteur pour lequel j'ai été consulté par le chirurgien Barker. Ce jeune homme éprouvait différents symptômes de dyspepsie ; mais il était surtout incommodé par une lutte convulsive et douloureuse qui avait lieu, disait-il, entre le bol alimentaire, avant son entrée dans l'estomac, et un obstacle qui en empêchait le passage. Ce phénomène durait pendant quelques secondes, et il était aussi pénible pour le

couverte en plusieurs points de traînées jaunâtres, longues d'une demi-ligne à deux lignes ; ces stries sont parallèles au diamètre longitudinal du conduit ; l'examen microscopique y démontre une substance amorphe et l'absence d'épithélium. En avant de la perforation, on trouve dans le médiastin postérieur un foyer purulent, qui sépare l'œsophage des organes voisins, sur une longueur de cinq pouces et demi à partir du cardia ; ce foyer contient du tissu mortifié et beaucoup de débris alimentaires, mais ses parois n'ont aucun des caractères des parois épaissies des abcès chroniques. Épanchement dans les deux plèvres. L'estomac et les intestins sont distendus par des gaz.

Meyer a donné cette observation comme un exemple de perforation spontanée de l'œsophage, et il a invoqué, pour justifier cette conclusion, les caractères de l'ulcération et du foyer purulent qui étaient inconciliables avec l'idée d'un travail morbide d'ancienne date, et le défaut d'épaississement du tissu sous-muqueux et de la tunique musculieuse. Ces arguments sont en effet d'un très-grand poids, et ils me semblent suffisants pour autoriser l'interprétation de l'auteur. Je ferai remarquer cependant qu'en raison du long intervalle (1^{er} février-2 juillet) qui s'est écoulé entre l'accident primitif et le moment de la perforation, le fait de Meyer est un peu moins net, un peu moins démonstratif que la célèbre observation de l'amiral Wassenauer (Boerhaave) ; j'ai cru néanmoins le devoir signaler ici à cause de la rareté extrême des perforations primitives de l'œsophage, sans altération préalable des tuniques ; il n'y en a en réalité que quatre exemples dans la science, en comprenant le fait de Meyer que je viens de rapporter ; les trois autres appartiennent à Boerhaave, à Dryden et à Guersant. Il n'est pas inutile d'ajouter que l'observation de Meyer, qui diffère des trois autres sous certains rapports, se rapproche beaucoup de celle de Boerhaave au point de vue des manifestations symptomatiques.

Boerhaave, *Atrocis nec descripti prima morbi historia*. Lugd. Batav., 1724. — Cette observation est rapportée tout au long dans le *Traité de l'expérience* de Zimmermann.

Dryden, *Medical Commentaries of Edinburgh*, 1788.

Guersant, *Bullet. de la Faculté de Paris*, 1807.

Meyer, *Ueber Zerreiſsung der Speiseröhre* (*Medizinische Vereinszeitung in Preussen*, 1858, et *Canstatt's Jahresbericht*, III, 1859).

Comparez, pour les ruptures de l'œsophage par ulcération des tuniques :

Ziesner, *Rarus œsophagi morbus*, Régiomont, 1732 (in *Halleri Collect. disput. pract.*, VII).

Bouillaud, *Observ. de rupture de l'œsophage* (*Arch. gén. de méd.*, 1823).

(Note du TRAD.)

patient que pour les assistants ; ce jeune homme avait pris le parti de dîner seul. Dans un autre cas, ces accès de dysphagie momentanée étaient si fréquents, que le malade ne se hasardait à manger que s'il avait un verre d'eau à sa portée ; chez lui, la progression du bol alimentaire détermine la sensation d'une suffocation imminente. Ce gentleman, anatomiste consommé, pense que ce phénomène est purement nerveux, ou que, tout au moins, il n'y a pas lieu de songer à un obstacle mécanique. Dans ces deux faits, la dysphagie paraît dépendre de l'exagération, ou plutôt de la perversion de la sensibilité de l'œsophage. Dans les cas de blessure de la portion cervicale de la moelle, il arrive quelquefois que la sensibilité de l'œsophage est tellement accrue, que la déglutition devient impossible à cause de la douleur ; ce fait nous enseigne que, dans la dysphagie du genre de celle qui nous occupe, c'est sur la région du cou que nous devons appliquer nos agents thérapeutiques.

J'ai observé quelquefois dans le typhus fever une dysphagie toute particulière ; elle est évidemment occasionnée par la distension gazeuse de l'estomac, portée à tel point, que la partie inférieure de l'œsophage participe elle-même à cet état : ce qui me fait croire que les choses se passent ainsi, c'est que, pendant les efforts convulsifs de déglutition, on entend un bruit de gargouillement, comme si le bol alimentaire rencontrait des gaz vers la terminaison de l'œsophage. Mon ami le docteur Autenrieth (de Tübingen) a signalé ce même symptôme dans ce qu'il appelle le typhus abdominal des jeunes gens : il dit que, lorsque le malade boit, on entend un bruit de glouglou, comme si le liquide tombait dans un organe privé de vie. J'ai vu avec M. Rumley une jeune dame qui refusait absolument toute boisson, tant elle souffrait au moment de la pénétration des gaz dans la partie inférieure de l'œsophage ; chez cette dame, existait aussi le bruit de gargouillement dont je vous ai parlé. Ces phénomènes disparurent graduellement, et la malade guérit ; mais il est bon de vous dire que, dans les fièvres, cette dysphagie et le bruit signalé par le docteur Autenrieth sont d'un très-fâcheux augure.

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON.

DYSPEPSIE.—CONSTIPATION HABITUELLE.—COLORATIONS DIVERSES DES SELLES. — CALCULS INTESTINAUX.

Emploi du nitrate de bismuth dans la dyspepsie.—Procédé d'administration.—Indications de l'opium.—Dès 1823, l'auteur a découvert l'acide lactique dans l'estomac.
— Gastrodynie. — Sa nature. — Son traitement.

Constipation habituelle.— Prescriptions.— Usage de l'huile de ricin à doses décroissantes.

De la coloration des selles.— Selles blanches.— Influence de la sécrétion muqueuse de l'intestin. — Selles noires. — Trois formes de mélæna.

Calculs intestinaux.

MESSIEURS,

Nous avons actuellement dans notre service un malade affecté d'une forme de dyspepsie pour laquelle j'ai prescrit de la magnésie. Cet homme a souffert pendant longtemps d'un rhumatisme chronique, et d'une dyspepsie caractérisée par l'exagération des sécrétions acides de l'estomac, par de la gastrodynie et des éructations aigres. Nous avons combattu son rhumatisme ; nous lui avons prescrit des lavements pour prévenir la constipation, et nous lui avons en outre ordonné du nitrate de bismuth et de la magnésie, pour calmer ses douleurs et corriger les sécrétions gastriques. Dans les cas de ce genre, en effet, le bismuth est l'un des meilleurs remèdes que nous puissions employer ; j'y ajoute habituellement de la morphine ou de la magnésie. Je prescris d'ordinaire 10 grains (60 centigr.) de magnésie, 20 grains de poudre de gomme arabique, 6 grains (36 centigr.) de nitrate de bismuth, à prendre deux ou trois fois par jour, selon les cas ; je fais prendre après la poudre une grande cuillerée d'eau contenant un seizième de grain (4 milligr.) de chlorhydrate de morphine.

Si le lait ne répugne pas au malade, vous pouvez lui donner sa poudre dans un peu de lait bouilli. J'emploie la gomme arabique en

raison de ses propriétés adoucissantes, et parce qu'elle permet d'avaler la poudre plus facilement ; quel que soit le liquide dans lequel vous l'administriez, il doit être chaud, afin qu'il dissolve plus promptement la gomme. Cette médication est très-efficace, et je l'ai vue réussir dans bien des cas de dyspepsie acide, qui avaient résisté à la morphine, au bismuth et à l'acide prussique employés seuls.

Je n'ai pas besoin de vous rappeler pourquoi la magnésie et les autres substances antiacides sont indiquées dans cette forme de dyspepsie ; mais il ne sera peut-être pas inutile de vous donner la raison de l'emploi des opiacés. Le docteur Elliotson a fait observer qu'un grand nombre d'états morbides de l'estomac dépendent d'une perturbation de l'action nerveuse, et que, dans tous ces cas, les narcotiques sont nos plus puissants moyens thérapeutiques. Quant au nitrate de bismuth, il faut convenir que nous ne sommes pas très-édifiés sur son mode d'action ; nous savons cependant que les sels métalliques ont une grande influence sur les affections nerveuses, aussi bien que sur les sécrétions morbides, témoin les effets du carbonate de fer, de l'oxyde de zinc, de l'arsenic, de l'antimoine et de beaucoup d'autres. Nous donnons donc le bismuth dans l'espoir de combattre les éructations acides et de soulager la gastrodynie.

Étudions maintenant d'un peu plus près l'action des toniques et des narcotiques dans les affections de l'estomac. Autrefois les physiologistes pensaient que, dans les estomacs affaiblis, le travail digestif s'accompagnait de la production d'acides et de gaz, parce que les aliments, étant incomplètement *travaillés*, entraient en fermentation ; c'est cette fermentation qui, suivant eux, produisait les acides et les gaz. D'après cela, les médecins, dans les cas de ce genre, s'attachaient à prescrire des aliments qui entraient difficilement en fermentation, et une fois les acides produits, ils s'efforçaient d'en neutraliser les fâcheux effets au moyen des alcalins. Ils devaient toutefois être on ne peut plus surpris en voyant des matières alimentaires dont la fermentation, ou plutôt la putréfaction en dehors de l'organisme ne détermine la formation d'aucun acide, en produire néanmoins dans l'estomac autant que toutes les autres substances.

Les praticiens ne tardèrent pas à remarquer en même temps que si les alcalins procuraient un soulagement temporaire, leur emploi prolongé finissait par augmenter encore la disposition de l'estomac à produire les acides. Ce fait était inexplicable avec les connaissances physiologiques d'alors. En 1823, j'ai lu un travail sur ce sujet devant

l'Association du collège royal des médecins (1); vous le trouverez inséré dans le quatrième volume des Mémoires de cette société. Dans ce travail, j'indiquais la véritable source de l'acidité et de la flatulence dans certaines dyspepsies, et je prouvais, contrairement à l'opinion générale, qu'il s'agissait d'une véritable sécrétion morbide. Je montrais que l'estomac sain a la propriété de produire des acides et des gaz (2), qui sont également nécessaires pour la dissolution de la matière alimentaire, et j'établissais que, dans la dyspepsie, cette sécrétion présente une activité anormale. On ne tarda pas à reconnaître la justesse de cette manière de voir, et de nouvelles méthodes de traitement furent proposées. C'est alors que le docteur Elliotson conseilla l'acide prussique et les narcotiques, afin d'agir sur les nerfs qui président aux sécrétions de l'estomac; ce mode de traitement, qui est le plus efficace de tous, a été sanctionné par l'expérience générale.

Dans le même travail, j'établissais par des expériences chimiques que l'acide naturel de l'estomac de l'homme, identique avec l'acide lactique, n'est autre chose que cet acide lui-même; ce fait n'a été signalé par Berzelius qu'en 1830. Et pourtant, presque tous les auteurs ont attribué la gloire de cette découverte au chimiste suédois, alors que je l'avais devancé de sept années. Si donc on veut bien accorder quelque considération à celui qui a le premier constaté ce fait, je me crois en droit de la revendiquer hautement.

La dyspepsie présente très-fréquemment un autre symptôme auquel on a donné le nom de gastrodynie. Sous cette dénomination on ne comprend ni la douleur de la gastrite, ni celle des lésions organiques de l'estomac; le terme *gastrodynie* ne s'applique qu'aux douleurs gastriques auxquelles on attribue un caractère névralgique. Ces douleurs sont extrêmement communes dans les affections dyspeptiques, nerveuses et hystériques.

La nature névralgique de cette douleur est parfois évidente, car elle peut apparaître subitement sous l'influence de quelque impression morale qui affecte le système nerveux; dans ces cas-là, la douleur est complètement indépendante de troubles digestifs antérieurs. Chez un de mes confrères les plus éminents qui me fit dernièrement l'honneur de me consulter, la douleur naît le plus ordinairement sous l'influence de causes morales; elle apparaît tout à coup et s'évanouit sans laisser

(1) Association of the King and Queen's College of Physicians.

(2) Voy. tome I, la note de la page 167.

de traces. Certains accès ont duré pendant plusieurs jours, et ils n'ont été suivis d'aucune sensibilité à l'épigastre; l'appétit n'a pas été compromis; l'activité du travail digestif n'a point été ralentie; la langue n'est pas devenue saburrale: cette immunité est d'autant plus remarquable dans ce cas, que la douleur est des plus violentes. Elle a paru pour la première fois il y a douze ans; notre confrère, alors âgé de cinquante ans, était fort et robuste. L'accès a duré trois jours et trois nuits, presque sans aucune rémission. Depuis cette époque, cette douleur est revenue bien fréquemment, mais elle persiste rarement plus de quatre à cinq heures; tout dernièrement, cependant, nous avons été voir ce malade, M. Houston et moi, pour un accès qui durait depuis deux jours, et qui avait été déterminé par des inquiétudes morales. Les impressions pénibles du système nerveux constituent la cause principale de cette gastrodynie; néanmoins certains aliments qui ne conviennent pas à l'estomac éveillent aussi la douleur. La marche, surtout après le dîner, amène quelquefois un accès douloureux avec éructations gazeuses: la promenade poussée jusqu'à la fatigue a constamment cet effet. Le plus souvent, la douleur apparaît dans la nuit; notre confrère est réveillé subitement à une, deux ou trois heures du matin. Cette dernière circonstance vient encore confirmer le caractère névralgique de cette affection.

Chez ce malade, la térébenthine administrée par la bouche ou en lavement est restée absolument sans effet; les opiacés et les autres narcotiques n'ont produit qu'un soulagement momentané. Lorsque la douleur est excessive, ce gentleman prend de l'opium à hautes doses, mais le médicament n'agit que comme palliatif, et, eu égard à la quantité ingérée, il calme fort peu les souffrances. Lorsque les paroxysmes étaient très-fréquents, c'est le carbonate de fer à la dose de trente grains (1^{er}, 80) par jour qui a paru agir avec le plus d'efficacité. Le malade s'est toujours bien trouvé de la magnésie, du bicarbonate de soude et de la *soda water* prise le soir; le nitrate de bismuth n'a amené aucune amélioration. Dans ce cas, du reste, la douleur gastrique ne dépend pas de cet état anomal des organes digestifs qui est caractérisé par la prédominance des acides, il n'existe pas de pyrosis à proprement parler; aussi voyons-nous les alcalins n'agir que comme palliatifs, et le bismuth échouer complètement.

Lorsqu'au début de la gastrodynie, il existe beaucoup d'acides dans l'estomac, comme cela avait lieu chez un jeune homme que je soignais dernièrement avec M. Kirby, alors la magnésie procure un soulagement

rapide. Au reste, je veux vous signaler quelques particularités de l'histoire de ce malade; elles ne sont pas sans intérêt au point de vue pratique. Il s'agit d'un jeune garçon de treize ans, extrêmement intelligent; il est grand et élancé. Depuis plusieurs années déjà, il est sujet à la gastrodynie: les intervalles des accès sont très-variables; cependant ils atteignent rarement un mois. Une fois revenus, les paroxysmes sont très-fréquents pendant une semaine, et même pendant un mois. Le malade n'est averti de leur approche ni par de la constipation, ni par le fer chaud; mais il est incommodé par des acides gastriques. L'accès douloureux débute invariablement dans la soirée, après le dîner, et quelquefois pendant la nuit; il existe alors une douleur très-pénible qui s'étend de l'épigastre à la région du dos, en même temps qu'une sensation de pesanteur, de distension et de chaleur dans l'estomac. Durant le paroxysme et quelques heures après sa terminaison, l'épigastre reste sensible et douloureux. L'accès se prolonge toujours pendant plusieurs heures; lorsqu'il est près de sa fin, surviennent des éructations et des vomissements; depuis quelque temps, le malade avait l'habitude de hâter ces vomissements en portant ses doigts dans l'arrière-bouche. Un jour, une partie des matières rejetées est tombée par hasard sur un pantalon bleu, qui a immédiatement pris une teinte rouge.

Chez ce garçon, j'ai essayé successivement l'acide prussique, l'acétate de morphine et d'autres narcotiques, sans réussir à prévenir les accès, ni même à en calmer la violence. Le nitrate de bismuth n'était pas immédiatement efficace, mais, après un jour ou deux, il ne manquait jamais de diminuer l'intensité des paroxysmes, et il finissait par les suspendre complètement. Chez ce malade, ce médicament agissait toujours comme un léger apéritif. Néanmoins c'étaient les antiacides, et surtout la magnésie calcinée, qui réussissaient le mieux à calmer la douleur, et cela en moins d'une demi-heure. Tous les aliments que ce jeune homme digère mal et qui favorisent le développement des acides, amènent invariablement un accès.

Vous voyez, messieurs, qu'au double point de vue des symptômes et du traitement, ce fait s'éloigne beaucoup du précédent: il nous montre que, dans les cas d'acidité gastrique bien évidente, les antiacides sont le meilleur moyen de diminuer la douleur. Alors aussi le nitrate de bismuth est utile, et il agit probablement en combattant graduellement la disposition de l'estomac aux sécrétions acides; mais c'est lorsque l'accès douloureux est accompagné ou suivi de la sécrétion d'un liquide insipide, transparent et aqueux, c'est dans cette variété de gastrodynie,

qui constitue, à proprement parler, la pyrosis, que le bismuth surpasse en efficacité tous les autres agents thérapeutiques.

Ce médicament est prescrit ordinairement sous la forme d'une poudre, qui renferme une partie de bismuth pour trois parties de gomme arabique ; vous devez administrer cette poudre dans un verre de lait chaud ; il faut agiter vivement le mélange au moment même où on le fait prendre.

Mais il ne suffit pas d'avoir étudié le symptôme gastrodynie, et de vous avoir indiqué les moyens qui réussissent le mieux à calmer la douleur, selon les différents cas ; il faut que je vous fasse connaître maintenant le traitement auquel vous devez recourir pour écarter définitivement les accès. Bien que, dans l'exemple que je vous ai rapporté, les opiacés aient été inutiles, je dois vous dire que, dans la gastrodynie névralgique, ils rendent ordinairement de grands services, non-seulement pour abrégier la durée des paroxysmes, mais encore pour en prévenir le retour ; j'en ai eu maintes fois la preuve. Je ne m'arrêterai pas sur les avantages incontestables de l'acide prussique, de la morphine et des préparations narcotiques en général, pour combattre l'acidité gastrique ; ce sujet a été traité de main de maître par le docteur Elliotson. Je crois me rappeler que les bons effets de ces médicaments dans la gastrodynie et la dyspepsie ont été signalés pour la première fois par Schluter, dans un travail qu'il a publié il y a bien des années.

Dans quelques gastralgies rebelles à tous les autres moyens de traitement, je me suis très-bien trouvé de l'emploi du nitrate d'argent et du stramonium. Enfin j'ai fréquemment prescrit, comme adjuvant, des frictions sur la région dorsale avec le liniment de St. John Long, dont je vous ai précédemment donné la formule (1).

Parmi les troubles digestifs, il n'en est pas de plus pénible, il n'en est pas de plus rebelle que la constipation. Dans une foule de circonstances, il est de la plus haute importance d'obtenir une selle régulière tous les jours. Les lavements réalisent très-bien cette indication, et ils ont le grand avantage de ne pas compromettre les fonctions de l'estomac ou de la partie supérieure de l'intestin. Mais un grand nombre de personnes, surtout parmi les femmes, ont une répugnance insurmontable pour ce moyen de traitement, et elles finissent par prendre des laxatifs toutes les fois qu'elles sont constipées.

(1) Voy. tome II, page 33.

Différentes causes ont contribué à populariser les pilules bleues et le calomel ; une foule de gens y ont recours dès que les fonctions intestinales se ralentissent , ou que l'estomac est dérangé, sans parler du nombre vraiment incroyable d'individus qui usent de ces préparations, soit seules soit combinées à d'autres purgatifs, dès qu'ils *se sentent bilieux* : je me sers ici de leur expression. Mais, messieurs, cette habitude est funeste; tôt ou tard elle amène une irritabilité nerveuse anormale, et le valétudinaire devient un bel et bon hypochondriaque; il s'est empoisonné lentement, sans avoir jamais présenté aucun symptôme évident de mercurialisation.

Je n'ai pas besoin de vous dire que les purgatifs salins ne procurent qu'un soulagement momentané; ce premier effet produit, ils augmentent encore la tendance à la constipation, et affaiblissent l'estomac. La magnésie, l'aloès, la rhubarbe, la coloquinte, sont beaucoup moins passibles de cette objection, et il ne manque pas d'excellentes formules pour leur administration. Toutefois ces substances, qui exercent sur l'estomac une action beaucoup moins fâcheuse que les mercuriaux et les sels neutres, présentent encore un inconvénient grave : il faut en élever les doses à mesure que les intestins s'y habituent.

Pour échapper à cette nécessité, le docteur Elliotson a proposé une excellente combinaison : c'est de l'extrait composé de coloquinte uni à de petites doses d'huile de croton. J'ai souvent employé cette préparation avec les meilleurs résultats; mais elle offre un véritable danger; si le mélange de l'huile et de l'extrait n'est pas parfaitement intime, quelques-unes des pilules pourront être trop actives, tandis que d'autres seront à peu près inertes; dès lors, le malade est exposé à une superpurgation : j'en ai observé deux cas, et cependant le médicament avait été préparé chez un pharmacien des plus recommandables. L'électuaire suivant vous permettra de combattre la constipation sans diminuer l'appétit; vous ne serez pas dans la nécessité d'élever les doses du remède, à mesure que le malade s'y habitue.

	℞ Electuarii sennæ.	℥ ij.
	Bitartratis potassæ.	℥ ss.
	Carbonatis ferri.	ʒ ij.
	Sirupi zingiberis.	q. s. ut fiat electuarium (1)
(1)	℞ Electuaire de séné.	64 grammes.
	Bitartrate de potasse.	16
	Carbonate de fer.	8
	Sirop de gingembre.	q. s.
	Faites un électuaire.	(Note du TRAD.)

Les premiers jours, j'ajoute ordinairement à cet électuaire deux drachmes (8 grammes) de soufre ; mais aussitôt que le médicament commence à agir, la quantité du soufre doit être diminuée de moitié, et au bout d'une semaine il faut le retrancher. La dose de l'électuaire doit être réglée d'après les effets produits ; mais le plus ordinairement il suffira de prendre une petite cuillerée dans le milieu de la journée, et une autre le soir, en se mettant au lit.

On n'a pas jusqu'ici apprécié à sa juste valeur l'efficacité du carbonate de fer comme tonique apéritif ; par lui, et par lui seul, j'ai eu le bonheur de guérir d'une constipation opiniâtre un praticien éminent qui avait dû se résoudre à prendre, presque toutes les semaines, des doses énormes de médicaments purgatifs.

Si les lavements convenablement administrés avec la seringue de Read ne réussissent pas à vaincre la constipation (ce qui est très-rare, lu reste) il faut recourir à d'autres moyens. Quelques médecins ont l'habitude de donner successivement des purgatifs énergiques, dont ils augmentent les doses, selon les indications de chaque cas particulier. Ce procédé est à la fois imprudent et incertain. Souvent, dans les cas de ce genre, l'estomac conserve l'huile de ricin : or, j'aime beaucoup mieux en donner plusieurs fois de suite ; cette substance peut s'accumuler sans aucun inconvénient dans le canal digestif, et elle finira toujours par produire des évacuations, sans aucun des dangers qui résultent de l'emploi réitéré des drastiques. Je commence ordinairement par prescrire deux onces d'huile de castor (48 grammes), et je fais répéter cette dose toutes les deux heures, jusqu'à production de l'effet désiré. Dans la constipation opiniâtre, la première dose d'huile doit être considérable ; mais une fois que le médicament a commencé à agir sur les intestins, on peut en diminuer graduellement la quantité, pourvu qu'on en fasse prendre tous les jours pendant un certain temps. Je ne sais plus qui a fait le premier cette importante observation, mais j'en ai plusieurs fois vérifié la justesse dans ma clientèle, et ici même dans un cas tout récent. Un malade nous était arrivé avec une constipation opiniâtre, qui avait résisté aux lavements et aux purgatifs les plus violents ; trois onces d'huile de ricin pendant les deux premiers jours, deux onces le troisième, et une once le quatrième, firent justice des accidents. Dans quelques cas, la dose quotidienne doit être réduite à la proportion d'une petite cuillerée ; on la fait prendre alors le soir, au moment du coucher.

Lorsque les lavements restent sans effet, lorsque quelque circonstance

particulière contre-indique l'administration des purgatifs par la bouche, alors on peut retirer de grands avantages de l'application de liniments purgatifs sur le ventre. Celui qui m'a rendu les plus grands services se compose de quatre parties d'huile de ricin et d'une partie de teinture de jalap. Tous les matins, pendant que le malade est encore au lit, on fait faire avec ce liniment des frictions sur la région de l'estomac ; ces frictions doivent être pratiquées sous les couvertures, de peur que l'odeur désagréable du médicament ne détermine des nausées. C'est à un médecin de mes amis que je dois cette méthode ; elle m'a admirablement réussi chez un jeune gentleman dont l'état paraissait complètement désespéré.

Chez les personnes habituellement constipées, je me suis également très-bien trouvé de l'emploi de l'acide nitrique à doses suffisantes (*in sufficient doses*). Comme le carbonate de fer, il paraît joindre aux propriétés laxatives les avantages des toniques.

Du reste, messieurs, la constipation n'est point seulement pénible et dangereuse par elle-même ; en maintenant le cæcum et le côlon dans un état de dilatation à peu près constante, elle devient le point de départ d'autres affections. Ces états secondaires, plus fréquents chez les femmes, sont également observés chez les individus du sexe masculin. La dilatation des intestins peut donner lieu à deux affections bien distinctes, qui proviennent toutes deux de la rétention et de l'accumulation des matières fécales dures. Dans l'une, les symptômes peuvent facilement induire le médecin en erreur, et lui faire croire à une hépatite chronique. On observe, en effet, de la douleur et de la sensibilité dans l'hypochondre droit, parfois même un peu d'empatement, et un développement anormal de ce côté ; et en même temps le facies est bilieux ; il y a des douleurs fréquentes dans l'épaule droite. De temps en temps, surviennent des coliques violentes, ou des crampes d'estomac, surtout si la constipation dure depuis quelques jours si le régime a été composé de végétaux farineux, ou si le malade a été exposé à l'action du froid.

Dans la seconde forme, l'état général est moins compromis ; la douleur et les autres symptômes qui siégeaient dans l'hypochondre droit n'existent plus, mais le patient est sujet à des vomissements, à des douleurs de ventre qui présentent tous les caractères de l'obstruction intestinale ; ces accès éclatent surtout sous l'influence des causes que je vous ai indiquées tout à l'heure. C'est précisément là ce qui peut encore égarer le médecin ; il se préoccupe du refroidissement ou de

l'erreur de régime qui a déterminé le paroxysme, et il ne voit pas l'accumulation des matières fécales : or, la guérison dépend avant tout de leur expulsion.

J'ai commis plusieurs fois cette erreur, avec deux autres médecins, à propos d'un malade d'une constitution robuste et d'une grande force corporelle. La véritable cause des coliques épouvantables auxquelles il était sujet nous avait complètement échappé, jusqu'au moment où cet homme nous dit que, dans sa jeunesse, il allait rarement à la selle plus d'une fois par semaine. Je soupçonnai aussitôt l'existence d'une dilatation du côlon, et depuis lors les accès ont toujours cédé rapidement sous l'influence de grands lavements, administrés au moyen de la seringue de Read. Ce malade ne va jamais en voyage sans emporter avec lui son précieux instrument. Remarquez, messieurs, que ces attaques de coliques surviennent quelquefois très-longtemps après que la constipation habituelle a disparu ; aussi la cause des accidents ne sera révélée au médecin que s'il interroge attentivement son malade sur ses antécédents.

Je crois avoir appelé le premier l'attention sur la coloration particulière que présentent quelquefois les selles, et sur la cause de cette modification (1) ; mais le docteur Golding Bird et les auteurs qui ont observé ce fait après moi, n'ont pas même cité mon travail. La première fois que je constatai ce phénomène, ce fut chez un malade qui était venu me consulter dans les circonstances suivantes. L'automne précédent, il avait été atteint d'une dysenterie grave ; cette maladie régnait alors épidémiquement. Il avait été soumis au traitement usité en pareil cas, et depuis plusieurs semaines la fièvre avait cessé, les selles n'étaient plus sanglantes. L'appétit était revenu, les digestions se faisaient bien, et pourtant cet homme devenait tous les jours plus faible et plus maigre. Il avait une ou deux selles naturelles par jour, sans ténésme ; mais en outre il éprouvait huit ou dix fois, dans l'espace de vingt-quatre heures, le besoin d'aller à la garderobe ; ce besoin était subit et tellement pressant, que l'évacuation avait lieu quelquefois avant qu'il eût eu le temps de se rendre au cabinet d'aisances. Ces selles n'étaient annoncées par aucun symptôme particulier ; elles ne se composaient que de deux ou trois cuillerées de matière mucoso-gélatineuse, de couleur et de consistance variables : cette matière ressem-

(1) *Dublin Hospital Reports*, IV.

blait ordinairement à du lait épais ou à un liquide puriforme ; parfois elle avait l'aspect d'une gelée transparente et tremblotante.

Ce liquide provenait évidemment de la muqueuse rectale irritée ou légèrement enflammée. Cet état des membranes muqueuses constitue l'affection à laquelle on a donné le nom de blennorrhée chronique ; lorsque c'est la muqueuse du rectum qui est ainsi compromise , il en résulte cet état morbide qui avait été anciennement appelé *fluxus coeliacus* (1), à cause de la coloration blanche des selles. On voyait dans cette matière blanche une évacuation chyleuse ; vous savez qu'on n'admettait pas alors que le chyle entre par absorption dans la circulation générale. Je ne vous aurais pas rappelé cette singulière interprétation des selles blanches, si elle n'avait pas été conservée par le savant docteur Good , dans son livre *The study of Medicine*. Dans le *Journal d'Hufeland* (juin 1825), le docteur Rummel compare entre elles les diverses descriptions qu'ont données les auteurs de cette prétendue maladie, et il montre qu'ils se sont tous trompés, en admettant l'existence d'une affection qui mériterait le nom de *diarrhœa chylosa*.

Que le docteur Good eût gardé cette ancienne dénomination de diarrhée chyleuse, j'en aurais été moins surpris que de le voir en créer une nouvelle, dont la justesse est plus que douteuse. Il a, en effet, proposé le nom de *diarrhœa gypsata* : « Les selles , dit-il , se composent d'une matière qui ressemble à un mélange d'eau et de chaux ; et cette apparence est due à des particules terreuses éparses dans le liquide avec lequel elles sont évacuées. »

Le docteur Baillie, qui a décrit le premier ces selles blanches, fait remarquer que *par leur couleur* elles sembleraient dépendre d'une sécrétion intestinale abondante de matière calcaire ; mais il ajoute que « la nature calcaire de ces évacuations n'a jusqu'ici été révélée par aucune réaction chimique ».

Comme j'ai observé plusieurs fois de ces selles blanches qui devaient leur couleur , non pas à la présence, mais à l'absence de la bile, et à la sécrétion de mucosités blanchâtres et épaisses, je dois rejeter, jusqu'à plus ample démonstration, l'espèce de diarrhée admise par le docteur Good. Si la *diarrhœa gypsata* existe réellement, cette matière terreuse serait vraisemblablement du phosphate de chaux.

Rien n'est plus commun que les sécrétions visqueuses et blanchâtres

(1) « *Diarrhœa coeliaca, qua humor lacteus specia chyli dejicitur.* » (Cullen's *Nosology*.)

de la muqueuse oculaire, bronchique, urétrale, vaginale, etc. ; et ces sécrétions reconnaissent pour cause un état d'irritation analogue à celui de la muqueuse rectale, dans le cas d'évacuations alvines blanches et peu abondantes.

Le fait que je vous ai rapporté vous prouve que cette irritation chronique du rectum peut déterminer des accidents généraux graves. Mais les symptômes sont encore plus sérieux lorsque l'affection, dépassant les limites du rectum, s'étend aux portions supérieures du gros intestin. Du reste, la muqueuse de l'intestin grêle peut être affectée de la même façon, et produire également une sécrétion blanchâtre ; les autopsies des individus morts du choléra asiatique l'ont surabondamment prouvé, et un grand nombre d'entre eux avaient eu, pendant leur maladie, des selles lactescentes. L'ouverture des cadavres montrait que ces selles blanches provenaient d'une sécrétion morbide de l'intestin grêle. La *diarrhœa alba* qu'Hillary a décrite comme régnant parfois épidémiquement dans les îles Barbades, résulte probablement d'une cause du même genre.

Il serait fort superflu de vous énumérer tous les remèdes que j'ai inutilement employés chez mon malade pour arrêter le flux rectal dont il était atteint ; je n'obtins aucun résultat jusqu'au jour où je me décidai à employer la strychnine, sur l'autorité du docteur Rummel, qui avait constaté les bons effets de l'extrait de noix vomique dans un cas semblable. Je fis prendre deux fois par jour, sous forme de pilule, un douzième de grain (5 milligrammes) de strychnine, et la guérison fut complète au bout de trois semaines.

Rummel fait observer que, « lorsqu'on a cherché à éloigner la cause première de l'affection, les meilleurs remèdes à employer sont les narcotiques unis aux médicaments fortifiants et astringents. La noix vomique a une influence toute spéciale sur la blennorrhée du rectum ». Chez les malades dont il rapporte l'histoire, Rummel prescrivait divers toniques astringents, tels que le sulfate de quinine et le columbo, et des substances qui, comme le soufre, exercent une action évidente sur les surfaces muqueuses. En général, le traitement était notablement facilité par l'emploi simultané de petites doses de jusquiame et d'opium. Ces divers moyens, combinés avec l'administration judicieuse de la noix vomique, réussissent presque toujours à arrêter le flux morbide, et à rétablir les fonctions du rectum (1).

(1) Toute cette discussion est la reproduction d'un travail que Graves avait fait insé-

Les selles noires ou de couleur très-foncée reconnaissent plusieurs causes. C'est d'abord une *hémorrhagie* à la surface de l'intestin ; on a alors affaire au *mélæna vrai* dont je vous ai parlé dans mes leçons sur le typhus fever ; c'est ensuite la bile noire. L'*atrabilis* a été considérée comme la seule cause possible de selles noires, jusqu'à ce que la nature du *mélæna vrai* ait été signalée d'abord par Hoffmann, puis par Home. M. Abernethy a même regardé la bile noire comme la matière colorante de ces selles foncées : « La coloration noire des selles, dit-il, démontre ici que la sécrétion de la bile n'était pas nor-

rer, il y a bien des années déjà, dans le quatrième volume des *Dublin Hospital Reports*, sous ce titre : *On whitish stools*. Mais, je dois le dire, l'auteur s'est quelque peu écarté ici de son exactitude ordinaire ; car, s'il a fait une étude très-complète de ces selles blanches, il est loin d'avoir combattu le premier l'opinion erronée des anciens. Déjà, en 1763, Vogel avait montré que ces évacuations ne sont point composées de chyle, et Richter, J. P. Frank et Wedekind avaient confirmé par leurs observations la manière de voir de Vogel ; bien plus, Uhtoff, Sœmmering et Dreissig attribuaient cette matière blanchâtre à une sécrétion morbide des intestins, et principalement du rectum, et l'on a vu que telle était aussi l'opinion de notre auteur. Mais, s'il n'est pas fondé à formuler ici une réclamation de priorité, il n'en est pas moins vrai qu'il a beaucoup mieux étudié qu'on ne l'avait fait avant lui les caractères de cette diarrhée blanche, les circonstances dans lesquelles elle apparaît (à la suite de la dysenterie), et les accidents auxquels elle peut donner lieu.

C'est précisément à cette forme de diarrhée qu'appartiennent les *concrétions intestinales gélatiniformes* ou *colloïdes* sur lesquelles MM. Potain et Laboulbène ont récemment appelé l'attention. D'après ce dernier observateur, « ces concrétions renferment au milieu d'une grande quantité de matière amorphe et transparente, des granulations moléculaires, des cellules d'épithélium cylindrique, et des globules purulents et pyoïdes ». Le même auteur a trouvé dans les *selles riziformes* des cholériques « de l'épithélium intestinal uni à des matières amorphes et granuleuses. Il y avait aussi, mais non toujours, des globules granuleux, parfois des globules pyoïdes ou purulents. »

Vogel, *Fluxus cæliaci genuina notio atque ratio*. Gottingæ, 1768.

Richter, *Medicinishe und chirurgische Bemerkungen*. Gottingue, 1793.

J. P. Frank, *Ephitome*, etc.

Wedekind, *Aufsätze ueber verschiedene wichtige Gegenstände der Arzneiwissenschaft*. Leipzig, 1791.

Uhtoff, *De morbo cæliaco ejusque genuina notione*. Gottingæ, 1787

Sœmmering, *De morbis vasorum absorbentium corporis humani*. Trajecti ad Rhenum, 1789.

Dreissig, in *Hufeland's Journal*, XLIII.

Potain, *Sur des lambeaux de matière mucoso-gélatiniforme expulsés par l'intestin pendant la défécation* (*Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1857).

Laboulbène, *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses*. Paris, 1861.

(Note du TRAD.)

male, et que le foie était affecté, ainsi que les autres organes chylo-poïétiques. »

Il serait facile, je crois, de prouver que, dans le cas dont il s'agit, la coloration noire des selles ne dépendait point de l'atrabile, mais bien de la *troisième cause* des selles noires, à savoir : la sécrétion d'une matière noire à la surface du tube digestif.

Toutefois je ne chicanerai point M. Abernethy sur ce fait, parce qu'il admet ailleurs l'influence de la cause que je viens de vous indiquer. Il dit en effet : « Il est probable que les matières fécales qui ont l'aspect de la poix sont principalement constituées par les sécrétions morbides de la surface intestinale, puisqu'elles ne ressemblent ni au résidu des aliments, ni aux produits sécrétés par le foie. » Il ajoute même ailleurs : « Pouvons-nous admettre que toute cette matière noire et fétide, qui était évacuée par le sujet de notre première observation, était fournie exclusivement par le foie ? » J'ai observé un fait extrêmement remarquable, dans lequel cette coloration noire des selles provenait évidemment des sécrétions intestinales ; la matière très-abondante ressemblait tantôt à du goudron, tantôt à de l'encre ; il en fut ainsi pendant dix ou douze jours de suite. L'examen répété des matières alvines me montra que la coloration n'était pas due à la présence du sang ; ici, en effet, le sang n'aurait pas pu séjourner longtemps dans l'intestin, après sa sortie des vaisseaux, à cause de la fréquence et de l'abondance des selles ; or, l'expérience m'a appris que, dans le *mélæna vrai*, le sang conserve la propriété de tacher le linge en rouge, même lorsqu'il est resté un certain temps dans le canal digestif : nous n'obtenions pas ici cette coloration rouge. De plus, dans le *mélæna*, lorsque les selles sont abondantes, chacune d'elles détermine une grande faiblesse et des défaillances fréquentes ; or, dans le cas dont il s'agit, et je pense qu'il en est de même dans tous les faits semblables, l'évacuation de matière noire était suivie d'un sentiment de bien-être général.

Les mercuriaux n'eurent aucun effet sur le caractère des selles, et de fait il n'existait aucun signe d'affection hépatique ; mais une amélioration notable suivait toujours l'usage interne des remèdes excitants, tels que l'essence de térébenthine, et finalement la guérison eut lieu sous l'influence de ce médicament et d'autres toniques stimulants. La véritable origine de cette matière noire m'a été démontrée par l'expérience suivante. Je lavai avec soin une moitié latérale de la langue du malade, et j'enlevai, non sans peine, le mucus noir et visqueux qui la recouvrait. Cela fait, j'examinai l'organe pendant plusieurs heures

consécutives, et je vis la partie que j'avais lavée devenir graduellement sale et noire ; le mucus noir était évidemment sécrété par la surface même de la langue. Ce fait offre une grande analogie avec celui qu'a observé M. Wilmot : ici des mucosités noirâtres étaient sécrétées en abondance *par la vessie*.

Nous avons dans notre salle des chroniques une femme sur laquelle je crois devoir appeler votre attention. Elle a depuis quelque temps du mélæna, et vous avez pu constater qu'elle rend tous les jours une grande quantité de matières aussi noires que de l'encre. Je vous ai déjà dit que la couleur des déjections est susceptible des plus grandes variétés : elles sont quelquefois d'une teinte grisâtre ou blanchâtre, et ressemblent à de la levûre ; je les ai même vues plus blanches encore, et approchant de la teinte du lait. C'est dans ce dernier cas que les auteurs dont je vous ai parlé ont supposé qu'il se faisait une déperdition de chyle, et ils ont attribué à cette évacuation anormale l'amaigrissement de leurs malades. Telle n'est point la vérité : dans certaines diarrhées, dans certaines dysenteries chroniques, un liquide blanchâtre s'écoule du rectum, mais ce liquide n'est point le chyle, c'est simplement, je vous l'ai dit, la sécrétion viciée de la muqueuse rectale. Or, il y a vraiment lieu d'être surpris, lorsqu'on songe aux nombreuses variétés de sécrétions que peuvent fournir les mêmes vaisseaux, selon que leur action vitale a été plus ou moins affectée. Dans quelques circonstances, les matières alvines se composent d'une matière grasse qui offre la plus grande ressemblance avec la cire ou l'adipocire. Enfin, elles peuvent être très-foncées, et même présenter une coloration noire ; et je vous ai dit que cette couleur noire pouvait dépendre de trois causes bien distinctes.

J'ai vu des selles absolument noires dans certaines formes de dyspepsies. J'en ai observé encore tout récemment un exemple chez un gentleman de Drumcondra. C'était un homme très-robuste, qui avait l'habitude de bien vivre, et qui possédait sans nul doute un estomac et des intestins très-amples, sans préjudice d'une bonne somme de liquides et de solides. Je mentionne ce détail pour vous rendre compte de la prodigieuse quantité de matières noires que ce malade rejetait par les selles et par les vomissements. Il éprouvait depuis assez longtemps déjà des symptômes dyspeptiques, lorsqu'il fut pris de vomissements ; et comme il se gorgea alors de boissons dissolvantes autant qu'il put en avaler, la matière noire rejetée était d'une abondance vraiment surprenante : je puis bien dire, sans aucune exagération, qu'il vomissait

par gallons (3^{lit},75). En même temps, il était tourmenté par des éructations d'hydrogène sulfuré tellement fétides, qu'il était impossible de rester dans la même chambre que lui. Sa langue était aussi noire que de l'encre ; on avait beau la nettoyer, elle reprenait immédiatement sa teinte primitive. Et pendant ce temps, cet homme rendait par les selles des quantités énormes de la même matière. Je me suis assuré par des expériences et des examens réitérés qu'il s'agissait encore ici d'un produit de sécrétion intestinale, et non point de bile, ou de sang altéré par les acides du tube digestif.

Quant au *mélæna vrai*, il consiste dans l'évacuation par les selles de sang grumeleux, avec ou sans matière noire. Voici comment les choses se passent. Du sang est versé lentement à la surface interne de l'intestin ; soumis alors à l'action des sécrétions acides qu'il rencontre, sa matière colorante perd sa teinte normale, devient noire, puis le sang ainsi modifié est évacué avec les matières alvines. Le sang du mélæna se coagule dans les intestins ; sous l'influence de la chaleur et des gaz, il se colore en noir, souvent aussi il devient fétide. Lorsqu'il séjourne longtemps dans le tube digestif, la matière colorante peut disparaître complètement, et le caillot fibrineux reste seul. En disséquant à Berlin une femme morte de mélæna, j'ai trouvé dans le gros intestin plusieurs corps durs de la grosseur d'une pomme ; ces corps étaient formés par des dépôts concentriques de fibrine, et ils provenaient évidemment de la coagulation du sang de plusieurs hémorrhagies successives.

Quant aux selles visqueuses semblables à du goudron et qui ont une coloration d'un noir verdâtre, elles dépendent d'une altération de la sécrétion biliaire.

En résumé, il existe trois espèces de selles noires qu'il est fort important de distinguer au point de vue pratique. Vous reconnaîtrez la présence du sang en exposant à l'action de l'eau chaude un morceau de linge imprégné du liquide suspect ; au bout de quelque temps, le linge aura pris une couleur rouge. Si vous jetez dans l'eau une certaine quantité de la matière semblable à du goudron, le liquide prend une teinte jaune. Enfin, le produit noir qui résulte d'une sécrétion intestinale altérée ne communique à l'éther ni teinte rouge, ni couleur jaune.

Il faut savoir en outre, que certaines substances médicamenteuses peuvent communiquer une coloration spéciale aux matières fécales. L'acétate de plomb, rencontrant dans l'intestin de l'hydro-

gène sulfuré, colore les selles en noir. Plusieurs sels de fer ont la même propriété. Le bois de Campêche, les myrtilles, donnent aux déjections une teinte rouge, et l'usage prolongé des préparations de chaux les rend grisâtres ou argileuses. Ce dernier caractère pourrait faire soupçonner un obstacle au cours de la bile ; une fois même je m'y suis laissé prendre, et mon erreur ne s'est dissipée qu'au bout de quelque temps.

La coloration verdâtre des selles est celle qu'on rencontre le plus fréquemment, surtout chez les enfants, et à ce titre elle mérite d'être prise en sérieuse considération. Malheureusement, il règne encore beaucoup d'erreurs sur ce sujet. Les selles vertes chez les enfants sont généralement regardées comme le signe de désordres hépatiques ; on y voit une indication formelle pour l'administration du calomel. Il est loin d'en être constamment ainsi ; très-souvent ces selles dépendent d'une irritation de la muqueuse intestinale, irritation très-voisine déjà de l'inflammation. Le véritable traitement consiste donc à combattre cette irritabilité de l'intestin. Les bains chauds, l'application de liniments excitants sur le ventre ; les antiacides, tels que la mixture calcique, les carbonates de soude et d'ammoniaque, de petites doses de laudanum, l'hydrargyrum cum creta avec la poudre de Dover, tels sont nos meilleurs moyens d'action ; vous en assurerez les effets en apportant au régime du malade une scrupuleuse attention.

Vous observerez quelquefois des selles verdâtres chez l'adulte, mais les matières ne sont pas aussi liquides que chez les enfants, et elles ne dépendent point, comme chez eux, d'un état d'irritation de la muqueuse gastro-intestinale. Ici le meilleur traitement sera celui d'Abernethy : une pilule bleue le soir, un laxatif doux le matin. Ces moyens suffisent pour remédier au dérangement des fonctions intestinales, surtout si vous y ajoutez un régime convenable et l'exercice en plein air. Chez les enfants, je vous le répète, les déjections vertes ont une autre signification ; elles dépendent de l'inflammation, ou plutôt de l'irritabilité de l'intestin ; dans certains cas, cependant, elles peuvent persister pendant assez longtemps, sans amener la désorganisation de la muqueuse.

Pris à l'intérieur, le calomel et les mercuriaux irritent d'abord, puis finissent par enflammer la muqueuse intestinale ; c'est précisément pour cela qu'ils produisent des selles abondantes, liquides, mêlées de flocons muqueux, verdâtres, qui ressemblent exactement à des *épinards hachés*. Parfois les déjections se composent de ces flocons muqueux,

sans aucun mélange de liquides, et alors elles ressemblent à des *épinards bouillis*, demi-liquides. Beaucoup de médecins pensent que cette coloration verte provient de l'hypersécrétion biliaire causée par le mercure ; soyez persuadés que, dans la plupart des cas, la bile est complètement étrangère à ce caractère des selles : il dépend entièrement de l'irritation de la muqueuse intestinale.

Avant de quitter ce sujet, je veux vous rappeler un fait très-singulier, dans lequel des hémorrhagies gastro-intestinales ont été déterminées par l'action irritante du chlore. Julia Casey, fille d'un tempérament lymphatique, a perdu son maître du choléra, il y a six semaines environ ; elle est restée dans la maison avec une autre servante, beaucoup plus jeune qu'elle. On a fait des fumigations de chlore dans l'appartement, et, quoique ces deux filles dussent y demeurer, on leur avait donné l'ordre de tenir les portes et les fenêtres exactement closes, afin d'assurer l'action du désinfectant. Les fumigations furent répétées plusieurs jours de suite.

Le premier jour, Julia éprouva des douleurs dans la poitrine, des étouffements et des élancements dans la région précordiale. Elle souffrait en même temps dans la région épigastrique, au point qu'elle ne pouvait y appuyer sa main. Ces symptômes persistèrent pendant quelques jours.

La malade raconte qu'elle éprouvait à l'épigastre des sensations très-pénibles, qui remontaient de chaque côté du sternum, et le long du cou, des deux côtés de la trachée, jusque dans l'intérieur de la tête. Elle toussait beaucoup. Cet état dura quatre ou cinq semaines. Tout récemment enfin, elle tomba en défaillance, et déclara qu'il lui était impossible de continuer à travailler, si on ne lui permettait pas de respirer un air plus pur.

Un matin, cette fille fut prise tout à coup de vomissements. Sans efforts considérables, elle rendit une grande quantité d'un sang très-foncé. Elle prit presque immédiatement de l'huile de ricin ; elle rendit alors par les selles du sang coagulé, et vomit de nouveau du sang noir. Ces accidents se reproduisirent plusieurs fois dans l'espace de trois jours. Le sang des dernières évacuations était plus liquide et plus rouge. Ces hémorrhagies, qui se faisaient sans douleur, diminuèrent l'oppression précordiale, et firent disparaître la suffocation : souvent la malade perdait connaissance ; était-ce le simple effet de la perte de sang ou le résultat de l'intoxication ? Les deux hypothèses sont acceptables. L'autre servante, qui était restée également dans la maison, avait des

accès de toux et des hémoptysies fréquentes. Elle se plaignait d'une oppression considérable, et de douleurs dans les côtés de la poitrine. Elle prit des pilules qui mirent fin à ses crachements de sang ; d'après la description qu'elle donne, il est probable que c'étaient des pilules d'acétate de plomb. Julia Casey est entrée à l'hôpital, et depuis lors elle n'a eu qu'une selle sanglante ; lorsqu'elle nous est arrivée, elle était sans connaissance, elle paraissait exsangüe ; son pouls était extrêmement faible.

Sous l'influence d'un régime doux et de légers laxatifs, cette femme a recouvré la santé.

Au commencement de cette leçon, je vous ai parlé des propriétés antiacides de la magnésie. Autrefois ce médicament était beaucoup plus fréquemment employé qu'il ne l'est aujourd'hui, et il déterminait assez souvent la formation de calculs intestinaux. Pour obvier à cet inconvénient, sir James Murray imagina une préparation à laquelle il donna le nom de « magnésie liquide » : c'était une dissolution aqueuse, obtenue au moyen de l'acide carbonique en excès. L'extrême rareté que présentent aujourd'hui les calculs intestinaux magnésiens nous montre que la préparation de sir Murray a atteint son but ; mais je dois vous prévenir que *la magnésie fluide elle-même, si l'on en continue longtemps l'usage, peut donner lieu à des entérolithes*. Pour ma part, j'en ai vu deux exemples : l'un, entre autres, chez un médecin de mes amis, homme d'une haute intelligence, qui a bien voulu me communiquer la note suivante :

« Depuis deux ou trois ans, j'avais l'habitude de prendre, toutes les fois que j'éprouvais quelque symptôme de dyspepsie, un verre à vin de l'eau magnésienne de sir James Murray, préparée par MM. Thwaites (de Sackwille-street) ; à cette époque, lorsque je prenais froid ou que j'étais un peu indisposé, je ressentais dans la fosse iliaque droite une douleur qui disparaissait sous l'influence d'un purgatif.

« Ces accès de douleurs devinrent assez fréquents pour nécessiter une application de sangsues. Le dernier a eu lieu, si je me le rappelle bien, en mars 1848.

« Je ne me sentais pas très-bien, et j'étais dans mon cabinet, occupé à lire, lorsque je ressentis tout à coup une douleur aiguë dans la fosse iliaque droite ; j'éprouvai en même temps un sentiment de faiblesse, et après m'être mis au lit et avoir fait moi-même des applications chaudes sur la région douloureuse, je fis mander le docteur Graves. Mon état

était si alarmant, que ma femme avait envoyé chercher du secours de tous les côtés ; au bout d'une demi-heure , j'avais autour de moi cinq médecins qui étaient occupés à me faire des fomentations avec de la térébenthine, et comme ma peau avait été très-ramollie par l'eau chaude dont je m'étais servi avant leur arrivée, je souffrais de véritables tortures. Bientôt après, on me fit mettre des sangsues, et l'on me fit prendre un mélange de térébenthine et d'huile de ricin ; après l'avoir gardé pendant dix heures dans mon estomac, je le vomis.

« Je passe sur les détails. Lorsque je fus convalescent, le docteur Graves me conseilla de prendre tous les matins une petite cuillerée d'huile de ricin dans du lait chaud ; je le fis pendant quelque temps, et c'est à ce traitement que j'attribue l'expulsion d'un calcul dont la présence n'avait pas été soupçonnée.

« Je me préparais à passer en Angleterre, lorsque je ressentis des douleurs que j'attribuai à des hémorroïdes internes ; je fis venir mon regrettable ami, le docteur Houston, qui, après une consultation avec le docteur Beatty (de Merrion-square), déclara que j'avais une fissure du rectum, et qu'il était urgent de la toucher avec du nitrate d'argent. Je le laissai faire ; mais je ne puis vous donner une idée des souffrances que j'éprouvai pendant dix heures consécutives.

« Les narcotiques, que j'avais pris à trois reprises différentes, pour calmer mes douleurs après l'application du caustique, avaient déterminé chez moi une constipation opiniâtre ; ce que voyant, le docteur Houston m'ordonna un purgatif énergique, qui expulsa le corps étranger.

« Je m'aperçus en allant à la selle que les matières avaient une odeur toute particulière, ce que j'attribuai à l'ulcération produite par le caustique. J'y regardai néanmoins de plus près, et je vis que j'avais rendu une multitude de corps arrondis et blanchâtres, qui flottaient dans un liquide comme crémeux, d'une odeur toute spéciale ; l'un de ces corps avait la grosseur d'un marron d'Inde dépouillé de ses aiguillons ; je le mis à part dans de l'eau. Il a été analysé par le docteur Aldridge. Je trouvai en outre un grain de raisin parfaitement entier qui avait dû séjourner au moins six mois dans le cæcum ou derrière le calcul, car je me rappelais parfaitement que je n'avais pas mangé de raisin depuis cette époque. J'ai conservé ce fruit dans l'alcool.

« Ces renseignements vous intéresseront, je l'espère ; mais voici les faits que je tiens à bien établir :

« I. L'usage de l'eau magnésienne a produit un dépôt qui a séjourné un temps considérable dans le cæcum.

» II. Pendant une maladie très-grave, qui résultait sans nul doute de la présence de ce calcul, j'ai pris, d'après l'avis du docteur Graves, de petites doses d'huile de ricin tous les matins ; je suis convaincu que l'huile a agi mécaniquement, en s'introduisant entre les petits agrégats qui constituaient le calcul. Celui-ci fut enfin expulsé sous l'influence du purgatif énergique qui m'avait été ordonné par feu le docteur Houston, alors qu'il me donnait des soins pour une fissure anale.

» III. Depuis lors je n'ai jamais ressenti aucune douleur dans la région iliaque droite.

» IV. Depuis lors je n'ai pas pris une goutte d'eau magnésienne, et ne suis point tenté d'y revenir. »

Le professeur Aldridge m'a fait savoir que le calcul était composé de carbonate de magnésie et de quelques débris végétaux et animaux.

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON.

DIARRHÉE. — DYSENTERIE. — PÉRITONITE.—ULCÉRATION DE L'ESTOMAC.—ENTÉRITE.—HÉMORRHOÏDES.

Administration et mode d'action du pernitrate de fer dans la diarrhée. — Expériences de M. Kerr. — Diarrhée des phthisiques.

Sur les causes de la dysenterie. — Les scybales ne sont pas la cause de la dysenterie épidémique. — Avantages du régime animal dans le traitement de la dysenterie chronique.

Observation de péritonite mortelle. — Ulcération de l'estomac, suite d'un abcès du foie, — d'une phlegmasie gastrique. — Efficacité de l'opium à hautes doses dans l'entérite. — Traitement des accidents aigus des hémorrhoides.

MESSIEURS,

Je me suis servi dans ces derniers temps, pour combattre la diarrhée, d'une préparation proposée par M. Kerr (de Glasgow) : c'est le pernitrate de fer. Comme ce médicament m'a donné de très-bons résultats, Je désire vous entretenir de ses propriétés et de son mode d'emploi.

Le composé, qui résulte de l'union du fer et de l'acide nitrique, possède des propriétés à la fois toniques et astringentes ; aussi est-il tout spécialement indiqué dans certaines formes de diarrhée chronique et de dysenterie. Il vous arrivera d'être consultés par des femmes délicates et débiles, qui vous diront être sujettes à divers troubles nerveux, tels que des palpitations, de l'insomnie, des douleurs de tête ; en même temps, elles sont excessivement impressionnables, elles sont pâles et amaigries, elles n'ont plus d'appétit. Vous apprendrez aussi que ces femmes ont de la diarrhée depuis des semaines, et peut-être même depuis des mois, ce qui, joint aux autres causes d'affaiblissement, a fini par les réduire à un état pitoyable. La malade ne manquera pas de vous dire qu'elle a pris déjà un grand nombre de médicaments sans aucun résultat, et qu'elle est très-désireuse d'être enfin soulagée ; jugez vous-mêmes combien il importe de posséder un agent qui puisse répondre efficacement à cette indication.

Cette forme de diarrhée ne dépend certainement pas d'une inflammation gastro-intestinale ; la douleur, la sensibilité, la soif, la rougeur

de la langue, les coliques violentes, tous les signes de phlegmasie enfin, font absolument défaut. Je serais plutôt porté à croire qu'il s'agit ici d'une congestion passive de la muqueuse digestive, analogue à celle qu'on observe chez les scrofuleux ; elle présente, comme celle-ci, une opiniâtreté extrême, et résiste à tous les moyens ordinaires. Les astringents échouent complètement ; la mixture calcique, le kino, la ratania, le catechu, sont également inutiles ; quant à l'opium, on a constaté plusieurs fois que, dans les cas de ce genre, il fait plus de mal que de bien. Avec l'opium, vous arrêterez certainement la diarrhée pour quelque temps ; mais vous n'obtiendrez cette amélioration momentanée qu'au prix d'un malaise très-pénible et de plusieurs autres accidents ; d'ailleurs, la diarrhée ne tardera pas à reparaitre, aussi rebelle qu'auparavant.

Le médicament que j'ai trouvé le plus efficace dans ces circonstances, c'est le pernitrate de fer. Par lui j'ai obtenu des guérisons, alors que l'affection déjà ancienne avait résisté à tous les traitements ; une fois, entre autres, elle datait de sept mois, une autre fois elle remontait à deux années. Chez ces deux malades, je commençai par faire prendre, dans la journée, sept ou huit gouttes de la solution de nitrate de fer, et j'arrivai progressivement à douze et quinze gouttes. Au bout de quatre jours, il y eut déjà une légère diminution dans la diarrhée ; en deux semaines l'amélioration fut très-sensible, et au bout de quatre ou cinq semaines, la guérison était complète. Notez en outre que cette guérison eut lieu sans entraîner aucune suite fâcheuse ; il n'y eut pas de distension gastrique, pas de tympanite ; on n'observa ni coliques, ni agitation, ni troubles nerveux d'aucun genre. Les malades recouvrèrent leurs forces et leur santé ; la guérison fut absolue et définitive.

Vous pouvez concevoir de deux façons différentes l'action du pernitrate de fer. Vous savez que l'acide nitrique exerce une influence puissante sur un grand nombre de sécrétions morbides. Dans la diarrhée et la dysenterie chroniques, dans une certaine forme de diabète, c'est le remède le plus puissant dont nous puissions disposer. Nous pouvons par cela même en comprendre l'efficacité dans le cas qui nous occupe. Il faut ici un tonique aussi bien qu'un astringent : or, l'acide nitrique est employé comme tonique dans une foule de circonstances.

Quant au fer, il n'est pas plus difficile de nous rendre compte de ses effets. Un grand nombre de sels de fer ont une influence remarquable sur l'état des membranes muqueuses. Le sulfate, le tartrate et plusieurs autres encore, sont employés avec avantage dans les flux muqueux

chroniques : c'est même là ce qui nous explique l'efficacité de la teinture de myrrhe de Griffith dans les bronchites chroniques apyrétiques, caractérisées par l'hypersécrétion des bronches. Ainsi donc, les deux éléments qui constituent notre médicament sont merveilleusement aptes à arrêter les évacuations morbides, et à relever les forces abattues des malades. La seule objection qu'on puisse faire au pernitrate de fer, c'est qu'il est susceptible de s'altérer : au bout de quelques semaines, il se décompose ; aussi devez-vous toujours prendre soin de l'administrer lorsqu'il est tout récemment préparé, si vous voulez en assurer le plein et entier effet. M. Kerr, qui a le premier introduit cet agent dans la pratique médicale, a publié sur ce sujet un travail intéressant, que vous trouverez dans l'*Edinburgh monthly Journal* (mai 1848). Il indique une nouvelle formule pour la préparation du sel, et il en recommande fortement l'usage sous forme de lavement. Il dit en outre en avoir retiré de très-grands avantages dans plusieurs cas d'urticaire.

J'ai été consulté par M. Wallace pour une petite fille de trois ans, chez laquelle j'ai pu observer les bons effets de l'acide nitrique uniaux astringents végétaux. Cette petite fille, de constitution strumeuse, paraissait très-délicate, mais cependant elle n'était pas chétive ; et quoiqu'elle fût souffrante depuis longtemps déjà, quoiqu'elle eût très-peu d'appétit, elle était alerte et active. Quatre ou cinq fois dans le courant de la journée, et six ou sept fois pendant la nuit, elle était prise d'une colique légère, et d'un besoin pressant d'aller à la selle. Chaque évacuation, très-peu abondante, se composait de mucosités mêlées de quelques matières fécales. On avait essayé déjà une foule de remèdes ; les purgatifs, les astringents, les opiacés, les mercuriaux à doses altérantes avaient également échoué. Je prescrivis la mixture suivante, qui amena une guérison rapide :

℞ Decocti hæmatoxyli.	f. ℥ iv
Vini rubri lusitanici.	f. ℥ j.
Acidi nitrici diluti.	min. x.
Tincturæ opii.	min. v.

Misce. Sumat cochleare unum medium, quater in die (1).

Vous n'avez pas oublié sans doute que l'acide nitrique à hautes doses

(1) ℞ Décoction de bois de Campêche.	96 grammes.
Vin rouge de Portugal.	24
Acide nitrique dilué.	4
Teinture d'opium.	2

M. On prendra quatre fois par jour une demi-cuillerée de ce liquide. (Note du TRAD.)

amène souvent de la diarrhée : c'est ce qui arrive, par exemple, avec la préparation ordinaire, qui se compose d'une drachme (4 grammes) d'acide dilué pour une pinte (475 grammes) de décoction de salsepareille.

Vous m'avez entendu prescrire du nitrate d'argent chez un de nos phthisiques, qui était affecté d'une diarrhée opiniâtre ; quelques mots sur l'emploi de ce médicament. On traite le plus ordinairement la diarrhée des phthisiques par les préparations de chaux, la teinture d'opium et le kino ; mais ces moyens agissent trop, pour ainsi dire , ils dépassent le but : non-seulement, en effet, ils arrêtent la diarrhée, mais ils augmentent considérablement les sueurs. Aussi l'azotate d'argent est-il bien préférable ; comme les remèdes précédents, il met fin au dévoisement, et il n'a pas comme eux l'inconvénient d'accroître encore la diarrhée. En fait , je ne sache pas de meilleur procédé pour arrêter la diarrhée colliquative que le nitrate d'argent à la dose de trois ou quatre grains (18 centigrammes à 24 centigrammes) par jour.

Il est probable cependant que le sulfate de cuivre remplirait également bien l'indication. Je ne parle point ici , cela va sans dire , de la diarrhée qui est entretenue par des ulcérations intestinales ; dans ce cas, en effet , ces divers agents thérapeutiques doivent être laissés de côté. Mais j'ai la conviction qu'au début de la phthisie, la diarrhée provient très-souvent de ce qu'on pourrait appeler les *sueurs intestinales* (diarrhée colliquative des anciens), et non pas de l'ulcération des glandes de Peyer , comme le supposent la plupart des médecins modernes ; je crois en un mot que la peau et la muqueuse de l'intestin remplissent ici des fonctions identiques et compensatrices. Quant à la diarrhée qui est liée aux ulcérations, et qui détermine dans l'abdomen une sensibilité anormale à la pression elle appartient en général à la deuxième et à la troisième période de la phthisie.

Un malade qui avait été atteint de dysenterie est sorti ces jours derniers de notre service ; je vous ai dit que je reviendrais sur l'histoire de cet homme, et je veux en ce moment remplir ma promesse. Dans les mois d'août et de septembre derniers, nous avons eu à Dublin quelques cas d'une dysenterie qui a présenté la plus grande analogie avec celle de Cullen. Cette maladie était caractérisée par de la fièvre, des coliques , du ténesme, de besoins fréquents d'aller à la selle, et par l'évacuation d'un peu de mucus sanguinolent , mêlé parfois de quelques scybales. Or, dans cette forme de la maladie, plusieurs auteurs sont portés à

attribuer tous les accidents à la présence de ces scybales, qui sont évidemment formées dans les dépressions du gros intestin. D'autres, au contraire, soutiennent qu'il ne peut en être ainsi, et ils se fondent sur ce que les amas de matières fécales manquent absolument dans un grand nombre de cas de dysenterie ; ils ajoutent même que lorsque les scybales existent, elles n'ont aucune espèce de rapport avec la maladie. Tandis que ceux-ci ne tiennent aucun compte de la présence des matières fécales dures, ceux-là attribuent l'état morbide de l'intestin à l'irritation que déterminent ces matières, et ils affirment qu'on ne peut espérer la guérison tant qu'on n'a pas débarrassé le tube digestif au moyen de purgatifs énergiques. Pour ma part, je crois que certains états dysentériques du gros intestin dépendent en effet de la présence de matières fécales dures et anciennes ; mais pour la dysenterie épidémique, j'ai la ferme conviction que les scybales sont complètement hors de cause.

Chez notre malade, l'affection paraît avoir été une de ces dysenteries purement rectales, dans lesquelles l'inflammation localisée dans le rectum n'atteint que bien rarement l'S iliaque, sans se propager jamais jusqu'à l'arc du côlon. Cet homme avait de la fièvre, la peau chaude, le pouls rapide ; il éprouvait de la douleur et une sensation de chaleur au niveau du rectum. Le premier jour, les selles se composaient de mucosités et de sang, mêlés à des matières fécales, puis les mucosités sanguinolentes furent expulsées seules au prix des plus grands efforts : le patient était obligé de se présenter à la garde-robe jusqu'à trente fois dans l'espace de vingt-quatre heures. Aucun symptôme n'indiquait que l'intestin fût affecté au delà du rectum. Or, quelle est la conséquence d'un tel état de choses ? L'inflammation du rectum donnait lieu à un spasme constant de cet organe ; le côlon participait plus ou moins à cet état convulsif, et les efforts de défécation restaient inutiles. Mais remarquez bien, messieurs, que les matières fécales étaient retenues ici dans une portion de l'intestin qui était indemne de toute inflammation ; elles ne pouvaient donc contribuer à aggraver les phénomènes morbides, et en définitive les scybales étaient le résultat et non la cause de la maladie. Aussi me suis-je abstenu complètement ici des purgatifs ; ils auraient amené, il est vrai, des évacuations fécales très-abondantes, mais ils n'auraient en rien modifié les symptômes locaux. Je ne prétends point formuler une règle générale ; je dis seulement que, dans ce cas particulier, la médication purgative n'aurait eu aucun effet utile. Je me bornai donc à attaquer par des moyens locaux une inflamma-

tion purement locale ; je fis appliquer des sangsues à l'anus, je fis administrer des lavements narcotiques et émollients, et lorsque j'eus réussi par là à calmer la douleur et à diminuer l'irritation du rectum, je joignis aux lavements une petite quantité d'acétate de plomb, dans le but de rendre à la muqueuse sa tonicité perdue ; un peu plus tard, je substituai le sulfate de zinc au sel de plomb. Ce mode de traitement a parfaitement réussi, et nous avons pu renvoyer notre malade guéri au bout de fort peu de temps.

J'ajouterai ici, à propos du traitement de la dysenterie chronique, une remarque qui est le fruit d'une longue expérience : *on a tort de retrancher la viande du régime*. J'ai vu déjà plusieurs cas dans lesquels la dysenterie, après avoir résisté à un grand nombre de médications, disparut rapidement, du jour que l'on fit manger de la viande aux malades. Aujourd'hui, lorsque je suis appelé à traiter une dysenterie à forme chronique, mon premier soin est de prescrire un régime animal.

Occupons-nous maintenant d'une malade dont l'histoire n'est pas sans intérêt, en raison même de l'obscurité qu'elle présente. Cette jeune femme, nommée Moran, nous est arrivée lundi de la semaine dernière, avec les symptômes d'une fièvre continue à forme commune ; on ne lui avait prescrit jusqu'alors que des boissons gazeuses, des tisanes et un régime doux. Cette malade avait un peu de céphalalgie, mais elle en fut délivrée peu de jours après son entrée à l'hôpital, et comme elle ne se plaignait d'aucune autre affection locale, on la regarda comme atteinte d'une fièvre simple. A quelques jours de là, on s'aperçut que l'abdomen était tympanique, et cette femme nous dit en même temps qu'elle avait de la diarrhée, tout en affirmant qu'elle ne souffrait pas du tout dans le ventre. A ces symptômes se joignirent bientôt quelques phénomènes de bronchite ; toutefois la respiration n'était pas notablement gênée, et le pouls n'était pas accéléré. Il est à remarquer que cette malade ne se plaignait jamais ; elle semblait ne parler de son état qu'avec une grande répugnance. Dans de telles conjonctures, nous ne pouvions faire autre chose que de traiter les symptômes à mesure qu'ils nous apparaissaient ; aussi, après avoir fait mettre des sangsues sur le ventre, je fis appliquer un large vésicatoire qui devait couvrir l'épigastre et la partie inférieure de la poitrine. Notez que cette femme avait très-souvent des frissons ; c'est un point sur lequel j'appelle votre attention. Au rapport de l'infirmière, il paraît que ces frissons ont été plus fréquents encore vendredi dernier et les deux jours qui ont pré-

céde; en présence de ces symptômes, vous devez toujours soupçonner quelque inflammation locale.

Samedi, après l'application des sangsues, notre malade nous dit qu'elle se sentait mieux, et qu'elle n'éprouvait aucune douleur dans le ventre; la pression n'y révélait, du reste, aucune sensibilité anormale; mais la tympanite était aussi considérable qu'auparavant. Ce matin, cette femme a prié l'infirmière de l'aider à se mettre sur la chaise percée; quelques minutes après, elle fut prise d'un violent accès de convulsions, et elle expira.

Je n'ai pas besoin sans doute de vous faire remarquer que rien n'autorisait à songer ici à une inflammation des centres nerveux. La fièvre ne présentait aucun caractère particulier; le pouls n'était pas très-fréquent: nous l'avions compte samedi, il ne donnait que 48 battements par minute. Il y avait bien eu quelques douleurs de tête, mais ce symptôme n'avait pas persisté; de plus, la face n'était pas turgescente, les yeux n'étaient ni rouges ni larmoyants, la température du cuir chevelu n'était pas augmentée, il n'y avait pas de vibrations dans les temporales. Bref, aucun symptôme n'indiquait une détermination morbide vers le cerveau, et cependant cette femme a succombé dans un accès de convulsions. Comment nous rendre compte de sa mort?

L'autopsie nous a démontré l'intégrité parfaite de l'encéphale. A part quelques traces de congestion sur la muqueuse bronchique, les viscères thoraciques sont sains. Mais on trouve dans l'abdomen des signes non équivoques d'une inflammation généralisée. Le cavité péritonéale renferme une assez grande quantité de sérosité; presque toutes les circonvolutions intestinales sont agglutinées par une exsudation lymphatique; la séreuse est extrêmement vascularisée. La membrane muqueuse des intestins était phlogosée, les glandes de Peyer portaient de nombreuses ulcérations. L'utérus et ses annexes présentaient les lésions d'une violente inflammation; on y voyait les traces d'un accouchement récent. On sut plus tard que cette femme était accouchée, quelques jours avant son entrée à l'hôpital, d'un enfant mâle, fruit d'un commerce illicite. Désireuse de cacher une faute qui la couvrait de honte, elle avait constamment nié l'existence des symptômes abdominaux qu'elle éprouvait.

Une question se présente d'elle-même. Si la véritable nature de cette maladie eût été reconnue pouvait-on espérer la guérison? Je dois avouer en toute humilité que j'en ai la conviction, et je regrette vivement que des circonstances toutes particulières aient porté cette femme

à nous cacher le véritable siège de ses souffrances : un traitement antiphlogistique plus énergique, l'usage des mercuriaux, auraient peut-être triomphé de ces accidents.

Mais ce fait est encore instructif à un tout autre point de vue ; il nous montre en effet avec quelle puissance les irritations périphériques peuvent retentir sur les portions centrales du système nerveux ; ici la mort a été amenée par des convulsions, dont la cause véritable était dans l'abdomen. Le docteur Ebermayer a publié récemment (*Rust's Magazine*, vol, XLII, p. 1, p. 52) un cas fort intéressant qui n'est pas sans analogie avec le précédent : l'irritation abdominale, causée par un amas énorme de lombrics dans l'intestin grêle, a déterminé tout d'un coup, chez un enfant qui s'était toujours bien porté jusque-là, des douleurs abdominales, des vomissements, et des convulsions qui ont été rapidement mortelles. Les intestins n'étaient point enflammés, mais plusieurs portions de l'ileum étaient complètement obstruées par des lombrics roulés en cercle, et unis par une matière adhésive qui était composée de pain à moitié digéré et d'un mucus visqueux. Les vers étaient trop nombreux pour qu'on pût songer à les compter : il y en avait plusieurs centaines (1).

(1) Les exemples authentiques d'accidents nerveux causés par les vers intestinaux sont assez rares pour que je n'hésite pas à consigner ici deux faits qui ont été observés plus récemment ; je le fais d'autant plus volontiers que les médecins qui ont observé ces deux malades, ont également invoqué, pour expliquer ces perturbations singulières, l'influence des irritations périphériques sur les portions centrales du système nerveux.

Dans le fait de Williams, il s'agit d'une femme de trente-quatre ans, qui fut prise, au milieu d'une santé parfaite, de tremblement et d'engourdissement dans les deux derniers doigts de la main droite ; bientôt la main et le bras droits furent frappés d'impuissance, et la paralysie gagna le membre inférieur du même côté, la moitié droite du tronc et de la face ; à ce moment la malade perdit connaissance, et elle resta ainsi pendant une demi-heure. Lorsqu'elle revint à elle, elle éprouvait une sensation fort étrange ; il lui semblait qu'un morceau de bifteck s'était arrêté dans son gosier. Huit jours plus tard, cette femme vomit un lombric ; une semaine se passe, et il survient une nouvelle syncope plus prolongée que la première ; la sensation de l'obstacle dans le gosier est plus pénible. Comme cette malade n'avait jamais eu des symptômes hystériques, comme il était impossible de rapporter les accidents actuels à une autre cause qu'à la présence de lombrics dans les voies supérieures, Williams prescrivit une émulsion de térébenthine. Un second ver fut expulsé par la bouche, et la guérison fut complète.

Voici maintenant le résumé de l'observation du docteur Lussana :

Une fille de vingt-deux ans, dont la santé avait toujours été excellente, fut prise, vers le milieu du mois d'avril 1860, de roideur musculaire ; elle éprouvait en même temps de la dyspnée et un sentiment de constriction à la gorge. Néanmoins elle put encore vaquer à ses occupations pendant trois ou quatre jours ; mais le 16 avril au ma-

J'aborde maintenant, messieurs, l'étude des ulcérations de l'estomac ; je m'occuperai tout d'abord de celles qui se font de dehors en dedans, sous l'influence d'un abcès qui vient s'ouvrir dans la cavité de l'organe. Chez un de nos malades, l'ulcération avait été causée par un abcès hépatique, qui s'est ouvert dans l'estomac par trois points différents ; il s'était également frayé une issue dans le péricarde. Entre autres phénomènes intéressants auxquels cette lésion a donné lieu, je vous signalerai les phénomènes physiques produits par la présence simultanée de liquides et de gaz dans le sac péricardiaque ; je crois que c'est le premier cas de ce genre qui ait été observé (1).

Pour ne pas allonger outre mesure l'observation, je veux me borner à vous indiquer en quelques mots le traitement qui a été mis en usage. Je fis d'abord appliquer des sangsues, et j'essayai d'amener la saturation mercurielle ; je ne pus y réussir parce que la suppuration était

tin elle fut atteinte d'un véritable accès de suffocation. Appelé en toute hâte, le docteur Pietro Lussana trouve sa malade dans l'état que voici : Elle est debout, soutenue par deux femmes ; elle agite incessamment la tête et les bras ; elle pousse des cris étouffés, elle porte fréquemment les mains sur la région laryngienne, et dit que là est tout son mal. La respiration est difficile, la pupille est tellement dilatée, qu'on n'aperçoit plus qu'un segment très-étroit de l'iris. L'intelligence est parfaitement intacte. Le pouls est très-petit, irrégulier et extrêmement fréquent ; ce n'est qu'avec de grands efforts que la malade parvient à avaler quelques gouttes de liquide. Au bout d'un quart d'heure les accidents étaient un peu calmés, mais ce n'était, à vrai dire, qu'un calme relatif ; la respiration et l'émission de la voix restaient difficiles. Pendant ces instants de relâche, cette femme peut maîtriser les mouvements de sa tête et de ses bras, et elle cesse de crier.

M. Lussana prescrit le séjour au lit, un repos absolu, et il fait préparer une infusion de séné, de semen-contra et de tanaïsie, que l'on administrera pendant les rémissions. A midi il y a une selle abondante ; vers deux heures la malade rend un *lombric* ; à cinq heures, troisième évacuation alvine.

A dater de ce moment, les accidents ont été en s'amendant. Le 17, on fait répéter l'infusion ci-dessus, mais sans résultat. Le 20, la malade se trouve tout à fait bien, et le 21 elle reprend ses occupations.

Les conséquences physiologiques et pratiques de ce fait, dit M. Lussana, en terminant, apparaissent d'elles-mêmes ; les phénomènes observés, malgré leur apparence multiforme, n'étaient en réalité que des phénomènes réflexes ayant un point de départ unique ; pour être efficace, le traitement devait précisément être dirigé contre ce centre générateur de toutes les irradiations symptomatiques.

John Williams, *Case of temporary hemiplegia caused by the irritation of lumbrici in the stomache* (*Dublin quarterly Journal*, 1859, et *Canstatt's Jahresbericht*, IV, 1860).

Pietro Lussana, *Laringismo per verminazione* [*Gazzetta medica italiana* (Lombardia), 1861].

(Note du TRAD.)

(1) Voyez, tome II, la note de la page 274.

sans doute déjà établie. Mon expérience, en effet, est de tous points conforme à celle d'Annesley et des auteurs qui ont écrit sur les maladies des climats tropicaux ; une fois qu'un abcès hépatique a commencé à se former, il est impossible, ou tout au moins très-difficile, de provoquer la salivation mercurielle. Cela est si vrai, qu'on doit suspendre l'usage du mercure dès qu'on soupçonne que le pus est fait ; de ce moment, le traitement serait plus nuisible qu'utile. Chez notre malade, lorsque je fus convaincu de l'existence de la suppuration, je me contentai de faire appliquer des cataplasmes, puis je prescrivis plusieurs médicaments astringents pour combattre la diarrhée ; mais je ne pus en triompher.

Anne Walker, âgée de vingt-cinq ans, d'une constitution chétive et d'un tempérament nerveux, a été prise, sans cause appréciable, dans la nuit du 13 courant, d'une douleur violente qui a d'emblée occupé tout le ventre ; elle s'étendait aux lombes et au dos ; l'apparition de cette douleur n'avait été précédée d'aucun autre symptôme. On pratiqua immédiatement une saignée, qui ne procura pas un grand soulagement ; on y revint le lendemain matin, et cette fois le résultat fut un peu plus satisfaisant. On fit couvrir le ventre de cataplasmes chauds. Pendant toute la journée du 14, la malade fut en proie à d'épouvantables douleurs ; les cataplasmes ne les calmaient que fort peu. Aujourd'hui elle est couchée sur le dos, les jambes ramenées sur le ventre ; elle ne peut faire le moindre mouvement, sans que ses horribles souffrances s'exagèrent encore. Cette douleur est lancinante ; elle ressemble parfois à celle que détermineraient les piqûres d'un grand nombre d'épingles ; elle commence à la région épigastrique, descend vers le pubis, et s'étend latéralement dans les deux hypochondres, et jusque dans les lombes.

Depuis le début de ces accidents, cette femme, cela va sans dire, est privée de sommeil. Elle est tourmentée d'une soif insatiable ; elle a un mauvais goût dans la bouche. Sa physionomie abattue porte l'empreinte d'une anxiété profonde ; la peau est légèrement sudorale ; la langue est blanche et humide ; le pouls, à 128, est petit et un peu vibrant ; 54 respirations. Aucun phénomène anormal dans la poitrine ; les battements du cœur sont rapides, mais les bruits sont naturels. Le ventre est tendu il est dur et horriblement douloureux ; la moindre pression arrache des cris à la malade ; les fonctions intestinales sont régulières, la miction est normale.

17 septembre. — Diaphorèse abondante pendant une grande partie de la nuit ; les douleurs abdominales ne présentent pas la même acuité,

cependant elles sont encore exaspérées par le changement de position ; la bouche est devenue douloureuse, les gencives sont ramollies ; pouls à 104, assez plein, mais très-facilement dépressible ; 40 respirations. Langue sale et humide.

18 septembre. — Depuis qu'on applique des cataplasmes, les douleurs sont tellement atténuées, que la malade peut étendre ses jambes ; elle paraît se trouver mieux ; elle est, ce matin, couverte de sueurs profuses ; la pression sur l'abdomen est encore douloureuse. Il existe à l'épigastre et dans l'hypochondre droit une tumeur considérable, d'une forme un peu conique, qui présente une certaine élasticité lorsqu'on la comprime ; *elle est mate à la percussion*. La pression sur cette tumeur est beaucoup plus douloureuse que partout ailleurs.

19 septembre. — La tumeur est la seule partie de l'abdomen où la pression développe encore de la douleur. Cette tumeur s'étend de l'appendice xiphoïde jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic ; dans le sens latéral, elle occupe un espace de trois à quatre pouces. Elle donne aujourd'hui une sensation de fluctuation obscure.

20 septembre. — Hier est survenue une diarrhée abondante qui a continué toute la nuit ; il y a eu huit ou dix selles liquides, d'une couleur noire ; chacune d'elles était précédée de douleurs et de coliques. La malade a été en outre incommodée par des frissons, et des douleurs dans le dos. La respiration est fréquente (44), et elle se fait difficilement ; le pouls est petit et dur, à 132. La langue conserve son humidité. Pas de modification dans les symptômes abdominaux.

24 septembre. — Depuis le 21, la diarrhée a cessé ; les sueurs sont moins abondantes, l'aspect de la malade est plus satisfaisant. Elle se plaint surtout de douleurs dans le dos, et tout le long de la colonne vertébrale. La percussion de la tumeur *donne aujourd'hui un son tympanique* ; la partie inférieure du côté gauche fournit également un son très-clair ; *on ne retrouve plus la fluctuation qu'on avait observée le 19* ; la sensation d'élasticité est la même. Le pouls, à 116, est plus mou et plus fort ; 30 respirations.

26 septembre. — La malade a été incommodée toute la nuit par un hoquet continu ; elle a à peine dormi, elle a eu des sueurs abondantes. Elle n'éprouve de douleurs que dans le dos et dans les lombes ; elle n'a pas d'appétit, mais elle est tourmentée par une soif ardente. La tumeur paraît plus déprimée ; elle n'est plus sensible et donne toujours un son tympanique. Pouls petit et mou, à 128 ; 32 respirations régulières. *On introduira dans l'œsophage le tube de la pompe stomacale.*

28 septembre. Il n'est pas sorti de gaz. Aucune modification dans les caractères physiques de la tumeur. Il y a eu depuis hier trois selles accompagnées de coliques.

29 septembre. — La tumeur épigastrique est considérablement diminuée de volume ; elle donne encore un son tympanique, mais ce son ne se retrouve pas jusque dans l'hypochondre droit, comme les jours précédents. La physionomie de la malade est meilleure ; son état moral est plus satisfaisant. La respiration est fréquente, le pouls rapide.

1^{er} octobre. — La diarrhée a reparu, ramenant avec elle des coliques très-douloureuses. C'est à peine si la tumeur est encore appréciable. La percussion ne donne plus qu'un son légèrement clair. La partie supérieure de la langue est très-douloureuse ; sur la face dorsale de l'organe existent deux ou trois ulcérations, dont la plus grande présente l'étendue d'un penny d'argent ; les autres ressemblent plutôt à des fissures séparées par des saillies. Pouls à 116, mou et assez plein ; 32 respirations.

2 octobre. — La diarrhée persiste ; la tumeur abdominale a complètement disparu ; on n'obtient plus de son clair par la percussion. Les bords latéraux de la langue sont couverts d'aphthes ; les ulcérations sont dans le même état.

3 octobre. — Six selles depuis hier ; le traitement est sans influence sur la diarrhée. Les forces sont très-abattues, la figure est pâle ; pouls rapide, à 112. Soif vive ; la langue est sèche, mais moins douloureuse.

6 octobre. — Bruits du cœur normaux. Rien de particulier à la percussion et à l'auscultation des poumons. Le ventre est tombé, il n'est plus douloureux.

7 octobre. — Sept évacuations alvines depuis douze heures. Pouls à 120 ; respiration à 30.

9 octobre. — *La malade a été prise hier d'une douleur aiguë dans la région cardiaque ; pendant la nuit , elle a eu des palpitations violentes, et elle a éprouvé une chaleur brûlante au-dessous du sein gauche.* Elle ne peut assigner aucune cause à ces nouveaux accidents. Elle est arrivée à un état de faiblesse et d'amaigrissement extrêmes ; les joues sont creuses, les yeux mornes, la physionomie est abattue, l'intelligence est voilée. La respiration est toujours fréquente, brève et pénible ; dans le décubitus dorsal, les veines jugulaires sont turgides, mais elles ne présentent pas de pulsations ; il en est de même des veines qui longent la trachée.

La percussion de la poitrine donne un son normal, excepté au niveau

de la partie moyenne et inférieure du côté gauche. Dans ces points, le bruit respiratoire est peu marqué ; partout ailleurs il est pur et éclatant ; le choc du cœur est faible. A un demi-pouce du bord inférieur du sein, les deux bruits sont confus, et l'on entend un léger bruit de soufflet ; lorsqu'on s'avance vers la droite, ce bruit augmente d'intensité, et au-dessous du sein il se transforme en un véritable bruit de craquement, qui accompagne les deux tons du cœur, et qui présente son maximum d'intensité entre le sternum et la mamelle. La pression, en ce point, augmente peu à peu la force de ce bruit, et lorsqu'on comprime avec une certaine force, on obtient un frottement éclatant qui voile les deux bruits normaux, mais surtout le premier. Tous ces phénomènes sont plus nets encore lorsque la malade retient sa respiration.

Le ventre est déprimé, la diarrhée a cessé. Le pouls, à 130, est petit et dépressible.

10 octobre. — Les phénomènes stéthoscopiques sont perceptibles jusqu'au milieu du sternum, dans toute la région précordiale, et un peu sur le côté ; ils ont partout les mêmes caractères. Le bruit anormal tient le milieu entre le bruit de soufflet et le bruit de scie ; il masque en grande partie le premier bruit, et accompagne aussi le second, qui conserve cependant sa netteté. Immédiatement au-dessous du sein, on perçoit en outre, mais seulement par intervalles, *un cliquetis métallique tout particulier* : ce bruit donne l'idée d'un liquide qui coulerait goutte à goutte sur le péricarde ou dans son intérieur. Ce cliquetis disparaît lorsqu'on exerce une certaine pression au niveau du cœur, tandis que les autres phénomènes deviennent alors beaucoup plus prononcés. Soif ardente.

11 octobre. — La douleur du côté gauche n'a pas reparu. Toutes les nuits, sueurs profuses ; la nuit dernière, la malade a eu plusieurs frissons, et après chacun d'eux, son corps se couvrait de sueurs. Pouls faible, à 136 ; 40 pulsations. Selles normales.

L'impulsion du cœur est plus faible ; la palpation y fait percevoir une sensation de frottement.

Aujourd'hui le bruit de craquement présente le caractère d'une crépitation emphysémateuse très-fine ; il masque les deux bruits normaux ; il est surtout distinct vers la partie moyenne et inférieure du sternum, mais on l'entend aussi à gauche du mamelon. Ce cliquetis métallique, ou ce bruit de liquide qu'on entendait hier, est plus net aujourd'hui, mais il est irrégulier dans son apparition.

12 octobre. — Le cliquetis irrégulier, qu'on ne percevait hier que par intervalles, est devenu aujourd'hui *un tintement métallique éclatant qui accompagne chaque battement de cœur* dans les points où existait la crépitation emphysémateuse ; ce tintement masque tous les phénomènes notés jusqu'ici, sauf un léger bruit de soufflet au niveau du mamelon gauche. Le choc du cœur ne peut être senti ; la malade est complètement abattue.

13 octobre. — Elle a succombé à dix heures du soir.

Autopsie vingt heures après la mort. — La percussion de la région thoracique antérieure ne donne pas de matité ; au niveau du cœur on obtient un son clair. Les deux poumons sont en collapsus, le gauche surtout, qui est comprimé par un quart (1^{lit}, 135) de liquide séropurulent. Des adhérences faibles unissent les poumons au feuillet externe du péricarde ; les lobes inférieurs sont adhérents au diaphragme. La cavité du péricarde paraît distendue ; on peut y sentir une petite quantité de liquide.

La paroi abdominale enlevée, on découvre la cavité d'un vaste abcès dans le lobe gauche du foie. Cette poche, de forme circulaire, a une circonférence de huit pouces environ ; elle est limitée en avant par une portion de la paroi abdominale et par le processus ensiforme. La paroi postérieure est formée par le tissu induré du lobe gauche ; en haut, le diaphragme est en contact immédiat avec l'abcès ; le ligament falciforme le sépare du lobe droit du foie. Le bord mince de la poche est recouvert par l'estomac ; cet organe présente, près de l'orifice pylorique, une ulcération circulaire à bords arrondis et mousses, de trois quarts de pouce (19 millimètres) de diamètre à peu près, et qui communique directement avec l'abcès hépatique.

Le bord concave de l'estomac est en rapport immédiat avec la face inférieure du lobe gauche du foie ; près de l'orifice cardiaque sont deux autres perforations : l'une d'elles, de forme ovalaire, d'un demi-pouce de diamètre, communique avec l'abcès par l'intermédiaire d'un canal, qui peut admettre l'extrémité du petit doigt ; elle est séparée de l'autre ouverture par une bande de tissu épaissi, qui appartient évidemment à l'estomac ; la seconde perforation, celle qui est le plus rapprochée de l'orifice œsophagien, ne communique pas avec l'abcès. La cavité de ce dernier est irrégulière et anfractueuse, elle présente une couleur d'un gris jaunâtre ; le tissu qui la limite est ramolli, et il se réduit sous la pression en un liquide puriforme ; sur certains points l'épaisseur des parois va jusqu'à trois quarts de pouce (19 millimètres), mais elle n'est

pas la même partout ; derrière la tumeur on retrouve le tissu hépatique avec sa structure normale ; il est intimement adhérent aux parois de l'abcès, dont il ne peut être séparé.

Dans le point où le diaphragme est uni au péricarde, *existe une perforation assez large pour admettre le médius ou l'annulaire ; elle met l'abcès en communication directe avec l'intérieur du péricarde ;* les bords de cette perforation sont ulcérés et inégaux. La cavité péricardique renferme environ deux onces d'un liquide jaunâtre, mêlé de flocons de lymphes plastiques. L'épaisseur du péricarde, qui est sensiblement la même partout, est quatre fois plus grande qu'à l'état normal ; la surface extérieure en est extrêmement vascularisée ; la surface interne est enflammée, elle présente un grand nombre de taches rouges : ces taches ont sur quelques points la grosseur d'une tête d'épingle, ailleurs elles forment des arborisations. Le feuillet séreux du péricarde a presque complètement perdu son aspect lisse et poli ; il paraît inégal, il est recouvert çà et là de quelques débris d'exsudation plastique ; de plus, et surtout au niveau de l'origine des gros vaisseaux, il est revêtu de petits corps granuleux, semi-transparents, qui ressemblent à des grains de millet, ou à l'éruption qu'on observe dans certains cas de fièvre rhumatismale. La séreuse paraît ainsi complètement granulée, mais lorsqu'on enlève ces petits corps, on la retrouve avec ses caractères normaux.

Quant au cœur lui-même, il présente une couleur rouge éclatante ; son feuillet de revêtement est recouvert, comme la séreuse pariétale, de petites granulations ; elles sont plus abondantes au niveau des oreillettes et de la base de l'organe. Les deux oreillettes sont unies aux ventricules par des brides solides de lymphes organisées.

Le lobe supérieur de chaque poumon renferme quelques tubercules. Il n'existe pas d'adhérences entre le péritoine et l'intestin ; les circonvolutions intestinales ne sont point agglutinées entre elles.

Voici maintenant les points sur lesquels je crois devoir appeler plus particulièrement votre attention.

I. — Lorsque l'abcès se fut ouvert dans l'estomac, non-seulement la tumeur s'est affaissée, mais de suite qu'elle était, elle est devenue subitement sonore et tympanique ; les gaz de l'estomac avaient pénétré dans la cavité de l'abcès, à mesure que le pus s'en échappait.

II. — Cette tumeur tympanique ressemblait si parfaitement à l'estomac distendu par des gaz, que nous avons fait usage de la pompe stomacale, qui n'a donné issue à aucun fluide aériforme.

III. — Au bout de quelques jours, la cavité de l'abcès a dû se vider

également des gaz qu'elle contenait, car toute trace de tumeur a fini par disparaître.

IV — La diarrhée était causée par l'écoulement incessant de la matière fétide et irritante, qui passait de l'abcès dans l'intestin.

V. — Aucun symptôme spécial, ni douleur, ni trouble fonctionnel, n'a révélé les ulcérations étendues de l'estomac.

Je reviendrai sur ce point, lorsque je vous aurai exposé l'histoire de deux autres cas d'ulcérations gastriques.

VI. — Obéissant à la loi de la similitude de structure, l'inflammation s'est propagée *tout d'abord* de l'abcès à la plèvre et au péricarde.

VII. Peu de temps après le début de cette péricardite alors que nous en percevions nettement les signes physiques ordinaires, des phénomènes nouveaux ont apparu; *ils indiquaient le moment où la perforation du péricarde a permis l'entrée de l'air dans sa cavité.*

VIII. — Bien que la malade fût atteinte, au moment de son entrée, d'une péritonite suraiguë, l'autopsie ne nous a montré aucune trace d'une inflammation péritonéale généralisée.

IX. — On demandera peut-être pourquoi je n'ai pas ouvert l'abcès dès que la fluctuation est devenue évidente : la tumeur s'était formée en si peu de temps, elle semblait marcher si rapidement vers la périphérie, que j'ai cru plus sage d'attendre un jour ou deux, afin de diminuer la gravité de l'opération. Je ne prévoyais pas, je l'avoue, que, dans un espace de temps aussi court, la matière de l'abcès pût se frayer une autre issue.

Dans le fait suivant, il s'agit d'un abcès abdominal ouvert à l'extérieur, et qui communiquait également avec l'estomac.

Catherine Delany, blanchisseuse, âgée de cinquante-six ans, a été admise à Meath Hospital le 5 mai. Cette femme porte une tumeur abdominale très-volumineuse, qui a paru il y a deux ans et qui a occupé primitivement l'hypochondre gauche. Cette tumeur a fait des progrès peu rapides, mais continuels; elle ne paraît avoir eu aucune influence sur la santé générale, car Catherine travaillait encore quelques jours avant son entrée à l'hôpital. La tumeur, de forme globuleuse, inégale et de consistance assez ferme, est très-bien limitée dans ses contours; elle occupe toute la région ombilicale, elle envahit par en haut la partie inférieure de l'épigastre, et descend jusqu'aux limites supérieures de la région pubienne. Latéralement, elle empiète notablement sur les lombes. Du reste, elle est parfaitement mobile, et obéit, dans ses mouvements, au décubitus de la malade. Dernièrement, *mais dernièrement*

seulement, cette tumeur est devenue sensible et douloureuse, principalement au niveau du nombril. La lenteur du développement de cette masse morbide, sa forme, l'absence de toute douleur locale, de tout symptôme général pendant un temps aussi long, toutes ces considérations me portèrent à admettre une tumeur de l'ovaire. Mais, peu de jours après, les choses commencèrent à tourner beaucoup plus mal; la sensibilité et la douleur locales croissaient incessamment; la malade était tourmentée par des nausées continuelles auxquelles succédèrent, au bout de quinze jours, des vomissements opiniâtres.

Alors aussi la tumeur commença à rougir et à se ramollir au niveau de l'ombilic; bientôt on put percevoir en ce point une fluctuation profonde, qui devint de jour en jour plus évidente, à mesure qu'elle se rapprochait de la superficie; en même temps les téguments, d'un rouge obscur, présentaient une augmentation de température facilement appréciable; la zone rouge était entourée d'un bord induré. Bref, tout annonçait une collection purulente marchant rapidement vers la périphérie. Une consultation fut réunie, et nous tombâmes d'accord qu'il ne fallait pas ouvrir cet abcès; notre principale raison était l'ancienneté même de cette affection, qui défendait toute espérance. Cependant les souffrances de la pauvre femme augmentaient sans cesse, et elle arrivait petit à petit aux dernières limites de l'amaigrissement. Le ramollissement central de la tumeur marchait à grands pas, les parties périphériques indurées s'affaissaient de jour en jour, de sorte que, quoique la grosseur réelle de la masse morbide fût probablement la même, la conformation et les caractères extérieurs en étaient considérablement modifiés.

Les vomissements persistaient, l'estomac ne pouvait absolument plus rien garder. Depuis huit à dix jours, la malade rendait en quantité considérable un liquide fortement coloré par de la bile; mais, vers le 8 ou le 9 juin, les matières vomies changèrent tout d'un coup, et prirent l'aspect d'un mucus épais et visqueux. Le 13, la tumeur s'ouvrit à l'extérieur; il s'en écoulait journellement un gallon (3^{lit}, 73) d'un liquide exactement semblable à celui qui avait été vomi en dernier lieu. Il était évident que l'ouverture extérieure communiquait avec l'estomac; car une partie des liquides ingérés s'écoulait immédiatement au dehors. Une fois même, un morceau d'orange que la malade avait avalé boucha l'orifice pendant plusieurs heures. Il est bon de noter que, malgré les désordres épouvantables des fonctions digestives, malgré l'existence d'une perforation de l'estomac, la langue resta constamment

nette et humide ! Dès que la perforation fut établie, le vomissement cessa ; et quoique cette pauvre femme fût dévorée d'une soif ardente, cependant elle avait conservé un appétit assez bon, et elle cherchait à le satisfaire en avalant un peu de gelée !

Catherine Delany vécut quatre jours après l'ouverture de la tumeur à l'extérieur, et neuf jours après l'ulcération de l'estomac. L'orifice extérieur conduisait dans un large sac : c'était la cavité de l'abcès ; c'était aussi, selon toute probabilité, la cavité de la tumeur avant qu'elle entrât en suppuration. Ce sac occupait toute l'étendue de l'espace que remplissait autrefois la tumeur, et il contenait une quantité considérable d'un liquide visqueux, semblable à de l'eau de gruau épaisse. Cette cavité ne renfermait aucune matière solide ; il ne restait de la tumeur que ce sac, épaissi par l'inflammation, et adhérent aux viscères voisins par l'intermédiaire de fausses membranes. Les intestins et le grand épiploon, unis ensemble, formaient la paroi postérieure de la cavité ; mais, en raison des altérations profondes subies par toutes ces parties, il fut impossible de déterminer si la paroi antérieure était constituée par le péritoine pariétal ou par la gaine du muscle droit. La première hypothèse paraît toutefois plus probable, car une grande partie de la surface du foie était contenue dans la cavité de l'abcès, et l'angle inférieur de l'organe était détruit par une ulcération.

La perforation de l'estomac était située sur sa grande courbure, à un pouce et demi (38 millim.) du pylore, et elle résultait d'un travail ulcératif simple, comme la perte de substance du foie ; il n'existait pas d'induration squirrheuse. Les intestins et les organes qui étaient derrière la tumeur étaient tous absolument sains. Je ne saurais vous dire dans quel tissu cette affection avait eu son point de départ, ni quelle en était la nature primitive ; mais il est permis de se demander si l'ouverture artificielle de l'abcès n'aurait pas prolongé, peut-être même sauvé la vie de la malade, à condition, bien entendu, que l'opération eût été pratiquée dès que la fluctuation fut appréciable, et avant la formation des ulcérations de l'estomac et du foie. Les détails que je vous ai donnés pourront du moins vous servir de guide dans des circonstances analogues (1).

(1) Comparez : Murchison, *Case of communication with the stomach through the abdominal parietes* (*Medical Times and Gaz.*, 1757.)

Bonamy, *Note sur l'ulcération et la perforation du diaphragme dans la péritonite* (*Journal de la Soc. acad. de la Loire-Inférieure*).

Second-Féréol, *De la perforation de la paroi abdominale antérieure dans les péritonites*, thèse de Paris, 1859.

(Note du TRAD.)

Voici maintenant une observation d'ulcération de la muqueuse gastrique à la suite d'une phlegmasie chronique.

Je fus mandé par mon ami le docteur Henry pour voir avec lui un gentleman de Gardiner-street. Notre malade, âgé de cinquante ans, avait eu jusqu'alors une bonne santé. Nous ne savons rien de la cause de cette maladie, qui le tua au bout de deux mois. Pendant tout ce temps, les symptômes présentèrent fort peu de variations ; il existait une pâleur remarquable de toute l'enveloppe cutanée : ce gentleman avait véritablement la teinte de cire des individus épuisés par des hémorrhagies abondantes. Il s'éteignit peu à peu, après avoir considérablement maigri.

Les notes suivantes, qui ont été recueillies par le docteur Henry, vous feront connaître les principaux phénomènes morbides. « Je n'ai pas beaucoup à ajouter, ce me semble, à ce que vous savez déjà de notre malade de Gardiner-street. Vous connaissez sa débilité croissante et son émaciation extrême ; vous savez qu'il a complètement perdu l'appétit, et qu'il est tourmenté par une soif tellement insatiable, que je ne me rappelle pas avoir jamais rien observé de semblable. L'anxiété avec laquelle ce malheureux poursuit du regard toutes les boissons qu'on lui présente, l'impatience fiévreuse avec laquelle il se saisit du vase pour le vider d'un trait, sont les premières circonstances qui m'ont fait soupçonner chez lui une inflammation gastrique.

« L'ingestion des aliments et des boissons, la pression vers la région épigastrique, ne déterminent aucune espèce de douleur ; les vomissements manquent complètement, à moins que le malade n'ait bu une trop grande quantité de liquide chaud. Alors, et seulement alors, il vomit infailliblement ; mais il ne rejette jamais aucun des aliments solides qu'il prend de temps en temps par petites quantités.

« Parfois cet homme rendait un crachat contenant une petite quantité de sang rose, de la grosseur d'un pois ; ce sang était enveloppé dans du mucus, mais il ne lui communiquait pas sa couleur.

« Le malade est mort d'inanition.

« Tous les organes étaient sains, à l'exception de l'estomac. La surface interne du ventricule présentait une coloration foncée. La portion voisine du cardia et la plus grande partie de la grosse tubérosité étaient absolument noires, mais on n'y découvrait pas de grosses veines. La coloration noire était uniforme : on eût dit que la muqueuse avait été profondément teinte avec de l'encre de Chine. Autour de cette zone

noire était un cercle d'un rouge éclatant qui se fondait peu à peu dans les parties environnantes ; celles-ci présentaient la couleur noire du mélæna ordinaire. On distinguait dans le tissu de grosses veines noires. Près du pylore étaient deux ou trois taches rouges : c'étaient, de toute évidence, des ulcérations superficielles, à bords nets, rouges et durs. Elles étaient de la grandeur d'un shilling ou d'une fève fendue en deux. Le pylore était intact.

« Ce qui soulageait le plus le malade, c'étaient de petites gorgées d'eau glacée. Du reste, tous les remèdes avaient été inutiles. Il est pour le moins étrange qu'avec de tels désordres dans l'estomac, le sulfate de fer pût être toléré. »

J'ajouterai à cette relation que la langue de ce malade était constamment sèche. Il conserva le sommeil presque jusqu'à la fin, et les matières fécales ont toujours été *parfaitement naturelles*. Le ventre n'a jamais été tendu ; l'épigastre n'est jamais devenu tympanique. Le pouls, dont la moyenne était 94, n'était ni dur ni vibrant. La perte des forces et de l'embonpoint a été le premier symptôme ; cette faiblesse a toujours été en croissant, et cet amaigrissement est vraiment inconcevable, eu égard à la quantité d'aliments que prenait le malade, et à l'apparence normale de ses évacuations alvines. L'urine a toujours été naturelle, sauf au début ; à ce moment, elle avait été mêlée d'un peu de sang.

Si vous comparez maintenant les trois faits que je viens de vous rapporter, vous remarquerez sans doute avec moi que, dans les deux premiers, alors qu'il existait une perforation considérable de l'estomac, cette lésion n'a donné lieu qu'à un très-petit nombre de symptômes caractéristiques : il semblerait que les ulcérations produites par un liquide qui se fraye une voie à travers la cavité de l'organe entraînent des désordres fonctionnels beaucoup moins prononcés qu'une inflammation spontanée de peu d'étendue. C'est qu'en effet le travail d'ulcération qui amène l'évacuation d'un abcès doit être regardé comme un effort curateur de la nature, et celle-ci a sagement disposé toutes choses pour que cette élimination pût se faire sans compromettre la vie du malade ou les fonctions de l'estomac. S'il en est ainsi, et l'on peut à peine en douter, nous trouvons ici un nouvel exemple de la futilité des raisonnements *à priori*. Quiconque eût vu les lésions profondes de nos deux premiers malades n'eût pas hésité à dire qu'elles avaient dû s'accompagner de désordres fonctionnels non moins graves.

Dans le troisième fait, plusieurs des symptômes que l'on regarde

comme constants dans la gastrite ont fait complètement défaut. *Pas de sensibilité, pas de vomissements, pas de douleur après l'ingestion des aliments, pas de distension épigastrique.* Cette gastrite si longue, et qui a fini par tuer le malade, n'a pas déterminé le moindre trouble intellectuel, elle n'a pas même troublé le sommeil. Que devient, en présence d'un tel fait, l'hypothèse des théoriciens qui voient dans la *gastrite* l'origine du typhus fever (1) ?

Quelques mots encore sur l'usage de l'opium dans l'entérite. Je vous ai déjà parlé des bons effets de ce médicament dans certaines périodes des fièvres, et je vous renvoie à ce que je vous ai dit alors au sujet de ses indications. Dans le cas suivant, un malade atteint d'une entérite violente, qui avait déterminé dès son début un collapsus cholériforme, fut sauvé par treize ou quatorze grains d'opium administrés dans l'espace de vingt-quatre heures. Le premier, j'ai proposé cette méthode de traitement, que j'ai la satisfaction de voir partout adoptée aujourd'hui.

Le malade est un domestique du docteur Nolan, et je vais vous lire les notes que ce dernier a bien voulu me remettre :

« Le lundi soir, 17 février, mon domestique Horan se plaignit de douleurs dans le ventre ; comme il n'avait pas été à la selle ce jour-là, je crus qu'il s'agissait d'une simple *indigestion*, et je lui dis de prendre

(1) Comparez sur l'ulcère simple de l'estomac :

Cruveilhier, *Sur l'ulcère simple de l'estomac* (Arch. gén. de méd., 1856).

Jeannel, *Ulcère simple de l'estomac, perforation* (Journ. de méd. de Bordeaux, 1857).

Fink, *De ulcere ventriculi perforante*. Berolini 1858.

Schmidt, *De therapia ulceris chronici ventriculi nonnulla*. Gryphiæ, 1858.

Luton, *Recherches sur quelques points de l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac* (Recueil des travaux de la Soc. méd. d'obs. de Paris, 1858).

W. Brinton, *The diseases of the stomach*. London, 1859.

Les leçons qui composent cet ouvrage ont été faites à St.-Thomas's Hospital ; déjà en 1856 l'auteur avait publié un travail important sur l'ulcère de l'estomac :

On ulcer on the stomach (British med.-chir. Review, 1856).

Deux ans plus tard il a inséré dans le même recueil de nouvelles recherches sur ce sujet :

On the pathology, symptoms and treatment of ulcer of the stomach (eodem loco, 1858).

Ludwig Müller, *Das corrosive Geschwür im Magen und Darmkanal*. Erlangen, 1860.

Frazer, *Two cases of temporary recovery after perforation and peritonitis from gastric ulcer* (Dublin Hospital Gazette, 1861). (Note du TRAD.)

5 grains (30 centigr.) de calomel, et une dose d'huile de ricin. Je n'en eus pas d'autres nouvelles pendant la nuit ; mais le matin, de bonne heure, je fus réveillé en toute hâte par un autre de mes serviteurs. Horan était mourant. Je le trouvai souffrant de douleurs abdominales très-aiguës, mais intermittentes ; ces douleurs siégeaient surtout au niveau de l'ombilic ; il y avait en outre à de très-courts intervalles des *crampes très-pénibles* dans les extrémités inférieures, et quelques vomissements. La surface du corps était parfaitement froide ; les traits étaient grippés, les yeux entourés d'un cercle noir ; la voix était éteinte ; le pouls, à 140, était petit et faible ; l'abdomen était douloureux, mais il n'était pas tuméfié. Le malade me dit qu'il avait passé la nuit dans des souffrances épouvantables, et qu'il n'était pas encore allé à la selle. Je prescrivis aussitôt 10 grains (60 centigrammes) de calomel, et deux heures plus tard, une potion renfermant de l'huile et de la térébenthine, un lavement avec cette essence, un bain, etc.

« Trois heures après. — La température du corps est rétablie ; les crampes sont moins violentes ; les vomissements ont diminué de fréquence, mais la constipation persiste ; le facies et le pouls sont d'aussi mauvais augure qu'auparavant ; les douleurs de ventre sont plus vives. Je pratique alors une saignée ; mais à peine avais-je tiré quatre onces de sang, que je me hâte d'en suspendre l'écoulement : j'étais alarmé de la prostration du malade. Il fallait pourtant faire quelque chose. Je fais appliquer un sinapisme sur l'abdomen, et je prescris un autre lavement (je n'avais pas grande confiance, je l'avoue, dans les purgatifs énergiques répétés) ; j'ordonne en même temps une poudre composée de 2 grains (12 centigr.) de calomel, et un quart de grain (15 milligr.) d'opium ; on devait en donner une semblable toutes les quinze minutes. Vers le soir je trouvai mon malade dans des conditions un peu plus satisfaisantes ; la physionomie était meilleure, le pouls plus ferme ; les douleurs abdominales n'avaient pas augmenté, il n'y avait eu qu'un vomissement ; le lavement n'avait entraîné qu'un peu de mucus. Je revins à la térébenthine, et je fis répéter le lavement.

« Pendant la nuit, le malade rendit un peu de matières fécales, mais les vomissements avaient reparu. Le matin (c'était le second jour) il souffrait plus que jamais ; cette fois l'abdomen n'était pas seulement d'une sensibilité extrême, il était *décidément tuméfié* ; le pouls restait faible et rapide ; de plus Horan n'avait pas uriné. Je le saignai de nouveau jusqu'à concurrence de huit onces. L'aspect cadavérique, le refroidissement complet, le collapsus absolu qui succédèrent à cette saignée

me donnèrent de justes motifs de regret. *Elle était d'ailleurs restée sans effet* sur la douleur.

« J'avais lu avec le plus vif intérêt vos observations, celles du docteur Stokes, je connaissais aussi les publications d'Armstrong, de Griffin, de Gooch, et je savais que vous aviez parfaitement démontré l'efficacité de l'opium dans certaines formes d'inflammation abdominale ; mon malade semblait être précisément dans des conditions où vous auriez sans doute employé ce puissant modificateur. Je commençai donc par lui faire prendre toutes les demi-heures un demi-grain (3 centigr.) d'opium, et 2 grains de calomel. Au bout de deux heures, je substituai au calomel 3 grains de carbonate d'ammoniaque, et je continuai cette médication pendant toute la journée et toute la nuit. Le matin (troisième jour), j'eus la satisfaction de constater que la douleur et le gonflement de l'abdomen avaient beaucoup diminué, et qu'il y avait eu deux selles ; la physionomie du malade autorisait quelque espérance, le pouls commençait à tomber. Néanmoins je continuai le même traitement pendant toute cette journée ; pendant la nuit et les jours qui suivirent, j'éloignai peu à peu les doses du médicament, mais j'en continuai l'emploi, jusqu'à ce que la douleur et la constipation eussent complètement disparu. Il y avait de temps en temps une selle, quoique je ne me fusse pas hasardé à donner un nouveau purgatif ; les premières déjections renfermaient beaucoup de sang et de mucosités, mais elles reprirent bientôt leurs caractères normaux. Vous avez bien voulu prendre part au traitement ultérieur de mon malade, et je n'ajouterai rien à ce simple exposé des faits. »

La première fois que je me suis servi de l'opium dans le traitement de la péritonite, c'est en 1822, dans le vieil hôpital de Meath. Une femme avait été prise de péritonite après l'opération de la paracentèse abdominale. Le cas semblait désespéré, et les douleurs de cette malheureuse étaient si épouvantables, que je lui prescrivis de l'opium à très-hautes doses ; je lui fis en même temps donner du vin : à mon grand étonnement elle guérit.

Plustard j'ai publié, conjointement avec le docteur Stokes, les résultats de notre expérience sur cette méthode de traitement. Ce travail a été inséré dans le cinquième volume des *Dublin Hospital Reports* ; je vous y renvoie pour plus de détails ; mais, je vous le répète, cette méthode est aujourd'hui généralement adoptée.

Un des jeunes gens qui suivent nos leçons m'a demandé quel traite-

ment j'instituerais dans une attaque aiguë d'hémorrhoides. Je vais vous communiquer tout ce que je sais à ce sujet, car je suis toujours heureux de répondre à des questions qui se rattachent à nos devoirs professionnels. Je ne veux pas, vous le pensez bien, traiter à fond ce vaste sujet ; cette étude est toute faite dans les livres, notamment dans les livres du continent. Les nôtres ne consacrent pas de grands détails aux symptômes généraux que détermine la maladie hémorrhoidaire ; mais en France, en Allemagne et en Italie, les médecins s'attachent à étudier avec soin les affections constitutionnelles qui sont liées aux hémorrhoides. Je n'aborderai point cette question ; je laisserai également de côté la pathogénie et la structure de la lésion rectale ; je n'insisterai pas davantage sur la division des hémorrhoides en internes et externes, vous la trouverez signalée partout dans les œuvres chirurgicales, entre autres dans le *Dictionnaire* de Cooper ; je me bornerai à vous dire que l'article HÉMORRHOÏDES de ce dictionnaire est tout à fait indigne de son auteur, et je vous exposerai simplement le traitement à instituer dans le cas d'une attaque aiguë.

Supposons donc que vous soyez appelés auprès d'un malade qui est sous le coup d'une détermination hémorrhoidaire ; il souffre beaucoup, et en vérité vous ne pouvez vous faire une idée de la violence de ses douleurs : il ne peut demeurer un moment en place, il lui est également impossible de rester assis ; il a perdu tout sommeil, et il pousse des cris si vous procédez à l'examen de la région anale. La défécation est pour ce malheureux une cause nouvelle de tortures ; il se lamente, il gémit, il implore votre assistance. Votre conduite dans un cas pareil peut avoir une influence énorme sur votre réputation ; j'ai vu des médecins du plus grand mérite ne pas réussir à procurer le soulagement désiré.

Ici les tumeurs hémorrhoidales sont enflammées, la muqueuse rectale est le siège d'une vascularisation extrême, le sphincter est contracté spasmodiquement. Laissant de côté toute considération chirurgicale, qu'avez-vous à faire ? Appliquez tout d'abord un nombre suffisant de sangsues, déjà vous calmez ainsi les souffrances ; mais vous ne devez pas vous en tenir là. Souvent, en effet, l'application des sangsues ne diminue que fort peu les douleurs. S'il en est ainsi, faites asseoir votre malade sur un vase rempli d'eau chaude ; il y restera de vingt à trente minutes, et y reviendra cinq ou six fois dans le courant de la journée ; avant qu'il se remette au lit, vous aurez soin chaque fois de faire appliquer un cataplasme chaud de mie de pain et de lait sur la région de

l'anus. Vous ne sauriez croire avec quelle rapidité ces fomentations continues font disparaître les accidents aigus des hémorrhoides ; vous devez en même temps administrer des médicaments qui relâchent les intestins, qui procurent quelques selles liquides et diminuent ainsi la congestion du rectum. J'emploie ordinairement cet électuaire :

℞ Electuarii sennæ.	} āā ʒ j.	
Fiorum sulphuris.		
Pulveris jalapæ.		ʒ j.
Copaibæ.		ʒ ss.
Pulveris zingiberis.		ʒ ss.
Bitartratis potassæ.		ʒ ss.
Sirupi zingiberis.		q. s.

Fiat electuarium (1).

Vous ferez prendre, matin et soir, une petite cuiller de cet électuaire : le soufre pousse à la peau ; le bitartrate de potasse détermine d'abondantes selles aqueuses, et tempère l'action irritante du soufre ; le jalap assure et hâte l'action purgative du remède ; le copahu exerce une action puissante sur la muqueuse intestinale. Vous avez pu constater l'effet de ce dernier agent chez un homme auquel nous avons fait prendre du soufre et du copahu, pour une affection de la muqueuse pulmonaire. En somme, cet électuaire ouvre les intestins, il dégorge la membrane muqueuse congestionnée, il excite l'action des reins et celle de la peau.

Avec l'ensemble de moyens que je viens de vous exposer, vous guérissez rapidement les accidents aigus des hémorrhoides. Vous prescrirez alors des lotions astringentes, par exemple :

℞ Liquoris plumbi subacetatis diluti.	ʒ vi.
Spiritus rosmarini.	} āā ʒ j (2).
Tincturæ opii.	

(1)	℞ Electuaire de séné.	} āā ʒʒ grammes.	
	Fleurs de soufre.		
	Poudre de jalap.		4
	Baume de copahu.		16
	Poudre de gingembre.		2
	Bitartrate de potasse.		16
	Sirop de gingembre.		q. s.

Faites un électuaire.

(2)	℞ Solution diluée de sous-acétate de plomb.	192 grammes.
	Esprit de romarin.	} āā ʒʒ
	Teinture d'opium.	

Mêlez.

(Notes du TRAD.)

Ces lotions seront répétées cinq ou six fois par jour , et elles remédieront efficacement à l'état de relâchement de la muqueuse rectale. J'ai vu cette méthode réussir admirablement entre les mains du docteur Brereton, auquel je dois la connaissance de ce traitement. Je m'efforce constamment de réunir sur chaque sujet autant de renseignements que je le puis, et je suis toujours heureux d'en faire connaître la source. Je crois avoir complètement répondu à la question qui m'a été faite par l'un de vous, et j'espère que ces conseils vous seront de quelque utilité dans votre pratique.

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON.

LE TÉNIA. — AFFECTIONS DU FOIE.

Des espèces de ténia qu'on rencontre chez l'homme. — Distribution géographique. — Traitement.

Abcès du foie. — Procédé de l'auteur pour l'ouverture de ces abcès. — Hypermégalie du foie. — Diagnostic avec l'hépatite. — Iodure de potassium. — Sangsues à l'anus. — Mauvais effets de l'opium.

Ictère. — Ses causes. — De la coloration de la peau au point de vue du pronostic. — De l'insomnie dans l'ictère. — Symptômes nerveux. — Observations du docteur Hanlon. — Ictère par inflammation de la vésicule biliaire. — Les symptômes hystériques doivent être soigneusement distingués des accidents nerveux de l'ictère.

MESSIEURS,

Deux espèces de ténia habitent les intestins de l'homme ; malgré leur ressemblance apparente, elles diffèrent considérablement par leur conformation, et par leurs caractères anatomiques. Dans les deux espèces, l'animal est composé d'un grand nombre de segments plats, articulés bout à bout ; mais dans le *tœnia solium*, ces segments sont relativement longs et étroits, et les oviductes s'ouvrent sur leurs bords ; tandis que, dans le *tœnia lata*, les anneaux sont courts et larges, et les oviductes s'ouvrent au centre de leur face plane. Ces deux variétés de ver solitaire ne diffèrent pas moins au point de vue de leur distribution géographique. Le *tœnia solium* appartient à l'Angleterre, à la France, à l'Italie, à l'Allemagne, et aux contrées méridionales de l'Europe ; le *tœnia lata* est en Russie, en Pologne, en Suède, en un mot, dans les pays du nord de l'Europe, et il est très-rare de rencontrer ces animaux au delà de leur zone géographique naturelle. Cependant j'ai observé dernièrement le ténia large chez trois individus qui demeuraient dans Hume-street, et dans la même maison. Ils n'étaient pourtant pas tous les trois de la même famille ; deux de ces personnes étaient les enfants du propriétaire de la maison, la troisième était une servante. C'est précisément cette circonstance qui m'a décidé à vous parler de ce fait. La présence de cette variété de ténia, si rare dans ce pays, chez les membres d'une seule et même famille, eût pu être expliquée peut-être

par le principe de l'identité constitutionnelle, mais il devient fort difficile de se rendre compte de l'existence du ver chez la servante, aussi bien que chez les enfants.

L'essence de térébenthine paraît être le meilleur moyen pour expulser le ver solitaire. Dans ce but, on la donne généralement à hautes doses ; or j'ai remarqué que le remède administré de cette façon échoue quelquefois, tandis que l'usage prolongé de petites doses ne manque jamais de chasser le parasite. Ainsi, chez feu M. Williams, le pharmacien de Charlemont-street, l'administration de dix gouttes de térébenthine trois fois par jour, continuée sans interruption pendant six semaines, réussit à expulser un ténia long, qui avait résisté au même médicament pris à hautes doses.

Dans quelques cas, l'électuaire d'étain est un remède infailible ; j'en ai constaté moi-même l'efficacité chez un malade auquel je donnais des soins avec sir Philip Crampton et M. Pakenham. Nous avons prescrit le médicament sous cette forme :

℞ Pulveris stanni.	℥ ij.
Theriacæ.	q. s.

Fiat electuarium. Cujus sumat quartam partem, mane et vesperi quotidie (1).

Cette médication fut continuée pendant une semaine. Nous prescrivîmes alors une potion à l'essence de térébenthine. Le malade suivit ce traitement en mars, puis en juillet, et enfin en octobre ; à chaque fois il rendit quelques pieds de ténia le second ou le troisième jour, et jamais plus tard. Ce gentleman avait pris auparavant, sans aucun résultat, la décoction de racine de grenadier et la décoction composée d'aloès (2).

(1) ℞ Poudre d'étain.	64 grammes.
Thériaque.	q. s.

Faites un électuaire, dont on prendra le quart matin et soir.

(2) Voici, d'après la *Pharmacopée de Londres*, la formule de la décoction d'aloès composée :

℞ Suc de réglisse.	7 gros	=	28 grammes
Carbonate de potasse.	1 gros	=	4
Aloès pulvérisé.	} aa	1 gros $\frac{1}{2}$	= 6
Myrrhe pulvérisée.			
Safran.			
Teinture de cardamome composée.	7 onces fl.	=	168
Eau distillée.	1 pint'e $\frac{1}{2}$	=	512

Faites bouillir la réglisse, le carbonate de potasse, l'aloès, la myrrhe et le safran

J'ai à vous parler maintenant de quelques affections du foie. Je vous signalerai tout d'abord un cas d'hépatite qui s'est terminée par la formation d'un abcès, et je vous ferai connaître en même temps le procédé opératoire que j'ai proposé le premier pour ouvrir les abcès du foie. Un homme robuste, souffleur de verre de son état, était entré à Meath Hospital ; il présentait, très-nettement accusés, tous les symptômes d'une inflammation aiguë du foie. Malgré l'intervention d'une thérapeutique très-active, la phlegmasie ne put être complètement éteinte, et quatre semaines après le début des accidents, il n'était plus possible de douter de la formation d'un abcès hépatique. Le malade avait une fièvre hectique, des frissons répétés et des sueurs ; il maigrissait à vue d'œil, il éprouvait de la pesanteur et du malaise dans l'hypochondre droit ; cette région était d'ailleurs plus développée et plus dure qu'à l'état normal. Au début, elle avait été douloureuse et sensible à la pression, mais, au bout de quelque temps, la douleur s'était localisée sur un seul point, qui correspondait presque exactement au centre de la saillie extérieure.

Je fis appliquer continuellement des cataplasmes, mais quoiqu'on eût la sensation vague d'un ramollissement profond, l'abcès ne paraissait point marcher vers la superficie ; le gonflement extérieur restait stationnaire, les téguments conservaient leur coloration naturelle. D'un autre côté, la constitution de cet homme s'altérait rapidement, et je me trouvais forcément amené à me poser la question de l'ouverture artificielle de l'abcès. On objectait à l'idée d'une opération, que la tumeur extérieure était mal limitée, et qu'en définitive le siège de la collection était inconnu ; il n'était donc pas certain que cette opération donnât issue au pus, et, dans ce cas, il y avait de bonnes raisons pour qu'elle fût très-nuisible. Bref, les chirurgiens de l'hôpital se prononçaient nettement contre cette tentative téméraire.

J'étais fort embarrassé, je l'avoue, lorsqu'il me revint en mémoire avec l'eau, réduisez celle-ci à une pinte ; filtrez et ajoutez la teinture de cardamome composée.

Quant à cette dernière teinture, sa composition est la suivante :

℞ Cardamome en poudre.	}	ââ 2 gros $\frac{1}{2}$ =	6 grammes.
Carvi en poudre.			
Cochenille en poudre.		1 gros =	4
Cannelle contuse.		5 gros =	20
Raisins secs.		5 onces =	160
Esprit faible.		2 pintes =	950

Faites macérer pendant quatre jours, et filtrez.

(Notes du TRAD.)

que j'avais déjà vu plusieurs cas dans lesquels une incision, faite dans le but d'ouvrir un abcès profond, n'avait pas donné issue au pus ; mais je me rappelais, en même temps, qu'au bout de peu de jours l'abcès avait fini par s'ouvrir de lui-même au niveau de cette incision : ce qu'on peut expliquer, soit par la diminution de la pression extérieure, soit par l'inflammation que détermine l'opération ; ce travail inflammatoire établit une communication entre l'abcès et la plaie superficielle.

Fort de ces précédents, je proposai qu'on fit une incision de quatre pouces (10 centimètres) de longueur, exactement au centre de la tumeur de l'hypochondre droit ; je demandai en même temps que cette incision, traversant les couches musculaires de l'abdomen, fût prolongée jusqu'à une ou deux lignes (2 à 4 millimètres) de distance du péritoine.

J'avais l'intention de faire placer une mèche de charpie dans l'ouverture, et de la tenir ainsi béante, dans l'espérance que l'abcès, se dirigeant de ce côté, finirait par s'ouvrir en ce point. L'opération fut pratiquée par mon collègue M. Mac Namara. Les muscles abdominaux, très-développés, étaient parfaitement sains ; du reste, malgré la profondeur de l'incision, le siège précis de l'abcès n'était pas plus appréciable qu'auparavant ; aucun chirurgien prudent n'eût persisté dans l'idée d'ouvrir d'emblée cette collection.

Cela fait, j'attendis le résultat, non sans une vive anxiété. Deux jours après, le malade fut pris d'éternement, et, pendant cet effort, une grande quantité de pus s'échappa par l'incision. Il fut alors facile de constater qu'elle n'avait pas été faite exactement au niveau de l'abcès ; le pus ne s'écoulait pas par le centre de l'ouverture, mais par un de ses angles ; lorsqu'on pressait en ce point, l'écoulement augmentait notablement. La communication entre l'incision extérieure et le foyer n'avait pas lieu directement d'avant en arrière, elle se faisait sur le côté. Si nous eussions tenté d'ouvrir l'abcès du *premier coup*, nous eussions certainement échoué, et les conséquences d'une telle opération eussent bien pu être fatales à notre malade ; le foyer se vida parfaitement, et au bout de quelques semaines *la guérison était complète*.

Depuis lors j'ai plusieurs fois eu recours à ce procédé, et il a été adopté par un grand nombre de praticiens, qui ont eu grandement à s'en louer. Son innocuité est son principal mérite : dans un grand nombre de cas, en effet, il est extrêmement difficile de découvrir le point le plus convenable pour l'ouverture d'un abcès hépatique ; on

a même ouvert par erreur, et cela plus d'une fois, la vésicule biliaire distendue, et l'on a causé ainsi la mort des malades. Le docteur Dick a employé dans les Indes orientales un procédé un peu différent, mais il appartient à la même méthode : au lieu d'inciser les couches superficielles de l'abdomen, il les attaque avec un caustique, de façon à en déterminer la mortification ; il se loue beaucoup de cette opération, qu'il a pratiquée déjà dans un grand nombre de cas (1).

Mais en voilà assez sur ce point. J'arrive à un malade qui est actuellement dans notre salle d'en haut, et qui présente le plus étrange assemblage d'affections que j'aie jamais observé ; je n'ai jamais vu non plus d'exemple aussi remarquable des effets de la thérapeutique. Ce malade, dont l'observation a été recueillie par M. Costello, était hydro-pique ; ses jambes étaient considérablement infiltrées : notez que cet homme est avancé en âge, ce qui est déjà une condition très-défavorable. Il était en outre atteint d'une ascite, et son foie présentait une augmentation de volume énorme ; l'organe faisait saillie en avant, et l'on pouvait sentir, avec la plus grande facilité, son bord induré et arrondi, formant une vaste tumeur qui s'étendait dans les deux hypochondres.

Chez ce malade, la langue était sèche, brune et recouverte d'un enduit épais ; il y avait une soif vive, des nausées, parfois des vomissements, des coliques et de la diarrhée ; les matières alvines n'étaient rien moins que naturelles. L'appétit était perdu, l'affaiblissement allait croissant : ce pauvre homme s'éteignait peu à peu, épuisé par la fièvre et par l'hydropisie ; disons, pour compléter ce mélancolique tableau, que ce malheureux succombait aussi sous le poids de son âge. En présence d'un tel ensemble de symptômes, je perdis d'abord toute espérance pendant deux ou trois jours, je ne fis absolument rien. Du reste, notez

(1) Les divers procédés opératoires qui ont été proposés pour l'ouverture des abcès du foie sont trop connus pour qu'il soit besoin d'en rappeler ici les détails. Je me bornerai donc à faire remarquer que ces procédés forment deux groupes bien distincts : dans les uns (Graves, Bégin, Dick, Récamier), on n'ouvre la collection purulente que lorsque des adhérences solides ont réuni le foie à la paroi abdominale ; dans les autres (Horner, Cambay), on arrive d'emblée dans le foyer, et l'on cherche à prévenir par des moyens mécaniques l'effusion du pus dans la cavité péritonéale ; les adhérences ne s'établissent ici que secondairement, et lorsqu'elles ne sont pour ainsi dire plus nécessaires. Il suffit de mettre en regard ces deux méthodes, pour démontrer la supériorité de la première.

(Note du TRAD.)

le fait, l'état du foie, chez ce malade, n'indiquait pas l'usage des mercuriaux. A quoi tenait donc ce volume énorme de l'organe ? Il n'est pas facile, en vérité, de distinguer cette tuméfaction de celle qui succède à l'hépatite.

Lorsqu'une hépatite se déclare avec de la fièvre et de l'ictère, vous êtes immédiatement édifiés sur la nature de la maladie, et vous pouvez la guérir avec les mercuriaux et les émissions sanguines. Il existe également une hypermégalie (1) chronique du foie avec douleur à l'épaule, que vous pouvez attaquer avec succès par un traitement antiphlogistique modéré, par les purgatifs et l'emploi judicieux des mercuriaux. Mais ici vous avez affaire à une lésion qui ressemble à un résultat de l'inflammation, et qui cependant n'appartient pas à l'hépatite ; il y a simplement un développement anomal de l'organe. Or, dans les cas de

(1) L'expression *hypertrophie* est assurément une de celles que l'on a le plus souvent détournées de leur véritable sens, ou plutôt ce n'est que dans ces derniers temps qu'on s'est attaché à en préciser la signification et à en limiter l'emploi. Longtemps employé pour désigner toutes les augmentations de volume qui ne s'accompagnaient pas de phénomènes inflammatoires évidents, ou d'une lésion organique facilement appréciable à l'œil nu, le mot *hypertrophie* a servi de la sorte à dénommer les altérations les plus diverses ; de là une étrange confusion, qui n'est nulle part plus évidente que dans l'histoire des prétendues hypertrophies du foie. Mais aujourd'hui que les différents processus morbides dont cet organe est le siège sont beaucoup mieux connus, aujourd'hui que le microscope permet de différencier entre elles des lésions qui avaient été jusqu'alors confondues, parce qu'elles avaient pour caractère commun un agrandissement visible de la glande, il importe de restituer au mot *hypertrophie* son sens réel, et de désigner exclusivement sous ce nom les tuméfactions qui résultent de l'*augmentation de volume des éléments organiques* ; quant à l'augmentation dans le *nombre des éléments organiques*, Virchow lui a donné le nom d'*hyperplasie* ; et en effet c'est encore là un travail d'un autre ordre. Cependant, comme l'hyperplasie marche souvent de pair avec l'hypertrophie proprement dite, comme ces deux processus morbides, en tant qu'étudiés dans le foie, ont été vus jusqu'ici réunis et déterminés par les mêmes causes, on peut sans erreur grave négliger, dans l'étude clinique, une distinction dont l'importance n'apparaît que sous le champ du microscope. En conséquence, la caractéristique essentielle de l'hypertrophie du foie c'est l'*augmentation dans le volume ou dans le nombre des cellules hépatiques*.

Les choses étant ainsi, si l'on fait la part de l'augmentation de volume du foie due à l'hyperémie, de l'infiltration plastique de la cirrhose, de l'infiltration amyloïde du foie lardacé, de l'infiltration graisseuse du foie gras, on arrivera à reconnaître que l'hypertrophie véritable est un état des plus rares.

Les faits rapportés par Graves manquent des détails anatomiques nécessaires pour la détermination des lésions ; aussi ai-je cru devoir employer ici l'expression *hypermégalie*, qui renferme simplement la notion de l'augmentation de volume de l'organe.

(Note du TRAD.

ce genre, vous verrez, la plupart du temps, cette augmentation considérable de volume ne déterminer que fort peu de douleur ; de plus, elle ne cause presque jamais d'ictère. Je dois vous dire cependant, pour être vrai, que j'ai vu moi-même à l'hôpital de sir Patrick Dun un malade chez lequel le foie, augmenté de volume, était excessivement douloureux, et je sais aussi que l'ictère ne fait pas toujours défaut ; je m'efforce de vous retracer le diagnostic de ces deux états morbides, mais je ne puis prétendre qu'à une esquisse. Ce qu'il y a de certain, c'est que ce sont là deux affections distinctes, qui réclament un mode de traitement tout différent.

A côté des cas tranchés, dans lesquels la distinction entre l'hépatite et l'hypermégalie apparaît d'elle-même, il en est d'autres, intermédiaires en quelque sorte, qui présentent plus d'un trait de ressemblance. Quant au cas actuel, il peut servir à vous faire connaître le meilleur traitement à mettre en usage, et c'est là ce qui nous importe avant tout. Dans les foies simplement hypertrophiés, la substance de l'organe a augmenté de volume, sans qu'il se soit fait aucune exsudation plastique, et il n'y a jamais d'abcès. Or, sachez-le bien, le mercure est ici sans action.

Chez notre malade, c'est l'iodure de potassium qui a été notre principal remède. Le premier fait qui a donné l'idée d'administrer ce médicament dans l'hypertrophie du foie, c'est le travail d'absorption qu'il détermine dans le cas de goître. Pendant quinze jours, nous avons fait prendre à notre homme quarante grains (2^{sr}, 40) d'iodure de potassium par jour, en quatre fois, et vous avez tous pu voir l'amélioration extraordinaire qui est survenue dans son état. Le poulx est tombé, la langue s'est nettoyée, les fonctions intestinales ont été plus régulières, l'hydropisie et l'hypertrophie ont considérablement diminué. Toutes les fois donc que vous rencontrerez un cas d'hypertrophie hépatique que vous ne pourrez pas rapporter nettement à un travail inflammatoire, vous devrez recourir à l'iodure de potassium. Chez notre homme, nous avons en outre fait appliquer des sangsues à l'anus. Lorsque la diarrhée est survenue, plusieurs des élèves proposèrent différents remèdes ; je crois ici les sangsues préférables à tout le reste, parce qu'elles diminuent l'irritation de l'intestin, en même temps qu'elles combattent la congestion hépatique. Les médecins français ont découvert que l'application de quelques sangsues à l'anus arrête sûrement la diarrhée des fièvres, et que cet effet résulte de la diminution de la congestion intestinale. Chez notre malade, ce moyen de traitement a déterminé un soulagement immédiat.

Dans les cas de congestion chronique du tube digestif et d'hypertrophie du foie, j'ai l'habitude de faire appliquer tous les deux jours deux sangsues à la marge de l'anus ; il m'est arrivé de faire répéter cette application jusqu'à quinze fois, et cela avec les meilleurs résultats. L'application de huit à dix sangsues à la fois est un tout autre procédé ; il convient aux inflammations aiguës ; le premier doit être réservé aux phlegmasies chroniques. Je dois ajouter que la ciguë ou la jusquiame seront d'utiles adjuvants de l'iodure de potassium ; la ciguë a en réalité une grande efficacité pour dissoudre (*dissolving*) certaines tumeurs. Le baron Stoerk a fort exagéré la puissance de ce médicament, lorsqu'il a prétendu qu'il pouvait guérir le cancer. Cette assertion est dénuée de tout fondement ; mais il n'en est pas moins vrai que la ciguë et la jusquiame possèdent, outre leurs propriétés narcotiques, un pouvoir dissolvant des plus remarquables.

Voici la préparation que nous avons employée :

℞ Aquæ fontis.	f. ʒ j.
Hydriodatis potassæ.	gr. x.
Tincturæ hyoscyami.	f. ʒ ss.
Sirupi zingiberis.	f. ʒ j.

Misce. Fiat haustus quater in die sumendus (1).

L'opium était-il indiqué dans ce cas ? Existe-t-il quelque différence entre ce narcotique et ceux que nous avons employés ? Oui, certes ; non-seulement l'opium annule, au moins en partie, l'action de l'iodure de potassium, mais il est nuisible par lui-même dans l'espèce d'affection hépatique qui nous occupe en ce moment.

Quelques mots maintenant sur les sétons.

J'ai donné des soins, avec le docteur Ireland, à une dame qui, dans l'espace de cinq mois, avait été atteinte, à sept reprises différentes, d'accidents hépatiques. Chacune de ces attaques avait été caractérisée par de l'ictère, et lorsque les phénomènes morbides disparaissaient, le foie restait gros, malgré l'usage continu des mercuriaux. Un séton triompha rapidement de cette hypermégalie. Je ne connaissais pas alors les

(1)	℞ Eau de fontaine.	24 grammes.
	Hydriodate de potasse.	0,60
	Teinture de jusquiame.	1gr,50
	Sirop de gingembre.	3 grammes.

Mélez pour une dose. On en prendra quatre par jour.

(Note du Trad.)

propriétés merveilleuses de l'iodure de potassium ; avec ce précieux médicament, la guérison eût été plus rapide encore.

J'ai été consulté hier au sujet d'un malade qui reçoit à Londres les soins de deux médecins éminents, le docteur Elliotson et le docteur Johnson. D'après la description qui m'a été transmise, le foie de ce malade est considérablement développé, mais il n'est pas douloureux ; quoique cet individu soit jeune, il est déjà hydropique. Depuis plusieurs mois, il a pris du mercure, sans aucune espèce de résultat. Ses médecins actuels lui ont conseillé l'iodure de potassium ; je n'ai pas besoin de vous dire que je suis pleinement de leur avis, puisque j'ai pu constater moi-même l'efficacité de cette médication. Seulement, j'ai conseillé en outre l'insertion de deux sétons sur les parties du foie qui sont le plus développées ; j'ai vu très-souvent l'engorgement hépatique chronique céder à ce moyen de traitement.

Chez les individus âgés de moins de trente ans, le foie peut prendre un développement très-considérable, et revenir néanmoins à ses dimensions primitives, sous l'influence d'un traitement convenable. Je pourrais vous citer plusieurs personnes de Dublin, chez lesquelles le foie avait acquis un tel volume, que je regardais le retour à l'état normal comme impossible ; elles ont guéri néanmoins, et jouissent aujourd'hui d'une parfaite santé. C'est ordinairement par un travail assez lent que la nature rétablit les choses dans les conditions primitives ; chez deux ou trois de mes malades, ce travail a duré d'un à deux ans.

Il y a quelque temps, je soignais, avec M. Carmichaël, un gentleman dont les antécédents et les symptômes actuels nous avaient fait porter un pronostic très-sévère ; aujourd'hui ce malade est complètement guéri. Feu M. Mac Namara et moi, nous avions au nombre de nos clients une dame dont le foie était considérablement développé ; dans l'espace d'une année, le volume de l'organe subit une telle diminution, qu'il dépasse aujourd'hui de fort peu les limites normales. Plus récemment, j'ai traité avec le plus grand succès, conjointement avec le docteur Stokes, un vieillard de soixante et dix à quatre-vingts ans, qui était atteint d'une hypertrophie du foie et d'une ascite. Nous lui avons prescrit d'un commun accord un traitement mixte avec les pilules bleues et l'iodure de potassium. Le malade continua cette médication pendant près de six mois ; le foie diminuait visiblement de volume de jour en jour, en même temps que l'état général s'améliorait d'une façon notable. Au bout de deux mois, l'usage des pilules bleues rendit la bouche un peu douloureuse, mais il n'y eut pas de véritable salivation. Ce

gentleman nous a fait demander, il y a quelques semaines, pour nous témoigner sa reconnaissance des bons effets de notre traitement ; il éprouvait une singulière satisfaction à comparer son état actuel avec les conditions fâcheuses dans lesquelles il se trouvait primitivement. Ces résultats, messieurs, sont d'un grand intérêt, car il n'y a pas longtemps encore, les cas de ce genre étaient regardés comme au-dessus des ressources de l'art. Vous devez donc apporter une certaine réserve dans votre pronostic, et ne pas formuler tout d'abord un arrêt d'incubabilité.

Nous avons actuellement, dans notre petite salle des chroniques, un malade atteint d'ictère, sur lequel je veux vous présenter quelques observations. Je n'ai pas l'intention d'énumérer devant vous toutes les causes de cette affection ; vous savez qu'elles sont fort nombreuses : l'inflammation gastro-duodénale, l'hépatite et les abcès du foie, la présence de calculs biliaires, les lésions de la tête du pancréas, l'anévrysmes de l'artère hépatique, voilà tout autant de causes de l'ictère, sans parler de ces cas, assurément fort remarquables, dans lesquels on ne peut assigner à la jaunisse aucune cause appréciable. Chez notre malade, l'ictère paraît être le résultat d'une hépatite aiguë. Après avoir présenté pendant une quinzaine de jours les symptômes de l'inflammation du foie, cet homme est devenu jaune. Je ne m'arrêterai pas plus longtemps sur les détails de ce fait ; je veux seulement appeler votre attention sur le traitement.

Cet ictère est très-intense, le malade est aussi jaune que possible. Or, je regarde cette circonstance comme un signe favorable : dans les cas d'ictère récent, les chances de guérison sont d'autant plus grandes que la coloration de la peau est plus foncée. Il n'y a pas d'ictères plus rebelles que ceux dans lesquels la teinte jaune est si peu prononcée, que vous pouvez à peine l'apercevoir, comme cela a lieu, par exemple chez un autre malade de notre service : il faut ici un examen préalable pour décider si cet homme est véritablement atteint de jaunisse. Je vous le répète, les ictères de ce genre ont une marche lente, ils sont rebelles à tout traitement, et ils dépendent trop souvent d'un état squirrheux du foie.

Chez le malade qui fait le sujet de ces remarques, les matières alvines ne contiennent pas trace de bile ; c'est encore là un signe favorable. Lorsque l'ictère coïncide avec des selles bilieuses, le pronostic doit être grave. Une teinte jaune peu prononcée, la présence constante de la bile

dans les selles, sont deux circonstances qui révèlent, à mes yeux, une affection opiniâtre, et souvent incurable. Vous avez le plus souvent affaire alors à un squirrhe du foie, ou à une lésion organique qui défie tout traitement. En revanche, la présence de la bile dans l'urine est un signe de très-bon augure. Si donc un malade atteint d'ictère a des selles décolorées, et si en même temps l'urine est chargée des éléments de la bile, vous devez regarder ce concours de circonstances comme très-favorable ; vous voyez en effet par là que si les voies ordinaires de l'excrétion biliaire sont fermées, la nature y a pourvu en ouvrant un autre émonctoire (1).

Vous pouvez maintenant comprendre la raison de l'inquiétude que j'éprouvais, en voyant que l'urine de notre malade devenait plus pâle et moins abondante, alors que la bile faisait complètement défaut dans les selles. Dans les ictères aigus, vous ne devez jamais oublier qu'il peut exister une suppression complète de l'excrétion biliaire, et que

(1) Ce passage nous indique clairement que Graves croyait encore à la préformation de la bile dans le sang, et qu'il ne voyait dans la fonction du foie qu'un acte de séparation (*peculare colatorium* de Glisson). On conçoit très-bien qu'avec une telle doctrine il attachât une grande importance à la présence de la bile dans l'urine, puisqu'il y avait là pour lui la démonstration palpable d'une élimination compensatrice. Or une pareille interprétation ne peut plus être soutenue ; il est parfaitement établi maintenant que le foie *fabrique la bile* au moyen des matériaux qui lui sont apportés par le sang : il ne peut donc plus être question d'ictère causé par la suspension de la fonction du foie, et partant il n'y a pas lieu de chercher dans les reins ou dans les autres organes sécrétieurs un émonctoire supplémentaire. Les faits qui démontrent que la production de la bile est due à un travail formateur qui s'accomplit dans la glande hépatique, et non pas à la simple filtration d'un liquide préformé, sont aujourd'hui du domaine commun, et il serait fort inutile de les consigner ici. Je rappellerai seulement que Monro avait parfaitement saisi cette fabrication de la bile par le foie, et que Selle avait déjà fait justice de l'ictère par suppression de la filtration hépatique : « *Secretionis bilis impedimenta icterum efficere nequeunt, quum bilis secretionem producat.* »

Cela étant, le fait signalé par Graves n'a pas, au point de vue du pronostic, toute la valeur qu'il lui attribuait, mais il n'en est pas moins intéressant de rechercher pourquoi, dans certains ictères, l'urine ne renferme pas de pigment biliaire. L'opinion généralement admise attribue aux métamorphoses du pigment lui-même l'absence des réactions caractéristiques de l'urine. Frerichs, qui adopte cette manière de voir, fait observer à ce propos que souvent la matière colorante a dépassé dans son évolution la période convenable pour les réactions de l'acide nitrique, mais que, dans quelques cas, cette matière n'a pas encore atteint un degré de développement suffisant : dans ces cas-là, l'urine contient seulement la substance chromogène ; tant que l'urine est fraîche, elle ne donne aucune des réactions caractéristiques du pigment biliaire, mais si on la laisse exposée à l'air pendant un certain temps, et qu'on la traite alors avec l'acide, la réaction apparaît (*der Harn zeigt dann, frisch gelassen, keine Spur der charakteristischen*

cette suppression peut être suivie de coma, sans qu'il existe cependant aucun symptôme d'affection cérébrale. Pourquoi cela a-t-il lieu dans certains cas, et non pas dans d'autres, la raison nous en échappe complètement ; mais quelle que soit la cause mystérieuse de ces phénomènes, ce qui est bien certain, c'est que certains malades atteints d'ictère ont l'intelligence complètement anéantie, qu'ils tombent dans un assoupissement profond, et qu'ils meurent dans cet état. Dès que le coma apparaît dans le cours d'un ictère, le danger est proche ; vous devez porter un pronostic funeste. Je n'ai vu qu'un seul malade guérir dans de semblables circonstances.

Il est un autre fait non moins remarquable : le trouble de la sécrétion urinaire est un des symptômes les plus fréquents des affections du cerveau. Jugez de mes alarmes, lorsque j'ai constaté chez notre homme une diminution dans la quantité d'urine sécrétée. Dès que je m'en suis aperçu, et quoique le malade eût déjà pris des mercuriaux, et qu'il parût aller mieux, j'ai immédiatement administré un diurétique, qui a

Cholepyrrhinreaction, dieselbe tritt aber hervor, wenn er eine Zeit lang an der Luft stand, und alsdann mit der Säure versetzt wird).

M. Gubler interprète d'une toute autre façon l'absence des réactions caractéristiques de l'urine : pour lui il n'existe pas dans ces cas-là de véritable ictère, d'*ictère bilieux* ; il y a bien une jaunisse, mais elle n'offre avec l'ictère hépatique d'autre analogie que la coloration jaune de la surface cutanée et des conjonctives. Cette jaunisse est due à l'accumulation de la matière colorante (hémaphéine) de la sérosité du sang ; de là le nom d'*hémaphéique* donné par M. Gubler à cette variété d'ictère.

Je crois qu'il serait intéressant de rapprocher de ces faits le *faux ictère* du début de la fièvre jaune (voy., tome I, la note de la page 379), et celui que Virchow, dans son travail *sur les pigments pathologiques* attribue à une modification de l'hématine et à une destruction exagérée des globules rouges. J'ajouterai, toutefois, que le professeur de Berlin ne regarde pas l'absence du pigment biliaire dans l'urine comme un signe suffisant pour enlever à une jaunisse son caractère d'ictère véritable : pour lui, l'infiltration biliaire du foie est la seule caractéristique essentielle et constante de l'ictère : ce n'est que lorsque cette infiltration fait défaut qu'on est autorisé à admettre un *ictère sanguin*.

Monro (Donald), *An account of the diseases which are most frequent in the British military hospitals, etc.* London, 1764.

Selle, *De curandis hominum morbis* (édit. de Sprengel). Berolini, 1788.

Gubler, *De l'ictère hémaphéique* (*Union médicale*, 1857). — *De l'augmentation subite des globules blancs du sang dans la période ultime des cachexies* (*eodem loco*, 1859).

Virchow, *Die pathologischen Pigmente* (*Dessen Archiv*, I, 1847).

Frerichs, *Klinik der Leberkrankheiten*, I, p. 106, 2^e édit. Braunschweig, 1841.

(Note du TRA)

déterminé par bonheur, au bout de plusieurs heures, une abondante évacuation d'urine.

Voici la préparation dont j'ai fait usage :

℞ Misturæ amygdalarum.	f. ℥ viij.
Nitratis potassæ.	℥ ij.
Tincturæ digitalis.	min. xv.
Spiritus ætheris nitrici.	f. ℥ ij.

Misce (1).

A prendre par grandes cuillerées toutes les deux heures.

Je vous signalerai à ce propos une pratique d'une haute importance. Dans tous les cas d'ictère, au moment où les symptômes de la jaunisse commencent à s'amender, où la bile reparaît dans les selles, vous devez surveiller le malade avec la plus scrupuleuse attention, et tenir bon compte de tous les phénomènes anomaux que vous pouvez constater. Chez notre homme, par exemple, nous avons observé une certaine agitation qui a abouti à une insomnie absolue. Au moment même où nous trouvions chez lui une amélioration évidente, il a perdu complètement le sommeil pendant deux ou trois nuits, et cela sans cause appréciable. Or, je vous l'ai déjà dit dans une précédente leçon, quelles que soient les circonstances dans lesquelles vous voyiez apparaître ces symptômes, que ce soit dans le typhus fever ou dans le décours de quelque maladie aiguë, vous devez être sur vos gardes. Aussi, dans le cas actuel, me suis-je mis immédiatement en mesure de ramener le sommeil ; ce matin le malade nous a dit qu'il a bien dormi, et qu'il se sent beaucoup mieux. Déjà il avait pris du mercure, et il n'était point du tout constipé ; je ne me suis point contenté de cela, et je lui ai ordonné un purgatif avec l'infusion de séné, et l'électuaire de scammonée. Il a pris cette médecine le matin de bonne heure, afin qu'elle pût agir avant la nuit ; puis vers neuf ou dix heures du soir, après plusieurs selles

(1)	℞ Mixture d'amandes.	192 grammes.
	Nitrate de potasse.	2gr,60
	Teinture de digitale.	6
	Esprit d'éther nitrique.	6

Mêlez.

Voici la composition de l'esprit d'éther nitrique :

℞ Esprit rectifié.	3 livres = 1125 grammes.
Acide nitrique.	4 onces = 128

Ajoutez peu à peu l'acide à l'esprit, et mêlez ; alors distillez trente-deux onces fluides (768 grammes).

(Pharmacopée de Londres.)

(Note du TRAD.)

abondantes, on lui a administré une bonne dose d'opium, qui lui a donné un sommeil bienfaisant et réparateur.

Puisque je vous ai parlé de la gravité extrême de l'ictère qui s'accompagne de phénomènes nerveux, je vais vous rapporter quelques exemples remarquables de cette forme de jaunisse ; les trois faits suivants m'ont été communiqués par le docteur Hanlon (de Portarlington), et j'espère que vous apprécierez comme moi-même l'importance de ces observations (1).

OBS. I. — « Le samedi 25 juillet 1840, j'ai été appelé auprès de miss Maria B..., âgée de dix-sept ans. Cette jeune personne s'était toujours bien portée jusque-là ; mais le vendredi précédent elle s'est plainte d'un abattement insolite ; quelques heures plus tard, elle a été prise de vomissements bilieux, qui depuis lors se sont reproduits trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Lorsqu'elle a commencé à vomir, la malade est devenue jaune, et la teinte a pris une intensité croissante jusqu'au jaune verdâtre. Depuis deux jours, avant l'apparition des vomissements, les intestins étaient constipés, et il n'y avait pas eu de selle, quoique le pharmacien eût fait prendre à miss B... plusieurs purgatifs. Des potions effervescentes et d'autres remèdes encore avaient été administrés dans le but de mettre fin aux vomissements, mais tout était resté sans résultat.

« Lorsque j'arrivai auprès de la malade, elle avait la langue recouverte d'un épais enduit de mucosités jaunâtres ; elle souffrait à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; la soif était vive ; le ventre n'était pas sensible à la pression ; l'urine était rare et fortement colorée, le pouls à 80. Il y avait, en outre, une céphalalgie légère ; les pupilles étaient normales, mais le sommeil était perdu, et la jeune malade semblait irritée et inquiète.

« Un purgatif composé de calomel, d'extrait de coloquinte et d'huile de croton, secondé par des lavements laxatifs, amène vers le soir une évacuation très-pénible et fort peu abondante de matières noires. Je fais appliquer des sangsues à l'épigastre et sur la région du foie ; on recouvre le ventre de cataplasmes ; je prescrivis en outre 3 grains (18 centigrammes) de calomel toutes les quatre heures, et toutes les huit heures

(1) Si nous laissons de côté les faits peu probants d'ailleurs de Baillou, de Bonet, de Morgagni et quelques autres, les trois observations de Hanlon sont, avec les deux cas d'Alison et les deux faits de Bright, les premiers exemples bien nets et bien circonstanciés de l'ictère grave.

(Note du TRAD.)

une potion purgative composée d'infusion de séné, de teinture de séné, de jalap et de cardamome.

« Dimanche. — Il y a eu depuis hier soir deux vomissements de matières bilieuses de couleur foncée ; la langue est toujours chargée, la soif est moins vive ; la sensibilité de l'épigastre et de l'hypochondre droit est notablement atténuée. Il y a eu deux selles pendant la nuit ; les matières sont plus abondantes, mais elles sont encore très-noires ; pouls à 80. La céphalalgie est moindre, les pupilles sont normales. La coloration de la peau est la même. Il y a eu deux ou trois heures de sommeil. Même traitement.

« Lundi, cinq heures du matin. — J'ai été mandé en toute hâte auprès de la malade. Il y a deux heures, elle s'est plainte d'une douleur de tête très-violente ; elle ne pouvait supporter la lumière ; elle a vomi une matière d'un brun noir, qui ressemble à du marc de café ; aussitôt après, elle a éprouvé, pendant quelques moments, une agitation très-grande, puis elle est graduellement tombée dans un état de stupeur dont elle n'est plus sortie. Je la trouve dans un coma *incomplet* ; les pupilles, extrêmement dilatées, sont insensibles à la lumière ; les paupières sont closes. A chaque instant, la malade change de position dans son lit, et elle pousse un petit cri étouffé ; elle paraît très-contrariée lorsqu'on la dérange. Le pouls est comprimé, à 60. La teinte jaune verdâtre de la peau est encore plus foncée.

« J'eus alors une consultation avec le docteur Tabuteau et le docteur Jacob, et nous convînmes du traitement suivant : quatorze sangsues aux tempes ; applications froides sur la tête rasée ; 12 grains (72 centigrammes) de calomel en une seule dose, puis 5 grains toutes les deux heures ; lavements purgatifs séparés par le même intervalle. Un peu plus tard, on fit sur la tête d'abondantes affusions froides qui ne modifièrent ni le coma ni l'état des pupilles ; on commença, en outre, des frictions mercurielles sur la région du foie et à la partie interne des bras, et l'on appliqua un large vésicatoire sur le cuir chevelu.

« Onze heures du matin. — Miss B... a été prise de violentes convulsions qui ont duré environ une minute, et qui étaient accompagnées de cris perçants ; les secousses convulsives paraissaient prédominantes à droite, la bouche était déviée vers la gauche. Ces convulsions ont reparu toutes les trente ou quarante minutes avec la même violence et les mêmes cris jusqu'à trois heures après midi. Elles sont alors devenues moins violentes, mais la durée de l'accès était beaucoup plus con-

sidérable ; enfin elles se sont transformées en un spasme permanent , avec tremblement des extrémités. La malade rejetait de temps en temps une gorgée de cette même matière noire qu'elle vomissait le jour précédent. On laissa de côté le calomel, parce que toutes les fois qu'on essayait de l'administrer, on ramenait un accès convulsif. Les frictions mercurielles furent soigneusement continuées, mais l'haleine ne prit pas l'odeur métallique. Cependant le coma se faisait de plus en plus profond ; le pouls, petit, irrégulier, s'était élevé à 108, puis il était devenu intermittent ; les dents étaient fuligineuses ; l'urine et les selles étaient rendues involontairement ; enfin la respiration devint stertoreuse, et la malade expira le lendemain matin, à onze heures. L'autopsie ne fut pas permise. »

Obs. II. — « Le lundi 29 mars 1841, je suis appelé auprès de miss Charlotte B..., âgée de onze ans, sœur de la précédente malade. Cette petite fille, dont l'état de santé était très-bon jusqu'alors, présente depuis deux jours les symptômes ordinaires d'un refroidissement fébrile, et l'on attribue son indisposition à ce qu'elle a eu les pieds mouillés. La langue est chargée, l'épigastre est douloureux, tandis que la région du foie n'offre aucune sensibilité anormale ; la soif est vive, la constipation absolue ; l'urine est rare et foncée ; pouls à 120. Pas de céphalalgie, pupilles naturelles ; pas de coloration anormale de la conjonctive ni de la peau. Six sangsues à l'épigastre, puis des cataplasmes ; purgatifs, mixture diaphorétique, boissons dissolvantes.

« Mardi matin, neuf heures. — La malade paraît aller mieux ; elle a dormi sept heures. La langue est plus nette ; la soif moins vive ; la sensibilité épigastrique est moins prononcée ; une pression même assez considérable sur l'hypochondre droit n'éveille aucune douleur ; il y a eu quatre selles copieuses ; la matière est noire et très-fétide ; l'urine est plus abondante et plus pâle ; le pouls bat 92. Il n'y a pas de douleur de tête, les pupilles sont normales. La peau n'est pas colorée.

« Ayant été obligé de m'absenter pendant toute la journée, je m'empresse à mon retour d'aller voir la petite Charlotte ; il était huit heures du soir. A mon grand étonnement, je la trouve exactement dans le même état que sa sœur. Vers trois heures de l'après-midi, elle était devenue triste et morne, et la surface de son corps avait commencé à prendre une légère teinte jaune. En même temps, la petite fille s'était plainte d'avoir mal à la tête, d'être incommodée par la lumière, et elle avait vomi une matière noire semblable à du marc de café ; elle allait sans cesse d'un côté à l'autre de son lit ; bientôt elle cessa de répondre

lorsqu'on l'interrogeait, et elle tomba dans un état comateux. Elle avait eu deux selles; la matière était toujours noire, mais elle n'avait plus la même fétidité. A mon arrivée, la malade était dans un coma *incomplet*, les paupières closes, les pupilles très-dilatées et insensibles à la lumière; le pouls était comprimé, à 64; la peau était colorée en jaune. J'étais auprès d'elle depuis quelques minutes, lorsqu'elle fut prise de violentes convulsions; pendant cet accès, qui dura à peu près une minute, elle poussait des cris perçants. La pression sur l'hypochondre droit paraissait être douloureuse.

« En présence d'un état aussi grave, je demande de m'adjoindre quelque confrère, mais les parents de Charlotte s'y refusent; ils voient bien, me disent-ils, que la maladie est aussi terrible que celle de la sœur aînée, et tous nos efforts n'ont pu la sauver. Je reviens alors au traitement que nous avons institué dans le cas précédent: affusions froides sur la tête rasée; dix sangsues sur l'hypochondre droit; frictions mercurielles sur la même région et à la partie interne des bras, dans l'intervalle des accès convulsifs; un large vésicatoire sur le cuir chevelu; lavements purgatifs réitérés. Rebelle à tous mes efforts, la maladie suit exactement la même marche que chez la jeune Maria. Au bout de deux heures, les convulsions deviennent moins violentes, mais plus prolongées, et finalement les muscles des membres sont pris de soubresauts continuels. Le coma est plus profond, la respiration est stertoreuse, les dents s'encroûtent de fuliginosités, et la mort a lieu à sept heures du matin.

« Justement alarmés cette fois pour le salut de leurs autres enfants, les parents nous demandent avec instance d'ouvrir le corps de leur fille. Le docteur Tabuteau, qui avait été appelé en consultation pour la sœur aînée, m'a assisté dans cet examen. L'autopsie a été pratiquée trente heures après la mort; les téguments avaient conservé leur coloration jaune.

« *Tête.* — Les corpuscules de Pacchioni sont très-vasculaires; turgescence veineuse générale de toute la surface convexe de l'encéphale; vascularisation anormale du lobe moyen et antérieur gauche; injection considérable du tissu cérébral, congestion des plexus choroïdes. Les couches optiques et les corps pyramidaux ne sont pas injectés; toute la base du cerveau est le siège d'une hyperémie intense, surtout au niveau des pédoncules cérébraux, du pont de Varole et de la moelle allongée. Pas de liquides dans les ventricules.

« *Abdomen.* — L'épiploon présente un grand nombre de taches

ecchymotiques ; quelques traces d'inflammation sur l'intestin grêle ; l'estomac paraît sain.

« *Foie.* — Volume normal. A l'extérieur, l'organe offre une coloration d'un jaune foncé, avec de petites taches plus obscures, de la grosseur d'une demi-couronne ; la consistance est moindre qu'à l'état sain. Le tissu, finement granuleux, présente une couleur rouge orangée toute particulière ; cette couleur offre quelque ressemblance avec celle qui résulterait d'un mélange intime de sang artériel et de bile. La vésicule est distendue par de la bile normale.

« Le *thorax* n'a pas été examiné.

« J'avais conservé quelques fragments du foie dans une solution étendue de sublimé, et dans de l'alcool dilué, mais ils ont graduellement perdu leur aspect caractéristique dans l'un et dans l'autre liquide. »

OBS. III. — « Le vendredi 18 juin 1841, j'ai été appelé auprès de miss Jane B..., âgée de huit ans, sœur des deux autres malades. Elle s'était bien portée jusque-là. Ce matin, elle a paru un peu abattue, et elle a eu des vomissements bilieux. On ne peut assigner aucune cause à cette indisposition. Les téguments sont légèrement jaunes ; la langue est chargée ; il y a de la sensibilité à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; soif vive, constipation ; pouls à 108. Pas de céphalalgie ni d'intolérance pour la lumière ; pupilles naturelles, urine peu abondante et très-colorée. Saignée de huit onces, le sang est couenneux ; huit sangsues sur la région du foie, puis cataplasmes (vingt grains ; 1^{er}, 20) de calomel en une seule prise ; purgatif énergique toutes les quatre heures jusqu'à production de selles copieuses ; toutes les trois heures après le purgatif, trois grains (18 centigrammes) de calomel, et un grain et demi de poudre de James. Applications froides sur la tête.

« Samedi. — Insomnie complète ; la teinte jaune est plus foncée ; la sensibilité épigastrique est moins vive ; il y a encore de la chaleur au niveau de l'hypochondre droit. Langue jaunâtre ; deux vomissements depuis hier soir ; urine un peu plus abondante et colorée par la bile ; quatre selles, dont les matières sont noires et fétides. Pouls à 100 ; céphalalgie, un peu d'intolérance pour la lumière, agitation considérable.

Six sangsues sur l'hypochondre droit, quatre aux tempes ; applications froides sur la tête, vésicatoire à la nuque, frictions mercurielles ; toutes les deux heures, cinq grains (30 centigr.) de calomel et un grain de poudre de James. Je n'ai pas besoin de vous dire que j'observe la malade avec autant d'intérêt que d'anxiété.

« Dimanche soir. — L'haleine a une légère odeur métallique ; la langue

commence à se nettoyer, la sensibilité de l'hypochondre est moins pénible ; il y a eu trois selles ; les matières sont moins foncées et moins fétides. Le pouls bat 90, il est mou ; la céphalalgie et la photophobie persistent ; l'agitation a disparu ; l'appétit renaît. On continue à donner toutes les quatre heures le calomel et la poudre de James, jusqu'à production d'une salivation légère ; on renouvelle avec soin les applications froides sur la tête. Il n'y eut plus dès lors de symptôme inquiétant. La langue devint complètement nette, le pouls tomba à son chiffre normal ; les matières alvines reprirent leurs caractères naturels ; l'appétit revint. Pendant trois semaines, la malade prit tous les trois soirs quatre grains de calomel, et le lendemain matin une bonne dose de médecine noire. Sous l'influence de ce traitement, l'ictère a disparu, et depuis lors la petite Jane se porte parfaitement bien. »

Voici maintenant un cas d'ictère provenant d'une inflammation de la vésicule biliaire, et dans lequel la mort a également succédé à l'apparition de phénomènes nerveux. Vous vous rappelez peut-être Anne Milton, jeune et belle fille de vingt ans, qui était entrée dans notre service le 1^{er} novembre : c'est d'elle que je veux vous parler. Cinq semaines avant d'arriver à Meath Hospital, elle avait été prise de douleurs dans l'hypochondre droit et dans la région épigastrique ; au bout de quinze jours de souffrances, elle était devenue jaune, et son urine avait présenté une couleur très-foncée. Elle ne put se rappeler si les matières fécales étaient plus blanches que d'ordinaire. Après l'apparition de l'ictère, les douleurs avaient diminué, mais tant qu'elles avaient persisté, la malade avait eu des nausées et des vomissements continuels. Trois jours après le début de ces douleurs, dix jours avant la venue de l'ictère, elle avait éprouvé à la surface du corps des démangeaisons sives, qu'elle ne pouvait plus dormir. *Ce symptôme disparut lorsque l'ictère se manifesta* (1). Pas de douleurs dans les épaules. Lorsque la peau devint jaune, une éruption de nature herpétique apparut sur la région du foie. Cette femme n'avait fait aucun traitement pour ses douleurs ; on lui appliqua sur cette éruption un mélange de poudre à canon et de sang.

(1) La même chose eut lieu chez un malade du nom de Jones, qui était atteint d'un ictère très-intense ; chez lui, les démangeaisons précédèrent de deux mois l'apparition de la jaunisse, et elles cessèrent lorsque la peau devint jaune. Ces deux cas sont inconciliables avec l'opinion généralement admise, qui attribue le prurit au dépôt des éléments de la bile dans l'épaisseur des téguments. (L'AUTEUR.)

Etat de la malade à son entrée à l'hôpital. — Coloration jaune très-foncée des conjonctives et de la peau. Anne Milton voit tous les objets en jaune ; l'urine est très-colorée, les matières fécales sont banches ; pas de démangeaisons. Les linges qui recouvrent l'éruption sont teints en jaune ; langue nette et humide ; soif vive, appétit conservé ; pas de nausées, pas de douleurs après le repas. Il y a peu de constipation ; le sommeil est irrégulier, mais il n'y a pas de céphalalgie. Le pouls est à 80 ; il est plein et mou. Respiration précipitée ; pas de toux aucun signe physique d'affection pulmonaire. L'impulsion du cœur est un peu forte, mais les bruits sont normaux et bien distincts. La malade ne souffre pas lorsqu'on exerce une pression sur l'hypochondre droit, ou lorsqu'on refoule les côtes vers le foie, *mais elle éprouve une légère douleur en un point qui est situé entre l'hypochondre droit et l'épigastre ; cette douleur est considérablement augmentée par la pression.* Il y a un certain empâtement dans la région épigastrique, mais la percussion ne donne pas de matité ; le foie n'est pas augmenté de volume ; les muscles abdominaux sont très-irritables, ils se contractent spasmodiquement dès qu'on examine le ventre. Pas de douleurs dans les régions lombaires. (*Cataplasme sur l'éruption ; douze sangsues sur le point douloureux.*)

℞ Pilulæ hydrargyri. . gr. x.
Pulveris ipecacuanhæ compositi. gr. v.

Misce, et divide in pilulas tres ; sumat unam quartis horis (1).—Adhibeatur enema purgans.

(1) ℞ Masse pilulaire hydrargyrique. 60 centigr.
Poudre d'ipécacuanha composée. 30

Mêlez et faites trois pilules. On en prendra une toutes les quatre heures.

La masse pilulaire hydrargyrique est ainsi composée :

℞ Mercure. 2 gros = 8 grammes.
Confection de roses rouges. 3 gros = 12
Réglisse en poudre. 1 gros = 4

Broyez le mercure avec la confection jusqu'à extinction, puis ajoutez la réglisse, et pilez le tout jusqu'à parfaite incorporation.

Poudre d'ipécacuanha composée :

℞ Ipécacuanha en poudre. { ãã 1 gros = 4 grammes.
Opium dur en poudre. }
Sulfate de potasse en poudre. 1 once = 32

Mêlez.

(*Pharmacopée de Londres.*)

(Note du Trad.)

5 novembre. — Les sangsues ont diminué la douleur ; pas d'autre modification ; l'appétit est très-bon.

6 novembre. — La malade a été prise la nuit dernière de douleurs dans l'estomac, mais elle n'a pas vomi. Le pouls est plus plein et plus fréquent, à 100 ; la respiration n'est pas précipitée. Annenousdit « qu'elle se sent mal à l'aise ». La langue est nette ; soif un peu vive, appétit naturel ; constipation, peau sèche ; pas de changement dans la teinte ictérique. La douleur persiste dans le point que j'ai mentionné. (*Cinq grains de pilules bleues trois fois par jour ; douze sangsues à l'épigastre.*)

7 novembre. — Hier soir, la malade s'est mise à délirer, et ce matin, à l'heure de la visite, elle est plongée dans le coma. Elle expire peu de temps après.

Autopsie. — On n'a examiné que le cerveau et les viscères abdominaux. Le volume du foie n'est pas augmenté ; la section n'y démontre pas la présence d'une quantité de sang plus considérable qu'à l'état normal. L'organe était d'une couleur légèrement brunâtre, teintée de jaune, comme s'il y avait eu de la matière colorante de la bile en excès. La vésicule était distendue ; elle était complètement remplie par une masse de substance visqueuse et cohérente, d'une couleur vert foncé, et qui ressemblait à de la lymphe. Cette substance reproduisait la figure pyriforme de la vésicule, et se terminait par une extrémité mince au niveau de l'embouchure du canal cystique. La muqueuse de la vésicule présentait une coloration d'un rouge éclatant et un aspect villeux ; la disposition si remarquable « en rayons de miel », qu'offre cette membrane à l'état sain, était complètement effacée. Du reste, elle avait une coloration uniforme, elle n'était ni ramollie, ni ulcérée. Elle ressemblait à la muqueuse du larynx dans la laryngite aiguë. Les parois de la vésicule étaient très-épaissies. Il n'existait aucune obstruction dans les conduits cholédoque, cystique et hépatique, et leur membrane interne n'était pas injectée. Le duodénum et l'estomac étaient imprégnés de la matière colorante de la bile ; mais ils étaient sains. Pas de calculs biliaires. Les reins n'étaient pas altérés.

Crâne. — La dure-mère est teinte en jaune ; elle n'est ni opaque ni épaissie. L'arachnoïde et la pie-mère sont intactes. Le tissu cérébral est ferme et sans injection ; il n'existe aucun épanchement plastique ; le liquide des ventricules ne dépasse pas la quantité normale, mais il a une couleur jaunâtre, ainsi que les organes contenus dans les cavités ventriculaires. Les nerfs et les autres parties du cerveau ne présentent pas cette coloration.

Il ne sera pas hors de propos de vous rapporter ici l'histoire d'une malade qui était récemment dans le service de mon honorable collègue ; il fallait, en effet, une habileté peu ordinaire pour différencier l'affection dont cette femme était atteinte, de l'état morbide si souvent mortel dont nous venons de nous occuper. Cette malade, déjà avancée en âge, était admise à Meath Hospital au mois de septembre ; elle avait de l'ictère, un purpura hæmorrhagica et des palpitations. Elle avait toujours eu des habitudes d'intempérance, et peu de temps encore avant sont entrée, elle ne faisait pas faute d'y obéir. Aussi, lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par le docteur Stokes, elle présentait, avec les affections que je vous ai indiquées, plusieurs des symptômes du *delirium tremens*. Elle était extrêmement faible, et ses jambes étaient infiltrées. Au bout de quelque temps, son état commençait à s'améliorer sous l'influence du traitement, lorsqu'une nuit, elle fut prise d'un délire violent, de convulsions, et d'une paralysie incomplète du côté droit ; elle perdit en même temps la faculté de parler, et sa bouche se dévia horriblement à gauche.

La face présentait presque tous les caractères de la paralysie de Bell (*portio dura*) ; mais la température de la tête n'était pas abaissée, et il n'y avait pas de céphalalgie ; les yeux étaient naturels, les pulsations des carotides et des temporales n'étaient point exagérées. La malade sanglotait et poussait des gémissements, et elle semblait très-préoccupée d'exciter la commisération des personnes qui l'entouraient. Toutes ces circonstances éveillèrent l'attention du docteur Stokes, et l'engagèrent à examiner cette femme de plus près. Il prévint les élèves que ce fait différait, sous beaucoup de rapports, de l'ictère avec symptômes cérébraux ; ajoutant que s'il s'agissait réellement d'un ictère de cette espèce, le pronostic devait être excessivement grave. Un peu plus tard, on apprit par les infirmiers et les autres malades que cette femme, quoique âgée de cinquante ans, était tout à fait hystérique, et que, pendant son séjour à l'hôpital, elle avait eu plusieurs attaques semblables, mais moins violentes ; on se renseigna alors auprès du mari, et l'on sut que cette malade était sujette depuis trente ans à des accidents d'hystérie, et qu'elle avait été fréquemment prise de convulsions, de délire, et même de paralysie momentanée, plusieurs années avant l'apparition de l'ictère.

Dès lors le diagnostic était certain, et cette femme échappa au danger que lui eût fait courir le traitement de la maladie à laquelle on avait songé tout d'abord. Ce fait n'en est pas moins fort extraordinaire,

en raison de la combinaison insolite de ces divers états morbides ; il est bien propre à montrer la nécessité d'un examen attentif et réitéré, toutes les fois que nous nous trouvons en présence de quelque phénomène nouveau, ou d'un concours de symptômes qu'on n'observe pas habituellement. Je vous le demande en effet, qui n'eût pas pris tout d'abord les accidents cérébraux de cette malade pour la complication ordinaire de l'ictère ?

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DES REINS.

LÉSION DE BRIGHT. — DIABÈTE. — CARBONATE D'AMMONIAQUE DANS L'URINE. — FISTULE RECTO-VÉSICALE.

L'urine albumineuse n'est point un signe pathognomonique de la lésion de Bright. —

Observations. — Discussion sur la pathogénie de cette affection. — Opinion de l'auteur confirmée par les recherches récentes de Johnson et de Toynebee.

Le diabète. — Nature de la maladie. — Caractères de l'urine. — Fréquence du diabète. — Observations de sir Henry Marsh. — Les trois formes du diabète.

Sur les variations subites des épanchements hydropiques. — Carbonate d'ammoniaque dans l'urine.

Observation de fistule recto-vésicale.

MESSIEURS ,

Un homme du nom de Murphy nous arrivait, il y a quelque temps, avec une bronchite et de l'anasarque. Il toussait depuis longtemps ; il avait de l'orthopnée, une expectoration abondante, mais aucun symptôme d'une affection du cœur ; le pouls était régulier et un peu lent ; l'urine était rare et albumineuse ; du reste, il n'y avait pas de fièvre, pas de nausées, pas de soif anormale. L'apparition récente et subite de l'anasarque me fit admettre ici une hydropisie aiguë, et j'instituai aussitôt un traitement antiphlogistique, qui a été suivi, comme vous avez pu le constater, des plus heureux résultats. Mais c'est surtout sur les caractères de l'urine de ce malade que je désire appeler votre attention. Le jour de son entrée, son urine était fortement albumineuse ; portée à une température de 170 degrés (1), elle se coagulait rapidement, et il était facile d'y reconnaître la présence d'une grande quantité d'albumine. Or, sous l'influence de petites doses d'opium,

(1) 76 degrés centigrades.

l'albumine a complètement disparu au bout de deux ou trois jours, et depuis lors l'urine n'en contient pas la plus petite trace. Ce fait suffit à lui seul pour réfuter victorieusement l'opinion de ceux qui regardent l'urine albumineuse comme le signe pathognomonique de la lésion des reins décrite par Bright, et qui inscrivent au diagnostic, dans tous les cas de ce genre : « rein de Bright ». Il est fort étrange, vous en conviendrez, qu'un homme puisse avoir un jour « le rein de Bright », et qu'il ne l'ait plus le jour suivant ; c'était pourtant le cas de notre malade. Nous avons eu déjà bien des exemples analogues, et je vous ai montré que l'état albumineux de l'urine peut dépendre d'un simple trouble fonctionnel des reins. Rien n'est plus fréquent, en vérité, que d'observer une urine albumineuse dans l'hydropisie qui succède à la scarlatine ; et pourtant la plupart de ces malades guérissent parfaitement. J'ai eu récemment l'occasion d'examiner les reins d'un jeune garçon, William Young, qui était entré à l'hôpital de sir Patrick Dun, six jours après le début d'une anasarque scarlatineuse. L'urine de cet enfant avait une pesanteur spécifique de 1,027, et elle contenait une énorme proportion d'albumine. Le malade mourut subitement dans un accès de convulsion, quatre jours après son entrée. Les reins étaient parfaitement sains sous tous les rapports.

Un mot sur les diurétiques, qui m'ont donné de si bons résultats chez Murphy. Après avoir combattu les accidents aigus au moyen du traitement antiphlogistique, j'ai prescrit la décoction suivante :

℞	Decocti hordei.	f. ℥ xvj.
	Sacchari albi.	℥ j.
	Nitratis potassæ.	ʒ ij.
	Acidi nitrici diluti.	f. ʒ j.
	Spiritus ætheris nitrici.	f. ʒ j.

Fiat mistura (1).

Deux grandes cuillerées toutes les deux heures.

Je vous recommande à tous égards cette préparation ; elle convient

(1)	℞	Décoction d'orge.	384 grammes.
		Sucre blanc.	32
		Nitrate de potasse.	8
		Acide nitrique dilué.	ʒ
		Esprit d'éther nitrique.	ʒ

Faites une mixture.

Pour la composition de l'esprit d'éther nitrique, voy. tome II, la note de la page 376.

(Note du TRAD.)

admirablement dans la période de transition entre l'hydropisie aiguë et l'hydropisie chronique, alors qu'il faut exciter l'action des reins sans déterminer une irritation générale. Cette décoction a agi de la manière la plus favorable chez notre malade ; elle a considérablement augmenté la sécrétion urinaire sans produire aucun phénomène d'excitation générale.

Un malade du nom de Connell, que était dernièrement dans notre service, nous a démontré une fois de plus que l'urine albumineuse n'est pas constamment le symptôme de la lésion rénale décrite par le docteur Bright. Cet homme, âgé d'une cinquantaine d'années, avait depuis longtemps l'habitude des excès alcooliques ; il est mort de consommation et d'hydropisie. Le rein droit avait son volume naturel ; à la coupe, il était pâle et granuleux. Le rein gauche était un des exemples les plus nets que j'eusse jamais observés de ce qu'on appelle le *rein de Bright*. Il était induré et très-petit ; la membrane d'enveloppe se détachait très-facilement, et la surface de l'organe apparaissait alors rugueuse et noueuse (*nodulated*) ; la lésion était arrivée au dernier période de son évolution. Or, pendant que le malade était dans nos salles, son urine avait été examinée à cinq reprises différentes ; à chaque fois, elle avait ses caractères normaux, et ne contenait pas la moindre trace d'albumine.

Ce fait vient à l'appui d'un grand nombre d'autres que je possède déjà ; aussi je doute fort que la pathologie de cette affection des reins, telle qu'elle a été exposée par Bright, Christison, Rayer et d'autres médecins distingués, soit conforme aux résultats de l'observation. L'œuvre la plus récente et la plus complète qui ait paru sur ce sujet est due à l'illustre Rayer, qui a fait connaître un nombre considérable de faits ; mais il ne me paraît pas qu'il ait constamment obéi, dans ses déductions, aux principes d'une logique rigoureuse. Je ne prétends point révoquer en doute l'exactitude de ses observations, mais je ne puis m'empêcher de protester contre plusieurs des conclusions qu'il en a déduites, je ne puis m'empêcher de penser que son livre porte en lui-même des preuves évidentes d'inconséquence. L'objet unique de cette œuvre est de rendre compte de certains phénomènes morbides, en les rattachant à une altération de structure des reins que l'auteur appelle néphrite albumineuse. Certes, les recherches d'anatomie pathologique, lorsqu'elles sont convenablement faites, conduisent à la connaissance de faits positifs, qui ne donnent prise à aucune fausse interprétation, à aucune confusion, et qui doivent, dans toutes les circonstances, être étudiés en

eux-mêmes et pour eux-mêmes. Il faut toutefois que les résultats de ces recherches soient palpables et à l'abri de toute contestation ; lorsqu'il s'agit en effet d'apprécier la véritable signification des changements subis par un organe, l'observation est sans valeur, si ce que nous voyons sur le cadavre ne nous révèle pas nettement la nature même de ces modifications organiques.

Mais, en revanche, l'anatomie pathologique n'aura plus qu'une utilité fort contestable, si nous nous permettons d'interpréter les caractères anatomiques d'un organe, en les rapportant aux symptômes observés pendant la vie, au lieu de nous borner à considérer les lésions actuelles en elles-mêmes, et telles qu'elles sont révélées par la dissection. Cette façon de procéder doit infailliblement nous écarter du véritable but de l'anatomie pathologique, car elle intervertit complètement la méthode qui a été suivie jusqu'ici dans l'étude de cette science : *on arrive ainsi, en effet, à expliquer les lésions par les symptômes, au lieu d'expliquer les symptômes par les lésions.*

Or, il est évident que Rayer a usé de cette méthode erronée et illogique ; les lignes suivantes, que j'extrais de son livre, le prouvent jusqu'à l'évidence :

« Il existe des analogies frappantes entre la néphrite simple et la néphrite albumineuse. L'une et l'autre sont également produites par l'impression du froid et de l'humidité. Dans la forme aiguë (à l'exception de la suppuration, qui est extrêmement rare dans la néphrite albumineuse, si même elle y est jamais observée), ces deux maladies présentent des caractères identiques : injection du parenchyme des reins, augmentation de volume, coloration jaune du tissu, etc. Dans la forme chronique avancée, les lésions sont tellement semblables, qu'il serait impossible de distinguer l'une de l'autre ces deux affections, si l'on n'avait pas égard aux particularités tirées de leur marche, à la présence ou à l'absence de l'hydropisie, à la présence ou à l'absence de l'albumine dans l'urine. »

Voici un autre passage qui me semble légitimer une conclusion bien différente de celle que Rayer en a tirée :

« Mais, d'un autre côté, quelques caractères différentiels importants séparent ces deux maladies : un des plus frappants, sans contredit, c'est l'influence marquée qu'exercent les affections de l'urèthre, de la vessie, de la prostate, de l'uretère et du bassin sur le développement de la néphrite simple, influence qui devient nulle ou fort restreinte lorsqu'il s'agit de la néphrite albumineuse. »

Réunissez ces deux passages, quelle en est la conséquence ? C'est que le scalpel de l'anatomiste ne fait connaître aucun caractère différentiel bien tranché entre la néphrite commune et la néphrite albumineuse ; nous pouvons donc nous permettre de douter qu'il existe aucune différence réelle entre ces deux affections ; bien plus, il devient presque évident, et cela résulte de l'aveu même de Rayer dans le second fragment que je vous ai cité, il devient presque évident, dis-je, que l'état anomal des reins est sans aucune relation avec l'altération concomitante de l'urine : voyez en effet que, de l'aveu même de l'auteur (et cet aveu est des plus remarquables), lorsque ce sont des causes purement locales qui déterminent dans la structure des reins ces modifications particulières, ces lésions ne sont pas accompagnées de l'altération de l'urine. En conséquence, si nous nous laissons guider par les principes de la saine logique, nous sommes amenés à penser que lorsque l'urine est modifiée, cette modification résulte de quelque autre cause que de la désorganisation des reins. Cette manière de voir est encore confirmée par ce fait, que Bright et ses successeurs, pour rendre compte des altérations de l'urine, qui sont presque identiques dans l'albuminurie aiguë et dans l'albuminurie chronique, ont invoqué des lésions rénales fort différentes les unes des autres.

Dans la forme aiguë, les caractères généraux de l'urine ne sont pas profondément modifiés ; le liquide est chargé d'albumine et quelquefois de globules sanguins, tandis que dans la forme chronique, en même temps que l'albumine persiste, la pesanteur spécifique de l'urine diminue, les proportions de l'urée et des sels sont altérées. Mais, dans les deux cas, la modification caractéristique est la présence de l'albumine ; cette modification est donnée comme permanente pendant toute la durée de la maladie : or, lorsque nous étudions avec attention les altérations progressives des reins, nous les trouvons si différentes les unes des autres, qu'il devient très-difficile, pour ne pas dire impossible, de rapporter l'altération, toujours la même, du liquide sécrété, à des altérations diverses et même opposées de l'organe sécréteur. Ainsi Rayer décrit six formes aux lésions anatomiques.

Première forme. — Le volume des reins est augmenté : chez l'adulte, le poids peut s'élever, pour chacun d'eux, à 8 et même à 12 onces, au lieu de 4 onces, leur poids moyen. Leur consistance est assez ferme, sans dureté ; leur surface, d'un rouge morbide, plus ou moins vif, paraît piquetée d'un grand nombre de petits points rouges, plus foncés que la teinte générale de ces organes. A la coupe, on reconnaît que l'augmen-

tation du volume du rein est due au gonflement de la substance corticale ; intérieurement , cette substance présente un grand nombre de petits points rouges semblables à ceux que l'on observe extérieurement, et qui , d'après les recherches de l'auteur, correspondent, la plupart, aux glandules de Malpighi, fortement injectées de sang. La substance tubuleuse est d'un rouge plus mat, et ses stries sont moins apparentes que dans l'état sain. La membrane muqueuse des calices et des bassinets est injectée, et offre des arborisations vasculaires.

Sixième forme. — Elle correspond à la troisième variété décrite par le docteur Bright. Les reins, quelquefois plus volumineux et souvent plus petits que dans l'état sain, sont durs et présentent des inégalités ou des mamelons. On distingue peu ou point de taches laiteuses à la surface, mais à la coupe on en découvre presque toujours un certain nombre dans l'épaisseur de la substance corticale. La surface du rein est indurée, ridée et mamelonnée ; mais, quoique hérissé de petites aspérités, l'organe ne présente pas les véritables granulations de Bright. *Dans quelques cas, il faut l'avouer, les lésions anatomiques sont tellement semblables à celles de la néphrite chronique simple, qu'il serait à peu près impossible de saisir une différence entre ces deux maladies, si nous ne tenions pas compte des phénomènes observés pendant la vie!!!* Dans les périodes avancées, la membrane de revêtement des reins est toujours épaissie, au moins sur quelques points, et fortement adhérente.

Quiconque examinera de près des reins atteints de lésions aussi différentes, de modifications si opposées dans toutes les propriétés physiques de leur substance, aura beaucoup de peine à croire que des causes si diverses puissent avoir sur la sécrétion rénale un seul et même effet, à savoir : l'apparition de l'albumine dans l'urine.

Le temps me manque aujourd'hui pour vous exposer tous les motifs qui m'empêchent d'accepter quelques-unes des propositions que Rayer a formulées dans son livre. Mais il est une de ses assertions qui est si manifestement contraire à la vérité, que je ne puis la passer sous silence. Désireux d'établir un diagnostic différentiel entre l'hydropisie de cause cardiaque et celle qui résulte de la néphrite albumineuse, l'auteur avance que, dans le cas d'affection du cœur, l'hydropisie commence par les extrémités inférieures, et s'étend progressivement de bas en haut, tandis que l'anasarque par lésion rénale débute le plus souvent par la face. Fort des résultats de mon expérience personnelle, confirmée par celle du chirurgien Adams, et par le témoignage de Corvisart.

je n'hésite pas à affirmer que lorsqu'une affection du cœur détermine l'hydropisie, le siège le plus ordinaire de l'anasarque au début est à la face, au cou et aux membres supérieurs. Du reste, la doctrine de Rayet, passible d'objections graves, tirées de la simple logique, ne peut tenir devant les faits; toute la théorie tombe, s'il nous arrive une seule fois de trouver les lésions rénales décrites par l'auteur, chez un malade dont l'urine n'a jamais présenté l'altération caractéristique. Or, je vous ai communiqué déjà plusieurs cas de ce genre; d'autres observateurs en ont également rencontré. En résumé, messieurs, l'un des faits que je vous ai rapportés démontre que le rein de Bright peut exister sans urine albumineuse; l'autre prouve que l'urine peut renfermer de l'albumine, quoique les lésions de Bright fassent défaut; rapprochez ces deux ordres de faits, et vous y trouverez une arme puissante contre l'hypothèse qui établit une relation entre les lésions anatomiques des reins et la présence de l'albumine dans l'urine,

La discussion de cette question n'a pas seulement un intérêt théorique, elle a directement trait à la pratique. Dans ses *Medical cases* (I, 70), le docteur Bright avance que, dans l'hydropisie, l'état albumineux de l'urine doit nous empêcher de prescrire les mercuriaux: cette opinion est contraire à mon expérience; le traitement par le mercure m'a réussi plusieurs fois, et je puis vous citer, entre autres exemples, le cas du chirurgien militaire Finney, et celui de Lindsey, qui était, il y a quelque temps encore, à Meath Hospital.

Les travaux plus récents de Johnson et de Toynbee, dont les résultats ont été acceptés par le docteur Bright, viennent encore démontrer l'erreur de la théorie pathologique de Rayet. Ces recherches établissent, en effet, que la lésion rénale de Bright consiste en une dégénérescence graisseuse de l'organe: « Il se fait une sécrétion de globules graisseux ou huileux dans les cellules épithéliales qui revêtent les tubuli »; la présence de l'albumine et du sang dans l'urine, l'atrophie de l'organe sont des phénomènes secondaires, résultant de la pression mécanique qu'exerce la graisse accumulée. Je ne puis aborder ici la discussion de toutes les questions qui se rattachent à la pathogénie de cette affection, et je vous renvoie aux mémoires originaux qui ont été insérés dans les volumes XXIX et XXX des *Medico-chirurgical Transactions* (1).

(1) On n'aurait qu'une notion fort incomplète de la doctrine de Graves sur l'albuminurie, si l'on ne prenait soin de se reporter aux mémoires qu'il a fait insérer dans

Nous avons actuellement dans nos salles un homme atteint de diabète ; nous ne pouvons rencontrer de meilleur exemple de cette affection, et je vous recommande d'étudier ce malade avec le plus grand

le *London medical Gazette*. Dès 1831, il repoussait l'idée d'une corrélation nécessaire entre l'état albumineux de l'urine et une modification appréciable du rein, et pour la première fois il signalait l'analogie qui lui paraissait exister entre cette altération de la sécrétion urinaire et le diabète sucré. Sept ans plus tard, en 1838, il revenait sur ce sujet, et, après avoir exposé alors ses idées d'une façon plus nette et plus explicite, il formulait cette conclusion : « Il est évident pour moi que l'état albumineux de l'urine est la cause de la lésion de Bright, et non point son effet. » Puis, désireux d'expliquer comment cet état de l'urine peut amener des lésions persistantes du rein, il continuait en ces termes : Dans l'hydropisie, on observe dans toute l'économie une disposition qui tend à produire une sécrétion exagérée de liquide albumineux, et cela, dans le rein aussi bien que dans les autres points. Or, comme la sécrétion de l'urine se produit dans les tubuli extrêmement étroits de la substance corticale, et que cette sécrétion s'accompagne de la formation de sels et d'acides divers, il n'y a rien d'étonnant que des molécules albumineuses, séparées par la coagulation, se déposent et restent dans les tubes sécréteurs, qu'elles remplissent, qu'elles distendent peu à peu, amenant ainsi une oblitération de tissu (*an obliteration of tissue*) qu'on appelle lésion de Bright. »

La notion fondamentale de cette leçon de Graves (1838), celle qui doit fixer l'attention et que je désire mettre en lumière, c'est l'*antériorité* de l'albuminurie relativement aux lésions du rein. *Il est évident pour moi que l'état albumineux de l'urine est la cause de la lésion de Bright, et non point son effet.* Cette idée si nettement exprimée, ne devait plus disparaître, et il n'est pas sans intérêt de rechercher quelles ont été les diverses phases de son évolution ultérieure ; mais il importe au préalable de remonter à la source de cette conception qui devait être si féconde, et de la rapporter à son véritable auteur.

Or l'idée appartient à Bright lui-même ; les passages que j'ai transcrits ailleurs (voy., tome I, note de la page 454) l'établissent d'une manière péremptoire, je n'ai pas à revenir sur ce point ; mais je veux montrer où en étaient les choses à l'époque où écrivait Graves, et suivre, dans ses modifications successives, la notion *albuminurie*, substituée à la *théorie des lésions rénales*.

Dès 1830, Elliotson professa dans ses leçons cliniques que, lorsqu'un malade présente de l'albumine dans l'urine, ce qui doit exciter la sollicitude du médecin, ce n'est point l'abondance plus ou moins grande du coagulum albumineux, ce n'est point l'état du rein, quel qu'on veuille le supposer c'est uniquement l'état général de l'économie, dont les autres phénomènes ne sont que la manifestation extérieure. — L'année suivante paraissaient trois documents également importants au point de vue qui m'occupe : c'était d'abord la leçon de Graves dont j'ai parlé plus haut, puis le mémoire de James Crauford Gregory, dans lequel était signalée pour la première fois l'influence des écarts de régime et de l'indigestion ; c'était enfin le travail beaucoup plus précis de William Prout. L'auteur y établissait ce principe général : lorsque, par suite d'une fièvre, d'une inflammation ou de toute autre cause, les matières albumineuses sont rendues impro-

soin. Il sait qu'il est atteint d'une maladie fort intéressante, et il vient de temps en temps faire un petit séjour à l'hôpital, et se montrer aux élèves. Je ne vous ferai point ici l'histoire générale du diabète ; vous la

pres à l'assimilation, elles sont ordinairement éliminées par le rein (page 387); il démontrait en outre par des expériences directes l'influence de la digestion sur l'albuminurie, et il signalait la plus forte proportion d'albumine dans l'urine, deux ou trois heures après le repas (388). On sait que Dupuytren et Thenard, en 1806, avaient vu l'urine devenir albumineuse, chez les diabétiques qu'on soumettait à un régime trop animalisé, et que M. Rayer a rapporté l'observation d'un diabétique dont l'urine devint coagulable, lorsqu'on eut substitué un régime azoté à une diète végétale et lactée. Prout établissait enfin dans son travail que l'albumine de l'urine n'est point constamment identique avec elle-même ; que tantôt elle est semblable à l'albumine du sérum, que tantôt au contraire elle est modifiée, et n'a pas dépassé les premières périodes de l'organisation (*incipiens albumen*).

En 1835, Anderson, sans étudier d'aussi près l'influence des troubles nutritifs, s'attachait à montrer que les causes de la maladie de Bright ont d'abord pour effet de troubler la fonction, et de modifier la sécrétion de l'organe ; l'albumine apparaît alors dans l'urine, et la fonction troublée conduit à la désorganisation (*deranged function leads to disorganization*).

Deux ans plus tard, Valentin, qui, le premier, soumit le rein à l'examen microscopique, terminait l'exposé de ses recherches par cette déclaration significative : « Les reins sont simplement le réceptacle de l'urine anormale ; c'est là ce qui les fait paraître à l'œil nu comme étant principalement malades, tandis qu'au contraire la cause de la sécrétion pervertie doit être cherchée désormais dans le sang. » L'année suivante, il se prononçait plus formellement encore : « La prétendue *maladie rénale* de Bright appartient à ces maladies générales dans lesquelles une quantité anormale d'albumine est séparée du sang. La voie de séparation est ici l'urine. Une partie de l'albumine reste dissoute, et sort ainsi du corps ; une autre, au contraire, se précipite aussitôt, reste dans les canalicules et est expulsée par l'urine successivement et par portions ; ainsi qu'il est facile de s'en convaincre par des préparations fraîches, dans presque tous les stades de la lésion. » Et plus loin : « Le traitement doit être avant tout général ; il doit être institué en vue du sang, *de la nutrition*, et la considération des organes localement affectés viendra en second lieu. »

Graves ne manqua pas de s'appuyer sur ces déclarations, lorsqu'en 1838 il exposa d'une façon plus complète ses idées sur la *maladie* de Bright, et sur la signification des lésions rénales.

Un peu plus tard, Owen Rees regarda les modifications du sang comme la cause la plus efficace de la *maladie* de Bright, sans se préoccuper autrement des lésions anatomiques, et l'année suivante, Heaton, en Angleterre, et Malmsten, en Suède, combattaient à leur tour la théorie de la lésion primitive, et soutenaient l'influence prédominante de l'état général ou constitutionnel.

A la même époque, des recherches chimiques d'une valeur considérable introduisent

trouverez tout au long dans le *Cyclopædia of practical medicine*, et le *Dictionnaire* de Copland en renferme une description qui, pour être plus concise, n'en est pas moins remarquable. Les caractères les plus

dans l'étude de l'albuminurie de nouveaux éléments, et confirment d'une façon éclatante les idées que Prout avait émises dès 1831.

En 1843, Lehmann démontrait par des expériences entreprises sur lui-même l'existence d'une relation directe entre la quantité d'urée excrétée en vingt-quatre heures et la proportion plus ou moins grande de matières azotées ingérées. En 1844, MM. Bernard et Barreswil établissaient que les substances non assimilables ne disparaissent jamais dans le sang, et se retrouvent en nature dans l'urine. La même année, Fourcault, se plaçant à un point de vue malheureusement trop restreint, étudiait l'un des résultats ultimes de la fonction de nutrition, et rattachait l'albuminurie à la suppression de l'excrétion cutanée. Un an plus tard, Carpenter publiait la deuxième édition de son *Tratté de physiologie*, et étudiait avec soin l'influence des troubles de l'assimilation et de la désassimilation sur la sécrétion urinaire (pages 620, 621, 655, 656, 660 et 662).

En même temps Canstatt et Eichholtz rompaient complètement avec la théorie de la néphrite, pour s'attacher surtout à la considération des troubles constitutionnels, et Tegarit s'effendait l'influence exclusive d'une altération cachectique du sang. Peu après, l'idée de l'*albuminurie primitive* trouvait de nouveaux défenseurs, et les travaux de MM. Devilliers et Regnaud, de M. Blot en France, de Horne et Walshe en Angleterre, venaient successivement témoigner des progrès de la doctrine.

En 1851, M. Édouard Robin a cherché également dans les troubles de l'évolution des matières albuminoïdes la cause de l'albuminurie, et il a rattaché à l'insuffisance des combustions respiratoires le passage de l'albumine dans l'urine. L'année suivante, Simpson invoquait à son tour les modifications de la nutrition, pour rendre compte de l'albuminurie qui apparaît chez les femmes enceintes.

Ici se termine la première période de l'histoire de l'albuminurie (je ne dis pas de l'histoire des lésions rénales). Tous les travaux qui s'y rapportent, et que je viens de passer rapidement en revue, sont consacrés à la défense de ces deux propositions : L'albuminurie précède le développement des lésions des reins. — La cause de l'albuminurie est une altération du sang. — Mais sur ce dernier point une distinction doit être établie. Tandis que beaucoup d'autres, à l'exemple de Gaves, d'Owen Rees, de Heaton, d'Eichholtz et de Tegarit, se contentent de la notion vague d'une altération du sang, dont ils n'indiquent ni la nature, ni le mode de production, il en est d'autres qui étudient les choses de plus près, et qui cherchent à établir une relation directe et immédiate entre les désordres de la sécrétion urinaire et les troubles de la nutrition; ils vont même plus loin, et ils essayent de préciser nettement quels sont les troubles nutritifs qui peuvent donner naissance à l'albuminurie. Ici commencent les divergences : Gregory, fort de quelques exemples d'albuminurie passagère, fait connaître l'influence des troubles de la digestion stomacale; Fourcault ne voit que la suppression de l'excrétion cutanée; E. Robin rattache tout à la combustion respiratoire incomplète des matériaux quaternaires, et l'on peut voir les observateurs invoquer ainsi tour à tour chacun des actes isolés qui constituent, par leur réunion, le processus nutritif; l'exclusivisme

intéressants de cette maladie sont ceux qui se tirent des modifications subies par l'urine. Lorsqu'elle contient une proportion considérable de sucre, le diabète est dit sucré (*mellitus*) ; on le dit insipide (*insipidus*),

de leurs conclusions devint entre les mains de leurs adversaires un argument tout-puissant.

Et pourtant il eût été facile de se mettre à l'abri d'une objection de cette sorte ; il eût suffi pour cela de s'engager résolûment dans la voie qu'avait ouverte William Prout : lui seul jusqu'alors avait envisagé la question dans son ensemble, au lieu de se borner à quelques aperçus particuliers. En effet, en même temps qu'il démontrait par des expériences directes (voy. plus haut) les effets de la digestion gastro-intestinale sur la quantité d'albumine excrétée avec l'urine, il accordait aussi une grande part d'influence aux phénomènes de la *digestion interstitielle*.

La route, comme on le voit, était nettement tracée ; on persista néanmoins à démembrer une étude dont tous les éléments sont intimement unis, pour ne pas dire solidaires, et la synthèse ébauchée par le chimiste anglais demeura inachevée.

En 1854, M. Gubler soumit à l'expérimentation l'urine d'un certain nombre d'albuminuriques, et il vérifia tout d'abord les résultats annoncés par Prout et Lehmann touchant les différences que présentent l'urine de la digestion et l'urine du sang. Mais il ne s'en tint pas là, et il détermina dans une deuxième série d'expériences quelle est l'influence précise du régime ; il constata ainsi que chez les albuminuriques un régime purement végétal fait tomber à son minimum la proportion d'albumine contenue dans l'urine, tandis qu'une alimentation exclusivement albumineuse donne la proportion maximum, et qu'un régime azoté, mais composé uniquement de viandes rôties, fournit un chiffre intermédiaire aux deux précédents.

M. Gubler avait constaté maintes fois, dans ses expériences, que l'urine des douze heures de nuit était beaucoup plus abondante que celle des douze heures de jour. Or, une objection pouvait être élevée, qui eût annihilé tous les résultats précédents : n'était-il pas possible, en effet, que la pauvreté apparente en albumine de l'urine du sang fût simplement le résultat d'une dilution plus grande de la substance ? Il importait en tout cas d'éclaircir le fait, et de ne pas s'en rapporter, pour juger de la proportion d'albumine, à la hauteur et à la condensation du précipité. M. Gubler a fait alors des pesées exactes, et il a vu que la proportion d'albumine contenue dans l'urine de la digestion est réellement et absolument plus considérable, alors même que la différence de quantité entre l'urine du jour et celle de la nuit va du simple au double. — On conçoit aisément toute l'importance de ces dernières expériences, qui étaient à la fois le contrôle et la garantie des résultats précédemment obtenus.

En 1855, M. Gubler fit, à l'hôpital Beaujon, une série de leçons sur l'albuminurie (*). Après avoir rappelé ses expériences, après avoir montré combien ces résultats étaient conformes aux enseignements de la physiologie, il établissait nettement que l'on n'ar-

(*) Ces leçons n'ont pas été publiées, et je n'avais sur elles que des notions fort incomplètes à l'époque où j'ai écrit ma thèse. Les renseignements additionnels qu'a bien voulu me communiquer M. Gubler me permettent aujourd'hui de réparer une omission qui laissait dans mon exposé historique une véritable lacune.

si le liquide urinaire n'a pas le goût du sucre, et s'il ne présente d'autre particularité qu'une saveur aqueuse. Pour ce qui est de la quantité, l'altération est des plus remarquables; notre malade, par exemple, rend dix-huit pintes (8550 grammes) d'urine en vingt-quatre heures;

riverait jamais à une doctrine satisfaisante, aussi longtemps qu'on se bornerait à mettre en cause l'un des éléments de la fonction de nutrition à l'exclusion de tous les autres; puis, suivant la molécule albuminoïde dans son évolution, il montrait, chemin faisant, qu'il n'est pas un des actes du processus nutritif dont la perturbation ne puisse devenir à son tour une source d'albuminurie; il arrivait ainsi à rapporter les diverses causes de ce désordre fonctionnel à quatre chefs qui comprennent tout l'ensemble de la fonction de nutrition :

Nature des aliments.	
Troubles de digestion.	} Premières voies. } Foie.
Troubles de respiration.	
Troubles de nutrition.	} Assimilation. } Désassimilation.

Enfin il résumait lui-même ses leçons par cette proposition fondamentale : *Le phénomène albuminurie indique toujours un excès absolu ou relatif d'albumine dans le sang.*

Ainsi se trouvaient unis et coordonnés les faits isolés, les théories partielles de Gregory, de Fourcault et de Robin. Evitant avec bonheur l'exclusivisme des observateurs qui l'avaient précédé, M. Gubler achevait ainsi, après bien des années, l'œuvre de William Prout, et il édifiait enfin cette synthèse générale dont l'auteur anglais avait posé les bases. Notons en outre que le médecin français avait introduit dans cette étude une donnée entièrement nouvelle et qui lui appartient exclusivement ; *c'est l'influence des troubles de la fonction du foie sur la production de l'albuminurie.*

Comme on le voit, l'enseignement de M. Gubler réalisait un progrès incontestable, et cependant tout n'était pas dit encore.

Ce n'était point assez, en effet, d'avoir formulé une théorie générale, fondée sur des notions physiologiques universellement admises. Il fallait étudier le mode d'action des divers états morbides dans lesquels on rencontre l'albuminurie; il fallait rechercher quelle déviation imprime aux phénomènes nutritifs chacun de ces états divers; il fallait établir que cette déviation du type physiologique suffit pour rendre compte dans ces circonstances de l'apparition de l'albumine dans l'urine; il fallait prouver qu'il n'existe aucun rapport nécessaire et constant entre ce trouble fonctionnel et une lésion rénale quelconque; il fallait démontrer, et l'insuffisance des théories fondées sur la considération exclusive de l'altération anatomique, et leur incompatibilité avec les faits; il fallait constituer, enfin, *la doctrine pathologique de l'albuminurie.*

C'est ce que j'ai tenté de faire dans mon travail de 1860. Je n'ai pas à revenir sur les détails si nombreux qui se rattachent à cette question, il me suffit d'avoir montré dans les lignes précédentes la voie que j'ai suivie.

Je rappellerai seulement ici les résultats des expériences que j'ai faites sur deux

vous savez que la moyenne quotidienne normale est de deux à trois pintes (950 à 1425 grammes).

La pesanteur spécifique de l'urine diabétique est accrue ; à l'état normal, ce liquide présente une densité de 1,015 à 1,020 ; dans le diabète,

albuminuriques dont j'ai consigné l'histoire dans ma thèse. Chez ces deux malades, j'ai constaté la présence d'une grande quantité d'albumine dans les matières fécales : l'un d'eux a succombé alors que j'avais déjà fait cinq expériences, et l'autopsie a démontré, avec les lésions du *small contracted kidney*, l'intégrité parfaite de la muqueuse intestinale ; l'autre malade, se sentant affaiblir rapidement, a voulu retourner chez ses parents, desorte que je l'ai perdu de vue. Mais pendant la semaine qui précéda son départ, j'avais examiné deux fois ses matières fécales, et deux fois j'y ai constaté la présence de l'albumine. Je n'ai pas besoin de rappeler sans doute que Berzelius, Vauquelin, Ihring et Marcet ont signalé l'absence de l'albumine dans les excréments alvins normales. — Enfin, chez la première malade, il n'existait aucun épanchement séreux dans la cavité crânienne, et cependant j'ai trouvé une quantité notable d'albumine dans le liquide cérébro-spinal, qui n'en contient que des traces (88 millièmes sur 100, d'après Lassaigne) à l'état sain. Un seul fait n'autorise, je le sais, aucune conclusion ; néanmoins il y a là un précédent important, car si cette altération du liquide céphalo-rachidien se vérifiait constamment, on y trouverait pour la production des accidents cérébraux une explication facile, susceptible de démonstration directe, et qui échapperait ainsi au reproche de l'hypothèse.

En tout cas, l'existence de l'albumine dans les matières fécales, à une période avancée de l'albuminurie chronique, est un fait nouveau d'une valeur considérable, et dont il importe désormais de tenir compte. Je le disais déjà en 1860, je le répète aujourd'hui avec une entière conviction, ce fait peut être regardé comme la démonstration directe de la doctrine que j'ai développée : « Il est clair, en effet, que les lésions rénales n'ont dans toute l'évolution des phénomènes morbides qu'une valeur secondaire ; il est certain que l'albuminurie n'est point sous leur dépendance immédiate ; il est évident, enfin, que ce trouble fonctionnel reconnaît avant tout, pour causes, les conditions générales dont nous avons montré l'influence pathogénique, puisque l'albumine se perd non-seulement par les reins altérés, mais par une vaste surface muqueuse parfaitement saine. Dès lors, ce qu'il faut voir dans l'albuminurie, ce n'est point un signe indicatif de tel ou tel état des reins, c'est la manifestation visible et palpable de certains troubles généraux, dont la gravité et l'incurabilité sont directement proportionnelles à l'ancienneté du phénomène anormal, et surtout à sa généralisation. »

Bright, *loc. cit.* (voy., tome I, la note de la page 454).

Elliotson, *Clinical Lectures : On dropsy* (London med. Gaz., 1830).

Graves, *On the effects of colchicum on the urine in acute arthritis, and on the appearance of the albumen in the urine in dropsy* (London med. Gaz., 1831).

Gregory (James C.), *On diseased states of the kidney connected during life with albuminous urine, illustrated by cases* (Edinb. med. and surg. Journal, 1831).

Prout, *Observations on the application of chemistry to physiology, pathology and practice. Gulstonian Lectures* (London med. Gaz. 1831).

Anderson, *Observations on renal dropsy, illustrated by cases and a dissection.* —

elle s'élève de 1,025 à 1,030. Dans chaque pinte (475 grammes) d'urine d'une densité de 1,030, il y a près d'une once et demie (48 grammes)

Coagulable urine in connexion with cerebral disorder and disease of the heart (London med. Gaz., 1835).

Valentin, *Pathologische Anatomie : Nieren* (Repertorium für Anatomie und Physiologie, 1837). — *Eodem loco*, 1838.

Graves, *Clinical Lectures on medicine delivered at the Meath hospital, Dublin* (London med. Gaz., 1838).

Rees (George Owen), *Observations on the blood with reference to its peculiar condition in the morbus Brightii* (Guy's hospital Reports, 1843). — *On the pathology and treatment of the morbus Brightii and various forms of anæmia* (London med. Gaz., 1844).

Lehmann, *Untersuchungen, etc.* (Journal für praktische Chemie, XXV; — Schmidt's Journal, 1843).

Bernard et Barreswil, *Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1844.

Canstatt, *De morbo Brightii comment.* Erlangæ, 1844.

Fourcault, *Recherches sur l'albuminurie à la suite de la suppression des fonctions de la peau* (Comptes rendus, 1844).

Heaton, *On different forms of granular disease of the kidney* (London med. Gaz., 1844).

Malinsten, *Ueber die Bright'sche Nierenkrankheit* (Aus dem Schwedischen übersetzt und mit Anmerkungen versehen, von Gerhard von D. Bush; Bremen, 1844).

Carpenter, *Principles of human physiology*. 2^e édit. London, 1845.

Eichholtz, *Ueber die granulirte Leber und Niere und ihre Verhältniss zu tuberkulösen und krebigen Dyscrasie* (Archiv von J. Müller, 1845).

Tegart, *Des lésions organiques qui produisent l'ascite*, thèse de Paris, 1845.

Devilliers et Regnauld, *Recherches sur les hydropisies chez les femmes enceintes* (Arch. gén. de méd., 1848).

Prout, *On the nature and treatment of stomach and renal diseases, being an inquiry into the connexion of diabetes, calculus and other affections of the kidney and bladder with indigestion*, 5th édit. London, 1848.

Horne, *On some disputed points in the history of scarlatina* (London med. Gaz., 1848).

Blot, *De l'albuminurie chez les femmes enceintes, etc.*, thèse de Paris, 1849.

Walshe, *Bright's disease not essentially a renal disease, but essentially and primarily a blood disease* (The Lancet, 1849).

Robin (Ed.), *Des causes du passage de l'albumine dans les urines* (Comptes rendus de l'Académie des sciences, 1851).

Simpson, *Contributions to obstetric pathology and practice*. Edinburgh, 1852. — *Albuminuria in puerperal and infantile convulsions, and in puerperal amaurosis*, dans un article intitulé : *Contributions to obstetric pathology* (Monthly Journal of medic. science, 1852).

Gubler, *Leçons faites à l'hôpital Beaujon en 1855*. (Ces leçons n'ont pas été publiées.)

Jaccoud, *Des conditions pathogéniques de l'albuminurie*, thèse de Paris, 1860.

J'ai extrait de ce travail la plupart des détails consignés dans cette note, ainsi que les indications bibliographiques. (Note du Trad.)

de matière animale solide. Prenez une pinte de l'urine de notre malade, faites-la évaporer à une température de 170 degrés (76 degrés centigrades) jusqu'à dessiccation ; il vous restera au moins une once et quart (40 grammes) d'éléments solides ; multipliez ce chiffre par 18, et vous verrez que cet homme perd en vingt-quatre heures, et par les reins seulement, une livre et quart (465 grammes) de matière animale. Je n'ai pas besoin d'ajouter que c'est là une perte énorme, et il est tout naturel qu'une grande quantité d'aliments soit nécessaire pour la compenser. Ainsi vont ordinairement les choses dans le diabète ; l'activité des organes digestifs augmente en proportion des pertes subies par l'organisme ; s'il en était autrement, les malades succomberaient rapidement aux progrès de l'émaciation. Vous observerez également cette suractivité des fonctions digestives dans certaines maladies qui déterminent un amaigrissement considérable ; vous verrez les malades qui relèvent d'une fièvre de longue durée, manger et digérer avec facilité une somme d'aliments qui amènerait une surcharge gastrique dans l'état de santé parfaite.

Chez notre homme, la maladie dure depuis longtemps déjà, et ce n'est pas là un des traits les moins saillants de son histoire ; en fait, elle remonte à plus de trois années ; il y a douze mois, ce malade était déjà dans nos salles, et il était aussi mal qu'aujourd'hui. Au bout de quelque temps, s'étant trouvé mieux, il demande à sortir, et voilà que nous le retrouvons maintenant dans le même état. Il dit qu'il a toujours uriné de douze à vingt pintes de liquide (5700 à 9500 grammes) par jour. Du reste, il est en état de se livrer à ses occupations ; il mange, il boit, il dort bien, et, sauf la sécrétion urinaire, toutes les fonctions paraissent s'accomplir chez lui avec la régularité la plus parfaite ; il est très-actif, très-vigilant ; il surveille les malades, les infirmiers et les filles de salle ; il rend compte très-exactement de toutes leurs bévues, et aujourd'hui, comme il y a un an, il nous est très-utile dans le service.

Chez cet homme, la peau n'est point aussi sèche, aussi rude, aussi dure que chez les autres diabétiques ; elle est très-voisine de l'état normal, et se couvre de sueurs partielles plusieurs fois par jour. Quelques auteurs, qui ont apporté une attention exclusive à l'état de la surface cutanée, ont envisagé le diabète à un point de vue beaucoup trop limité ; ils y ont vu le résultat de la suppression de la transpiration cutanée, et une action compensatrice des reins. Une telle interprétation est loin d'être exacte. Dans les plus mauvais cas de diabète que j'ai

observés, il y avait des sueurs colliquatives. Au mois de juin dernier, un gentilhomme campagnard vint me consulter pour quelques troubles digestifs ; en l'interrogeant, j'appris qu'il rendait journellement une grande quantité d'urine. J'en remis un échantillon au docteur Apjohn, qui trouva une densité de 1,049. Or, ce malade avait toujours été sujet à d'abondantes transpirations, et, à cette époque même, il en avait encore tous les jours. Chez le malade de notre service, la poitrine et le cou sont fréquemment baignés de sueurs.

Quant aux diverses théories sur la nature du diabète, je vous renvoie au Dictionnaire de Copland ; pour moi, je ne puis voir dans cette affection autre chose qu'un trouble fonctionnel du pouvoir sécréteur des reins. Je tiens pour vaines et sans fondement toutes les hypothèses par lesquelles on a cherché à rattacher le diabète à un dérangement des fonctions digestives ; je ne sais même pas pourquoi, dans l'état de maladie, nous prétendons retrouver dans le sang toutes les substances sécrétées par les reins. Je sais très-bien qu'il est fort peu de produits de sécrétion qui ne puissent être découverts dans le sang à l'état de santé ; tous ou presque tous les éléments fondamentaux de la sécrétion salivaire, hépatique et rénale, peuvent être retrouvés dans le sang chez les sujets bien portants ; mais, dans l'état de maladie, il en va tout autrement. Les vaisseaux, les tissus affectés, peuvent former, par un fonctionnement anormal, des combinaisons nouvelles, essentiellement différentes de toutes les substances qu'on rencontre habituellement dans l'organisme.

Je ne vois aucune difficulté, je l'avoue, à admettre qu'une substance de composition aussi simple que le sucre peut être formée au moyen des éléments du sang, ou bien que les vaisseaux des reins, pathologiquement affectés, peuvent prendre une fonction nouvelle, et sécréter cette substance avec une grande rapidité. Remarquez que le sucre est l'un des produits qui sont le plus aisément formés par la nature ; les éléments en sont simples et peu nombreux ; bref, tous les animaux, tous les végétaux sont en état de fabriquer du sucre. Vous savez vous-mêmes que nous le retirons avec une grande facilité d'une foule de végétaux ; vous savez aussi que nous le rencontrons très-fréquemment dans les sécrétions animales. Je vais plus loin, et je suis porté à croire qu'une foule de personnes du monde, que l'on croit simplement atteintes de dyspepsie, sont en réalité affectées de diabète. Tel était précisément le cas de ce gentleman dont je vous parlais tout à l'heure, et chez lequel l'urine avait une densité de 1,049. Aujourd'hui, la quantité du

liquide évacué a un peu diminué ; mais il contient toujours du sucre. Du reste, grâce à un régime et à des précautions convenables, cet homme est dans un état de santé satisfaisant, et il s'acquitte à merveille des nombreux devoirs qui lui sont imposés par l'administration d'une propriété territoriale très-étendue dans le comté de Carlow.

Sir Henry Marsh, qui a étudié de très-près la question du diabète, déclare que cette affection est très-commune dans sa forme chronique légère. Il est même à craindre que bien des cas passent inaperçus, parce que la quantité d'urine évacuée par le malade ne dépasse pas notablement la moyenne normale. Pour ce qui est de la qualité de l'urine, je vous ferai remarquer, messieurs, que le diabète peut être divisé en deux groupes. Le premier renferme tous les faits dans lesquels l'urine, augmentée de quantité, a une pesanteur spécifique au-dessous de la normale : tels sont les flux urinaires des affections hystériques et nerveuses. Le second groupe, auquel on devrait réserver exclusivement la désignation de diabète, embrasse tous les cas dans lesquels l'urine contient un principe animal qu'elle ne renferme pas à l'état normal, ou qu'elle renferme en proportion beaucoup moindre. A ce groupe appartiennent le diabète sucré, le diabète albumineux, le diabète uréique, *diabetes mellitus*, *diabetes albuminosus*, *diabetes ureosus*. Ce dernier est de beaucoup le plus rare ; je ne l'ai pas observé, mais il a été signalé par le docteur Bostock et par d'autres auteurs. Le diabète albumineux est très-souvent lié à une hydropisie qui concentre toute l'attention du médecin ; parfois, cependant, les signes d'hydropisie sont très-peu accusés, ou bien ils font complètement défaut, quoique l'urine augmentée de quantité soit chargée d'albumine.

Un des malades de notre salle des chroniques m'a suggéré ce matin une réflexion au sujet des hydropisies, et, de peur de l'oublier, je vais vous la communiquer séance tenante. Dans tous les cas, l'épanchement qui constitue l'hydropisie résulte d'une action anormale du système vasculaire ; c'est la conséquence d'une sécrétion morbide des dernières ramifications des vaisseaux. Or, comme tout autre produit de sécrétion, le liquide épanché est susceptible de variations subites et considérables dans sa quantité ; ces variations sont elles-mêmes liées aux modifications qui ont lieu dans le système vasculaire ou dans le système nerveux, qui exerce une influence si puissante sur les fonctions de sécrétion. C'est pour ce motif que, dans l'anasarque à forme chronique, le volume des parties tuméfiées présente des changements si rapides.

Les malades hydropiques ont une attention inquiète, je dirais volontiers morbide, pour tout ce qu'ils rendent, et ils surveillent sans cesse avec le plus grand soin tout ce qui se rattache à leur état. Aussi, lorsque vous écoutez leurs rapports, vous devez prendre garde de vous laisser induire en erreur, et vous ne devez jamais attribuer une grande importance à des modifications locales qui sont purement temporaires.

Voici maintenant le fait sur lequel je veux appeler votre attention : les œdèmes viscéraux sont susceptibles des mêmes variations, quant à la quantité du liquide épanché. Un malade affecté d'anasarque se plaint, un beau matin, d'avoir passé une mauvaise nuit, parce qu'il a eu de la toux et de la difficulté à respirer. Vous trouvez la face, le cou et les téguments de la poitrine infiltrés ; vous constatez une matité absolue dans un côté du thorax, et là vous percevez des râles humides ; en un mot, un des poumons est le siège d'un œdème considérable. Un jour ou deux plus tard, sans raison suffisante, l'infiltration des téguments est moindre, et le malade vous dit qu'il a bien dormi, parce qu'il respire beaucoup mieux. Vous renouvelez votre examen, et vous observez une diminution notable de l'infiltration pulmonaire. Vous retrouverez ces oscillations capricieuses et subites dans d'autres sécrétions, dans celle de la bile, par exemple.

J'ai été le premier, je crois, à annoncer, il y a quelques années, la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'*urine récente* ; j'ai dit en même temps que, lorsque la proportion de ce sel était un peu considérable, l'addition d'un acide produisait dans l'urine une vive effervescence. Cette observation, à supposer qu'ils en aient eu connaissance, n'a point éveillé l'attention du docteur Prout ni des autres auteurs qui ont écrit depuis lors sur la composition de l'urine dans les maladies. Comme je viens d'observer tout récemment un second cas de ce genre, il ne sera pas inutile de revenir sur ce sujet. La première observation que j'ai publiée en détail est celle d'un jeune homme qui était atteint d'un typhus fever exanthématique ; au moment où le malade allait au plus mal, l'urine contient pendant quatre ou cinq jours du carbonate d'ammoniaque : il disparut lorsque les accidents s'amendèrent.

Nous pensions tout d'abord que ce sel provenait de la décomposition de l'urine dans la vessie, il n'en était rien ; nous vidions la vessie, et l'urine qui y était renfermée deux heures après était chargée du

même sel. D'un autre côté, il n'existait aucune affection de la muqueuse vésicale ; nous étions donc en droit de conclure que le carbonate d'ammoniaque existait déjà dans l'urine rénale. Depuis lors, j'ai examiné l'urine de bien des malades atteints de fièvres, et je n'ai jamais retrouvé ce sel.

Quant au fait que nous observons aujourd'hui dans notre service, il ne présente avec le premier d'autre point de ressemblance que la présence du carbonate d'ammoniaque dans l'urine. Un homme d'une force athlétique, employé dans une exploitation de sable, a dû travailler plusieurs jours en ayant de l'eau jusqu'aux genoux. Comme il était constipé de temps en temps, il prit une forte dose de sel de Glauber, qui agit énergiquement ; mais, malgré cela, il ne cessa pas de travailler dans l'eau froide. Les conséquences de cette imprudence furent bientôt appréciables ; à peine le purgatif avait-il eu son effet, que cet homme fut pris de douleurs abdominales violentes, avec distension de l'estomac et des intestins ; en même temps, il avait de la fièvre, une céphalalgie pénible, une soif ardente.

A quelques jours de là, ce malade entra à Meath Hospital avec de l'anasarque, une ascite et une tympanite intestinale. Les saignées générales et locales, le traitement antiphlogistique le plus énergique, ont atténué considérablement les douleurs, et apaisé la violence des accidents ; mais je crois bien que tous nos efforts ne réussirent pas à produire ici une guérison définitive. Au moment où les douleurs abdominales, la fréquence et les autres caractères du pouls nous engageaient à faire une application de sangsues, j'ai été fort surpris d'apprendre de M. Knott que l'urine de cet homme renfermait une quantité considérable de carbonate d'ammoniaque. Le liquide fut examiné de nouveau par M. White, dans le laboratoire du docteur Apjohn ; les acides minéraux y déterminaient une vive effervescence.

Cette réaction était due à la présence du carbonate d'ammoniaque en excès. L'urine était d'une couleur jaune-paille ; elle ne contenait point d'albumine ; elle donnait une réaction alcaline avec les couleurs végétales ; elle laissait précipiter un dépôt composé de phosphate ammoniac-magnésien et de phosphate de chaux. Quelques-unes des personnes qui avaient été témoins de l'effervescence violente qu'elle présentait avec les acides, rapportaient la présence du sel ammoniacal à la décomposition du liquide dans la vessie. Plusieurs particularités démontrèrent que cette interprétation n'était point exacte. Au moment de son émission, l'urine était parfaitement limpide, elle n'exhalait point cette odeur

de putridité qu'elle présente, dès qu'elle commence à se décomposer. De plus, lorsque le malade avait complètement vidé sa vessie, si, une demi-heure après, il rendait une petite quantité d'urine, celle-ci était aussi chargée de carbonate d'ammoniaque que la première. La conséquence est évidente : l'urine, telle qu'elle était sécrétée par les reins, contenait du carbonate d'ammoniaque ; ce sel semblait être le véhicule chargé de l'excrétion des éléments qui sont ordinairement combinés pour constituer l'urée, *car on ne peut découvrir la plus petite trace d'urée dans l'urine de ce malade.*

La présence de l'ammoniaque dans l'urine sous forme de phosphate ammoniaco-magnésien est depuis longtemps connue des chimistes. L'existence de l'acide carbonique est un fait beaucoup plus rare, car je crois qu'on n'a pas observé chez l'homme plus d'un ou deux exemples de calculs formés de carbonate de chaux ; ces produits sont très-fréquents chez le cochon et chez d'autres animaux.

Notre malade mourut au bout de peu de temps. L'autopsie a montré des reins un peu volumineux, gorgés de sang, et une vessie parfaitement saine. Le foie, déformé, avait ses angles arrondis ; il était petit, induré, et criblé, dans toute son étendue, de petites masses globuleuses, solides et décolorées ; c'était, en un mot, une variété du foie squirrheux.

Avant de terminer, je veux vous rapporter un exemple très-singulier de communication anormale entre le rectum et la vessie ; les matières fécales passaient par le canal de l'urètre.

M. S..., âgé de soixante-huit ans, a vécu quatre mois, après qu'une ulcération cancéreuse du rectum eut fait communiquer la cavité de l'intestin avec celle de la vessie ; lorsque les matières fécales arrivèrent pour la première fois dans ce réservoir, M. S... éprouva une douleur vive, et il perdit connaissance : ces accidents cessèrent au bout de quelques minutes. Pendant trois semaines, le malade rendit par l'urètre, avec l'urine, des fragments considérables de matières fécales molles ; souvent aussi sortaient par là des gaz, dont l'issue était accompagnée d'un bruit éclatant. Au bout de ce temps, l'urine redevint normale ; mais tous les jours il passait encore quelques gaz par le canal. Les choses allèrent ainsi pendant une quinzaine, puis les matières reparurent avec l'urine ; et jusqu'à la fin il y eut ainsi des alternatives, pendant lesquelles le liquide urinaire était parfaitement naturel. Sauf les accidents du début, la présence des matières fécales dans la vessie ne déter-

mina jamais aucune douleur ; elle ne donna lieu à aucune inflammation, à aucun écoulement purulent par l'urètre ; il n'y eut pas d'autre perte de connaissance. Pendant tout le temps, il y eut tous les jours une selle liquide par l'anüs.

Pendant les quinze derniers jours de la vie de ce malade, l'urine fut constamment chargée de matières fécales ; il est évident que l'orifice de communication était primitivement valvulaire, et qu'il avait gardé longtemps cette disposition. L'autopsie montra que la vessie était détruite dans une grande partie de son étendue : elle communiquait avec la cavité du rectum par une large ouverture. Il n'y avait pas d'épanchement dans l'abdomen.

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON.

HYDROPIE.

Causes des épanchements hydropiques. — Importance du mode de début. — Traitement. — Usage de l'opium.

Hydropisie dans la bronchite aiguë. — Hydropisie chronique, — compliquée de diarrhée. — Règles de traitement. — Guérison spontanée de l'hydropisie chronique.

Des convulsions dans l'hydropisie chronique. — Elles ne sont pas toujours un symptôme funeste. — Observations. — Des applications froides sur la tête dans diverses maladies.

Sur l'apparition des symptômes cérébraux dans l'hydropisie chronique.

MESSIEURS,

Deux malades hydropiques sont actuellement couchés dans notre service des chroniques. Tous deux, jusqu'alors bien portants, ont été pris d'une hydropisie qui ne paraît liée à aucune lésion organique grave. L'un d'eux, J. Austin, nous raconte qu'il était malade depuis deux mois lorsqu'il est venu à l'hôpital; il reconnaît lui-même que sa maladie est le résultat de ses habitudes d'intempérance. Sans soins pour lui-même, déréglé dans sa façon de vivre, il a été nombre de fois exposé au froid et à l'humidité; un beau jour il a été atteint d'une bronchite, avec dyspnée et constriction thoracique. Il fut saigné, et il dit avoir respiré plus facilement à la suite de cette émission sanguine; mais il remarqua alors pour la première fois que sa figure, son cou et sa poitrine étaient enflés.

Voilà, messieurs, l'histoire ordinaire de l'hydropisie dans ce pays: habitudes d'intempérance; — action du froid qui amène une bronchite ou une pneumonie; — hydropisie commençant par la face, la poitrine et les extrémités supérieures. Déjà, dans une autre occasion, je vous ai dit combien il importe de savoir dans quelle région l'infiltration a paru tout d'abord; de cette façon, en effet, nous pouvons arriver à connaître

la nature exacte de l'affection, car nous avons un jalon qui nous guide jusqu'à sa source.

Le plus ordinairement, l'hydropisie est la conséquence d'une lésion viscérale profonde. Lorsqu'elle est produite par une affection thoracique, bronchite, pneumonie ou lésion cardiaque, la tuméfaction œdémateuse débute toujours par la face, le cou, le tronc et les membres supérieurs. Dépend-elle d'une hépatite chronique, d'une lésion de la rate, d'une oblitération du système porte, ou d'une altération des glandes mésentériques, elle commence par l'abdomen, et gagne de là les extrémités inférieures. Mais, lorsque l'hydropisie reconnaît pour cause cet affaiblissement progressif qu'entraînent la fièvre hectique, les diarrhées rebelles et les diverses cachexies, alors l'infiltration commence par les extrémités inférieures ; elle se produit à la fin de la journée et disparaît vers le matin (1). Vous voyez, messieurs, que la connaissance exacte du mode de début de l'hydropisie suffira souvent pour vous en révéler l'origine.

Lorsque Austin est arrivé dans le service, la toux n'existait plus, et il n'y avait pas de signes bien évidents d'affection cardiaque ; mais la face, la poitrine, les parois abdominales, étaient le siège d'une infiltration considérable ; l'appétit était à peu près perdu ; l'urine, d'une densité de 1,029, était chargée d'albumine. Bien que ce malade ne présentât plus alors de fièvre et de dyspnée, nous avons commencé le traitement par une saignée, parce que nous avons affaire à un homme robuste, et que l'hydropisie était apparue sous l'influence du froid. Dans les cas de ce genre, vous vous trouverez souvent très-bien de débiter par une émission sanguine générale.

Nous avons prescrit ensuite un lavement laxatif et un bain de vapeur.

J'ai donné en outre, par manière d'essai, un électuaire contenant quelques diaphorétiques ; j'ai vu par là que la peau obéissait convenablement aux influences thérapeutiques, et qu'il était facile de produire des sueurs. La connaissance de ce fait a été pour moi la clef du traitement ultérieur ; il fallait suivre la voie qu'indiquait la nature, et c'est ce que vous devez faire dans toutes les circonstances semblables. N'ayez pas recours aveuglément aux mercuriaux, aux hydragogues, aux diu-

(1) Il est probable que Graves avait été tout particulièrement frappé de quelques cas exceptionnels, ou qu'il faisait rentrer dans les hydropisies par cachexie la plupart de celles qui reconnaissent pour cause une affection du cœur. Je ne puis concevoir d'une autre façon les étranges assertions de l'auteur sur la localisation primitive des infiltrations œdémateuses.

(Note du TRAD.)

rétiques ; obéissez aux indications naturelles, favorisez la diaphorèse, et soyez assurés que vous obtiendrez ainsi une guérison plus prompte, plus sûre et plus durable.

J'ai fait prendre à notre malade, trois fois par jour, une poudre composée de 4 grains (24 centigrammes) de poudre de Dover, et de 5 grains de nitrate de potasse. Ce dernier, en vertu de ses propriétés antiphlogistiques, tempère l'action de la poudre de Dover, et en prévient les effets irritants. Après que cette médication eût été continuée pendant sept ou huit jours, j'ai commencé à administrer l'opium, d'abord à la dose d'un demi-grain (3 centigr.) quatre fois par jour ; cette même quantité fut donnée toutes les quatre heures. Sous l'influence des bains de vapeur et de l'opium à la dose de 3 grains (18 centigrammes) en vingt-quatre heures, l'état de notre malade s'est merveilleusement amélioré, et l'anasarque a presque totalement disparu. Vous avez pu voir, messieurs, que l'opium n'a produit ici aucun des fâcheux effets qu'il détermine souvent. La langue ne s'est passéchée, elle n'est pas devenue sale ; l'appétit est resté intact ; les fonctions intestinales ont conservé leur régularité, les forces n'ont pas été abattues.

Or, pourquoi ai-je fait prendre de l'opium à ce malade ? Ceux d'entre vous qui suivent le service depuis quelque temps reconnaîtront que j'ai appliqué ici le même traitement que dans le diabète. Il semble en effet exister quelque analogie entre cet état morbide et l'hydropisie chronique, et l'expérience m'a démontré que cette méthode de traitement est de beaucoup la plus avantageuse. Je ne puis m'arrêter longtemps sur cette question, et je me bornerai à vous faire observer que l'opium et les autres diaphorétiques augmentent les forces, diminuent l'anasarque et la quantité d'albumine contenue dans l'urine, et amènent graduellement la convalescence, sans déterminer d'accidents du côté de la tête ou des organes digestifs.

Etudiez attentivement ce malade, je vous en prie ; car le traitement auquel je l'ai soumis diffère à tous égards de celui qu'on prescrit d'habitude. Je ne prétends point ici à un brevet d'originalité ; mais il m'est bien permis, sans doute, de vous faire remarquer que je m'éloigne en ce point des errements ordinaires. Du reste, ce traitement est inapplicable lorsqu'il existe de la fièvre, ou quelque détermination inflammatoire locale ; mais lorsque les phénomènes d'excitation générale et locale ont disparu, lorsque l'affection a une marche lente, lorsque le pouls ne présente pas de fréquence anormale, lorsqu'il n'existe enfin aucun symptôme de phlegmasie viscérale, alors vous pouvez en toute

sécurité employer une méthode qui ne vous donnera que de bons résultats.

Notre second malade est Matthew Gray ; c'est un homme d'un âge mûr et d'une constitution assez robuste. A son entrée dans le service, il nous a dit qu'il était malade depuis douze jours ; il avait de la fièvre, de la dyspnée ; il toussait, et il se plaignait d'une sensation de constriction autour de la poitrine. La toux était dure, brève et continuelle ; elle empêchait complètement le sommeil, et elle augmentait notablement toutes les fois que le malade essayait de faire une inspiration profonde. La respiration était sifflante, l'oppression considérable ; l'expectoration, peu abondante, se composait de mucosités spumeuses. Le pouls, à 84, était mou et un peu faible ; l'appétit était perdu ; il y avait des nausées fréquentes ; les membres inférieurs étaient œdématiés. La percussion de la poitrine donnait une sonorité normale ; les signes stéthoscopiques étaient ceux de la bronchite qui arrive à la période d'hypersécrétion. Il existait, en outre, des signes de congestion dans la région inféro-postérieure des poumons.

Nous avons donc affaire ici à une hydropisie survenue dans le cours d'une bronchite aiguë. J'ai fait pratiquer aussitôt une saignée, puis j'ai fait appliquer des ventouses sur les points correspondant au siège de la congestion pulmonaire. Cette émission sanguine locale a eu des effets très-remarquables : elle a apaisé la toux, calmé l'oppression, en même temps qu'elle a directement amendé la congestion. J'ai prescrit ensuite la mixture suivante, dont le malade devait prendre une grande cuillerée toutes les heures :

℞ Misturæ amygdalarum.	f. ʒ xij.
Antimonii tartarizati	granum.
Nitratis potassæ.	ʒ ij.
Tincturæ hyoscyami.	f. ʒ j ss.
Tincturæ digitalis.	f. ʒ ss.

Misce (1).

Une telle préparation convient très-bien dans un cas pareil ; elle atté-

(1) ℞ Mixture d'amandes.	288 grammes.
Tartre stibié	0gr,06
Nitrate de potasse	8 grammes.
Teinture de jusquiame.	4gr,50
Teinture de digitale	1gr,50
Mélez.	(Note du TRAD.)

nue le mouvement fébrile. et en vertu des propriétés adoucissantes et sédatives, elle calme la toux et l'irritation bronchique, en même temps qu'elle excite les fonctions des reins. Les médicaments dits adoucissants sont souvent d'une grande utilité dans le traitement de la bronchite ; souvent alors la gomme arabique, le sperma ceti, l'émulsion d'amandes, etc., vous rendront plus de service que tous les autres agents thérapeutiques. Dans le cas actuel, nous avons uni la préparation adoucissante à un sédatif et à un narcotique, et comme nous avons besoin d'exercer une action antiphlogistique, nous avons ajouté un grain (6 centigrammes) d'émétique, et deux drachmes (8 grammes) de nitrate de potasse.

Je vous ai déjà signalé les propriétés antiphlogistiques extrêmement remarquables d'une combinaison de tartre stibié et de nitre ; je n'y reviendrai donc pas. Quant aux teintures que j'ai fait entrer dans la mixture, il est évident que j'avais pour but de remédier à l'insomnie qui fatiguait le malade. Vous demanderez peut-être pourquoi je n'ai pas donné d'opium : simplement, parce que la maladie était dans sa période d'acuité, et que l'opium peut alors déterminer une excitation générale et aggraver les accidents locaux. Au lieu d'opium, j'ai administré de la jusquiame : ce médicament n'augmente pas la chaleur ; il ne cause pas de céphalalgie, et il ne tarit pas l'expectoration ; enfin, j'ai ajouté de la digitale, sédatif puissant, doué de propriétés antiphlogistiques très-marquées, et que l'on peut toujours donner avec la plus grande sécurité, lorsqu'il s'agit de combattre une inflammation.

Je ne veux point vous fatiguer en vous rapportant ici tous les détails de cette observation. Sachez seulement que j'ai réussi à produire une amélioration rapide, en modifiant graduellement mon traitement, à mesure que les symptômes inflammatoires s'amendèrent, et surtout en administrant, en temps opportun, des purgatifs énergiques. Mais je dois vous rendre compte des motifs qui m'ont guidé, et du mode d'administration que j'ai adopté. Lorsqu'une bronchite sévère a amené de la congestion pulmonaire et de l'anasarque, et que vous avez combattu les accidents aigus au moyen de la saignée, des sangsues, des ventouses, etc., alors, si la respiration est encore un peu sifflante, s'il reste un peu d'oppression et une expectoration un peu abondante, vous obtiendrez souvent les meilleurs résultats par l'emploi judicieux des purgatifs. Vous débarrasserez ainsi la poitrine, vous calmeriez l'oppression,

et vous diminuerez l'infiltration. Dans le cas actuel, j'ai prescrit au malade un bol dont je vous donne ici la formule :

℞ Pulveris jalapæ.	}	ãã gr. v.
Pulveris rhei.		
Pulveris scammonii.		
Elaterii.		gr. ss.
Bitartratis potassæ.	}	ãã 3 ss.
Sulphatis potassæ.		
Sirupi zingiberis, quantum sufficit ut fiat bolus (1).		

L'effet de ce purgatif a été très-énergique, et il a déterminé une diminution rapide de la congestion pulmonaire et de l'infiltration œdémateuse. Et, à ce propos, je vous rappellerai encore une observation du docteur Paris, que je vous ai signalée déjà bien des fois, et que je voudrais graver dans votre esprit : vous obtiendrez de beaucoup meilleurs résultats en réunissant de petites doses de plusieurs médicaments analogues, qu'en donnant un seul d'entre eux en quantité plus considérable. Combinez des substances de même nature : je veux dire par là des substances qui produisent une action identique sur l'organisme, et vous exercerez une action plus puissante que si vous prescriviez un seul de ces remèdes, bien que vous donniez alors des doses plus élevées.

C'est en vertu de ce principe général que je fais entrer dans mes formules un si grand nombre de médicaments, au lieu de prescrire une bonne dose d'un seul et même agent thérapeutique. C'est pour cela qu'au lieu de donner à la fois quinze grains de jalap, j'ai fait prendre à notre malade cinq grains de jalap, cinq grains de rhubarbe et cinq grains de scammonée ; j'ai ajouté, en outre, un demi-grain d'élaterium, et une petite quantité de bitartrate et de sulfate de potasse. L'élaterium a été fortement recommandé dans les hydropisies, lorsqu'il n'existe aucun signe d'irritation gastro-intestinale. Ce médicament exerce sur

(1) ℞ Poudre de jalap.	}	ãã 30 centigrammes.
Poudre de rhubarbe.		
Poudre de scammonée.		
Éláterium.		3 centigr.
Bitartrate de potasse.	}	ãã 2 grammes.
Sulfate de potasse.		
Sirop de gingembre.		q. s.

Faites un bol.

Note du TRAD.)

l'intestin une action très-énergique, et l'on peut juger de son efficacité contre l'anasarque par l'abondance des selles aqueuses qu'il détermine.

Telles sont les particularités les plus saillantes de l'histoire clinique de Matthew Gray ; j'ajouterai seulement que je lui ai prescrit un demi-grain (3 centigrammes) de morphine pour le soir, en raison de l'insomnie qui le fatiguait toutes les nuits. Nous avons réussi à ramener le sommeil, et c'est là un point très-important dans le traitement de toutes les affections aiguës. Aujourd'hui, nous avons laissé de côté tous les agents énergiques ; ce malade prend de la décoction de mousse d'Islande, additionnée d'un peu de teinture d'opium ; on lui donne de la gelée et du bouillon de poulet. Son état est des plus satisfaisants ; néanmoins il importe de surveiller attentivement la convalescence, et de se mettre en garde contre une rechute. Si cet homme sortait aujourd'hui de l'hôpital, il est infiniment probable qu'il retomberait bientôt dans un état plus grave que la première fois. Aussi ai-je l'intention de le garder encore un mois ou six semaines.

Du jour que j'ai été attaché au service des hôpitaux, je me suis fait une règle de ne jamais renvoyer un malade avant que sa guérison fût pleinement confirmée. Lorsque, pressé par une impérieuse nécessité, je suis contraint de prononcer l'exeat avant ce moment-là, ou lorsque les malades demandent à quitter l'hôpital prématurément, j'ai constaté maintes fois que ces individus nous reviennent invariablement beaucoup plus souffrants. Ce résultat est encore plus certain s'ils appartiennent aux dernières classes de la société, et s'ils sont exposés à toutes les influences fâcheuses que subissent les classes pauvres. Qu'un nombre plus restreint de malades profite complètement des secours hospitaliers, cela vaudra infiniment mieux que de faire passer dans les salles, pendant l'espace d'une année, un nombre considérable de personnes que l'on se hâte de renvoyer avant la fin de leur convalescence ; il est vrai que ces chiffres moins élevés feraient peut-être un moins bon effet sur les tableaux statistiques de l'administration. Ces remarques, qui sont surtout applicables aux établissements consacrés aux fiévreux, sont justifiées, je le crains, par ce qui se passe dans notre ville. Je suis du moins convaincu qu'un grand nombre des affections pulmonaires et intestinales incurables, que nous voyons toutes les années à Meath Hospital, ont été favorisées dans leur développement par cet état de débilité dans lequel sont les malades, lorsqu'ils sont renvoyés trop tôt de l'hôpital.

Les individus de la classe pauvre supportent avec une immunité relative les mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles ils vivent, aussi longtemps qu'ils sont en bonne santé ; mais il n'en est plus ainsi lorsqu'ils ont été abattus par la fièvre, lorsqu'ils ont été *traités* ou *maltraités* par des moyens énergiques, et qu'on les fait néanmoins sortir de l'hôpital huit ou dix jours après la crise. Il est facile de comprendre combien ces pauvres diables auront à souffrir. Quel effet va produire sur ces malheureux, si profondément affaiblis, l'abandon de nos salles chaudes et confortables, pour leurs mansardes et leurs grabats humides et désolés ! Ajoutez à cela que bon nombre de ces individus, au moment de leur sortie, sont encore sous l'influence mercurielle, et que d'autres ont les cheveux très-courts, parce qu'on a dû leur raser la tête. De là des refroidissements dont l'effet se fait sentir sur les oreilles et sur les yeux ; beaucoup deviennent sourds, d'autres prennent des ophthalmies, sans parler de ceux chez lesquels les suites du typhus febril produisent des affections incurables : en vérité, le nombre de ces derniers est tellement considérable, que si l'on faisait entrer en ligne de compte tous ces éléments, on arriverait à cette épouvantable conclusion, que les hôpitaux pour les fièvres sont beaucoup moins utiles qu'on ne le croit généralement.

Occupons-nous maintenant de Garret Kane, un autre malade de notre service des chroniques. Il est âgé de quarante-cinq ans, et il commence à ressentir les funestes effets de ses habitudes d'intempérance ; il en est ainsi, du reste, de la plupart de ses compatriotes, qui payent tôt ou tard leur goût trop prononcé pour le whisky. Cet homme souffrait déjà depuis plusieurs mois lorsqu'il est venu à l'hôpital ; aujourd'hui il est atteint d'une anasarque générale qui affecte la poitrine et les membres ; il y a en outre un peu d'ascite. Or, je veux vous rendre compte des motifs qui m'ont guidé dans le choix du traitement auquel j'ai soumis ce malade. Remarquez d'abord qu'il s'agit ici d'une hydroisie chronique ; secondement, il n'existe pas de fièvre ; troisièmement, un traitement mercuriel n'a déterminé qu'une amélioration momentanée : les accidents ont reparu plus graves qu'auparavant ; enfin cette hydroisie est compliquée d'une diarrhée opiniâtre ; dès lors les purgatifs sont formellement contre-indiqués ; il en est de même des diurétiques : car vous n'ignorez pas sans doute que tous les médicaments diurétiques agissent plus ou moins sur l'intestin. J'ai surtout en vue en ce moment l'acétate et le nitrate de potasse, la térébenthine, le colchique, la scille, et beaucoup d'autres agents du même ordre. En fait,

la plupart des diurétiques agissent comme purgatifs, et les autres irritent la muqueuse intestinale.

Les douleurs intestinales dont se plaignait le malade nous interdisaient les diurétiques et les purgatifs ; l'absence de symptômes inflammatoires contre-indiquait la saignée et les ventouses ; d'un autre côté, nous ne pouvions songer à donner le mercure : notre champ d'action était donc extrêmement limité. Voyant que cet homme avait beaucoup d'appétit et une soif très-vive ; prenant en considération, d'autre part, l'état albumineux de l'urine, l'absence de fièvre et d'inflammation locale, je me décidai à essayer de la poudre de Dover à la dose d'un scrupule (1^{er},30) par jour, dose que je comptais élever progressivement jusqu'à une demi-drachme (2 grammes) et même 2 scrupules en vingt-quatre heures. Je vous l'ai déjà dit, messieurs, je ne puis m'empêcher de voir une certaine analogie entre les cas de ce genre et les cas de diabète : dans les deux états morbides, vous observerez dans le sang la même tendance à se dépouiller de ses principes aqueux ; dans les deux états, la soif est ardente et l'appétit insatiable ; dans les deux états, enfin, l'urine renferme des matières animales. La différence principale, c'est que, dans l'une des affections, la sérosité est épanchée dans le tissu cellulaire et dans la cavité du péritoine, tandis que, dans l'autre, elle est éliminée par l'intermédiaire des reins. Ce sont ces analogies qui m'ont déterminé à prescrire ici la poudre de Dover.

Chez notre malade, il s'est formé une petite ulcération sur l'un des membres inférieurs : cette ulcération, qui atteint le tissu sous-cutané, a une profondeur de deux ou trois lignes ; une grande partie du liquide infiltré s'est échappée par là, et l'écoulement continue encore aujourd'hui. C'est là, selon moi, une circonstance très-heureuse ; l'accumulation excessive de la sérosité dans le tissu cellulaire est ainsi prévenue. Avant la formation de cette ulcération, j'avais fait ponctionner avec une aiguille le scrotum et le prépuce, qui étaient énormément distendus. Il faut faire ces piqûres avec une grande rapidité, afin de causer le moins de douleur possible ; du reste, l'aiguille ne doit traverser que l'épaisseur de la peau. Le nombre des ponctions peut varier de vingt à cinquante et soixante, selon le volume et la distension des parties ; elles doivent être distantes les unes des autres d'un demi-pouce au moins.

Si vous suivez ces préceptes, vous réussirez à évacuer le liquide infiltré sans courir le risque de causer un érysipèle, dont les conséquences pourraient être désastreuses. Pour ces ponctions, l'aiguille vaut infiniment mieux que la lancette ; celle-ci irrite beaucoup plus la peau, et

favorise par cela même la production de l'érysipèle. L'emploi judicieux de l'acupuncture dans les hydropies chroniques rend souvent de grands services ; une fois que le liquide infiltré dans le tissu cellulaire a été évacué, celui qui est contenu dans la cavité péritonéale est beaucoup plus promptement absorbé ; parfois même ces ponctions exercent sur l'ascite une influence tellement rapide, qu'on serait tenté de croire qu'il existe quelque communication directe entre le tissu sous-cutané et la cavité close du péritoine. Quoi qu'il en soit, les résultats sont souvent aussi favorables que si cette communication était réelle. Ces phénomènes démontrent la transmissibilité des liquides à travers les membranes vivantes.

Le fait suivant est un exemple remarquable de ce que j'appellerais volontiers *la guérison spontanée d'une ascite chronique*.

J'ai été consulté, il y a quelques années, par mon collègue le docteur Porter, au sujet d'une ascite. La malade, qui habitait aux environs de Dublin, était alors hydrogique depuis huit ans. Le ventre, énormément distendu, dépassait chez elle les dimensions qu'il présente au neuvième mois de la grossesse. La percussion y révélait une fluctuation non douteuse. Du reste, il n'était pas douloureux, et ne présentait aucune sensibilité à la pression. L'état général de cette dame était satisfaisant ; elle ne se plaignait que de la difformité et de la gêne que produisait cette énorme collection de liquide.

Cette ascite s'était développée très-lentement ; elle avait commencé neuf ans auparavant, et, pendant tout ce temps, elle s'était accrue d'une manière également progressive. Dans de telles circonstances, on ne jugea pas utile d'instituer un traitement. J'étais moi-même le médecin de plusieurs des membres de cette famille, et j'avais de fréquentes occasions d'observer cette dame. Un jour, le développement du ventre cessa de faire des progrès, et depuis une année l'affection était évidemment stationnaire.

Ainsi allèrent les choses pendant quatre ans encore. Le début de cette ascite remontait à treize années, lorsque je fus mandé auprès de cette dame dans les circonstances suivantes. Les règles, qui avaient toujours été régulières, mais très-peu abondantes, étaient devenues subitement plus copieuses et plus fréquentes ; elles revenaient tous les quatorze, tous les seize jours, et elles duraient pendant six ou sept jours. Bientôt après survinrent des évacuations d'urine extrêmement abondantes, et le ventre diminua rapidement de volume. La diurèse était si considérable, l'affaissement de l'ascite était si soudain, que la

malade et ses parents en étaient également alarmés. Cette dame accusait une grande faiblesse ; je lui conseillai de prendre du vin cuit , et j'appliquai un bandage compressif sur le ventre. Une semaine ne s'était pas écoulée que des sueurs nocturnes apparurent, qui hâtèrent encore la disparition de l'hydropisie ; il n'en restait pas le moindre vestige quinze jours après le début de la diurèse, et la paroi abdominale, lâche et pendante, ressemblait, pour me servir de l'expression de la malade, à une bourse vide. Peu à peu les phénomènes de diurèse cessèrent. Les sueurs disparurent également ; la menstruation reprit ses caractères normaux ; un régime substantiel rendit à cette dame les forces qu'elle avait perdues, et, au grand étonnement de tous ses amis, elle reparut dans le monde avec une taille fine et élancée.

Ce fait démontre qu'il existe des rapports intimes entre l'écoulement menstruel et la sécrétion péritonéale ; l'intérêt qui se rattache à cette question est trop évident pour qu'il soit besoin d'y insister.

Occupons-nous actuellement des convulsions qui surviennent dans le cours des hydropisies chroniques. Les convulsions de l'hydrocéphalie ont dès longtemps éveillé l'attention des médecins ; mais celles dont je veux vous parler aujourd'hui présentent des caractères essentiellement différents. J'en ai déjà observé trois exemples : dans les trois cas, les accès convulsifs ont éclaté soudainement et de la façon la plus imprévue. Un gentleman, d'une soixantaine d'années, très-sobre dans sa manière de vivre, d'une santé un peu délicate, avait été pris d'anasarque sans cause appréciable : l'œdème avait commencé par les pieds, et, au bout de quelques semaines, il avait gagné les parois de l'abdomen. Au début de ces accidents, le malade toussait un peu, et il rendait des crachats très-abondants ; depuis il perdit visiblement ses forces ; l'urine était devenue rare. Cet état de choses persista pendant un mois ; une médication légèrement diurétique n'avait pas amené grande amélioration, lorsque ce gentleman fut pris tout à coup, au milieu de la nuit, de convulsions violentes avec perte de connaissance, et turgescence de la face ; plusieurs phénomènes rappelaient l'accès d'épilepsie. Après cette attaque, le malade avait la peau chaude, le pouls rapide ; il éprouvait une céphalalgie des plus violentes ; il était dans un état d'agitation extrême. On administra aussitôt des purgatifs, on fit des applications froides sur la tête ; des sangsues placées aux deux bras fournirent un écoulement de sang très-abondant. Pendant trois jours, les accès convulsifs se sont reproduits plusieurs fois avec une intensité

variable ; puis ils ont fini par cesser, la fièvre est tombée peu à peu, la sécrétion urinaire est devenue plus abondante, et l'anasarque a disparu. Aucun accident n'a troublé la convalescence, et depuis lors ce gentleman a joui d'une parfaite santé.

Voici mon second fait :

Un jeune homme de dix-sept ans environ était atteint d'anasarque et d'ascite depuis plusieurs mois ; j'avais été appelé auprès de lui par M. Young, de Chatham-street. Ce malade ne présentait aucune réaction fébrile, et nous ne pouvions découvrir chez lui aucune affection organique ; parfois seulement, la région épigastrique était tendue et un peu douloureuse. L'urine contenait une forte proportion d'albumine.

Je passe rapidement sur les détails du traitement ; sachez seulement que les *affusions froides*, l'*acupuncture* et la *diète animale* avaient également échoué.

Cependant la santé du malade n'était pas compromise, l'appétit était resté bon. Tel était l'état de ce jeune homme depuis près de six mois, lorsqu'il fut pris d'une somnolence subite qui finit par un épouvantable accès convulsif ; celui-ci présenta la plus grande ressemblance avec une attaque d'épilepsie. Ces convulsions se prolongèrent près d'une demi-heure avec une violence variable. Après l'accès, le pouls perdit de sa fréquence, la fièvre s'alluma, et il y eut des symptômes évidents de congestion encéphalique. Pendant les deux jours suivants, les accidents convulsifs se sont répétés à plusieurs reprises ; parfois le malade était dans l'insensibilité la plus complète ; néanmoins ces phénomènes cérébraux ont alors disparu sans laisser de traces. Mais la fièvre a persisté, et tout récemment nous avons vu éclater une inflammation abdominale des plus violentes ; cette phlegmasie a cédé à son tour, mais elle a été presque immédiatement suivie d'un épanchement séreux dans les deux cavités pleurales. Cet épanchement s'est formé avec une très-grande rapidité, et dans l'espace de vingt-quatre heures notre malade est mort asphyxié (1).

Quant au troisième fait, je ne l'ai pas observé moi-même, mais il a

(1) Il est fort probable qu'il s'agit ici de convulsions uréniques, car l'urine du malade renfermait une grande proportion d'albumine. Quant au premier fait, il est plus difficile d'en démêler la véritable signification, parce que l'état de l'urine n'est pas signalé ; cependant, en raison de la similitude des manifestations convulsives, je ne serais pas éloigné de voir là encore un exemple d'encéphalopathie albuminurique. La guérison n'est point une objection absolue contre cette interprétation, car les exemples analogues sont déjà assez nombreux aujourd'hui ; il est même à remarquer que,

été suivi par le docteur Dwyer, et vous pouvez avoir la plus entière confiance dans l'exactitude de la relation que je vais vous lire :

« Moran, ouvrier, âgé de quarante ans, est atteint d'anasarque et d'ascite ; on croit qu'il existe chez lui une hypertrophie du foie. Lorsque je l'ai vu pour la première fois, une légère dyspnée était venue aggraver encore son état habituel. Après avoir été soumis sans résultat à une médication purgative et diurétique, cet homme fut envoyé à l'hôpital ; là il subit trois fois de suite la salivation mercurielle, puis il fut renvoyé. Peu de temps après, s'étant exposé au froid et à l'humidité, il eut une récurrence, et lorsque je fus de nouveau appelé auprès de lui, je le trouvai dans un état encore plus grave que la première fois. Redoutant un nouveau traitement mercuriel, cet homme refusa de rentrer à l'hôpital ; en conséquence, je me mis en mesure de le soigner chez lui. Je lui fis prendre des cathartiques hydragogues et des diurétiques, et pendant un mois je réussis plusieurs fois à diminuer d'une manière notable les phénomènes d'hydropisie.

« Mais cette amélioration, je dois le dire, n'était jamais que momentanée, et j'en étais venu à regarder cette affection comme incurable, lorsque je fus mandé en toute hâte auprès du malade. Je le trouvai sans connaissance. Il était couché sur le dos ; sa figure était congestionnée, et ses pupilles dilatées ; le pouls était mou et très-lent ; la respiration était stertoreuse. Les assistants m'affirmaient qu'il n'y avait pas eu de convulsions. Comme ces accidents étaient survenus soudainement, je les attribuai à une apoplexie séreuse, résultant d'un épanchement rapide dans les ventricules cérébraux, et conséquemment je ne doutai pas d'une terminaison funeste. Néanmoins je fis administrer des lavements à la térébenthine, et je fis appliquer des vésicatoires sur le cuir chevelu. Le lendemain, j'eus la satisfaction de voir que mon malade avait repris connaissance ; cependant il ne pouvait pas encore parler. Mais, au bout de peu de jours, la faculté de la parole lui était revenue, et il se trouvait à peu près dans le même état qu'avant cette attaque.

« Quinze jours plus tard, les mêmes accidents reparurent ; mais l'accès fut plus grave, et il y eut quelques mouvements convulsifs dans les muscles de la face et des membres. Cette fois encore, je crus le malade perdu ; je ne croyais pas qu'il pût recouvrer sa connaissance. Je le

dans tous les cas de ce genre, le traitement qui a amené la disparition des accidents cérébraux a été semblable à celui qu'avait institué Graves chez son malade.

(Note du TRAD.)

soumis cependant au même traitement, et j'obtins les mêmes résultats ; le coma devint peu à peu moins profond, le pouls perdit de sa lenteur, et au bout de deux jours le malade était sorti de cette nouvelle crise ; mais il ne pouvait pas parler, et il lui restait à droite un peu d'affaiblissement musculaire, qui allait presque jusqu'à la paralysie. Dès lors les phénomènes morbides persistèrent pendant quelque temps, sans aucune modification ; le malade retombait parfois dans le coma, puis il revenait assez à lui pour reconnaître sa femme. Vers cette époque, la parole devint un peu plus facile, et les accidents de paralysie diminuèrent également ; ce changement ne pouvait pas être attribué à une influence thérapeutique, car, depuis longtemps, Moran se refusait à prendre aucun médicament.

« Le vésicatoire que j'avais fait appliquer, lors de la première attaque, sur le cuir chevelu et sur la nuque, avait amené de la suppuration ; je la fis entretenir au moyen de topiques convenables, et je pris congé d'une famille qui n'avait plus aucune confiance dans les ressources de la médecine. Cependant je laissai au malade quelques pilules diurétiques, et une potion du même genre, et je priai sa femme de m'avertir s'il survenait quelque chose de nouveau. Au bout d'une semaine, je n'avais pas entendu parler de mon homme : curieux de savoir ce qu'il en était advenu, je me rendis chez lui, certain d'avance que j'allais apprendre sa mort. Quel ne fut pas mon étonnement de le voir, à mon approche, quitter sa chaise, se camper fièrement devant moi, et répondre à ma demande timide : « Quoi de nouveau ? » par ces paroles : « Jeme porte maintenant aussi bien que vous ! » Je crus tout naturellement que la folie avait succédé à l'hydropisie, mais j'eus bientôt la preuve que mon malade était parfaitement dans son bon sens. Il avait pris, me dit-il, mes pilules et ma potion à doubles doses ; il en était résulté une diurèse abondante, rapidement suivie de la disparition de l'hydropisie. Il n'éprouvait plus alors qu'un peu de faiblesse ; au bout de quelque temps il était parfaitement remis, et depuis un an et demi il a pu reprendre son travail de charretier. »

Je vais vous rapporter un quatrième exemple de cette affection ; vous y verrez la preuve de l'efficacité puissante des affusions froides, dans les convulsions qui surviennent chez les hydropiques. Il n'est pas de pratique plus vulgaire, vous le savez, que les applications froides sur la tête, dans les affections du cerveau ; mais l'emploi des affusions froides dans les convulsions des enfants et des jeunes gens n'a pas encore été suffisamment étudié ; tout au moins les personnes qui ont suivi

la pratique des médecins les plus éminents de Dublin disent-elles n'avoir vu que bien rarement appliquer cette médication. Je crois cependant que quelques-uns d'entre eux connaissent son efficacité ; mais ce qui est certain, c'est qu'elle n'a jamais été généralement adoptée. Le docteur Ireland est le premier de mes confrères par qui je l'ai vue employée : c'était chez un enfant de deux ans, qui guérit parfaitement.

Le fait suivant est le plus remarquable de tous ceux que j'ai observés :

J'avais été prié par deux amis de donner des soins à un jeune garçon de neuf ans, qui, après une scarlatine des plus graves, avait été pris d'anasarque d'abord, puis de convulsions. Ces dernières étaient survenues tout à coup à six heures du matin, trois heures avant ma visite ; les accès convulsifs avaient été si violents, ils se succédaient avec une telle rapidité, qu'à neuf heures le petit malade était moribond. Ses yeux, horriblement déviés, étaient fixes et sans expression ; le facies était cadavérique ; les extrémités étaient glacées ; le pouls, d'une faiblesse extrême, était si fréquent (145 à 150), qu'il ne pouvait être compté avec précision. La contractilité musculaire paraissait totalement perdue ; pendant les courts instants de répit que lui laissaient les convulsions, l'enfant ne pouvait parler, et un râle trachéal de sinistre augure semblait être l'avant-coureur de la mort.

Après cette description, qui n'est empreinte d'aucune exagération, j'ai à peine besoin d'ajouter que nous tenions le malade pour perdu. Notre premier soin fut de le placer entre les bras d'un infirmier robuste, qui le maintint, autant que possible, dans la position assise ; nous nous proposions par là de faciliter la respiration, et de diminuer la congestion cérébrale. Ceux qui ont assisté souvent aux derniers moments des malades savent fort bien qu'on peut retarder de beaucoup leur fin, en les changeant fréquemment de position, et surtout en évitant de les laisser dans la station horizontale. De cette façon, en effet, on prévient la congestion sanguine des poumons, on empêche jusqu'à un certain point l'accumulation des mucosités dans les bronches ; ces organes restent par conséquent plus longtemps perméables, et l'on seconde ainsi les derniers efforts de l'appareil respiratoire.

Je reviens à notre petit malade. Au moyen d'une bouilloire nous avons fait arriver un filet d'eau froide sur sa tête, et les effets de cette médication ont été des plus satisfaisants : au bout de quelques instants, les yeux ont pris une expression plus naturelle, leur fixité convulsive a disparu ; en même temps le pouls est devenu plus net et moins fréquent. Bref, les accidents ont perdu leur caractère menaçant, l'enfant

a pu rejeter les mucosités qui obstruaient ses bronches, et qui causaient le râle trachéal (1). Au bout d'une demi-heure, l'amélioration était tellement sensible, que le malade pouvait avaler et parler. Cependant tout n'était pas dit. Le lendemain, les convulsions reparurent à plusieurs reprises, mais la durée des accès allait s'amointrissant, et chaque fois les affusions froides en abattaient la violence. Assis auprès du lit de l'enfant, j'ai plus d'une fois annoncé l'invasion d'un accès, en examinant les pulsations des carotides, qui devenaient alors plus pressées et plus fortes. Remarquez, messieurs, qu'à ce moment même les battements de la radiale s'affaiblissaient, et devenaient moins distincts, et vous aurez là un sujet de réflexions fort intéressantes *sur les déterminations sanguines locales*.

Il va sans dire que nous ne perdions pas dans l'inaction le temps précieux que nous avions gagné ; nous avons immédiatement fait appliquer des sangsues au cou, nous avons fait donner des lavements purgatifs, et nous avons institué un traitement mercuriel interne et externe, pour déterminer une salivation rapide. Je vous recommande, en pareil cas, l'application de l'onguent mercuriel dans l'aisselle ; ce procédé suffit souvent à lui seul pour affecter la bouche au bout de peu de jours. Les mouvements du malade tiennent lieu de frictions, et cette partie de la peau, qui semble posséder un pouvoir absorbant et un pouvoir exhalant très-actifs, est plus à l'abri du contact des couvertures, etc., que le reste de la surface cutanée, de sorte que la pommade est moins facilement enlevée (2).

Quant aux émissions sanguines locales, lorsqu'il se fait un mouvement congestif vers la tête, l'expérience m'a appris qu'il ne faut, dans aucun cas, mettre des sangsues aux tempes. Cette règle, que je regarde comme fort importante, doit être observée dans toutes les affections cérébrales aussi bien dans le typhus fever que dans l'apoplexie, la paralysie, l'hydrocéphalie, etc. Dans tous les cas de ce genre, les accidents peuvent être aggravés par une application de sangsues aux tempes, tandis que si vous les placez derrière les oreilles, ou ce qui vaut mieux encore, sur un des côtés du cou, vous échappez à ce dan-

(1) Il n'existait chez cet enfant aucune affection de l'appareil broncho-pulmonaire. par conséquent le râle trachéal avait une signification des plus sinistres.

(L'AUTEUR.)

(2) Il est fort regrettable que les caractères de l'urine ne soient point indiqués dans l'observation précédente, surtout en raison de la scarlatine qui avait précédé.

(Note du TRAD.)

ger. Je dis sur un des côtés, et non pas sur les deux, parce qu'une fois les sangsues tombées, nous pouvons diriger à notre gré l'écoulement de sang, avec beaucoup moins d'ennuis pour le malade.

L'application du froid sur la tête, dans diverses maladies, pourrait être le sujet d'une monographie fort intéressante. Aujourd'hui, les médecins ne sont pas suffisamment renseignés sur les différents degrés de froid qui conviennent le mieux aux états si divers des organes encéphaliques ; ils ne savent pas davantage quels sont les meilleurs procédés de l'application du froid et cette ignorance, j'en suis sûr, est la source de beaucoup de fautes. Je me rappelle un cas de typhus fever, dans lequel l'application inconsidérée de la glace sur la tête donna lieu, sur l'heure, à un accès de manie ; dans une autre circonstance, on eut toutes les peines du monde à arracher à la mort une jeune personne chez laquelle l'application continuelle de l'eau froide sur la tête avait amené un état de collapsus, sans remédier en rien à l'affection locale (1).

Lorsqu'il s'agit de combattre, dans le cours d'un typhus fever, une céphalalgie violente, la douche froide en jet d'une certaine hauteur rend souvent de très-grands services : ce moyen a été recommandé par le docteur Smith, dans son excellent ouvrage. Mais, dans les affections convulsives du genre de celles qui nous occupent, ce procédé est trop violent ; le filet d'eau doit alors être peu considérable ; il ne faut pas le faire tomber de haut, et il faut suspendre l'affusion dès que l'accès est terminé : on y revient à chaque paroxysme. Un éminent praticien de cette ville m'a dit avoir vu deux fois l'application peu judicieuse des affusions froides dans la manie donner lieu à des convulsions mortelles. Du reste, messieurs, l'efficacité de ces affusions dans le *delirium tremens*, dans l'asphyxie, dans l'empoisonnement par l'acide prussique, nous montre assez que ce moyen est trop puissant pour qu'on puisse l'employer à la légère.

(1) Dans un ouvrage récemment publié par G. T. Vigne (*Voyage dans la vallée de Kashmir*), nous trouvons décrite une singulière coutume du pays de Simla, dans laquelle on peut trouver la preuve de l'effet du froid sur les fonctions cérébrales : « Personne ne visite Simla sans aller à Amadale payer un rupi pour voir une mère endormir son enfant ; elle le couche de façon qu'il reçoive sur le derrière de la tête, pendant deux ou trois heures, un petit filet d'eau. Les naturels disent que cette pratique est excellente ; que leurs pères ont fait ainsi avant eux, et qu'ils continueront à faire de même ; ils reconnaissent cependant que plusieurs de leurs enfants succombent sous l'influence d'un tel traitement. » (Page 29.)

Le jeune garçon qui a été le sujet de ces réflexions était guéri au bout de quelques semaines, et il est aujourd'hui en parfaite santé. Lorsque j'ai publié la relation de ce fait, j'ignorais que le docteur Heim, praticien distingué de Berlin, eût employé avec le plus grand succès, dans le coma et dans les convulsions de l'hydrocéphalie, les affusions froides au moyen d'un petit filet d'eau (Richter's, *Specielle Therapie*). M. Heim prolonge l'affusion jusqu'à ce que le malade ait repris connaissance, ou jusqu'à ce que les convulsions aient cessé, et il fait de même à chaque paroxysme. Cette médication lui a réussi dans des cas qui paraissaient désespérés. Il ajoute que cette méthode de traitement exige beaucoup d'attention et beaucoup de persévérance. Aussi longtemps que dure l'affusion, l'enfant doit être tenu par un aide ; son cou et ses épaules doivent être préservés au moyen d'un foulard de soie huilé ; il faut, en effet, que l'application du froid soit rigoureusement limitée à la tête, et il importe de veiller avec soin à la conservation de la chaleur du reste du corps.

Je ne sache pas que les accidents cérébraux de l'hydropisie aient été décrits avant moi. Les auteurs parlent bien de l'apoplexie comme pouvant faire périr subitement les malades hydropiques, et ils attribuent la mort, avec toute raison, à un épanchement séreux dans les ventricules du cerveau ; j'ai moi-même observé des cas de ce genre. Mais les faits que je vous ai rapportés me paraissent dépendre d'une autre cause, à savoir, d'une fluxion sanguine vers la tête. Chez le malade du docteur Dwyer, cette congestion a abouti à une hémorrhagie qui a déterminé une paralysie du côté opposé à la lésion.

Ce fait, ainsi que la répétition des accidents, démontre qu'il ne s'agit point ici d'un épanchement de sérosité. Dans tous les cas que j'ai observés moi-même, ces symptômes cérébraux provenaient certainement d'une congestion sanguine ; il existait en même temps un mouvement fébrile et des phénomènes d'excitation du côté du système vasculaire.

D'un autre côté, sur nos quatre malades, trois ont guéri. Ce résultat nous montre que les convulsions, le coma et la perte de la parole dans l'hydropisie chronique ne sont point des accidents aussi funestes qu'on l'a prétendu (1). Il semblerait même que si le malade est soumis à un

(1) « Tödliche Zeichen in der Wassersucht sind Schlagsucht und Aphonie, sagt Richter. »

(L'AUTEUR.)

« Dans l'hydropisie, dit Richter, le coma et l'aphonie sont des signes mortels. »

(Le TRAD.)

traitement convenable, il a plus de chances qu'auparavant de guérir de son hydropisie. Il n'est pas moins surprenant que, dans tous les faits que je vous ai cités, les symptômes cérébraux aient complètement disparu ; il y a là un contraste frappant avec les convulsions presque fatalement mortelles de l'ictère, dont nous nous sommes entretenus dans notre dernière conférence.

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON.

MALADIES DES FEMMES.

PHLÉBITE. — PHLEGMATIA DOLENS. — MÉTRITE. — MANIE PUERPÉRALE.

Causes de la phlébite.— Caractères différentiels de la phlébite et de la *phlegmatia dolens*. — Traitement.

Phlegmatia dolens. — Nature et causes. — Traitement. — Doctrine de l'auteur. — Observation d'une *phlegmatia dolens* de l'œil.

Remarques sur un cas de métrite.— Manie puerpérale — Observation.— Diagnostic du délire par congestion cérébrale et du délire par excitation nerveuse. — Lésions anatomiques dans la manie puerpérale.

MESSIEURS,

Une pauvre femme, Mary M'Quade, entrant, il y a peu de jours, dans le service. Atteinte d'une fièvre qui a déterminé chez elle une prostration considérable, de l'agitation et de l'anxiété, cette malade présente, en outre, une affection locale des plus sérieuses : la jambe droite est enflée jusqu'au genou, au point d'avoir le double de son volume naturel ; une large plaque érysipélateuse occupe l'avant-pied et s'étend de chaque côté jusqu'aux malléoles. La cuisse est également tuméfiée dans ses deux tiers inférieurs, de sorte que l'enflure comprend plus des deux tiers du membre inférieur. Les téguments sont énormément distendus ; la jambe est très-douloureuse, surtout à sa partie interne, et la sensibilité est si grande sur le trajet des veines et des lymphatiques, que la moindre pression sur ces points est intolérable.

Nous avons donc affaire ici à une tuméfaction inflammatoire du membre inférieur ; dès lors se présente cette question : Dans quel tissu a débuté le travail morbide, quels sont les traits caractéristiques de cette affection ? Avant d'aborder cette discussion, il ne sera pas inutile

de vous faire observer que ces accidents se sont développés sous l'influence du froid. Lorsqu'un individu, dans de mauvaises conditions d'ailleurs, est exposé à l'action du froid, il est généralement atteint d'une inflammation ; quant à la nature, quant au siège de cette phlegmasie, ils dépendent d'un grand nombre de causes diverses. Lorsque les extrémités inférieures ont été plus spécialement frappées, vous pouvez voir se développer une inflammation du tissu cellulaire ou bien une phlébite, comme chez notre malade ; enfin les lymphatiques, à leur tour, peuvent être primitivement et presque exclusivement atteints.

Dans certains cas, ce sont les artères qui sont prises. J'ai publié avec le docteur Stokes, dans les *Dublin hospital Reports*, l'histoire d'un malade qui, à la suite d'un refroidissement, fut atteint d'une artérite ; celle-ci eut pour résultat la gangrène du membre et la mort. Toutefois l'action du froid sur les extrémités inférieures donne bien plus souvent lieu à la phlébite. J'en ai rapporté, avec le docteur Stokes, un exemple dans lequel l'influence de cette cause est nettement appréciable. Ce fait a été consigné par le docteur Lee, dans son excellent article *Phlegmatia dolens*, du *Cyclopædia of practical medicine*.

En résumé, messieurs, le gonflement douloureux des extrémités qui se développe sous l'influence du froid, peut dépendre de l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané, ou d'une lymphangite, ou d'une phlébite, ou bien enfin d'une artérite. Or, lorsque la phlegmasie débute par le tissu cellulaire, elle atteint fréquemment, dans sa marche envahissante, les vaisseaux lymphatiques et les veines ; il est fort rare, au contraire, qu'elle se propage aux artères, qui, profondément situées, n'ont aucun rapport direct avec la couche sous-cutanée. En fait, rien n'est plus commun que de voir une inflammation qui a débuté par le tissu cellulaire, aboutir à une phlébite et à une affection des lymphatiques. C'est même là ce qui paraît constituer la *Phlegmatia dolens*, cette inflammation toute spéciale qui attaque rarement les deux membres inférieurs à la fois, qui est plus fréquente chez les femmes, et qui présente comme caractères distinctifs : un gonflement qui ne cède pas sous l'influence de la pression, une sensibilité extrême de la peau, une pâleur remarquable de tout le membre affecté, une augmentation sensible de la température, et une altération plus ou moins prononcée des fonctions locomotrices. Cette inflammation produit dans le tissu cellulaire l'exsudation d'un liquide composé de sérosité et de lymphe plastique ; ce liquide exsudé détermine un gonflement un peu dur, qui pré-

sente une certaine résistance, et qui ne garde pas l'empreinte des doigts, comme le gonflement de l'anasarque. Tels sont les phénomènes du début ; au bout de quelque temps, le travail phlegmasique s'étend aux tissus voisins, et gagne les veines et les lymphatiques, circonstance qui a conduit beaucoup de médecins, entre autres le docteur Lee, à regarder la phlébite comme le point de départ des accidents. Cette manière de voir n'est point conforme à la réalité ; l'opinion qui voit dans la *phlegmatia* une inflammation des lymphatiques, n'est pas plus exacte. Lymphatiques et veines peuvent être compromis dans la *phlegmatia dolens* ; mais cette affection diffère, à beaucoup d'égards, de la phlébite et de la lymphangite franches.

Chez notre femme, l'inflammation paraît avoir débuté par les veines ; or, si vous examinez les choses de près, vous découvrirez quelques différences essentielles entre cette phlébite et la *phlegmatia dolens*. Chez la malade de notre service, le membre est assurément fort douloureux ; mais vous n'observez pas cette douleur névralgique *exquise* qui appartient à l'autre affection. L'aspect brillant, propre à la *phlegmatia dolens*, fait également défaut, ainsi que la blancheur cadavérique qui en est le caractère distinctif. De plus, chez Mary, la douleur est plus localisée ; elle se fait sentir principalement à la partie interne du membre, sur le trajet des veines et des lymphatiques. Tout en tenant compte de ces différences, il faut reconnaître cependant que ces deux affections présentent plusieurs points de contact : ici, par exemple, tout comme dans la *phlegmatia dolens*, les mouvements du membre sont fortement compromis. N'oubliez pas que ce dernier symptôme a déjà quelque peu cédé au traitement ; la malade peut aujourd'hui soulever son membre en totalité et fléchir la jambe sur la cuisse.

Il n'est pas sans intérêt de rechercher la cause de cette impuissance musculaire, qu'on observe si souvent dans la *phlegmatia dolens*, dans la phlébite et dans l'inflammation du tissu cellulaire des membre inférieurs. Pour moi, je crois que ce symptôme résulte d'une impression anormale exercée sur les ramifications ultimes des nerfs sensitifs ; cette impression, transmise par les cordons nerveux jusqu'à la moelle épinière, retentit, par un trajet réfléchi, sur les nerfs musculaires du membre. Dans mes leçons sur la paraplégie, j'ai traité ce sujet tout au long, et je vous ai cité plusieurs exemples de paralysie produite par l'action d'une impression anormale sur les extrémités périphériques des nerfs cutanés ; telle est aussi, selon moi, la nature de l'altération des facultés motrices dans la phlébite et dans la *phlegmatia*.

Dans un grand nombre de paralysies, la première période de l'affection coïncide avec une hyperesthésie de la partie atteinte ; ce phénomène est bien propre à montrer que la source première du mal réside dans les extrémités des nerfs sensitifs ; d'ailleurs, dans l'ordre de faits qui nous occupent, la perte des mouvements est souvent accompagnée de troubles de la sensibilité. Or, que voyons-nous dans la *phlegmatia dolens* et dans la phlébite ? Une sensibilité cutanée extrêmement vive et une diminution plus ou moins considérable des mouvements (1).

Chez notre malade, l'inflammation s'est graduellement étendue au tissu cellulaire et aux lymphatiques. Lorsque ces derniers vaisseaux sont enflammés, ils se tuméfient et donnent la sensation de cordons noueux ; en même temps, on voit apparaître des plaques érysipélateuses sur les points où plusieurs lymphatiques sont atteints à la fois. C'est précisément ce qui a lieu dans le cas actuel ; une plaque d'érysipèle recouvre le pied et les malléoles. Je n'ai pas besoin d'ajouter, je pense, que, dans une telle conjoncture, l'apparition de cette rougeur, d'apparence érysipélateuse, mérite toute l'attention du médecin, puisqu'elle peut lui révéler une lésion qui a été peut-être le point de départ de toute la série des phénomènes morbides. Chez cette femme, cependant, cette rougeur était simplement une manifestation symptomatique ; elle n'avait aucun rapport avec la cause de la maladie.

Dans un cas pareil, messieurs, le traitement ne doit pas être purement antiphlogistique. La fièvre qui accompagne l'inflammation des veines est d'un caractère lent, presque typhoïde, et la prostration survient de très-bonne heure. Les rapports spéciaux qu'affecte le système veineux avec le reste de l'économie, les phénomènes propres à l'inflammation des vaisseaux à sang noir, l'abattement profond qu'elle détermine presque d'emblée, telles sont les circonstances qui contre-indiquent ici les émissions sanguines générales. En revanche, les saignées locales répétées donnent d'excellents résultats ; ce moyen de traitement est d'autant plus opportun dans la phlébite, que cette inflammation passe très-rapidement à la période de suppuration.

En conséquence, j'ai fait appliquer chez notre malade quarante sangsues sur le côté interne du membre, et j'ai prescrit à l'infirmière de faciliter l'écoulement du sang par des fomentations chaudes. Lorsque les piqûres ont cessé de donner du sang, on a couvert la jambe de com-

(1) Cette diminution des mouvements ne serait-elle pas tout simplement le résultat de l'*immobilité instinctive* causée par la douleur, et de la *gêne mécanique* déterminée par la tuméfaction ?

(Note du TRAD.)

presses sur lesquelles était étendue une pommade composée de 2 onces d'onguent mercuriel et de 2 drachmes (8 grammes) d'extrait de belladone. Ainsi employé, l'onguent mercuriel agit très-bien sur l'inflammation de nature érysipélateuse ; cette propriété a été signalée par le docteur M'Dowel, dans un excellent travail qu'il a publié dans le sixième volume du *Dublin medical Journal*. Nous avons ajouté à l'onguent napolitain de l'extrait de belladone en raison de la sensibilité extrêmement vive de tout le membre ; vous savez que la belladone a dans ce cas une puissante efficacité. Le docteur Lee ne paraît pas trop convaincu de l'utilité des narcotiques dans ce gonflement douloureux des extrémités qui succède aux fièvres ou dans la *phlegmatia dolens* vraie. Dans ces deux circonstances, cependant, nous ne manquons jamais de prescrire, indépendamment des applications répétées de sangsues, les pommades calmantes, et surtout nous administrons à l'intérieur l'opium à hautes doses. Si les fonctions intestinales sont régulières, vous verrez des malades atteints de *phlegmatia dolens* supporter à merveille 4, 5 et même 6 grains (36 centigr.) d'opium par jour ; je parle de la seconde période de l'affection. Il en est exactement de même du vin et du sulfate de quinine. En fait, il est évident qu'il y a dans la *phlegmatia* autre chose qu'une simple inflammation ; la douleur n'est pas celle des phlegmasies ordinaires, elle rappelle plutôt la douleur névralgique des nerfs sous-cutanés. Nous avons en outre fait prendre à notre malade, trois fois par jour, quelques grains d'*hydrargyrum cum creta*, dans le but de maintenir la régularité des selles et d'affecter légèrement l'économie.

Peut-être me demanderez-vous maintenant quelle est la cause de la tuméfaction considérable que présente le membre affecté, dans les cas de ce genre. Pour bien des observateurs, ce gonflement dépend exclusivement de l'obstruction des veines ; mais, messieurs, si l'inflammation était parfaitement limitée aux vaisseaux veineux, la tuméfaction ne serait pas aussi considérable. Il est vrai que lorsqu'on oblitère, au moyen d'une ligature, par exemple, un gros tronc veineux, on voit survenir un œdème qui persiste pendant un certain temps et qui acquiert des proportions énormes. On est donc parfaitement fondé à admettre que la suspension du cours du sang, dans une veine enflammée, doit déterminer un certain degré de gonflement ; mais je ne crois pas que ce soit là la cause unique que l'on doive invoquer. Nous n'avons pas affaire à une simple phlébite, nous devons compter en outre avec l'inflammation des tissus voisins ; le tissu cellulaire, et probablement

aussi les vaisseaux lymphatiques sont compromis ; il se fait une abondante effusion de sérosité et de lymphé, et c'est là la raison principale du gonflement du membre (1).

La phlébite se termine généralement par l'adhésion des parois et l'oblitération de la cavité du vaisseau ; après la guérison, la veine donne la sensation d'une petite corde située au-dessous de la peau. Nous avons eu dans le service quelques exemples de ce mode d'oblitération, et chez l'un de ces malades, qui succomba plus tard au typhus fever, j'ai trouvé quelques-unes des petites veines sous-cutanées totalement imperméables ; elles ressemblaient à des cordes dures.

Rébecca Howard est arrivée à l'hôpital le 1^{er} de ce mois ; accouchée depuis huit jours, elle était affectée d'un gonflement douloureux des deux extrémités inférieures. Cette femme nous raconte que, trois ou quatre jours après sa couche, elle a été prise d'une douleur vive vers le talon et la malléole interne ; en même temps était survenu un gonflement qui, après avoir débuté dans les mêmes points, s'était rapidement étendu à la cuisse jusqu'à l'aîne.

L'autre membre s'était également tuméfié ; mais ici l'enflure avait paru d'abord vers le tiers supérieur de la cuisse, puis avait marché de haut en bas, accompagnée d'une douleur violente, qui paraît avoir

(1) Je ne crois pas que l'on doive attribuer le gonflement du membre à une *effusion proprement dite* de sérosité et de lymphé. Mieux renseignés aujourd'hui sur l'évolution physiologique de la fibrine, nous connaissons mieux aussi les relations fonctionnelles qui unissent les vaisseaux lymphatiques et le tissu cellulaire, et nous pouvons rapporter à sa véritable source la sérosité fibrineuse qui infiltre les mailles du tissu sous-cutané, lorsque les lymphatiques correspondants sont oblitérés en assez grand nombre ; bien loin qu'il y ait alors *épanchement* d'un liquide hors des vaisseaux, il y a stase et rétention par suite de l'occlusion des vaisseaux blancs, qui ont pour fonction principale d'emporter les produits de désassimilation, ou les éléments nutritifs surabondants du tissu cellulaire. On conçoit fort bien dès lors pourquoi le liquide qui infiltre le membre dans la *phlegmatia dolens* diffère complètement, par l'ensemble de ses propriétés, de la sérosité pure qui s'épanche dans les tissus, à la suite de l'oblitération du tronc veineux principal de la région. — Toute réserve faite de ces notions de pathogénie dont la connaissance est toute récente, il est facile de voir que la doctrine de Graves sur la *phlegmatia alba* est celle qui rend le mieux compte des manifestations symptomatiques et de la marche de cette affection ; c'est d'ailleurs à cette doctrine que l'on revient aujourd'hui, et l'on n'y a introduit en réalité qu'une seule modification : Graves voyait dans l'inflammation du tissu cellulaire le point de départ des accidents ; des connaissances physiologiques plus exactes ont démontré l'influence primitive et prépondérante des lymphatiques.

suivi le trajet du nerf sciatique. Au niveau des veines, on pouvait sentir distinctement plusieurs cordes dures ; les lymphatiques étaient également un peu sensibles, mais ils ne paraissaient pas aussi gravement affectés ; les glandes inguinales n'étaient pas engorgées.

Cette malade était donc atteinte d'une *phlegmatia dolens*, ou, en d'autres termes, d'un œdème inflammatoire et douloureux des deux membres inférieurs ; l'affection intéressait à la fois, mais à des degrés divers, la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, les veines et les lymphatiques. Je vous l'ai déjà dit, messieurs, je ne crois pas que la *phlegmatia dolens* dépende nécessairement d'une phlébite ; je pense au contraire que, dans la majorité des cas, le tissu cellulaire est atteint le premier, et que le travail morbide s'étend consécutivement aux vaisseaux veineux et lymphatiques.

Remarquez bien la marche de l'inflammation chez cette femme. Dans l'un de ses membres, elle débute au niveau de la malléole interne, et elle monte progressivement ; de l'autre côté, elle apparaît tout d'abord à la partie supérieure de la cuisse, et elle marche de haut en bas. Or, lorsque l'œdème est le résultat d'une phlébite, lorsqu'il est artificiellement produit par la ligature ou par la compression d'un gros tronc veineux, il débute toujours par l'extrémité inférieure du membre. Dès lors, vous le voyez vous-mêmes, ceux qui font de la *phlegmatia* une phlébite, ne sont pas en mesure de rendre compte de ces faits, dans lesquels l'affection commence par la cuisse, pour s'étendre de là graduellement vers le pied. Rien de plus aisé, au contraire, que l'interprétation de tous ces phénomènes divers, si nous voyons dans la *phlegmatia* une inflammation particulière du tissu cellulaire sous-cutané, laquelle atteint successivement dans sa marche envahissante les veines, les lymphatiques, et parfois même les articulations. Alors vous pouvez comprendre comment l'affection peut commencer par la partie supérieure de la cuisse, comment l'effusion des liquides peut avoir lieu d'abord vers la racine du membre.

Voilà pour la pathogénie de la *phlegmatia dolens* ; abordons l'étude du traitement.

Il est une règle fondamentale qu'il ne faut jamais perdre de vue : lorsque nous combattons cette affection, nous devons laisser de côté tous les moyens qui pourraient accroître la faiblesse générale. Notre malade, quoique jeune, était d'une constitution délicate ; du reste, il y a là une difficulté qui se retrouve dans toutes les maladies postpuerpérales ; elles se développent chez des femmes qui ont été plus

ou moins profondément débilitées par le travail de l'accouchement. Nous devons donc nous efforcer de triompher de l'inflammation locale, et soutenir en même temps les forces de la malade au moyen d'un régime légèrement nutritif, mais non pas échauffant. Nous avons commencé par faire appliquer dix sangsues à la partie interne de chaque membre ; cette application a été répétée le lendemain. Ici la douleur, la tension et le gonflement doivent vous servir de guides ; souvent ces phénomènes sont plus prononcés sur certains points que sur d'autres, et il en est généralement ainsi sur le trajet des veines ; mais vous ne devez jamais placer de sangsues sur les points dans lesquels le travail inflammatoire présente son maximum d'intensité. — Cela fait, nous devons nous occuper de maintenir le ventre libre au moyen de lavements purgatifs ; puis nous avons fait faire sur les membres des frictions douces avec une pommade composée d'une once d'onguent mercuriel, de 2 onces d'axonge, et de 3 drachmes (12 grammes) d'extrait de belladone.

Comme traitement interne, j'avais d'abord prescrit cinq grains (30 centigrammes) de pilules de Plummer (1) matin et soir ; mais comme ce médicament causait des coliques et de la diarrhée, je l'ai remplacé par l'*hydrargyrum cum creta* avec la poudre de Dover. Le 24 (cinquième jour de ce traitement), la bouche fut touchée, et en même temps la douleur qui régnait le long du sciatique et la sensibilité générale des deux membres diminuèrent notablement. J'ai omis de vous dire que j'avais prescrit, dès le début, des préparations opiacées ; c'était même là un de nos principaux moyens d'action. La malade avait pris d'abord la solution de chlorhydrate de morphine à la dose de vingt gouttes, trois fois par jour ; lorsque les pilules de Plummer eurent rendu les intestins irritables, la morphine fut remplacée par des lavements opiacés. Malgré l'amélioration que je vous ai signalée, la malade était très-affaiblie ; d'ailleurs les phénomènes douloureux étaient bien loin d'avoir cédé complètement ; il y avait au niveau de l'aîne droite une douleur et une sensibilité qui témoignaient de l'affection simultanée

(1)

Pilules de Plummer.

℞ Soufre doré d'antimoine.	}	ãã p. e.
Calomel.		
Suc de réglisse.		

Faites des pilules de 10 centigrammes.

.Radius, *Ausserlesene Heilformeln.*)

(Note du TRAD.)

des lymphatiques et des veines. J'ai fait alors continuer les lavements opiacés, et j'ai donné à la malade du bouillon de poulet, du riz et un peu de vin. Le 25 je lui ai fait prendre toutes les trois heures une pilule contenant un demi-grain d'opium. Le lendemain, il y avait une amélioration évidente ; les selles étaient régulières et naturelles ; il n'y avait plus de douleurs spontanées dans les membres, les mouvements étaient revenus. Deux jours plus tard, cette malade était en état de se tenir debout, et elle est aujourd'hui si parfaitement guérie, que je compte la renvoyer demain.

Le traitement de cette affection peut donner lieu à quelques considérations intéressantes. A l'exception des sangsues, la médication que nous avons prescrite ici ne peut pas être qualifiée d'antiphlogistique car, pendant tout le temps nous avons donné de l'opium à hautes doses, nous avons prescrit un régime nutritif, et au bout de quatre ou cinq jours, la malade a eu du vin. C'est que, dans les maladies dites inflammatoires, il est impossible de formuler aucune règle générale de thérapeutique, et que nous devons constamment être prêts à modifier notre pratique, selon les indications de chaque cas particulier. Si j'avais traité notre malade par les sangsues, la diète absolue, les purgatifs et les antimonialx, il est infiniment probable qu'elle serait morte aujourd'hui. Mais en même temps que nous combattions les accidents locaux au moyen des sangsues et des frictions mercurielles, nous avons soin de soutenir les forces par un régime convenable, puis par l'usage du vin ; nous donnions, en outre, l'opium à doses répétées, dans le but de diminuer la douleur et de ramener le sommeil : cette dernière condition, je vous l'ai dit souvent, est d'une extrême importance. Enfin, nous avons administré quelques mercuriaux ; l'expérience a enseigné en effet que, dans les cas de ce genre, ils agissent beaucoup mieux à doses altérantes que lorsqu'on les emploie de façon à déterminer une saturation rapide et complète. Grâce à cet ensemble de moyens, la convalescence a été très-rapide, et je vous recommande avec une entière confiance ce traitement, d'ailleurs si simple.

Dès que la sensibilité morbide des membres a été calmée, j'ai fait faire deux fois par jour des frictions avec de l'huile d'olive chaude. Je ne pourrais vous dire comment agit ce moyen, mais ces frictions me paraissent diminuer la tension, hâter l'absorption, et augmenter la souplesse du membre. Tout dernièrement, nous avons remplacé ces frictions avec l'huile d'olive, par des frictions sèches, puis nous avons appliqué un bandage. Aujourd'hui, cette femme prend trois fois par

jour une potion composée d'une demi-drachme (2 grammes) de teinture d'écorce d'orange, 20 minimes (8 grammes) de teinture de houblon, 5 grains (30 centigrammes) de carbonate de soude, et une once (32 grammes) d'eau.

Il y avait, ces jours derniers, dans le service, une femme chez laquelle vous avez pu observer un fait des plus remarquables. Cette malade avait une *phlegmatia dolens*; tout d'un coup cette affection a attaqué l'un des yeux, l'a détruit en très-peu de temps, et ce travail de désorganisation n'a déterminé aucune rougeur extérieure. Je n'avais jamais eu l'espoir de guérir cette femme, car la *phlegmatia dolens* était compliquée chez elle d'une inflammation de la muqueuse intestinale et pulmonaire. Cette malade avait une fièvre ardente, elle vomissait et souffrait beaucoup de l'estomac; elle avait de la diarrhée, de la tympanite; le ventre était distendu, les veines superficielles étaient dilatées au point de donner l'idée d'une ascite. Ajoutez à cela une toux bronchique des plus pénibles, et vous conviendrez avec moi qu'un tel concours de phénomènes ne laissait guère de place à l'espérance; en dépit de tous nos efforts, cette pauvre femme a succombé sous le poids de tant de maux.

Je ne vous rapporterai point ici tous les détails de ce fait, et je vous ferai grâce de l'énumération de tous les remèdes que nous avons vainement employés; je veux seulement vous signaler les particularités que M. Hudson a constatées à l'autopsie. Il n'y avait pas de sérosité dans les cavités pleurales, mais le péricarde en renfermait une quantité considérable. La plèvre gauche était adhérente dans toute son étendue. A l'exception d'une légère infiltration œdémateuse en arrière, les poumons étaient sains; les bronches contenaient un liquide sanguinolent et spumeux, mais elles avaient du reste leurs caractères normaux. Le cœur droit renfermait un caillot fibrineux, dans le cœur gauche était du sang coagulé; les valvules étaient intactes. L'estomac et les intestins ne présentaient pas de congestion sanguine, ils paraissaient parfaitement sains; le foie était volumineux et congestionné; la rate, ramollie et presque pulpeuse, était très-développée; les reins, décolorés, offraient çà et là des plaques de dégénérescence blanche. Les organes génitaux n'étaient pas altérés; il y avait seulement une congestion énorme des veines utéro-ovariennes, qui décrivaient de nombreuses flexuosités; les veines du mésentère étaient également gorgées de sang. La veine cave inférieure était saine jusqu'à l'embouchure de la rénale; au-dessous de ce point, les parois du vaisseau étaient épaissies, et la

cavité était occupée par une matière fibrineuse, de consistance inégale, qui adhérait à la membrane interne de la veine.

Sur le trajet de la veine fémorale, le tissu cellulaire sous-cutané était infiltré de sérosité ; les globules de graisse étaient plus résistants et plus distincts qu'à l'état normal ; la membrane cellulaire qui les sépare était épaisse et opaque. Le fascia superficiel était dense, blanchâtre, d'une apparence villeuse ; les ganglions inguinaux étaient volumineux, gorgés de sérosité et unis les uns aux autres par un tissu aréolaire épaissi. Il était très-difficile d'isoler les veines iliaque, crurale et saphène, en raison de leur adhérence intime à leurs gâines, et de l'exsudation plastique dans laquelle elles étaient plongées. Ces vaisseaux et la veine poplitée présentaient d'ailleurs les mêmes altérations que la veine cave, seulement le coagulum qui y était renfermé était plus mince, de couleur brune ; il avait par places l'aspect du pus. La partie inférieure de la saphène et les veines voisines du pied contenaient également des caillots ; les parois des vaisseaux étaient normales. L'artère fémorale et l'iliaque renfermaient un peu de sang ; les autres artères étaient vides.

Vous voyez vous-mêmes, messieurs, que tous ces détails, si soigneusement décrits par M. Hudson, se rapportent à des lésions inflammatoires. Récapitulez dans votre esprit toutes les altérations anatomiques que je viens de vous signaler, et vous arriverez nécessairement à cette conclusion, que *tous* les tissus du membre étaient affectés. Un seul d'entre eux a-t-il échappé ? Le tissu cellulaire, le tissu adipeux, les parois veineuses sont-ils restés intacts ? Non. — Tous les éléments constitutifs de la région ont été atteints par le travail inflammatoire. Il serait difficile, je pense, de trouver une meilleure démonstration de la proposition que j'ai émise : les phénomènes de la *phlegmatia* ne dépendent point exclusivement de l'inflammation des veines ni de celle des lymphatiques. Voulez-vous une autre preuve ? j'ai vu récemment un malade qui a eu les deux saphènes enflammées et oblitérées à la suite d'une éruption cutanée, et cependant il n'y a point eu chez lui de *phlegmatia dolens*.

Voyons maintenant ce qui s'était passé du côté des yeux de notre malade. Le 24 janvier au matin, elle est éveillée par une douleur vive dans le globe oculaire ; elle s'aperçoit qu'elle a complètement perdu la vue de ce côté, et qu'elle ne peut plus distinguer le jour de la nuit. Nous trouvons chez elle un chémosis séreux d'un développement tel, qu'il cachait presque complètement la cornée. Ce chémosis était extrêmement dou-

loureux ; la malade ne pouvait pas même supporter le contact des paupières. Ce gonflement de la conjonctive présentait un caractère qui le séparait complètement de toutes les variétés connues de chémosis aigu ; il était d'une couleur presque blanche. La petite portion de la cornée qu'on apercevait encore paraissait opaque.

Ces phénomènes persistèrent avec une intensité croissante jusqu'à la mort de la malade. A l'autopsie, on trouva la cornée d'une transparence parfaite, et le chémosis avait presque entièrement disparu. L'iris n'avait plus sa coloration grise naturelle : il était devenu presque blanc ; ses deux faces étaient recouvertes de lambeaux d'exsudation. L'humeur aqueuse était trouble ; on y voyait flotter des flocons de lymphe.

Le cristallin était opaque ; il avait une légère teinte brune. L'humeur vitrée présentait une couleur jaune foncé ; la consistance en était modifiée, car à l'ouverture de la membrane d'enveloppe le liquide qui s'écoula était épais et visqueux.

En résumé, durant le cours de sa maladie, cette femme s'éveille subitement un matin avec une douleur intense dans le globe oculaire, et elle s'aperçoit qu'elle a perdu la vue de ce côté. Voilà certes, messieurs, un fait très-remarquable. D'autre part, nous voyons le tissu cellulaire de la conjonctive atteint d'une inflammation suraiguë, du même caractère que celle qui affecte le tissu similaire du membre inférieur. La plus grande partie de l'exsudation phlegmasique est déposée dans le tissu sous-conjonctival ; elle y forme une saillie considérable qui soustrait presque complètement la cornée à nos regards ; cette tumeur est excessivement sensible au toucher, mais elle est blanche et exsangue.

Je n'hésite pas à affirmer que cette affection nouvelle est une *phlegmatia dolens* de l'œil ; parfaitement identique avec celle du membre inférieur, elle ne s'en éloigne par aucun de ses caractères. A la cuisse, plusieurs tissus sont compromis à la fois : c'est la peau, le tissu cellulaire, la substance adipeuse et le fascia ; ce sont les artères, les veines et les lymphatiques ; dans l'œil, la conjonctive, l'iris, l'humeur aqueuse et la vitrée, la lentille cristalline, tous ces éléments divers sont également atteints. L'identité est encore confirmée par la nature de la douleur, qui est la même dans les deux cas, par le développement soudain des accidents, par la sensibilité exquise de l'œil, et par ce fait, enfin, que cet ensemble de phénomènes ne se rapporte à aucune affection actuellement décrite. C'est une forme morbide qui est restée inconnue jus-

qu'ici, et je crois pouvoir revendiquer l'honneur de l'avoir signalée le premier. Ce n'était ni une iritis, ni une ophthalmie, ni une amaurose. Dans l'inflammation de l'iris, il y a des douleurs frontales, la vue n'est pas instantanément abolie, la conjonctive est rouge et généralement peu tuméfiée. Chez notre malade, la vue s'éteint comme une lumière sur laquelle on souffle ; un bourrelet œdémateux cache la cornée ; mais ce bourrelet, je vous l'ai dit, est pâle et exsangue. Pour ce qui est d'une amaurose, je défie la critique la plus sévère de trouver d'autre point de ressemblance que l'abolition subite de la vision. Il serait fort inutile de chercher les caractères distincts de l'ophthalmie et de l'affection que nous a présentée Rebecca Howard ; symptômes, marche, terminaison, tout est également différent. Tout enfin nous autorise à conclure que *nous avons observé une affection inconnue jusqu'ici, une phlegmatia dolens de l'œil.*

Une autre malade, qui nous est également arrivée peu de temps après sa couche, mérite de nous arrêter quelques instants. Cette femme, Esther Green, était accouchée le 5 mars, et elle avait été renvoyée six jours plus tard ; elle semblait aller au mieux. Le 29 du même mois, après s'être exposée au froid, elle fut prise de fièvre et de douleurs abdominales qui occupaient principalement la région hypogastrique et la région iliaque droite. Le surlendemain, cette femme entra dans le service ; elle n'avait presque plus de fièvre, le pouls était lent et régulier, la peau était fraîche ; mais la malade était pâle et inquiète ; elle avait le ventre très-douloureux, elle souffrait de coliques et de nausées ; elle avait de la diarrhée et se plaignait sans cesse d'une extrême sensibilité au-dessus de la région utérine. Je priai le docteur Montgomery de m'éclairer de ses conseils ; nous trouvâmes l'utérus douloureux et développé. Nous avons donc affaire à une métrite subaiguë qui avait réagi sympathiquement sur les fonctions gastro-intestinales.

Nous convînmes de faire appliquer, tous les jours, huit sangsues au niveau de l'utérus, jusqu'à ce que la douleur et la sensibilité fussent atténuées. Puis nous avons eu recours aux mercuriaux ; mais, comme les intestins étaient déjà fort irrités, nous avons prescrit la préparation la moins active de toutes, l'*hydrargyrum cum creta*, auquel nous avons ajouté la poudre de Dover. 2 scrupules (2^{gr},60) d'hydrargyrum et 10 grains (60 centigrammes) de poudre furent divisés en douze pilules ; on en donnait deux toutes les quatre heures. Ce traitement rend de très-grands services dans certaines inflammations des viscères abdo-

minaux, surtout lorsque des coliques et de la diarrhée nous indiquent un état d'irritation de la muqueuse intestinale. Au bout de deux jours, notre malade avait l'haleine un peu métallique ; nous fîmes prendre alors les pilules seulement deux fois par jour, car nous avions pour but d'impressionner légèrement l'organisme, et non pas de déterminer une salivation abondante. Cet ensemble de moyens, l'application de quelques vésicatoires sur la région hypogastrique suffirent pour amener une guérison parfaite. Il s'agissait, je vous l'ai dit, d'une métrite légère, sans phénomène particulièrement grave ; il n'y avait pas d'écoulement anormal par le vagin, et la malade était une jeune femme d'une bonne constitution.

Avant de terminer, je veux vous rapporter un exemple de manie puerpérale. La malade, âgée de vingt et un ans, et d'une bonne constitution, était la femme d'un soldat ; elle fut admise le 6 mars dans le service de clinique de l'hôpital de Sir Patrick Dun. Huit jours avant son entrée, elle était accouchée au septième mois de sa grossesse ; obligée de quitter la caserne le lendemain, elle s'était levée, avait bu un verre de whisky, et elle était partie. Cette imprudence grave, la misère, le défaut de soins, le chagrin d'être séparée de son mari, toutes ces circonstances réunies exercèrent la plus fâcheuse influence sur le système nerveux de cette femme ; et dès le sixième jour après sa couche, elle commença à donner des signes de folie puerpérale. On lui fit alors une saignée ; et comme si ce n'était pas assez de tant de maux, la veine se rouvrit pendant un accès, de sorte que cette malheureuse perdit une grande quantité de sang, que nous ne pouvons préciser exactement. On nous a dit aussi qu'elle avait pris des purgatifs, mais nous n'avons pu savoir quel en avait été l'effet.

A son entrée à l'hôpital, cette femme avait la face turgescente ; l'expression de ses regards était farouche, mais les pupilles étaient normales ; le pouls, à 125, était petit et un peu faible ; les lochies étaient supprimées, la sécrétion du lait était tarie. La malade était en proie à une extrême agitation ; elle n'avait plus une lueur de raison, elle délirait constamment. Quelques heures après son arrivée, elle devint si turbulente et si indocile, qu'on dut lui mettre la camisole. Le 7 au matin, nous l'avons trouvée délirant comme par le passé, et sous le coup d'une agitation nerveuse des plus vives. Son délire était empreint d'une sombre mélancolie ; troublée par le sentiment d'une misère éternelle, elle traduisait en sentences brèves et rapides les inquiétudes

d'une âme qui s'abandonnait à un désespoir religieux. Malgré cette agitation incessante, malgré son délire et une insomnie absolue, cette malheureuse femme n'avait pas les yeux injectés. Les regards avaient une expression sauvage, et parfois même maniaque, mais les sclérotiques conservaient leur blancheur de perle. Les pupilles étaient naturelles. Il n'y avait pas de pulsations exagérées dans les carotides ni dans les temporales ; la température du cuir chevelu n'était pas élevée, mais les joues étaient vivement injectées. Cet état indiquait-il une congestion du cerveau ? je ne le pense pas. C'était simplement le résultat de l'agitation et des mouvements désordonnés de la malade. Lorsque l'esprit est troublé par des pensées accablantes, lorsque en même temps le corps n'a pas un moment de repos, il est tout naturel que les joues soient rouges, et que cette rougeur présente une foule de nuances variées, selon les impressions du moment. Les maladies qui frappent l'intelligence présentent cette difficulté qui est considérable : elles réagissent souvent sur l'organisme, de façon à en pervertir les fonctions, et il faut alors une grande attention pour distinguer ces perturbations physiques secondaires, de celles qui ont précédé l'altération des facultés intellectuelles.

Notre jeune malade était constamment en transpiration ; quelques heures encore avant sa mort, son corps était baigné de sueurs. Voilà une autre preuve de l'influence puissante des impressions intellectuelles sur les fonctions de la peau. Les idées effrayantes qui troublaient l'esprit de cette femme, son agitation incessante, ses tentatives réitérées pour échapper à la camisole, tout cela déterminait chez elle des sueurs continuelles. Ces sueurs profuses, sans accroissement de température qui puisse en rendre compte, sont souvent l'indice d'une lésion profonde du système nerveux, ou d'une perturbation survenue dans l'activité vitale de l'économie. Vous trouverez les preuves de cette assertion dans l'hydrophobie, le *delirium tremens*, le choléra, la phthisie, la cachexie syphilitique et mercurielle, et dans une foule de cas de rhumatisme invétéré.

Notre malade présentait un autre symptôme d'une égale importance, savoir, une diminution considérable de la sécrétion urinaire : le 6, elle avait évacué à peu près une once d'urine ; puis elle était restée sans uriner jusqu'au lendemain 7, à notre visite de midi.

Je vous ai dit dans quel état j'avais trouvé cette femme. Frappé de la ressemblance qui existait entre cette affection et le *delirium tremens*, je résolus d'essayer du tartre stibié ; il fallut le faire dissoudre dans la

tisane de la malade, car elle refusait toute espèce de médicament. Je lui fis en outre raser la tête, et on la couvrit de linges trempés dans de l'eau et du vinaigre tièdes.

Le 8, elle avait pris 6 grains (36 centigr.) d'émétique ; elle avait vomie quatre fois. Pendant la journée, elle devint plus agitée encore, elle rompit ses liens, et se mit à courir dans les salles, à la grande terreur des malades. On finit par la saisir, et une fois remise au lit, elle parut devenir plus tranquille. On put alors administrer le tartre stibié en lavement ; elle en prit ainsi encore 4 grains (24 centigrammes). L'émétique fut suspendu après cela, et remplacé par l'acétate de morphine ; la malade devait en prendre un quart de grain (15 milligrammes) toutes les deux heures, jusqu'à ce qu'elle s'endormît. J'aurais dû vous dire en effet que, depuis son entrée à l'hôpital, cette femme avait eu tout au plus six heures de sommeil.

Le 9 au matin, nous la trouvons endormie ; elle avait pris 3 grains (18 centigr.) d'acétate de morphine. Je fais suspendre ce médicament, et apprenant de l'infirmière que la malade n'avait pas été convenablement à la selle depuis son arrivée, je prescris une mixture purgative, composée d'une infusion de séné, de sulfate de magnésie, d'un électuaire de scammonée et de teinture de jalap. Cette purgation fut administrée en deux fois, non sans peine ; mais elle resta sans effet. Un lavement purgatif qu'on donna à la suite n'eut pas plus d'action. J'ai prescrit alors deux gouttes d'huile de croton ; elles triomphèrent de la résistance de l'intestin, et produisirent quatre selles abondantes.

Le 10, j'apprends que la nuit a été très-agitée, et que la malade n'a pas dormi un instant ; mais, vers le matin, elle est devenue beaucoup plus tranquille, à ce point qu'on a pu lui ôter la camisole. Le pouls est à 120, la langue un peu sèche ; la turgescence de la face est peu considérable ; la peau est toujours baignée de sueur. Le désordre des facultés intellectuelles persiste, mais la malade est plus docile ; elle montre sa langue lorsqu'on le lui demande. Alimentation légère ; un demi-grain (3 centigrammes) d'acétate de morphine toutes les quatre heures ; il y a quatre heures de sommeil pendant la nuit. A son réveil, cette femme est plus agitée que jamais, le délire a repris toute sa violence ; elle fait de vains efforts pour sortir de son lit. Puis elle paraît devenir plus tranquille ; mais, à voir l'abattement de ses traits, il est évident que cette tranquillité est le calme de la prostration, et non pas le repos bienfaisant qui résulte d'une amélioration salutaire. La malade reste ainsi quelque temps les yeux demi-clos, la figure pâle et tranquille, avec un

pouls insaisissable ; puis sans convulsions, sans coma, sans efforts, elle s'éteint doucement. Il était six heures et demie.

Nous avons été autorisé à faire l'autopsie six heures après la mort, alors que la décomposition cadavérique n'avait pas encore eu le temps d'altérer les tissus, même les plus délicats. Le cerveau et l'utérus devaient surtout attirer notre attention.

Or l'examen le plus attentif ne fit découvrir dans l'encéphale aucune lésion qui pût rendre compte du délire ou de la mort. Les membranes n'étaient pas épaissies, il n'y avait pas d'épanchement sous l'arachnoïde, pas d'injection du tissu nerveux. La quantité du liquide ventriculaire n'était point augmentée ; il n'existait ni ramollissement, ni induration, ni dégénérescence ; partout les caractères de l'état normal.

L'utérus avait le développement qu'il présente d'ordinaire à cette distance de l'accouchement ; il avait la moitié du volume du poing ; du reste, les parois et la cavité de l'organe n'offraient aucune espèce de lésion.

Les viscères abdominaux étaient sains. — La poitrine n'a pas été ouverte.

Les autopsies des femmes qui succombent à la manie puerpérale ne sont pas fréquentes ; il est surtout fort rare qu'elles soient pratiquées dans des conditions aussi favorables que la nôtre. Aussi les résultats négatifs que nous avons constatés me paraissent-ils combattre victorieusement l'opinion qui attribue le délire violent et continu à une lésion cérébrale, toujours appréciable après la mort.

CINQUANTE - SEPTIÈME LEÇON.

CEPHALALGIE DES JEUNES FEMMES. — AMÉNORRHÉE. LEUCORRHÉE. — HYSTÉRIE.

Causes de la céphalalgie chez les jeunes femmes. — Traitement. — Action des pédiluves chauds.

Traitement de l'aménorrhée. — Singuliers effets de l'électricité sur la fonction menstruelle.

Céphalalgie dépendant de la leucorrhée. — De la céphalalgie qui n'est liée à aucun trouble dans la menstruation. — Fâcheux effets des émissions sanguines. — Utilité du nitrate d'argent et de la térébenthine. — Ventouses sèches. — Distinction entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine.

Affection hystérique du larynx. — Vomissements et névralgies hystériques.

MESSIEURS,

Il n'est pas d'affection plus embarrassante pour le praticien que la céphalalgie des jeunes femmes ; il n'en est pas cependant pour laquelle il soit aussi fréquemment consulté. Lorsque ces maux de tête dépendent d'un état pléthorique évident, compliqué de constipation habituelle, le traitement est clairement indiqué, et c'est avec une entière confiance que le médecin prescrit un régime léger, l'exercice en plein air, des habitudes matinales, l'usage de quelques purgatifs un peu énergiques. Si la fluxion sanguine qui se fait vers la tête est violente, on peut en outre faire appliquer des sangsues derrière les oreilles ou aux pieds ; dans ce dernier cas, il est facile de favoriser l'écoulement du sang au moyen d'un bain de pieds chaud ; je crois même ce procédé plus efficace que celui qui consiste à mettre les sangsues à la tête, ou dans son voisinage immédiat. Parfois l'immersion des pieds et des jambes jusqu'aux genoux dans de l'eau aussi chaude qu'elle peut être supportée, fera disparaître la céphalalgie.

Les effets des pédiluves chauds sur la circulation générale sont

connus de tous ; mais il serait difficile d'en voir une démonstration plus saisissante que dans le fait suivant : « Un vieux gentleman était sujet à des accès de palpitations d'une violence extrême ; il éprouvait en même temps d'horribles angoisses, et il avait le sentiment d'une fin prochaine. En l'absence de son médecin ordinaire, le docteur Beatty, je fus un jour mandé auprès de lui, durant l'un de ces paroxysmes : l'accès avait eu une durée beaucoup plus longue que d'ordinaire ; le malade et ses amis eux-mêmes redoutaient une terminaison fatale, car tous les remèdes qui réussissaient habituellement étaient restés sans effet. Grâce à un bain de pieds aussi chaud que possible, les palpitations et les angoisses du malade disparurent en quelques minutes ; il se coucha alors, prit quelque aliment, et après un sommeil réparateur, il se trouva parfaitement bien. »

Si nous voulons nous rendre compte de ces effets surprenants, nous ne devons pas seulement prendre en considération l'action énergique des pédiluves sur la circulation des extrémités inférieures, nous devons tenir compte en outre de la sensibilité exquise de ces parties, surtout à la plante des pieds : aucun point de la surface cutanée ne peut lui être comparé sous ce rapport ; aussi n'est-il pas de région qui soit plus apte à être impressionnée par les applications topiques. Il est des personnes chez lesquelles l'immersion des pieds dans de l'eau médiocrement chaude produit un puissant effet, et quelquefois même une sensation passagère de nausée. Lorsqu'on emploie de l'eau froide, la circulation générale est visiblement troublée, et la respiration est péniblement affectée, comme on le voit chez les individus qui plongent leurs pieds pendant un certain temps dans de l'eau de mer. Remarquez en outre, messieurs, que cette action du froid se fait également sentir sur le tube digestif ; vous connaissez les bons résultats que l'on obtient dans certains cas d'obstruction intestinale, en faisant promener le malade pieds nus sur des dalles froides ; on réussit quelquefois, par le même moyen, à déterminer une évacuation d'urine dans la dysurie spasmodique. Je vous signale tous ces faits, parce que chez certains sujets il existe une relation évidente entre les douleurs de tête et le froid aux pieds, qui aggrave et parfois même détermine à lui seul la céphalalgie. Lorsqu'il prescrit, dans les cas de ce genre, soit des pédiluves simples ou médicamenteux, soit des sinapismes, soit des frictions, le médecin instruit doit être pénétré de l'action puissante et étendue de ces topiques.

Dans la céphalalgie habituelle des jeunes femmes robustes et plétho-

riques, il est parfois nécessaire de recourir à la saignée générale, lorsque les douleurs sont très-intenses. Ainsi, chez une jeune lady, à laquelle je donnais des soins avec sir Henry Marsh, le docteur Cheyne et le docteur Stokes, les accès étaient d'une sévérité peu commune, et ils avaient résisté depuis des années à tous les traitements, tant internes qu'externes ; les moyens que nous avions conseillés à l'issue de notre consultation n'avaient pas même réussi à atténuer quelque peu la violence des douleurs. Enfin, pendant un paroxysme qui dépassait tous les autres en intensité, le docteur Stokes saigna la malade *ad deliquium*, et le soulagement fut immédiat. Ce qu'il y a de plus remarquable ici, c'est que cette guérison a été définitive, la céphalalgie n'a pas reparu. Lorsque, dans ces circonstances, l'écoulement menstruel vient à être suspendu, les maux de tête sont généralement aggravés ; quelquefois aussi cette suspension est la seule cause déterminante des accidents. Cette remarque est d'une portée très-générale, aussi ne serait-il pas inutile de nous arrêter quelques instants sur le traitement de l'aménorrhée.

Alors même que la menstruation est suspendue depuis longtemps déjà, la périodicité de cette fonction est encore révélée par les *molimina* menstruels, qui apparaissent à des intervalles déterminés ; nous devons donc, dans l'application de nos moyens thérapeutiques, nous laisser guider avant tout par l'époque à laquelle se fait sentir le *molimen*. C'est pendant les quelques jours qui précèdent ce moment que nous devons essayer de produire une détermination sanguine vers l'utérus ; si nous échouons, nous devons renoncer à toute tentative nouvelle jusqu'à l'approche de la période suivante. Je ne parle point ici du traitement général ; celui-ci doit être continué sans relâche, car le meilleur moyen de rappeler les règles suspendues, c'est de ramener à son niveau normal l'état constitutionnel de la malade ; vous y réussirez souvent par les toniques ; ailleurs, une médication précisément contraire sera nettement indiquée.

Je n'insiste pas davantage sur ce point ; j'aime à croire que vous êtes tous suffisamment renseignés sur les méthodes générales de traitement qu'exigent les constitutions et les tempéraments divers des malades. Ce que je désire surtout graver dans votre esprit, c'est le principe que je vous ai exposé tout à l'heure : les moyens par lesquels on exerce une action directe sur l'utérus ne doivent être employés qu'à certaines époques déterminées. J'ai en vue, en ce moment, les pédiluves, les fomentations sur les organes génitaux, les sangsues à la partie interne

des cuisses, près des grandes lèvres, l'aloès et les autres purgatifs énergiques, etc. En dehors de la période cataméniale, ces divers agents tendent plutôt à troubler les mouvements de la nature, puisqu'ils excitent l'utérus, lorsque cet organe n'est le siège d'aucune fluxion spontanée. Le même traitement qui, employé à l'époque convenable, nous eût donné de très-bons résultats, sera alors impuissant, et peut-être nuisible.

Vous êtes consultés, par exemple, pour une jeune femme qui présente depuis plusieurs mois des symptômes hystériques, et qui se trouve aujourd'hui plus souffrante encore que d'habitude. Elle a des maux de tête, elle est languissante et abattue; elle n'a pas d'appétit, elle est incommodée par une constipation habituelle. Son teint est pâle; elle éprouve des douleurs passagères, des sensations singulières de malaise, et depuis l'apparition de tous ces phénomènes morbides, elle n'a pas eu ses règles. Ici le traitement général est clairement indiqué: il doit être fortifiant et tonique; vous prescrirez en conséquence l'exercice en plein air, un régime substantiel, des bains tièdes, que l'on remplacera au bout de quelque temps par des bains froids; vous interdirez les veilles tardives; vous régulariserez les fonctions intestinales, et cela fait, vous administrerez de puissants toniques, le fer, le quinquina, la strychnine, etc. Vous vous informerez avec le plus grand soin de l'époque à laquelle a eu lieu la dernière apparition des règles, vous demanderez aussi s'il y a eu depuis lors des mouvements congestifs périodiques.

Munis de tous ces renseignements, vous vous occuperez exclusivement du traitement constitutionnel jusqu'à ce que vous ne soyez séparés de l'époque du *molimen* que par un espace de six jours. Suspendez alors tous les médicaments, et recourez aux moyens qui excitent la fluxion utérine; faites appliquer toutes les deux nuits deux sangsues à la partie interne des cuisses, près des grandes lèvres, et répétez cette application jusqu'à trois fois, en ayant soin de favoriser l'écoulement sanguin au moyen de cataplasmes. Pendant les jours intermédiaires, agissez énergiquement sur l'intestin au moyen des préparations d'aloès, et prescrivez des pédiluves chauds et sinapisés, que la malade prendra le soir, trois jours avant et trois jours après l'époque du *molimen* (1);

(1) J'entends par *molimen* les douleurs dans les lombes, dans les cuisses et dans la région hypogastrique, les coliques, la céphalalgie, les rougeurs subites du visage, un sentiment de malaise général, tout cet ensemble de phénomènes, enfin, qui est bien connu des femmes comme indiquant un *effort constitutionnel*. (L'AUTEUR.)

en même temps, vous ferez faire tous les matins des frictions excitantes sur les pieds et sur les jambes, vous donnerez à l'intérieur l'essence de térébenthine ou la teinture de cantharides, et vous conseillerez un exercice plus actif encore que d'habitude. Les sangsues ont pour but, vous le concevez, d'exciter un mouvement congestif qui augmente graduellement à chaque application, en raison de la coïncidence de l'époque menstruelle. *Si cette médication échoue, vous devez la laisser de côté pour le moment, et revenir au traitement général, que vous suspendrez, comme la première fois, six jours avant le MOLIMEN, pour faire une nouvelle tentative avec la série des moyens que je vous ai exposés.* En agissant de la sorte, vous trouverez peu de cas rebelles.

Je sais bien que, dans des milliers de cas, on a réussi à rétablir la menstruation en agissant pour ainsi dire au hasard, et sans tenir compte des époques périodiques; mais il est certain que vous avez beaucoup plus de chances de succès, si vous vous conformez aux principes que je vous ai enseignés; et même, si je ne m'abuse, le retour des règles, à leur période naturelle, est beaucoup plus salutaire que leur apparition violente et forcée à une autre époque.

Peut-être ces préceptes ne sont-ils pas nouveaux; je ne vous les donne pas comme tels, mais j'y insiste de toutes mes forces, parce qu'ils sont constamment négligés par la majorité des médecins. J'ajoute que, chez les jeunes femmes pléthoriques, vous vous trouverez très-bien de faire appliquer quatre ou six sangsues, au lieu de deux.

Puisque je vous ai parlé de la menstruation, il ne sera pas hors de propos de vous faire connaître les singuliers effets de l'électricité sur cette fonction; j'emprunte ici la relation qu'a publiée le docteur Le Conte dans le *New-York Journal of medical science*: « Dans une plantation de la Géorgie, cinq négresses ont été frappées à la fois par un seul éclair. Le soleil brillait de tout son éclat et le ciel présentait, dans une grande partie de son étendue, la sérénité ordinaire des jours de l'été. Depuis quelques instants on avait observé un nuage menaçant à l'horizon, vers le sud-est; de là nous arrivaient les roulements d'un tonnerre lointain. Tout d'un coup l'atmosphère tout entière a été illuminée par une flamme étincelante, suivie d'un seul coup de tonnerre; le nuage s'est alors résolu en pluie légère. Les cinq négresses furent relevées dans un état de mort apparente. Trois d'entre elles ne purent être rappelées à la vie, malgré les soins les plus pressés. Voici les renseignements que nous donne le docteur Le Conte sur les deux autres :

« Charlotte, âgée de vingt-neuf ans, était debout à cinq pieds environ

d'un tronc d'arbre. Après être restée sans connaissance pendant quelque temps, elle est revenue graduellement à elle. On lui a fait prendre alors un peu d'huile de ricin. Sur l'épaule droite elle avait la peau enlevée sur un espace grand comme un dollar ; ses habits étaient en lambeaux ; sur le côté droit du corps l'épiderme était soulevé, la peau était sillonnée de traits décolorés qui se dirigeaient en bas et en dedans vers le pubis. Un petit trait semblable s'étendait le long de la face interne du bras droit. Pendant trois semaines, cette femme s'est plainte de douleurs dans l'estomac et dans les intestins ; mais elle n'a pas eu de vomissements, et n'a pas ressenti de chaleurs aux mains et aux pieds, comme l'autre malade. Charlotte avait été mariée pendant quelques années, mais elle n'avait jamais eu d'enfants. Elle avait toujours été parfaitement réglée, jusqu'au moment où elle fut frappée de la foudre ; depuis lors, la menstruation est chez elle très-irrégulière. Parfois les règles paraissent deux fois dans l'espace d'un mois ; puis elles se suspendent pendant deux autres mois. L'écoulement menstruel est aujourd'hui beaucoup moins abondant que par le passé ; ces troubles dans la menstruation avaient fini par altérer la santé de cette femme ; mais tout dernièrement une saignée abondante a fait disparaître tous les accidents. Les fonctions de reproduction restent engourdies.

« Sarah, femme de soixante-dix ans au moins, était tout à côté de Charlotte ; elle revint aussi graduellement à elle, mais elle ne prit pas de purgatif. Les habits étaient déchirés ; et au bout de quelques jours on vit apparaître des lignes décolorées sur le bras droit et sur le côté droit du tronc. Après avoir repris connaissance, Sarah eut des vomissements qui durèrent, avec de légères intermissions, pendant dix ou douze heures. Deux semaines après l'accident, elle se plaignait encore de douleurs dans l'estomac et dans les intestins. Elle éprouvait, dans la paume des mains et à la plante des pieds, une sensation pénible de brûlure ; au bout de deux ou trois semaines, il survint un peu de gonflement sous le pied droit ; il en résulta l'exfoliation d'un lambeau d'épiderme épais et induré, qui avait environ un pouce et demi de diamètre.

« La menstruation, qui, selon les lois de la nature, avait cessé depuis plus de vingt années, fut complètement et définitivement rétablie. Il se fait par les organes génitaux de cette femme un écoulement qui a tous les caractères physiques de l'écoulement menstruel, et qui en présente la rigoureuse périodicité ; ce phénomène persiste encore aujourd'hui (août 1844), après une durée de plus d'une année ! Depuis l'accident,

cet écoulement sanguin n'a pas manqué une seule fois ; et, pour employer le langage même de Sarah, « ses lunes reviennent aussi régulièrement que lorsqu'elle était jeune femme ». Le flux est précédé des symptômes prémonitoires habituels. Les seins de cette femme ont pris un développement qui n'est plus de son âge, en raison sans doute de l'excitation sympathique qu'a déterminée le rétablissement de la fonction menstruelle. Sarah n'a jamais eu qu'un enfant ; elle était accouchée très-peu de temps après la puberté. Le flux cataménial avait toujours été régulier jusqu'à l'époque de la ménopause, qui eut lieu entre quarante-cinq et cinquante ans. Depuis lors cette femme avait présenté toutes les apparences d'une sénilité vigoureuse.

« Le choc électrique a eu chez elle encore un autre effet : il l'a complètement délivrée d'une strangurie pénible, dont elle était tourmentée depuis quatre ou cinq ans. Tout dernièrement cette affection a eu un retour momentané, mais elle était beaucoup moins violente. Du reste, la santé de Sarah est excellente ; rien n'indique chez elle l'existence d'une lésion organique de l'utérus (1). »

Mais il est temps de revenir à notre sujet. Dans un grand nombre de cas, le rétablissement de la menstruation suffit à lui seul pour délivrer les malades de leur disposition aux maux de tête. Chez quelques jeunes femmes, cependant, la céphalalgie persiste, malgré l'absence de troubles menstruels ; elle peut dépendre alors, ainsi qu'un grand nombre d'accidents hystériques, de l'existence d'une leucorrhée ; et dans ce cas, soyez-en bien avertis, les pédiluves font souvent plus de mal que de bien. La leucorrhée détermine chez les jeunes femme une foule de symptômes pénibles, et lorsque la céphalalgie est du nombre, c'est à guérir l'écoulement vaginal que le médecin doit s'attacher tout d'abord.

Nous avons maintenant à nous occuper d'une autre espèce de maux de tête. Je veux parler de cette céphalalgie qui ne reconnaît pour cause ni les troubles de la menstruation, ni la leucorrhée, et qui tourmente si fréquemment les jeunes personnes délicates et impressionnables. Les parents de ces malades nous disent qu'elles sont extrêmement nerveuses, qu'elles sont sujettes à des accidents hystériques très-divers, qui ont tous cependant un caractère commun, à savoir, la violence des

(1) Voyez sur les effets de la foudre un intéressant travail de Stricker.

W. Stricker, *Die Wirkung des Blützes auf den menschlichen Körper* (Virchow's *Archiv*, XX, 1 Heft).

(Note du TRAD.)

douleurs de tête. Quelle que soit la modalité de la manifestation hystérique, qu'il s'agisse de convulsions, d'extase, ou de catalepsie, le symptôme constant est une céphalalgie dont l'intensité est proportionnelle à celle de l'accès ; lorsque les malades sont en état de parler, c'est de la tête qu'elles se plaignent, et elles ont l'intime conviction que ces douleurs sont l'origine et le point de départ de tous leurs maux. Chez quelques-unes, la céphalalgie est accompagnée de rougeur de la face ; chez d'autres, les signes extérieurs de la congestion cérébrale sont moins évidents ; mais, chez toutes, la véritable nature de ces maux de tête est révélée par l'aggravation immédiate qu'ils présentent, si l'on vient à administrer une quantité de vin, même très-faible, dans le but de combattre un état de faiblesse souvent fort alarmant. C'est cette céphalalgie qui prive les malades de sommeil pendant des nuits entières ; c'est elle dont le médecin a tant de peine à triompher, parce que la plupart des moyens que l'on dirige d'ordinaire contre la congestion céphalique ont des effets désastreux sur des personnes délicates, qui n'opposent qu'une faible résistance aux influences dépressives.

Chez elles, les purgatifs énergiques sont très-mal tolérés ; les émissions sanguines, tant locales que générales, augmentent à la fois la faiblesse et l'irritabilité ; quelquefois, cependant, l'application de quelques sangsues aux tempes procure un soulagement manifeste ; mais cette amélioration ne persiste pas au delà de quelques heures, souvent même elle cesse dès que l'écoulement sanguin est arrêté ; et alors nous avons le chagrin de voir notre malade souffrir autant qu'auparavant, tandis qu'elle est considérablement affaiblie par la perte de sang qu'elle a subie. La connaissance de ces faits nous conduit à une règle générale de pratique, qui est applicable à tous les organes aussi bien qu'au cerveau : quelque violente que soit une congestion locale chez les femmes debiles, nerveuses et hystériques, il n'est jamais sage de la combattre par les émissions sanguines, soit locales, soit générales ; car, lorsque la malade est guérie du traitement, elle est plus exposée que jamais à des congestions du même genre.

La vérité de ce principe est amplement démontrée par l'effet des émissions sanguines chez les épileptiques d'une constitution faible et d'un tempérament nerveux ; et pourtant il n'est pas d'état morbide qui soit aussi manifestement sous la dépendance d'une congestion du cerveau que l'accès d'épilepsie (1). Qu'arrive-t-il cependant ? La soustrac-

1) Voyez, tome I, la note de la page 676.

tion d'une certaine quantité de sang atténuée la violence de l'attaque, et en diminue la durée ; mais rien n'est plus propre à en hâter le retour. J'ai été consulté par M. Kirby pour une dame qui depuis vingt-cinq ans avait, tous les trois ou quatre mois, un accès d'épilepsie des plus violents ; il y a un an à peu près, elle a été saignée par un jeune médecin, qui n'avait pas plus de prudence que d'années, et depuis lors les attaques reviennent toutes les trois ou quatre semaines.

Je n'en finirais pas, si je voulais vous citer ici tous les faits qui m'ont démontré l'importance de la loi que j'ai formulée, et les dangers de son infraction. La tentation est grande, j'en conviens : en présence de ces douleurs de tête si pénibles, le médecin, dont l'attention est absorbée par ce symptôme unique, et qui est excité d'ailleurs par les plaintes de la malade et par les représentations de ses parents, ne peut résister au désir de procurer un soulagement, qui étonne par sa rapidité même, et il fait appliquer des sangsues. Quelques heures plus tard la douleur reparait ; mais maintenant la voie est tracée : nouvelle application de sangsues en nombre plus considérable ; peut-être même y reviendra-t-on une troisième fois, jusqu'à ce qu'une prostration alarmante avertisse qu'il est temps de s'arrêter.

Que fera le médecin ? Il fait raser la tête de la jeune femme, il fait mettre des vésicatoires sur le cuir chevelu, et peut-être aussi sur la nuque ; ou bien il fait appliquer de l'eau froide ou des vessies pleines de glace sur la tête, et cette pauvre malade, frêle et délicate créature, qui souffre simplement d'une congestion cérébrale de nature hystérique, est impitoyablement soumis au même traitement que si elle était atteinte d'une phrénésie aiguë. J'ai même vu, dans deux cas, la salivation mercurielle, et je n'ai pas besoin d'ajouter que la constitution de la malade s'en est longtemps ressentie. Avec cette céphalalgie, cette fluxion vers le cerveau, on n'observe parfois qu'un peu de faiblesse, de l'insomnie, et les accès convulsifs propres à l'hystérie. Chez d'autres femmes, les convulsions sont accompagnées d'un état tout particulier semblable à l'extase ; alors, lorsque l'agitation convulsive est calmée, la malade reste tranquille et immobile ; elle a les yeux ouverts, mais elle est absolument incapable de parler ou de faire le moindre mouvement ; ses sensations et sa mémoire sont également obtuses. D'autres fois enfin les convulsions cessent, les yeux se ferment, la malade paraît plongée dans un état comateux ; elle entend cependant, et elle peut prononcer à voix basse quelques mots inintelligibles.

Pour instituer ici un traitement convenable, il importe avant tout de

se rappeler que cette affection, abandonnée à elle-même, n'est point dangereuse. Il est vrai que l'état des malades paraît très-alarmant, surtout lorsque des accidents gastro-intestinaux viennent s'ajouter à ceux que j'ai décrits ; mais enfin, chez les personnes faibles et délicates (et mes remarques ne s'appliquent qu'à celles-là), l'affection cérébrale, malgré sa violence apparente, n'entraîne aucun danger immédiat. Il n'en est pas moins essentiel de pouvoir en triompher aussi rapidement que possible, et cela sans ajouter aux souffrances de la malade. Dans les cas de ce genre, jamais je ne fais de saignée, jamais je ne mets de sangsues, jamais je ne fais raser la tête, jamais je n'applique de vésicatoires. Voici l'ensemble des moyens auxquels j'ai recours : — I. Applications légèrement froides sur le front. — II. Une fois par jour au moins, un lavement fétide additionné de térébenthine. — III. Surveillance attentive de l'état de la vessie, dans laquelle il importe de ne pas laisser s'accumuler l'urine. — IV. Applications répétées de ventouses sèches en grand nombre, dans le voisinage de la tête. — V. Administration, à l'intérieur, de l'essence de térébenthine à hautes doses. — VI. Fric-tions stimulantes sur le ventre et sur les extrémités inférieures. — VII. Enfin, lorsque les convulsions ont cessé, ou lorsque les autres remèdes ont échoué, le *nitrate d'argent* à doses élevées.

L'utilité du nitrate d'argent et de l'essence de térébenthine, dans l'affection qui nous occupe, m'a été révélée par l'efficacité qu'ils présentent dans l'épilepsie, surtout lorsque cette maladie attaque les femmes délicates et nerveuses. Depuis que j'emploie ces médicaments dans la congestion céphalique de l'hystérie, et dans les autres affections du même ordre, j'ai la satisfaction d'en triompher avec beaucoup plus de facilité qu'auparavant. La térébenthine est particulièrement indiquée pendant que les phénomènes morbides présentent leur plus grande violence. On la donne à la dose de 1 à 2 drachmes (4 à 8 grammes), qu'on répète selon l'effet produit. Le meilleur véhicule est l'eau froide ; quelques malades tolèrent très-bien deux ou trois doses par jour : leur céphalalgie diminue, les phénomènes de dyspepsie flatulente disparaissent, les fonctions de l'intestin et des reins sont légèrement excitées. Dans quelques circonstances (il en est parfois de même dans le traitement de l'épilepsie), on ne peut continuer l'usage du médicament, à cause de la dysurie et de l'hématurie qu'il détermine. Toutefois, si ces accidents sont très-peu prononcés, il suffira de diminuer les doses du remède.

Lorsque les symptômes ont perdu de leur violence primitive, ou bien lorsque la térébenthine a échoué, on peut obtenir les meilleurs résultats

avec le nitrate d'argent à la dose de 1 demi-grain (3 centigrammes), quatre et même six fois par jour ; on en continue l'usage pendant cinq ou six jours consécutifs. S'il existe de la constipation, il n'est pas de meilleure combinaison que l'union du nitrate d'argent avec une petite dose de pilules de coloquinte composées (1). Je crois que cette formule a été recommandée pour la première fois contre la dyspepsie par le docteur James Johnson (de Londres) ; je l'ai trouvée constamment d'une grande efficacité, non-seulement pour les maux de tête des jeunes femmes hystériques, mais encore pour cette céphalalgie gastrique, à laquelle sont sujets les hommes de constitution délicate, qui s'occupent de travaux intellectuels.

Il est quelquefois nécessaire d'ajouter au nitrate d'argent 1 grain ou 1 demi-grain (6 ou 3 centigr.) d'aloès, afin de déterminer des évacuations alvines suffisantes ; néanmoins le sel d'argent exerce par lui-même une double action, qui doit le faire préférer à la plupart des autres toniques : non-seulement, en effet, il combat le mouvement fluxionnaire qui se fait vers l'encéphale, mais encore il agit comme un laxatif léger. Je puis même vous citer deux cas, dans lesquels le nitrate d'argent à petites doses a eu une influence puissante sur les fonctions intestinales. J'avais été consulté par M. King, de Stephen's-Green, pour un gentleman qui souffrait de congestions vers la tête ; je conseillai le nitrate d'argent à la dose de 1 grain, trois fois par jour. Il y eut un effet purgatif des plus violents, et l'on suspendit, pendant quelque temps, l'usage du médicament. Redonné alors à la dose de 1 demi-grain, il eut encore les mêmes résultats, et nous dûmes y renoncer complètement. Un autre malade, constamment occupé de travaux de cabinet, était tourmenté par des maux de tête et par une *constipation opiniâtre* :

(1) Ces pilules sont préparées avec l'extrait de coloquinte composé ; on en divise une quantité donnée en fragments de 15 centigrammes. Quant à l'extrait, en voici la composition :

℞ Coloquinte coupée.	6 onces = 192 grammes.
Extrait d'aloès purifié.	12 onces = 384
Scammonée pulvérisée.	4 onces = 128
Cardamome pulvérisé.	1 once = 32
Savon	3 onces = 96
Esprit faible.	1 gallon = 3785

Faites digérer la coloquinte dans l'esprit à une douce chaleur, pendant quatre jours ; filtrez l'esprit, ajoutez-y l'aloès, la scammonée et le savon, et évaporez jusqu'en consistance convenable, en ajoutant le cardamome sur la fin.

(Pharmacopée de Londres.)

(Note du TRAD.)

chez lui 1 demi-grain de nitrate d'argent, uni à 3 grains (18 centigr.) de pilules de coloquinte, produisit constamment un effet purgatif très-énergique.

Dans le traitement de cette céphalalgie qui est accompagnée d'une débilité générale, nous obtenons souvent de très-bons résultats au moyen du liniment acétique préparé d'après cette formule :

℞ Olei terebenthinæ.	f. ℥ iij ss.
Aquæ rosæ.	f. ℥ iij.
Vitellum ovi.	nº 1.
Acidi acetici.	f. ℥ vj.
Olei limonum	min. viij.

Fiat linimentum (1).

Ce liniment, comme vous le voyez, est imité de celui de St. John Long. Voici comment il convient de procéder à son application. Après avoir bien agité la bouteille, vous versez une grande cuillerée de liquide dans une soucoupe ; vous absorbez ce liquide au moyen d'une éponge grosse comme une très-petite pomme, que vous avez eu soin de tremper auparavant dans l'eau chaude, et d'égoutter parfaitement ; vous promenez (je ne dis pas, vous frictionnez), vous promenez légèrement votre éponge sur la nuque, pendant cinq minutes ou plus. Vous faites ainsi matin et soir ; puis, lorsque les téguments de la nuque deviennent rouges et douloureux, vous faites vos lotions pendant quelques jours sur la colonne vertébrale, entre les épaules. Ce procédé peut être suivi avec avantage dans diverses névralgies, et dans bon nombre d'affections viscérales. Dans certains cas, vous réussirez mieux encore avec l'huile de croton, dont vous ferez dissoudre de 10 à 30 gouttes dans une once de liniment camphré composé. Ces deux préparations ont complètement remplacé, dans ma pratique, la pommade stibiée, qui est trop douloureuse et trop incertaine dans ses résultats.

Quant aux ventouses sèches, on peut en placer jusqu'à six à la fois sur la nuque, entre les épaules, et au-dessous des clavicules. Les verres doivent être de bonne dimension ; on pourra en même temps en appli-

(1)	℞ Essence de térébenthine.	84 grammes.
	Eau de rose.	72
	Jaune d'œuf.	nº 1.
	Acide acétique.	18
	Essence de citron.	3gr, 20

Mélez pour un liniment.

(Note du TRAD.)

quer un ou deux petits derrière les oreilles. L'aspiration doit être assez puissante pour fixer la ventouse pendant dix ou quinze minutes au moins. Chez une jeune dame de Grafton-street, les bons effets de cette méthode, que j'essayais alors pour la première fois, ont été véritablement surprenants. Depuis vingt-quatre heures, la malade était agitée par des convulsions hystériques ; incapable de parler, elle avait les yeux ouverts et sans expression ; sa figure était un peu tuméfiée. M. Moore appliqua les ventouses ; au bout de quelques instants, cette dame reprit connaissance et put nous parler. Ce résultat était d'autant plus remarquable, qu'elle avait éprouvé, l'année précédente, une attaque semblable, mais moins grave, pour laquelle les plus éminents praticiens de Dublin l'avaient traitée au moyen des sangsues, de la glace, des vésicatoires sur la tête ; à la suite de ce traitement, la malade s'était trouvée si affaiblie, son état nerveux était tellement exalté, qu'elle avait dû aller à la campagne, et ce n'est qu'au bout de plusieurs mois qu'elle avait fini par recouvrer ses forces. Aussi les parents de cette dame furent-ils très-heureux de cette guérison rapide, pour laquelle nous n'avions eu recours à aucun des moyens de traitement qui avaient été employés la première fois.

Dans l'épilepsie, les ventouses sèches dans le voisinage de la tête peuvent aussi être très-utiles ; ce moyen est surtout efficace pour prévenir les accès, lorsque la céphalalgie ou quelque autre symptôme prémonitoire avertit les de malades leur approche. Les bons effets de ce traitement ont été très-évidents chez une jeune dame épileptique, pour laquelle j'avais été consulté par M. Halahan, de Stephens' Green.

Il existe une forme de délire hystérique qui est caractérisée par une grande excitation nerveuse, de l'insomnie, du bavardage et des illusions singulières ; les malades croient voir des personnes qui sont absentes ; elles essayent de sortir de leur lit, ou bien au contraire elles se blottissent sous leurs couvertures à l'approche d'un étranger. Bien souvent alors j'ai pu constater les désastreuses conséquences d'un traitement dépletif ; je suis convaincu que les ventouses sèches seraient un adjuvant très-utile d'une médication interne convenable (1).

M. Barker, de Gardiner's-row, qui a eu de fréquentes occasions de

(1) Quoique ce fait n'ait aucun rapport direct avec le sujet qui nous occupe, je crois devoir signaler ici l'utilité des ventouses sèches dans certaines épistaxis. On obtient de très-bons résultats en faisant appliquer quelques-unes de ces ventouses à la nuque ; on réussit ainsi à prévenir l'hémorrhagie, lorsque quelques symptômes précurseurs bien évidents en annoncent l'approche. (L'AUTEUR.)

constater les bons effets des ventouses sèches, m'a communiqué un fait très-curieux. Une dame de haute naissance, qui habite les environs de Dublin, était sujette à des congestions céphaliques très-intenses ; chacun de ces paroxysmes éveillait chez cette dame le désir du suicide ; plus d'une fois elle avait été sur le point de le réaliser. Plus tard, tous ces accidents furent prévenus au moyen de quelques ventouses sèches, qu'on appliquait dès qu'on voyait apparaître les symptômes bien connus qui annonçaient les paroxysmes.

Je vous ai dit quelques mots, au commencement de cette leçon, du traitement de la leucorrhée, mais j'ai quelques remarques à ajouter. Le docteur Churchill et plusieurs auteurs modernes insistent beaucoup sur la distinction à établir entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine ; ils invoquent les résultats de l'examen au spéculum, en preuve de la plus grande fréquence de cette dernière, surtout lorsqu'il existe en même temps des troubles généraux graves. Je ne saurais me prononcer sur la justesse de cette distinction ; mais, *à priori*, il ne me paraît point nécessaire de mettre en cause la muqueuse de l'utérus lui-même, pour concevoir la production des phénomènes graves qui accompagnent parfois la leucorrhée ; l'organisation du vagin, avec sa sensibilité exquise et ses sympathies nombreuses, suffit pour nous rendre compte des troubles généraux qui coexistent parfois avec les fleurs blanches. Quoi qu'il en soit, la leucorrhée, lorsqu'elle est abondante, détermine un affaiblissement considérable et des accidents nerveux multiples. Le traitement général qui convient à ces malades vous est suffisamment connu ; je ne veux m'occuper que des moyens locaux qu'on dirige contre l'écoulement lui-même.

Les lotions astringentes sont très-utiles, lorsqu'elles sont convenablement appliquées, mais ce n'est pas le cas, lorsqu'on les emploie sous forme d'injection ; car la femme ne peut pas introduire la seringue assez profondément, et le liquide de l'injection est rarement amené au contact de la surface malade. Pour remédier à ces inconvénients, je conseille à mes malades d'introduire le liquide au moyen de petits fragments de linge préalablement imbibés ; on roule ces linges, de sorte qu'ils peuvent être facilement introduits dans le vagin, d'où ils sont retirés au bout de quelques minutes. Si cette application est répétée plusieurs fois, le liquide peut agir sur toute la surface du vagin, et, s'il le faut, jusque sur le museau de tanche. L'acétate de plomb, le sulfate de zinc, l'alun, le sulfate de cuivre, sont les astringents les plus efficaces, mais

il faut que les solutions soient suffisamment concentrées. Dans les cas rebelles, vous pouvez conseiller le nitrate d'argent à la dose de 2 grains (12 centigrammes) pour une once (32 grammes) d'eau ; vous aurez soin seulement de prévenir vos malades qu'elles doivent mettre des gants pour faire leur petite opération.

Lorsqu'une leucorrhée excessive alterne avec des règles trop abondantes, la solution arsenicale de Fowler prise à l'intérieur, dans l'intervalle des époques, donne quelquefois de très-bons résultats. Les préparations ferrugineuses légères, telles que le pernitrate et le tartrate, sont également très-utiles ; quant au baume de copahu, au cubèbe, aux cantharides et à la térébenthine, que quelques médecins ont recommandés dans la leucorrhée chronique, ce sont des médicaments qui sont rarement tolérés, en raison de la susceptibilité de l'estomac. Le baume de Canada peut au contraire rendre de grands services ; vous pouvez faire faire des pilules contenant 2 ou 3 grains (12 ou 18 centigr.) de cette substance, et un demi-grain de sulfate de quinine, et la malade en prendra quatre par jour.

Je terminerai cette leçon par la relation de deux exemples singuliers d'affections hystériques.

Le 1^{er} septembre dernier, j'étais mandé en toute hâte auprès d'une jeune dame qu'on me disait être sous le coup d'un péril imminent. Je la trouvai assise sur son lit ; elle était entourée par quelques-unes de ses amies ; les alarmes étaient des plus vives. La malade était pâle, sa physionomie exprimait une profonde anxiété. Elle tenait de la main droite une coupe pleine d'eau ; toutes les cinq secondes à peu près elle portait cette coupe à ses lèvres, introduisant dans sa bouche une petite quantité d'eau, qu'elle avalait aussitôt avec des efforts de déglutition considérables. Elle prétendait qu'elle étoufferait sur l'heure, si elle interrompait un seul instant ce manège ; elle se plaignait d'une douleur intolérable à la base de la langue et dans la gorge ; cette douleur lui faisait craindre une suffocation immédiate, du moment qu'elle cesserait de boire. Telle était la puissance de cette conviction, que si l'on empêchait la malade de porter la coupe à ses lèvres, elle se mettait aussitôt à pousser des cris déchirants, elle entraînait en convulsions, et semblait réellement près de sa fin. Cette scène durait déjà depuis plusieurs heures ; l'aspect du personnage principal était du reste aussi dramatique que possible : de noires sangsues s'agitaient autour de son cou, et le sang coulait goutte à goutte sur ses épaules.

Un examen plus attentif me démontra qu'il n'y avait dans le larynx aucun obstacle au passage de l'air, et que la malade pouvait faire une inspiration profonde sans qu'on entendît aucun sifflement, aucun bruit anomal dans la poitrine ; d'ailleurs, aucune rougeur aucune tuméfaction sur la langue ni dans l'arrière-bouche. Comme cette jeune dame était aussi nerveuse que délicate, comme elle était très-sédentaire et qu'elle avait depuis longtemps des attaques d'hystérie, je pensai aussitôt que les accidents actuels étaient une manifestation de la même maladie ; aussi je fis arrêter l'écoulement de sang aussi promptement que possible, et je prescrivis une potion dans laquelle entraient du camphre, de l'esprit aromatique d'ammoniaque, et des gouttes noires (1). Bientôt tout cet orage était apaisé, et la malade dormait d'un sommeil paisible.

Si je vous ai rapporté ce fait, ce n'est pas que la nature de l'affection fût obscure, ou le traitement mal indiqué, c'est parce qu'il présente certaines particularités intéressantes au point de vue de l'acte de la déglutition. Et d'abord il est évident que cette sensation pénible, qui siégeait dans la gorge, n'est autre chose qu'une variété, variété rare, il est vrai, du globe hystérique. La malade croyait en effet sentir un globe qui menaçait de la suffoquer. Le soulagement que lui causaient les efforts continuels qu'elle faisait pour avaler un peu d'eau a son analogue dans une autre affection spasmodique ; vous devinerez que je veux parler du hoquet, que l'on fait disparaître souvent en avalant rapidement, coup sur coup, de très-petites quantités d'eau. Il est bon de noter en outre que toute tentative, dans le but d'empêcher la malade de boire, déterminait des convulsions hystériques générales. Quel contraste dans ce que nous voyons dans l'hydrophobie, alors que la vue seule d'un liquide cause d'épouvantables convulsions. Que penser de l'état du système nerveux dans ces deux cas si différents ?

(1) *Esprit aromatique d'ammoniaque.*

℥ Hydrochlorate d'ammoniaque.	5 onces =	160 grammes.
Carbonate d'ammoniaque.	8 onces =	256
Cannelle en poudre.	} aã	2 gros = 8
Girofle en poudre.		
Ecorce de citron.	4 onces =	128
Esprit rectifié.	} aã	4 pintes = 1900
Eau.		

Mêlez et distillez 6 pintes.

Pour la composition des gouttes noires, voyez, tome I, la note de la page 160.

(Note du TRAD.)

Le fait suivant est un exemple de vomissements et de névralgie hystériques, guéris par l'*asa foetida* à doses très-élevées. Anne May, âgée de vingt-neuf ans, est mariée et a eu quatre enfants ; le dernier accouchement remonte à deux ans ; l'enfant était mort-né. Après cette couche, cette femme prit froid, et elle ressentit une douleur dans le côté gauche ; cette douleur s'étendait de l'omoplate à la région du cœur. Il y a trois mois, cette malade est déjà venue à l'hôpital pour des accidents semblables à ceux qui l'y ramènent aujourd'hui ; elle avait en outre un peu de fièvre. Elle sortit guérie après avoir été traitée par les saignées, les sangsues et les vésicatoires. Elle est rentrée le 5 juillet. Elle souffre depuis quinze jours, nous dit-elle, d'une douleur qui part de l'épine du dos et qui suit le trajet des côtes jusqu'au niveau du cœur ; là, cette douleur est tellement vive, qu'elle détermine des vomissements bilieux. La malade qui n'avait jamais vomi jusqu'alors, rejette aujourd'hui tout ce qu'elle prend. Le ventre n'est pas sensible à la pression. Cette femme est excitée, sa respiration est irrégulière et précipitée, sa poitrine se soulève convulsivement, elle fait entendre par intervalles quelques gémissements. Ces troubles de la respiration persistent pendant toute la durée de l'attaque, tandis que les autres phénomènes morbides présentent d'assez grandes oscillations dans leur intensité. Anne May reste quelques instants tranquille dans son lit, puis tout d'un coup elle saute, elle s'agite en tous sens, elle pousse des cris horribles, et elle fond en larmes ; elle est en même temps tourmentée par des éructations et des vomissements incessants ; mais, au milieu de tout ce désordre, le pouls reste calme. La malade n'a jamais éprouvé le *globus hystericus* ; elle n'a jamais eu de céphalalgie ni de douleurs temporales, elle avait toujours gardé jusqu'alors un assez bon appétit. *La menstruation a toujours été régulière ; constipation habituelle. L'urine est rare et dépose abondamment ; pouls à 64 ; langue humide ; soif vive (peut-être à cause des vomissements).*

La pression sur les vertèbres dorsales et sur les côtes qui répondent au sein gauche est extrêmement douloureuse.

Pas de palpitation ; rien d'anormal au stéthoscope.

6 juillet. — Six pointes de feu de chaque côté des apophyses dorsales ; 10 grains (60 centigrammes) d'*asa foetida* toutes les deux heures.

7 juillet. — Les douleurs et les vomissements ont reparu plusieurs fois jusqu'à minuit ; depuis ce moment ils ont cessé. Le cautère avait été appliqué ; on avait donné vingt-deux pilules. Constipation, urine rare et épaisse ; les autres fonctions sont régulièrement accomplies. La

respiration est calme ; il y a encore un peu de sensibilité ; la malade dort bien. (*Adhibeatur enema fætidum bis in die. Repetantur pilulæ tertius horis.*)

8 juillet. — Les douleurs et les vomissements n'ont pas reparu ; encore un peu de sensibilité thoracique à la pression ; la nuit a été bonne. La malade a pris seize pilules ; les deux lavements ont amené deux selles solides, fort peu abondantes. La respiration et toutes les autres fonctions sont normales. L'appétit n'est pas revenu. — Convalescence.

13 juillet. — Aujourd'hui, Anne May a eu quelques douleurs insignifiantes dans le côté droit.

D'après l'expérience que m'ont donnée d'autres faits analogues, je me crois autorisé à attribuer ici la guérison à l'*asa fætida* et non pas au cautère actuel. Cette malade a pris 120 grains (7^{gr},20) d'*asa fætida* avant que l'amélioration ait été définitive. Lorsqu'on peut décider la malade à prendre le médicament, je ne connais pas de remède aussi efficace que l'*asa fætida* dans l'hystérie ; mais, pour qu'il soit utile, il faut l'*administrer à doses très-élevées* : c'est une remarque qui a été faite depuis fort longtemps par les médecins praticiens. Si on le donne à petites doses, comme on le fait généralement, il est le plus souvent sans action ; c'est ce qui vous explique le discrédit dans lequel il est tombé depuis quelques années.

CINQUANTE-HUITIÈME LEÇON.

AFFECTIONS DE LA PEAU.

ÉRYSIPELE.

Traitement de l'érysipèle. — Indications du vin, du quinquina et de l'opium. — Examen comparatif de la médication tonique et de la médication antiphlogistique.

De la gangrène qui survient dans les affections inflammatoires.

Propriétés contagieuses de l'érysipèle. — Développement symétrique de l'exanthème — Observation d'un érysipèle malin.

MESSEURS,

L'érysipèle qui a régné dans cet hôpital pendant les mois d'août, septembre et octobre, a présenté quelques particularités qui ne sont pas sans intérêt. En moins de trois mois, nous avons observé à peu près vingt exemples de cette maladie ; et je crois en vérité que la cause morbifique, quoique beaucoup moins puissante, n'a pas complètement disparu de nos salles, car nous avons encore eu un malade atteint d'érysipèle pendant les dix jours qui viennent de s'écouler. Les caractères et le traitement de cette maladie ont été parfaitement décrits par feu le docteur M'Dowel, dans un mémoire dont je vous recommande à tous la lecture attentive ; il a été inséré dans le sixième volume du *Dublin medical Journal*.

M. Cusack et d'autres médecins ont encore fait cette observation, que lorsque nous voyons régner une épidémie d'érysipèle, nous devons nous attendre à voir surgir des fièvres puerpérales et des scarlatines de mauvais caractère. Il paraît, en d'autres termes, que les qualités nuisibles de l'atmosphère, qui donnent lieu à la première de ces maladies, ajoutent à la gravité et à la malignité des deux autres.

Avant de vous signaler les caractères particuliers de notre petite épidémie, je veux vous parler du traitement de l'érysipèle en général. J'ai

d'autant plus à cœur d'attirer votre attention sur ce point, que l'érysipèle qui a régné dans nos salles nous a donné d'utiles leçons, et nous a montré une fois de plus que le traitement d'une maladie quelconque doit être subordonné à ses caractères particuliers actuels et au génie épidémique. Tous nos malades, à toutes les périodes, ont été traités avec le vin, le quinquina et l'opium ; un seul cas excepté, cette médication nous a constamment réussi. Or, vous savez que l'érysipèle est généralement regardé comme une maladie inflammatoire, et qu'on l'attaque toujours, surtout au début, par des moyens antiphlogistiques plus ou moins énergiques. Les saignées générales et locales, les ventouses scarifiées, les purgatifs, les mercuriaux, le tartre stibié, tels sont les agents auxquels on a ordinairement recours pendant la première période, et j'accorde que beaucoup de cas veulent être traités ainsi. Mais les personnes qui ont fréquenté cet hôpital pendant les trois mois derniers ont observé une forme d'érysipèle qui exige, dès les premiers jours, un traitement directement opposé. Aucun médecin dans son bon sens n'eût traité nos malades par les émissions sanguines, les purgatifs ou l'émétique. A peine la maladie était-elle évidente, que nous devions la combattre au moyen des toniques, des narcotiques et des stimulants.

Vous voyez donc, messieurs, que l'érysipèle présente deux formes extrêmes entre lesquelles viennent se placer bien des degrés intermédiaires. Voilà ce que vous ne devez jamais perdre de vue. Lorsque vous serez appelés à votre tour à traiter un malade atteint d'érysipèle, souvenez-vous que vous avez affaire à une maladie à formes multiples, qui n'est soumise à aucun traitement fixe et qui demande le tact et la sagacité d'un praticien accompli. J'ai observé moi-même un grand nombre d'exemples de la forme inflammatoire franche, et j'ai réussi admirablement alors avec les saignées, les sangsues, les purgatifs et le tartre stibié. Ici, au contraire, je vous l'ai dit, le vin, l'opium et le sulfate de quinine étaient les seuls moyens sur lesquels nous pussions compter.

Vous trouverez à côté de ces faits, si nettement accusés, des cas mixtes dans lesquels les deux modes de traitement doivent être employés successivement, soit à des périodes différentes de la maladie et à un assez grand intervalle, soit au contraire brusquement et pour ainsi dire coup sur coup. En un mot, l'érysipèle ne doit point être traité *d'après son nom*.

Beaucoup de médecins ont avancé que lorsque la gangrène survient dans les affections inflammatoires, et entre autres dans l'érysipèle,

elle résulte de la violence même de l'inflammation, et qu'elle peut être heureusement prévenue par l'emploi judicieux des moyens déplétifs. Telle n'est point, messieurs, l'expression de la vérité : si vous voulez acquérir de saines idées sur la pathologie et le traitement de l'érysipèle, écarterez toute idée préconçue et ne vous laissez guider que par l'observation exacte des faits. Or, sachez-le bien, la gangrène apparaît dans le cours de certains érysipèles dans lesquels il ne saurait être question d'un travail inflammatoire trop violent, et elle exige un bien autre traitement que la médication spoliatrice. Je ne prétends point qu'il en soit constamment ainsi, et que l'opinion que je combats ne soit jamais justifiée ; je vous dis seulement que vous auriez des notions fort incomplètes et fort erronées sur l'érysipèle, si vous regardiez la gangrène qu'il détermine souvent comme le résultat constant d'un travail inflammatoire trop énergique. Le fait suivant vous démontrera la vérité de mes assertions.

Une dame, arrivée à la période moyenne de la vie, était prise des symptômes fébriles le 24 mars dernier. M. Barker avait aussitôt mis en œuvre le traitement antiphlogistique, et néanmoins les phénomènes de pyrexie étaient allés croissant. Au bout de quelques jours la gorge était devenue douloureuse, et un érysipèle était apparu à la face. La maladie présentait de fâcheuses allures ; en fait, mistress B... n'y échappa qu'à grand'peine. Le 1^{er} avril, M. Carmichaël avait prescrit des fomentations continues sur la figure, dans le but d'atténuer les accidents locaux, et le fils de la malade, jeune homme de dix-huit ans, d'une vie très-régulière, d'une constitution robuste et florissante, et qui avait toujours eu une santé parfaite, s'était chargé de faire ces fomentations. Vers le soir, sans raison suffisante, il s'était persuadé que la position de sa mère était désespérée, et il était tombé dans un violent accès de chagrin, puis il avait repris avec plus de zèle encore la tâche dont il s'était chargé. Tandis qu'il donnait des soins à mistress B..., il reçut (c'était sa propre expression) « une bouffée d'air fétide provenant des couvertures du lit », et aussitôt il s'était senti mal à l'aise.

Cela se passait le 1^{er} avril. Le 2, ce jeune homme avait de la fièvre et de la céphalalgie ; on lui fit prendre un purgatif et on lui appliqua des sangsues. Le 3, pas d'amélioration ; insomnie complète. Le 4, M. Carmichaël avait jugé nécessaire de faire une nouvelle application de sangsues aux tempes et d'insister sur les purgatifs et les moyens déphlogistiques. Pour la première fois, mistress B... se plaignit de

souffrir dans l'épaule droite ; cette douleur fut regardée d'abord comme rhumatismale. Cependant le malade était de plus en plus agité, et, le 7, il y avait trois nuits qu'il n'avait pas dormi un seul instant. On s'aperçut, ce jour-là, de l'existence d'un léger empâtement au-dessous de la clavicule droite ; il se prolongeait par en bas sur le muscle pectoral ; il y avait à ce niveau de la sensibilité au toucher, mais pas de rougeur. M. Carmichaël examina aussitôt, avec le plus grand soin, la main et le bras de ce côté ; il s'attendait à y trouver quelque plaie, quelque excoriation, car les symptômes présentés par le malade ressemblaient tout à fait à ceux que déterminent les plaies empoisonnées ; néanmoins il ne put découvrir aucune lésion extérieure.

L'agitation était arrivée à ses dernières limites : la nuit suivante, master B... changea plus de cent fois de lit ; les domestiques avaient été constamment occupés à faire trois lits, que le malade occupait successivement, tourmenté qu'il était par une intolérable sensation de malaise et d'angoisse, Cependant les fonctions intestinales étaient régulières la miction abondante ; et quoique le mouvement fébrile fût assez vif, il n'était point en rapport avec la violence de l'excitation nerveuse ; il n'y avait du reste ni délire ni douleur de tête. Par deux fois, on avait appliqué des sangsues sur les parties tuméfiées du tronc, et on les couvrait sans relâche de fomentations ; jusqu'au 10, l'enflure avait gardé les mêmes caractères, lorsque apparut près de l'épaule une tache rouge, qui devint bientôt une plaque érysipélateuse d'un rouge vif. Cette plaque occupait la région pectorale et l'aisselle du côté droit.

C'est le 11 avril que je vis le malade pour la première fois. Le pouls était à 120 et ne manquait pas de force ; la peau était chaude et humide ; master B. . ne souffrait pas de la tête, mais il avait complètement perdu le sommeil, et il éprouvait un malaise très-pénible. Ses forces musculaires n'étaient pas très-compromises ; et quelques heures avant sa mort il se tournait encore facilement dans son lit. La langue était sèche au centre, sale, mais humide sur les bords. L'érysipèle marchait à grands pas vers le côté gauche et vers la paroi abdominale antérieure. Nous avons essayé d'en enrayer les progrès, en le circonscrivant au moyen du nitrate d'argent ; mais, malgré le soin avec lequel M. Carmichaël a pratiqué cette petite opération, elle est restée sans résultat. Nous avons fait appliquer ensuite de l'onguent mercuriel sur la surface enflammée, et quoique l'exanthème gagnât toujours du terrain, nous n'avons pas encore perdu toute espérance, parce que, grâce à l'émé-

tique et à l'opium, nous étions parvenus à procurer au malade un sommeil qu'il qualifiait lui-même de réparateur.

Le 13 au matin, le derme présentait une teinte noire au niveau de l'une des bulles qui existaient à gauche : cette circonstance était bien faite pour exciter nos alarmes ; quelques heures après, elles n'étaient que trop justifiées : des taches noires étaient éparses sur toute la surface occupée par l'érysipèle. Ces taches se développaient avec une grande rapidité ; quelques-unes étaient accompagnées d'un petit épanchement sous-épidermique, les autres consistaient seulement dans le changement de coloration du chorion, sans soulèvement de l'épiderme. Le malade fut gorgé d'aliments, de vin généreux et de cordiaux, mais tout traitement devait être inutile. Bientôt le scrotum se prit à son tour et présenta les caractères de la gangrène. Sur plusieurs points, l'épiderme se détachait, et la surface mortifiée du derme donnait issue à un liquide sanieux très-abondant ; ailleurs l'épiderme restait adhérent au chorion. Le 14, presque tout le côté droit du ventre et le scrotum étaient frappés d'une gangrène superficielle ; l'abdomen devint alors tympanique.

A ce moment, il y eut plusieurs selles copieuses, d'apparence normale ; la peau était couverte de sueurs, l'urine était abondante et naturelle ; en résumé, avec un sphacèle très-étendu, toutes les sécrétions étaient régulières. Mais la langue était toujours sèche et chargée, l'agitation conservait toute sa violence ; les médicaments qui nous avaient réussi une première fois étaient impuissants aujourd'hui pour ramener le sommeil. C'est alors que le pouls commença à fléchir ; cependant il resta perceptible jusqu'à la fin, et le malade n'eut pas un instant de délire. Il succomba le 15 au soir. Pendant le dernier jour de sa vie, il avait encore eu des sueurs très-abondantes, qui n'avaient présenté aucune odeur particulière. Le pouls ne donnait également que des indications trompeuses ; je puis vous affirmer en effet que, six heures avant la mort, il avait acquis, quoique dépressible et mou, un volume et une fermeté qui ne pouvaient pas faire soupçonner une dissolution prochaine. L'affaiblissement du malade, je vous l'ai déjà fait remarquer, n'était point en rapport avec le danger qui le menaçait ; car master B... se tournait encore dans son lit quelques instants avant de mourir. Ce fait n'est pas sans analogue : on a cité des cas dans lesquels des individus, atteints d'un vaste erysipèle gangréneux, ont pu rester debout, malgré l'imminence du péril.

L'observation que je viens de vous rapporter me paraît très-remar-

quable en raison du caractère contagieux de cet érysipèle, en raison de la jeunesse et de la bonne santé antérieure du malade. Vous avez ici la preuve que la gangrène ne reconnaît point pour cause la violence de l'inflammation cutanée, car elle n'a pas envahi les parties qui ont été affectées les premières et avec le plus d'intensité. Loin de là, les points qui ont été frappés de sphacèle étaient plus pâles et moins tendus que les autres ; et les portions de peau qui se sont mortifiées avaient été atteintes pendant le dernier stade de la maladie. Je vous le répète, ce fait est d'une importance considérable ; joint à d'autres, il réfute victorieusement l'opinion qui attribue la gangrène et le sphacèle de toutes les phlegmasies à la violence même de l'inflammation, et qui conseille en conséquence de prévenir ces accidents par le traitement antiphlogistique pur (1).

Je suis le premier à le reconnaître, cette manière de voir et la méthode thérapeutique qui en découle naturellement sont justifiées dans beaucoup de circonstances ; mais je maintiens que, dans certains cas, la disposition à la gangrène est simplement *surajoutée* au travail inflammatoire, dont elle reste d'ailleurs complètement indépendante. Quiconque étudiera sans idée préconçue l'observation que je viens de rapporter, doit tomber d'accord avec moi sur ce point ; et d'ailleurs, depuis quelque temps, les faits abondent pour justifier mes conclusions : voyez en effet la marche rapidement fatale de l'angine gangréneuse, cette angine toute spéciale qui reparaît aujourd'hui en Irlande, après une absence de plus de vingt années. Dans les deux ordres de faits, il s'agit d'une maladie infectieuse, et, dans les deux cas, la gangrène paraît être absolument indépendante de la violence de l'inflammation.

Cette question est d'une si haute importance au point de vue pratique, que je suis justifié d'avance de m'y être arrêté si longtemps ; mais il faut que mes jeunes auditeurs soient bien convaincus de cette vérité, elle est capitale : il est certaines formes morbides, dites inflammatoires, dans lesquelles le traitement déplétif est complètement inacceptable.

Dans l'épidémie que nous venons de traverser, l'érysipèle siégeait le plus souvent à la tête ; il débutait par le cuir chevelu, ou sur le nez et les joues ; parfois il se rencontrait d'abord à la nuque, surtout chez les malades qui avaient eu là un vésicatoire. Le typhus fever qui règne

(1) Voyez tome II, la note de la page 81.

aujourd'hui se juge rarement en moins de quatorze ou de dix-sept jours ; c'était pendant le décours de la maladie, ou durant la convalescence, que l'érysipèle apparaissait.

Le malade, convalescent depuis quatre ou cinq jours, se trouvait moins bien ; il était faible, mal à l'aise ; il avait quelques frissons passagers, de la céphalalgie ; il se plaignait d'avoir constamment soif ; en même temps le pouls prenait de la fréquence, la langue se séchait, et l'affection cutanée apparaissait alors. L'inflammation était très-superficielle ; elle s'épuisait à la surface extérieure du derme, et n'envahissait point le tissu cellulaire sous-dermique. Vous savez, messieurs, que la sévérité et l'opiniâtreté de l'érysipèle sont en raison directe de la profondeur de la phlegmasie cutanée ; à mesure qu'elle gagne les couches profondes, l'inflammation perd de ses caractères d'affection érysipélateuse, pour se rapprocher de plus en plus du phlegmon diffus, cette épouvantable maladie que vous savez. Telle n'était point la marche des choses dans notre épidémie : la maladie était simple, et l'exanthème était le plus souvent limité aux couches superficielles du derme. Il présentait d'ailleurs tous les caractères de l'érysipèle légitime : rougeur, chaleur, douleur brûlante, élévation légère des parties affectées. L'œdème n'a jamais été considérable, sauf dans quelques cas d'érysipèle des paupières ; nous n'avons pas eu un seul exemple d'abcès sous-cutané. En revanche, les troubles généraux étaient très-prononcés, et la fièvre persistait pendant quatre ou cinq jours ; si même jé consulte les notes qui m'ont été remises sur ces divers malades, je vois que la fièvre est tombée le plus ordinairement au sixième jour.

Dans plusieurs cas, on a observé une particularité sur laquelle je veux appeler votre attention : c'est le développement parfaitement symétrique de la rougeur érysipélateuse. Je crois avoir le premier signalé ce fait, que lorsque l'érysipèle débute sur un point de la ligne médiane, il marche ensuite d'une manière symétrique. Ainsi, chez nos malades, l'affection cutanée commençait sur le nez, et s'étendait de là avec une symétrie parfaite vers le front et vers le cou ; ou bien, lorsque l'inflammation apparaissait d'abord à la nuque, elle descendait entre les épaules, avec une régularité remarquable au point de vue de l'étendue et de la configuration. Cette correspondance exacte n'a pas été constante ; mais je puis affirmer qu'elle a été très-nette chez les deux tiers de nos malades. Cette particularité n'est donc point aussi rare que l'a prétendu le docteur Johnson. Lorsque j'ai fait connaître le développement symétrique de l'érysipèle, M. Johnson a dit que c'était là une

observation fort peu importante, un objet de simple curiosité, et il a ajouté qu'un homme ne rencontrerait pas ce phénomène deux fois pendant sa vie. Or, je vous en ai fait voir une demi-douzaine d'exemples depuis deux mois seulement.

Le traitement de notre érysipèle a été entièrement subordonné aux circonstances de son développement. Nous n'avons employé aucun topique, et il n'en était pas besoin ; sangsues, lotions froides, fomentations chaudes, onguent mercuriel, tout cela eût été parfaitement superflu. L'inflammation cutanée n'était ni étendue, ni violente, et l'état de nos malades nous défendait toute espèce de déplétion. Pour instituer le traitement interne, nous prenions pour guide les conditions au milieu desquelles la maladie était apparue, sans nous préoccuper d'une analyse minutieuse des symptômes, ou d'une théorie quelconque sur la nature de l'érysipèle. Le vrai médecin doit prendre en considération dans sa pratique non-seulement les phénomènes symptomatiques de la maladie, mais aussi les circonstances qui ont présidé à son développement ; et souvent c'est la connaissance de ces dernières qui le déterminera dans sa thérapeutique. Or, nous avons affaire à des malades atteints d'érysipèle au moment où ils étaient abattus par le typhus, et privés de toute résistance vitale. Personne n'eût pu songer un seul instant, dans ces conditions au traitement dit antiphlogistique. Pour nous, tenant compte de la fièvre antérieure qui avait épuisé nos malades, nous avons suivi une toute autre voie ; sauf chez quelques individus qui n'étaient pas affaiblis, qui avaient une fièvre intense, et des symptômes locaux très-accusés, nous avons constamment prescrit les toniques, les narcotiques et les stimulants. Nous faisons d'abord administrer un lavement émollient, puis un lavement au sulfate de quinine, à la dose de 5 à 10 grains (30 à 60 centigrammes), suspendu dans du mucilage d'amidon. Ce lavement était répété deux fois par jour ; le malade prenait un peu de vin et une légère alimentation.

Je me rappelle la surprise de plusieurs élèves, lorsqu'ils m'ont entendu formuler ce traitement. Voyant la sécheresse de la langue, le délire passager, l'agitation, la céphalalgie des malades, ils n'étaient pas éloignés de croire qu'une telle médication leur ferait plus de mal que de bien. Mais j'avais déjà observé bien des cas de ce genre ; j'avais vu sous l'influence du vin la langue se nettoyer et devenir humide la peau prendre de la fraîcheur et de la souplesse, la fièvre et l'agitation s'apaiser ; j'avais vu enfin disparaître les accidents locaux. Du reste,

cette fois encore , l'événement a démontré l'efficacité de ce mode de traitement ; tous mes malades ont guéri, à l'exception d'un seul : dans ce cas, la maladie avait pris un caractère de malignité telle, qu'elle devint mortelle en quelques heures (1).

C'était chez une jeune fille de vigoureuse constitution, qui avait traversé sans encombre un typhus exanthématique grave ; vers la période moyenne de sa fièvre, elle avait présenté quelques phénomènes d'excitation cérébrale, pour lesquels nous avons fait appliquer un vésicatoire sur le cuir chevelu. Lorsqu'elle fut prise d'érysipèle, cette malade était au lit déjà depuis plusieurs jours, et elle était arrivée à cet état de faiblesse dans lequel la peau est exposée à s'ulcérer. J'ai observé cette disposition dans un grand nombre de cas de fièvre lente, et cette com-

(1) Si la révolution qui s'est accomplie dans la thérapeutique médicale avait encore besoin d'une justification, on en trouverait une d'une saisissante éloquence dans l'histoire de l'érysipèle spontané. Que l'on compare la mortalité actuelle de cette maladie avec celle qu'elle déterminait il y a quelque trente ans, alors que régnait dans toute sa rigueur la doctrine de l'irritation, et il est impossible de ne pas être frappé du progrès immense qui a été réalisé ! On a peine à croire qu'on ait jamais pu regarder l'érysipèle de la face primitif comme une des maladies les plus graves et les plus redoutables ; et cependant, à l'époque dont je parle, ces craintes étaient amplement justifiées par les tables nécrologiques ; il est vrai d'ajouter que la plus grande part dans ces tristes résultats incombait directement à la médication spoliative. Aujourd'hui la maladie, dégagée de cette *complication accidentelle*, a repris son caractère naturel, et il n'en est pas une peut-être qui assure d'aussi beaux succès à la médecine des indications. Bien souvent j'ai entendu deux de mes maîtres, M. le professeur Nat. Guillot et M. le docteur Béhier, insister sur ce remarquable contraste ; bien souvent aussi j'ai pu constater dans leur service les heureux résultats de leur pratique.

Telle est aussi, comme on le sait, la conviction de M. le professeur Trousseau, et je ne puis m'empêcher de reproduire ici les lignes suivantes que j'extrai d'une de ses leçons cliniques :

« Ainsi, loin d'abattre mes malades par des pertes de sang, saignée du bras, application de sangsues derrière les oreilles ; au lieu de me faire un loi de leur administrer des émétiques, des purgatifs répétés ; au lieu de les tenir à une diète rigoureuse, je reste spectateur de la lutte, de laquelle, je le sais, la nature sortira victorieuse, si je ne la trouble pas dans ses opérations ; je me tiens les bras croisés, et je le répète, parmi le grand nombre d'érysipèles que j'ai vus, trois au plus ont eu une terminaison fatale ; dans tous les autres cas, la maladie s'est éteinte d'elle-même. Ce sont des choses qu'il faut dire et ne pas craindre de proclamer bien haut, il en est de l'érysipèle comme d'un certain nombre de maladies qui ont une marche naturelle, que nous, médecins, devons bien nous garder de vouloir diriger, quand nous voyons les phénomènes pathologiques marcher régulièrement ; car notre intervention intempestive troublerait le cours naturel du mal, et tournerait au détriment de celui qui réclamait notre secours. » (*Loc. cit.*, t. I, p. 303.)

(Note du TRAD.)

plication est grosse de périls. Ici, en effet, les ecchymoses, les ulcérations, les gangrènes superficielles sont bien moins le résultat de la pression mécanique, que l'effet de la prostration générale et de l'altération simultanée des liquides et des solides. C'est dans ces conditions fâcheuses, c'est alors que le cuir chevelu était encore enflammé par le vésicatoire, que cette jeune fille a été atteinte d'un érysipèle de la face. Pour comble de malheur, au moment où l'inflammation érysipélateuse attaquait les téguments sains, la surface mise à nu par le vésicatoire était prise de gangrène : deux affections locales des plus graves venaient se compliquer mutuellement. La malade ne pouvait résister à tant de maux ; elle s'affaissa rapidement, et expira au bout de vingt-quatre heures.

Parmi les cas d'érysipèle qui se sont développés dans notre salle des fiévreux, il en est un qui mérite une mention spéciale. Une jeune femme nous était arrivée avec une fièvre tachetée ; elle était malade depuis plusieurs jours lorsqu'elle est entrée à l'hôpital ; elle était restée assez longtemps dans le service avant de se remettre. Je passe sur les détails du traitement, et je me borne à vous dire que les indications les plus pressantes une fois remplies, nous avons prescrit la solution de chlorure de soude (1) ; la malade était entrée en convalescence, ou du moins *quam proxime*. La langue était nettoyée, le ventre était souple, les selles normales ; la peau était fraîche, le pouls battait 80. Un soir, cette femme fut reprise de fièvre, elle délira pendant la nuit, et le lendemain matin nous lui trouvions le pouls accéléré, la langue sèche et noire au centre, d'un rouge foncé sur les bords et à la pointe ; il y avait en outre un peu de diarrhée. Les narines étaient remplies de mucosités demi-concrètes, qui exhalaient une odeur abominable ; la fétidité

(1)

Solution de chlorure de soude.

℞ Carbonate de soude.	1 livre	=	375 grammes.
Eau distillée.	48 onces fl.	=	1152
Chlorure de sodium.	4 onces	=	128
Bioxyde de manganèse.	3 onces	=	96
Acide sulfurique.	4 onces	=	128

Dissolvez le carbonate de soude dans 2 pintes (950 grammes) d'eau ; mettez dans une cornue le chlorure de sodium et le bioxyde de manganèse, réduisez en poudre, et versez dessus l'acide sulfurique, préalablement mêlé avec 3 onces fluides (72 gram.) d'eau, et refroidi. Chauffez, et faites passer le chlore d'abord à travers 5 onces fluides (120 grammes) d'eau, puis à travers la dissolution précédente de soude.

(Pharmacopée de Londres.)

(Note du TRAD.)

dité en était telle, qu'on pouvait à peine approcher du lit de la malade sans avoir des nausées. La face interne des fosses nasales était rouge et tuméfiée ; bref, un érysipèle occupait le nez, la partie supérieure de la face et le front. Il avait d'abord affecté la peau et le tissu cellulaire sous-cutané, produisant un œdème considérable, puis il s'était étendu à la membrane muqueuse du nez.

C'est généralement ainsi que les choses se passent, et l'érysipèle commence le plus souvent par la peau ; parfois cependant il débute par les muqueuses.

Je n'ai pas besoin de vous dire, messieurs, que cet érysipèle œdémateux, qui avait si profondément altéré les sécrétions nasales, et qui frappait une femme affaiblie par le typhus fever, devait être regardé comme une dangereuse complication. A quel traitement fallait-il recourir ? Ce n'était certes point le moment de songer aux moyens dépiétifs, l'abattement de la malade les contre-indiquait formellement : quelle que soit leur efficacité dans certaines circonstances, en user ici c'était compromettre encore la vie de cette femme. Peut-être pensez-vous que nous aurions pu administrer sans grand danger un émétique ou un purgatif, et obtenir ainsi de bons résultats ; n'oubliez pas que la malade avait des nausées, une soif vive, des douleurs intestinales, n'oubliez pas surtout qu'elle était profondément débilitée. Que fallait-il donc faire ? Nous avons commencé par faire mettre un vésicatoire à la nuque ; nous nous proposons par là d'agir à la fois sur l'encéphale pour prévenir le délire, et sur l'affection inflammatoire du nez et du front. Quel est le mode d'action des vésicatoires dans les cas de ce genre, je ne pourrais vous le dire exactement ; le fait certain, c'est qu'un vésicatoire appliqué dans le voisinage d'un érysipèle œdémateux produit souvent d'excellents effets. Admettez, si vous voulez, que ce moyen détermine une irritation substitutive, ou bien qu'il exerce une action dérivative sur la circulation cutanée ; peu importe l'explication, le résultat est là.

Pour ce qui est du traitement interne, le seul médicament qui nous offrit quelque chance de succès était le sulfate de quinine. Mais en raison des nausées, de la soif et de la diarrhée qui existaient chez cette malade, le sel de quinine, administré par la bouche, eût fait plus de mal que de bien. En conséquence, je l'ai prescrit sous forme de lavements ; j'ai fait injecter dans le rectum, toutes les quatre heures, 2 onces de mucilage d'amidon additionnées de 5 grains (30 centigrammes) de sulfate de quinine et de 4 grains (24 centigrammes) de teinture

d'opium. Sous l'influence de ce traitement, nous avons vu survenir une amélioration rapide ; l'érysipèle s'est éteint, la fièvre est tombée, et aujourd'hui cette femme est de nouveau en pleine convalescence. J'ai omis de vous dire que j'avais fait faire dans les fosses nasales de nombreuses injections d'eau chaude et de vinaigre.

Ici encore notre médication a été suivie d'un succès complet, quoique le cas fût on ne peut plus défavorable. Du reste, messieurs, cette observation peut vous être très-utile, si vous prenez la peine de comparer l'érysipèle de cette malade avec celui qui a affecté sa voisine. Celle-ci était une fille robuste qui a été prise au milieu de la plus parfaite santé ; aussi nous l'avons traitée par les éméto-cathartiques.

Voici maintenant un autre fait, qui est un remarquable exemple du développement symétrique de l'érysipèle. Durant cette épidémie dont je vous ai déjà plusieurs fois parlé, on vit, dans un grand nombre de cas, la maladie apparaître après l'application des sangsues, des vésicatoires, des sétons, etc. Précisément alors on mit un séton à la nuque, chez un jeune homme atteint d'hémiplégie. Un érysipèle fut la conséquence de cette opération. De la nuque, la rougeur gagna la face et le cuir chevelu, et lorsqu'elle commença à pâlir sur ces points, elle descendit sur la poitrine et sur les bras. Les limites de l'exanthème étaient très-nettes, la rapidité de sa marche était la même partout. Cinq jours après son début, il avait envahi la presque totalité de la poitrine et la partie supérieure des bras ; et rien n'était plus remarquable que la parfaite similitude de forme et d'étendue que présentaient les deux moitiés de l'érysipèle, séparées par la ligne médiane. Les limites, l'espace et la figure, tout était identique ; une des moitiés était le *fac-simile* de l'autre. Cette coïncidence était d'autant plus frappante ici, que l'affection cutanée avait présenté dans son développement une marche très-irrégulière et très-capricieuse, du moins en apparence.

Ainsi, lorsque la rougeur était arrivée au moignon de l'épaule, elle n'était pas descendue sur le côté externe du bras au delà de l'insertion du deltoïde, puis elle avait gagné obliquement l'extrémité opposée du biceps. On avait observé également que lorsque l'exanthème avait atteint un point central sur le sternum, il se propageait ensuite par une ligne courbe ascendante, évitant le sein de chaque côté, puis se déviait brusquement en bas, de manière à représenter sur le tronc un double feston. Il va sans dire que le développement de l'érysipèle était moins rapide sur la ligne médiane : ce qui tient sans doute à la densité plus

grande et à l'élasticité moindre de la peau et du tissu sous-cutané dans ce point. L'arrêt de la rougeur à l'insertion du deltoïde était dû sans doute à la même influence. Je pourrais vous citer bien des exemples d'affections cutanées, qui présentent exactement la même figure sur les différents points de la surface du corps : c'est ainsi que plusieurs variétés de lèpre, d'herpès, d'impétigo, de porrigo, etc., revêtent une forme circulaire. Ici le processus morbide se développe avec une égalité parfaite tout autour d'un point central, et il gagne à la circonférence, à mesure qu'il cesse au centre. Les cercles des prairies, dont le docteur Wollaston a, le premier, fait connaître la véritable nature, nous fournissent un exemple de développement centrifuge dans le règne végétal.

J'ai déjà vu un grand nombre de fois cette progression symétrique de l'érysipèle. Tout récemment encore je l'ai observée chez une malade de Sir Patrick Dun's Hospital. Né à la face, l'exanthème gagna le cuir chevelu et descendit de là sur le cou et sur les épaules. Pendant qu'il marchait ainsi, je fis remarquer aux élèves combien il était semblable à lui-même de chaque côté de la ligne médiane ; ici encore cette coïncidence était fort remarquable, parce que la limite extrême de la rougeur était très-irrégulière. Je suis convaincu qu'une observation plus attentive modifiera l'opinion de ceux qui ont accueilli avec défiance mes premières communications sur ce sujet.

CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON.

ÉRUPTIONS CUTANÉES PRODUITES PAR CERTAINS VIRUS ANIMAUX.

De la morve et de sa contagion. — Observation d'un cas de morve chez l'homme. —
Du farcin. — Observation.

Effets délétères des virus animaux sur l'organisme de l'homme. — Productions de
vésicules et de pustules. — Pustules de Colles. — Leurs causes. — Dangers des
révulsifs. — Observation.

Inflammation blanche. — Développement de vésicules purulentes à la suite d'une
plaie. — Observations du docteur Trenor, — du docteur Orpen de Cove.

MESSIEURS,

Nous nous occuperons aujourd'hui de deux maladies qui résultent de l'action de virus animaux : la connaissance de l'une de ces maladies est de date toute récente ; quant à l'autre, je ne sais pas s'il en existe déjà quelque observation publiée : je veux parler de la morve et du farcin chez l'homme.

C'est au docteur Elliotson que nous devons la première description précise de la morve chez l'homme ; vous trouverez son travail dans le XVIII^e volume des *Medico-chirurgical Transactions*. Depuis lors, cette maladie a été l'objet de nombreuses études, tant en Angleterre que sur le continent.

Une foule d'observations ont démontré que les sécrétions morbides des chevaux morveux peuvent infecter l'homme, et que cette intoxication développe chez lui une maladie repoussante, douloureuse, et le plus souvent mortelle. De documents que j'ai pu rassembler, il ressort que la morve humaine est très-fréquente en Irlande, si fréquente, en vérité, que notre gouvernement devrait imiter la prudence de celui de

la Prusse, et placer les chevaux morveux sous la surveillance immédiate de la police.

De même que beaucoup d'autres virus animaux, celui de la morve ne paraît pas capable d'affecter tous les individus indistinctement ; tout au moins faut-il que la susceptibilité moyenne de l'espèce humaine soit peu développée, puisque les palefreniers, les grooms et les vétérinaires prennent à peine quelques précautions pour examiner les animaux malades ; et cependant la proportion de ceux qui sont infectés n'est point en rapport avec le nombre de ceux qui s'exposent à l'infection. Si vous voulez la preuve de l'indifférence avec laquelle tous ces hommes approchent des chevaux morveux, vous n'avez qu'à ouvrir un traité de médecine vétérinaire, vous y lirez ce précepte : « Il faut introduire le doigt dans les fosses nasales pour déterminer s'il existe, oui ou non, des ulcérations suspectes. » Si nous réfléchissons en même temps à la viscosité de la sécrétion nasale nous reconnaitrons que l'introduction du doigt dans cette matière altérée et toxique serait beaucoup plus fréquemment suivie de l'infection, si la constitution de l'homme était très-sensible à ce virus ; notez en outre que les hommes dont nous parlons ont le plus ordinairement les doigts excoriés.

Je vais vous lire maintenant une observation de morve chez l'homme ; elle a été recueillie avec le plus grand soin à l'hôpital de Richmond, et elle m'a été communiquée par le docteur M'Donnell, l'un des chirurgiens de l'établissement. Vous remarquerez sans doute que ce fait présente plusieurs points de ressemblance avec ceux que le *Medico-chirurgical Review* a empruntés à un journal allemand.

« Patrick Wallace, jeune homme de vingt ans, d'une constitution saine et robuste, est entré à l'hôpital chirurgical de Richmond le 6 octobre 1836. Il avait été employé à soigner un cheval morveux ; il le conduisait, il l'étrillait ; on sait en outre qu'il avait l'habitude de boire dans le même vase que le cheval, et qu'il portait une légère écorchure sur l'une des oreilles. A son arrivée dans le service, il avait tout à fait l'aspect d'un malade qui est atteint d'une angine tonsillaire ; il ne pouvait écarter les mâchoires de plus d'un demi-pouce (12 millimètres) ; c'était là du reste la seule incommodité dont il se plaignit. L'amygdale gauche était très-volumineuse, rouge, dure et projetée vers la ligne médiane ; on n'y découvrait pas de fluctuation ; à l'angle de la mâchoire existait un empâtement général qui remontait jusqu'à l'arcade zygomatique. La glande sous-maxillaire du même côté était

aussi augmentée de volume et indurée. L'apparition de ces divers symptômes avait été précédée de fièvre, peu de jours avant l'entrée du malade à l'hôpital. (*Huit sangsues au cou ; cataplasmes. Bol composé de calomel et de jalap.*)

« Le lendemain, le gonflement extérieur a encore augmenté : Patrick a plus de difficultés que jamais pour ouvrir la bouche ; on peut constater cependant que l'amygdale est toujours dure et tuméfiée. (*Douze sangsues au niveau des tonsilles. Le malade prend la solution stibiée, additionnée de sulfate de magnésie, dont on se sert habituellement dans cet hôpital.*)

« 15 octobre. — Tous les accidents sont aggravés. L'amygdale est toujours dure, sans fluctuation ; le côté gauche de la face est considérablement tuméfié ; les paupières gauches sont tellement enflées, que l'œil est presque complètement clos ; les joues paraissent enflammées ; à l'angle gauche de la mâchoire, les tissus sont tout à fait indurés, et cette induration s'étend vers le menton ; quelques taches rouges, à bords irréguliers, d'une grosseur qui varie depuis celle d'un demi-penny jusqu'à celle d'une pièce de six pence, sont éparses sur la surface du corps ; deux pustules sur la jambe gauche.

« 16 octobre. — On découvre sur l'amygdale gauche une vésicule remplie d'une sérosité jaunâtre. Le malade a toujours les mêmes difficultés pour ouvrir la bouche ; la tuméfaction du côté gauche de la face est plus considérable ; il s'est formé un petit abcès sur le côté postérieur de l'avant-bras gauche. Il y a eu un peu de délire pendant la nuit et trois selles abondantes. (*Cautérisation de l'amygdale avec une solution de nitrate d'argent. Vésicatoire sur le cou, au niveau de l'amygdale. Solution stibiée.*)

« 17 octobre. — Le malade a un peu dormi, mais son sommeil a été interrompu par le délire ; c'est un délire doux, caractérisé surtout par de la mussion. Patrick est parfois très-désireux de répondre aux questions qu'on lui adresse, mais il ne peut y parvenir à cause de l'occlusion de sa bouche. Ce retour de la raison ne dure d'ailleurs qu'un instant, et le malade se met à divaguer. L'ouverture de la bouche atteint à peine un demi-pouce (12 millimètres) ; l'œil gauche est complètement fermé : le côté gauche de la face est énormément tuméfié ; il est en outre dur, chaud, tendu et luisant ; des deux côtés de la mâchoire, mais surtout à gauche, toutes les glandes sont gonflées et dures ; l'amygdale est dans le même état qu'auparavant. Les narines sont dilatées. La respiration, stertoreuse, un peu précipitée, est à 28 : elle est

entrecoupée par de fréquents soupirs. Le pouls, rapide, intermittent, très-petit, ne peut être compté ; la peau est brûlante. La langue est sale, les dents sont fuligineuses. Le malade se plaint d'une soif ardente, mais il dit ne ressentir aucune douleur ; il est évident, cependant, qu'il souffre beaucoup dans les articulations et dans les membres, lorsqu'il fait quelque mouvement. Il n'y a ni gonflement ni rougeur au niveau des jointures ; il n'existe pas de jetage, on ne peut découvrir aucune ulcération sur la muqueuse nasale. A l'exception de ceux de la face et du cou, les ganglions lymphatiques ne paraissent point affectés.

« Cependant des vésicules et des pustules de différente grosseur avaient paru sur la surface du corps, mais surtout sur le dos. Le volume de ces boutons variait depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une moitié d'amande. Pendant leur première période, ces boutons représentaient de très-petites vésicules remplies d'une sérosité limpide, avec une auréole inflammatoire à peine appréciable. Au second degré de leur développement, la sérosité était remplacée par du pus ; un cercle rouge considérable entourait chaque pustule, qui augmentait alors notablement de volume. Lorsqu'on ponctionnait une vésicule, le liquide paraissait s'échapper d'une cavité unique, située sous l'épiderme ; cette évacuation n'amenait pas l'affaissement de la petite tumeur, il restait dans le derme ou au-dessous de lui une induration considérable, qui présentait à son centre la cavité dans laquelle la sérosité était contenue. Il existait sur différents points un grand nombre d'achores réunis ensemble, et qui n'étaient pas beaucoup plus gros qu'une tête d'épingle. Ces groupes étaient entourés de *bords élevés et blanchâtres*, qui présentaient une largeur d'une ligne et demie à deux lignes (3 à 4 millimètres) ; entre ces bords et les achores, il y avait une ligne rouge. Le tout ensemble avait une forme un peu ovale. Il existait en outre de nombreuses taches inflammatoires (*inflammatory*) sur l'épaule droite, le bras gauche et quelques autres parties du corps. Ces taches avaient une couleur d'un brun foncé, presque livide ; sous l'influence de la pression, cette coloration s'effaçait, mais elle reparissait dès qu'on cessait de comprimer. Le doigt percevait au centre une petite tumeur dure ; ces taches avaient des bords irréguliers.

« 17 octobre. — Les caractères de la maladie sont de plus en plus accusés ; à trois heures de l'après-midi, un écoulement purulent très-abondant a eu lieu par les deux fosses nasales. On a prescrit alors la solution de chlorure de soude à l'intérieur, à la dose d'une drachme

(4 gram.) trois fois par jour, et une potion composée de carbonate d'ammoniaque, de liqueur éthérée huileuse et de mixture camphrée (1). A cinq heures du soir, on trouve le malade à peu près hors de son lit ; sa tête est restée sur l'oreiller ; il est encore en état de demander ce qu'il désire. Le pouls est innombrable. Les jambes et les pieds sont froids ; la respiration est stertoreuse ; le corps est couvert de taches. Le jetage nasal a cessé ; mais il se fait un écoulement purulent par la bouche, et l'haleine est d'une horrible fétidité.

« Huit heures du soir. — Des sueurs profuses sont survenues ; la face est rouge, tendue, luisante et très-enflée ; la tuméfaction s'étend maintenant au côté droit ; l'œil est presque fermé ; le gauche s'ouvre un peu plus facilement ; quelques pustules ont apparu à l'angle interne. Le délire et la mussitation continuent.

« Mort le 18 octobre, à quatre heures du matin.

« Autopsie, dix heures après la mort. — La rougeur de la face a disparu ; les glandes qui occupent l'angle de la mâchoire sont adhérentes aux tissus voisins. Le tissu cellulaire qui entoure la parotide et la glande sous-maxillaire est infiltré de sérosité, la densité en est augmentée ; les glandes elles-mêmes sont criblées de dépôts purulents.

« Le cerveau est de bonne consistance, mais les ventricules contiennent une quantité considérable de liquide ; l'arachnoïde est opaque par places ; la pie-mère présente çà et là quelques traces d'injection. Les poumons sont congestionnés ; sur leur surface sont éparses de nombreuses pustules ; les unes sont isolées, jaunes au centre et circonscrites par un bord ecchymosé ; les autres sont disposées en groupes. Elles ressemblent, par tous leurs caractères, à celles qui recouvrent la

(1)

Mixture de camphre.

℞ Camphre.	$\frac{1}{5}$ gros	=	2 grammes.
Esprit rectifié.	10 min.	=	4
Eau.	1 pinte	=	475

Broyez le camphre avec l'esprit, puis avec l'eau ajoutée peu à peu, et passez à travers un linge.
(*Pharmacopée de Londres.*)

La liqueur éthérée huileuse, huile volatile éthérée, n'est autre que le sulfate d'oxyde d'éthyle qu'on obtient en distillant 2 parties d'alcool avec 4 parties d'acide sulfurique, jusqu'à ce qu'il se forme une écume noire ; on sépare alors la liqueur qui surnage, on l'expose à l'air pendant une journée, on l'agite avec un soluté de potasse, et l'on sépare l'huile éthérée, qui gagne le fond. L'acide sulfovinique ne diffère de cette huile que par une proportion de plus d'acide sulfurique. (Note du TRAD.)

surface du corps. La muqueuse du larynx est le siège d'une violente inflammation, surtout dans sa partie inférieure, au voisinage de l'épiglotte. Les parties enflammées ont une teinte livide. La trachée présente quelques saillies qui ont l'apparence de vésicules, mais on ne peut rien affirmer sur ce point. Les bronches sont remplies de mucosités ; l'estomac renferme du mucus d'un vert jaunâtre en assez grande quantité ; la muqueuse est ecchymosée et comme enflammée. Le foie est peu volumineux, il adhère par son bord inférieur à quelques anses de l'intestin grêle. Le périoste ne présente aucune altération. »

Une des particularités les plus intéressantes de cette observation, c'est la grande variété d'affections cutanées inflammatoires qu'a déterminées l'absorption du virus animal. C'est d'abord une rougeur phlegmasique diffuse de la face ; puis ce sont des taches superficielles sur les épaules et sur les bras, taches qui rappellent l'*erythema nodosum*. Ce n'est pas tout : des vésicules sont éparses sur toute la surface de l'enveloppe cutanée ; ces vésicules se transforment en pustules de différentes grosseurs, entourées d'une auréole inflammatoire ; enfin, on a vu des achores réunis en grand nombre, entourés d'une zone blanche saillante, dont ils sont séparés par un cercle de couleur rouge.

L'état des poumons et de la muqueuse bronchique n'est pas moins digne d'attention. La muqueuse du larynx, particulièrement dans sa portion épiglottique, était enflammée et d'une coloration livide ; il y avait quelques vésicules peu distinctes dans la trachée ; mais, et c'est là le point capital, la surface des poumons présentait des pustules exactement semblables à celles de la peau. L'observation ne dit pas s'il y avait des pustules ou des vésicules dans les fosses nasales, dans le pharynx ou dans l'œsophage ; mais nous savons que l'estomac était ecchymosé et enflammé.

Le fait suivant, que j'ai observé avec le docteur Halaban, me paraît appartenir plutôt à cette variété de morve à laquelle on donne le nom de farcin. Le sujet de cette observation est un propriétaire de Rathmines, qui avait un grand nombre de chevaux ; il avait autrefois pris le diplôme de chirurgien, et il était fort habile dans l'art vétérinaire. A l'époque où il tomba malade, il avait dans ses écuries quelques chevaux atteints de la morve et du farcin, et il les soignait avec une vive sollicitude.

Il éprouvait depuis quelques jours une grande lassitude et des troubles gastro-intestinaux, lorsque, le 8 juillet, il fut pris de frissons ; en même temps il ressentait une grande chaleur à la peau, des douleurs

dans les membres, et il avait une soif ardente. Du moment qu'il se vit malade, il dit qu'il était certain d'avoir été empoisonné par ses chevaux, et qu'il ne guérirait jamais. Il prit quelques pilules bleues avec un peu de coloquinte, ce qui détermina quelques évacuations noires et fétides. Le 9, le pouls était à 94; l'urine était fortement colorée; la soif et les autres phénomènes fébriles étaient encore plus prononcés; le malade avait en outre des nausées et des vomissements.

A ce moment, une tumeur apparut à trois pouces (75 millimètres) au-dessus de la malléole interne du pied droit. Il y appliqua un cataplasme, mais il fut bientôt obligé de l'enlever, à cause de la douleur qu'il déterminait par son poids. La tumeur avait à peu près la moitié du volume d'une noix; elle était d'une couleur rouge sombre, tendue, luisante et extrêmement douloureuse. Son aspect extérieur était tout spécial; cette tumeur tenait à la fois du furoncle et de l'*erythema nodosum*. Le 10 juillet, une autre tumeur, parfaitement semblable, apparaît près de la malléole externe du même pied; dès lors de nouvelles tumeurs naissent incessamment sur divers points du corps jusqu'au 20 juillet. Ce jour-là le docteur Halahan vit le malade pour la première fois.

Parmi les tumeurs qui s'étaient successivement développées, il y en avait une très-douloureuse sur la tête; de plus, le patient accusait une extrême sensibilité et des douleurs vives le long de la clavicule droite. Dévoré d'une soif ardente, il était dans un état violent d'agitation, le moindre mouvement lui causait d'horribles souffrances; il avait complètement perdu le sommeil. Il avait essayé de régulariser ses garde-robes au moyen de quelques purgatifs; il s'était fait appliquer plusieurs fois des sangsues sur les tumeurs et sur la clavicule, mais il n'avait retiré de tout cela aucune amélioration. Ces tumeurs, au nombre de huit ou neuf, étaient toutes semblables à celle que j'ai décrite d'abord; elles ne présentaient aucune tendance à la suppuration, et elles étaient si douloureuses, que le malade ne pouvait supporter que le drap de son lit. Le phlegmon de la clavicule présentait un caractère évident de diffusion, il s'était étendu au cou et au moignon de l'épaule droite; mais c'est sur la clavicule que le gonflement était à son maximum: la couleur de toutes ces parties était d'un rouge sombre tout particulier. Immédiatement au-dessus de la clavicule, étaient deux vésicules remplies d'un liquide transparent. On fit appliquer trois douzaines de sangsues sur la clavicule et l'épaule; le malade fut mis au bouillon de

poulet, au thé de bœuf; on lui conseilla même quelques légers aliments.

Le 21, les accidents sont plus graves encore. La fièvre, la soif et l'insomnie persistent; la langue est chargée et sèche; les dents sont couvertes de fuliginosités; le pouls est petit, faible et rapide. Le malade est un peu moins incommodé par les nausées et les vomissements, mais les sangsues ne l'ont point soulagé; le gonflement et l'empatement du cou ont fait des progrès, et il y a maintenant un peu de gêne de la déglutition. On touche avec le nitrate d'argent les surfaces enflammées du cou, de la clavicule et de l'épaule; le malade affirme que cette cautérisation lui a procuré une sensation très-agréable et qu'elle a calmé ses douleurs. Le lendemain, il demande qu'on recommence cette petite opération, et elle le soulage autant que la première fois. La difficulté de la déglutition est un peu moindre, et pendant deux jours il y a un mieux évident.

Mais, le 25 juillet, le mouvement fébrile était notablement exaspéré; les tumeurs avaient augmenté de volume, leur nombre même s'était accru; l'anxiété, l'agitation et les souffrances du malade persistaient avec toute leur violence. Il avait pris du calomel à doses altérantes, et de la poudre de James; des laxatifs légers et des lavements avaient assuré la régularité des fonctions intestinales. C'est le 28 juillet que je vis cet homme pour la première fois. Le pouls était à 98; il était petit et facilement dépressible; la soif était ardente; l'agitation et les souffrances de ce malheureux étaient si vives, qu'elles excitaient la pitié des personnes les plus habituées aux scènes de ce genre. Quelques-unes des tumeurs qui couvraient son corps étaient dures au toucher; d'autres, qui paraissaient avoir atteint un degré de développement plus avancé, étaient plus molles et donnaient une sensation de rénitence. Aucune d'elles cependant ne présentait les caractères de la suppuration. Je prescrivis du sulfate de quinine, du bouillon de poulet, de l'ale, une alimentation légère et une préparation opiacée pour la nuit. Le 31 juillet, apparut sur la moitié droite du front une tumeur plus grosse et plus douloureuse que toutes les autres; une autre semblable se montra au niveau de la clavicule droite. A peine développées, ces tumeurs présentèrent sur leur surface des vésicules pareilles à celles qui précèdent la gangrène dans l'anthrax et dans le charbon malins.

Le jour suivant, l'état du malade était plus alarmant encore. Le pouls était à 108; la fièvre, les douleurs et l'agitation étaient aussi violentes,

et une éruption miliaire commençait à se montrer sur la poitrine et sur le ventre. En même temps, les vésicules devinrent plus nombreuses à la surface des tumeurs; il y eut une exaspération sensible dans le mouvement fébrile, et l'intelligence, intacte jusqu'alors, commença à s'altérer. L'agitation du malheureux patient était si désordonnée, qu'il ne pouvait garder un seul instant la même position; et comme il était très-ingénieux, il avait disposé autour de son lit un système de poulies, au moyen duquel il pouvait se mouvoir dans tous les sens. Même traitement; je fais ajouter seulement un peu de vin de Bordeaux.

Le 6 août, tout allait au plus mal. La tumeur de la tête avait continué à s'accroître, et il s'y faisait un sphacèle évident; celle de la clavicule présentait la même aggravation dans ses caractères, et une nouvelle tumeur était apparue dans la région occipitale. Le corps était couvert d'une éruption pustuleuse qui était surtout abondante sur le ventre et sur les membres. Tous les phénomènes morbides étaient aggravés; le délire était continu; enfin ce malheureux mourut le 10 août après trente-trois jours de souffrances. Il avait constamment attribué sa maladie à la fréquentation de ses chevaux, dont quatre étaient morts du farcin. Fait bien remarquable, le neveu de cet homme avait été également en rapport avec les chevaux malades, et il fut pris d'une fièvre de caractère typhoïde, dans le cours de laquelle il eut des macules beaucoup plus larges qu'elles ne le sont habituellement.

Les symptômes de la morve chez l'homme ont été si soigneusement décrits par le docteur Elliotson, le docteur Hutton (1) et d'autres observateurs, que je n'ai vraiment que bien peu de chose à ajouter sur ce sujet. Je vous ferai remarquer tout d'abord que la plupart des maladies produites par l'introduction d'un virus animal dans l'économie sont caractérisées non-seulement par une fièvre qui prend souvent un caractère de malignité, mais encore par diverses déterminations périphériques qui affectent surtout les glandes superficielles, le tissu cellulaire sous-cutané et la peau. Dans l'urticaire, dans la variole, dans la rougeole, l'affection externe est à peu près limitée à la peau; dans la scarlatine, nous observons fréquemment le gonflement des parotides et l'infiltration du tissu cellulaire voisin et cela indépendamment de l'éruption cutanée; dans la syphilis et dans les blessures anatomiques, nous voyons l'affection de la peau se compliquer

(1) *Reports of the Dublin pathological Society.*

(L'AUTEUR.)

souvent d'une lésion des glandes lymphatiques superficielles. La même remarque est applicable au typhus ; dans bien des cas, une éruption de macules ou de pétéchies apparaît sur différents points de l'enveloppe cutanée.

Je ne m'arrêterai pas davantage sur une question qui vous est familière, mais il est un fait que je dois vous signaler, parce qu'il peut devenir le point de départ de recherches aussi intéressantes que fécondes : un travail morbide spontané peut donner lieu à la formation de vésicules et de pustules parfaitement semblables à celles qui succèdent aux blessures anatomiques, ou à l'introduction directe d'un virus animal dans l'économie. Dans le typhus, par exemple, alors que la pression ou quelque autre cause accidentelle avait déterminé des ulcérations d'un mauvais caractère, ou même en l'absence de toute ulcération, j'ai vu se développer, chez plusieurs malades, une fièvre lente secondaire, et j'ai vu apparaître sur les téguments, des vésicules ou des pustules identiques avec celles que M. Colles a signalées dans la fièvre des piqûres anatomiques. J'ai vu, il y a quelque temps déjà, dans cet hôpital même, un cas de ce genre, et plus récemment vous avez pu en observer un chez un jeune homme qui relevait du typhus fever.

On m'objectera peut-être que cette fièvre secondaire et l'éruption qui l'accompagne dépendent de l'absorption des produits morbides, et je veux bien reconnaître que cet argument n'est pas sans valeur ; mais il ne porte que sur les cas dans lesquels le malade est atteint d'ulcération gangréneuse, ou de mauvaise nature ; il ne saurait s'appliquer, par exemple, au fait de ce jeune homme dont je vous parlais à l'instant. Chez lui, en effet, il n'existait aucune ulcération qui pût rendre compte de la fièvre secondaire et de l'éruption, et nous ne pouvons concevoir l'apparition de ces phénomènes qu'en les rapportant à un virus développé dans l'économie, pendant le cours du typhus fever. Je vous engage à ne pas perdre de vue les faits que je viens de vous signaler ; je ne crois pas qu'aucun des auteurs qui ont écrit sur le typhus ait noté ces symptômes secondaires, ou ait fait connaître les conditions de leur développement.

Vous retrouvez parfois ces mêmes phénomènes, lorsqu'une lésion traumatique détermine une inflammation diffuse du tissu cellulaire. Il y a quelques années, une femme entra à Meath Hospital pour un phlegmon diffus dont elle avait été atteinte après avoir reçu un coup de pied sur la poitrine. Au bout de quelques jours, les pustules de Colles

apparaissaient sur différents points du corps, et la malade mourait bientôt avec les symptômes du croup. L'autopsie a montré que ces derniers accidents dépendaient d'une éruption vésiculeuse qui recouvrait la muqueuse du larynx et celle de la trachée ; ces vésicules étaient remplies d'une sérosité opaque. Quelque chose d'analogue a été constaté chez Patrick Wallace ; et les rapports que je cherche à établir ici sont encore confirmés par la fréquence même des affections laryngo-trachéales dans plusieurs maladies qui sont accompagnées d'une éruption cutanée : la variole, la rougeole, la syphilis, la scarlatine.

Les affections externes déterminées par les virus animaux (qu'ils aient été produits dans l'économie, ou qu'ils soient venus du dehors) offrent un autre phénomène fort important : c'est la présence, sur différents points du corps, de tumeurs qui ont les caractères des tumeurs furonculeuses ou charbonneuses, dont elles suivent également la marche. Ces tumeurs existaient chez Wallace ; et chez le gentleman atteint du farcin elles constituaient un des symptômes les plus importants de la maladie. Or, nous observons encore une lésion analogue dans cette forme de vérole que M. Carmichaël appelle tuberculeuse, et qui est caractérisée par le développement de petites tumeurs dures, d'un rouge foncé ; ces tumeurs, vous le savez, ont fort peu de tendance à suppurer, et elles donnent souvent lieu à des ulcérations du plus fâcheux caractère.

Au printemps de 1848, j'ai été mandé au nord de l'Irlande auprès d'un malade dont l'histoire est une éloquente démonstration de toutes les remarques que je viens de vous présenter. C'était un gentleman d'une ample complexion, et qui avait l'habitude de bien vivre ; il jouissait néanmoins habituellement d'une bonne santé, et il était arrivé à la période moyenne de la vie. Au mois de février, une éruption d'herpès zoster était apparue sur sa poitrine, au niveau de la région cardiaque. On avait fait un traitement antiphlogistique, et entre autres remèdes, on avait prescrit un bain chaud qui avait amené des défaillances, des irrégularités dans le pouls, et une vive douleur au cœur. Un large vésicatoire fut alors appliqué sur la région précordiale ; *la surface mise à nu fut prise de gangrène, et l'on eut beaucoup de peine à en amener la cicatrisation.*

C'est au mois de mai que je fus appelé auprès de ce malade. Il éprouvait dans la poitrine une douleur aiguë ; les téguments, à ce niveau, lui paraissaient avoir une vive sensibilité ; mais, en réalité, il y avait une anesthésie si marquée, qu'il ne sentait pas le pansement

d'un cautère qui avait été placé sur le point douloureux. Cet homme se plaignait également de douleurs névralgiques très-violentes qui traversaient la poitrine, lorsqu'il essayait de se coucher sur le côté gauche. Les pustules de Colles avaient paru sur différents points de l'enveloppe cutanée ; à la suite étaient survenues des poussées de furoncles et d'anthrax. Ces divers accidents durèrent pendant quatre mois après la formation des eschares qu'avait causées le vésicatoire ; pendant ce laps de temps, l'herpès reparut plusieurs fois dans son siège primitif. Tout dernièrement j'ai revu ce malade en consultation avec sir Philip Crampton ; son état est beaucoup plus satisfaisant, mais il éprouve encore par intervalles des palpitations et des lipothymies ; l'anesthésie persiste. Sir Philip lui a conseillé de prendre une infusion froide de quinquina avec de la magnésie ; mais ce remède, comme tous ceux qui avaient été employés auparavant, n'a produit aucun effet ; le temps seul paraît améliorer graduellement la santé de cet homme.

Cette observation soulève une question d'une extrême importance, savoir : la génération possible d'un virus dans l'économie, à la suite de l'action d'un vésicatoire. Or, lorsque je rapproche ce fait des réflexions que je vous ai présentées aujourd'hui même, je me crois autorisé à accepter pleinement cette interprétation, et à me rendre compte ainsi du développement des pustules de Colles, des furoncles, des anthrax, etc. ; dans certains cas, ces accidents se succèdent sans interruption pendant des années entières. Quant à la conséquence pratique, elle est évidente : *lorsqu'un malade paraît prédisposé à ces déterminations cutanées, vous devez vous abstenir de liniments, de vésicatoires, de cautères, etc.*

Il est encore, dans l'observation du docteur M'Donnell, une particularité qui mérite quelque attention : je veux parler de ces cercles saillants, de couleur blanchâtre, qui entouraient le cercle rouge, au centre duquel étaient situés les achores. Ces lignes blanches sont en quelque sorte le premier degré des cercles rouges ; c'est la même lésion à un état de développement moins avancé. C'est un fait bien curieux que celui-là ; dans un grand nombre de circonstances, une blancheur anormale précède la rougeur congestive qui aboutit à la mortification. Vous savez tous que lorsque le nez est atteint de congélation, il est tout d'abord d'une blancheur extraordinaire. On a pu voir quelque chose d'analogue dans certains cas de typhus malin, en 1826 et 1827. Chez ces malades, le nez prenait une couleur blanche

toute spéciale, et il présentait assez souvent à la suite une certaine tendance à la gangrène. Dans les premiers instants vous eussiez dit un *nez de cire blanche*; quelques heures plus tard, vous constatiez, non sans surprise, que la couleur blanche avait fait place à une teinte rouge pourpre, et que la mortification de l'organe était imminente.

Du reste, messieurs, il n'est pas rare de voir dans l'urticaire des portions de peau enflammée qui ont une coloration blanche; il en est encore de même à la suite des piqûres d'orties ou d'abeilles. En général nous regardons la rougeur comme le caractère essentiel et constant de toute inflammation cutanée; ces deux faits sont inséparables dans notre esprit; quant à l'explication, vous la connaissez: la quantité de sang en circulation dans une partie enflammée est anormalement augmentée. Comment donc nous rendre compte des faits que je viens de signaler? A quelle cause particulière devons-nous attribuer cette coïncidence d'une vascularisation exagérée avec une pâleur absolue? — phénomène qui est on ne peut plus net dans la *phlegmatia dolens*. Cette explication n'est point difficile, si nous nous rappelons que les capillaires des tissus blancs ne contiennent point de sang rouge à l'état normal. Il est aisé de concevoir qu'à une certaine période du travail inflammatoire, la quantité de sang blanc ou séreux qui circule dans ces tissus peut être soudainement accrue, et que cette augmentation va déterminer tous les phénomènes de l'inflammation, excepté la rougeur. Dans certains cas, dans la *phlegmatia dolens*, par exemple, la couleur blanche est permanente; mais, dans d'autres circonstances, elle est remplacée par la rougeur, lorsque l'inflammation prend une plus grande intensité; et même cette dernière expression n'est pas très-exacte; car la *phlegmatia dolens* est là pour prouver qu'une *inflammation blanche* peut être aussi intense qu'une *inflammation rouge*.

Le fait suivant est un exemple de vésicules *purulentes*. Une femme du nom de Green était entrée à Meath Hospital pour un érysipèle de la tête et du cou, compliqué de symptômes cérébraux graves; cet érysipèle était la conséquence d'une plaie contuse du cuir chevelu. Le lendemain nous avons observé sur la main droite de cette femme une vésicule d'un caractère tout particulier. Elle était de la grosseur d'un petit pois, remplie de pus, et entourée d'une base d'un rouge foncé, qui avait à peu près la grandeur d'un shilling. Deux vésicules exacte-

ment semblables existaient entre les épaules. L'érysipèle et les accidents encéphaliques disparurent graduellement sous l'influence des mercuriaux ; les vésicules s'ouvrirent, laissant une croûte qui tomba bientôt après ; sous cette croûte on trouva un épiderme de nouvelle formation et parfaitement sain.

Un ou deux jours après l'apparition de ces vésicules chez Green, une jeune fille, qui était à l'hôpital depuis six semaines pour des accidents d'aménorrhée datant de sept mois, présenta sur l'index gauche une vésicule très-distincte, de la même grosseur, de la même apparence que celles de l'autre malade. Quoique cette jeune fille eût à ce moment-là un grand nombre de clous, elle n'avait que cette seule vésicule ; après l'écoulement du liquide, une croûte se forma, sous laquelle on retrouva un épiderme normal.

Dans la même salle que Green était couchée une autre malade nommée Scully ; elle nous était arrivée à la suite d'une suppression de règles. Cette fille présenta sur les deux mains des vésicules semblables à celles de Green. La peau devint d'abord rouge et prurigineuse ; puis on vit apparaître de petites vésicules séreuses ; lorsqu'elles eurent atteint la grosseur d'un petit pois, elles se remplirent de pus. Chacune d'elles était entourée d'une base d'un rouge foncé. Quelques-unes de ces vésicules étaient aussi volumineuses que celles du pompholyx. Ce qu'il y eut de plus singulier ici, c'est que l'une de ces grandes vésicules avait une de ses moitiés remplie de sérum, et l'autre remplie de pus. Elles étaient le siège de démangeaisons très-vives, et la base rouge était fort douloureuse. Cette éruption remonta des deux côtés jusqu'au coude ; elle eut une durée plus longue que dans les deux cas précédents ; cependant elle se termina de la même manière. Mais chez Scully, la disparition de ces vésicules fut immédiatement suivie de la formation d'abcès dans le sein gauche, et d'une périostite douloureuse des deux tibias. Un traitement approprié triompha de ces accidents.

J'ai à vous signaler maintenant une autre classe de faits, qui ne sont pas sans analogie avec les précédents, et qui demandent à peu près le même mode de traitement. Il arrive quelquefois qu'après une lésion traumatique légère, ou même sans cause appréciable, des individus sont atteints d'affections locales qui s'accompagnent de fièvre, d'agitation, et d'une éruption de pustules semblables à celles qui ont été décrites, pour la première fois, par M. Colles. Je vais vous lire une observation que M. Trenor a bien voulu me communiquer.

Au mois d'octobre, M. Trenor a été appelé auprès d'une dame d'une trentaine d'années, qui était malade depuis trois jours. Cette dame avait des cheveux noirs et le visage pâle. Quelque temps auparavant elle avait été atteinte d'une affection cutanée, qui siégeait aux mains. D'après les caractères que présente aujourd'hui la peau, et d'après la description de la malade, cette affection paraît avoir été un psoriasis. Trois ou quatre jours avant son indisposition actuelle, cette dame s'est piquée au doigt avec une aiguille, mais elle ne fit aucune attention à un accident qui lui était maintes fois arrivé. Lorsque M. Trenor arriva auprès d'elle, il y avait au côté interne du doigt et du poignet trois pustules, ou plutôt trois vésicules de grosseur différente; on voyait en outre à la partie interne du bras une rougeur peu marquée; la malade l'attribuait au poids du membre, parce qu'elle s'était couchée de ce côté. L'avant-bras était extrêmement douloureux; le moindre attouchement éveillait d'horribles souffrances. Le bras était également très-sensible; dans l'aisselle on sentait une petite tumeur dure, d'une sensibilité excessive; la douleur s'irradiait de là dans la partie antérieure et supérieure de la poitrine. Le bras affecté était sans force, les mouvements déterminaient de vives douleurs. Le pouls était à 100; la langue, blanche et humide; un purgatif avait amené quelques selles; la température de la peau n'était pas notablement modifiée, mais la malade était très-agitée, elle n'avait pas dormi depuis deux nuits. (*Trois grains [18 centigrammes] de calomel et deux grains d'extrait aqueux d'opium pour le soir; purgatif pour le lendemain; cataplasmes sur la tumeur axillaire.*)

Le lendemain, le membre était toujours douloureux, mais la nuit avait été plus calme. La tumeur de l'aisselle est dans le même état. (*Mêmes doses de calomel et d'opium matin et soir; mixture de sulfate de quinine toutes les trois heures.*)

Le jour suivant, l'amélioration était évidente; sous l'influence de ce traitement et de quelques purgatifs, la malade marcha rapidement vers la guérison; au bout de quatre ou cinq jours, tous les médicaments furent laissés de côté, à l'exception de l'opium le soir, et de la quinine, que l'on continua pendant un certain temps. La tumeur de l'aisselle disparut d'elle-même; on avait dès le premier jour cessé l'usage des cataplasmes, qui incommodaient la malade bien plus qu'ils ne lui étaient utiles.

Cette observation, messieurs, vous montre une femme atteinte de

fièvre, d'insomnie, de douleurs vives et d'une efflorescence comme érysipélateuse à la suite d'une blessure insignifiante en apparence. Il y avait en outre chez elle ce même affaiblissement musculaire que je vous ai signalé à propos de la tuméfaction des jambes, consécutive au typhus fever; ce phénomène nous montre que les extrémités des nerfs musculaires étaient aussi compromises que celles des nerfs cutanés. Le docteur Trenor a admis pour ce fait une interprétation semblable à celle que j'ai adoptée moi-même, dans un cas dont je vais vous parler bientôt. Il n'a point vu dans cette fièvre d'irritation, dans cette insomnie, dans ces douleurs, dans cette éruption pustuleuse, l'indication des émissions sanguines, des applications froides, de l'émétique ou du nitre; il a donné des toniques, de l'opium et une légère alimentation. Dans l'espace de quatre jours, cette dame a pris 15 grains (90 centigrammes) d'opium, sans éprouver de céphalalgie, sans ressentir aucun trouble gastrique; dans le même espace de temps, elle a pris 9 grains (54 centigrammes) de calomel, et 1 drachme (4 grammes) de pilules bleues, sans avoir aucun phénomène de salivation. Je suis convaincu que, chez cette malade, l'opium n'avait pas seulement pour effet de calmer les douleurs et de ramener le sommeil; il combattait en outre l'irritation générale qui paraissait être la cause de l'éruption pustuleuse (1).

Un mousse français était entré à l'hôpital de Sir Patrick Dun pour une fièvre des plus graves, qui présentait tous les caractères du typhus, à l'exception de l'exanthème. L'accélération du pouls n'était pas très-considérable, mais le malade était extrêmement faible; il était agité, il ne dormait pas; il se plaignait d'une douleur vive qui occupait tout le côté droit du cou, depuis l'angle de la mâchoire jusqu'au moignon de l'épaule. Toute cette région était très-sensible; elle présentait un tuméfaction et un empâtement diffus, avec une légère rougeur au centre. Une ou deux des glandes axillaires étaient enflammées et douloureuses; et le côté droit de la poitrine, qui n'offrait cependant ni gonflement ni rougeur, était très-sensible à la pression. Dès que j'eus découvert cette inflammation diffuse, j'avertis les élèves que nous avons là un cas très-favorable au développement des pustules de Colles; j'examinai, séance tenante, toute la surface cutanée, et je trouvai deux vésicules de la grandeur d'un shilling sur les doigts de la main droite; l'une

(1) N'était-ce pas là simplement un cas d'angioleucite? (Note du TRAD.)

d'elles entourait une petite plaie superficielle située au niveau de l'une des articulations du médius.

Deux hypothèses se présentaient ici, entre lesquelles il n'était pas facile de choisir : l'inflammation diffuse du cou était-elle la conséquence de la plaie du doigt ? ou bien s'était-elle développée spontanément, et avait-elle donné naissance à un poison morbide qui, réagissant sur les téguments du voisinage de la plaie, avait déterminé la formation des vésicules ? Pour moi, je suis porté à adopter cette dernière interprétation ; j'ai vu déjà bien des faits qui m'ont démontré la vérité de cette proposition : lorsqu'un virus animal donne lieu à une éruption cutanée, l'existence d'une petite plaie tégumentaire *détermine* l'action morbide précisément sur ce point ; et si, dans ces circonstances, quelques pustules de Colles apparaissent, il y en a une qui se développe sur la plaie. Ainsi, chez un épicier atteint du typhus, que j'ai soigné il y a quelque temps avec M. Bourke, de Camdenstreet, une de ces vésicules s'était formée autour d'une plaie que cet homme s'était faite avant le début de sa maladie avec une cuiller tranchante. Ici encore le typhus avait engendré le poison, et la plaie en avait localisé l'action ; la même chose se passe dans le psoriasis, dans la cachexie syphilitique et dans la variole. Lorsque la constitution d'un individu est contaminée par l'une de ces maladies, les lésions accidentelles de la peau *déterminent* l'affection spécifique sur le point blessé.

Mais revenons à notre marin français. — Au début, l'inflammation diffuse du cou n'était pas accompagnée d'une fièvre très-intense ; mais, au bout de quelques jours, on vit apparaître la fièvre de suppuration, et un gonflement circonscrit devint manifeste au centre des parties enflammées. M. Houston ouvrit cet abcès, et il en sortit une grande quantité de pus. Après cette évacuation, l'état général du malade a semblé s'améliorer ; cette angoisse profonde que déterminait le phlegmon du cou avait disparu ; les douleurs étaient calmées, et quoique l'ouverture de l'abcès donnât toujours issue à un écoulement purulent très-abondant, nous pensions toucher à la convalescence, lorsque tout à coup ce garçon a été pris d'une hecticque aiguë, avec émaciation rapide et prostration considérable ; en même temps, la respiration est devenue brève, le malade s'est mis à tousser, et l'on a découvert un crépitus humide dans le lobe supérieur du poumon droit, précisément au-dessous de l'abcès qui avait été ouvert. C'était là une complication extrêmement

grave, car l'état d'épuisement du malade ne nous permettait guère d'espérer la guérison de sa pneumonie.

Quelle était la cause de cette inflammation du poumon? Provenait-elle d'une communication qui s'était établie entre l'abcès du cou et la partie supérieure du poumon? Était-ce une phthisie qui éclatait soudainement chez un individu profondément abattu par une maladie antérieure? Était-ce enfin une pneumonie franche, essentielle? Telles étaient les questions que nous avons à discuter; le problème présentait plus d'une difficulté, mais le pronostic dépendait entièrement de la solution.

Si, en effet, l'affection pulmonaire était sous la dépendance immédiate du phlegmon du cou, on pouvait conserver encore quelque espérance; s'il s'agissait d'une phthisie, le malade était perdu. Je déclarai aux élèves que je voyais là un cas de phthisie, et pendant quelques jours l'événement parut me donner raison, car l'état du pauvre garçon empirait incessamment. Mais voilà que l'abcès du cou se ferme et se cicatrise, et à ce moment même la pneumonie s'éteint aussi subitement qu'elle est apparue. La fièvre cesse, le malade est désormais à l'abri du danger. Je ne puis expliquer la terminaison inespérée de cette affection qu'en admettant que les accidents pulmonaires avaient pour point de départ une inflammation suppurative, laquelle s'était propagée de la région inférieure du cou à la partie correspondante du poumon; la guérison de l'abcès avait mis fin à cette complication. Je vous ai rapporté en détail ce fait curieux, parce que je n'en ai jamais vu de semblable; je n'ai jamais lu aucune observation analogue.

Un vieillard de Bray était entré dans le service de clinique de l'hôpital de Sir Patrick Dun, pour une douleur dans le genou. On lui appliqua au niveau de l'articulation un moxa, qui devint le point de départ d'un érysipèle gangréneux du genou et de la cuisse. Au bout de quelques jours, des plaques d'inflammation diffuse apparurent sur la main et sur d'autres parties du corps; quelques-uns de ces foyers aboutirent à la gangrène, d'autres à la suppuration; en même temps, plusieurs vésicules de Colles s'étaient développées sur le tronc.

A quelques jours de là, un homme jeune et robuste, qui avait été saigné pour une pneumonie, et chez lequel la plaie veineuse avait déterminé un phlegmon de mauvaise nature au pli du coude, entra dans mon service. Chez lui aussi nous avons vu survenir l'éruption de Colles.

Vous voyez, messieurs, d'après tous ces faits, que ces vésicules ou pustules se montrent dans un grand nombre d'affections différentes qui n'ont qu'un seul caractère commun : le développement d'une éruption cutanée sous l'influence d'un poison morbide né dans l'organisme ou venu du dehors. Parmi les causes susceptibles de donner naissance à ce poison morbide, il n'en est pas de plus fréquente que le phlegmon diffus, quelle que soit d'ailleurs l'origine de ce dernier : meurtrissure, brûlure, piqûre, ulcération, ou infection morveuse. Remarquez en outre que l'affection cutanée ainsi produite présente certaines analogies avec les pyrexies exanthématiques de mauvais caractère ; elle coïncide en effet avec un état général qui exige impérieusement l'usage du vin, de l'opium et du sulfate de quinine. Dans un grand nombre de cas, cette éruption est pustuleuse ou vésiculeuse ; mais elle revêt parfois la forme de petites plaques d'inflammation diffuse ou de furoncles de mauvaise nature.

Je terminerai notre conférence en vous rapportant une observation dont le docteur Orpen, de Cove, est à la fois l'auteur et le sujet ; vous reconnaîtrez sans doute que l'affection dont il a été atteint présente une grande affinité avec celles qui nous ont occupés aujourd'hui.

« Je vous serais fort obligé si vous vouliez bien me donner votre avis sur une affection furonculaire très-pénible qui me tourmente depuis assez longtemps. La première manifestation remonte déjà à cinq années ; j'ai eu à cette époque des furoncles sur les mains et aux poignets, et j'ai attribué cet accident au contact du pus d'un érysipèle phlegmoneux que j'avais pansé, alors qu'il était en pleine suppuration. Cette première attaque a duré trois à quatre mois. J'en eus une deuxième non moins grave l'an dernier ; je soignais alors un chancre phagédénique qui avait envahi le pénis et le scrotum. Je n'avais à ma connaissance aucune excoriation aux doigts ; je ne touchais la plaie qu'avec les plus grandes précautions, et je suis certain de ne pas m'être blessé à ce moment-là. J'eus néanmoins une éruption très-douloureuse de furoncles, laquelle ne dura pas moins de trois mois. J'ai éprouvé une troisième atteinte de cette affection dans le cours de l'été dernier, et je suis aujourd'hui sous le coup de la quatrième.

« L'éruption est caractérisée par des tubercules rouges et durs plutôt que par une pustule ou un clou ; les plus mauvais de ces boutons sont précédés par l'apparition d'une petite vésicule qui est entourée d'une auréole blanche de la grandeur d'une pièce de six pence ou d'un shil-

ling ; ceux-là finissent par produire un peu de pus ; mais le plus souvent ces boutons suppurent lentement et incomplètement.

« J'avais déjà l'intention de vous consulter à ce sujet, pendant mon séjour à Dublin ; mais à cette époque j'étais bien portant, et je n'ai pas voulu vous déranger. Aujourd'hui, cette éruption devient de plus en plus fréquente ; tout ce qui irrite la peau détermine une nouvelle poussée ; une course à cheval produit infailliblement ce résultat. J'ai essayé déjà de bien des remèdes ; j'ai pris des mercuriaux à doses altérantes, avec de la soude ; j'ai usé de la salsepareille et de la solution de Brandis'h (1) ; j'ai eu recours au sulfate de quinine, qui m'a toujours fait mal à la tête ; souvent j'ai ouvert les boutons avec le bistouri ou avec un caustique, ce qui empêchait *parfois* la suppuration. Plus tard, on m'a conseillé le calomel et la poudre de James à petites doses, et une alimentation légère ; j'ai été soulagé pour quelque temps, mais l'éruption n'a pas tardé à reparaître. Dernièrement, enfin, on m'a recommandé les toniques, le porter, et un régime substantiel ; mais ce traitement, je parle du porter et de la bonne chère, me donne des maux de tête très-violents, de sorte que je redoute d'user plus longtemps de cette médication.

« J'ai consulté votre excellent livre dans lequel j'ai puisé tant de conseils salutaires pour le traitement des fièvres et d'autres maladies, j'espérais que cette fois encore il viendrait à mon secours, mais je n'ai trouvé aucune observation qui fût de tous points semblable à la mienne. J'ai pris alors la liberté de m'adresser directement à vous et de vous faire connaître mon état. Renseignez-moi surtout, je vous prie, au sujet du régime. Je suis assez souvent dyspeptique, mais depuis quelque temps je me sens mieux, aussi bien au physique qu'au moral ; je suis seulement profondément ennuyé par ces *clous, pustules* ou *tubercules*, comme vous voudrez les appeler. Mon pouls était ordinairement entre 75 et 80 ; il est maintenant à 60. »

(1)

Solution de Brandis'h.

℞ Potasse d'Amérique.	2358 parties.
Cendres de bois.	786
Chaux vive.	786
Eau bouillante.	22710

Ajoutez d'abord la chaux, puis la potasse, puis les cendres à l'eau bouillante ; mêlez. Laissez en contact pendant vingt-quatre heures, et décantez le liquide clair.

(Redwood, *Gray's Dispensatory*.)

(Note du TRAD.)

J'ai conseillé au docteur Orpen le traitement qui a été recommandé par le docteur Erichsen dans le *Medical Gazette* du 14 novembre 1845.

On fait dissoudre une once de solution de potasse caustique (1) et une demi-once de bicarbonate de potasse dans sept onces d'eau. Deux fois par jour on prend une grande cuillerée de ce liquide dans un demi-verre d'infusion d'ortie ; on augmente graduellement la dose jusqu'à ce qu'on en prenne une once à la fois. Pendant très-longtemps le docteur Orpen a suivi ce traitement avec persévérance ; il l'interrompait parfois pour y revenir ensuite ; il a fini par recouvrer une santé parfaite. Je lui avais en même temps conseillé un régime substantiel, mais non *échauffant*.

J'ai observé plusieurs exemples d'infection par une matière animale morbide dans des circonstances qui étaient entièrement nouvelles pour moi. Une jeune dame avait aux jambes de l'*erythema nodosum* ; quelques-uns des boutons, ayant été irrités par des frictions, s'étaient convertis en pustules. La mère de la malade ouvrit ces pustules avec une aiguille, et une goutte du liquide qui y était contenu tomba sur sa main, sur la face dorsale du troisième doigt. Dix minutes après, elle éprouva une sensation lancinante et douloureuse dans la peau parfaitement intacte de son doigt, qu'elle s'était contentée d'essuyer, tout occupée qu'elle était de sa fille. Une inflammation survint au niveau du point contaminé, et le lendemain on voyait sur le doigt un bouton enflammé exactement semblable à ceux qui couvraient les jambes de l'autre malade.

Au moment même où ces feuilles étaient sous presse, j'ai observé dans ma clientèle un fait non moins remarquable. J'avais conseillé à une jeune dame d'appliquer sur sa tête de la pommade au précipité blanc, pour détruire quelques parasites qu'elle avait aperçus dans ses

(1) *Solution de potasse.*

℥ Carbonate de potasse.	15 onces = 480 grammes.
Chaux.	8 onces = 256
Eau distillée bouillante.	1 gallon = 3785

Dissolvez le carbonate de potasse dans un demi-gallon d'eau. Arrosez la chaux avec un peu d'eau, dans un vase de terre, et quand elle est délitée, ajoutez le reste de l'eau. Mêlez aussitôt les liqueurs ensemble dans un vase ouvert, en les remuant de temps en temps, jusqu'à ce qu'elles soient refroidies. Laissez alors reposer, pour que le carbonate de chaux se dépose. Décantez le liquide qui surnage, et conservez-le dans un flacon de verre vert bien bouché.

(*Pharmacopée de Londres.*)

(Note du TRAD.)

cheveux. Le pharmacien envoya par méprise de la pommade stibiée. La femme de chambre frictionna avec soin la tête de sa maîtresse ; une inflammation des plus vives éclata bientôt, le cuir chevelu se couvrit de pustules qui donnaient lieu à une suppuration très-abondante. Puis une éruption pustuleuse apparut successivement sur divers points du corps, et cela pendant plusieurs mois. La mère de cette dame avait au doigt une légère brûlure causée par la cire d'une bougie ; elle eut l'imprudence de panser la tête de sa fille, et dès lors elle fut couverte à son tour de pustules et de clous. Malgré les traitements les plus divers, ces accidents se répétèrent pendant des mois entiers.

SOIXANTIÈME LEÇON.

PSORIASIS. — POMPHOLYX DIUTINUS. — TINEA CAPITIS. — PRURIGO.

Traitement du psoriasis. — Antiphlogistiques. — Arsenic. — Huile de foie de morue.

— Le traitement des affections cutanées doit reposer sur la considération de l'état constitutionnel. — Les affections squameuses peuvent être contagieuses.

Opiniâtreté du *pompholyx diutinus*. — Bons effets des applications locales de nitrate d'argent. — Emploi du même moyen dans un cas d'yaws. — *Button scurvy* guéri par la salivation.

Contagion et traitement de la teigne. — Dangers de la disparition rapide des affections cutanées.

Observation de prurigo.

MESSIEURS,

Nous avons actuellement dans nos salles une femme nommée Ellen Farrow, qui est affectée depuis très-longtemps d'un psoriasis généralisé. Cette malade nous est arrivée au commencement du mois de novembre dernier, et nous voilà au 10 décembre; elle a donc fait dans l'hôpital un séjour de près de six semaines. L'affection dont cette femme est atteinte a aujourd'hui plus de deux ans de date; l'éruption a envahi la presque totalité des membres, le tronc a toujours été respecté. Ellen, vous le savez, est une belle et robuste fille de la campagne; sa santé n'a souffert aucune atteinte de l'affection cutanée qui l'incommodé depuis si longtemps. Vous vous souvenez sans doute qu'après un premier examen, je vous ai dit que l'ancienneté de l'éruption, l'absence de symptômes généraux et de phlegmasie locale, étaient autant de contre indications au traitement antiphlogistique. Ma conduite est tout autre lorsque l'affection est récente et accompagnée de chaleur à la peau, de rougeur et de démangeaisons; alors j'ai recours à la saignée, je fais

mettre des sangsues sur les parties atteintes, et je soumetts la malade à un régime sévère. Il est même certains cas de psoriasis chronique dans lesquels ce traitement donne de très-bons résultats. Mais ici, je vous le répète, il n'y avait pas lieu d'y songer, et j'ai eu recours à la solution arsenicale de Fowler. Je vous dirai en passant que, lorsque vous prescrivez ce médicament dans votre clientèle, vous ne devez pas oublier que les malades et leurs parents ne manquent jamais de lire vos ordonnances; aussi, pour ne pas leur causer d'alarmes, pour ne pas courir le risque de voir votre prescription mise de côté, vous devez avoir soin d'écrire : *Liquor mineralis Fowleri*.

Mon principal but, en vous rapportant l'observation d'Ellen Farrow, est de vous montrer jusqu'à quelle dose la solution arsenicale peut être portée sans inconvénient. Je ne prétends pas, croyez-le bien, tirer vanité de la quantité de médicaments que mes malades absorbent; ce serait là, en vérité, un bien pauvre orgueil; et pourtant certaines personnes s'imaginent qu'il y a quelque chose de saisissant et de brillant à la fois à prescrire des doses énormes; je serais honteux, pour ma part, d'agir de la sorte. L'arsenic est un agent très-puissant, et des doses modérées suffisent pour qu'il produise son plein et entier effet sur les affections de la peau; lorsqu'il échoue, c'est bien souvent parce qu'on n'en a pas continué l'usage assez longtemps. Depuis quelque temps, notre jeune malade prend dix gouttes de solution trois fois par jour, et comme elle va bien maintenant, je n'ai point l'intention d'augmenter cette dose. Chez elle nous avons commencé par trois gouttes trois fois par jour; puis nous étions arrivé successivement à cinq, à sept et à dix. Elle fut alors prise de frissons, de phénomènes fébriles, et elle eut de l'*herpes labialis*; nous avons suspendu l'usage de l'arsenic pendant cinq jours, et nous l'avons redonné à petites doses, que nous avons de nouveau progressivement élevées jusqu'à la quantité qu'elle prend aujourd'hui. Toutes les fois qu'un malade prend de l'arsenic, il est essentiel de surveiller de très-près la tête et l'estomac; s'il survient de la douleur ou de la pesanteur de tête, s'il y a des douleurs gastriques ou des nausées, ou si enfin, en l'absence de tous ces accidents, vous voyez apparaître un petit mouvement fébrile ou un certain degré d'excitation nerveuse, c'est la preuve que le remède a été poussé assez loin, et vous ne devez pas hésiter à en cesser ou tout au moins à en suspendre l'emploi. Chez notre jeune fille, je ne voulais pas renoncer à l'administration d'un remède qui devait évidemment assurer sa guérison; aussi me suis-je borné à l'interrompre pendant quelques jours. Désireux toute-

fois de prévenir les fâcheux effets du médicament sur l'estomac, je le prescris depuis quelque temps à Ellen sous cette forme :

℞ Liqueuris arsenicalis.	min. x.
Aquæ distillatæ.	f. ʒj.
Tincturæ opii.	min. x.
Spiritus lavandulæ compositi.	fr. ʒ ss.

Fiat haustus (1).

La malade paraît tolérer très-bien cette préparation ; et comme l'amélioration est très-rapide, je ne compte pas augmenter la dose de la solution arsenicale.

Vous avez pu observer chez Ellen un phénomène que l'on rencontre très-fréquemment lorsqu'on traite par les sulfureux les affections cutanées chroniques. Au bout de quelques jours de traitement, tous les accidents paraissent s'aggraver, et les malades se plaignent que leur éruption est beaucoup plus développée. Malgré ces apparences, vous ne devez jamais suspendre la médication sans plus ample informé ; car cette aggravation momentanée est l'avant-coureur ordinaire de la guérison (2).

Le traitement des affections cutanées doit être basé sur la connaissance de l'état général. Le fait suivant est une admirable démonstration des avantages de cette méthode.

Au commencement de 1846, M. Pakenham, de Henry-street, m'a consulté pour un jeune pasteur qui était fort ennuyé d'une rougeur à la lèvre supérieure. Cette coloration était permanente ; mais l'intensité

(1)	℞ Liqueur arsenicale.	4 grammes.
	Eau distillée.	24
	Teinture d'opium.	4
	Esprit de lavande composé.	1 gr,50

Mêlez.

Teinture de lavande composée.

℞ Esprit de lavande.	1 pinte $\frac{1}{2}$ = 712
Esprit de romarin.	$\frac{1}{2}$ pinte = 238
Cannelle écrasée.	} aa 2 gros $\frac{1}{2}$ = 10
Muscade.	
Bois de santal coupé.	5 onces = 160

Faites macérer pendant quatorze jours, et filtrez.

(*Pharmacopée de Londres.*)

(Note du TRAD.)

(2) Ces phénomènes d'excitation sont bien connus dans les stations d'eaux sulfureuses sous le nom de *poussée*.

(Note du TRAD.)

en était variable selon l'état de l'atmosphère et le régime du malade. La portion rouge de la lèvre présentait en outre une saillie légère ; on n'y voyait, du reste, ni les pustules acuminées de l'acné, ni les tubercules suppurants du sycosis. Peut-être cette affection méritait-elle le nom de *psoriasis labialis*. Toujours est-il que, lorsque l'inflammation devenait un peu plus vive, l'épiderme était sécrété en beaucoup plus grande quantité. Cette lésion incommodait singulièrement le malade ; il ne pouvait se raser convenablement ; il était tourmenté par la crainte d'être à jamais défiguré : aussi avait-il déjà employé une foule de remèdes tant internes qu'externes, et le tout sans résultat. C'est alors que je lui conseillai d'aller à Aix-la-Chapelle pour prendre les eaux sulfureuses. Le médecin allemand qu'il consulta dans cette ville regarda cette affection comme scrofuleuse, et il engagea ce jeune homme à se mettre à l'huile de foie de morue plutôt qu'aux sulfureux. Le malade suivit ce conseil ; il supporta si bien cette huile qu'il en prit, au bout de quelque temps, 2 onces par jour. Deux mois après, il était complètement guéri. Je suis certain que le médecin allemand a saisi tout d'abord la véritable nature de cette affection. Plusieurs personnes de la famille de ce jeune homme ont été atteintes de scrofule. L'huile de foie de morue a été administrée ici sous forme d'émulsion avec du sirop, du mucilage et de l'eau de fleur d'oranger ; elle est ainsi beaucoup moins désagréable à prendre.

Depuis lors j'ai souvent réussi à guérir ainsi certaines affections cutanées que je regardais comme dépendantes de la scrofule, des cas rebelles de sycosis, par exemple, d'impétigo et de psoriasis. Je dois ajouter que chez tous ces malades, indépendamment du traitement interne, j'ai fait placer un ou deux cautères à quelque distance de la lésion de la peau, et, dans le sycosis, j'entretiens une éruption artificielle sur le bras au moyen de la pommade stibiée, selon la méthode d'Alibert.

Dans le traitement de quelques affections cutanées, et particulièrement du psoriasis, les bains de gélatine m'ont rendu les plus grands services. On peut ajouter à un bain chaud pour l'adulte 2 gallons (7570 grammes) de colle ; ou si l'odeur de la colle ordinaire, même fraîche, est mal supportée, on peut remplacer cette substance par une égale quantité d'ichthyocolle ou de gelée de pied de veau. Une série de ces bains, surtout en été, est un puissant auxiliaire dans le traitement des affections cutanées sèches et squameuses.

Un de mes malades était affecté, depuis plusieurs années, d'un pso-

riasis du cuir chevelu : il était très-étendu, mais sans gravité; il n'empêchait point le développement des cheveux ; mon client en était si peu incommodé, qu'il ne fit aucun traitement jusqu'au jour où l'affection envahit le front et le défigura. Il guérit au moyen de bains de vapeurs sulfureuses d'une durée de quinze à vingt minutes ; il prit ces bains tous les jours pendant un mois ; de plus, il appliquait [soir et matin, à la racine des cheveux, la pommade suivante ;

℞ Biiodure de mercure.	℥ j.
Axonge préparée.	℥ j.
Essence de citron.	v gutt.

Mêlez (1).

Le malade portait pendant la nuit un bonnet de soie cirée, et il n'enlevait pas la pommade le matin.

Dans le psoriasis du cuir chevelu, des oreilles, de la nuque et du front, si fréquent chez les jeunes femmes et quelquefois si rebelle, j'ai vu sir Philip Crampton prescrire avec succès le traitement que voici : Il fait prendre trois fois par jour un seizième de grain (0^{gr},0035) de sublimé dissous dans un demi-gros (2 grammes) d'alcool. Le véhicule est une mixture composée de parties égales d'infusion de quinquina jaune et de décoction de salsepareille, le tout additionné de solution de quinquina de Donovan et d'extrait liquide de salsepareille. Il fait appliquer en même temps, sur les parties affectées, de l'onguent citrin affaibli par un tiers de son poids de cire blanche. Ce même traitement interne est souvent utile dans l'ophtalmie scrofuleuse. Feu le docteur Colles se servait également, pour combattre cette affection, de la solution alcoolique de sublimé, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur.

Nous avons dans nos salles depuis sept semaines un homme robuste, et bien portant d'ailleurs, qui nous est arrivé avec un *psoriasis diffusa* du plus mauvais caractère. Les résultats que nous avons obtenus au moyen du nitrate d'argent méritent toute votre attention.

Chez cet homme, le cuir chevelu, les extrémités et le tronc étaient presque entièrement recouverts de plaques squameuses enflammées, à toutes les périodes de leur développement ; c'est à peine s'il se passait

(1) Cette prescription est en anglais dans le texte :

℞ Biiodure de mercure.	1 gr,30
Axonge préparée.	32
Essence de citron.	5 gouttes.

(Note du TRAD.)

Mêlez.

un jour sans que nous vissions apparaître de nouvelles plaques, qu'il était très-facile de distinguer au milieu des anciennes.

J'ai d'abord fait enlever les écailles, autant du moins que cela était possible, avec des lotions d'eau et de savon jaune; ayant ainsi mis à nu, dans une certaine étendue, les portions lésées de la peau, j'ai fait toucher chacune des taches et la peau qui les entoure immédiatement, avec le nitrate d'argent; on humectait légèrement les points sur lesquels le caustique devait être appliqué, afin d'en rendre l'action plus prompte et plus active. Ce n'était pas une petite besogne que de cautériser un aussi grand nombre de plaques; de plus, je craignais qu'une cautérisation trop rapidement généralisée ne donnât lieu à une inflammation cutanée très-violente, et je fis prolonger l'opération pendant cinq ou six jours. L'amélioration a été plus rapide que je ne l'espérais moi-même. Les plaques récentes cédèrent à la première application du caustique; les eschares, en tombant, mirent à nu une surface parfaitement saine. Les plaques plus anciennes et plus étendues résistèrent plus longtemps; cela pouvait se prévoir. Mais au moins leur développement ultérieur a été arrêté, et bon nombre d'entre elles ont fini par céder à des applications réitérées du caustique. Il y avait sur l'avant-bras une plaque très-large et très-enflammée; nous y avons fait mettre quelques sangsues, et nous l'avons recouverte de cataplasmes. D'après les résultats que nous avons obtenus jusqu'ici, je crois que la guérison sera complète vers la fin de la neuvième semaine; reste à savoir si elle sera définitive. Une circonstance peut le faire espérer: la disposition à la formation de nouvelles plaques est considérablement amoindrie; et depuis quelques jours nous n'en avons vu apparaître qu'un très-petit nombre. Quoi qu'il en soit, cette méthode thérapeutique mérite d'être essayée de nouveau; peut-être que, dans des cas récents, elle réussirait à enrayer définitivement la marche de l'affection. Je ne prétends pas exclure pour cela les méthodes de Duffin et de Bielt, dont vous avez pu constater si souvent l'efficacité dans cet hôpital; je propose simplement, pour les cas rebelles, un auxiliaire que je crois utile.

Dans un travail sur les affections cutanées, le docteur Duffin a avancé que les éruptions squameuses ne sont pas contagieuses, et Bateman a soutenu la même opinion. J'ai eu l'occasion d'observer un fait qui semble démontrer que, dans de certaines conditions, ces affections peuvent devenir communicables par le contact. Un gentleman très-soigneux de sa personne, et qui demeurerait depuis plusieurs années dans un des quartiers les plus sains de cette ville, était sujet à un psoriasis

palmaire, longtemps avant de fixer ici sa résidence. Je mentionne ce détail pour vous montrer que cette affection était complètement indépendante des conditions d'habitation et de localité. Or, ce gentleman m'a prié de voir son valet de chambre, qui avait un psoriasis très-étendu sur le dos de la main ; il disait lui-même qu'il l'avait contracté en portant les vieux gants de son maître. Ce fait ne m'avait pas beaucoup frappé, mais deux mois plus tard j'ai vu que la gouvernante de la même maison était atteinte de la même affection ; elle avait des plaques écailleuses de différente grandeur sur l'avant-bras. Cette femme prenait soin du linge de son maître, elle faisait son lit et c'est à ces circonstances qu'elle attribuait le développement de cette éruption. Je dois ajouter qu'il n'existait aucune relation entre la gouvernante et le valet de chambre.

Je n'ai jamais vu de *psoriasis diffusa* plus général que celui d'un jeune garçon qui s'était couché plusieurs nuits sans chemise sur ces laines qu'on appelle *pitch-marks*. Ce sont des laines sur lesquelles les initiales du propriétaire sont marquées avec de la poix ; les pauvres gens achètent ces laines pour remplir des coussins et des matelas. Je ne sais si, dans ce cas, le développement de l'éruption cutanée doit être attribué simplement aux propriétés irritantes de la laine ; peut-être celle-ci provenait-elle d'un mouton qui était lui-même atteint d'une affection de la peau. La transmission des affections cutanées, des animaux à l'homme, est un fait bien connu. J'ai observé moi-même deux cas dans lesquels tous les enfants d'une famille furent atteints d'une affection qui ressemblait à la gale, pour avoir joué avec un chien galeux.

Nous avons reçu dans notre service, au commencement du mois de septembre dernier, un jeune garçon affecté de *pompholyx diutinus*. Ce malade, âgé de quatorze ans, est d'une constitution chétive et délicate, en apparence ; cependant, à l'exception de son affection cutanée, il a depuis plusieurs années une excellente santé. Aujourd'hui l'éruption remonte déjà à cinq ans ; pendant cette longue période, les poussées bulleuses se sont succédé presque sans interruption. Lorsque ce garçon nous est arrivé, les bulles, en nombre considérable, occupaient non-seulement la face et les membres, mais elles couvraient également le tronc ; elles étaient d'ailleurs à différents degrés d'évolution : les unes marchaient vers la cicatrisation ; d'autres, très-volumineuses, étaient encore intactes ; d'autres enfin étaient petites et récentes.

Cette affectio a été bien décrite par Bateman, qui a fait quelques

remarques très-judicieuses au sujet du traitement ; mais je crois que la description de Biett est à la fois plus complète et plus exacte. Toutefois, d'après les faits rapportés par ces auteurs vous ne sauriez vous faire une idée de la sévérité extraordinaire que présente exceptionnellement le pemphigus. Je me rappelle entre autres deux jeunes gens chez lesquels l'exposition à l'air du derme mis à nu avait eu la plus fâcheuse influence ; leur santé avait fini par s'altérer, ils avaient presque complètement perdu le sommeil, et ils étaient tombés peu à peu dans un état de débilité très-alarmant. Dans ces deux cas, l'affection a été très-rebelle ; elle n'a cédé à aucun des modes de traitement conseillés par Bateman et par Biett ; ma confiance dans l'efficacité de ces médications en a été quelque peu ébranlée, et j'ai résolu alors d'essayer une nouvelle méthode.

En conséquence, j'ai renoncé pour notre jeune garçon aux errements que j'avais suivis jusqu'ici j'ai fait ouvrir les bulles avec la lancette, et la surface dénudée du derme a été touchée avec un crayon de nitrate d'argent. La peau qui entourait chaque bulle a également été cautérisée dans l'espace d'une ligne (2 millimètres) ; les saillies naissantes qui indiquaient des bulles près de paraître ont été soumises au même traitement. Cela fait, l'enfant fut lavé et on lui fit mettre du linge propre. Or cette application de nitrate d'argent n'a pas eu seulement pour effet de détruire l'affection cutanée partout où elle existait déjà, mais a sans doute profondément modifié la peau ; car depuis ce moment, c'est-à-dire depuis près de quatre mois, nous n'avons pas vu se développer une seule bulle nouvelle. La paume de la main est le seul point de la surface tégumentaire sur lequel nous ayons dû répéter la cautérisation ; là, en effet, il était difficile, en raison de l'épaisseur de l'épiderme, d'agir d'emblée avec l'énergie nécessaire, sur la surface du chorion. Je suis le premier à le reconnaître, ce succès unique ne nous autorise pas à conclure que cette méthode de traitement nous donnera toujours d'aussi bons résultats ; cependant l'amélioration a été si rapide et si frappante, que nous pouvons regarder le nitrate d'argent comme un moyen précieux à ajouter aux autres agents thérapeutiques. Quant au fait qu'une affection cutanée assez générale et assez ancienne pour mériter le nom d'affection constitutionnelle a été guérie par l'emploi exclusif d'une médication locale, il n'est pas facile de l'expliquer. Le liquide contenu dans les bulles ne possède, dit-on, aucune propriété contagieuse ; il est permis dès lors d'attribuer la guérison à la destruction simultanée de toutes les portions de peau qui étaient le siège du

travail pathologique ; sans cette destruction totale et complète, l'action morbide se serait propagée sur d'autres points des téguments, en raison de la *sympathie de continuité*.

Dans un travail sur le *yaws* (*Edinburgh medical and surgical Journal*, XXXV), M. Mason dit avoir obtenu de très-bons résultats au moyen de l'application du nitrate d'argent sur les tubercules qui caractérisent cette affection, et, dans un cas récent, le traitement ayant été continué pendant quelques mois, « les papules disparaurent, et l'on ne vit se reproduire aucun tubercule nouveau ». L'observation ultérieure a montré que, malgré la disparition rapide des accidents cutanés, la constitution du malade a été à l'abri de l'infection, tout comme si la maladie eût suivi sa marche habituelle. Ici encore vous voyez des applications locales faites sur la peau prévenir et supprimer, pour ainsi dire, une maladie générale.

Nous avons eu dernièrement, dans le service, un cas d'affection cutanée qui, par les caractères de l'éruption et par ses propriétés contagieuses, ressemble beaucoup au *yaws* : je veux parler du *button scurvy* (1).

Il ressort de ce fait un enseignement qui ne doit pas être perdu pour l'étude comparative du *button scurvy*, du *yaws*, du *sibbens* (2) et de la syphilis. Sous l'influence d'un traitement mercuriel altérant, qui avait été continué assez longtemps pour agir sur les gencives, l'œil droit du malade est devenu rouge, il s'est enflammé, et, malgré des émissions sanguines locales, une iritis violente a éclaté. Cette complication n'a cédé qu'à une salivation déterminée par le calomel à hautes doses. Or,

(1) Le *button scurvy*, ou *morula* d'Irlande (Corrigan), est une affection cutanée chronique qu'on observe dans les parties centrales et méridionales de l'Irlande. Le *morula* est contagieux, et il est caractérisé par des tumeurs qui ressemblent à des condylomes syphilitiques.

Voyez, pour plus de détails :

Cazenave, *Annales des maladies de peau*, t. II, p. 55.

Gintrac, *Pathologie et thérapie médicales*. Paris, 1859, t. V, p. 796.

(Note du TRAD.)

(2) Le *sibbens* (*siwens*, *Radesyge scotica*) est une affection cutanée propre à l'Écosse ; on l'observe surtout dans les provinces de Galloway et d'Ayrshire. Non moins contagieux que le *button scurvy*, le *sibbens* a été regardé comme un accident syphilitique par Hill de Dumfries ; Berg partage cette opinion, et voit dans le *sibbens* un lupus syphilitique.

Hill, cité par Adams dans son traité *On morbid poisons*, 1807.

Berg, *Copendium der Hautkrankheiten*. Berlin, 1864.

(Note du TRAD.)

cette salivation a amené une amélioration rapide du *button scurvy*, et bientôt après la guérison en était complète.

J'ai à vous faire part maintenant de quelques observations pratiques au sujet de la variété sèche et squameuse de la teigne. Cette affection, comme vous le savez, a été parfaitement décrite par Plumbe dans son *Practical Treatise on diseases of the skin* (4^e édit., p. 139, 140).

Cette espèce de teigne ou de dartre sèche est très-contagieuse ; elle siège ordinairement sur le cuir chevelu, sur la face, voire même sur d'autres parties du corps ; mais on ne l'observe que très-rarement sur les membres inférieurs ou sur le ventre. Sauf à la tête, cette affection ne reste jamais très-longtemps fixée sur le même point ; en revanche, elle se localise quelquefois d'une manière définitive et permanente sur le cuir chevelu ; là elle persiste également des années entières, quelquefois même pendant toute la vie du malade. Or voici les points sur lesquels j'appelle tout spécialement votre attention.

I. Lorsque l'affection est ancienne, placez toujours un cautère au bras avant d'en entreprendre la guérison. J'ai vu la négligence de cette précaution amener l'hydrocéphalie et d'autres conséquences funestes.

II. Si l'origine de l'affection est bien évidemment contagieuse, si l'on ne peut découvrir chez le malade aucun trouble général, il ne faut pas conclure de l'existence de l'affection cutanée à une maladie constitutionnelle ; il ne faut pas commettre ici la faute de soumettre les enfants à un traitement altérant.

III. Cette affection, ayant son point de départ dans l'action directe d'une substance contagieuse sur la peau, ne peut pas être guérie par le traitement interne seul ; que l'on emploie d'ailleurs le mercure, l'arsenic et l'iode, séparés, ou combinés comme dans la préparation de M. Donovan. Sous ce rapport, la teigne diffère de la lèpre et du psoriasis, dont elle se rapproche par quelques autres caractères.

IV. Dans la teigne du cuir chevelu, l'habitude de raser la tête n'est rien moins que raisonnable ; on ajoute encore par là à l'irritation de la peau ; le cuir chevelu peut être assez complètement mis à nu, si l'on coupe les cheveux aussi près que possible avec des ciseaux acérés.

V. L'indication principale est de triompher du processus morbide, qui consiste en une inflammation de la surface externe du chorion. Cette inflammation se développe par points isolés, et donne lieu tout d'abord à une sécrétion exagérée de l'épiderme ; de là l'aspect squameux des parties. Mais ce travail phlegmasique produit en outre une

sécrétion humide très-peu abondante ; elle est difficilement appréciable, parce qu'elle se mêle avec les croûtes formées par les portions détachées de l'épiderme.

VI. Pour guérir cette affection, il faut enlever ces écailles aussi complètement que possible, au moyen de lotions répétées, sans recourir à aucune friction irritante ; puis, une fois le derme ainsi mis à nu, nous devons le soumettre à l'action de quelque topique qui puisse détruire la surface sécrétante. On employait autrefois dans ce but une foule de préparations à formules compliquées, et chacune d'elles avait ses partisans exaltés ; mais cette longue liste de remèdes peut aujourd'hui être singulièrement réduite dans ses dimensions, et, en vérité, avec le nitrate d'argent, le sulfate de cuivre et la teinture d'iode concentrée, vous pouvez faire face à toutes les éventualités.

VII. Je n'emploie jamais ces caustiques sous forme solide ; je préfère les solutions contenant, suivant les cas, 10, 15 ou 20 grains de substance active (60, 90 centigrammes ou 1^{gr},20) pour une once d'eau. Pour ce qui est du procédé d'application, je ne me sers point, comme on le fait d'ordinaire, d'un pinceau de poils de chameau, *parce qu'il faut que le liquide pénètre profondément sur chaque point* ; j'emploie une petite éponge recouverte d'un linge fin, et fixée à l'extrémité d'une tige flexible. Lorsque le cuir chevelu est affecté sur une grande étendue, ces applications, pour être efficaces, exigent beaucoup de patience.

VIII. Ainsi pratiquées, les cautérisations ne doivent être faites qu'une fois par semaine.

IX. Immédiatement après, toute la tête doit être recouverte d'un pansement au sperma ceti ; et celui-ci doit être renouvelé au moins quatre fois par jour, afin que le cuir chevelu en soit constamment humecté. Pendant les trois jours qui suivent l'application du caustique ou de la teinture d'iode, la tête ne doit pas être lavée ; au bout de ce temps, on la lavera doucement, deux fois par jour, avec de l'eau et du savon jaune ; après chaque lotion, on fera un pansement au sperma ceti. — Dans les affections squameuses de la peau, la guérison est notablement facilitée lorsqu'on a soin d'enduire constamment les parties affectées avec du sperma ceti, de l'huile, de la graisse fondue, ou même du suif de chandelle. Sans cette précaution, les caustiques pourront bien ne pas répondre à l'attente du médecin.

X. Lorsque, sous l'influence de ce traitement, l'affection paraît marcher rapidement vers la guérison, les applications de caustique ou de teinture d'iode doivent être de moins en moins profondes.

Je vous ai déjà signalé les dangers qui peuvent résulter de la suppression brusque d'une affection cutanée ancienne. J'en ai vu tout récemment un bien triste exemple. Un jeune homme de vingt-deux ans avait contracté, sous l'influence du froid, une bronchite sévère pour laquelle il avait dû garder la chambre pendant quelques jours. Impatient de cette reclusion, il se fit mettre un vésicatoire très-énergique, qui le débarrassa en effet de son affection thoracique, mais qui laissa une surface ulcérée. Le malade négligea de la panser convenablement, et il reprit aussitôt son exercice favori, l'équitation ; ces courses à cheval augmentaient de jour en jour l'inflammation de la surface dénudée, et au bout de quelques semaines il y avait là un foyer d'abondante suppuration. Un peu plus tard, le défaut de soins, des applications irritantes, avaient fini par donner à cette plaie un caractère des plus inquiétants, lorsque enfin le jeune homme consentit à se soumettre à un traitement qui amena, en quelques semaines, la cicatrisation complète de ce vaste ulcère. Le jour même où il se ferma, ce gentleman, dont la santé générale s'était maintenue excellente jusque-là, fut pris de défaillances et de dyspnée ; ces symptômes présentèrent une intensité croissante, et lorsque je vis le malade douze heures après le début des accidents, il avait la peau froide et visqueuse, le facies hippocratique, le pouls irrégulier et ondulant ; en un mot, il était mourant. Il n'y avait chez lui ni pneumonie, ni bronchite ; mais l'examen de la poitrine ne laissait aucun doute sur l'existence d'un épanchement dans le péricarde. Vingt-quatre heures ne s'étaient pas écoulées depuis l'apparition des premiers phénomènes morbides, que ce jeune homme était mort.

Je reviens au traitement de la teigne. Il ne convient jamais de toucher les parties affectées avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre solide ; car l'irritation ainsi produite devient souvent le point de départ d'un travail inflammatoire nouveau, qui se traduit par des éruptions successives de pustules, ou même de furoncles : de sorte que le traitement est forcément interrompu pendant plusieurs mois. Il est vrai de dire que dans certains cas heureux, lorsque ce travail d'éruption pustuleuse est terminé, l'affection primitive est elle-même guérie. Il est un autre détail tout pratique qui mérite d'être signalé. Dans la teigne ancienne, les solutions caustiques sont d'une application beaucoup plus facile si les cheveux ont un quart de pouce de longueur, par exemple, que s'ils sont tout fraîchement rasés : dans le premier cas, en effet, on peut verser directement, avec le flacon, une petite quantité de liquide, et les cheveux le retiennent pendant que l'opérateur prend son éponge ;

il faut en outre avoir soin de donner à la tête de l'enfant une position telle, que la partie affectée se trouve la plus élevée. On peut verser à la fois à peu près une demi-drachme (2 grammes) de solution. Avec toutes les précautions que je vous ai indiquées, je n'ai jamais vu échouer cette méthode de traitement; en conséquence, je n'ai jamais eu l'occasion d'employer la solution composée de M. Donovan (1); mais je sais que son efficacité a été plusieurs fois constatée.

Encore un fait qu'il est bon de connaître. Chez une petite fille, l'application, avec le pinceau, d'une solution caustique qui contenait 10 grains (60 centigrammes) pour une once, a déterminé une inflammation générale du cuir chevelu; ce travail morbide a, il est vrai, parfaitement guéri la teigne, mais sur plusieurs parties de la tête il a détruit, pour un temps, tous les cheveux. Ce n'est qu'au bout de deux ans qu'ils ont commencé à repousser; aujourd'hui ils sont assez développés, et j'espère que la difformité sera presque entièrement cachée. Mais cette leçon n'a pas été perdue, et depuis lors je commence toujours le traitement avec une solution beaucoup moins concentrée (2).

Il nous est arrivé, ces jours derniers, deux malades affectés de *prurigo*. Je vous parlerai d'abord de Jane Cassidy: c'est une femme déjà avancée en âge, mais d'une constitution assez bonne, eu égard surtout aux conditions dans lesquelles elle vit. Il y a trois mois, elle a vu apparaître sur ses bras, sur ses jambes et sur d'autres points du corps une éruption qui a été précédée et accompagnée de douleurs dans l'estomac, dans la tête, dans les membres, et de frissons répétés. Autant qu'on peut en juger par la description de la malade, cette éruption était de l'urticaire; mais ce n'est là qu'une hypothèse, et d'ail-

(1)

Solution de Donovan.

℞ Iodure de mercure.	1 gramme.
Iodure d'arsenic.	1
Eau distillée.	98

Mêlez.

Donovan avait fait de cette solution la base d'une potion qu'il employait dans le traitement de la syphilis.

℞ Solution d'iodo-arsénite mercurique.	4 grammes.
Eau distillée.	80
Sirop de gingembre.	25

Mêlez.

(Note du TRAD.)

(2) L'auteur ne dit pas quel était le principe actif de cette solution; il est probable qu'il s'agit du nitrate d'argent.

(Note du TRAD.)

leurs cette question est d'une très-mince importance, puisque le prurigo peut se développer dans d'autres circonstances.

Aujourd'hui cette femme a un *prurigo senilis*, qui n'est pas très-confluent, et qui néanmoins est une cause de véritables souffrances par les démangeaisons continuelles auxquelles il donne lieu. Quelques-unes des papules ont formé des croûtes d'un rouge foncé; mais c'est la conséquence du petit écoulement de sang que la malade produit en se grattant. Le prurigo a été si bien décrit par les auteurs spéciaux, il est d'ailleurs si facile à reconnaître, que je ne veux point occuper votre temps à vous en rappeler les caractères; je veux seulement vous faire connaître quelques particularités relatives au traitement. Cette affection, ne l'oubliez pas, est horriblement pénible; si l'on ne parvient pas à en triompher, elle peut finir par miner la constitution des malades en les privant de tout repos. La chaleur du lit congestionne la peau et exaspère encore les symptômes; le patient passe la nuit entière à chercher un sommeil qui le fuit, et le matin le retrouve plus souffrant et plus fatigué que la veille. Au bout d'un certain temps, ces conditions si pénibles donnent lieu à un véritable état fébrile; la bouche et la gorge se sèchent, l'appétit se perd, les fonctions de sécrétion sont bientôt atteintes à leur tour; la faiblesse et l'amaigrissement du malade témoignent de la gravité de son état. Cette affection, si légère en apparence, a abattu plus d'une constitution autrefois robuste et vigoureuse.

On a confondu quelquefois le prurigo avec la gale commune; mais un examen attentif préviendra cette erreur. Il pourrait être plus facilement pris pour la petite gale vésiculeuse, dont les papules vésiculeuses (je ne saurais trouver d'expression plus caractéristique) sont extrêmement petites. Il existe, en effet, une gale papuleuse, mais il est une variété qui est intermédiaire entre la papuleuse et la vésiculeuse: c'est cette variété-là qui pourrait être confondue avec le prurigo. Cependant ces deux affections sont suffisamment différenciées par leur siège. La gale atteint le plus souvent les extrémités, particulièrement le côté interne des articulations et les espaces interdigitaux. Jamais le prurigo n'occupe ces points-là. Examinez votre malade, vous ne trouverez pas le moindre vestige d'éruption autour des jointures ou entre les doigts. Cette circonstance suffit amplement pour assurer le diagnostic, car la gale n'aurait certes pas duré trois mois sans envahir ces diverses régions.

Le *prurigo senilis* est généralement compliqué de quelque trouble des fonctions de sécrétion, et surtout de la fonction urinaire. Quelques

jours après l'éruption, on voit, dans bien des cas, l'urine devenir rare, et déposer un sédiment d'un rose blanchâtre, qui n'est autre que du lithate d'ammoniaque. Ce phénomène n'est pas sans importance, car il peut vous* fournir d'utiles indications pour le traitement. Souvent, en effet, vous obtiendrez de très-bons résultats avec les diurétiques, la crème de tartre, par exemple, avec la décoction de baies de genièvre et de scille, ou même avec des agents plus énergiques, tels que la térébenthine et les cantharides. Vous vous laisserez guider, dans le choix de ces médicaments, par les caractères particuliers de chaque cas, et vous aurez soin de veiller en même temps à l'intégrité des fonctions digestives.

Chez notre femme, nous donnons depuis deux jours la décoction de salsepareille additionnée d'acide nitrique; nous lui avons fait prendre auparavant de la crème de tartre avec du quinquina en poudre. Ce sont là peut-être les médicaments les plus efficaces dans le *prurigo senilis*. N'oubliez pas cependant que cette affection est extrêmement rebelle, et qu'il vous arrivera plus d'une fois d'essayer bien des traitements divers avant de mettre la main sur un remède définitif. Les diurétiques rafraîchissants, les laxatifs unis aux toniques, la décoction de salsepareille acidulée avec l'acide nitrique, voilà les principaux médicaments internes. Quant aux topiques, ils sont extrêmement nombreux. Dans le cas actuel, nous avons commencé par faire laver matin et soir la malade avec de l'eau de savon chaude; l'eau doit être aussi chaude que le malade peut le supporter, et l'on doit employer pour la lotion une brosse très-douce ou une éponge. Ce moyen si simple réussit souvent admirablement; comment il agit, je l'ignore; mais j'en ai maintes fois observé les bons effets. Après cela, vous pouvez recourir à des agents plus énergiques; vous pouvez, par exemple, faire laver tous les soirs les parties affectées avec un mélange de whisky chaud et de laudanum, une pinte du premier (475 grammes) pour une drachme (4 grammes) du second. Les effets stimulants du whisky, l'action narcotique du laudanum, l'influence toute spéciale de la chaleur sur la peau, tout est réuni, tout concourt ici pour produire sur les téguments une impression profonde. Comment agit la chaleur, je ne le sais pas non plus; mais il n'en est pas moins avéré que l'application du calorique, soit sec, soit humide, exerce une puissante influence sur la vascularité et l'activité nerveuse de la peau. Il n'est également impossible de vous indiquer quels sont les cas de prurigo qui réclament l'emploi de ce moyen. Le *prurigo senilis* est quelquefois très-heureusement modifié

par les applications chaudes ; dans d'autres circonstances, elles ne produisent aucun effet appréciable. Le médecin doit procéder ici par tâtonnements.

Pour la femme de notre service, nous nous sommes servi d'un topique dont je dois vous dire quelques mots : j'ai fait dissoudre 4 gros (4 grammes) d'acétate de plomb dans 2 onces de vinaigre de vin, affaibli par une égale quantité d'eau. Ce liquide a été agité avec de l'huile d'olive de manière à former un liniment. M. Nalty, qui a fait la préparation, m'a dit que 3 onces d'huile avaient été absorbées. Vous savez, messieurs, que l'huile se comporte avec les oxydes métalliques comme avec les alcalins. Les liniments ainsi obtenus se divisent sous l'influence du repos ; mais il suffit d'agiter le vase qui les contient pour rétablir aussitôt le mélange intime des éléments. Ce topique nous a très-bien réussi chez notre malade, et je puis vous le recommander comme l'un des meilleurs remèdes externes du prurigo.

Encore une remarque avant de terminer : dans l'eczéma et dans beaucoup d'affections cutanées qui incommode les malades par les démangeaisons qu'elles occasionnent, j'emploie avec d'excellents résultats une lotion composée de 8 onces de décoction de pavot et de 2 ou 3 drachmes (8 ou 12 grammes) de solution d'ichthyocolle.

SOIXANTE ET UNIÈME LEÇON.

LE PURPURA. — AFFECTIONS DU SYSTÈME PILEUX.

Des diverses formes de purpura. — Variété nouvelle décrite par l'auteur et nommée par lui *exanthema hæmorrhagicum*. — Observations. — Lésions anatomiques. — Caractères du pouls. — Diagnostic de cette forme de purpura et du scorbut. Du scorbut de mer. — Observations. — Effets des pertes de sang abondantes. — Épanchement de sang dans les deux yeux. Du développement des cheveux. — Cheveux gris reprenant leur couleur primitive. — Inflammation des bulbes pileux. — Théories sur la coloration des cheveux.

MESSIEURS,

J'ai observé dernièrement deux faits très-intéressants qui m'ont présenté quelques particularités que je crois nouvelles ; je vais vous les rapporter en détail : il s'agit de deux jeunes gens d'une excellente constitution, et qui, sans lésion organique, sans cause prédisposante appréciable, ont succombé à des hémorrhagies incoercibles.

Vous verrez que ces deux faits ont bien des points de ressemblance ; ils se rapprochent par l'ensemble de leurs caractères ; mais, en revanche, ils ne se rapportent à aucune des variétés de purpura qu'a décrites Willan, à aucune des affections hémorrhagiques signalées par les autres auteurs. L'identité du processus morbide dans ces deux cas, la présence d'une éruption qui, loin de ressembler au purpura, rappelait exactement celle de la rougeole, m'ont engagé à chercher pour cette affection un nom qui en exprimât les principaux phénomènes. Vu l'opiniâtreté des hémorrhagies, l'épithète *hémorrhagique* était indiquée tout naturellement comme désignation *spécifique*, tandis que l'éruption justifiait le terme *exanthème* comme qualification *générique* ; aussi ai-je donné à cette affection le nom d'*exanthema hæmorrhagicum*.

Je vous ai dit que l'éruption ressemblait à celle de la rougeole ; elle ne présentait pas cependant la disposition en croissant de l'exanthème

rubéolique ; c'étaient des taches arrondies parfaitement semblables à celles qui constituent l'efflorescence rouge du typhus tacheté. D'ailleurs les symptômes généraux différaient complètement de ceux des fièvres en général, et de ceux du typhus en particulier.

Mais, avant d'aller plus loin, je crois devoir vous lire la description du *purpura hæmorrhagica*, telle qu'elle est contenue dans la *Cyclopædia of practical medicine* : vous pourrez alors juger par vous-mêmes si je suis réellement en droit de proposer l'introduction d'une nouvelle espèce morbide dans notre nosologie.

« Dans le *purpura hæmorrhagica*, les pétéchie sont souvent assez considérables ; elles alternent avec des bandes livides et des taches qui ressemblent aux traces que laisse un coup de fouet ou une violente meurtrissure. Le plus souvent, ces pétéchie apparaissent tout d'abord sur les jambes, puis, au bout d'un temps indéterminé, elles se montrent sur les cuisses, sur les bras et sur le tronc. Les mains en sont plus rarement affectées, et le tronc reste souvent indemne. Au moment de leur apparition, ces taches ecchymotiques sont d'un rouge éclatant, mais elles ne tardent pas à prendre une teinte pourpre ou livide ; lorsqu'elles sont au déclin de leur évolution, leur coloration se modifie encore, elles deviennent brunes ou jaunâtres ; or, comme il se fait plusieurs éruptions successives, et que les premières disparaissent lentement, la surface cutanée présente ordinairement toutes ces nuances à la fois. Au niveau des pétéchie, l'épiderme est uni et luisant ; il n'est pas sensiblement élevé ; quelquefois cependant il forme une espèce de vésicule remplie de sang noir..... Une légère pression sur la peau, celle-là même qui est nécessaire pour explorer le pouls, suffit pour produire une tache pourpre semblable à celle qui reste après une contusion (1). » La nature et le siège des petits épanchements sanguins qui constituent les pétéchie (les sugillations et les ecchymoses n'en diffèrent guère que par leurs dimensions) ont été clairement révélés par les recherches anatomiques du docteur Rayer : « La dissection de la peau, dit-il, montre que les pétéchie et les ecchymoses n'ont pas toutes le même siège ; quelques-unes sont très-superficielles, occupent la superficie du réseau muqueux ; d'autres sont dans les alvéoles du derme ; les plus considérables, les plus foncées, sont situées sous la peau, dans le tissu cellulaire. Dans ces dernières, le sang est coagulé ; mais il est fluide dans les petits épanchements superficiels. Les ramifica-

(1) Bateman, *Synopsis*, p. 105.

(L'AUTEUR.)

tions vasculaires voisines de ces ecchymoses sont dans leurs conditions normales. Le sang épanché disparaît facilement par le lavage et la macération (1). »

Après ces observations préliminaires, qui nous permettent d'apprécier plus exactement les caractères de l'affection que j'ai observée, je passe à la relation des faits eux-mêmes.

OBS. I. — John Coghlan entre à Meath Hospital le 7 décembre 1837. C'est un jeune homme de vingt-neuf ans, d'une constitution robuste ; sa santé a été excellente jusqu'alors, et il a toujours eu une vie très-sobre. Il nous raconte que le 1^{er} décembre il a été pris de frissons et de douleurs de tête ; il avait en même temps un peu de stupeur, de la courbature, et ces phénomènes ont persisté jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital. Les notes prises ce jour-là donnent les renseignements que voici : céphalalgie, toux sans expectoration, douleurs dans le dos ; peau chaude, sans macules ; constipation, langue sèche, rugueuse et brune ; pouls à 80, dur et vibrant ; urine boueuse, sommeil agité. (*On fait raser la tête ; on applique des sangsues derrière chaque oreille ; on donne un purgatif composé de sels, de séné et de scammonée.*)

8 décembre. — Il y a eu deux selles noires, le malade a vomi un liquide noir ; langue très-sèche et rugueuse ; pouls à 70, dur et vibrant ; céphalalgie persistante. *Vésicatoire à l'épigastre ; on le pansera avec une pommade à la morphine ; vingt-quatre sangsues derrière les oreilles. On prescrit en outre la poudre suivante :*

℞ Calomelanos.	gr. ss.
Sacchari.	gr. ij.

Misce, ut fiat pulvis quartis horis sumendus (2).

La sécheresse de la langue est toujours la même ; le pouls continue à présenter les caractères du pouls hémorrhagique. L'urine laisse déposer un sédiment sanguinolent, et l'on constate que la couleur noire des matières fécales tient à la présence du sang. Pendant deux jours, le malade prend toutes les trois heures une dose d'acide nitro-murique dilué ; mais ce médicament ne produit aucun effet. Les gencives et la bouche commencent à laisser suinter un peu de sang ; il y a eu

(1) Rayet, *Maladies de la peau*, t. II, p. 162.

(2) ℞ Calomel.
Sucre.

(L'AUTEUR.)

3 centigrammes.

12

Mêlez. On prendra cette poudre toutes les quatre heures.

(Note du TRAD.)

une hémoptysie. L'urine et les fèces sont toujours mêlées de sang. Le pouls a la même dureté, le même caractère vibrant ; la sécheresse de la langue persiste. On donne l'acide citrique, mais il est absolument impuissant. L'hémorrhagie générale continue, les battements du cœur sont devenus violents et tumultueux.

℞ Tincturæ digitalis.	, min. xx.
Tincturæ opii.	min. v.
Misturæ amygdalarum.	f. ℥ j.

Misce ut fiat haustus quartis horis sumendus (1).

Six jours s'étaient écoulés depuis qu'on s'était aperçu de l'hémorrhagie intestinale de ce malade. Au septième, apparaît sur ses bras et sur ses cuisses une éruption de taches rouges assez volumineuses ; leur couleur s'efface sous la pression, mais elle reparait à l'instant où l'on cesse de comprimer. Tous les accidents s'aggravent ; la proportion de sang augmente dans l'urine et dans les matières alvines ; la langue et le pouls conservent leurs caractères remarquables. La digitale et l'opium sont continués pendant cinq jours, mais ils ne modifient point les hémorrhagies ; c'est à peine s'ils ont quelque influence sur l'état du système artériel. On associe la digitale à l'acide sulfurique dilué ; même insuccès. On laisse de côté la digitale, on donne l'acide sulfurique à hautes doses avec du sulfate de magnésie. Le travail hémorrhagique augmente incessamment ; le pouls est vibrant comme au premier jour, la langue conserve une inaltérable sécheresse.

Les taches de la peau avaient pâli, puis elles s'étaient effacées ; c'est alors que, prenant en considération l'intensité toujours croissante des accidents, l'impuissance de la thérapeutique et la persistance des vibrations dans le pouls, on résolut de tenter une petite saignée du bras. On tira environ 6 onces de sang, puis on continua la mixture de magnésie et d'acide sulfurique. Le sang extrait de la veine présentait un caillot ferme, un peu couenneux, et une proportion considérable de sérum. Les symptômes généraux ne furent point modifiés. On revint deux fois encore à la saignée, en tirant chaque fois la même quantité de sang ; le caillot était toujours ferme, il était en outre plus nettement couenneux. Mais en somme, si la saignée ne faisait pas *de mal*, elle ne

(1)	℞ Teinture de digitale.	8 grammes.
	Teinture d'opium.	2
	Mixture d'amandes.	24

Mêlez. Pour une dose qu'on répétera toutes les quatre heures. (Note du TRAD.)

paraissait produire *aucun bien*. L'effusion du sang continuait à la surface des muqueuses; la langue était rugueuse et sèche; le pouls, dur et vibrant, était devenu manifestement dicrote; les battements du cœur conservaient toute leur violence. Une épistaxis abondante vient alors compliquer la situation; l'acétate de plomb et l'opium, l'acétate de morphine et le quinquina, tout échoue également; l'essence de térébenthine à l'intérieur n'agit pas davantage. Le patient exsangue, amaigri, est arrivé à une épouvantable prostration; il vomit du sang jour et nuit; enfin, le 29 décembre, après vingt-neuf jours de maladie, il meurt dans un accès de convulsion.

L'autopsie a été faite avec le plus grand soin; mais rien n'a pu nous rendre compte de ces hémorrhagies mortelles. Il n'existait aucune lésion organique; à l'exception d'un grand nombre de taches rouges éparses sur les membranes muqueuses, nous n'avons pas trouvé la moindre altération.

Permettez-moi, messieurs, de résumer en quelques mots les particularités les plus importantes de cette observation. Pas de cause prédisposante ou déterminante appréciable; ce jeune homme avait toujours été robuste et bien portant; il n'avait pas une nourriture malsaine, et il ne s'était jamais laissé aller à l'intempérance. Des phénomènes fébriles marquent le début de la maladie. Les deux symptômes les plus accusés sont la sécheresse et la coloration brune de la langue, la dureté et la vibration du pouls. (Le thrill n'a jamais été dicrote, même lorsque les pulsations ont présenté ce caractère; ce thrill donnait la sensation de petites vibrations rapides qui accompagnaient chaque battement: c'était une sorte de tremblement filiforme.) Des hémorrhagies se font par l'intestin et par les voies urinaires; elles augmentent d'intensité, et bientôt toutes les muqueuses deviennent le siège d'un abondant écoulement de sang. A ce moment, apparaît sur la peau une éruption exanthémateuse toute spéciale, qui persiste pendant cinq jours sans présenter jamais aucun des caractères des taches ecchymotiques. Pendant vingt jours consécutifs l'hémorrhagie fait de constants progrès; résistant tour à tour à la médication astringente, sédative et antiphlogistique, elle défie tous nos efforts, elle brave toutes les armes de la thérapeutique, et le malade épuisé est enlevé par une mort prématurée.

Voici, messieurs, les trois points sur lesquels j'appelle surtout votre attention: la sécheresse permanente de la langue, — le thrill et la dureté extraordinaire du pouls, caractères qui n'ont disparu qu'aux

approches de la mort, — enfin, la nature spéciale de l'éruption. Ce sont là d'importants jalons pour le classement nosologique de cette maladie.

OBS. II. — Michael Parker, âgé de trente-quatre ans, est un homme d'un tempérament sanguin ; il a le système musculaire très-développé. Il faisait autrefois grand abus des boissons spiritueuses, mais depuis quelque temps il s'en était presque complètement abstenu. Depuis plusieurs années il était sujet à de fréquentes épistaxis ; elles étaient ordinairement précédées de frissons, de pesanteur de tête, quelquefois même de céphalalgie ; ces hémorrhagies cessaient toujours sous l'influence de la saignée. Quatorze jours avant son entrée à l'hôpital, cet homme avait bu un peu d'eau froide, alors qu'il était en pleine transpiration ; il avait été pris sur-le-champ de frissons, de nausées, et il avait éprouvé une profonde lassitude ; au bout de quelques heures, des hémorrhagies abondantes avaient eu lieu à la surface de la muqueuse nasale, buccale et intestinale ; une saignée avait soulagé le malade, et avait immédiatement suspendu l'épistaxis. Mais, deux jours après, les mêmes accidents avaient reparu, et ils avaient cédé encore une fois à une émission sanguine ; depuis lors, cet homme avait eu plusieurs attaques du même genre, mais moins violentes toutefois que la première. Il estime à un gallon (3785 grammes) la quantité de sang qu'il a perdue depuis le début de cette maladie.

Depuis qu'il est dans nos salles, cet homme a craché du sang coagulé, d'une consistance très-ferme, d'une couleur noire ; il était mêlé à des mucosités spumeuses. Ce malade a de la bouffissure, surtout à la face ; la peau présente une légère teinte jaunâtre, qui est particulièrement appréciable sur les conjonctives ; le nez est rempli de sang coagulé ; la langue, les dents, les lèvres et les gencives, la paroi supérieure et inférieure de la cavité buccale, sont recouvertes d'un enduit dur et noir, qui est évidemment du sang concrété. Lorsqu'on enlève cet enduit sur un point des gencives, aussitôt l'hémorrhagie recommence ; le sang paraît sourdre d'une infinité de petits pertuis qui ne sont pas plus grands que les trous faits par la pointe d'une épingle. L'auscultation et la percussion de la poitrine donnent des résultats négatifs. Il y a un peu de sensibilité épigastrique ; la pression sur l'hypochondre droit n'est pas douloureuse, le foie n'est pas augmenté de volume ; constipation ; pendant ces derniers temps, les selles ont été quelquefois colorées en noir par du sang. L'appétit est perdu ; le poulx, à 48, est plein, dur et vibrant. La respiration est lente et facile. (*Appli-*

centur hirudines sex epigastrio, et solutio aluminis saturata dentibus, linguæ, etc.)

℞ Sulfatis magnesiæ.	3 vj.
Acidi sulphurici diluti.	f. 3 ij.
Infusi rosæ.	f. ʒ viij.

Misce. Sumat unciam secundis horis (1).

Troisième jour. — Les piqûres de sangsues ont beaucoup saigné ; la douleur épigastrique est fort atténuée. Depuishier, le malade n'a perdu qu'une petite quantité de sang par la bouche ; il a dormi quelques instants. Constipation ; pouls à 52, plein, fort et bondissant. (*Repetatur mistura infusi rosæ, etc. Adhibeatur enema emolliens statim.*)

Quatrième jour. — Les selles produites par le lavement ne renfermaient pas de sang, mais elles étaient noires et très-fétides. Ce matin l'épistaxis a reparu beaucoup plus abondante qu'elle ne l'a été depuis quelque temps : dans l'espace d'une demi-heure, 1 pinte (475 grammes) de sang rutilant s'écoule de la narine droite ; lorsque le malade incline la tête en arrière, le sang coule dans l'œsophage. La physionomie est un peu anxieuse ; les joues sont livides et la respiration précipitée. Le pouls, à 52, est fort, plein, mais il est devenu dépressible. (*Omittatur mistura ut supra prescripta.*)

℞ Acetatis plumbi.	3 ss.
Opii in pulvere.	gr. ij.
Pulveris glycyrrhizæ.	} ãã q. s.
Mucilaginis.	

Ut fiant pilulæ xvj, quarum capiat unam omni hora, et post quatuor doses, unam tertiis vel sextis horis (2).

Sixième jour. — Après beaucoup d'essais infructueux, on a réussi à arrêter l'hémorrhagie nasale en introduisant dans la narine un linge

(1)	℞ Sulfate de magnésie.	24 grammes.
	Acide sulfurique dilué.	6
	Infusion de roses.	192

Mélez. On prendra toutes les deux heures une once de cette mixture.

(2)	℞ Acétate de plomb.	2 grammes.
	Opium en poudre.	12 centigrammes.
	Poudre de réglisse.	} ãã q. s.
	Mucilage.	

Faites seize pilules. On en prendra une toutes les heures ; au bout de quatre heures on prendra une pilule toutes les trois ou toutes les six heures. (Notes du TRAD.)

imbibé d'une solution astringente ; depuis lors, l'épistaxis n'a pas reparu. La surface du corps est recouverte d'une éruption d'une couleur rouge foncé ; elle est plus avancée sur les cuisses, sur le bras gauche, sur les épaules et sur la nuque, que partout ailleurs. Cette éruption a été précédée d'une sensation douloureuse, qui rappelait celle que déterminent les piqûres d'orties. Pouls lent, plein et fort ; constipation. (*Repetantur pilulæ. Habeat enema emolliens.*)

Huitième jour. — Pas d'hémorrhagie depuis le quatrième jour. La nuit dernière, Parker a été pris de nausées, et il a vomi un liquide noir qui présente la teinte du catchup (1), et qui dépose un sédiment semblable à du marc de café. Le corps du malade et tout son lit exhalent une odeur particulière fort désagréable ; l'éruption s'efface, la peau présente une teinte jaune foncé. Sommeil tranquille pendant toute la nuit ; le malade serait assez disposé à dormir également pendant toute la journée ; il se plaint d'une soif vive ; il a complètement perdu ses forces, il ne peut faire un pas sans être soutenu. Depuis le premier jour, le foie a évidemment augmenté de volume ; la pression n'y éveille cependant aucune douleur. Langue chargée et complètement sèche ; pouls vibrant, à 68 ; selles régulières sans mélange de sang ; urine naturelle. (*Omittantur pilulæ ; applicetur vesicatorium magnum hypochondrio dextro.*)

℞ Acidi nitro-muriatici.

f. 3 ij.

Decocti hordei

℥b. j.

Misce. Consumatur quotidie (2).

Neuvième jour. — Épistaxis abondante pendant la nuit. Le malade n'a pas eu conscience de sa production ; les draps de son lit sont teints en rouge ; on y voit aussi une certaine quantité de matière noirâtre, semblable à ce sédiment marc de café qui a été vomi le huitième jour. L'odeur qui a été signalée hier est beaucoup plus forte ; elle se fait sentir à une distance de plusieurs pieds : L'éruption a presque entièrement disparu sur le tronc, mais elle existe encore sur les membres.

(1) Les Anglais donnent le nom de *catchup* ou *catsup* à une sauce piquante faite avec des champignons ou du brou de noix.

(2) ℞ Acide nitro-muriatique.

6 grammes.

Décoction d'orge.

375

Mêlez. A prendre dans le courant de la journée.

(Notes du TRAD.)

Pouls à 68, bondissant et vibrant. (*Omittatur mistura acidi nitro-muriatici. Admoveatur vesicatorium magnum toti abdomini.*)

℥ Olei terebenthinæ.	min. x.
Mucilaginis.	f. 3 j.
Sacchari albi.	3 ij.
Aquæ.	f. ʒ ss.

Misce. Sumatur omni hora (1).

Habeat vini rubri. f. ʒ ss.

Une pinte (475 grammes) de bouillon de poulet dans le courant de la journée.

Dixième jour. — Hémorrhagie intestinale. La région anale est excoriée, la plus légère pression y détermine une douleur des plus vives. L'hématémèse et l'épistaxis n'ont pas reparu. Langue brune, rôtie et rugueuse. Respiration lente ; urine normale. Le pouls a les mêmes caractères. (*Admoveantur hirudines sex ano. Repetantur haustus.*)

Onzième jour. — Les sangsues ont déterminé un abondant écoulement de sang. Il y a eu ce matin une selle sanglante. Le pouls est à 66 ; il est un peu plus mou. Le ventre est souple et indolore ; il ne reste presque aucune trace de l'éruption. Prostration considérable. (*Repetantur alia.*)

℥ Pulveris rhei.	ʒ j.
Sulfatis magnesicæ.	3 ss.
Sulfatis potassæ.	ʒ j.
Olei terebenthinæ.	f. 3 j.
Aquæ menthæ piperitæ.	f. ʒ j.

Misce. Fiat haustus statim sumendus (2).

Douzième jour. — Les selles contiennent du sang et de la matière semblable à du marc de café. Le malade est morne et abattu ; il n'a aucun

(1)	℥ Essence de térébenthine.	4 grammes.
	Mucilage.	3
	Sucre blanc.	8
	Eau.	12

Mêlez. A prendre toutes les heures.

(2)	℥ Poudre de rhubarbe.	1gr,30
	Sulfate de magnésie.	2
	Sulfate de potasse.	1gr,30
	Essence de térébenthine.	3
	Eau de menthe poivrée.	24

Mêlez. Pour une dose qu'on prendra tout de suite en une fois. (Notes du TRAD)

appétit, mais il a une soif vive ; sa figure est pâle, la surface de son corps a pris une teinte blanchâtre. Pouls à 68, fort et vibrant.

Treizième jour. — Mort à cinq heures du matin.

L'autopsie n'a pas été faite.

J'ajoute les remarques suivantes à celles que je vous ai déjà présentées à propos du premier malade.

I. Dans les deux cas, la maladie est devenue mortelle dans l'espace de quatre semaines.

II. Le pouls n'a jamais dépassé sa fréquence normale ; il s'est tenu chez Coghlan aux environs de 70, il a oscillé chez Parker autour de 50. Cette circonstance est bien propre à différencier notre maladie de la fièvre hémorrhagique. L'absence complète de troubles nerveux a été un caractère non moins remarquable ; nous n'avons observé ni douleurs de tête, ni délire ; il n'y a pas même eu d'insomnie. Alors que l'organisme fléchissait sous l'influence épuisante de l'hémorrhagie, les fonctions du système nerveux demeuraient inaltérées ; rien dans les discours ni dans les regards de nos malades ne dénotait l'excitation des maladies fébriles. En fait, ils ont gardé jusqu'à la fin toute leur intelligence ; leurs forces, qui n'étaient point compromises au début, étaient graduellement abattues, non par la fièvre, mais par la perte du sang. J'insiste sur ces détails, parce qu'un de mes amis a émis l'idée que nous avions eu affaire ici à un typhus hémorrhagique.

III. Dans les deux cas, l'éruption était légèrement élevée ; elle constituait bien évidemment une efflorescence ; elle a complètement disparu dans l'espace de cinq ou six jours, bien différente, à tous ces points de vue, des taches de purpura.

IV. Chez Coghlan, le système artériel et le système capillaire ont été seuls compromis ; chez Parker, l'estomac et surtout le foie ont paru affectés ; il est probable, toutefois, que cette circonstance doit être attribuée aux habitudes d'ivrognerie du malade, et non point à la maladie elle-même.

V. Si j'étais appelé maintenant à traiter un malade semblablement affecté, je serais moins avare de la saignée au début.

Dans son article HÉMORRHAGIE du *Cyclopædia of practical medicine*, le docteur Watson, après avoir parlé de la congestion, qui serait certainement impuissante à produire les hémorrhagies abondantes que nous avons observées, signale deux autres conditions qui peuvent donner lieu à la production d'une hémorrhagie idiopathique (*idiopathic*) : c'est d'abord une altération des vaisseaux ou des orifices à tra-

vers lesquels se font les exhalations normales ; cette altération dépend d'une faiblesse et d'une laxité morbides de la paroi vasculaire. C'est en second lieu une altération du sang lui-même. Or, je ne crois pas qu'aucune de ces interprétations soit acceptable pour les faits qui nous occupent, et voici quelles sont mes raisons. Le caractère vibrant et bondissant du pouls, la violence des battements du cœur, l'inefficacité absolue des toniques et des astringents révèlent une suractivité du système circulatoire, qui n'est point conciliable avec l'hypothèse d'une débilité anormale des vaisseaux exhalants. D'autre part, la coagulation parfaitement naturelle du sang tiré de la veine ne permet pas d'admettre que ce liquide fût altéré ou *dissous*. Si nous voulions interpréter ces faits en prenant uniquement en considération l'impuissance des stimulants et des antiphlogistiques, nous serions forcément amenés à cette hypothèse : que les accidents ont eu pour cause une *disposition hémorrhagique* spéciale des capillaires des membranes muqueuses, disposition qui coïncidait avec une activité anormale du système capillaire tout entier ; peut-être même serait-il plus exact de dire que cette disposition hémorrhagique *dépendait* de cette suractivité fonctionnelle. D'un autre côté, ne pourrait-on pas admettre que dans ces hémorrhagies idiopathiques les fonctions des capillaires sont pathologiquement modifiées ; de sorte qu'au lieu de donner issue à leur sécrétion naturelle, ces vaisseaux laissent passer du sang pur, et cela sans qu'il existe aucune altération dans la paroi vasculaire, ni dans le liquide en circulation. Si cette manière de voir est exacte, elle rendrait un compte satisfaisant de plusieurs formes d'hémorrhagie que l'on attribue aujourd'hui à une altération mécanique (*mechanical*) des solides ou des liquides ; elle rendrait compte en particulier des phénomènes qu'ont présentés nos deux malades : car ici il est impossible d'admettre une modification de structure.

Il n'y a que deux maladies dont les symptômes présentent une analogie réelle avec ceux que nous avons observés, c'est le purpura et le scorbut. C'est à moi de vous montrer qu'au delà de cette ressemblance apparente nous pouvons constater des différences fondamentales.

Toutes ces maladies ont un caractère commun d'une haute importance : c'est l'existence d'*hémorrhagies internes généralisées*. Mais l'affection que je vous ai décrite présente certaines particularités remarquables qui permettent, sans aucun doute, de la séparer des deux autres. Voyons d'abord pour le purpura. Le docteur Goldie dans l'article PURPURA du *Cyclopæd a of practical medicine*, assigne à cette

maladie les caractères suivants : « Elle est caractérisée par l'éruption à la surface de la peau de taches rouges, pourpres ou livides, de grandeur variable, et par des hémorrhagies multiples qui ont lieu principalement à la surface des muqueuses. » L'auteur établit ensuite que ces taches sont constituées par de petits épanchements de sang au-dessous de l'épiderme, et il ajoute : « En conséquence, ces taches sont essentiellement différentes de toutes les autres efflorescences ou éruptions de la peau ; elles ne sont, en réalité, que le résultat d'une hémorrhagie cutanée. »

Il est donc évident que les taches constituent le caractère distinctif essentiel du purpura, et que ces taches sont formées par de petits épanchements sanguins. Mais, dans la maladie que nous avons observée, l'éruption n'a duré que cinq jours sur vingt-neuf ; elle était loin d'être générale, et elle ne provenait certainement pas d'hémorrhagies cutanées, car elle présentait tous les caractères des exanthèmes. Les taches disparaissaient sous la pression ; elles se montraient de nouveau dès qu'on cessait de comprimer, et elles se sont effacées graduellement. D'un autre côté, nous n'avons rien vu qui ressemblât aux taches pourpres, auxquelles *la pression* donne naissance chez les individus atteints de purpura. En conséquence, ces deux éruptions ont des caractères précisément opposés. Nous allons trouver des différences non moins profondes dans le pouls. D'après le docteur Mackintosh, le pouls n'a pas de caractères constants dans le purpura ; quelquefois il est fréquent et faible ; dans d'autres cas, il est plein et intermittent ; mais jamais on n'observe les vibrations persistantes et le dicrotisme que nous ont présentés nos malades. Quoique l'état de la langue me paraisse moins directement en rapport avec la maladie elle-même, il n'est pas moins remarquable. Enfin, comme dernier signe différentiel, je vous rappellerai que l'autopsie de Coghlan ne nous a pas montré une seule de ces ecchymoses, que l'on rencontre en si grand nombre chez les malades morts de purpura. En résumé, cette étude comparative nous révèle des différences tellement nombreuses, tellement importantes entre le purpura et notre *exanthema hæmorrhagicum*, qu'il est impossible de confondre ces deux maladies, et de les regarder comme une seule et même espèce morbide.

Examinons maintenant les caractères du scorbut, et voyons s'il se rapproche davantage de notre maladie nouvelle. Ici nous trouvons dans l'étiologie elle-même un caractère distinctif qui nous manquait dans le cas précédent. Les causes du *purpura*, en effet, sont souvent

tout aussi obscures que celles de notre *exanthème hémorrhagique* : mais il n'en est pas ainsi du scorbut ; on peut même dire qu'il n'est pas de maladie dont l'étiologie soit aussi nette et aussi évidente. Je ne connais aucune observation qui montre le scorbut attaquant subitement, dans toute la vigueur de l'âge et de la santé, un homme qui n'a été soumis à aucune influence morbide appréciable, et qui a toujours eu une alimentation saine. C'est ainsi, au contraire, c'est avec cette invasion soudaine et imprévue qu'apparaît l'autre maladie ; elle ne s'annonce que par les symptômes d'une fièvre légère (*febricula*).

Permettez, messieurs, que je m'écarte quelque peu de mon sujet pour vous montrer une série de dessins qui représentent le caractère du scorbut véritable, maladie aujourd'hui très-rare, que vous n'aurez peut-être pas l'occasion de retrouver ailleurs que dans vos livres. Ces planches se rapportent au scorbut de mer ; cette affection, qui était autrefois *la peste* de tous les voyages de long cours, a fourni à la science médicale l'occasion d'un de ses plus beaux triomphes, puisque aujourd'hui nous sommes en mesure non-seulement de guérir, mais encore de prévenir la maladie. Ce précieux résultat est si facile à obtenir au moyen de provisions fraîches et de quelques précautions des plus simples, qu'on ne doit plus voir apparaître le scorbut, même pendant les traversées les plus longues. Les malades, dont je vous montre ici les portraits, faisaient partie de l'équipage d'un vaisseau des Indes orientales, venant de Calcutta. Les armateurs, par une coupable parcimonie, n'avaient pas fait embarquer une suffisante quantité de provisions fraîches ; il n'y avait à bord ni pommes de terre ni antiscorbutiques. La conséquence d'une telle incurie était facile à prévoir ; presque tous les hommes de l'équipage ont été pris de scorbut, ils sont bientôt devenus incapables de travailler à la manœuvre, et le bâtiment, à la dérive, est venu échouer près de Balbriggan. Les plus malades de ces marins furent dirigés alors sur Meath Hospital, et ils ont tous guéri, grâce à des végétaux frais et à quelques anodins. Tous ces hommes étaient jeunes et de forte constitution. Je n'avais jamais jusqu'alors observé le scorbut, et je n'étais pas parfaitement édifié sur sa marche ; mais les renseignements que m'ont donnés ces hommes, leur séjour à l'hôpital, ont comblé cette lacune, et je vais vous décrire rapidement les symptômes caractéristiques qu'ils m'ont présentés.

On voyait tout d'abord apparaître sur la peau des taches pétéchiales, et, sur certains points, c'étaient de larges plaques et des ecchymoses qui ressemblaient à celles du purpura. Le tissu cellulaire sous-cutané

était atteint, et il s'infiltrait rapidement; la faiblesse était grande, les forces étaient abattues. Lorsque la maladie avait fait quelques progrès, les gencives se tuméfaient, de légères exulcérations apparaissaient sur leurs bords, du sang s'échappait fréquemment de ces solutions de continuité. Dans quelques cas, on observe seulement la tuméfaction des gencives, sans ulcération. Au bout de quelque temps, ce n'est plus une simple tuméfaction, c'est une véritable hypertrophie. Les dents disparaissent dans le tissu gingival, qui ne tarde pas à prendre une teinte bleuâtre; il s'ulcère enfin et donne lieu à d'abondantes hémorrhagies. Le travail morbide n'a atteint cette limite extrême chez aucun de nos malades; tous cependant avaient les gencives tuméfiées: sur certains points, il semblait exister un intervalle entre le tissu hypertrophié et les dents; celles-ci étaient très-ébranlées. Chez quelques-uns de ces hommes, les gencives se sont ulcérées; chez d'autres, une tumeur douloureuse est apparue dans le creux poplité. Des tumeurs du même genre, qui n'étaient pas sans quelque ressemblance avec des productions syphilitiques, se sont montrées aussi sur la tête et sur d'autres parties du corps. Chez un malade, la cicatrice d'un bubon guéri depuis trois mois s'est rompue tout à coup. Du reste, la guérison rapide de tous ces hommes sous l'influence d'un régime convenable est un fait extrêmement intéressant; il montre une fois de plus l'importance du traitement général dans les *affections* locales.

Après cette description, vous saisissez vous-mêmes, je suppose, les différences profondes qui séparent le scorbut de mer de notre exanthème hémorrhagique, auquel, du reste, il est temps de revenir.

J'ai insisté sur le caractère dur et vibrant du pouls de nos deux malades; or, il n'est point facile de déterminer si cet état du pouls dépendait de l'action du cœur lui-même, ou d'un trouble fonctionnel des vaisseaux artériels, ou enfin de quelque affection morbide du système capillaire réagissant sur les artères; toutefois je suis beaucoup plus porté à admettre l'une des deux dernières, ou même les deux dernières hypothèses. Chez Parker, il est vrai, j'ai observé, en auscultant le cœur, quelque chose qui ressemblait à une systole dicrote; mais ce phénomène était très-peu net, et chez Coghlan, il faisait absolument défaut. Aussi suis-je très-disposé à croire que les caractères particuliers du pouls étaient totalement indépendants de l'action du cœur: les exemples d'une telle indépendance sont loin d'être rares. Je voyais, il y a quelque temps, avec le docteur Dwyer, un gentleman de Parliament-street, qui était atteint d'un typhus exanthématique. Au dixième

jour de sa maladie, il était profondément abattu, incapable de faire le moindre mouvement dans son lit ; il ne pouvait même plus avaler ; il avait de la tympanite et des soubresauts de tendons, et le pouls présentait, à ce moment même, les remarquables caractères que nous avons observés chez nos deux malades : il était vibrant, dicrote et dur. Après avoir effacé l'artère avec mon doigt, je pouvais en sentir les battements au-dessous du point que je comprimais, et cependant telle était la faiblesse de cet homme, que nous étions obligés de lui donner du vin et des stimulants.

Il y a quelque temps, je me suis rencontré avec un gentleman dont le pouls présentait à un haut degré le caractère vibrant et dur. Cet homme était un militaire également remarquable par son énergie et son sang-froid ; d'un jugement droit, d'un calme à toute épreuve ; il ne présentait aucun des attributs destempéraments nerveux et irritables ; et cependant l'*action* du pouls était chez lui notablement différente de celle du cœur : tous deux étaient lents ; mais, tandis que les battements du cœur étaient calmes et naturels, ceux du pouls présentaient une excitation considérable. Quant à moi, je n'avais jamais rien observé de pareil, même dans la pleurésie, dans la pneumonie ou dans la fièvre rhumatismale ; et cependant le pouls ne battait pas plus de 60 fois par minute. La première fois que j'ai eu le plaisir de voir ce gentleman, il venait me consulter pour un léger refroidissement ; il paraissait se porter à merveille, à peine était-il un peu enrhumé ; bref, je ne crois pas avoir jamais vu de malade dans d'aussi bonnes conditions. Il se disposait à me quitter, lorsque j'examinai son pouls, bien plus, je dois le dire, par habitude professionnelle que pour m'enquérir de l'état de la circulation. Mais à peine eus-je mis mon doigt sur l'artère, que j'éprouvai de vives alarmes ; j'ordonnai aussitôt à mon malade de se mettre au lit, je mandai l'apothicaire de la famille, et je lui prescrivis de faire à ce gentleman une large saignée. Le lendemain, je trouvai mon malade en parfait état : le sommeil, la digestion, la respiration, toutes les fonctions enfin étaient absolument normales ; mais le pouls présentait les mêmes caractères que la veille ; je le sentais bondir sous mon doigt avec une force dont j'étais profondément étonné ; j'étais sur le point de recourir une seconde fois à la lancette, lorsqu'une réflexion m'arrêta, et je résolus d'attendre et d'observer.

La bonne santé de ce gentleman ne se démentit pas un instant ; mais le pouls ne subit aucune modification. Comme cet homme était militaire, et qu'il était exposé, par cela même, à se trouver en rapport

avec des médecins toujours nouveaux, je crus devoir lui donner un certificat constatant quel était l'état normal de son pouls. En effet, ce gentleman pouvait tomber malade, étant à l'armée. Obligé alors de faire appeler un médecin auquel sa constitution particulière aurait été parfaitement inconnue, il eût certainement été saigné jusqu'à concurrence d'une ou deux pintes.

Ces faits vous montrent, messieurs, que le pouls n'est point un guide infallible, capable de nous diriger dans toutes les circonstances de notre pratique ; ils vous prouvent, en outre, que le cœur n'est pas le seul régulateur des battements artériels.

Les maladies hémorrhagiques, vous l'avez remarqués sans doute, éveillent nos sympathies bien plus que toutes les autres. Il semble que les pertes de sang fassent directement appel à nos instincts de conservation, et je mets en fait qu'il est peu d'hommes qui puissent être témoins d'une hémorrhagie, sans chercher à secourir leur semblable. Bien des maladies n'excitent chez le médecin d'autre sympathie qu'une attention plus ou moins sérieuse ; mais il est, lui aussi, profondément affecté à la vue d'une perte de sang qui va tarir, chez le malade, les sources de la vie, et il prodigue alors ses soins avec une promptitude et un empressement peu ordinaires.

Du reste, indépendamment de leurs effets immédiats, les hémorrhagies déterminent dans l'économie des modifications longtemps persistantes. Les individus qui ont supporté des hémorrhagies considérables restent dans un état de langueur, de débilité toute particulière. Les lèvres et la face sont pâles, alors même que toutes les fonctions paraissent parfaitement régulières, et que la perte de sang semble devoir être depuis longtemps réparée. Dans de telles circonstances, j'ai vu des personnes qui ressemblaient exactement à des figures de cire. Je me rappelle entre autres une dame qui garda cette pâleur extraordinaire pendant plusieurs années ; je puis même dire qu'elle n'a jamais repris son apparence primitive ; aujourd'hui encore elle donne l'idée d'une malade arrivée au dernier période de la chlorose. Cette analogie se conçoit aisément, puisque, dans la chlorose, le sang a perdu ses qualités normales et qu'il se renouvelle très-lentement ; toutefois il existe entre ces deux états morbides une différence importante : les chlorotiques peuvent guérir complètement, et elles reprennent alors leur physionomie première, tandis que les personnes qui, après avoir été affaiblies par une hémorrhagie, restent pâles pendant plusieurs mois, perdent quelquefois pour jamais les couleurs de la santé.

Il y a actuellement à Kingstown un homme à qui l'on a fait, dans l'espace de trois jours, neuf larges saignées ; il était alors atteint d'une pneumonie aiguë. Or, il y a neuf ans de cela, et cet homme a encore aujourd'hui le teint et l'aspect d'un individu qui est près de succomber à une hémorrhagie. Je connais une dame qui a également été saignée outre mesure il y a une trentaine d'années ; maintenant encore elle est d'une pâleur extraordinaire ; elle réalise et confirme ainsi l'énergique description de Tacite. La femme de Sénèque voulait être saignée et mourir avec son mari ; elle fut sauvée par l'ordre de Néron : *Ne glisceret invidia crudelitatis*. Mais le but du tyran ne fut pas atteint, car elle avait déjà perdu beaucoup de sang, et pendant des années, ajoute Tacite, elle rappela, témoignage vivant, la fatale destinée de son mari : *Ore ac membris in eum pallorem albentibus, ut ostentui esset*.

J'ai à vous parler maintenant d'un cas très-remarquable de *purpura hæmorrhagica* : il s'est fait, chez cette malade, un épanchement sanguin dans les deux yeux, et la vision a été complètement abolie. Ce fait m'a été communiqué par le docteur Boxwell (d'Abbeyleix). Le sang s'épancha d'abord dans l'œil droit et derrière l'iris. Comme la pupille présentait une coloration rouge de sang lorsque les premiers troubles visuels apparurent, et comme il n'existait, en même temps, aucune teinte anormale dans la chambre antérieure, nous pouvions conclure que cette première hémorrhagie avait eu lieu dans l'humeur vitrée. Car s'il s'était fait, dans la chambre postérieure, un épanchement assez abondant pour donner à la pupille une teinte rouge, le sang eût dû nécessairement colorer aussi le liquide de la chambre antérieure. Cinq heures après le début des accidents, la vision était tout à fait perdue dans l'œil droit ; alors aussi l'humeur aqueuse était évidemment mêlée de sang. Le lendemain, l'œil gauche fut frappé de la même façon, et la jeune personne resta aveugle jusqu'au moment de sa mort. La malade succomba une semaine après, au milieu de circonstances si extraordinaires que je crois utile de vous exposer, en quelques mots, l'histoire de ce fait, d'après les renseignements que m'a transmis le docteur Boxwell. La maladie avait débuté par de vives douleurs dans l'articulation de la hanche ; ces douleurs s'exaspéraient sous l'influence du plus léger mouvement. Les bains, le calomel, la poudre de James et quelques purgatifs avaient d'abord donné d'assez bons résultats ; mais comme la douleur avait reparu plus violente encore, on crut devoir mettre douze sangsues sur l'articulation. Deux jours après, le docteur

Boxwell retourne voir sa malade (c'était une jeune fille de treize ans environ), et il apprend que les piqûres de sangsues n'ont pas cessé de donner du sang, malgré tous les moyens que l'on a employés pour en arrêter l'écoulement. La malade était pâle; elle avait l'aspect d'une personne épuisée par la saignée. Cependant le pouls n'était pas faible; il était rapide et bondissant, comme il l'est souvent après des hémorragies considérables.

A dater de ce moment, la maladie prit tous les caractères d'un purpura compliqué d'hématurie. Il n'y eut toutefois pas d'autre hémorragie que celle des globes oculaires. La douleur articulaire avait complètement cédé, mais il survint alors une céphalalgie violente accompagnée de palpitations, de nausées et d'une anorexie absolue. De jour en jour les douleurs de tête devinrent plus pénibles, l'hématurie était de plus en plus abondante. Le traitement le plus judicieux a été impuissant à conjurer les accidents; aucun médicament, aucun topique n'a pu calmer la céphalalgie qui torturait la malade. Elle est morte le quatorzième jour, épuisée par la douleur et la perte de sang; elle a conservé jusqu'à la fin son intelligence; elle n'a jamais eu ni paralysie, ni coma, ni convulsions; en un mot, elle n'a présenté aucun symptôme qui indiquât un épanchement de sang dans la cavité crânienne.

Avant de quitter l'étude des affections cutanées, j'ai quelques remarques à vous faire sur les cheveux et sur leurs lésions.

Le cheveu, comme vous le savez, est composé d'une substance assez analogue à la corne ou à la matière de l'ongle; cette substance est sécrétée par un follicule vasculaire intra-dermique, qui se prolonge quelquefois jusqu'au tissu sous-cutané. Tout porte à croire que ce follicule est abondamment pourvu de tissu nerveux, et qu'il renferme dans son intérieur la racine bulbiforme du cheveu; on admet généralement aujourd'hui que cette racine est d'une texture homogène, et qu'elle n'est pas creuse à son centre. Quant à la matière colorante, elle serait répandue dans toute la substance. Beaucoup d'auteurs pensent que les cheveux, une fois formés, sont à l'abri de toutes les modifications subies par l'organisme; mais les phénomènes de la plique polonaise sont difficiles à concilier avec cette manière de voir; d'un autre côté, j'ai constaté maintes fois que les cheveux commencent à grisonner par leur pointe, — la décoloration allant de la pointe vers la racine, — et ce fait me semble démontrer que les cheveux, au moins pendant

leur période de croissance, sont des corps organisés doués d'une certaine vitalité ; s'il en était autrement, leur matière colorante ne devrait jamais disparaître. La justesse de cette opinion est encore démontrée par la rapidité même du travail de décoloration ; une fois commencé, il est complet au bout de quelques jours. Il y a même des observations qui prouvent que des cheveux, sains d'ailleurs, sont devenus sensibles.

D'après quelques physiologistes, la matière colorante des cheveux proviendrait des follicules sébacés : ceux-ci sécrèteraient une huile qui, par sa combinaison avec certains principes renfermés dans le cheveu, en déterminerait la couleur. Mais, s'il en était ainsi, la décoloration ne devrait pas se faire dans le sens que je vous ai indiqué. En résumé, je crois qu'au point de vue pratique, nous devons considérer les poils comme des plantes qui croissent à la surface du corps ; ils ne sont pas seulement impressionnés par les influences qui agissent sur leurs bulbes, ils le sont également par les modifications de l'organisme qui les supporte. C'est ainsi que, dans la vieillesse, la mort et l'absorption du bulbe lui-même arrêtent le développement des cheveux, tandis que, chez les jeunes gens, le même résultat est produit par les causes qui modifient la vitalité du bulbe, ou la structure de la peau dans laquelle il est implanté.

On a vu, dans certains cas, des cheveux gris reprendre leur couleur primitive.

Un officier avait servi plusieurs années dans les contrées tropicales ; il avait subi les fatigues d'un grand nombre de campagnes dans les Indes orientales ; il avait eu à souffrir de la dysenterie, de la fièvre et de la plupart des maladies des pays chauds. Épuisé par tant de souffrances, il avait dû revenir en Irlande pour rétablir sa santé. Lorsqu'il vint me consulter, il était faible et amaigri ; il éprouvait, avec divers accidents nerveux, des symptômes graves de dyspepsie, et il souffrait presque constamment des intestins. Cet homme avait alors quarante-huit ans, et depuis quelques années ses cheveux étaient devenus complètement blancs. En revanche, il portait sur le front, sur les joues, sur la nuque et sur les épaules, des taches brunes, dont la couleur était presque aussi foncée que celle de l'aréole mammaire chez une femme grosse. Quelques années se passèrent pendant lesquelles cet officier resta en Angleterre avec le dépôt de son régiment ; l'air natal et un régime convenable lui avaient complètement rendu la santé, lorsqu'il me fit une seconde visite. C'est à peine si je pus le reconnaître. Il était

robuste et vigoureux ; les taches qui le défiguraient avaient entièrement disparu , ses cheveux avaient repris la couleur brune qui leur était naturelle ; pas un seul n'était resté gris ; ils étaient d'ailleurs souples et soyeux, et depuis deux ans ils ont gardé leur coloration brune ; mais les favoris sont restés blancs.

En 1837, j'ai été appelé en consultation par le docteur Beauchamp auprès d'un gentleman de soixante-sept ans, atteint de la grippe qui régnait alors. C'était un homme vigoureux, dont le système pileux était très-développé ; il avait la poitrine couverte de longs poils blancs, qui avaient été jadis noirs. Nous lui avons fait mettre un vésicatoire sur la poitrine ; après sa guérison, les poils ont repoussé sur la surface qui avait été dénudée par la vésication, mais ils ont repoussé noirs, et depuis lors cette teinte ne s'est pas modifiée. Je n'ai pas besoin d'ajouter que cet homme est tout fier de cette jeunesse inattendue, et qu'il montre volontiers sa poitrine, avec une orgueilleuse complaisance, à tous ceux qui le lui demandent.

Dans le courant de l'année 1845, feu M. Daly me fit l'honneur de me consulter au sujet d'un commerçant plein de vigueur, qui avait eu une légère attaque d'apoplexie suivie d'une hémiplegie incomplète. Comme nous craignons le retour de ces accidents, nous avons cru devoir établir un exutoire permanent sur le vertex ; nous y avons fait appliquer un vésicatoire de la grandeur d'une couronne, et la suppuration a été entretenue pendant plusieurs mois au moyen de l'emplâtre d'Albepyre. Au bout de ce temps, on laissa la surface se cicatriser. Il est bon de vous dire que cet homme était parfaitement chauve sur le front, sur le vertex et sur les tempes ; il avait le cuir chevelu lisse et poli. Quelques semaines après la cicatrisation du vésicatoire, des cheveux ont paru, qui ont entouré, à deux lignes de distance, toute la surface qui avait suppuré.

Miss M... était affectée depuis nombre d'années de teigne et de psorophthalmie. Sur le sommet de la tête, les cheveux étaient devenus tout à fait gris, et il y avait même çà et là quelques places complètement chauves. M. Wilde avait conseillé à cette malade de faire des lotions sur sa tête avec l'eau gazeuse commune. Miss M... suivait ce traitement depuis assez longtemps déjà, lorsque les cheveux commencèrent à recouvrir les places dépouillées ; mais voici le plus étonnant : ces cheveux nouveaux avaient leur teinte naturelle primitive, et les cheveux anciens ne tardèrent pas à la reprendre. Ce résultat est d'autant plus remarquable, que les points du cuir chevelu qui n'ont pas été

soumis à ces lotions ont conservé leurs cheveux gris. M. Wilde a observé le retour de la coloration primitive de la chevelure à la suite d'onctions pratiquées avec la pommade citrine brune de Donovan (1).

Il y a six ans, j'ai été consulté par M. B... Il avait alors trente-cinq ans ; sa chevelure avait une teinte grisâtre par suite du mélange de cheveux noirs et de cheveux blancs. Ces derniers, du reste, étaient en petit nombre. Le malade racontait que depuis quelque temps ses cheveux blanchissaient et qu'ils tombaient en grande quantité ; il attribuait cet accident au mauvais état de sa santé, qu'avaient altérée des troubles digestifs. Douze mois plus tard, M. B... avait recouvré ses forces et sa santé premières, grâce surtout à de nombreux voyages, et il n'avait plus un seul cheveu blanc.

Master..., âgé de trente-cinq ans, avait été atteint d'un typhus très-sévère. Une fois guéri, il s'aperçut que ses cheveux blanchissaient et tombaient. On lui fit raser la tête, et lorsque cette opération eut été répétée plusieurs fois, le malade eut la satisfaction de voir sa tête ornée d'une chevelure du plus pur ébène.

Je tiens du docteur Stokes le fait suivant, qui est singulièrement contraire à ce qu'on observe ordinairement dans la phthisie.

Une jeune dame, à la complexion délicate, aux cheveux noirs, fut prise de consommation : aussitôt sa luxuriante chevelure tombe, et elle est remplacée par quelques rares cheveux, grossiers et laineux.

La phthisie marchait du reste assez lentement ; elle a mis quatorze mois à accomplir son évolution. Six semaines avant la mort de la malade, une nouvelle chevelure apparaît, plus belle, s'il est possible, que l'ancienne, et elle se développe avec une rapidité sans égale. Il n'est pas sans intérêt de noter que cette jeune lady, dont le corps et les membres étaient considérablement amaigris, avait conservé sur son visage tous les traits, tout l'embonpoint de sa beauté première ; il est

(1) Je n'ai pu trouver la formule de cette pommade citrine brune ; il est probable qu'elle diffère très-peu de l'onguent citrin ordinaire, dont la composition est la suivante :

℞ Mercure coulant.	30 parties.
Acide azotique à 32 degrés.	45 —

Dissolvez à une douce chaleur et versez dans un mélange fondu et à moitié refroidi de :

Axonge.	250 parties.
Huile d'olive.	250 —

Agitez pour avoir un mélange intime, et lorsque la pommade commence à se solidifier, coulez-la dans des moules de papier.

(Codex.)

(Note du TRAD.)

probable, par conséquent, que la nutrition du cuir chevelu n'était point compromise. La vue de ces cheveux nouveaux et si peu attendus remplit d'espérance la pauvre malade et ses amis ; ils ne pouvaient croire que ce nouveau produit de la vie fût l'avant-coureur de la mort.

Un de mes amis, praticien d'une grande expérience, qui est aujourd'hui fixé à Athy, vint récemment à Dublin pour me consulter. Il est âgé de soixante et dix ans, et il est sujet à divers accidents nerveux ; il a été pris, il y a environ deux ans, d'une hémicrânie droite ; en même temps, le cuir chevelu de ce côté est devenu d'une sensibilité telle, que le moindre contact arrachait des cris au malade ; il lui semblait, je me sers ici de ses expressions, que chacun de ses cheveux était un petit poignard enfoncé dans la peau. Pendant quatre jours et quatre nuits, il souffrit une véritable agonie ; enfin, une petite pustule, qui se dessécha rapidement, apparut à la base de chaque cheveu, et au bout de quelques jours, tout était fini. Pendant que cette affection avait été à son maximum d'intensité, le cuir chevelu était devenu rouge, mais il n'avait pas présenté la teinte érysipélateuse. Je pense qu'il faut admettre ici une inflammation aiguë des bulbes pileux ; mais il est fort étrange qu'elle n'ait pas déterminé la chute des cheveux.

Quelle que soit l'opinion que l'on adopte au sujet des théories qui ont été émises sur le développement et la coloration des cheveux, les faits précédents peuvent donner lieu à quelques déductions pratiques, qui ne sont pas sans importance. Et d'abord, il est évident que les applications topiques stimulantes favorisent le développement de la chevelure, et ont une influence notable sur sa coloration ; peut-être verrions-nous ce moyen réussir dans bien des cas de calvitie et de canitie, si nous savions seulement proportionner la dose des excitants aux indications de chaque fait particulier. Il se peut que cette difficulté soit insurmontable, mais nous devons au moins tenter d'en triompher. Ce qui est certain, c'est que beaucoup de remèdes populaires, qui ont une grande réputation, consistent en une combinaison de substances grasses et de substances stimulantes, l'huile de ricin, par exemple, la graisse d'oie et la teinture de cantharides. Cette préparation, que vous pouvez aromatiser avec une essence quelconque, donne de bons résultats lorsqu'on l'introduit entre les racines des cheveux avec un morceau de flanelle. La quantité de teinture de cantharides ne doit pas dépasser 1 gros (4 grammes) pour 1 once ; chaque application doit produire une rougeur passagère, tandis que la peau reste humectée par l'huile. Lorsqu'on croit nécessaire de produire une desquamation épidermique

rapide, une espèce de vésication, je ne connais pas de meilleur moyen qu'une application de teinture d'iode qu'on répète tous les trois ou quatre jours. On peut faire une très-bonne pommade pour les cheveux avec parties égales d'huile de ricin et d'axonge ; on ajoute de l'essence de roses dans la proportion de huit gouttes pour 4 onces.

Beaucoup de personnes penseront peut-être que c'est là un sujet d'études très-futile, et qu'il ne convient pas à la dignité d'un médecin de s'y arrêter aussi longtemps. Mais de tout temps on a attaché une grande importance à la chevelure, qui est pour l'homme un véritable ornement ; pour bien des gens, la décoloration ou la perte des cheveux est aussi pénible qu'une véritable maladie. Du reste, ce sentiment n'est pas propre aux modernes ; ouvrez les poètes et les moralistes de l'antiquité, vous y trouverez une foule de passages qui expriment la même pensée. Le médecin qui a pu constater à quel point sont défigurées les malades auxquelles on rase la tête dans le typhus fever, conviendra que le sacrifice de la femme antique, qui jetait sa chevelure sur le tonbeau de son époux (1), était autrement pénible que la coutume de nos ladies modernes, qui consentent à grand'peine, dans cette circonstance, à celer en partie l'ornement auquel elles tiennent le plus au monde. Et elles ont raison, car la reproduction de leur chevelure serait assurément devancée par la disparition de leur chagrin.

Je ne m'étais pas rendu compte de la beauté qui résulte de la chevelure jusqu'au jour où M. Clibborn me montra, dans l'Académie royale d'Irlande, la momie d'une femme péruvienne ; les os de la face et le front étaient à nu comme d'ordinaire, mais le crâne était recouvert d'une épaisse chevelure, dont les boucles luxuriantes donnaient à cette tête morte une étrange beauté (2).

J'ai connu une dame de quatre-vingts ans qui, avec toutes les apparences de la sénilité, avait une magnifique chevelure noire. Contrairement à ce que vous pourriez croire, cette dame déplorait amèrement cette circonstance ; car cet emblème de la jeunesse cadrait mal, il faut le dire, avec le reste de sa personne. « Il y a deux ans, me disait-elle

(1) Dans l'*Hélène* d'Euripide, l'héroïne s'écrie, lorsqu'elle veut revêtir les insignes des veuves :

ἔγὼ δ' ἐς οἶκους βᾶσα βοστρύχους τεμνῶ.

(L'AUTEUR.)

(2) La momie dont il est ici question, est actuellement dans le musée du Collège royal des chirurgiens. Voyez la description et le dessin qu'en a donnés M. Wilde dans le *Parthenon* du 15 juin 1839.

(L'AUTEUR.)

un jour, ma femme de chambre m'a trouvé un cheveu blanc. J'en ai été fort joyeuse, car j'espérais que tous les autres allaient prendre cette nuance respectable ; mais mon pauvre cheveu blanc est resté parfaitement isolé. » Je dois vous avouer, messieurs, que cette dame est la seule personne qui m'ait jamais demandé *une recette* pour faire blanchir les cheveux.

Les tissus d'une organisation inférieure, comme vous le savez, peuvent se régénérer après avoir été complètement détruits ; or, j'ai vu bon nombre de faits qui me paraissent démontrer que les bulbes pileux peuvent se reproduire après leur destruction totale, et donner naissance à une nouvelle chevelure. Les exemples de dents régénérées ne sont pas extrêmement rares ; on sait que la célèbre comtesse de Desmond a eu, sous ce rapport, les bénéfices d'une seconde jeunesse ; des dents ont apparu chez elle après que les années eurent fait tomber celles de l'âge adulte. J'avais toujours douté de la vérité de cette histoire jusqu'au jour où feu le docteur Curran m'a raconté les détails suivants sur son aïeule, mistress Waterworth. Cette dame, qui avait toujours eu une santé excellente et une vie très-active, mourut de vieillesse à l'âge de quatre-vingt-quinze ans. Lorsqu'elle eut atteint l'âge de quatre-vingts ans, sa vue, qui depuis quinze années s'était affaiblie au point de l'empêcher de lire, reprit tout à coup toute la force de la jeunesse, et jusqu'au moment de sa mort, mistress Waterworth put passer un fil dans les aiguilles les plus fines, sans avoir besoin de lunettes ; elle put lire sans peine et sans fatigue les caractères les plus fins. Vers la même époque, une dentition nouvelle s'était produite chez elle. Je ne pourrais vous dire le nombre exact des dents qui ont alors apparu, mais je puis vous garantir la parfaite exactitude du fait. Cette régénération n'était pas le résultat d'un nouveau genre de vie ; avec ces attributs de l'âge adulte, cette dame reprit de nouvelles forces, qu'elle conserva jusqu'à la fin. Le docteur Curran possède un exemplaire très-curieux de l'excellent travail de M. Easton sur la longévité ; des notes manuscrites de l'auteur font connaître des faits très-intéressants : Mary How, de Mapleton (Derbyshire), a eu à cent dix ans quelques dents nouvelles, et ses cheveux ont repris alors leur couleur primitive. — Peter Bryan, de Tynan, comté de Tyrone, a fait des dents à l'âge de cent dix-sept ans. — Madame Angélique Domengieux de Sempe, à Nouillac en France, a eu à quatre-vingt-dix ans une troisième dentition, et elle a vécu encore treize années. — Margaret Melville, de Kelle (Fifeshire) a vécu jusqu'à cent dix-sept ans, et a eu de nouvelles dents

à l'âge de cent ans. — John Minnikin, de Maryport (Cumberland), a eu dans sa vieillesse des cheveux si abondants, qu'entre quatre-vingts et cent douze ans on put en faire vingt perruques. Et il y a encore beaucoup d'autres faits dont M. Easton avait personnellement connaissance. Ces exceptions à la règle ne sont pas du reste plus extraordinaires que l'absence d'ossification des cartilages costaux chez Old Parr, qui vécut cent cinquante-deux ans. Nous avons comme garantie de l'authenticité de ce fait le témoignage de la commission désignée par la Société royale pour faire l'autopsie de cet homme. L'illustre Harvey faisait partie de cette commission. Le docteur Curran m'a cité encore le fait de son ami, le docteur Harrison, qui pratique aujourd'hui dans l'île de Man; entre sa trentième et sa trente-deuxième année, sa taille s'est accrue d'un pouce (25 millimètres).

Tschudi nous rapporte, dans la relation de ses voyages au Pérou, que les Indiens de ce pays ont une longévité remarquable; il n'est pas rare de voir ces hommes vivre jusqu'à cent vingt ou cent trente ans, et conserver jusqu'à la fin la plénitude de leurs facultés physiques et intellectuelles. Les Indiens conservent leurs dents et leurs cheveux jusqu'à un âge très-avancé, et ce qui est plus remarquable encore, c'est que *leurs cheveux ne deviennent jamais blancs; il est même très-rare qu'ils prennent une teinte grise*. Ces individus, dont l'auteur a signalé l'âge très-avancé (au delà de cent ans), avaient tous des cheveux noirs très-fins.

SOIXANTE-DEUXIÈME LEÇON.

MALADIES VÉNÉRIENNES.

BLENNORRHAGIE.

Rapport du docteur Roe sur le traitement des maladies vénériennes. — De la blennorrhagie. — Des injections urétrales. — Réfutation des objections qui ont été faites contre cette méthode thérapeutique. — Observations de M. Hoskins sur l'ophthalmie d'Égypte. — Traitement de la blennorrhagie récente. — Règles à suivre pour l'administration des injections. — *Le virus blennorrhagique diffère du virus syphilitique.* — Rhumatisme et ophthalmie blennorrhagiques. — Mode de production et traitement de ces complications. — Observations.

MESSIEURS ,

Je me propose d'aborder aujourd'hui l'étude des maladies vénériennes. Mais Bell, Hunter, Matthias, Pearson, Carmichaël, Rose, Hennen, Colles, Wallace et Ricord ont fait sur ce sujet des recherches si approfondies et si complètes, que je crois inutile de m'arrêter ici sur la symptomatologie ou sur la pathologie spéciale de ces maladies ; je veux simplement examiner avec vous quelques questions encore controversées, qui ont trait à la pathologie générale et au traitement.

J'ai sous les yeux le rapport du docteur Roe sur les vénériens qui ont été traités à l'infirmerie du 38^e régiment, depuis le 11 juin 1836 jusqu'au 15 novembre 1837. Ce tableau fait connaître, dans autant de colonnes distinctes, le nom et l'âge des malades, la date de leur admission et celle de leur sortie, la forme des accidents et la durée du traitement ; l'auteur y a joint quelques remarques particulières. Le docteur Roe est un de mes anciens élèves ; c'est à Dublin qu'il a fait son éducation médicale, et il s'est toujours fait remarquer par son intelligence, son aptitude et son zèle. Du vivant de M. Colles et dans les

services chirurgicaux de Lock Hospital, il a été à même d'étudier à fond les résultats du traitement de la syphilis par le mercure. Il a été appelé lui-même à soigner cette maladie dans les Indes orientales, dans les îles Ioniennes, dans son pays, et son attention, sa sagacité, son talent d'observation me sont assez connus pour que j'accepte avec la plus entière confiance tous les renseignements qui me viennent de lui. Du 11 juin 1836 au 15 novembre 1837, 231 malades ont été traités à l'infirmerie du 38^e régiment. Sur ce nombre total, 80 étaient atteints de gonorrhée, 87 avaient des chancres, 36 étaient affectés de bubons, 23 avaient des hydrocèles, 4 étaient atteints à la fois de chancres et de bubons. — 90 malades étaient au-dessous de vingt ans; 95 étaient entre vingt et vingt-cinq; 23 entre vingt-cinq et trente; 17 entre trente et quarante et au delà.

Plusieurs de ces individus ont été infectés plusieurs fois pendant la période comprise dans ce rapport. Henry Carter, par exemple, est entré une première fois à l'hôpital le 11 juin 1836, pour une blennorrhagie; il y est revenu le 25 février 1837 pour une nouvelle blennorrhagie; une affection semblable l'y ramenait encore le 4 mai suivant; John Adams a été atteint deux fois de gonorrhée; Arthur Nesbitt, John Williams, William, Bexham ont eu deux fois des chancres; John Jess est venu une première fois à l'hôpital pour une gonorrhée; il y venait quelque temps après pour un bubon. Tous ces malades ont été traités sans mercure; voici quelle a été la durée moyenne du traitement: blennorrhagie, 15 jours $\frac{2}{7}$; — chancres, 21 jours $\frac{4}{11}$; — bubons, 27 jours $\frac{2}{4}$; — gonflement du testicule, ou *hernia humoralis*, 11 jours $\frac{3}{5}$; — chancres graves avec bubons, 18 jours $\frac{1}{4}$.

Voici quelle était la méthode générale de traitement du docteur Roe. Aussitôt après leur admission, les individus atteints de blennorrhagie étaient soumis à des lotions d'eau de savon chaude; puis on leur faisait prendre, toutes les trois heures, une mixture composée de sulfate de magnésie et de tartre stibié; on continuait l'usage de ce médicament jusqu'à production de selles abondantes. En même temps, on appliquait un petit linge sur l'orifice du canal de l'urètre, et l'on entourait le pénis d'une compresse imbibée d'eau froide, afin de maintenir l'organe dans un état de propreté parfaite, et de conserver autour de lui une température peu élevée. Lorsque le malade souffrait beaucoup en urinant, on lui prescrivait en outre des fomentations et des injections l'eau chaude toutes les deux heures. Dès que les douleurs étaient paisées, il prenait quatre ou cinq fois par jour une injection de sulfate

de zinc, dans la proportion de 2 grains (12 centigrammes) pour une once d'eau, A mesure que les phénomènes douloureux disparaissaient, la quantité de sel de zinc était graduellement portée à 5 grains pour une once de véhicule. C'est alors aussi qu'on ordonnait les lotions froides et qu'on administrait le copahu, la térébenthine ou le cubèbe. Pendant toute la durée du traitement, les patients étaient rigoureusement confinés au lit; ils étaient tenus à la diète lactée, et ils avaient de l'eau d'orge pour toute boisson. Tous les trois ou quatre jours, on leur faisait prendre du sel d'Epsom avec ou sans émétique, pour maintenir le ventre libre. Enfin, dans quelques cas rebelles, il fallait avoir recours aux injections de sulfate de cuivre ou de nitrate d'argent; parfois même, on dut introduire une bougie dans l'urètre, ou appliquer un petit vésicatoire sur le trajet du canal.

Tel était le traitement de la gonorrhée; il n'est pas moins remarquable par son efficacité que par sa simplicité.

Le traitement du chancre, tel que le pratiquait le docteur Roe, mérite à tous les égards de fixer votre attention. Au moment de leur arrivée à l'hôpital, les malades étaient purgés avec le sel d'Epsom et le tartre stibié, puis on leur ordonnait de recouvrir leurs chancres avec un morceau de linge imbibé d'une solution de sulfate de cuivre. Cette application était renouvelée toutes les deux heures; ce pansement était maintenu au moyen de compresses mouillées, qui conservaient les parties constamment fraîches. Diète lactée comme dans le cas précédent; tous les deux jours, du sel d'Epsom avec ou sans émétique. On prescrivait des lotions froides très-fréquentes, surtout s'il y avait quelques douleurs dans les aines. Les chancres étaient touchés de temps en temps avec le nitrate d'argent ou saupoudrés de précipité rouge. On donnait rarement le calomel, et lorsqu'on l'administrait, ce n'était pas dans le but d'affecter la bouche; on le prescrivait comme altérant avec le tartre stibié; du reste, les malades étaient tenus au lit, dans un état de propreté irréprochable, et l'on prévenait soigneusement la constipation. Les bubons étaient traités d'après les mêmes principes; mais on appliquait plus rigoureusement encore la médication antiphlogistique.

Les bubons se sont montrés souvent en l'absence de toute ulcération du périn; dans d'autres circonstances, ils n'ont apparu qu'après la cicatrisation de la plaie. On y faisait constamment des lotions froides, et, grâce à cette précaution et à l'emploi de l'émétique et des sels, ils ont fréquemment avorté. Si, malgré l'emploi de ces divers moyens, la

umeur devenait rouge, sensible et volumineuse, on y appliquait des cataplasmes chauds, qu'on renouvelait trois fois par jour, et l'on y faisait de fréquentes fomentations. S'il y avait encore quelque chance de résolution, on administrait de petites doses de calomel et d'émétique, on continuait les cataplasmes, et l'on avait soin de déterminer quelques évacuations alvines au moyen de purgatifs salins. Le plus ordinairement, ce traitement aboutissait au résultat désiré. Lorsque enfin les bubons se ramollissaient et devenaient le siège d'une fluctuation évidente, le docteur Roe les ouvrait au moyen de la potasse caustique ; il insistait alors de nouveau sur les fomentations et les cataplasmes, il pensait avec le précipité rouge, et lorsque la cicatrisation commençait à se faire, il appliquait sur la plaie une compresse et une bande roulée pour rapprocher les bords de la solution de continuité et pour réprimer les granulations exubérantes. En même temps, le malade prenait de la décoction de quinquina additionnée d'acide sulfurique, ou de la salsepareille avec l'acide nitrique. Un régime plus substantiel, l'usage modéré du porter, assuraient une guérison rapide et définitive.

Parmi tous les malades du docteur Roe, un seul était atteint de syphilis secondaire. Cet homme, qui avait des bubons au moment de son entrée à l'hôpital, était dans un mauvais état de santé ; les adénites eurent chez lui une marche très-lente et ne guérirent qu'à grand'peine. Ce malade fut traité pendant l'hiver. Quelque temps après être sorti de l'hôpital, il revint, se plaignant de toux et de mal de gorge ; il avait alors une éruption papuleuse sur la poitrine, sur le dos et sur les cuisses. On lui a donné du calomel à doses altérantes, avec de l'émétique et de l'opium ; on lui a fait prendre, en outre, trois bains chauds par semaine ; on lui a prescrit un régime substantiel, du porter, la salsepareille avec l'acide nitrique ; on a combattu la constipation, et, sous l'influence de ce traitement, cet homme a complètement guéri ; il est aujourd'hui mieux portant et plus fort qu'il ne l'a été depuis nombre d'années. Un gargarisme aluminé et un liniment volatil, comme topique externe, furent les seuls moyens dirigés contre le mal de gorge. La durée totale du traitement a été d'un mois environ.

Les chiffres sont là pour démontrer la supériorité de cette méthode thérapeutique. Sur le total de 231 malades, 87 avaient des chancres, 16 étaient atteints de bubons, et il n'y a eu qu'un cas de syphilis secondaire. Voilà certes des faits d'une importance capitale, et j'en ai été moi-même témoin. Je ne pense pas que le traitement mercuriel le plus

sévère eût pu donner de meilleurs résultats. Je vous ferai observer en passant, messieurs, qu'au point de vue du traitement de la syphilis, l'armée a des avantages dont est absolument privée la population civile de la basse classe : les soldats, en effet, ne sont point abandonnés à eux-mêmes ; ils ne sont point eux-mêmes les arbitres du moment où il convient de recourir à l'intervention de l'art ; ils sont visités une fois par semaine par les médecins de service, qui examinent avec le plus grand soin le gland, le prépuce, le méat urinaire et les aines : de sorte qu'aucune lésion ne peut passer inaperçue. Grâce à ces précautions, la maladie peut être attaquée et enrayée dès son début, et cette circonstance, par des raisons que je vous exposerai plus loin, a une influence énorme sur la proportion des cas de syphilis secondaire. Enfin, pendant le cours du traitement, les soldats n'ont pas la liberté de sortir ; ils ne peuvent user à leur gré d'un régime excitant, ou de liqueurs alcooliques ; ils sont soustraits également à l'influence pernicieuse des vicissitudes atmosphériques. Du reste, il faut le reconnaître, les militaires, grâce aux soins qu'on apporte dans le choix des recrues, grâce à leur vie régulière, à leur régime, à leurs exercices, constituent l'une des classes les plus saines de la société. Aussi opposent-ils une résistance remarquable aux maladies infectieuses, et lorsqu'ils sont touchés par elles, ils y échappent beaucoup plus promptement que les individus d'une constitution plus faible.

Vous avez vu que, dans le traitement de la gonorrhée, le docteur Roe commence par les antiphlogistiques tempérants, et qu'il passe ensuite aux agents stimulants. Au début, c'est également à des topiques rafraîchissants qu'il a recours ; il prescrit tout d'abord des injections tièdes, et il les remplace, dès que les douleurs sont calmées, par des injections qu'il rend graduellement plus astringentes. Lorsque la blennorrhagie, négligée ou mal traitée, atteint sa deuxième période, c'est-à-dire la période d'inflammation, il faut appliquer la médication antiphlogistique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur ; mais on ne doit point pour cela renoncer aux injections ; il faut seulement les administrer avec de grandes précautions, de peur d'exaspérer la phlegmasie urétrale. On se bornera à injecter un liquide composé d'un gros de mucilage (4 grammes) et de 7 onces d'eau. Après deux ou trois injections de ce genre, on pourra ajouter un grain (6 centigrammes) de sulfate de zinc. On continuera de la sorte pendant deux jours, puis on augmentera progressivement l'activité du liquide soit au moyen du sel de zinc, soit au moyen d'autres agents dont je vous parlerai plus tard.

Si vous voulez prendre une idée exacte de la meilleure méthode de traitement de la blennorrhagie, vous devez vous rappeler messieurs, que cette maladie présente trois stades bien distincts. Dans le premier, qui succède immédiatement à la période d'incubation, il se fait par l'urètre un léger suintement de mucus blanchâtre. Le canal est le siège de quelques petits élancements, et la membrane muqueuse commence à rougir; mais la miction n'est pas douloureuse. Il est rare que cette période dure plus de deux jours; en général, sa durée est en raison inverse de l'intensité de la phlegmasie. Le deuxième stade, stade d'inflammation proprement dite, est caractérisé par l'abondance de l'écoulement (*profluvium*), par les douleurs et par d'autres symptômes bien connus. Au bout d'un temps variable apparaît la troisième période, ou période de déclin. C'est pendant le premier et le troisième stade que les injections astringentes sont particulièrement indiquées.

Je ne connais pas de question pratique plus controversée que celle de l'opportunité des injections dans la blennorrhagie. A Dublin, par exemple, on enseigne aux élèves que ce moyen est à la fois inutile et dangereux, et voici les raisons sur lesquelles on se fonde: I. Les injections ne diminuent pas l'inflammation de l'urètre, bien qu'elles arrêtent l'écoulement; en conséquence, elles sont une cause éloignée de rétrécissements, ou bien elles ont pour effet d'étendre l'inflammation le long du canal jusqu'à sa portion membraneuse, jusqu'à la prostate, ou même jusqu'à la vessie. — II. Les injections augmentent la fréquence de l'orchite et des bubons sympathiques. — III. Enfin, une maladie qui présente à un si haut degré tous les caractères de l'inflammation ne comporte qu'une médication purement antiphlogistique.

Examinons de plus près cette dernière objection, et nous verrons qu'elle est plus apparente que réelle; le principe qu'elle invoque n'est point applicable dans tous les cas; il l'est encore moins dans les inflammations spécifiques. Aussi longtemps que les chirurgiens ont combattu l'ophthalmie purulente par les antiphlogistiques seuls, ils n'ont obtenu que des résultats désastreux; vainement ils épuisaient leurs malades par les saignées générales et locales, vainement ils les affaiblissaient par l'administration longtemps continuée du tartre stibié à hautes doses, l'inflammation locale n'en poursuivait pas moins sa marche destructive; elle était parfois ralentie, elle n'était jamais enrayée. Je me rappellerai toute ma vie un homme que j'ai traité dans cet hôpital avec feu M. Hewson, qui était, comme vous le savez, un oculiste des plus distingués. Saignées générales, saignées locales, salivation mercu-

rielle, rien n'avait manqué. Le malade perdit les deux yeux dans l'espace de quelques jours. Il y a quelque temps, j'étais mandé en toute hâte, pendant la nuit, auprès d'un étranger qui demeurait dans un hôtel. Ce jeune homme avait une blennorrhagie, et il s'était mis au lit sans souffrir aucunement des yeux ; mais il avait été subitement éveillé par une douleur vive dans l'œil gauche. Il s'agissait évidemment ici d'une ophthalmie purulente. Des applications répétées de sangsues, un collyre fort au sulfate de zinc firent disparaître les accidents au bout de quelques heures.

Ce n'est que lorsque des milliers d'individus eurent été privés de la vue par cette abominable maladie, qu'on s'aperçut enfin que l'usage des astringents puissants, dès le début, donnait des résultats beaucoup plus heureux. Dès lors, un grand nombre de chirurgiens militaires, entre autres M. Guthrie, ont étudié la question avec tout le soin qu'elle mérite. Vous savez tous à quelles conclusions cet observateur est arrivé ; vous savez aussi quel important progrès a réalisé alors la chirurgie oculaire, en adoptant la cautérisation de la conjonctive avec le nitrate d'argent ou le sulfate de cuivre, pour les premières périodes de l'ophthalmie purulente. Nos devanciers n'auraient certainement pas hésité à déclarer cette méthode incertaine et dangereuse. Aujourd'hui, ce n'est plus seulement dans l'ophthalmie purulente qu'on emploie les collyres astringents et excitants, on en a également reconnu l'utilité dans quelques autres espèces.

Je ne puis m'empêcher de vous lire quelques fragments extraits de l'ouvrage tout récent de M. Hoskins sur les oasis du désert libyen. Je dois vous prévenir que l'ophthalmie d'Égypte dont parle l'auteur est une ophthalmie purulente par excellence, seulement elle présente bien des degrés dans son intensité. Remarquable chez les uns par ses manifestations très-atténuées, elle est chez d'autres d'une violence excessive ; parfois même elle détruit à jamais la vue dans un très-court espace de temps.

« 5 novembre 1832. — J'ai été retenu aujourd'hui toute la journée sous ma tente par une ophthalmie très-douloureuse ; mais, quoique mes yeux fussent très-sérieusement pris, une dose double de certaine liqueur inestimable que je possède m'a rapidement délivré. Comme mes lecteurs désirent sans doute connaître quel est ce remède merveilleux, je vais leur en raconter l'histoire, bien que je ne puisse satisfaire complètement leur curiosité. Cette eau extraordinaire a été composée par l'agent comptable de la frégate française *le Luxor*, qui avait été

construite pour transporter en France un des obélisques de Thèbes. Cet homme me raconta que son père avait été attaché à l'expédition de Napoléon en Egypte, et qu'il avait alors découvert cette précieuse liqueur. Craignant qu'on ne réussît à l'analyser, il n'en donnait jamais qu'une très-petite quantité à la fois ; mais il guérissait gratuitement tous ceux qui venaient à lui, chrétiens et musulmans, Français et Anglais, Turcs et Arabes. Lorsque ce remède était employé au début de la maladie, il en arrêtait constamment la marche dans un espace de temps très-court ; il guérissait ordinairement en quelques jours les ophthalmies qui avaient déjà plusieurs mois de date. Un Turc qui souffrait depuis des années, fut radicalement guéri en quinze jours ; il reconnut ce service en donnant à son bienfaiteur un cheval richement caparaçonné.

« Bientôt la réputation du Français s'était étendue au loin, et l'on venait à lui de Keneh et d'Esneh. Bien plus, le chirurgien du *Luxor* était tellement convaincu de l'efficacité de ce remède, qu'il envoyait tous ses hommes atteints d'ophthalmie vers le *hakim* (docteur), comme l'appelaient les naturels. Du reste, ce traitement était fort douloureux. Le *hakim* faisait tomber une goutte de liquide dans chaque œil, et si l'inflammation était considérable, le malade éprouvait une véritable torture. Au bout de vingt ou trente minutes, cette douleur s'apaisait, et un peu de matière visqueuse suintait à travers les paupières.

« Sachant que je devais me rendre en Éthiopie, le *hakim* eut la bonté de me remettre un petit flacon de cette eau ; je lui donnai un poids égal d'or ; mais il me fit promettre que je ne chercherais jamais à faire analyser son liquide. Il avait l'intention, disait-il, de retourner en Égypte, et il espérait y faire sa fortune. A-t-il mis ce projet à exécution, je l'ignore ; toujours est-il que j'ai pour lui une profonde reconnaissance, car il m'a épargné bien des maux ; j'ai souvent été obligé en effet de recourir à son eau, mais j'ai tenu ma promesse, et je n'ai jamais tenté d'en connaître la composition. Comme cet homme a quitté le pays, et que je ne pourrais renouveler ma provision, ce liquide a plus de prix encore pour moi, et je n'en donne pas aux malades qui me sont étrangers. Le remède qui réussit le mieux sur les naturels, c'est le sulfate de zinc à fortes doses, 10 grains, par exemple (60 centigrammes), pour une once d'eau ; on instille deux ou trois fois par jour une goutte de cette solution dans les yeux. Ce traitement n'est pas aussi certain que celui du *hakim*, mais enfin je l'ai vu réussir neuf fois sur dix. Lorsque l'inflammation a déterminé un gonflement assez considérable pour que les yeux soient

complètement fermés, les ventouses scarifiées sont le seul remède efficace.

« M. Ponsonby, qui voyageait avec moi dans la basse Nubie, fut atteint d'ophthalmie purulente il fit chercher sans délai; le médecin, autrement dit le barbier du village. Fort heureusement, M. Ponsonby avait les yeux parfaitement clos; car, s'il eût pu voir ce prétendu médecin, il eût eu beaucoup de peine à se confier à lui pour cette opération. Cet homme était couvert de haillons, son aspect était repoussant, il n'avait pas la moindre lueur d'intelligence sur sa physionomie. Ajoutez à cela que ses ventouses étaient en corne de vache, et qu'il avait pour tout instrument un vieux rasoir qui était loin de valoir un couteau ordinaire. Je lui offris une lancette, mais il me dit qu'il ne savait pas s'en servir. Pensant alors que mon ami souffrirait moins si les scarifications étaient faites avec un rasoir bien acéré, je donnai le mien à cet opérateur d'un nouveau genre; malheureusement, il n'était pas habitué à manier un instrument aussi tranchant, il ne songea pas qu'il devait appuyer avec beaucoup moins de force que d'ordinaire, et il fit une première incision trop profonde: ce que voyant, je crus prudent de lui laisser terminer l'opération à sa guise. Je dois avouer d'ailleurs qu'il s'en tira à merveille; l'ophthalmie de M. Ponsonby fut soudainement et miraculeusement guérie. A Thèbes, j'ai eu deux atteintes de cette maladie; il m'était impossible de lire, d'écrire ou de dessiner. Grâce à l'eau du hakim, ces accidents ont cédé en fort peu de temps, mais ils ont été très-douloureux et très-pénibles.

« Et vous le comprendrez sans peine, j'étais privé de toute distraction physique et intellectuelle, j'avais des yeux et je ne voyais plus; je n'avais pas même le plaisir de la société, cette dernière ressource de l'aveugle. Peut-être un Turc eût-il encore trouvé moyen de s'amuser avec son chapelet, mais je crois cependant que la philosophie musulmane eût fini par lui faire défaut, parce que le traitement de la maladie exigeait l'abandon de la pipe, cette consolatrice de tous les maux. J'ai eu souvent l'occasion de me servir de mon eau merveilleuse pour des Arabes et des Turcs, et quoique l'application en soit très-douloureuse, ils supportaient ces souffrances avec courage et résignation, parce qu'ils avaient une entière confiance dans l'habileté d'un Européen. Mais lorsque j'ajoutais qu'ils devaient laisser momentanément leurs pipes, ils invoquaient Allah, et fumaient de plus belle. Un mangeur d'opium peut renoncer à sa funeste habitude, un buveur peut délaissé son verre, mais les Orientaux n'abandonneront jamais leurs chiboucks; le leur

demander est absurde. La pipe est pour eux ce qu'est la glace pour les Siciliens, le macaroni pour les Napolitains, le grog pour les marins anglais : c'est le soutien de leur vie, c'est leur sauvegarde, et ils ne croient pas qu'il soit possible d'y renoncer, ne fût-ce que pour un jour.»

Quant à l'influence des injections urétrales sur la production des rétrécissements, je la nie de la manière la plus formelle : tous les moyens qui diminuent l'intensité et la durée de l'inflammation combattent par cela même la tendance à un rétrécissement. Comparez d'ailleurs les deux modes de traitement. Voyez ce malade qui, grâce à quelques injections, est parfaitement guéri au bout de peu de jours, et cela sans avoir été obligé de garder la chambre, ou de modifier en quoi que ce soit sa manière de vivre; voyez cet autre patient qui a souffert pendant des semaines entières, jusqu'à ce qu'enfin sa constitution ait été épuisée par la diète et le défaut d'exercice. (Je parle ici de deux malades qui ont été traités dès le premier ou le second jour.) Nous ne voyons que trop souvent l'écoulement urétral augmenter de jour en jour, malgré le traitement antiphlogistique le plus rigoureux; en même temps la miction devient très-douloureuse, le patient est tourmenté par des érections pénibles, l'irritation gagne la vessie elle-même, et l'infortuné malade est en proie à toutes les souffrances d'une chaudepisse cordée.

Or, je ne crains pas de le dire, le médecin qui est appelé à traiter une blennorrhagie récente chez un individu de bonne constitution, et qui laisse se développer tous ces symptômes funestes, est extrêmement répréhensible. Ces accidents, j'en conviens, finissent par céder aux moyens antiphlogistiques; les sangsues au périnée, les lotions, les onctions mercurielles, les frictions avec la pommade belladonnée en triomphent ordinairement; mais à quel prix? que de forces, que de temps perdus! Or, moi, je vous le dis, chez les individus de bonne constitution, la blennorrhagie, traitée par les injections *dès le début*, peut être guérie le plus souvent en quelques jours. Mais, si vous avez laissé la maladie suivre son cours pendant des semaines entières elle altère si profondément la vitalité, et peut-être aussi la structure des tissus affectés, que la guérison devient fort incertaine, et le traitement très-pénible; et si le malade conserve une blennorrhée, les remèdes les plus judicieux restent souvent impuissants. Voilà tout autant de raisons qui démontrent l'importance d'une guérison rapide.

Beaucoup d'individus supposent que l'inflammation spécifique de la blennorrhagie occupe principalement, sinon exclusivement, la portion du canal de l'urètre qui est voisine du méat : aussi pensent-ils qu'il

suffit de pousser le liquide de l'injection à une profondeur très-peu considérable. Rien de plus erroné que cette opinion, rien de plus dangereux que cette manière de faire. Il est absolument faux de prétendre que l'inflammation est limitée au tiers antérieur du canal ; même dans les cas récents, elle s'étend fort au delà, et les injections ne peuvent être efficaces que si elles atteignent la surface affectée dans toute son étendue. Si vous ne prenez pas la peine de montrer vous-mêmes à vos malades comment ils doivent pratiquer leurs injections, aucun d'eux ne les fera convenablement. Une expérience très-étendue m'a convaincu de la vérité de cette assertion. Maintes fois, des malades m'ont dit qu'il était inutile de leur prescrire des injections, parce qu'ils en avaient déjà fait beaucoup sans obtenir aucune amélioration ; mais, si je me faisais rendre compte alors de leur procédé d'administration, je découvrais bientôt qu'il était entièrement défectueux.

Il faut que la seringue de verre ou d'étain puisse jouer très-facilement sous la pression d'un seul doigt : car, si l'on est obligé de déployer une certaine force, la pointe de l'instrument peut être refoulée contre la paroi de l'urètre. La canule de la seringue doit être introduite doucement à une profondeur d'un demi-pouce au moins ; puis, le malade doit appuyer légèrement les lèvres du canal contre l'instrument, avec le pouce et l'index de la main gauche, afin de prévenir le reflux du liquide. Si celui-ci a été injecté en quantité suffisante, il distend le canal jusqu'au niveau de la portion membraneuse. C'est bien à tort que quelques personnes sont effrayées des accidents que déterminerait l'introduction du liquide dans la vessie : la capacité de la seringue ne doit pas dépasser 4 gros $\frac{1}{2}$ (6 grammes) ; c'est la dose convenable pour une injection. Une fois le liquide introduit en totalité dans le canal, on retire l'instrument, et l'on doit maintenir le méat parfaitement clos avec le pouce et l'index pendant deux minutes au moins ; lorsqu'on cesse de comprimer, le fluide injecté est expulsé de l'urètre avec force par suite de l'élasticité naturelle du canal. Tous ces détails ont leur importance ; je ne manque jamais de m'assurer par moi-même que mes malades savent faire leurs injections ; beaucoup le disent qui sont à cet égard dans l'ignorance la plus complète, et qui se font plus de mal que de bien avec leurs essais infructueux.

Il n'entre pas dans mes intentions d'étudier avec vous toutes les substances diverses qui peuvent être employées en injections ; je vous renvoie, pour cela, aux traités spéciaux. Quel que soit l'astringent que vous ayez choisi, vous devez toujours commencer par une

solution faible, dont vous augmenterez la force progressivement; vous prescrirez cinq ou six injections par jour. *La solution ne doit pas être assez concentrée pour causer une douleur vive au moment où elle est injectée.* Vous ne devez pas prendre ici pour guide le hakim égyptien. J'ai vu des injections très-fortes et très-douloureuses ne déterminer aucun accident, et amener au contraire une guérison rapide; c'est ce qui arrive avec le nitrate d'argent, modificateur puissant que je n'ose pourtant pas vous recommander, parce qu'il est très-difficile à manier. Mais, en fin de compte, le procédé le plus sage et le plus prudent consiste à employer tout d'abord des injections astringentes faibles; elles ne doivent produire qu'un peu de chatouillement, ou tout au plus une légère cuisson.

Il est souvent difficile de trouver du premier coup le degré de concentration convenable: aussi je préviens toujours mes malades, et je leur conseille d'ajouter de l'eau à leur solution, si elle est trop irritante. Du reste, lorsque les premières injections ont une force convenable, la sensibilité de l'urètre diminue très-rapidement, et l'on peut augmenter chaque jour la force du liquide.

Je vous ai dit, messieurs, que les injections astringentes sont indiquées dans toute espèce de gonorrhée, au début de la maladie, et que si elles sont convenablement pratiquées, elles réussissent presque toujours à couper court aux accidents dans l'espace de deux ou trois jours. Mais il n'en est plus ainsi lorsque l'inflammation est arrivée à son summum; dans ces cas-là, les injections peuvent encore être un adjuvant utile du traitement antiphlogistique, mais il faut commencer par de l'eau mucilagineuse chaude, à laquelle on ajoutera, au bout de quelques jours, et avec la plus grande réserve, quelque substance astringente. J'ai oublié de vous dire qu'*avant de prendre son injection, le malade doit toujours uriner, afin de nettoyer le canal de l'urètre.* Bien des gens, je le sais, trouveront tous ces conseils inutiles, et m'accuseront de prolixité; mais comme je ne connais aucun auteur qui ait daigné s'occuper de ces détails, j'ai cru de mon devoir de vous les faire connaître, persuadé que je suis de leur utilité.

Je dois vous avertir, en outre, que vous aggraverez étrangement la position de votre malade, si vous lui prescrivez des injections astringentes pendant la deuxième période (période inflammatoire) de la blennorrhagie, avant d'avoir combattu les accidents inflammatoires par un traitement antiphlogistique convenable; cette médication sera même insuffisante, si vous n'ordonnez pas le séjour à la chambre pen

dant quelques jours, et un régime végétal. Si le malade refuse de se soumettre à ces justes exigences, il ne peut retirer aucun avantage des injections astringentes ; bien plus, à cette période de la maladie, elles lui seront nuisibles. Dans le premier et dans le troisième stade, le repos et la diète ne sont pas absolument nécessaires ; il est certainement préférable d'observer ces deux conditions, mais pour bien des malades cela est absolument impossible ; ceux-là doivent tout au moins s'abstenir de l'usage de la viande, et éviter la fatigue de la marche.

Je ne me suis occupé jusqu'ici que des cas parfaitement simples ; mais lorsque la blennorrhagie est compliquée de rétrécissement, lorsqu'il existe d'anciennes affections de la vessie ou de la prostate, le traitement que je viens de vous faire connaître n'est plus applicable ; il ne l'est pas davantage dans les gonorrhées anciennes et négligées, et chez les malades d'une constitution débile ou scrofuleuse.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que vous ne devez employer au début que des injections faibles, 1 ou 2 grains de sulfate de zinc, par exemple, pour une once d'eau, et j'ai ajouté qu'il fallait prescrire cinq ou six injections par jour. Mais, à mesure que vous augmentez la force du liquide, vous devez diminuer le nombre des injections. Du reste, vous serez bien rarement obligés de recourir à une dose qui dépasse 3 grains (18 centigrammes) pour une once de véhicule. J'ai l'habitude d'ajouter à cette solution 1 ou 2 drachmes (4 ou 8 grammes) de mucilage, et environ 10 grains (60 centigr.) de pierre de calamine en poudre (1). J'attache beaucoup d'importance à l'addition du mucilage ; il atténue les propriétés irritantes du sel métallique ; et comme il en facilite la division, il en assure le contact avec la muqueuse urétrale. Quant à l'action de la calamine, elle est sans doute purement mécanique, tout au moins me serait-il difficile de la concevoir autrement ; en tous cas, une longue expérience m'a démontré l'utilité de cette combinaison, qui est recommandée dans la *Médecine pratique* de Thomas. Quelques médecins ajoutent encore au liquide un peu de baume de copahu ; mais cette substance a le grave inconvénient de trahir par son odeur le secret du malade.

Je n'ai point l'intention, je vous en ai déjà prévenus, d'énumérer ici tous les astringents que vous pouvez successivement employer ; mais j'ai à cœur de vous donner encore un important avis : servez-vous toujours, autant que vous le pourrez, des mêmes substances. Deux ou trois

(1) Carbonate de zinc.

peuvent suffire à toutes les exigences ; de cette façon, vous arriverez à en connaître à fond le mode d'action, et vous serez en état de déterminer avec précision le degré de concentration nécessaire dans chaque cas particulier.

Vous devez en outre interrompre de temps en temps, tous les deux jours, par exemple, l'usage des injections : cette précaution est fort utile, si vous la faites prendre quelques heures avant votre visite ; lorsque vous venez voir votre malade, les effets immédiats du liquide astringent ont cessé, et vous êtes à même d'apprécier exactement l'état des choses. Il arrive souvent d'ailleurs que l'amélioration est à peine perceptible, tant que les injections ne sont pas interrompues. Cette remarque conduit à une autre règle de pratique ; la voici : lorsque vous employez des injections fortes, et que vous avez produit ainsi une modification évidente, vous devez suspendre le traitement tous les deux ou trois jours, afin de vous assurer que vous ne le continuez pas au delà du terme convenable. Si vous voulez observer toutes ces règles, je vous recommande avec la plus entière confiance l'usage des injections ; et je soutiens encore qu'elles n'exposent ni aux rétrécissements, ni aux bubons, ni aux orchites.

On voit des rétrécissements survenir chez des hommes qui n'ont jamais eu de blennorrhagie ; les bubons et les orchites se développent dans le cours de la gonorrhée, quoique les malades n'aient point pris d'injections. Mais si celles-ci sont faites sans ménagement et sans prudence, elles ont une influence incontestable sur le développement de tous ces accidents. Et cela se conçoit aisément : rien n'est plus capable d'exaspérer l'inflammation urétrale qu'une injection mal faite ; ce reproche est surtout vrai pour le nitrate d'argent.

Lorsque la chaudepisse dégénère en blennorrhée, ce qui a lieu principalement chez les individus scrofuleux, le traitement devient aussi pénible qu'incertain ; mais comme je ne puis rien ajouter sur cette question à ce qui se trouve dans vos livres, je n'insiste pas davantage.

Quant à la nature du virus blennorrhagique, j'adopte sans restriction aucune l'opinion moderne qui a été confirmée tout récemment encore par les expériences et les inoculations de Ricord : *Le virus qui donne la blennorrhagie est différent de celui qui donne le chancre et les symptômes secondaires.* En conséquence, dans la blennorrhagie, il est absolument inutile de donner du mercure pour prévenir le développement des accidents constitutionnels.

Ricord emploie les injections de zinc, de plomb ou d'argent après

avoir combattu les accidents inflammatoires par le repos, par un régime doux et par une application de vingt ou trente sangsues au périnée. En général, il prescrit les injections astringentes après trois ou quatre jours d'un traitement purement antiphlogistique ; il ne les ordonne dès le début que si l'inflammation est très légère. Mais mon expérience personnelle m'a démontré toute la justesse de l'opinion de nos prédécesseurs : ces mêmes topiques astringents qui sont indiqués lorsque la violence de l'inflammation urétrale est apaisée, conviennent parfaitement aussi avant que les accidents inflammatoires soient complètement développés. Je n'aurais pas insisté aussi longuement sur ce point, si je ne savais que beaucoup de praticiens condamnent absolument les injections, et ne prescrivent que le repos et la médication antiphlogistique. Or, je le répète, cette méthode n'est pas seulement ennuyeuse ; elle est, à beaucoup d'égards, très-nuisible.

Dans les blennorrhagies simples et récentes, je n'ai pas ordonné une seule fois, depuis plusieurs années, le cubèbe ou le copahu, et j'ai toujours réussi, à mon entière satisfaction, *au moyen des antiphlogistiques généraux et locaux, secondés par les injections*. Ricord commence toujours par traiter les accidents phlegmasiques ; c'est le seul point sur lequel je ne sois pas d'accord avec lui. Je n'ai d'ailleurs qu'une seule objection à faire à cette méthode, c'est qu'elle impose au malade plusieurs obligations pénibles : dans les maladies ordinaires, c'est peu de chose que le séjour à la chambre et la perte de quelques jours ; mais les individus atteints de gonorrhée redoutent par-dessus tout les précautions qui pourraient les exposer à quelque soupçon. Vous pensez bien, messieurs, que je ne m'arrêterais point à de telles considérations, si ma condescendance devait retarder ou compromettre la guérison du malade, mais le traitement que je vous ai fait connaître me met à l'abri de tout danger ; du reste, ce mode de traitement a été sanctionné par les anciens écrivains, dont l'école *antiphlogistique moderne* a abandonné bien à tort tous les errements.

Je dois m'occuper maintenant de deux affections que l'on rattache à la blennorrhagie, à savoir : l'ophtalmie et l'arthrite. Un grand nombre d'écrivains les plus autorisés admettent l'existence de l'arthrite blennorrhagique. Bacot nous dit que cette affection est le plus ordinairement caractérisée par un gonflement douloureux des genoux et des cous-de-pied, lequel n'apparaît, en général, que dans la période décroissante de la chaudepisse. Cette détermination articulaire est

plus fréquente, d'après le même auteur, chez les jeunes gens qui ont le teint fleuri de la constitution scrofuleuse; parfois l'arthrite disparaît subitement sous l'influence d'une éruption de papules confluentes ou de petites pustules isolées. D'après Vetch, cette forme de rhumatisme est fort difficile à guérir; mais, pour les détails du traitement, je suis obligé de vous renvoyer à cet auteur et à l'ouvrage de Bacot, car je n'ai pas une expérience suffisante sur ce point.

J'ai vu avec le docteur Nalty un homme de trente-cinq ans qui en était à sa quatrième chaudepisse. Chez ce malade, la marche des accidents était des plus remarquables; tout allait comme d'habitude jusqu'au moment où l'écoulement et l'inflammation commençaient à diminuer; mais alors (et il en avait été ainsi à chacune des blennorrhagies) les yeux devenaient douloureux, rouges et larmoyants; il y avait de la photophobie; en un mot, le malade présentait tous les symptômes d'une conjonctivite aiguë simple, développée sous l'influence du froid. La conjonctive scléroticale ne tardait pas à se prendre; mais elle ne montrait aucune tendance à la suppuration ni au chémosis. Par ces deux caractères importants, cette inflammation différait complètement de la conjonctivite purulente. Au bout de quelques jours, la sclérotique et les membranes internes du globe oculaire s'enflammaient à leur tour, et la vision était pour quelque temps sérieusement compromise. Cependant la pupille n'était pas déformée, et l'iris n'était pas atteint, du moins sur sa face antérieure et sur sa petite circonférence. La rougeur du globe de l'œil était diffuse et généralisée; elle n'était pas bornée, comme dans certain cas d'ophtalmie syphilitique profonde, à une zone située à quelque distance de la cornée. Chez notre malade, ces accidents exigeaient un traitement déplétif local très-énergique, et il était très-difficile d'en triompher.

A notre seconde visite, nous avons constaté l'existence d'une ulcération superficielle de la cornée, et nous avons prescrit le traitement suivant: colchique à l'intérieur, scarifications légères sur la surface interne de la paupière inférieure; le lendemain, une goutte de collyre au nitrate d'argent (4 grains pour une once).

Pendant le développement et durant la période d'état de cette ophtalmie, l'écoulement urétral diminuait toujours, mais il ne cessait pas complètement; si, par hasard, il devenait plus abondant, l'affection oculaire perdait immédiatement de sa violence.

Après que cette ophtalmie avait duré quelques jours, ce malade était pris d'une inflammation articulaire aiguë; puis, lorsque les arti-

culations qui avaient été atteintes les premières cessaient d'être douloureuses, une autre jointure se prenait ; de sorte que les genoux, les cous-de-pied, les coudes, etc., étaient successivement touchés ; les articulations devenaient rouges, sensibles, douloureuses ; la température de la peau était augmentée, les mouvements étaient impossibles. Quelquefois cette inflammation était tellement violente, que la jointure restait gênée et roide pendant plusieurs mois. Lorsque je vis cet homme, il souffrait d'une sciatique du côté gauche, sans préjudice de son arthrite habituelle.

Voilà, messieurs, un fait intéressant, car il démontre péremptoirement l'existence d'une arthrite et d'une ophthalmie blennorrhagiques. Cette ophthalmie a tous les caractères de l'ophthalmie rhumatismale, nous devons donc l'attribuer à une impression anormale exercée par la blennorrhagie sur la constitution tout entière ; d'un autre côté, l'affection des yeux et celle des articulations présentent des caractères identiques. Or, comme les déterminations articulaires ne sont certainement pas reproduites par le contact du liquide urétral, nous ne devons pas regarder cette dernière condition comme la cause déterminante de l'inflammation oculaire. Cette considération est d'une grande importance, car elle prouve qu'il est au moins une espèce d'ophthalmie blennorrhagique qui n'est pas déterminée par le contact direct du liquide infectant. L'existence de la sciatique est également fort remarquable.

Sir Philip Crampton, qui a vu plus tard ce malade avec nous, m'a dit avoir observé déjà plusieurs cas semblables. Il pense que dans quelques-uns d'entre eux du moins, il faut admettre une inflammation goutteuse des yeux et des articulations, dont la blennorrhagie est la cause occasionnelle.

Le plus illustre des chirurgiens de l'Angleterre, sir A. Cooper, déclare que le rhumatisme blennorrhagique n'est point une affection rare. Il rapporte même une observation qui n'est pas sans analogie avec celle dont je viens de vous entretenir. « Je veux vous raconter, dit sir Astley, le premier fait de ce genre que j'ai vu, car il a fait une profonde impression sur mon esprit. Un Américain vint me consulter pour une gonorrhée ; après qu'il m'eut raconté son histoire, je souris et lui dis : « Voici ce que vous avez à faire, et tout ira bientôt pour le mieux. » Mais à ces mots le malade m'arrête : « N'allez pas si vite, dit-il ; chez moi une » chaudepisse n'est pas une petite chose : vous me verrez sous peu » atteint d'une ophthalmie, et quelques jours plus tard j'aurai un rhu-

» matisme articulaire ; deux fois déjà j'ai pu en faire l'expérience, et » deux fois les choses se sont passées de cette façon. » Là-dessus je lui recommande de prendre les plus grandes précautions pour éviter le contact du liquide urétral avec les yeux, et je m'en vais avec sa promesse. Trois jours après, je suis mandé de nouveau auprès de ce gentleman, qui s'écrie en m'apercevant : « Eh bien ! que vous disais-je » il y a deux ou trois jours ? » Il avait un abat-jour vert, et il était affecté d'une double ophthalmie. Je lui ordonnai de rester dans l'obscurité, de prendre des purgatifs énergiques, et de se faire mettre des sangsues sur les tempes. Trois jours se passent encore ; mon Américain me fait demander un matin un peu plus tôt que d'habitude, parce qu'il souffre dans un genou ; je trouve l'articulation immobile et enflammée. Je prescris quelques topiques, et bientôt après l'autre genou se prend de la même façon. L'ophthalmie guérit à grand'peine, et le rhumatisme persista pendant plusieurs semaines. Ce fait m'avait profondément étonné, et je demandai à M. Cline s'il avait jamais vu le rhumatisme se développer sous l'influence de la blennorrhagie ; il me répondit qu'il en avait rencontré déjà plusieurs exemples. Le second cas ne me surprit pas autant, et depuis lors j'en ai observé plusieurs. En fait, cette affection articulaire de la gonorrhée n'est point rare ; est-elle produite par l'absorption du poison, ou par cet état d'irritation que détermine l'inflammation de l'urètre ? Je l'ignore ; mais ce qui est bien certain, c'est que la chaudepisse peut causer une arthrite et une ophthalmie, et cela, quoique les yeux aient été parfaitement à l'abri du liquide infectant. Cette ophthalmie attaque ordinairement les deux yeux, et elle a une durée assez longue ; elle exige les mêmes moyens de traitement que la blennorrhagie elle-même : l'essence de térébenthine, le copahu ou l'oliban. Je ne crois pas que cette affection soit décrite dans aucun traité de chirurgie ; mais quiconque a pratiqué doit l'avoir observée plusieurs fois. »

Tels sont, messieurs, les enseignements que cet homme illustre nous a donnés. Il n'indique pas clairement, il est vrai, les différentes formes d'ophthalmie blennorrhagique ; il n'en fait pas connaître les diverses causes ; il décrit avec un laconisme regrettable l'affection oculaire de son Américain ; mais il en dit assez cependant pour nous montrer que cette ophthalmie était rhumatismale et non point purulente.

Il ne me paraît pas nécessaire d'invoquer l'absorption de quelque liquide virulent pour expliquer le développement de l'ophthalmie et de l'arthrite blennorrhagiques. Au point de vue de l'inflammation, les arti-

culations sont unies par d'étroites sympathies avec les organes les plus éloignés; vous savez avec quelle facilité l'arthrite légitime donne lieu à la péricardite, à l'hépatite, à l'ophtalmie, etc. Lorsqu'un rétrécissement de l'urètre détermine des accès fébriles intermittents, nous ne croyons pas pour cela à l'absorption de quelque virus; et pourtant ces accidents sont aussi surprenants que l'arthrite, qui se développe sous l'influence de l'irritation blennorrhagique de l'urètre.

Il est d'ailleurs un principe général que vous ne devez jamais oublier. Lorsqu'un organe important s'enflamme, il est impossible de savoir sur quel point du corps cet état morbide va faire sentir son influence. J'ai vu une œsophagite, déterminée par un cathétérisme violent, donner lieu à une inflammation de la muqueuse vésicale.

Lorsque sir Astley Cooper a publié ses *Leçons* en 1823, la question de l'ophtalmie blennorrhagique n'avait pas encore été étudiée avec l'attention qu'elle mérite : aussi les opinions des chirurgiens étaient-elles parfaitement contradictoires; la chose en était à ce point, que M. Green, qui avait suppléé sir Astley, a introduit dans les leçons de l'éminent chirurgien une opinion directement opposée, car il n'admet point avec Cooper que la blennorrhagie puisse déterminer une ophtalmie en dehors de tout contact infectant. Aucun travail suffisant n'avait été publié sur ce sujet avant le *Traité* de M. Lawrence sur les *affections vénériennes des yeux*; dans ce livre, qui a paru en 1830, cent vingt-sept pages sont consacrées à l'étude des trois formes d'ophtalmie blennorrhagique; l'auteur a joint à ses descriptions de nombreuses observations.

Chirurgien distingué, physiologiste éminent, M. Lawrence a plus fait que tous ses prédécesseurs pour élucider cette question obscure, et je ne saurais assez vous recommander la lecture de cette œuvre importante.

On a prétendu que le pus blennorrhagique ne pouvait pas produire d'ophtalmie par le contact direct chez l'individu atteint de chaude-pisse; l'auteur s'élève avec force contre cette assertion, et il cite un grand nombre de faits démonstratifs; je n'ai pas besoin d'ajouter que je suis parfaitement d'accord avec lui sur ce point. Il admet trois espèces d'ophtalmie blennorrhagique : I. Inflammation blennorrhagique aiguë ou purulente de la conjonctive. — II. Inflammation blennorrhagique légère de la conjonctive. — III. Inflammation blennorrhagique des tuniques externes de l'œil et de l'iris.

Vous ne devez pas oublier, messieurs, que cette dernière espèce ne

mérite point la qualification de métastatique ; le plus souvent, en effet, c'est à peine si l'écoulement urétral diminue d'abondance.

Quelques auteurs, parmi lesquels on compte Scarpa, Boyer, Pearson et Beer, nient que le contact direct du pus urétral puisse donner lieu à une ophthalmie purulente grave ; ils prétendent qu'il ne détermine qu'une irritation légère et momentanée. Mais les observateurs plus récents n'ont point admis cette manière de voir.

M. Middlemore résume ainsi cette question :

I. Le mode de production le plus ordinaire de l'ophthalmie blennorrhagique, c'est le contact du pus provenant de l'urètre ou du vagin d'un autre individu, mais non pas du malade lui-même. — II. Il n'est pas probable que le même individu puisse transporter l'affection de son urètre à sa conjonctive, en touchant cette membrane avec le pus blennorrhagique.

Si cette dernière proposition était parfaitement démontrée, je la regarderais comme l'un des résultats les plus curieux des travaux modernes. Mais je dois avouer que je suis loin d'être convaincu de la vérité de cette assertion. Et d'abord, j'ai vu un malade qui avait été atteint d'ophthalmie purulente, très-probablement à la suite du contact du pus de son urètre ; je dis très-probablement, parce qu'il est presque impossible d'arriver ici à une certitude absolue. D'autre part, les expériences de Ricord ont établi que le pus d'un chancre peut produire un autre chancre chez le même individu, et cela avec la plus grande facilité ; ce fait, bien constaté aujourd'hui, autorise à douter de la proposition que je combats.

Le poison de la gale est souvent transporté par les ongles du malade sur différents points de son corps, et les habits portés par un galeux peuvent encore infecter leur propriétaire après guérison (1). Je pourrais vous citer bien d'autres exemples de ce genre, mais je crois en avoir dit assez pour vous montrer que l'analogie ne plaide point en faveur de la proposition de M. Middlemore. Le docteur Vetch « a pris du pus dans les yeux de malades atteints d'ophthalmie purulente, et il a déposé ce liquide dans l'urètre des mêmes individus : il n'a déterminé par là aucun accident. Mais lorsqu'il introduisait ce même liquide dans l'urètre d'un individu sain, il voyait se développer une blennorrhagie violente ; il conclut de là qu'un malade ne peut pas s'infecter lui-même. »

(1) On connaît aujourd'hui le *poison* de la gale ; en conséquence, cette comparaison est sans valeur.

Il y a là, messieurs, une question pratique de la plus haute importance. Si nous adoptons les conclusions du docteur Vetch, nous n'avons pas besoin d'effrayer nos malades en leur parlant des dangers qu'entraîne, pour les yeux, le contact du pus urétral. Mais si le danger est réel, si l'infection est possible, si elle peut causer la perte de l'un ou des deux yeux, je ne me fierai point aux habitudes de propreté des malades, et je leur inspirerai une crainte salutaire en leur faisant connaître les périls auxquels ils sont exposés.

Du reste, on ne peut douter que l'application du pus blennorrhagique sur les yeux ne puisse donner lieu à une ophthalmie purulente des plus graves. M. Lawrence en a cité plusieurs exemples, et j'en ai moi-même observé quelques-uns. Il y a quelques années, j'ai vu une pauvre femme qui s'était servie d'un vase souillé par du pus blennorrhagique, pour laver sa figure et celle de deux de ses enfants. Tous trois eurent une ophthalmie purulente, et deux d'entre eux étaient complètement aveugles lorsqu'ils sortirent de cet hôpital. En résumé, messieurs, je crois pouvoir formuler les conclusions suivantes :

I. Il existe une espèce d'ophthalmie grave qui peut se développer *par l'intermédiaire de l'organisme* (sans contact direct) chez les individus exposés au rhumatisme ou à l'arthrite blennorrhagique. Cette affection frappe la conjonctive, la sclérotique, les membranes internes de l'œil ; elle ressemble à l'ophthalmie goutteuse et rhumatismale.

II. Une autre forme d'ophthalmie est produite par le contact du pus blennorrhagique. Elle est d'une effroyable violence, et elle ressemble parfaitement à l'ophthalmie d'Égypte.

III. Il est probable que le contact d'un pus blennorrhagique, moins pernicieux, peut donner lieu à une troisième forme de conjonctivite qui est beaucoup moins intense. Telle était l'opinion de l'illustre Beer. Il est certain que le liquide recueilli dans la pustule variolique ou dans la vésicule vaccinale, pendant le premier stade de leur évolution, ne communique pas l'infection caractéristique : or, il peut bien se faire que le pus d'une blennorrhagie, à son début ou à son déclin, n'exerce pas sur les yeux la même action que le fluide puriforme sécrété pendant la période d'état. Je me demande cependant si cette conjonctivite bénigne ne pourrait pas être produite *par l'intermédiaire de l'organisme*. Nous avons vu que l'ophthalmie grave et l'arthrite peuvent se développer de cette façon ; il est donc permis de croire que la blennorrhagie peut agir sur l'organisme de façon à donner naissance à une ophthalmie légère qui ne s'accompagne pas d'arthrite.

Le malade dont je vous ai rapporté l'histoire, et qui avait été traité par M. Wardrop pour une de ses ophthalmies, avait eu, à la suite de sa première chaudepisse, un rétrécissement profondément situé dans le canal ; et cependant, en raison de son arthrite, il avait été soumis, dès le début, à un traitement antiphlogistique, à un régime très-peu substantiel, et il avait gardé le lit pendant la plus grande partie du temps. Ce fait, et bien d'autres semblables, que je pourrais vous citer, démontrent que tout ce qui tend à augmenter la durée de l'inflammation urétrale expose aux rétrécissements consécutifs. Si les injections employées mal à propos exaspèrent ou prolongent la blennorrhagie, elles occasionnent, par cela même, des rétrécissements ; mais si elles diminuent ou abrègent l'inflammation, je ne saurais en vérité concevoir comment elles peuvent être la cause de pareilles lésions.

SOIXANTE-TROISIÈME LEÇON.

LA SYPHILIS. — SON TRAITEMENT AVEC ET SANS MERCURE. — RECHERCHES DU DOCTEUR FRICKE (1).

Pathologie et traitement de la syphilis. — Dissidence des praticiens touchant l'emploi du mercure. — Les médecins anglais ont proposé les premiers le traitement non mercuriel. — Rapports des médecins militaires.

Similitude de la cachexie mercurielle et de la syphilitique.

Rapport de Günther sur la pratique du docteur Fricke à Hambourg. — Exposé de la méthode de Fricke. — Sa classification des chancres.

Angine syphilitique. — Éruptions cutanées. — Affections des os.

MESSIEURS,

Depuis l'époque de Hunter, nos médecins les plus éminents se sont occupés de la pathologie et du traitement des affections syphilitiques, et pendant les années qui viennent de s'écouler, l'étude de la vérole a fait d'incontestables progrès, en même temps que la science a subi sur ce point d'importantes modifications. Et pourtant il règne encore aujourd'hui la plus grande incertitude sur la pathogénie et sur le traitement de la syphilis : dans notre ville, par exemple, feu M. Colles et M. Carmichaël professaient des opinions précisément opposées ; et

(1) Dans les leçons qui suivent, Graves n'a point eu pour but d'exposer l'histoire dogmatique et complète de la syphilis ; il s'est simplement proposé d'appeler l'attention sur quelques questions controversées, relatives au traitement de la maladie. Or, malgré les polémiques sans fin auxquelles ce sujet a donné lieu, on n'est point encore arrivé à une solution définitive ; loin de là, la discussion s'est ranimée plus vive que jamais, et depuis quatre ou cinq ans les journaux d'Allemagne, ceux de Vienne et de Berlin en particulier, sont remplis de documents contradictoires.

D'un autre côté, si j'avais tenté de compléter les leçons de Graves et de les mettre

comme ils avaient tous les deux une égale réputation, ils sont devenus les fondateurs des deux écoles rivales. Cette fluctuation doctrinale se retrouve à Londres aussi bien qu'à Dublin; les mêmes dissentiments divisent sur le continent les praticiens de Paris, de Hambourg, de Vienne et de Berlin. Étudiez les méthodes thérapeutiques que mettent en usage les chirurgiens de l'armée anglaise, vous constaterez les mêmes dissensions, et il en résulte que dans un régiment les syphilitiques sont soumis à un traitement complètement opposé à celui qui est en honneur dans le régiment voisin; j'ai eu maintes fois la preuve de ces divergences dans la garnison de Dublin. Les choses vont tout aussi mal dans l'armée prussienne. Écoutez ce que m'écrit l'un des médecins les plus distingués de Berlin, le docteur Robert Froriep: « J'ai profité des vacances pour étudier les rapports médicaux de l'armée; le médecin en chef, le docteur Lohmeier, avait bien voulu m'accorder cette faveur. Il m'est impossible néanmoins de vous aider dans vos recherches: car ces documents ne donnent que des renseignements contradictoires. A côté d'un rapport qui vante le traitement mercuriel, on en trouve un autre qui exalte les avantages de la médication sans mercure; ajoutez à cela que les détails sur les symptômes et sur les résultats du traitement sont trop incomplets pour autoriser une conclusion légitime. »

Dans les leçons qui vont suivre, je ne prétends pas dissiper les ténèbres qui obscurcissent cette question importante, et je ne me présente point comme l'avocat exclusif de l'un ou de l'autre parti. Je suis trop occupé pour pouvoir étudier ce sujet dans tous ses détails, et, sans une étude complète et approfondie, il est téméraire, il est impossible de formuler quelque conclusion. Mon but est plus modeste: je rassemble tout simplement des matériaux qui me viennent, pour la plupart, d'Allemagne: quelques-uns cependant m'appartiennent en propre, et j'espère que tous ces documents pourront être de quelque utilité à ceux qui tenteront d'élucider cette question. Une correspondance très suivie avec les médecins des diverses contrées de l'Europe me montre que la division règne partout, et il en est probablement de même dans l'Amé-

au niveau de nos connaissances actuelles, j'aurais été entraîné beaucoup trop loin, car j'aurais dû passer en revue tout ce qui a été publié sur la matière depuis vingt-cinq ans; souvent même, en raison des oscillations singulières que subit aujourd'hui la doctrine de la syphilis, j'aurais été dans l'impossibilité de conclure; toutes ces considérations m'ont décidé à ne pas annoter ces leçons. D'ailleurs les ouvrages des maîtres sont dans toutes les mains, et je dois me borner à renvoyer aux travaux qui ont illustré dans ces dernières années les écoles de Paris et de Lyon. (Note du Trad.)

rique du Nord ; cependant les journaux du pays nous apprennent que les antimercuristes gagnent chaque jour du terrain. Dans de telles conjonctures, il importe de faire quelques efforts pour sortir du chaos. Si quelque société savante accordait à cette étude toute l'attention qu'elle mérite, elle devrait envoyer des médecins dans les principaux hôpitaux de l'Europe et de l'Amérique, et elle obtiendrait ainsi des renseignements exacts. Jusque-là cette importante question de pratique ne pourra être convenablement résolue, car cette solution n'est possible que lorsque nous pourrons comparer avec certitude les résultats des deux méthodes opposées, dans les divers climats et sur les diverses races de l'espèce humaine.

Tous les écrivains du continent accordent aux médecins anglais l'honneur d'avoir fait connaître, les premiers, les avantages du traitement sans mercure dans un grand nombre de cas où les mercuriaux étaient regardés comme indispensables. Matthias mérite les plus grands éloges pour avoir su distinguer, avec un talent des plus remarquables, les effets constitutionnels du mercure et les symptômes de l'intoxication syphilitique. Néanmoins c'est M. Carmichaël (de Dublin) qui, le premier, a réellement élucidé cette question ; il a posé avec une clarté toute scientifique les indications et les contre-indications des mercuriaux. M. Green (de Bristol) a publié, dans le second volume des *Transactions of the provincial, medical and chirurgical Association*, un excellent résumé historique sur le traitement *anhydrargyrique* (1), et il a fait connaître plusieurs faits intéressants qu'il a observés lui-même ; il est arrivé à ces conclusions : les affections syphilitiques (à l'exception de l'iritis), sous toutes leurs formes et à toutes leurs périodes peuvent être plus complètement et plus rapidement guéries sans mercure. Dans certains cas, non-seulement le mercure est impuissant à amener la guérison, mais il aggrave les accidents : donc il n'est point un spécifique. Certains accidents qui ont été considérés jusqu'ici comme des symptômes de syphilis secondaire grave, ne sont autre chose que le résultat du traitement mercuriel.

Le docteur Thompson (d'Édimbourg) est un défenseur ardent du traitement anhydrargyrique, et il appuie ses assertions sur 400 cas qui ont été traités sans mercure. M. Abernethy prétendait qu'on peut distinguer la vérole véritable de la pseudo-syphilis, parce que la première

(1) On excusera, je l'espère, ce néologisme qui n'a d'autre but que d'éviter la monotonie des répétitions.

(Note du TRAD.)

exige les mercuriaux pour sa guérison ; mais M. Green pense que cette opinion est complètement erronée. M. Rose, chirurgien des Gardes, dit avoir guéri sans mercure tous les ulcères des organes génitaux, ainsi que les accidents constitutionnels auxquels ils donnent lieu. Sur 120 cas, il n'a pas eu un seul insuccès.

M. Guthrie a guéri, sans avoir recours au mercure, près de 100 ulcères primitifs ; il regarde comme définitivement démontrée la proposition suivante : Toutes les espèces d'ulcérations des organes génitaux sont curables sans mercure. Il reconnaît pourtant que, dans certains cas, un léger traitement mercuriel hâtera la guérison ; mais il ne voit pas, dans le mercure, le spécifique de la vérole.

Le docteur Thompson fait remarquer qu'il n'a observé, chez aucun de ses malades traités sans mercure, ces ulcérations profondes de la peau, de la gorge, de la bouche ou du nez, ces affections douloureuses des os que tous les écrivains spéciaux ont rapportées à la syphilis. Sur 154 malades qu'il a soumis au traitement non mercuriel, un seul a été atteint d'iritis. Sur 417 cas traités de la même façon par le docteur Hennen, l'iris n'a été pris que deux fois. Le même observateur a traité sans mercure 105 individus atteints d'ulcérations primitives ; 11 seulement ont eu des accidents secondaires ; tous ont guéri sans avoir pris de préparation mercurielle, à l'exception d'un seul, chez qui la maladie était tout à fait anormale.

Le rapport médical de l'armée nous apprend que, du mois de décembre 1816 au mois de décembre 1818, 1940 individus ont été traités pour des ulcérations primitives du pénis ; dans ce nombre sont compris non-seulement les ulcérations simples, mais aussi les chancres syphilitiques de Hunter. Sur ces 1940 malades, 96 ont eu des symptômes secondaires, et, sur ce chiffre de 96, 12 ont pris du mercure pour des motifs consignés dans le rapport. Parmi les 1940 individus atteints d'ulcérations primitives, 65 ont été soumis à un traitement mercuriel. Si donc nous retranchons du total les nombres 65 et 12, il nous restera 1863 cas dans lesquels la guérison a été *complète sans mercure*. La durée moyenne du traitement non mercuriel pour les symptômes primitifs a été de 21 jours lorsqu'il n'y avait pas de bubons ; dans le cas contraire, elle a été de 45 jours. La durée du traitement des accidents secondaires sans mercure a varié de 28 à 45 jours. A la même époque, 2827 individus atteints de symptômes primitifs ont été traités avec le mercure ; 51 d'entre eux ont eu des accidents secondaires. Les lésions primitives ont été guéries en 33 jours lorsqu'il n'y avait pas de

bubons, en 50 jours dans le cas contraire. La guérison des accidents secondaires a exigé un traitement de 45 jours.

M. Green a traité 100 malades sans employer le mercure ni à l'intérieur ni à l'extérieur. Les ulcérations primitives étaient pansées avec des liquides sédatifs ou astringents, ou avec une pommade simple; notez que toutes ces ulcérations présentaient quelques-uns des caractères du véritable chancre huntérien; le travail de cicatrisation a exigé de 14 à 30 jours. Un de ces chancres résista à tous les traitements pendant quatre mois. Le malade fut alors envoyé aux bains de mer, et l'ulcération guérit au bout de trois semaines. Sur ces 100 individus, 16 eurent des bubons, mais ceux-ci ne suppurèrent que chez 6. Dans neuf cas, on vit survenir des accidents constitutionnels. Les éruptions cutanées ont été papuleuses dans trois cas, pustuleuses dans deux, vésiculeuses dans un, vésiculeuses et squameuses dans deux. Ces éruptions étaient ordinairement accompagnées, à leur début, de douleurs dans les membres et d'une fièvre plus ou moins intense. Chez un des malades, les pustules étaient parfaitement semblables à celles de la variole; c'est chez les individus robustes que M. Green a observé cette forme spéciale. Les syphilides papuleuses et squameuses se montraient chez les sujets affaiblis, et elles étaient extrêmement rebelles. Chez 4 malades, la gorge a été touchée; trois d'entre eux avaient des éruptions. La périostite survint dans deux cas, elle céda aux révulsifs; il n'y eut pas un seul fait d'iritis.

M. Green pense que le mercure doit être complètement laissé de côté dans le traitement des accidents *primitifs*; mais il ajoute qu'il faut parfois y avoir recours contre les symptômes *secondaires*. L'étude comparative de tous ces faits nous montre que les accidents primitifs guérissent plus rapidement sans mercure. D'après les rapports médicaux de l'armée, les symptômes secondaires sont plus fréquents lorsqu'on n'a pas donné de mercuriaux; mais ils sont moins sévères que si le malade a été soumis à un traitement hydrargyrique. Selon M. Green, la lenteur de la marche des accidents, la tendance à la chronicité, sont les indications de la médication mercurielle; il a vu très-souvent les ulcérations superficielles des amygdales se transformer, sous l'influence du mercure, en ulcères profonds.

Il est un fait incontestable, c'est que le mercure, administré à un individu bien portant, mine peu à peu sa constitution et détruit sa santé. Les ouvriers qui travaillent dans les mines de vif-argent nous donnent une lamentable démonstration de cette vérité, et, chose bien

remarquable, la *cachexie mercurielle* ainsi produite ressemble, sous beaucoup de rapports, à la *cachexie syphilitique*. Amaigrissement, sueurs nocturnes, douleurs ostéocopes, nodosités et carie des os, éruptions et ulcères cutanés, rougeurs et ulcérations de la gorge, perte d'appétit, affaiblissement progressif, voilà tout autant de caractères communs. Je ne nie point qu'un observateur expérimenté ne puisse distinguer entre elles ces deux cachexies, lorsqu'elles sont nettement accusées et *isolées*; mais il en est tout autrement lorsqu'elles coexistent chez le même individu, car alors elles se modifient profondément l'une l'autre. C'est la présence de ces deux cachexies, surtout chez les individus débiles, scrofuleux ou scorbutiques, qui détermine cette interminable série de maux que nous ne voyons que trop souvent se dérouler sous nos yeux. Vous pouvez vous convaincre, par l'étude des auteurs, des funestes effets du mercure. Le docteur Hennen a traité cette question avec une remarquable clarté; voici l'une de ses conclusions: « Le plus terrible des effets du mercure est le travail phagédénique qu'il détermine souvent sur les chancres et sur les bubons ouverts; il donne lieu en outre à des ulcérations envahissantes et rebelles, et cela sur des points où les téguments étaient intacts. C'est encore lui qui produit dans la gorge les ulcères les plus graves; il attaque également les gencives et la voûte palatine; il aggrave enfin les éruptions papuleuses et autres, qui constituent les accidents secondaires de la maladie, et il transforme en surfaces ulcérées les points des téguments qui en sont le siège. Depuis que j'ai adopté le traitement sans mercure, je n'ai pas vu à l'hôpital militaire un seul exemple d'ulcération succédant à une éruption cutanée. »

L'exemple des médecins anglais fut bientôt suivi sur le continent, et l'on publia, en France, un grand nombre de rapports qui faisaient connaître les succès du traitement anhydrargyrique. Quelques-uns de ces documents ont été publiés par les journaux anglais et les plus importants ont été cités par M. Carmichaël dans son mémoire (*Dublin medical Journal*, XII). Comme vous pouvez tous prendre connaissance des publications françaises, je ne vous en parlerai pas davantage, et je vais vous traduire quelques travaux allemands qui sont d'une haute importance; malheureusement il est fort difficile de se les procurer, et ils ne peuvent être compris sans une étude approfondie de la langue et de la pharmacopée allemandes.

Le premier de ces documents est, à mes yeux, d'une valeur considérable: car j'ai suivi, j'ai observé moi-même les résultats du traite-

ment dans le magnifique hôpital de Hambourg ; c'était dans le service d'un chirurgien fort habile, le docteur Fricke. Son second, le docteur Günther, recueillait toutes les observations ; il les dépouillait ensuite et dressait des tableaux. Pour moi, je dois me borner à vous faire connaître la méthode de traitement qui était suivie, et les conclusions générales de l'auteur. L'œuvre originale renferme un grand nombre d'observations ; ce sont des exemples de chacune des formes d'accidents primitifs et d'accidents secondaires. Les détails du traitement sont aussi circonstanciés que possible. Comme cette question du traitement de la vérole sans mercure intéressait vivement tous les médecins de l'Allemagne, tous ceux de la ville de Hambourg suivaient avec une scrupuleuse attention ces remarquables expériences, et un grand nombre étaient accourus des différentes contrées de la Germanie. Quant à l'exactitude des faits consignés par les docteurs Fricke et Günther dans leur travail, je puis m'en porter garant ; j'y suis autorisé par ce que j'ai observé moi-même, et par ce que m'ont dit le docteur Oppenheim et plusieurs autres médecins.

Je vais vous lire tout d'abord un extrait de l'œuvre de Fricke, puis je vous ferai connaître les renseignements que l'auteur m'a communiqués plus récemment. Voici le rapport du docteur Gunther sur le traitement de la syphilis pendant 1824, 1825, 1826 et 1827 :

« Le traitement de la syphilis, dans notre hôpital, a eu deux phases bien distinctes : pendant la première, le mercure a été la base de la médication ; pendant la seconde, nous avons mis exclusivement en œuvre le traitement non mercuriel. La première période comprend, pour les hommes, un espace de dix-huit mois et demi (de janvier 1824 à juillet 1825) ; pour les femmes, cette même période a été de vingt-deux mois (de janvier 1824 à octobre 1825). La deuxième époque a été, pour les hommes, de deux ans et cinq mois et demi ; pour les femmes, elle a duré deux années et un peu plus de deux mois.

PREMIÈRE PÉRIODE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LE MERCURE.

« Je vais exposer ici les principaux résultats de ce mode de traitement ; je n'entrerai point dans des détails circonstanciés qui ne peuvent être utiles que pour une étude comparative. Les tableaux ci-joints font connaître les formes morbides qui ont été observées durant cette première période ; du premier coup d'œil on peut constater une grande

différence entre cette époque et la suivante ; les accidents déterminés par la syphilis ont été beaucoup plus graves dans la première période. Alors en effet les douleurs nocturnes, les caries osseuses, les éruptions généralisées et rebelles, l'infection générale, la cachexie syphilitique, etc., ont été du nombre des phénomènes ordinaires ; toutes ces manifestations ont été rares au contraire pendant la deuxième époque, et elles ne se sont montrées que chez les individus qui avaient été soumis à un traitement mercuriel prolongé.

« Si nous étudions les divers accidents qui se sont développés chez un même malade, pendant notre première période, nous constaterons souvent une gradation défavorable : ainsi, après des ulcérations superficielles des organes génitaux, après des bubons, nous trouverons des ulcères de la gorge, des éruptions cutanées très-étendues, donnant souvent lieu à des ulcérations ; puis des douleurs nocturnes, des exostoses, des caries, de l'alopecie, et enfin la cachexie syphilitique, l'intoxication incurable avec son funeste cortège, la consommation, l'amaigrissement et l'hydropisie.

« Le traitement mis en usage pendant cette première période était variable ; il était subordonné aux indications de chaque cas particulier. Aucune préparation mercurielle n'était l'objet d'une prédilection exclusive. On donnait souvent le mercure soluble de Hahnemann (1) à la dose de 2 grains (12 centigrammes) par jour ; dans un grand nombre de cas, le calomel a été administré à la même dose. Le sublimé corrosif était donné en solution (3 grains pour 6 onces) ; on en faisait prendre trois cuillerées à bouche par jour avec un peu d'opium, ou avec de la décoction de colombo. Dans les cas rebelles, on prescrivait alternativement le calomel et le sublimé à la dose que je viens d'indiquer ; cette médication était regardée comme très-puissante et très-efficace. Chez un malade, le calomel a été administré en beaucoup plus grande quantité (10 grains) : 33 individus ont été traités par les frictions hydrargyriques, à la manière de Rust. Ce dernier moyen, qui a été employé chez 13 femmes, n'était mis en usage que dans les formes graves et

(1) C'est le précipité noir qu'on obtient en versant lentement dans le protonitrate acide de mercure quelques gouttes d'ammoniaque peu concentrée. Ce précipité noir est un protonitrate ammoniaco-mercuriel (Trousseau et Pidoux). D'après Virey, c'est un sous-nitrate ammoniaco-mercuriel. M. Guibourt fait remarquer qu'il ne doit pas contenir de mercure métallique, à moins qu'on n'ait employé un excès d'ammoniaque qui a mis à nu l'oxyde mercuriel. Dans ce cas, il y a dans le mercure précipité, outre le mercure métallique, de l'ammoniaque de bioxyde mercuriel. (Note du TRAD.)

généralisées de la maladie. Lorsque la syphilis était accompagnée de phénomènes inflammatoires bien évidents, nous faisons toujours précéder l'administration du mercure d'un traitement antiphlogistique.

« L'examen de nos tableaux montre une différence remarquable entre les deux périodes, au point de vue de la durée du traitement. J'ai pris la moyenne des séjours à l'hôpital pour les malades syphilitiques, aussi bien que pour les autres, et j'ai joint ces chiffres à nos tables. Il est difficile d'établir avec ces données une relation proportionnelle constante, parce qu'on ne peut déduire une loi générale d'un petit nombre de faits ; mais l'étude comparative de ces résultats permet de saisir une différence, qui est toute en faveur du traitement non mercuriel.

Pour ce qui est de la solidité des guérisons obtenues au moyen du mercure, nous pouvons dire, avec tous ceux de nos collègues qui étaient dégagés de toute idée préconçue, que la syphilis s'est montrée très-souvent dans sa forme secondaire, après le traitement mercuriel le plus judicieux ; et cependant on avait apporté le plus grand soin dans le choix des préparations, le régime avait été l'objet d'une attention toute particulière : bref, toutes les mesures avaient été prises pour empêcher le développement ultérieur des accidents. Sur 573 individus qui ont été traités pendant notre première période, 165 (c'est-à-dire près d'un tiers) ont été atteints d'accidents secondaires. Tous ces malades avaient pris du mercure à l'époque des accidents primitifs ; je dois ajouter toutefois que nous n'avons soigné nous-même que le plus petit nombre d'entre eux. Quant aux syphilitiques de notre deuxième période, qui ont eu des symptômes secondaires, la plupart d'entre eux avaient pris antérieurement du mercure. Bien des individus chez lesquels on croyait la maladie complètement déracinée sont revenus à l'hôpital avec une carie des os de la face ; il en était surtout ainsi après l'usage des frictions mercurielles. Quelques-uns de ceux-là ont fini par guérir sans mercure, d'autres sont encore en traitement.

« Nous avons eu l'occasion de pratiquer l'autopsie de quelques individus morts en pleine salivation ; ils avaient été soumis à des frictions mercurielles ; or, nous n'avons constaté aucune augmentation de volume des glandes parotides, sublinguales ou pancréatiques ; cependant elles étaient légèrement indurées, et elles exhalaient à la coupe l'odeur désagréable qui caractérise le ptyalisme hydrargyrique. Dans un seul cas, les glandes sous-maxillaires ont été trouvées volumineuses, mais, sauf un peu d'induration, elles étaient d'ailleurs parfaitement normales. Nous avons fait bouillir pendant une heure, dans de l'eau quelques

fragments du tibia et du fémur (la tête, le col et le trochanter) d'une jeune femme, qui avait pris une grande quantité de mercure et qui était morte vingt-deux jours après un traitement prolongé par les frictions : après l'ébullition, nous avons trouvé un peu plus d'une demi-drachme de mercure (2 grammes). Dans deux ou trois autres expériences semblables, nous n'avons eu que des résultats négatifs ; mais il est vrai de dire que les malades n'avaient pas pris une aussi grande quantité d'hydrargyre.

DEUXIÈME PÉRIODE.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS SANS MERCURE.

« Lorsque le docteur Fricke a introduit cette méthode de traitement dans notre hôpital, il n'y a soumis d'abord qu'un petit nombre de malades, et il a choisi de préférence ceux dont les intérêts n'exigeaient pas une guérison rapide (1). Lorsqu'il eut constaté, contre son attente, que la maladie guérissait ainsi plus promptement, et que les rechutes étaient moins nombreuses et plus légères, il généralisa sa méthode, en y introduisant quelques modifications commandées par l'expérience.

» Aujourd'hui (février 1828) cette révolution thérapeutique a déjà deux ans et demi de date, et la nouvelle médication a été heureusement appliquée à plus de mille malades ; les résultats en ont été si favorables, qu'il n'y a aucune raison pour revenir aux anciens errements. Comme je l'ai dit déjà, la guérison est plus rapide, et les malades quittent l'hôpital dans un état beaucoup plus satisfaisant ; ajoutez à cela qu'ils échappent à tous les inconvénients de la salivation mercurielle. Autrefois il était impossible, malgré les soins les plus attentifs, de chasser l'odeur nauséabonde qui empestait les salles des syphilitiques ; on ne réussissait pas mieux à maintenir les chambres et les lits dans un état de propreté convenable ; l'air était empoisonné par l'horrible odeur de la salivation et des caries ; la saleté la plus infecte était la caractéristique la plus constante de tous les services de vénériens. Aujourd'hui, on ne retrouve plus la moindre odeur dans des salles qui contiennent cependant 60, 70, et quelquefois 100 malades ; nos services de syphilitiques rivalisent avec les autres parties de notre hôpital pour la propreté et la pureté de l'air. D'un autre côté, la vérole semble devenir graduellement plus

(1) Il y a évidemment ici une erreur typographique ; le texte porte : *ceux dont les intérêts exigeaient une guérison rapide* ; ce qui serait une contradiction absolue avec la phrase suivante.

(Note du Trad.)

bénigne, tout au moins ne voyons-nous plus ces formes graves que nous observions par le passé. Nos salles sont ouvertes à tous les médecins, et chacun d'eux peut constater par lui-même la vérité de ces assertions.

« Grâce à la surveillance rigoureuse que la police exerce sur les prostituées, grâce au zèle et à l'expérience des médecins qui sont chargés de les visiter, nous pouvons avoir des données certaines et précises sur leurs maladies, d'autant mieux que ces femmes sont obligées de venir à l'hôpital pour toutes les affections dont elles peuvent être atteintes. Celles qui habitent dans la ville, et ce sont les trois quarts d'entre elles, relèvent de la juridiction de Hambourg, et comme celles des faubourgs, elles sont visitées deux fois par semaine, par deux chirurgiens désignés par le gouvernement. A chacune de ces visites, ces femmes apportent avec elles un livret, sur lequel on consigne l'état de leur santé. Dès qu'elles sont reconnues malades, on les envoie à l'hôpital. Malheureusement, un pareil contrôle n'existe pas pour les hommes. Un grand nombre de ceux que nous soignons finissent par quitter Hambourg ; d'autres, lorsqu'ils subissent une seconde infection, ou lorsqu'ils se voient atteints d'accidents secondaires, ne reviennent pas vers nous ; ils vont consulter d'autres médecins de cette ville, et ils sont généralement alors traités par le mercure. Aussi les résultats du traitement sont-ils souvent incertains et indéterminés. Il est d'autres malades qui, une fois guéris, ne tiennent pas la promesse qu'ils nous avaient faite de revenir nous voir. Quelques-uns enfin perdent patience, et quittent l'hôpital avant la fin du traitement. Je dois dire que cela n'est pas arrivé depuis six mois. Toutes ces circonstances entravent singulièrement les recherches pour chaque cas particulier. Nous avons cependant un certain nombre de malades du sexe masculin qui sont continuellement en observation.

TRAITEMENT GÉNÉRAL.

« Nous nous sommes attachés à remplir quatre conditions : propreté, — repos, — régime sévère, — traitement antiplogistique.

« Sans la première de ces conditions, vous ne pouvez espérer une guérison satisfaisante et rapide ; plusieurs malades ont été guéris par l'emploi des bains chauds et des ablutions. L'omission de cette précaution a suffi, dans bon nombre de cas, pour faire naître ou pour aggraver les accidents. A leur entrée dans notre service, tous les syphilitiques, à moins qu'ils ne soient dans un état de propreté parfaite, prennent un bain chaud. Il est à remarquer que cette mesure est rarement néces-

saire chez les femmes, tandis qu'elle l'est presque toujours chez les hommes. Nous faisons faire en outre, plusieurs fois par jour, des lotions avec de l'eau chaude sur les organes affectés. Ici encore ma remarque sur la propreté naturelle aux femmes trouve son application. On prend soin de laver et d'arroser avec de l'eau chaude tous les points du corps qui présentent des ulcérations, des condylomes et des éruptions; on fait de même pour le gland et le prépuce dans la gonorrhée, on n'y laisse jamais séjourner le pus ou le mucus; on fait au besoin des injections chaudes dans les os cariés. Il importe en outre d'empêcher le contact des ulcérations, des chancres, etc., avec les surfaces saines; ce contact est surtout à craindre entre les caroncules myrtiformes et les nymphes, entre les grandes lèvres, entre le testicule et la partie supérieure des cuisses; sans cette précaution, non-seulement les parties saines s'excorient et s'ulcèrent à leur tour, mais la lésion primitive devient plus difficile à guérir, elle s'aggrave indubitablement. Nous prévenons également la stagnation du pus blennorrhagique ou chancreux dans les angles et les replis des organes génitaux; le contact de ces liquides détermine en effet des excoriations, des éruptions diverses, et des condylomes. Pour mettre nos malades à l'abri de ce danger, nous plaçons dans tous les angles, dans tous les replis, des morceaux de toile ou de la charpie, que nous imbibons d'eau de source, d'eau blanche ou d'eau noire (1); nous renouvelons ce pansement trois ou quatre fois par jour, et plus souvent encore, si cela est nécessaire. Ces soins ne sont pas moins utiles après la guérison, car les cicatrices peuvent s'ulcérer, si elles ne sont pas maintenues dans un état de propreté parfaite. Nous en avons eu souvent la preuve: des malades qui avaient été renvoyés guéris nous revenaient, au bout de quelque temps, pour

(1) *Eau phagédénique noire* (eau noire allemande).

℥ Calomel.	4 grammes.
Eau de chaux.	375
Opium pulvérisé.	2

Agitez chaque fois avant l'usage.

Cette formule est celle qui est consignée dans l'*Officine* de Dorvault; MM. Trousseau et Pidoux donnent à l'eau noire une autre composition:

Mercure doux à la vapeur.	5 centigrammes.
Eau de chaux.	32 grammes.
Mêlez.	(Note du TRAD.)

des accidents de ce genre, et ils guérissaient de nouveau, grâce aux précautions que j'ai indiquées.

« *Le repos* est une condition nécessaire, surtout pendant la première période, et lorsque la maladie présente une forme inflammatoire. Aussi tous nos malades, à leur entrée à l'hôpital, étaient-ils tenus au lit. Cette règle était rigoureusement appliquée aux femmes jusqu'à complète guérison ; en revanche, nous nous trouvions très-bien de laisser nos hommes se lever pendant la dernière période de leur traitement ; un exercice modéré leur était surtout avantageux, lorsque le travail de cicatrisation d'un chancre ou d'un bubon venait à s'arrêter. La principale raison de cette différence dans le mode de traitement des malades des deux sexes, c'est que chez les femmes il est beaucoup plus difficile de préserver les parties malades du frottement et de la stagnation du pus, des mucosités, etc. Nous permettions aux femmes enceintes de marcher un peu dans la salle.

« *Régime.* — Au début, chaque malade recevait tous les jours, à midi, 4 onces de pain, 3 pintes (1425 grammes) d'eau de gruau, et six cuillerées de végétaux cuits ; ces derniers variaient selon les saisons. Nous interdisions la bière, l'eau-de-vie et l'eau ; la boisson ordinaire était de l'eau de gruau légère. Dès que les caractères spécifiques des ulcérations devenaient moins accusés, dès que nous constations une amélioration réelle, nous accordions graduellement un régime plus substantiel, en nous réglant d'ailleurs sur la constitution et sur les besoins du malade ; enfin, si cette amélioration persistait, nous donnions de la viande. Nous ne nous sommes départis de cette règle que pour les individus très-débilisés, et pour ceux qui avaient été affaiblis par un traitement mercuriel antérieur ; nous leur prescrivions dès le commencement un régime fortifiant. Pour les femmes, qui restaient rarement dans l'hôpital plus de trois ou quatre semaines (quelques-unes même sortaient au bout de quinze jours), et qui, d'ailleurs, n'ont pas besoin d'une nourriture aussi substantielle que les hommes, nous ne changions ordinairement rien au régime des premiers jours jusqu'à la fin du traitement. L'alimentation des hommes était généralement modifiée quinze jours ou trois semaines après que les accidents avaient commencé à s'amender. Les malades qui sortaient de l'hôpital après un long séjour avaient toute l'apparence d'individus en parfaite santé, et, s'ils n'avaient pas été soumis à une diète trop prolongée, ils n'avaient rien perdu de leurs forces physiques.

« *La médication* proprement dite n'était point compliquée, et elle a

encore été simplifiée tout récemment. Au commencement, nous faisons tirer 8, 10 et 12 onces de sang à tous les malades, hommes ou femmes, qui étaient en état de tolérer cette spoliation. Mais bientôt l'expérience nous a appris que dans la plupart des cas on peut se dispenser de la saignée générale, et que l'on peut obtenir les mêmes résultats en aussi peu de temps, en se conformant aux préceptes que nous avons formulés. Aussi réservons-nous aujourd'hui la saignée pour les malades qui sont réellement pléthoriques, ou qui présentent une violente inflammation locale ; c'est assez dire que nous avons rarement recours à ce moyen. Parfois, cependant, nous prescrivons la saignée dans la syphilis secondaire, surtout lorsque les accidents se sont développés après un traitement non mercuriel. Dans certaines formes particulières, nous employons aussi les sangsues. Nous commençons ordinairement notre traitement par la mixture suivante :

℞ Sulphatis magnesiæ.	℥ j ss.
Aquæ fœniculi.	f. ℥ viij.

Misce (1).

« On en donne une cuillerée à bouche trois fois par jour, ou même plus souvent. Notre but est de déterminer d'abord plusieurs selles, puis une évacuation tous les jours qui suivent. Dans quelques cas, un amas de bile (*a collection of bile*) dans les premières voies nécessitait l'administration d'un émétique ; cette complication survenait quelquefois par suite de l'usage longtemps prolongé de la mixture. Chez les femmes grosses, nous ne donnions que la dose nécessaire, pour maintenir le ventre libre. Dans la syphilis secondaire nous prescrivions aussi la décoction des bois et l'acide nitrique. Lorsque les malades avaient pris pendant longtemps la potion laxative à hautes doses, ils présentaient parfois, à la face interne de la lèvre supérieure et sur la muqueuse des joues, des excoriations aphtheuses de forme circulaire, de 3 à 4 lignes de diamètre ; elles avaient une apparence *floconneuse* ; elles étaient douloureuses, les bords en étaient légèrement tuméfiés. Ces ulcérations étaient souvent accompagnées de petites eschares aux commissures labiales ; ces eschares étaient assez semblables à une couche de suif. Ces lésions

(1)	℞ Sulfate de magnésie.	16 grammes.
	Eau de fenouil.	192
Mêlez.		(Note du TRAD.)

se développaient surtout chez les sujets scorbutiques et scrofuleux ; elles étaient parfois très-persistantes ; il fallait suspendre l'usage de la potion purgative, prescrire des gargarismes acides ou astringents, et toucher les surfaces avec une solution caustique.

« Dans quelques cas, nous avons constaté, après l'usage de l'acide nitrique, une salivation assez abondante. Lorsque les malades avaient pris pendant un certain temps la décoction des bois, nous observions souvent une augmentation dans la transpiration cutanée ou dans la sécrétion salivaire. Nous donnions l'acide nitrique sous cette forme :

℞ Acidi nitrici.	f. ʒ ss.
Sirupi simplicis.	f. ʒ j.
Decocti avenæ.	f. ʒ xij.

Misce (1).

« La dose était une cuillerée à bouche toutes les deux heures, et quelquefois toutes les heures. La décoction des bois était administrée à la dose de 8 à 12 onces par jour. Nous prescrivions des bains savonneux, soit comme mesure de propreté, soit contre certaines éruptions. Dans d'autres cas, nous ordonnions des bains contenant de muriate de soude, ou des acides minéraux ou du sublimé. Contre les douleurs ostéocopes, nous avons recours à des bains additionnés d'une certaine quantité de potasse caustique. Nous employions enfin des liquides très-variés pour humecter la charpie et les pièces du pansement,

CHANCRES DES ORGANES GÉNITAUX.

« Les chancres diffèrent des excoriations par leur base excavée et par leurs bords taillés à pic.

« Nous avons observé sept espèces de chancres ; elles diffèrent entre elles par leurs caractères extérieurs, par leur gravité et leur étendue, et par le mode de traitement qu'elles exigent.

« *Première espèce.* — Chancres à fond net et de couleur ordinairement cuivrée ; le fond est plus déprimé que les bords ; ceux-ci sont taillés à pic, mais ils ne sont pas élevés au-dessus de l'épiderme. Diamètre de

(1)	℞ Acide nitrique.	3 grammes.
	Sirop simple.	24
	Décoction d'avoine.	288
Mêlez.		(Note du TRAD.)

1 à 4 ou 6 lignes (2 à 8 ou 12 millimètres). Cette variété de chancre succède à la troisième espèce d'excoriation.

« *Deuxième espèce.* — Chancres à base cendrée et ordinairement molle; le fond est plus déprimé que les bords; ceux-ci sont abrupts, mais ils ne sont pas élevés au-dessus de l'épiderme. Diamètre de 1 ligne à 1 ou 2 pouces (2 à 25 ou 50 millimètres).

« *Troisième espèce.* — Chancres à base cendrée et ordinairement indurée; le fond est déprimé, les bords sont taillés à pic, dentelés, renversés en dehors; ils sont élevés au-dessus de l'épiderme, ils sont souvent enflammés et d'une couleur rouge sombre. Diamètre de 1 à 4 ou 5 lignes (2 à 8 ou 10 millimètres). Chancre huntérien.

« *Quatrième espèce.* — Chancres à fond déprimé, recouvert d'une matière gris verdâtre, visqueuse, adhérente. Le fond est inégal; sur certains points, il est très-excavé; sur d'autres, il est superficiel. Les bords sont abrupts, élevés au-dessus de l'épiderme, ils sont renversés en dehors, ils présentent souvent des taches d'un noir livide (taches gangréneuses); la circonférence du chancre est enflammée. Diamètre de 3 ou 4 lignes à 1 ou 2 pouces (6 ou 8 à 25 ou 50 millimètres). Ces chancres sont toujours compliqués de la destruction des tissus voisins dans une grande étendue. Chancre phagédénique de Carmichaël.

« *Cinquième espèce.* — Le fond est à peine au-dessous du niveau de l'épiderme, mais il est plus déprimé que les bords; ceux-ci s'élèvent au-dessus de la base de l'ulcération et au-dessus de l'épiderme; ils ne sont pas taillés à pic, ils se continuent insensiblement avec le fond, qui est entouré comme d'un rempart. En général, le fond ne présente pas la couleur cendrée; il est le plus ordinairement d'un rouge pâle, sans aucune apparence de granulation. Ces chancres donnent ordinairement lieu à une sécrétion abondante, et ils déterminent ainsi très-facilement des excoriations de la première espèce sur les parties voisines. Y compris leurs bords, ils ont généralement de 4 à 6 lignes de diamètre; ils sont très-souvent recouverts de croûtes. (Transition au condylome semi-globuleux.)

« *Sixième espèce.* — Le fond de l'ulcération est plus élevé que l'épiderme; il est spongieux et présente une couleur d'un rouge bleuâtre; les bords ne sont pas nettement distincts, les téguments voisins ne sont pas enflammés.

« *Septième espèce.* — Chancres hémorroïdaux. Excoriations sur des tumeurs hémorroïdales dures avec un fond blanchâtre qui n'a pas la coloration cendrée. Les tumeurs elles-mêmes étaient plates, déprimées

et couvertes de fissures; elles présentaient souvent des excavations à fond cendré, à bords rouges. Ces chancres étaient extrêmement douloureux; ils fournissaient une abondante sécrétion. (Transition au condylome quadrangulaire.)

« Sous l'influence du défaut de soins, d'un régime peu convenable, des fatigues corporelles ou de la saleté, nous avons vu souvent les chancres de la première espèce se transformer en ulcérations de la deuxième, de la troisième et de la quatrième espèce; nous avons très-rarement observé les chancres de la quatrième forme chez les femmes, sauf chez quelques servantes, qui portaient depuis longtemps des ulcérations pour lesquelles elles ne s'étaient pas fait soigner. Chez les hommes, nous les avons surtout rencontrés derrière la couronne du gland. Le passage de la première espèce aux autres formes était parfois très-lent; mais, dans quelques cas, il s'effectuait avec une grande rapidité. Nous avons observé, chez trois femmes, des ulcérations causées par le sublimé, et, chez deux hommes, nous avons vu la pierre infernale déterminer les mêmes accidents. Toutes ces ulcérations ressemblaient aux chancres de la troisième espèce.

Les chancres des quatre premières espèces se formaient de trois façons différentes. On voyait apparaître sur la peau, saine ou enflammée, une vésicule bien connue de tous les médecins; cette vésicule était remplie d'un liquide clair et pâle; puis les téguments s'enflammaient tout autour, la sérosité devenait purulente, la vésicule éclatait: ainsi se trouvait constitué un chancre de la première espèce. Au bout de vingt-quatre ou quarante-huit heures il était transformé en ulcération de la deuxième espèce; puis, sous l'influence des circonstances défavorables que j'ai mentionnées, il prenait les caractères des chancres de la troisième ou de la quatrième forme. Nous avons très-fréquemment observé ce mode de formation chez les hommes, surtout pour les chancres du gland; nous ne l'avons vu que très-rarement chez les femmes.

« Dans un second processus morbide, on voyait des excoriations (notamment celles de la troisième espèce) donner lieu à des chancres de la première forme; ceux-ci gardaient définitivement ces caractères, ou bien ils passaient à l'une des trois formes suivantes. Cette transformation était ordinairement très-lente. Quelquefois cependant, lorsqu'une légère excoriation de la troisième espèce avait été négligée par le malade avant son entrée à l'hôpital, elle prenait, dans l'espace de trois ou quatre jours, tous les caractères du chancre phagédénique de

M. Carmichaël. Ce mode d'origine était fréquent pour les chancres situés derrière le gland ; mais nous l'avons observé dans les deux sexes.

« Dans le troisième mode de formation, les chancres avaient pour point de départ les follicules muqueux de la face interne des petites lèvres ; les orifices de ces glandes sont parfaitement distincts, surtout chez les jeunes femmes. Ces petits follicules s'enflammaient, et leurs orifices se fermaient ; le pus s'accumulait dans la cavité glandulaire, et il se formait ainsi des abcès. Lorsque le liquide purulent arrivait à l'extérieur, soit en traversant l'orifice naturel, soit après la rupture des parois de l'abcès, on voyait naître des chancres qui étaient ordinairement de la seconde espèce. Ainsi se développaient des ulcérations chancreuses et fistuleuses qui, en raison de leur petite dimension et de leur situation profonde, échappaient très-souvent à un œil inexpérimenté. Nous avons vu souvent, chez les filles publiques, des ulcérations qui occupaient toujours exactement le même siège. Un examen attentif montrait qu'il y avait là un follicule fistuleux ; si on le détruisait avec le caustique, ce travail ulcératif cessait ; ces ulcères fistuleux avaient l'apparence d'un petit follicule transparent, d'un rouge sombre ; cette teinte était plus foncée que celle des tissus sains du voisinage. Ces ulcères fistuleux présentaient à leur centre un petit orifice par lequel la pression faisait échapper un peu de pus ; leurs bords étaient renversés en dehors. Les chancres ainsi formés étaient très-fréquents chez les femmes. En revanche, nous n'en avons observé qu'un très-petit nombre chez les hommes ; ils étaient situés sur le feuillet profond du prépuce. Il arrivait souvent que ces follicules muqueux se fermaient et paraissaient cicatrisés ; mais ils se rouvraient toujours au bout de fort peu de temps.

« Dans tous les cas où nous avons pu suivre le mode de formation des chancres de la cinquième espèce, nous les avons vus naître de condylomes semi-globuleux ; ceux-ci sécrétaient d'abord du liquide, puis, s'ils étaient exposés à quelque frottement, ils s'excoriaient.

« Nous n'avons pas eu l'occasion d'étudier le mode de début des chancres de la sixième forme.

« Les chancres hémorrhoidaux se développaient lorsque des tumeurs hémorrhoidales étaient soumises à des frottements, et au contact du liquide leucorrhéique ou blennorrhagique.

« Chez les femmes, les chancres des quatre premières espèces étaient ordinairement situés dans la fosse naviculaire, sur les débris de l'hymen,

sur la face interne des nymphes, dans les angles qui séparent les petites lèvres des caroncules myrtiformes et sur la commissure antérieure. On les observait plus rarement dans l'urètre ou dans son voisinage, entre les grandes et les petites lèvres, sur la face externe de ces dernières et sur la fourchette. Ces chancres étaient plus rares encore entre le vagin et l'urètre, entre ce dernier et le clitoris, à la surface externe des grandes lèvres, ou dans le vagin lui-même. Lorsqu'ils occupaient cette situation, il y avait toujours en même temps une procidence plus ou moins considérable de la paroi vaginale, et c'était sur cette saillie muqueuse qu'on découvrait un petit chancre. Nous n'avons observé qu'un petit nombre de chancres à l'anus; ils étaient le résultat d'un coït contre nature.

« Chez les hommes, les chancres étaient situés sur le gland ou derrière sa couronne, sur le frein, sur la face profonde du prépuce, au point de jonction des deux feuillets qui composent ce repli, ou dans l'urètre; ils étaient moins fréquents sur le feuillet superficiel du prépuce, sur le dos et sur la face inférieure du pénis et sur le scrotum. Nous les avons trouvés moins souvent encore au périnée, à l'anus, sur le pubis et à la partie interne des cuisses. Ces derniers étaient produits par le contact des organes génitaux.

« Les chancres de la cinquième espèce occupaient, chez les femmes, les grandes lèvres, la face externe des nymphes, la partie interne et supérieure de la cuisse, et souvent aussi le périnée. Chez les hommes, on les rencontrait sur le scrotum, sur le pénis (surtout à sa face inférieure), au périnée, à la partie interne et supérieure des cuisses. Tous les chancres du scrotum appartenaient à cette espèce.

« Les chancres spongieux (sixième espèce) étaient situés sur le feuillet profond du prépuce, et parfois dans l'angle qui sépare le prépuce du gland.

« Il va de soi que les chancres hémorrhoidaux occupaient le pourtour de l'anus.

« Pour ce qui est du pronostic des chancres, il a été constamment favorable. Une fois le traitement commencé, aucune de ces ulcérations ne gagnait en surface ni en profondeur. Les chancres phagédéniques même, qui avaient souvent commis d'horribles ravages avant l'arrivée du malade à l'hôpital, se cicatrisaient si bien, qu'une grande partie de la perte de substance était comblée par des granulations de bonne nature. Une fois seulement, un individu avait déjà perdu une bonne partie du gland, et cette perte ne put être réparée. Tous les chancres

arrivaient à la cicatrisation, et toutes les cicatrices étaient solides et saines. Quant aux particularités propres à chaque espèce de chancre, voici ce que l'expérience nous a appris :

« I. Les chancres de la première forme étaient guéris plus promptement que tous les autres. Déjà ceux de la deuxième et de la troisième espèce demandaient un peu plus de temps, et la cicatrisation était très-lente pour ceux de la quatrième. Le chancre spongieux (sixième espèce) tenait le milieu entre les précédents. Le chancre condylomateux (cinquième espèce) et l'hémorrhoidal (septième espèce) étaient souvent très-rebelles.

« II. Les chancres huntériens, qui n'avaient qu'une ligne de diamètre, guérissaient très-lentement, eu égard à leur petite étendue.

« III. La cicatrisation se fait assez longtemps attendre pour les chancres situés au périnée, sur le scrotum et autour de l'ouverture du prépuce. Ceux qui occupaient le gland, ou sa couronne, et les lèvres de la vulve, marchaient beaucoup plus vite vers la guérison. Chez les hommes, les chancres du frein étaient très-lents à se cicatrifier.

« IV. Les chancres produits et entretenus par les follicules muqueux ne guérissaient ordinairement qu'après la destruction du follicule.

« V. La guérison était à la fois plus prompte et plus solide chez les individus qui n'avaient fait aucun traitement avant leur entrée à l'hôpital. En revanche, elle était très-difficile à obtenir chez les scorbutiques, les scrofuleux et les phthisiques.

« VI. Les chancres à fond brunâtre persistaient ordinairement assez longtemps.

« VII. Quelques chancres ont été très-rebelles sans que nous ayons pu découvrir la cause de cette résistance au traitement.

« VIII. Les chancres artificiels demandaient, pour leur cicatrisation, le même espace de temps que les chancres huntériens de grandeur égale.

« Voici maintenant quelques détails sur le traitement que nous mettions en usage :

« Toutes les fois que les chancres étaient situés dans les anfractuosités des organes génitaux, on séparait autant que possible tous les replis, on faisait sur toute la région de fréquentes lotions, et l'on recouvrait les ulcérations avec de la charpie imbibée d'eau simple ou d'eau blanche ; le pansement était renouvelé deux ou trois fois par jour ; si la suppuration était abondante, on le changeait plus souvent encore. Si le travail de cicatrisation ne faisait pas de progrès, nous remplaçons

l'eau blanche par l'eau de chaux, l'eau phagédénique noire (1) ou par une solution de sulfate de zinc (4 grains pour 8 onces) ; nous employions encore la décoction d'écorce d'orme ou bien nous faisons dissoudre 1 scrupule (1^{er},30) d'oxyde de zinc dans 8 onces de lotion saturnine. Nous réservions ordinairement les pommades pour les chancres très-petits, dont la suppuration était fort peu abondante. Voici la formule dont nous faisons le plus fréquent usage :

℞ Unguenti zinci.	℥ ss.
Balsami peruviani.	℥ j.
Potassæ fusæ.	℥ j.

Misce. Et signetur « Unguentum nigrum » (2).

« Cette préparation était extrêmement utile lorsque les ulcérations, déjà en partie réparées, n'achevaient cependant pas de se cicatriser. Nous laissons la pommade en place, sans la renouveler, pendant deux ou trois jours, jusqu'à ce qu'elle fût enlevée par le pus ou avec une croûte. Lorsque les cicatrices nouvelles s'enflammaient, lorsqu'elles menaçaient de se rompre ou de s'ulcérer de nouveau, nous y faisons appliquer de l'onguent de zinc pendant plusieurs jours de suite.

« Pour les chancres à fond cuivré, les applications de guimauve réussissaient mieux que toute autre chose. Du reste, nous étions souvent obligés d'essayer plusieurs topiques avant de mettre la main sur le meilleur.

« Lorsque la réparation était déjà avancée, nous hâtons notablement la guérison en touchant les bords de l'ulcère avec une solution faible de potasse caustique.

« Les chancres condylomateux (cinquième espèce) étaient traités au début par de fréquentes lotions d'eau de savon chaude, et nous y appliquions des plumasseaux imbibés d'eau blanche. Au bout de quelques jours, les ulcérations se séchaient, leur fond commençait à s'élever, les bords se rapprochaient et s'unissaient. Les élévations semi-globuleuses

(1) Voyez, tome II, la note de la page 571.

(2)	℞ Onguent de zinc.	16 grammes.
	Baume du Pérou.	4
	Potasse fondue.	1 ^{gr} ,30

Mêlez et désignez par la suscription : *Pommade noire*. (Note du Trad.)

arrivaient rarement à la guérison sous l'influence de ces seuls moyens ; il fallait les badigeonner avec le liniment de Plenck :

℞ Corrosivi sublimati.	}	ãã gr. xij.
Camphoræ.		
Aluminis.	}	ãã ℥ j.
Acetatis plumbi.		
Misce terendo, et adde :		
Acididi acetic.		f. ʒ ij.
Ut fiat solutio ; dein adde :		
Ætheris sulphurici.		f. ʒ j.
Signetur « Plenck's liniment » (1).		

« Lorsque les condylomes semi-globuleux avaient été touchés pendant quelques jours avec le dépôt blanc de ce liniment, ils commençaient à s'exfolier, à s'affaïsser, et à diminuer de volume. S'ils résistaient à ce topique, on les touchait pendant plusieurs jours de suite avec l'acide nitrique fumant, ou enfin on les enlevait avec des ciseaux. Cette espèce d'ulcération récidivait très-facilement, pour peu que le malade se relâchât de ses soins de propreté.

« Nous pansions les ulcères spongieux (sixième espèce) avec de la charpie imbibée d'un liquide dont je transcris ici la formule :

℞ Aluminis.	}	ãã ʒ ss.
Cupris sulphatis.		
Aquæ.		f. ʒ xij.
Misce. Signetur « Green lotion » (2).		

« Si cette lotion était trop énergique, nous la remplaçons par la décoction d'écorce d'orme. Ces ulcères étaient ainsi traités jusqu'à ce

(1) ℞ Sublimé corrosif.	}	ãã 72 centigrammes.
Camphre.		
Alun.	}	ãã 1gr,30
Acétate de plomb.		

Mélez en broyant, et ajoutez :
Acide acétique. 36 grammes.

Dissolvez et ajoutez :
Éther sulfurique. 3

Désignez par la suscription : *Liniment de Plenck.*

(2) ℞ Alun.	• }	ãã 16 grammes.
Sulfate de cuivre.		
Eau.		288

Mélez. Désignez par la suscription : *Lotion verte.* (Notes du TRAD.)

que leur fond fût ramené au niveau de la peau ; alors on voyait se former à leur périphérie une légère pellicule d'un bleu pâle, qui diminuait, par sa progression graduelle, l'étendue de l'ulcération.

« Nous pansions les chancres hémorrhoidaux avec la lotion saturnine ; souvent aussi nous enlevions avec des ciseaux les tumeurs hémorrhoidales indurées.

« Nous avons tenté à plusieurs reprises de prévenir la formation des chancres en détruisant par le caustique les petites vésicules initiales, mais nous avons ainsi une ulcération beaucoup plus grande que lorsque les choses étaient abandonnées à elles-mêmes. Quelquefois, cependant, nous avons réussi à empêcher le développement des chancres, en couvrant les vésicules avec de l'onguent de zinc, dès que nous les apercevions sur le gland ; elles se desséchaient alors sans former d'ulcérations.

« Nous nous sommes très-bien trouvés de l'usage des cataplasmes dans les circonstances suivantes : 1° lorsque les bords du chancre étaient très-durs, calleux et renversés en dehors ; 2° lorsque le travail de cicatrisation s'arrêtait par suite du décollement des bords : nous pansions alors avec la décoction d'écorce d'orme, et nous appliquions un cataplasme par-dessus la charpie ; 3° lorsque le fond de l'ulcération était recouvert d'un dépôt grisâtre, épais et résistant ; 4° lorsque nous avions affaire aux ulcères fistuleux des follicules muqueux ; souvent les cataplasmes suffisaient à eux seuls pour amener la guérison ; 5° lorsque les cicatrices étaient dures, calleuses ou excoriées ; 6° enfin, lorsque les cicatrices nouvelles venaient à se rompre au bout de quelques jours. Alors nous faisons mettre immédiatement des cataplasmes sur la surface ulcérée, ou nous la touchions d'abord avec l'onguent de zinc, la pommade noire (1), ou l'un des liquides précédemment signalés.

« Les chancres des quatre premières espèces passaient ordinairement, avant d'être cicatrisés, par les quatre états que j'ai indiqués. Souvent un chancre phagédénique changeait de caractère après trois ou quatre jours, quelquefois seulement au bout de huit ou dix ; les bords devenaient plus mous, plus unis, ils étaient moins renversés en dehors, l'inflammation des parties voisines diminuait d'intensité. Le dépôt grisâtre du fond était moins épais, les eschares se détachaient ; la base, devenue égale, se recouvrait de granulations rouges de bonne nature. Les bords de l'ulcération s'affaissaient sur un point (rarement sur plusieurs points à la fois), le fond s'élevait au même niveau ; le pus devenait plus

(1) Voyez plus haut, page 580, la formule de cette pommade noire.

louable ; de petits îlots d'épiderme apparaissaient çà et là, et par leur convergence ils assuraient la cicatrisation. La guérison d'un ulcère phagédénique large et profond (complicé ou non de phimosis) exigeait de six à huit semaines, et quelquefois davantage.

DE LA PRÉDISPOSITION AUX CHANCRES.

« Nous avons souvent constaté que certains individus sont extrêmement prédisposés à l'infection vénérienne (*venereal*), et surtout aux chancres. Voici quels ont été, sur ce sujet, les résultats de notre expérience :

« I. Toutes les jeunes femmes qui n'observent pas les règles d'une rigoureuse propreté sont très-facilement infectées. Nous avons eu maintes fois la preuve de cette assertion. Les maisons publiques qui nous envoyaient le plus de malades étaient connues par leur saleté, et la plupart de ces femmes avaient la gale.

« II. Les jeunes femmes à vagin très-étroit étaient très-exposées aux excoriations des nymphes, des caroncules et de la fosse naviculaire ; ces excoriations se transformaient ensuite en chancres. Dans tous les cas de ce genre, nous avons soin de dilater graduellement le vagin avec des bougies.

« III. La disposition aux excoriations et aux chancres était d'autant plus grande que la défloration était plus récente. Les prostituées qui étaient depuis longtemps dans la ville étaient beaucoup plus rarement infectées.

« IV. Les jeunes femmes de constitution scrofuleuse, ou qui avaient la peau très-fine, étaient très-sujettes à prendre des chancres.

« V Mais les personnes qui avaient les follicules muqueux du vagin très-développés y étaient plus exposées que toutes les autres. Chez les jeunes femmes de constitution un peu forte, il est très-facile d'apercevoir à la face interne des petites lèvres les orifices de ces follicules ; ils peuvent quelquefois admettre l'extrémité d'un stylet. Lorsqu'ils viennent à s'enflammer, ils font une légère saillie, et les parties voisines prennent une couleur sombre. Ils donnent souvent lieu à des abcès mais plus souvent encore à des chancres. Il nous est arrivé plusieurs fois d'indiquer à l'avance le point qu'occuperait le chancre, si la malade subissait une nouvelle infection ; nous désignons un follicule à large ouverture, et l'événement venait nous donner raison. Dans bon nombre de cas, nous avons dû inciser le follicule et le détruire avec la potasse caustique ; dès lors il ne se reproduisait pas de chancre en ce point. »

Vous savez, messieurs, que les condylomes sont très-rares dans notre pays (du moins relativement aux autres accidents primitifs de la syphilis) ; en Allemagne, au contraire, ils constituent l'une des formes les plus communes de la maladie, et ils sont également redoutables par la lenteur avec laquelle ils guérissent, et par la facilité avec laquelle ils se reproduisent. Le docteur Fricke en a observé six espèces.

« I. *Condylomes coniques*. — Ils ressemblent à des grains d'orge mondé, ils ont une couleur blanchâtre, ils forment de petits agrégats, et sont plus fréquemment observés chez les femmes. Ils occupent chez elles la face interne des nymphes, l'intervalle des grandes et des petites lèvres, ou l'entrée du vagin. Chez les hommes, on les voyait derrière la couronne du gland et sur le feuillet profond du prépuce. Il fallait les attaquer par l'excision et la cautérisation ; malgré cela, ils se reproduisaient très-aisément. Ils se développaient quelquefois spontanément pendant la période menstruelle.

« II. *Condylomes dentelés*. — Ils ressemblaient quelquefois à une crête de coq, d'autres fois à une fraise ou à un chou-fleur ; mais leur forme primitive était la pétoncle ou la crête de coq. Ils atteignaient quelquefois une dimension d'un demi-pouce et même davantage. Lorsqu'ils étaient petits, ils étaient généralement peu colorés et recouverts d'une exsudation blanchâtre. Ils étaient creux, d'une structure délicate, et lorsqu'on les liait, ils paraissaient remplis d'un sang rouge éclatant. Si on les cautérisait superficiellement, ils grossissaient et s'induraient à leur surface ; ils présentaient ordinairement la disposition en agrégats, et ils étaient plus fréquents chez l'homme que chez la femme. Ils avaient à peu près le même siège que les condylomes coniques. Quelquefois ils faisaient saillie hors de l'urètre, et on les trouvait aussi dans le vagin. Il fallait, dans certains cas, les exciser et faire une cautérisation profonde ; mais souvent ils disparaissaient spontanément, ou sous l'influence du traitement le plus simple. La potasse caustique, le liniment de Plenck, le calomel, la poudre de sabbine, la solution de sublimé (1 grain pour 1 once = 6 centigrammes pour 32), enfin l'excision, tels étaient nos moyens de traitement.

« III. *Condylomes polypiiformes*. — Ils étaient charnus, arrondis, mous et un peu plus rouges que la muqueuse vaginale. La base était aussi large que le sommet. Ils ne se développaient que chez les femmes ; ils occupaient le périnée, l'intervalle des grandes et des petites lèvres, et le clitoris. Ils étaient d'ailleurs très-rares. Une fois détruits par l'excision et la cautérisation, ils ne se reproduisaient pas.

« IV. *Condylomes urétraux*. — Ils différaient peu des précédents ; on les observait chez les femmes à l'entrée de l'urètre. Quelquefois nous en venions à bout au moyen de l'excision et de la cautérisation ; mais, dans certains cas, ils étaient si rebelles, que tout traitement était inutile. Plusieurs filles publiques étaient connues pour avoir depuis longtemps des condylomes de cette espèce ; elles continuaient néanmoins leur métier sans aucun inconvénient pour les chalands.

« V *Condylomes semi-globuleux*. — Ils étaient situés sur la peau ; leur surface était large ; cependant leurs dimensions variaient depuis la moitié d'un pois jusqu'à la moitié d'une balle de mousquet. Ces productions étaient pâles ou blanchâtres ; la surface en était humide, parfois excoriée ; si on ne les soignait pas, elles se transformaient en chancres condylomateux. Elles occupaient le voisinage de la muqueuse génitale, mais elles n'avaient pas pour point de départ cette membrane elle-même. Ces condylomes étaient très-infectants ; ils donnaient naissance à des productions semblables, ou à des chancres sur tous les points avec lesquels ils étaient en contact. Du reste, le traitement était fort simple ; la propreté et l'isolement en étaient les principaux moyens. Lorsque les lotions astringentes avaient diminué le volume des condylomes, nous achevions de les détruire au moyen d'applications caustiques.

« VI. *Condylomes quadrangulaires*. — Ils étaient rares, plus rares encore chez les femmes que chez les hommes, et ils occupaient le pourtour de l'anus. Ils étaient carrés ou trapézoïdes, à surface déprimée ; on en voyait toujours plusieurs ensemble ; ils étaient séparés par des fissures, d'où s'échappait une quantité considérable de liquide. Ces productions étaient, dans certains cas, plus pâles que l'épiderme, et elles semblaient avoir eu pour point de départ d'anciennes tumeurs hémorroïdales indurées. Elles demandaient un traitement plus actif que les précédentes, et disparaissaient très-lentement.

« Nous n'avions que très-rarement recours à l'excision ou à la cautérisation pour les condylomes des femmes enceintes, quelle que fût d'ailleurs l'espèce de végétation à laquelle nous eussions affaire.

MAL DE GORGE VÉNÉRIEN (VENEREAL).

(CHANCRES DANS LA GORGE — *Chancker im Halse.*)

« Le mal de gorge vénérien était caractérisé par des ulcérations qui siégeaient sur les amygdales, sur les piliers ou sur le voile du palais, sur la luette, sur la paroi postérieure du pharynx.

« Au point de vue de leur mode de formation et de leur marche, il fallait distinguer trois espèces d'ulcérations des amygdales.

« Dans le premier cas, les tonsilles se gonflaient et prenaient une teinte rouge foncé ; la déglutition était quelque peu douloureuse, la voix était un peu nasonnée. Le gonflement des amygdales faisait de nouveaux progrès, et l'on voyait apparaître des vésicules purulentes qui, une fois rompues, formaient autant d'ulcérations ; ces dernières n'avaient d'abord rien de caractéristique, mais si l'on négligeait de les soigner, elles devenaient de plus en plus étendues et prenaient une couleur cendrée ; lorsque les amygdales étaient très-tuméfiées, la base de l'ulcération paraissait excavée ; les bords étaient tranchants, inégaux et renversés en dehors. Le fond avait souvent une teinte verdâtre, et la circonférence était enflammée. Ainsi, ces ulcérations présentaient successivement les caractères des quatre premières espèces de chancres des organes génitaux, avec cette restriction, toutefois, qu'elles ne devenaient jamais réellement phagédéniques. Lorsque ces lésions étaient abandonnées à elles-mêmes, elles continuaient à s'accroître, envahissaient les parties voisines, ou bien, et ce dernier cas était le plus fréquent, de nouvelles ulcérations se formaient qui se réunissaient aux anciennes. Le travail de réparation suivait la même marche qu'aux organes génitaux ; mais il était souvent difficile d'affirmer que la cicatrisation était complète, parce que les cicatrices restaient pendant longtemps anguleuses et déprimées ; de plus, elles se recouvraient de stries blanchâtres, qui pouvaient en imposer pour des ulcérations grisâtres.

« Les ulcères de cette première forme étaient aussi fréquents après le traitement mercuriel qu'après le traitement sans mercure ; on les observait principalement chez les hommes robustes. Ils guérissaient lentement et se reproduisaient avec facilité.

« Les ulcérations de la seconde espèce se développaient sans gonflement, sans inflammation des tonsilles. On voyait d'abord une excoriation assez légère, dont le fond, loin d'être excavé présentait au contraire une certaine élévation. Les bords n'étaient pas nettement coupés, la couleur était à peine légèrement grisâtre. Cette excoriation envahissait peu à peu toute l'amygdale et altérait à peine le timbre de la voix. C'est cette forme d'ulcères que nous observions le plus fréquemment après le traitement anhydrargyrique. Ils guérissaient rapidement, souvent même la cicatrisation était spontanée.

« Dans la troisième forme, la tuméfaction des amygdales était considérable ; mais ces glandes n'étaient ni enflammées ni douloureuses ;

leur couleur n'était pas modifiée. On voyait apparaître des excavations circulaires, d'où s'échappait un liquide muco-purulent, et il était impossible de dire si l'on avait affaire à de véritables ulcérations, ou à un développement anomal des follicules muqueux. La déglutition était un peu gênée, mais la voix n'était pas modifiée. Ce gonflement des tonsilles survenait surtout après le traitement mercuriel ; lorsqu'il avait atteint un certain développement, il résistait à tous les moyens, et il fallait souvent en venir à l'excision. Nous avons observé, dans un assez grand nombre de cas, cette tuméfaction des amygdales sans aucune excavation ulcéreuse ; ce gonflement était spontané, ou bien il persistait après la cicatrisation des ulcères de la troisième espèce ; ici encore l'excision devenait souvent nécessaire.

« Les ulcérations des piliers du voile du palais et de la luette étaient fréquentes. Elles présentaient constamment une coloration grisâtre ; elles étaient entourées par un bord enflammé, et gênaient considérablement l'émission de la voix ; ces ulcérations se développaient ordinairement après la médication mercurielle, mais elles n'étaient pas réfractaires au traitement.

« Les ulcérations du voile débutaient par des vésicules supportées par une base enflammée ; ces vésicules contenaient d'abord un liquide transparent, qui devenait plus épais le troisième ou le quatrième jour ; après leur rupture, on constatait l'existence d'un chancre huntérien ; il arrivait souvent que plusieurs de ces vésicules se réunissaient et formaient ainsi des ulcérations très-considérables.

« Les ulcères de la paroi postérieure du pharynx avaient toujours un fond cendré, et ils étaient recouverts de mucosités visqueuses de couleur verdâtre, de sorte qu'il était souvent difficile de s'assurer de leur présence. La voix était très-altérée. Ces ulcérations apparaissaient toujours après un traitement mercuriel prolongé ; la réparation était lente, mais certaine. »

Le docteur Fricke a observé des éruptions syphilitiques si nombreuses et si diverses, qu'il a éprouvé beaucoup de difficultés pour les classer. Toutefois la plupart d'entre elles pouvaient rentrer dans l'un des groupes suivants :

« I. Boutons d'abord discrets, d'une couleur rouge de foie. Au moment de leur apparition, ils étaient au niveau des téguments, mais bientôt ils formaient une légère saillie et ils s'induraient. Ils se montraient d'abord sur le front, puis sur la poitrine et sur le dos ; ils occupaient rarement les extrémités. Généralement ils n'étaient pas recouverts de

squames, ils ne présentaient pas d'auréole inflammatoire. Ces boutons finissaient souvent par prendre les caractères de petites pustules ; ils dépassaient rarement les dimensions de la tête d'une grosse épingle. C'est après le traitement sans mercure qu'on les observait le plus ordinairement ; du reste, ils ne tardaient pas à s'effacer complètement.

« II. Taches brunes qui, devenant de plus en plus foncées, finissaient par avoir la teinte cuivrée ; elles avaient un diamètre de 2 à 6 lignes ; elles étaient rondes ou anguleuses, et s'élevaient quelque peu au-dessus de la surface cutanée ; elles étaient luisantes et recouvertes de lamelles écailleuses. Ces taches se montraient d'abord sur le dos, sur la poitrine et sur la nuque, après cela elles apparaissaient sur les bras et sur les avant-bras ; enfin, elles gagnaient la face, le front, le cuir chevelu et les membres inférieurs ; de sorte que le malade était complètement bigarré. Lorsque cette affection était abandonnée à elle-même, les taches augmentaient de volume, elles devenaient à la fois plus dures et plus saillantes ; on les sentait jusque dans les couches profondes du derme ; alors elles donnaient lieu à des ulcérations ou à l'éruption de la troisième espèce. Ces taches se développaient ordinairement chez les individus dont les accidents primitifs avaient été traités par le mercure.

« III. Taches parfois très-étendues ; elles avaient 1 ou 2 pouces de diamètre, et même davantage ; elles étaient un peu indurées et n'avaient pas une figure parfaitement circulaire, parce qu'elles émettaient des prolongements anguleux ; généralement isolées, elles occupaient les extrémités et les épaules ; elles faisaient saillie au-dessus de la peau ; elles étaient en partie nues, en partie couvertes de croûtes ; elles devenaient souvent le point de départ d'ulcères profonds. Elles apparaissaient d'emblée avec la couleur que j'ai indiquée, ou bien c'étaient d'abord de petites taches rouges, dures et profondes, qui augmentaient peu à peu de volume ; quelquefois, enfin, elles étaient formées par les taches de la seconde espèce. Elles ne se montraient jamais à la face ; elles occupaient constamment les épaules, et les membres tant inférieurs que supérieurs. Elles étaient très-difficiles à guérir et laissaient toujours après elles une décoloration de la peau. On n'observait cette éruption que chez les individus qui avaient pris de grandes quantités de mercure.

« La seconde et la troisième forme étaient les seules qui aboutissent à l'ulcération. Ces ulcères n'étaient pas toujours semblables, mais ils étaient ordinairement caractérisés par une base inégale et des granulations imparfaites ; ils avaient des bords rouges et une auréole inflam-

matoire. On rencontrait aussi une troisième espèce d'ulcérations qui se formaient à la suite des abcès chroniques chez les malades atteints de syphilis ancienne.

TRAITEMENT DES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES.

« Ce traitement était très-simple. Nous commençons toujours par des lotions avec de l'eau de savon chaude et la potion purgative au sel d'Epsom ; ces moyens suffisaient le plus souvent pour l'éruption de la première espèce. Pour l'éruption de notre deuxième forme, nous avons recours, au bout de quelques jours, à des bains additionnés d'acide nitrique (1 à 2 onces par bain), et nous faisons prendre à l'intérieur la décoction des bois à la dose de 8 à 12 onces tous les jours. Le régime était d'abord rigoureux, mais nous l'améliorions progressivement. Pendant la première période, les malades étaient tenus au lit ; mais lorsque l'éruption commençait à s'effacer, on leur permettait de se promener dans les salles. Lorsque les taches étaient décolorées, que la peau devenait lisse et unie, que la face et le front étaient débarrassés, l'exercice en plein air achevait la guérison. Les boutons de la figure étaient touchés plusieurs fois par jour avec une solution de sublimé (12 grains pour 12 onces d'eau) ou d'acide nitrique (1 scrupule pour 12 onces d'eau = 1^{sr},30 pour 384 grammes) ; dans les cas de gravité moyenne, ces éruptions étaient si favorablement modifiées au bout de quatre semaines, que nous pouvions permettre à nos malades de sortir en plein air.

« Nous avons vu beaucoup moins souvent l'éruption de la troisième forme ; elle était très-rebelle et disparaissait avec une grande lenteur. Dans quelques cas pour lesquels nous avons inutilement employé le traitement précédent et une foule de topiques, nous avons obtenu des résultats extrêmement remarquables, en couvrant chaque tache d'un petit vésicatoire. Dès que la vésication était accomplie, des applications de guimauve ou de pommade de zinc amenaient une cicatrisation très-rapide ; les boutons devenaient plus pâles, plus lisses et moins saillants, ils prenaient en un mot les caractères de la peau saine.

« En général, nous considérons les bains comme notre meilleur moyen de traitement. Nous en prescrivons d'ailleurs de plusieurs espèces.

« Au début, nous donnions des bains frais pour en essayer l'action sur l'affection cutanée ; à la fin, nous les donnions dans un but de propreté, surtout lorsqu'il y avait une desquamation abondante. Les bains

savonneux (une livre de savon jaune par bain) étaient toujours prescrits au commencement, et cela dans toutes les formes d'éruption. Tantôt ils diminuaient notablement la durée des accidents, tantôt ils suffisaient pour amener la guérison, sans aucun autre traitement. En général, les éruptions de la première forme s'effaçaient après six ou huit bains ; il en fallait douze à seize pour les éruptions de la deuxième classe. Nous n'avions pas souvent recours aux bains salés (2 livres de sel commun par bain), et ils ne donnaient pas de résultats bien manifestes.

« Les bains de sulfate de zinc (2 onces par bain) réussissaient assez bien dans les éruptions de la seconde espèce ; cependant nous les prescrivions très-rarement. J'ai déjà parlé des bains d'acide nitrique.

« Les bains d'acide sulfurique (2 onces d'acide concentré pour chaque bain) avaient une influence très-favorable.

« Les bains de sublimé corrosif (à la dose d'une demi-once) nous rendaient de grands services, surtout lorsqu'ils avaient été précédés de bains savonneux et de bains d'acide nitrique. Ils paraissaient effacer l'éruption plus rapidement encore que ces derniers. Ils n'ont pas répondu à notre attente pour les taches de la troisième espèce.

« Les bains de son modifiaient très-heureusement les éruptions de la première forme ; ils atténuaient également les accidents de notre troisième classe.

« Pendant l'année 1827, nos malades syphilitiques ont pris en tout 14 bains salés, 38 bains de zinc, 103 bains de son, 302 bains de sublimé, 314 bains nitriques, et 330 bains savonneux.

AFFECTIONS DES OS.

« Nous n'avons jamais vu de *caries osseuses* chez les malades qui n'avaient pas pris du tout de mercure. Les os le plus fréquemment atteints étaient ceux du nez et du palais, les maxillaires, le sternum et les tibias.

« Les *douleurs dans les os* étaient de plusieurs sortes. Voici celles que nous avons surtout observées :

« I. *Douleurs fixes dans le milieu des os.* — Elles occupaient souvent les os de l'épaule, du front et des avant-bras ; mais leur siège le plus ordinaire était le tibia. Ces douleurs étaient horribles ; exaspérées par la chaleur du lit et par le plus léger contact, elles rendaient le sommeil impossible ; elles coïncidaient avec des nodosités qui aboutissaient parfois à des abcès et à la carie.

« II. *Douleurs fixes dans les extrémités des os.* — Elles étaient aiguës,

lancinantes, et occupaient le plus souvent les genoux, les cous-de-pied et les articulations de l'épaule ; elles étaient beaucoup plus rares dans les hanches, les coudes et les poignets. Elles avaient d'ailleurs une intensité variable et offraient les caractères des douleurs inflammatoires. Elles s'exaspéraient à l'approche de la nuit ; le froid, une température élevée, la pression, les augmentaient également ; mais elles étaient notablement calmées par une chaleur modérée et par l'humidité, surtout s'il survenait une transpiration locale. Ces douleurs étaient fréquemment accompagnées d'un gonflement œdémateux de toute la région, et lorsqu'on négligeait ces premiers accidents, ils aboutissaient parfois à un épanchement de sérosité ou de pus dans la séreuse articulaire.

« III. *Douleurs fixes dans les parties tendineuses.* — Douleurs lancinantes qui se faisaient sentir dans les expansions aponévrotiques et au niveau des attaches des muscles, principalement dans les muscles de la tête, de la nuque, du dos et des épaules. Elles n'étaient pas toujours augmentées par la pression, mais elles s'exaspéraient par le froid, et surtout sous l'influence d'un courant d'air froid ; la chaleur et l'humidité en diminuaient la violence. Ces douleurs ressemblaient aux douleurs rhumatismales ; elles étaient très-pénibles et extrêmement rebelles, et donnaient lieu parfois à des paralysies partielles.

« IV. *Douleurs vagues.* — Elles occupaient différentes parties du corps, la tête, les articulations, les bras, le fémur, le tibia ; elles se montraient en général chez les malades qui avaient été exposés au froid après des frictions mercurielles. Quelquefois elles disparaissaient spontanément ; dans d'autres circonstances, elles devenaient fixes, mais elles étaient moins pénibles que les autres douleurs.

« Celles de la première espèce étaient plus faciles à traiter que celles des deux suivantes. Il suffisait, dans ce cas, de faire sur la partie douloureuse une incision qui pénétrait jusqu'à l'os. Dès que cela était fait, et qu'on avait appliqué un cataplasme, la douleur cessait pour ne plus reparaitre. La longueur de ces incisions variait entre 1 et 2 pouces. Le plus ordinairement le périoste et l'os étaient gonflés ; souvent aussi ce dernier était carié ou couvert de pus sanieux. Sauf au début et dans les cas tout à fait légers, les sangsues, les bains alcalins, les cataplasmes, étaient d'une médiocre utilité. Les douleurs de cette première espèce apparaissaient en général après l'usage du mercure ; cependant nous les avons vues une fois à la fin d'une fièvre gastro-rhumatismale, et, dans un second cas, à la fin d'une fièvre rhumato-nerveuse.

« Nous traitions les douleurs de la seconde espèce par les antiphlogistiques : les sangsues , les cataplasmes , le repos, une bonne dose d'opium le soir, réussissaient le plus souvent. Nous donnions aussi des bains simples ou sulfureux et le malade prenait journellement du nitre ou des acides.

« Pour les douleurs de notre troisième espèce, nous avons recours aux bains alcalins ou sulfureux, aux onctions stibiées et aux frictions ; nous ordonnions aux malades de s'habiller chaudement, et lorsque nous avons obtenu une amélioration sensible, nous conseillions l'exercice en plein air et quelques bains froids.

« Les douleurs vagues cédaient ordinairement à quelques bains chauds ; parfois, cependant, il fallait recourir au traitement de notre troisième forme.

« L'iritis et l'alopecie étaient rares ; nous ne les avons jamais observées que chez les malades qui avaient été traités par le mercure. »

SOIXANTE-QUATRIÈME LEÇON.

LA SYPHILIS. — PATHOLOGIE ET TRAITEMENT.

Les expériences ultérieures de Fricke (1828-1838) ont confirmé les résultats de ses premières recherches.— Exposé de sa doctrine sur la contagion et la prédisposition.

— Ses conclusions au sujet du traitement.

Traitement antiplastique.— Observations du docteur Struntz sur le traitement de la syphilis sans mercure.

Lettre du docteur Oppenheim (de Hambourg) sur le traitement de la vérole dans cette ville.

Communication du docteur Staberoh (de Berlin).

MESSIEURS ,

Je vous ai fait connaître les résultats auxquels était arrivé le docteur Fricke, lorsqu'il a publié ses *Annales chirurgicales*, en 1828.

Dix ans se sont écoulés (1) pendant lesquels M. Fricke est resté chargé du service des vénériens à l'hôpital de Hambourg ; aussi me suis-je permis de lui écrire, afin de savoir si le temps avait apporté quelque modification dans sa manière de voir. Il m'a fait l'honneur de me répondre qu'une expérience plus étendue n'avait fait que le confirmer dans ses vues. Sur la demande du docteur Oppenheim, M. Fricke a bien voulu traiter quelques-unes des questions les plus importantes de l'histoire de la syphilis en présence d'un jeune chirurgien aussi instruit qu'intelligent. Ce jeune homme, qui est l'ami du docteur Oppenheim, a pris des notes, et il me les a envoyées à Dublin ; ce sont ces notes que je vais vous communiquer. Or, quoique je sois parfaitement convaincu de la fidélité avec laquelle elles ont été prises, cependant le

(1) Cette leçon a été faite en 1838.

docteur Fricke ne doit pas en être regardé comme responsable car notre jeune chirurgien a pu mal interpréter la pensée du professeur ; et, de plus, le traducteur a pu lui-même commettre quelques erreurs. Je crois cependant que nous pouvons être tranquilles à cet égard, car la traduction a été faite primitivement par le docteur West, elle a été revue depuis par M. Swift et par moi-même, et je pense pouvoir répondre de son exactitude.

Je suis, d'ailleurs, vivement reconnaissant de l'empressement avec lequel le docteur Fricke a satisfait à mes demandes, et je lui sais un gré infini de toute la peine qu'il a prise en cette occasion. Le grand hôpital de Hambourg, de la direction duquel il est chargé, est une des meilleures écoles que je connaisse, tant pour la médecine que pour la chirurgie, et l'on ne peut nulle part étudier aussi bien les maladies vénériennes. Je conseille à tous les élèves qui désirent se mettre au courant de la pratique de nos confrères du continent, de se rendre d'abord à Hambourg. Un séjour de six mois ou un an dans cette ville leur sera certainement plus utile, au point de vue pratique, qu'une visite à Paris ou à Berlin.

Parmi les écrivains qui ont contribué à fonder le traitement rationnel de la syphilis, le docteur Oppenheim a cité Brunninghausen (de Würzburg), Pokkels (de Brunswick), von Walther (de Bonn), et surtout Fricke (de Hambourg) (1). Ce dernier a publié quelques articles sur ce sujet dans le *Rust's Magazine* de 1826 et de 1831, et dans le *Casper's Wochenschrift* de 1834 ; il a en outre fait insérer dans ses *Annales chirurgicales* pour 1828 l'important travail que je vous ai fait connaître. G. Handschuh (*Sur les formes et le traitement de la syphilis*, Munich, 1832) a présenté une histoire critique très-approfondie de la pathologie de la prophylaxie et du traitement de la vérole ; il se proposait de généraliser une méthode thérapeutique exempte de dangers (tâche dont Bonorden s'est acquitté plus tard avec plus de succès encore), et il s'appuie souvent sur les observations du docteur Fricke ; il cherche en outre à établir que l'on comprend, sous le nom de syphilis, plusieurs états morbides qui n'ont probablement entre eux aucun rap-

(1) Le docteur Oppenheim a dirigé lui-même, contre le traitement mercuriel de la vérole, des attaques qui, pour être indirectes, n'en sont pas moins puissantes. On pourra s'en convaincre en lisant son ouvrage : *Behandlung der Lustseuche ohne Quecksilber* (Hambourg, Hoffman und Campe, 1837). Ce travail renferme l'énumération complète de toutes les méthodes de traitement qui ont été employées jusqu'à ce jour contre la syphilis.

(L'AUTEUR.)

porté à abandonner que l'on a cependant l'habitude de traiter par le mercure. Aujourd'hui encore, les praticiens de l'Allemagne accordent aux mercuriaux la plus entière confiance. Il est vrai de dire qu'à côté de cela, aucun d'eux ne se préoccupe du *modus operandi*, aucun d'eux ne sait pourquoi il préfère le mercure à tous les autres remèdes dans le traitement de la syphilis ; ils s'enferment ici dans le même cercle vicieux que pour l'écorce du Pérou : or, le quinquina guérit la fièvre intermittente, c'est vrai, mais cependant la fièvre intermittente ne peut pas toujours être guérie par le quinquina.

Mais je reviens. Le docteur Fricke n'a observé aucun fait qui l'ait porté à abandonner sa nouvelle méthode ; loin de là, son expérience ultérieure a justifié ses opinions primitives, et, s'appuyant aujourd'hui sur plusieurs milliers d'observations, il est pleinement convaincu *de la supériorité de ce qu'on a appelé, mais à tort, la méthode antiphlogistique* ; il a été amené en même temps à une nouvelle doctrine sur la nature de la syphilis. L'étude de cette maladie, extrêmement compliquée par elle-même, a été obscurcie encore par les hypothèses plus ou moins bien fondées qui ont été émises à son sujet. Voici quels ont été les résultats des recherches de M. Fricke :

L'étiologie de la syphilis présente deux éléments constitutifs, savoir : la *contagion* (qui a absorbé presque complètement l'attention des observateurs) et la *prédisposition*. Cette dernière condition est tout aussi importante, du moins en ce qui concerne l'origine, la reproduction et le traitement de la maladie.

I. Dans de nombreuses expériences, on a mêlé le pus chancreux, soit avec des poisons minéraux (chlore, sublimé corrosif, arsenic, etc.), soit avec des poisons végétaux (ciguë, belladone), et l'on a constamment obtenu le même résultat, c'est-à-dire la formation d'un chancre légitime. Il en a été exactement de même lorsqu'on a mêlé le pus chancreux avec le liquide de la gale ou de la variole. Ces faits nous permettent de conclure que la contagion est quelque chose d'extrêmement subtil, qu'elle conserve son influence dans les conditions les plus diverses, et qu'il est, par conséquent, très-difficile de trouver un préservatif efficace contre ses atteintes. Après l'inoculation, le froid et la chaleur sont également impuissants à arrêter le développement du chancre (1).

II. Lorsqu'on le laisse librement accomplir son évolution, le conta-

(1) Eisenmann prétend, mais à tort, que, dans certains cas, le sublimé corrosif détruit le virus syphilitique ; mais le feu le détruit aussi, et pourtant cet agent ne peut être qualifié d'antisyphilitique. (L'AUTEUR.)

gium syphilitique, et cette propriété lui est commune avec les autres contagés, affecte principalement les tissus membraneux et les tissus de transition ; c'est ainsi qu'il atteint le prépuce (qui se place, d'après les caractères de sa sécrétion, entre la peau et les muqueuses) ou la région anale, ou bien encore l'extrémité supérieure de la muqueuse aérienne, ou enfin la conjonctive, membrane qui tient le milieu entre les muqueuses et les séreuses. Les accidents les plus rebelles, les condylomes, ont pour siège ordinaire ces tissus intermédiaires. L'étude des faits nous montre que, dans les affections cutanées graves, la contagion est produite par le contact d'individus qui se trouvent dans des états de santé différents, et la pratique nous enseigne que l'hygiène de la peau, ou, en d'autres termes, l'observance exacte des soins de propreté, constitue l'une des méthodes thérapeutiques les plus efficaces. Le mercure, avec ses déterminations cutanées pseudo-syphilitiques, et tous les autres agents antisiphilitiques en renom, excitent directement l'activité fonctionnelle de la peau. Les périostoses ne sont point une objection à cette manière de voir, car elles sont le résultat de l'action morbide réfléchie sur le périoste, et cette membrane appartient aux tissus sécrétants bien plutôt qu'aux tissus fibreux secs.

III. Il est très-rare qu'on observe de véritables crises dans les affections chroniques de la peau. Nous ne devons jamais oublier que la constitution a besoin d'un certain degré de force pour réagir contre la contagion, et pour résister au processus morbide dont elle est le point de départ. Cette lutte n'est jamais plus sensible que lorsqu'il existe déjà une prédisposition morbide, surtout si l'on a affaire à des individus en puissance de diathèse scrofuleuse. Dans tous les cas de ce genre, le mercure est positivement nuisible.

IV. Le contagium syphilitique paraît posséder une certaine influence préservatrice contre une infection ultérieure. Lorsqu'on inocule un individu qui a été antérieurement infecté, il est beaucoup moins exposé à contracter la maladie que les sujets qui n'en ont pas encore été atteints. Chez ces derniers, les conditions locales et générales, au moment du coït, ont une grande importance au point de vue de la réceptivité du contagé. Si, chez un individu atteint d'un chancre, on pratique une inoculation avec le liquide de l'ulcération dont il est porteur ; si l'on fait ensuite, avec le nouveau chancre ainsi produit, une deuxième inoculation, et que l'on répète plusieurs fois cette expérience, il viendra un moment où l'insertion du liquide n'aura plus aucun résultat. Le malade s'est peu à peu accoutumé au virus, et il est beaucoup moins sen-

sible à son action. C'est par la même raison que les affections secondaires ne peuvent pas être propagées par inoculation (1). Dès lors, ne sommes-nous pas autorisés à les regarder comme un effort salutaire tenté par la nature pour enrayer la marche de la maladie ? L'immunité relative que présentent certaines femmes paraît dépendre de ce que leur constitution est excitée à une *réaction et à une guérison spontanées* par une seconde contagion. Ces sujets peuvent être depuis longtemps sous le coup de la maladie, leur organisme peut être totalement modifié par le poison syphilitique, et cependant la thérapeutique n'a aucune prise sur eux ; bien plus, si ces individus sont exempts d'accidents locaux, il n'y a aucun danger à avoir avec eux des rapports sexuels.

Nous n'avons encore aucune donnée certaine sur la durée de la période d'incubation. Chez certains malades, nous observons des séries alternatives d'amélioration et de symptômes graves, et nous assistons ainsi à la lutte de l'économie contre le contagium ; ce dernier finit par triompher, et les accidents secondaires viennent nous révéler sa victoire. Mais, dans bon nombre de cas, ces affections, qui ne se développent qu'au bout de plusieurs années, ne sont pas des manifestations légitimes de la syphilis ; elles sont bien plutôt le résultat de l'état cachectique de ces individus, dont l'organisme a été sourdement miné par quelque vérole antérieure, ou par quelques-unes de ces influences nuisibles qui développent les diathèses spontanées ou mettent en activité les prédispositions acquises. Dans toutes les localités qui sont aptes à favoriser le développement des cachexies, nous observons certaines formes morbides que nous sommes obligés de regarder comme *syphiloïdes*, parce qu'elles présentent les mêmes caractères que les affections scrofuleuses et impétigineuses, dont la syphilis est le point de départ. Cette maladie partage cette propriété avec la rougeole, la variole et toutes les autres maladies contagieuses. Attribuer alors toute la série des phénomènes morbides à la syphilis antécédente, serait aussi insensé que de regarder les tubercules comme la cause unique de la phthisie. Ces produits morbides ne font que mettre en jeu une prédisposition originelle, savoir : la prédisposition à la phthisie, et si nous voulons interpréter sainement l'évolution des accidents, nous devons admettre que la maladie existait jusqu'alors à l'état latent.

V. La contagion agit d'abord sur la muqueuse des organes génitaux

(1) L'expérience ultérieure a démontré la contagion des accidents secondaires, et leur transmission par inoculation. La doctrine des écrivains du moyen âge est ainsi pleinement justifiée.

et sur ses follicules, ou bien sur un *tissu chancreux*, c'est-à-dire sur une portion du tégument externe qui a été ramenée à la condition d'une membrane muqueuse.

VI. Au point de vue du traitement de la syphilis, il n'y a aucun avantage à distinguer plusieurs formes d'accidents primitifs ; il est inutile, en particulier, d'établir une ligne de démarcation entre la gonorrhée et le virus syphilitique (1). Tous ces accidents disparaissent également sous l'influence du traitement dit antiphlogistique. Il arrive parfois que la muqueuse des organes génitaux de l'homme devient le siège d'une inflammation intense et d'un écoulement abondant, à la suite de l'introduction d'une bougie ou à la suite du contact du pus d'une blépharophthalmie non syphilitique. Or le virus syphilitique a sur cette membrane la même influence que ces agents chimiques et mécaniques. Dans la plupart des cas cependant, la gonorrhée se développe sous l'influence de causes d'un autre ordre : la leucorrhée, la menstruation, par exemple. Ces états particuliers sont modifiés par le coït, et, dans ces conditions, ils exercent sur l'économie une action préjudiciable. Jusqu'ici nous ne sommes pas en mesure de reconnaître la cause d'un écoulement d'après les caractères qu'il présente. La conjonctive est bien plus sujette à l'inflammation franche que la muqueuse urétrale.

VII. Dans quelques cas rares, nous pouvons observer le passage de la gonorrhée au chancre. Nous avons pratiqué, chez deux cents individus, des inoculations avec le liquide blennorrhagique, et deux fois seulement nous avons vu se développer des ulcérations chancreuses. Un liquide jaune verdâtre qui s'écoulait de l'utérus produisit, par inoculation, un chancre légitime, et détermina une gonorrhée lorsqu'on l'introduisit dans l'urètre d'un homme au moyen d'une petite bougie.

VIII. L'hypothèse de Richter sur l'existence d'une cachexie blennorrhagique, et la doctrine d'Autenrieth sur une scrofule de même nature, viennent encore démontrer l'importance de la prédisposition. Toutes les maladies générales, la syphilis et la gonorrhée comme les autres, peuvent éveiller les prédispositions qui sont restées endormies jusqu'alors. C'est ainsi que la vérole et la blennorrhagie peuvent être le point de départ de tumeurs articulaires et de nodosités chez les individus rachitiques ou disposés aux rhumatismes. La sympathie qui existe entre les reins et l'urètre est démontrée par ce fait que, *dans la blennorrhagie, l'urine renferme une grande quantité d'albumine*. Quelles

(1) J'ai traduit ce passage *littéralement*, de peur d'altérer la pensée de Fricke.

sont les conséquences de l'élimination d'une aussi forte proportion d'albumine ? Faut-il y voir un traitement antiphlogistique naturel, ou bien l'analyse chimique constate-t-elle alors une diminution de l'albumine normale du sang ? Voilà tout autant de questions qui sont encore aujourd'hui sans réponse. Ce qui est certain toutefois, c'est qu'on rencontre cette urine albumineuse dans un grand nombre de cachexies. Les effets moraux de la blennorrhagie, l'hypochondrie syphilitique presque incurable, dénotent une altération profonde dans les liquides de l'organisme. Les observations intéressantes de Gutterboeck, de Wood, de Vogelet de Henle sur le mucus et sur le pus, assignent au premier de ces liquides une place importante parmi les fluides organisés ; et, en fait, l'albumen de l'œuf, qui n'est pas sans analogie avec le mucus génital des mammifères peut être regardé comme une espèce de pus ou de mucus sécrété par l'oviducte, et il a un rôle considérable dans la génération des oiseaux.

Quant à la disposition individuelle, il importe de prendre en considération l'état de l'économie et les conditions des tissus cutanés, non-seulement au moment du coït, mais encore pendant tout le cours de la maladie. Il est beaucoup d'individus qui sont réfractaires, soit à l'inoculation, soit à l'influence du coït, et l'on peut dire d'une façon générale que les personnes qui se trouvent dans des conditions de santé satisfaisantes échappent à la contagion, même lorsque le virus est mis en contact avec une surface dénudée. En examinant un malade atteint de blennorrhagie, le docteur Fricke reçut dans l'œil tout le contenu d'une lacune urétrale. Une simple lotion prévint le développement de tous les accidents.

La peau fine et délicate des individus blonds et celle des nègres favorisent la réception et l'action du contagé ; il en est encore de même chez les individus sales, obèses, et chez ceux dont les fonctions de la peau ont été plus ou moins troublées par le régime ou par le changement de climat. Les hommes du Nord, qui résistent ordinairement assez bien à la contagion, en éprouvent beaucoup plus facilement les atteintes lorsqu'ils arrivent dans les contrées méridionales. Les gens riches sont moins susceptibles que les individus de la classe pauvre. Les personnes d'un tempérament sanguin sont les plus exposées. Chez elles, en effet, tout l'organisme, et les muqueuses en particulier, sont dans un état d'excitation continuelle. Les Français auraient beaucoup moins à souffrir de la maladie s'ils faisaient moins abus du mercure, s'ils se préoccupaient un peu plus de l'hygiène de la peau.

La prédisposition à la scrofule, au rachitisme, au rhumatisme, à la goutte, au lupus et à l'herpès, a une influence incontestable sur la forme des manifestations secondaires de la syphilis. Certains individus sont tout particulièrement disposés aux angines, et cette prédisposition dépend sans doute de la scrofule, de la prédominance du système muqueux et du gastricisme. Vous redouterez le développement d'ulcères dans la gorge dans les circonstances suivantes : la gorge est étroite, la langue est arquée et s'abaisse difficilement dans la bouche ; on ne peut voir le pharynx sans exciter les nausées ; la muqueuse est toujours recouverte de mucosités, elle sécrète abondamment ; le voile du palais est d'un rouge plus ou moins foncé, les piliers se prolongent très-bas, l'antérieur est un peu plus élevé que l'autre ; la luette, qui, à l'état normal, n'a qu'une raie rouge à son centre, présente une teinte rouge uniforme et générale ; elle est tapissée de mucus et adhère facilement à l'une des tonsilles ; celles-ci sont rapprochées l'une de l'autre elles sont rouges et recouvertes de mucosités visqueuses. Toute la muqueuse gutturale est extrêmement sensible ; elle sécrète plus abondamment lorsque la bouche est ouverte, et elle devient alors plus rouge, comme si des vaisseaux nouveaux se développaient subitement dans son épaisseur. Dans de telles conditions, nous devons nous attendre à voir apparaître des ulcérations dans la gorge ; dans le cas contraire, nous les rechercherons en vain. Quelquefois la muqueuse de la portion postérieure des fosses nasales s'indure, elle déprime les amygdales et détermine ainsi des excoriations ; mais celles-ci disparaissent aisément, grâce à quelques injections émollientes. Le développement d'un catarrhe et l'existence de symptômes gastriques ont une influence considérable sur toutes les métastases syphilitiques ; en d'autres termes, ces conditions spéciales localisent les déterminations de la maladie sur les organes prédisposés et déjà affaiblis. La scrofule n'est pas la seule cause prédisposante des bubons ; nous devons mentionner, en outre, les longues marches et les exercices corporels.

Les femmes sont plus sujettes aux affections glandulaires que les hommes. Les individus maigres, à fibredure et ferme, les sujets atteints de hernie, et qui portent constamment un bandage, ont rarement des bubons, à moins qu'ils ne soient arrivés à un état cachectique très-prononcé. Ce que nous venons de dire des bubons s'applique, à beaucoup d'égards, à cette affection qui a reçu le nom d'orchite blennorrhagique ; on désigne ainsi l'inflammation de l'épididyme et l'infiltration de son tissu par de la lymphe organisable ; cette complication est le résultat

de la sympathie ou de la métastase, et nous devons la craindre lorsque nous constatons que le canal déférent est douloureux et tuméfié. Mais le testicule lui-même reste absolument indemne ; seulement il est assez souvent déplacé, et il faut une certaine attention pour le découvrir. La lymphe infiltrée est si intimement combinée avec le tissu de l'épididyme, que l'induration résiste le plus souvent à tous les moyens de traitement ; et bien qu'on puisse la réduire quelque peu par la compression, on la retrouve encore au bout de vingt années.

Il existe une sympathie naturelle entre les muqueuses et la peau. Le copahu et même la térébenthine, que l'on administre pour guérir la blennorrhagie, peuvent déterminer un exanthème. Les affections syphilitiques de la peau dépendent de causes multiples : traitement incomplet ou nul de la maladie, abus de mercure, influences sympathiques. Quant à la forme de l'éruption dans tel ou tel cas particulier, elle dépend en partie de l'état des téguments, en partie de ce qu'on a appelé l'acrimonie des liquides, ou la dyscrasie. Les individus dont le teint est brun, dont la peau est couverte de taches, sont très-sujets à ces éruptions. La gale n'a pas autant d'influence sur la forme des accidents cutanés que certaines autres dyscrasies, l'herpétique, par exemple. L'ophtalmie blennorrhagique et l'iritis syphilitique fournissent de puissants arguments en faveur de l'existence d'une affinité élective, d'une métastase mystérieuse qui a lieu du tissu affecté sur le tissu prédisposé.

Si l'ophtalmie ne reconnaissait d'autre cause que le contact direct, elle serait beaucoup plus fréquente. L'arrêt de l'écoulement urétral n'est jamais une cause d'épididymite (l'inflammation de l'épididyme exerce au contraire sur la blennorrhagie une action dérivative et la fait disparaître), encore moins pourrait-il être la cause d'une phlegmasie de la conjonctive. Mais nous devons tout simplement reconnaître que cette membrane qui forme, pour ainsi dire, un tissu de transition entre les tissus muqueux, séreux et tégumentaires, possède pour le virus blennorrhagique une plus grande affinité que la muqueuse de l'oreille ou du nez. Pour ce qui est de l'iritis, il est bien évident qu'elle se développe en dehors de toute influence contagieuse ; et nous n'observons ici d'autre métastase que celle qui est commune à toutes les affections syphilitiques. Cette complication apparaît assez souvent après un traitement prolongé, qu'il ait été d'ailleurs mercuriel ou non. L'iris se comporte ici comme le périoste ; il ne se prend que quelque temps après les tissus plus extérieurs de l'œil ; il semblerait que ceux-ci, une fois atteints,

constituent pour l'inflammation de l'iris une sorte de centre d'attraction.

Il existe également une disposition spéciale pour les condylomes ; et, parmi ceux-ci, les condylomes coniques, doués d'une vitalité remarquable, présentent au plus haut degré le caractère contagieux. Le travail pathologique qui leur donne naissance est-il le même que celui qui préside au développement des fongosités des ulcères ? Ces produits morbides sont-ils intermédiaires entre les polypes et les verrues ? Voilà ce qui n'est pas encore déterminé. Le docteur Fricke regarde ces condylomes comme les avant-coureurs d'affections plus graves, entre autres du *fungus medullaris* des organes internes. Le professeur Otto cite un fait dans lequel ces végétations se sont développées chez deux individus non syphilitiques, à la suite de rapports contre nature (*Dänischer Zeitschrift*, 1838, Heft II) ; Rognetta (*Gazette médicale de Paris*, juin 1836) décrit une variété de tumeur verruqueuse qui aurait été facilement prise pour un condylome, si la chasteté bien connue des malades ne les avait mis à l'abri du soupçon. En conséquence, nous ne devons pas admettre une contagion syphilitique antérieure toutes les fois que nous rencontrons des végétations. Avec cette prédisposition aux condylomes coïncide généralement une tendance toute particulière à la formation de tumeurs verruqueuses ou cornées. La cause de cette disposition siège probablement dans la muqueuse des reins ou dans l'appareil digestif en général. Les condylomes plats guérissent promptement ; mais nous ne pouvons parvenir à détruire les condylomes coniques ; nous sommes forcés de les abandonner à eux-mêmes. Il est bien évident que ce sont là des accidents syphilitiques *secondaires*, car on ne peut pas produire des chancres avec ces tumeurs ; le liquide qui les humecte détermine simplement des excoriations et des végétations sur les parties avec lesquelles on le met en contact ; il se comporte en cela comme toutes les sécrétions âcres, et l'on doit regarder comme telles toutes celles qui ne sont pas le stimulant naturel des surfaces qu'elles touchent. Les condylomes primitifs sont presque absolument semblables aux condylomes secondaires ; toutefois leur circonférence est moins considérable, et leur sécrétion n'est pas aussi abondante.

Les affections des os viennent nous révéler que l'organisme a succombé dans sa lutte contre l'influence délétère du virus syphilitique. Ces accidents se développent chez les individus prédisposés aux diverses cachexies, chez ceux qui, dans leurs jeunes années, ont guéri à grand-peine du rachitisme, chez ceux enfin qui sont naturellement disposés

au rhumatisme et à la goutte ; mais ici encore le mercure n'est pas à l'abri de tout soupçon. Cet agent, en effet, attaque et détruit la vitalité des parties ; il a été retrouvé à l'état métallique dans les os ; enfin ces affections disparaissent au moment où se développent les symptômes de salivation.

On ne peut nier que les affections syphilitiques ne puissent être congénitales ; il en est de même de certaines ulcérations qui ressemblent à des chancres, et des lésions produites par l'inoculation du pus chancreux : néanmoins il est rare que l'infection ait lieu au moment de la naissance, bien que les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent alors les téguments des enfants semblent devoir favoriser la réception du virus. Des femmes profondément syphilitiques mettent au monde des enfants dont la santé reste excellente ; il se passe ici ce qui a lieu chez les mères atteintes d'herpès ou de quelque autre prédisposition morbide. Lorsque des écoulements ou des éruptions de nature syphilitique apparaissent immédiatement après la naissance, ils ont déjà perdu leurs propriétés contagieuses (ils ne peuvent être reproduits par l'inoculation), et ce fait vient plaider en faveur de cette opinion, que la contagion syphilitique agit comme un simple stimulant anormal : il ne produit aucune cachexie spéciale, il hâte ou il modifie le développement des dispositions morbides préexistantes. C'est ainsi que, sous l'influence de la vérole, on voit apparaître, chez un individu naturellement prédisposé, des manifestations plus ou moins nettes de la scrofule ; mais, dans bon nombre de cas, celles-ci ne se développent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, alors que l'affection syphilitique est déjà guérie, et que la santé du malade a été troublée par d'autres causes. Ce n'est point alors la syphilis qui se généralise et qui suit son évolution, c'est la disposition morbide primitive, modifiée par la syphilis. Par conséquent, c'est cette diathèse originelle que nous avons appelée *disposition* qui doit fournir l'indication principale du traitement ; c'est précisément là ce qui nous explique la *curabilité* de la vérole par tant de moyens différents. Cette même doctrine rend parfaitement compte des rechutes ; il n'est aucune méthode de traitement qui en mette à l'abri, mais elles sont plus fréquentes après le traitement mercuriel : or, lorsque la prédisposition héréditaire existe, il suffit d'un *nouveau* stimulant morbide pour donner lieu à de *nouvelles* affections scrofuleuses, herpétiques, rhumatismales et gouteuses. De là ces ulcères chancreux rebelles du prépuce, qui se reproduisent sans cesse après une cicatrisation imparfaite par suite de la chute de l'épiderme. Quelquefois les bords de ces

ulcérations restent calleux, et le plus léger mouvement suffit pour rompre la cicatrice. Dans ce dernier cas des cataplasmes, dans le premier des applications astringentes pour diminuer la sensibilité du prépuce, produisent les meilleurs effets.

Voyons maintenant les conclusions auxquelles est arrivé le docteur Fricke au point de vue de la thérapeutique. Si l'on voulait établir une théorie rationnelle du traitement de la vérole, il serait nécessaire d'avoir des connaissances précises sur l'origine de la contagion ; mais, pour l'application pratique pure et simple, ces notions sont inutiles ; l'expérience suffit pour démontrer l'existence d'un poison et d'un contre-poison. Quant à la théorie du traitement, elle ne saurait se passer de ces considérations. Comment donc pouvons-nous arriver à déterminer la nature du virus ? Il est plus facile peut-être de déterminer l'époque que le lieu de son origine ; et cependant cette époque remonte aux premiers individus qui ont vu la maladie, aux premiers sujets qui se sont présentés à l'observation. Toutefois les faits suivants méritent d'être pris en considération.

I. La contagion résulte du contact qui a lieu entre deux individus, entre le tissu cutané ou semi-muqueux de l'homme et la membrane muqueuse de la femme.

II. La contagion est favorisée par le mucus de la femme. Celui-ci a des propriétés plus ou moins âcres ; comme le fluide séminal de l'homme, il possède une organisation très-élevée, et il est regardé comme contribuant au développement vital.

III. La contagion est en outre favorisée par le mélange, par la neutralisation réciproque ou la solution de différents spermes, ainsi que par leurs influences constitutionnelles prédominantes.

IV. La contagion a lieu au moment où la sensibilité des parties est à son maximum d'exaltation.

V La contagion fait sentir surtout son influence sur les organes si sensibles de la reproduction ; elle modifie (comme il a été dit) toutes les dispositions morbides ; elle hâte ou elle excite les divers processus, qui se traduisent par une activité fonctionnelle anormale ou par des morbiformations.

Si, une fois en possession de ces notions fondamentales, nous tenons compte de ce que nous enseignent la physiologie et la thérapeutique, et si nous voyons dans le contagium un *pseudo-sperme*, ou, en d'autres

termes, une albumine spéciale, modifiée par l'acte de la génération, nous serons en mesure de concevoir les particularités suivantes :

- I. La congestion que détermine le contagium dans les organes génitaux ; cette congestion, nous l'observerons dans la blennorrhagie.
- II. La tendance du virus à intéresser tous les tissus reproducteurs, et en particulier la peau.
- III. Le développement des morbiformations.
- IV. La prédilection du contagium pour les parties sensibles, prédilection qui est encore démontrée par l'histoire de l'embryon.
- V. L'évolution du virus suivant certains points antithétiques (pôles ou métastases).
- VI. Les indications de notre traitement, dont les heureux résultats viennent démontrer la nature de la maladie, en même temps qu'ils nous permettent de nous rendre compte des succès de quelques autres méthodes, de la méthode mercurielle en particulier.

La médication à employer contre la syphilis mérite la qualification d'*antiplastique*. Sauf dans quelques cas exceptionnels, il n'est point nécessaire d'abattre brusquement les forces par la saignée ; il se peut, au contraire, qu'il faille d'abord mettre l'organisme en mesure de soutenir la réaction, au moyen d'un régime substantiel ; si pendant cette période les ulcérations font des progrès, elles ne guérissent que plus promptement, une fois qu'on en est arrivé à la période de la diète. Même alors, cependant, il ne faut point traiter les malades par *la faim*, et peut-être les préceptes formulés dans les *Chirurgie Annalen* sont-ils un peu trop rigoureux ; au reste, la sévérité du régime doit toujours être proportionnée à l'état du patient. D'un autre côté, on ne saurait trop veiller à l'observance exacte des soins de propreté (1). Le repos est un excellent antiplastique : alors, en effet, la chymification et l'assimilation sont moins actives ; toutes les fonctions s'exécutent avec moins d'énergie, et le contagium, confiné dans son siège primitif, meurt pour ainsi dire faute d'aliments. Si l'on prescrit un régime convenable et des soins de propreté très-minutieux, si l'on tient compte en outre des prédispositions individuelles et de la marche de la maladie, on pourra, au bout

(1) C'est pour cette raison, le docteur Fricke en a eu maintes fois la preuve, que le traitement rationnel échoue souvent dans la pratique privée. Ici, en effet, nous ne pouvons contraindre nos malades, et nous sommes trop souvent obligés de nous en rapporter à ce qu'ils nous disent.

de quelques jours, se relâcher de sa rigueur à l'égard du repos. Un régime animal expose aux bubons; une diète exclusivement végétale favorise le développement des condylomes. Quant au traitement interne, il suffira de faire prendre du sel d'Epsom, en quantité convenable pour déterminer quelques selles tous les jours; ici encore nous nous départons, au bout de peu de temps, de la sévérité de nos premiers préceptes. Nous employons aussi avec avantage la décoction de salsepareille, les infusions de séné ou de *carica arenaria*, et les acides, notamment l'acide nitrique. L'iodure de potassium, avec ou sans la salsepareille, est un remède vraiment merveilleux, et il est en grand honneur dans plusieurs contrées de l'Allemagne.

En admettant même que le mercure ne soit pas plus nuisible que l'écorce du Pérou, cet agent, par cela seul qu'il est regardé comme spécifique, empêche d'arriver à des connaissances exactes sur la maladie, car tous les spécifiques conduisent à des systèmes thérapeutiques erronés; cela est surtout vrai pour la syphilis, dans laquelle il faut avant tout individualiser les cas, et faire soigneusement la part des prédispositions morbides. Dans les formes secondaires surtout, il faut régulariser les fonctions dont le trouble constitue la véritable cause des accidents, et par conséquent il faut régler le régime dans le sens le plus rigoureux du mot. L'estomac et la peau sont les deux organes qui sont principalement atteints. Le même traitement que nous prescrivons contre l'herpès, contre la gale, la scrofule, la goutte, le rachitisme ou la périostite de cause commune, nous devons l'appliquer également lorsque ces maladies sont mises en activité par le virus syphilitique. Du reste, la syphilis secondaire est plus rare qu'on ne le croit généralement. Les accidents secondaires et les rechutes n'exigent pas d'autre traitement que les symptômes primitifs: notre méthode a pour caractères distinctifs d'être basée sur l'emploi des topiques, de ne pas entraver les efforts de la nature et de les favoriser par les soins de propreté, etc. L'air frais guérit souvent en peu de temps les affections cutanées; nous finissons par triompher des condylomes au moyen des escharotiques, mais nous ne saurions en préconiser aucun comme spécifique. Pendant toute la durée du traitement, il faut tenir compte des états constitutionnels, des tempéraments morbides; il faut avoir soin surtout de ne favoriser le développement d'aucune cachexie. Il suffit de modérer l'activité vitale pour enlever au travail morbide tous ses matériaux, ou du moins pour compenser toutes les influences défavorables.

Pour vous rendre compte, dans tous leurs détails, des modifications

que le docteur Fricke a fait subir à sa méthode de traitement, il faudrait un travail aussi long que l'original lui-même ; en conséquence, nous vous y renvoyons, car nous ne pourrions vous faire connaître en abrégé les résultats d'un millier d'observations.

Tels sont, messieurs, les résultats obtenus à Hambourg par le docteur Fricke.

Je veux maintenant vous communiquer l'extrait d'un mémoire publié par M. Struntz dans la *Berlin medical Gazette*. Je ne puis accepter toutes les conclusions du savant docteur, mais les faits qu'il signale ont une telle importance, qu'ils ne peuvent être passés sous silence. Ce que je vais vous lire est le résumé des observations qu'a faites l'auteur sur le traitement non mercuriel de la syphilis, dans le service des vénériens de l'hôpital de la Charité à Berlin. Ces observations comprennent un espace de douze mois, et elles ont été faites sous la direction du professeur Kluge.

Sur sept cent quarante et un malades (quelques-uns d'entre eux avaient été fort négligés), le docteur Struntz n'en a pas rencontré un seul chez lequel le traitement anhydrargyrique n'ait pas réussi, lorsqu'on avait soin de prendre en considération les caractères particuliers des affections locales. En revanche, il a vu un grand nombre de malades externes traités par le mercure pendant des semaines et des mois sans que la cicatrisation des ulcères primitifs fit aucun progrès ; souvent ce traitement ne réussissait même pas à arrêter la marche destructive du mal.

Les accidents primitifs dont il est ici question sont des chancres, des condylomes acuminés et des condylomes larges.

Pendant les six derniers mois, on a traité sans mercure non-seulement les ulcères primitifs, mais tous les accidents syphilitiques, depuis les plus légers jusqu'aux plus graves. On peut objecter au traitement non mercuriel qu'il ne met pas à l'abri des accidents secondaires ; cela peut être vrai, mais le mercure ne fait pas mieux. Le docteur Struntz s'est occupé tout particulièrement de cette question, et sur plusieurs centaines de malades qu'il a observés dans le courant d'une année, il n'en a pas vu un seul atteint de syphilis secondaire, qui n'eût pris du mercure à l'époque des accidents primitifs ; il se renseignait sur ce point, soit par un interrogatoire direct, soit en se faisant présenter les anciennes ordonnances. Si donc le mercure ne préserve pas des symptômes secondaires, il n'est point illogique de chercher une autre méthode de traitement, qui n'aura pas l'inconvénient de saturer l'éco-

nomie d'un second poison. On dira peut-être qu'au moyen de certaines précautions, telles que le régime, le repos, les soins de propreté, l'absence des variations brusques de température, on peut éviter la plupart des fâcheux effets du mercure ; mais comment les pauvres malheureux qui sont soignés en dehors de l'hôpital remplissent-ils toutes ces conditions ?

Ce n'est pas tout : le diagnostic des ulcérations syphilitiques est-il tellement facile qu'on puisse reconnaître constamment et du premier coup d'œil un chancre syphilitique véritable ? Combien ne faut-il pas d'expérience pour qu'un homme soit en état de résoudre ce problème, en apparence si simple ! Tous les chirurgiens qui ont quelques années de pratique savent que l'on observe fréquemment sur les organes génitaux des ulcérations qui ne sont pas de nature syphilitique, bien qu'elles aient presque tous les caractères des accidents primitifs de la vérole.

Les résultats obtenus à la Charité ont été très-satisfaisants. Tous les accidents primitifs, y compris les condylomes (dont les deux tiers ont été regardés comme des symptômes primaires) ont été traités avec succès sans mercure. Le nombre des individus qui sont sortis guéris de l'hôpital s'est élevé à 733, et, au moment de la publication de son travail (30 septembre), le docteur Struntz n'avait pas constaté un seul cas d'accidents secondaires. Parmi ces malades se trouvaient beaucoup de prostituées, qui étaient sous la surveillance constante des chirurgiens de l'hôpital. M. Struntz cependant ne prétend point donner comme infaillible le traitement sans mercure qui a été institué à la Charité, il veut simplement montrer qu'aucun des malades ainsi traités n'a présenté les signes de l'infection générale, ni même ces accidents légers qui ont été décrits par Bonorden et d'autres auteurs comme des exanthèmes syphilitiques secondaires. Du reste, les deux méthodes étaient en usage à l'hôpital de Berlin, et l'on put constater qu'avec des soins locaux identiques, les malades qui prenaient du mercure ne pouvaient être renvoyés que deux, trois et même quatre semaines après les autres. Il est vrai que les condylomes sont sujets à récurrence ; mais ils reparissent aussi bien après l'emploi du mercure, surtout si l'on a commencé le traitement local avant que les végétations aient atteint leur complet développement, ou si elles n'ont pas été tout d'abord entièrement détruites.

Dans les exanthèmes syphilitiques, dans le psoriasis et l'impétigo, par exemple, lorsque le sublimé et le précipité rouge avaient échoué, la

décoction de Zittmann (1) donnait de bons résultats. Plus tard, cependant, le docteur Struntz y substitua une décoction contenant de la salsepareille, du *carex arenaria*, du gâïac, du mézéréum, du sassafras et du séné ; il prescrivait en même temps des bains chauds, dans les cas rebelles de l'acide nitrique, et il réussissait ainsi à obtenir la guérison. « Il est bon de noter en passant, dit l'auteur, que, chez beaucoup de malades, j'ai vu se développer du *psoriasis guttata* et de l'*impetigo sparsa* pendant ou après le traitement mercuriel, surtout lorsqu'on avait fait usage de précipité rouge et de sublimé corrosif; le psoriasis s'effaçait dès qu'on suspendait l'usage des mercuriaux. Nous avons en outre observé dernièrement quelques cas d'ulcères de la gorge et d'ozène, compliqués d'accidents mercuriels. Il peut sembler téméraire au premier abord de remplacer, dans les cas de ce genre, un remède aussi anciennement estimé que le mercure par du sulfate de magnésie, et pourtant, sous l'influence de ce nouveau traitement, les douleurs

(1) *Décoction de Zittmann.*

℥ Salsepareille.	375 grammes.
Eau bouillante.	24 litres.

Faites digérer pendant vingt-quatre heures ; et ajoutez dans un nouet :

Sucre d'alun.	45 grammes :
Mercure doux.	15
Cinabre.	4

Faites réduire jusqu'à ce qu'il ne reste plus que 8 litres de liquide; sur la fin, ajoutez :

Séné.	90 grammes.
Réglisse.	45
Anis.	15
Fenouil.	15

Passez et étiquetez : *Décoction forte.*

On prend matin et soir un demi-litre de cette décoction. Ce n'est pas tout encore.

Au résidu de l'opération précédente ajoutez :

Salsepareille.	190 grammes.
Eau.	24 litres.

Réduisez à 8 litres, et ajoutez à la fin :

Écorce de citron.	12 grammes.
Cannelle.	12
Cardamome.	12
Réglisse.	12

Passez et étiquetez : *Décoction faible.*

On en prend un litre au milieu du jour. (*Pharmacopœa batava.*) (Note du TRAD.)

disparaissaient, l'écoulement nasal se tarissait, et les ulcérations se cicatrisaient avec une rapidité remarquable. Vers le commencement de juillet, trois jeunes gens étaient entrés dans le service des vénériens : l'un d'eux avait subi auparavant un traitement mercuriel par le calomel et le sublimé ; les deux autres avaient également pris du mercure en grande quantité ; ils avaient de l'ozène et des douleurs périostiques. Les bains sulfureux, la décoction dont j'ai parlé et un régime substantiel amenèrent chez tous trois, dans l'espace de quinze jours, une amélioration notable ; l'un d'eux put être renvoyé guéri à la fin de ce même mois, et les ulcérations qu'il portait dans la gorge avaient commencé à se cicatriser. Nous avons eu un cas d'iritis syphilitique qui mérite d'être rapporté.

« L'année dernière, au mois d'août, nous avons reçu, dans nos salles, une servante atteinte de végétations qui s'étendaient de l'orifice du vagin jusqu'à l'anus. Cette femme avait été traitée d'abord avec du calomel, puis elle avait pris du bichlorure. Les condylomes avaient été plusieurs fois cautérisés ou excisés, mais ils revenaient constamment. La malade prit alors la décoction de Zittmann, mais elle n'en obtint aucun résultat, et on la remit à l'usage du calomel. A peine la salivation fut-elle établie, après sept doses de 10 grains (60 centigram.) chacune, qu'il survint une éruption impétigineuse de la face, et bientôt après une iritis qui présentait tous les caractères d'une inflammation syphilitique. On eut recours aussitôt aux saignées et aux sangsues, on mit en œuvre un traitement antiphlogistique énergique ; mais, malgré tout, un abcès se forma dans l'iris. On était suffisamment édifié sur la valeur du calomel, et on le suspendit aussitôt ; on fit alors prendre à cette femme le *decoctum lignorum specieum* de la *Pharmacopée militaire*, et on la soumit à un régime antiphlogistique doux. Au bout de quinze jours, le pus qui était accumulé dans le fond de la chambre antérieure fut résorbé, et la pupille reprit sa forme naturelle ; bref, toute trace d'iritis disparut si complètement, que beaucoup de médecins ne pouvaient distinguer l'œil sain de celui qui avait été affecté. Sous l'influence du traitement non mercuriel, notre malade fut complètement délivrée des accidents primitifs rebelles. Je ne saurais dire exactement quelle part a eue le mercure dans la production des affections secondaires qui se sont développées chez cette femme, mais je ne puis croire qu'il soit entièrement hors de cause. »

Tels sont, messieurs, les faits rapportés par le docteur Struntz. Je dois maintenant vous communiquer une lettre que j'ai reçue de mon

ami, le docteur Oppenheim (de Hambourg). Ce médecin a une expérience très-étendue, puisqu'elle est fondée sur plus de mille observations; aussi ses opinions doivent-elles être prises en sérieuse considération.

« Dès que j'ai reçu votre lettre, je me suis mis en mesure de satisfaire à votre demande. Les renseignements que je vous transmets ne répondront peut-être pas entièrement à votre attente, car ils sont théoriques encore plus que pratiques. Toutefois je ne pouvais mieux faire, car, dans un aussi court espace de temps, il m'était impossible d'examiner tous les rapports et toutes les statistiques des hôpitaux. J'ai prié un jeune médecin très-intelligent de consigner par écrit les points les plus importants du traitement de Fricke, et voici la note qu'il m'a remise :

« A Hambourg, le nombre des *antimercuristes* s'accroît de jour en jour. Parmi les jeunes médecins qui ont été reçus depuis huit ans, deux ou trois seulement sont partisans du mercure. J'ai rarement observé des accidents véritablement graves et invétérés; mais toutes les fois que je les ai rencontrés, c'était chez des malades qui avaient pris une grande quantité de mercure avant d'entrer à l'hôpital. Pour les accidents de ce genre, c'est-à-dire pour les exanthèmes ou la lèpre, pour les condylomes larges, les nodosités, les tophus, le rhumatisme et la goutte syphilitiques, je ne connais que deux remèdes; je les emploie alternativement en me guidant d'après la constitution, l'âge et les autres conditions individuelles du malade, ainsi que d'après la saison de l'année. De ces deux remèdes, l'un est la décoction de Zittmann, à laquelle on revient par intervalles, si cela est nécessaire; l'autre est l'iodure de potassium à l'extérieur et à l'intérieur; la dose est d'un demi-gros à un gros (2 à 4 gram.) dans les vingt-quatre heures.

« Je n'ai jamais observé d'accidents du côté des os ou du périoste chez les malades qui n'avaient pas pris de mercure.

« Quant aux chancres, je les touche avec un caustique lorsqu'ils sont à leur première période (vésicule), puis je règle le traitement ultérieur d'après le degré d'inflammation (douleur). Le repos dans le décubitus dorsal et le régime ont une grande importance; les cataplasmes sont très-utiles pour ces indurations considérables qui ressemblent à des digues. Le cuivre est un des meilleurs topiques pour favoriser la cicatrisation des chancres; je me sers de la solution de Köchlin, que j'étends plus ou moins, selon la sensibilité du malade.

« Lorsque j'ai affaire à des bubons récents, j'essaye de les faire avorter

au moyennes émissions sanguines et de la compression. Si ces moyens échouent, si la tumeur devenue indolente présente une marche chronique, avec tendance à la suppuration, j'applique sur les téguments qui la recouvrent le caustique lunaire (plus rarement un vésicatoire); de cette façon, j'obtiens ou la résorption ou une suppuration de bonne nature.

« Quant à la fréquence des accidents secondaires, la pratique privée ne nous fournit aucun renseignement. La pratique hospitalière nous montre qu'ils ne sont pas plus fréquents qu'après le traitement mercuriel; mais ils affectent une autre forme: les ulcérations de la gorge sont plus rares que les éruptions.

« La gonorrhée est une manifestation très-rebelle; les mêmes méthodes de traitement réussissent et échouent tour à tour. Une fois que les accidents inflammatoires sont amendés, le copahu est plus avantageux que le cubèbe. Dans la blennorrhée, c'est l'introduction d'une bougie dans l'urètre qui donne les meilleurs résultats.

« La mélancolie syphilitique est une affection très-redoutable; aucun traitement n'a de prise sur elle, et l'on voit ses victimes languir et se dessécher lentement.

« Voilà les indications que je puis vous donner aujourd'hui, mais je serai toujours heureux de répondre à toutes les questions que vous voudrez bien m'adresser. Je ne sais rien sur Copenhague. Pour ce qui est de la ville de Berlin, tout ce que je puis vous dire, c'est qu'à l'hôpital de la Charité, Kluge a totalement renoncé au mercure. »

Pour vous renseigner complètement sur cet important sujet, je veux encore vous lire une lettre que j'ai reçue, le 25 octobre 1838, de mon respectable ami, le docteur Staberoh (de Berlin):

« A l'hôpital de la Charité, à Berlin, les syphilitiques sont traités sans mercure; même dans les cas les plus graves, on se sert moins de ce médicament que dans le service de Fricke, à Hambourg. D'après les rapports publiés jusqu'ici, les résultats de ce traitement sont très-favorables; vous trouverez ces rapports dans le *Rust's Magazine*, et il y en a un extrait dans le *Kleinert's Repertorium*. Mais, à côté de ces résultats avantageux, il est une circonstance qu'il importe de ne pas perdre de vue: ici, en effet, les malades atteints d'accidents syphilitiques ne sont pas ordinairement reçus dans les services des vénériens; on les envoie dans les salles de clinique chirurgicale, de sorte que, dans les services spéciaux, on n'a le plus souvent affaire qu'aux manifestations primitives de la vérole. Une fois guéris de ces accidents, les malades

sont renvoyés, et les médecins de la Charité ne sont point en mesure de connaître la fréquence des affections secondaires. Les comptes rendus publiés se ressentent naturellement de l'opinion des anti-mercuristes qui les rédigent, et ceux qui visitent l'hôpital ont rarement l'occasion de suivre les malades jusqu'au bout. Je ne sache pas qu'on ait fait une étude comparative des deux méthodes de traitement ; on a fait autrefois quelques essais dans ce but, mais ils ont été certainement insuffisants. Les chirurgiens militaires seraient mieux que personne en état de combler cette lacune, car aujourd'hui un règlement disciplinaire les oblige à examiner régulièrement les soldats, de sorte qu'ils assistent au début des accidents syphilitiques. Pour me renseigner sur la méthode de traitement usitée dans l'armée, je me suis adressé au chirurgien général Lohmeyer. Chose étrange à dire ! il n'existe pas de documents imprimés sur ce sujet, et les rapports des médecins sont tels, qu'il est impossible d'en tirer quelque conclusion définitive. La plupart des vieux chirurgiens militaires traitent la vérole par le mercure ; mais, parmi les jeunes, bon nombre de ceux qui ont suivi à l'hôpital la pratique du professeur Kluge ont adopté le traitement anhydrargyrique : ils paraissent très-satisfaits des résultats qu'ils obtiennent : on dit cependant qu'ils ont eu recours au mercure dans quelques cas où leur méthode avait échoué. Lors même que je pourrais donner ici des évaluations numériques, ces chiffres ne prouveraient absolument rien, car on ne peut résoudre cette question qu'en soumettant comparativement un nombre égal de malades aux deux médications.

« Puisque les chirurgiens militaires n'ont pas adopté, pour la syphilis, un traitement exclusif, il leur serait plus facile d'instituer et de mener à bien ces essais comparatifs, à condition toutefois qu'ils les entreprennent sans idée préconçue. En Angleterre, les médecins et les chirurgiens, dont la pratique est très-étendue, sont généralement attachés aux hôpitaux ; il n'en est plus de même à Berlin. Ainsi, je ne puis invoquer ici la pratique privée du docteur Kluge, parce qu'il voit très-peu de malades en ville ; je ne connais qu'un seul médecin distingué qui traite la syphilis sans mercure dans sa clientèle ; malheureusement sa pratique n'est pas assez vaste pour nous autoriser à une conclusion. Les praticiens sont divisés en deux camps au sujet du traitement de la vérole ; mais je dois ajouter que les médecins les plus répandus se servent du mercure, sans le regarder toutefois comme un spécifique. Je connais un médecin qui a expérimenté dans quelques cas le traitement

sans mercure; les résultats qu'il a obtenus ne l'ont pas engagé à adopter définitivement la nouvelle méthode. En fait, si le manque de confiance de nos médecins dans le traitement anhydrargyrique ne prouve rien, il ne laisse pas que d'inspirer quelques doutes sur les succès qu'on a obtenus à la Charité; il est même des hommes qui n'ont vu dans ces résultats que les preuves d'un traitement insuffisant. Je n'ai pas cherché à compléter ces renseignements, dans la crainte qu'ils ne vous arrivassent trop tard pour vous être utiles; voici en quelques mots le résumé de mon enquête :

« I. A l'hôpital de la Charité, les syphilitiques qui sont dans le service du docteur Kluge ne prennent pas de mercure.

« II. Dans les services chirurgicaux, on ne reçoit pas les individus qui sont porteurs d'accidents primitifs, mais en revanche on y admet la plupart des malades qui sont atteints de syphilis secondaire, et on les traite par le mercure.

« III. Le nombre proportionnel des rechutes que présentent les malades traités à la Charité sans mercure ne peut être fixé avec précision; peut-être même est-il impossible de le déterminer approximativement.

« IV. Dans leur clientèle privée, les médecins emploient de préférence le traitement mercuriel.

« Vous connaissez sans doute les travaux du docteur Bonorden, chirurgien militaire; ils ont été extraits dans le *Kleinert's Repertorium*. Ce médecin ne semble pas opposé au traitement sans mercure; il en est de même de beaucoup d'autres praticiens qui, tout en approuvant la nouvelle méthode, ne sont pas encore décidés à l'adopter. Le professeur Krükenberg (de Halle) était, il y a quelques années, un défenseur ardent du traitement anhydrargyrique, et il signalait l'usage du mercure comme une pratique nuisible. Beaucoup de ses élèves sont entrés dans la carrière, imbus des idées de leur maître, mais je n'ai pas encore pu constater les résultats si brillants de cette doctrine. C'est là, du reste, le sort de toutes les méthodes exclusives; en fait, il n'est pas de praticien qui n'ait vu des ulcérations primitives guérir sous l'influence d'un simple traitement rafraîchissant. »

SOIXANTE-CINQUIÈME LEÇON.

LA SYPHILIS.—OPHTHALMIE SYPHILITIQUE. — SYMPTOMES SECONDAIRES. — USAGE DU MERCURE.

Iritis syphilitique.—Mode de début.—La marche et la gravité de cette affection sont également variables. — Indications thérapeutiques. — Emploi des mercuriaux. De la périostite. — Influence du mercure.—Ostéite mercurielle du crâne,—des vertèbres.

Accidents syphilitiques secondaires. — Observations. — Traitement de la syphilis sans mercure. — Traitement des chancres.—Abus du mercure. — Communication du docteur Tuohill sur le traitement du phagédénisme. — Certains poisons peuvent déterminer une éruption semblable à celle de la syphilis.

MESSIEURS,

Malgré tous les travaux qui ont été entrepris dans le but d'élucider la pathologie et le traitement de la vérole, nous devons reconnaître que ces questions présentent encore aujourd'hui bien des faits obscurs. Un tel état de choses est on ne peut plus regrettable, et il impose à tous les professeurs de clinique un impérieux devoir ; chacun d'eux doit contribuer, autant qu'il est en lui, à dissiper les ténèbres, et à faire cesser l'incertitude et la confusion qui régissent dans cette partie de la science. C'est pour cela que, dans nos deux dernières conférences, je vous ai fait connaître quelques travaux étrangers qui se rapportent à l'histoire des maladies vénériennes. Je reviens encore aujourd'hui sur ce sujet, et j'ai à vous parler tout d'abord d'une femme qui a été admise dans notre service pour une iritis syphilitique.

Après des accidents primitifs, cette malade avait été prise de douleurs dans les articulations des membres supérieurs ; ces douleurs s'exaspéraient pendant la nuit. Quinze jours après son entrée dans nos salles, elle était prise d'une éruption papuleuse et d'une iritis syphilitique. Vous vous rappelez sans doute que cette femme ne convint pas

tout d'abord de sa maladie ; elle prétendait que ses douleurs étaient de nature rhumatismale, et elle ne leur assignait d'autre cause que l'action du froid. Or, chez elle, l'affection articulaire occupait principalement les petites jointures ; les articulations de la main et des doigts, et l'un des poignets, étaient gonflés, sensibles et douloureux, et, au premier abord, la main de notre malade présentait tous les caractères de l'arthrite rhumatismale. Il est généralement admis que les douleurs produites par la syphilis siègent surtout dans la diaphyse et dans l'extrémité des os longs. Le cas actuel nous montre que l'inflammation syphilitique peut déterminer du gonflement, de la sensibilité et de la douleur dans les petites jointures, au point de ressembler, sous beaucoup de rapports, à l'inflammation rhumatismale. Nous avons, dans notre petite salle, une autre malade qui est également atteinte d'une inflammation syphilitique des synoviales et des articulations ; mais, chez elle, ce sont les grandes jointures qui sont prises. Lorsqu'une maladie générale telle que la syphilis détermine des douleurs et des tuméfactions inflammatoires, il est absurde de croire que ces déterminations locales seront toujours limitées aux os longs ou à leur périoste. Dans bon nombre de cas, en effet, nous pouvons constater que les synoviales sont également touchées.

Chez la femme dont je vous ai parlé d'abord, l'iritis a présenté un mode de développement que je dois vous signaler. Cette affection s'est déclarée le plus insidieusement du monde, pendant que nous traitions cette malade pour ses douleurs articulaires : c'est à peine s'il y a eu quelques douleurs orbitaires ; la vision a été très-légèrement troublée, la pupille n'a présenté aucune modification notable ; en somme, à l'exception d'un peu de photophobie et d'une légère rougeur de la conjonctive, rien ne pouvait faire songer à l'existence d'une iritis. Mais, messieurs, toutes les fois qu'une personne soupçonnée de syphilis est prise d'une inflammation oculaire, vous devez la surveiller avec une extrême attention, surtout si l'affection est limitée à un des yeux ; peu importe alors que les tissus superficiels ou les profonds soient atteints les premiers, toutes les chances sont pour une ophthalmie syphilitique qui peut compromettre à jamais la vision. C'est ainsi que les choses se sont passées chez notre malade ; au bout de quatre ou cinq jours, elle nous présentait tous les symptômes d'une iritis confirmée. On a fait observer souvent, et avec toute raison, que la dénomination d'iritis syphilitique peut induire en erreur. Souvent, en effet, ce n'est pas l'iris qui est affecté le premier, ce n'est pas lui qui est le plus gravement

compromis ; bien plus, on voit des cas dans lesquels il reste parfaitement intact, quoique la vision finisse par être définitivement abolie. L'expression d'ophtalmie syphilitique me paraît donc beaucoup plus convenable.

Je ne sache pas qu'il existe aucune affection dont les débuts soient parfois aussi insidieux que ceux de l'iritis syphilitique ; il n'y a pas de phlegmasie interne qui présente dans sa marche ou dans son intensité d'aussi grandes variations. Quelquefois l'inflammation attaque tout d'abord l'iris et les parties voisines ; puis, prenant des allures extrêmement rapides, elle détruit bientôt la vue, si l'on ne réussit pas à arrêter sa marche foudroyante. Dans les cas de ce genre, on observe des douleurs vives, de la photophobie, de l'épiphora, une vascularisation anormale de la sclérotique, de sorte qu'il n'y a pas d'erreur possible ; mais, dans d'autres circonstances, le début de l'affection est tellement insidieux, l'inflammation marche avec une telle lenteur, elle est enfin si peu douloureuse, que la vision est abolie dans l'un des yeux avant même que le patient soupçonne qu'elle est menacée. Chez ces malades, l'iris ne se prend ordinairement que dans la dernière période, et la phlegmasie attaque d'abord les tissus profonds du globe oculaire. Dans un grand nombre de cas enfin, et c'est ce qui a lieu chez notre malade, l'affection débute par les tissus superficiels ; elle présente les caractères d'une conjonctivite simple, déterminée par l'action du froid. Vous comprenez, messieurs, que toutes ces variétés doivent amener des modifications non moins nombreuses dans le mode de traitement.

Je suis d'autant plus désireux d'appeler votre attention sur ce point, que nous aurions sans doute institué chez notre malade une thérapeutique toute différente, si nous avions étudié de plus près l'affection dont elle était atteinte. Lorsque l'ophtalmie syphilitique, attaquant à la fois l'iris et le cristallin, menace de détruire la vision dans l'espace de quelques jours, l'activité de notre traitement doit être proportionnée à l'imminence du danger ; nous ne devons pas hésiter à saigner, à appliquer les sangsues, à donner le calomel et l'opium à hautes doses (10 grains deux ou trois fois par jour), jusqu'à ce que la bouche soit affectée. De cette façon, cette maladie, qui, abandonnée à elle-même, eût aboli la vue en trois ou quatre jours, est guérie dans le même temps. Tandis que nous cherchons à déterminer une salivation aussi prompte que possible, nous avons soin de faire appliquer sur les paupières de l'extrait de belladone, afin de prévenir la contraction de la pupille.

Si au contraire l'iritis syphilitique se développe lentement et présente pour ainsi dire une marche chronique, vous ne devez pas chercher à en triompher d'emblée. Vous devez vous efforcer de combattre graduellement les accidents au moyen du traitement mercuriel, et des applications topiques usitées en pareil cas. Remarquez que, dans le premier cas, vous n'avez que trois ou quatre jours devant vous, tandis que, dans le second, vous avez plusieurs semaines à votre disposition. Je crois précisément que nous nous sommes trop hâtés dans le fait actuel. L'ophtalmie de cette femme avait présenté une marche lente, et nous aurions dû en conséquence lui opposer un traitement plus doux ; nous aurions dû lui faire prendre de petites doses de calomel ou de pilules bleues, de façon à placer graduellement l'économie sous l'influence du mercure. Loin d'agir ainsi, nous avons déterminé chez cette malade une salivation brusque et rapide. Qu'en est-il résulté ? Après une amélioration temporaire, l'affection fut notablement exaspérée ; si nous avions procédé avec plus de ménagements, le résultat eût peut-être été moins rapide, mais il eût à coup sûr été plus durable et plus certain.

Faisons maintenant l'application de ces principes à ce jeune homme qui nous est arrivé ce matin. Il présente des symptômes très-nets de syphilis secondaire, et les accidents dont il est atteint n'ont été modifiés par aucune action thérapeutique antérieure. Il n'a pris jusqu'ici pour tout médicament que deux pilules qu'on lui a données dans un dispensaire, il y a de cela deux mois ; du reste, ces pilules n'ont produit aucun effet appréciable. Chez ce jeune homme, l'apparition des symptômes secondaires a été accompagnée de douleurs et d'un mouvement fébrile ; aujourd'hui il a le corps couvert d'une éruption qui tient le milieu entre les papules et les squames. Il y a quatre ou cinq jours, on lui a conseillé de prendre un bain chaud pour calmer ses douleurs : or, il dut faire après son bain une marche assez longue, et comme la température était peu élevée, il eut froid en retournant chez lui ; bientôt après, il ressentit de la douleur dans l'œil gauche, il eut du larmoiement et quelques troubles dans la vision. Si cet homme avait été en parfaite santé lorsqu'il fut exposé à l'action de cette cause occasionnelle, il eût probablement pris une conjonctivite légère, ou une angine ou une bronchite ; mais il s'agissait ici d'un individu qui était déjà sous le coup d'une maladie générale, et cette maladie, qui tend naturellement à intéresser presque tous les tissus de l'organisme, devait modifier toutes les inflammations accidentelles. D'un autre côté, la conjonctivite

ou l'angine qui se serait développée chez un sujet sain, eût cédé facilement sous l'influence des moyens les plus simples; il eût suffi de quelques pédiluves, de quelques boissons chaudes et d'un léger laxatif le lendemain matin. Mais ici, en raison de l'état constitutionnel antérieur, une iritis syphilitique s'est substituée à la conjonctivite franche, et elle demande un traitement tout spécial.

Vous savez aussi, messieurs, que les syphilitiques qui ont pris du mercure, et qui n'ont pas été entièrement guéris sont exposés à l'iritis sous l'influence du plus léger refroidissement. Quelques médecins attribuent cette disposition au traitement mercuriel; mais le mercure n'agit ici qu'en rendant le malade plus sensible à l'action du froid; en d'autres termes, lorsqu'un individu prend une iritis pendant le cours d'un traitement hydrargyrique, ce n'est pas en raison d'une influence directe et immédiate du mercure, c'est tout simplement parce que cet agent augmente l'impressionnabilité au froid. De même un premier traitement mercuriel ne doit point être regardé comme une contre-indication à un second, ainsi que quelques personnes le prétendent.

Notre malade éprouve quelques douleurs dans la région sus-orbitaire, son œil est injecté, et il présente l'aspect caractéristique de l'iritis; la coloration de l'iris est quelque peu altérée au niveau de la petite circonférence, mais la pupille n'est pas irrégulière; en outre, la vue est légèrement obscurcie, et les objets sont vus comme à travers un voile. Il n'y a cependant aucune opacité sur la cornée, aucune opalescence dans les humeurs oculaires; ces troubles visuels dépendent de l'inflammation qui affecte l'iris, le corps ciliaire, et sans doute aussi les couches rétiniennes. Lorsque la phlegmasie s'étend de l'iris à la zone ciliaire, il faut bien admettre que les nerfs ciliaires de la rétine sont également intéressés, car la vision est troublée, avant que nous puissions constater aucune lésion dans l'appareil optique. Chez notre homme, les caractères objectifs de l'œil, la modification de la couleur de l'iris sur son bord libre, l'affaiblissement de la vue et la coïncidence d'une éruption cutanée démontrent la véritable nature de l'affection, et nous prouvent que la phlegmasie oculaire, bien que développée sous l'influence du froid, a été modifiée par l'infection syphilitique constitutionnelle.

Dans le but de préparer ce malade au traitement mercuriel, je lui ai fait faire une saignée; je lui ai prescrit quelques purgatifs et je l'ai mis aux préparations antimoniales pendant deux ou trois jours. Tous ces agents, y compris le tartre stibié, peuvent arrêter les progrès de l'iritis.

mais ils ne m'inspirent qu'une médiocre confiance, en tant que moyens curateurs. Je ne les emploie qu'à titre d'auxiliaires, et c'est du mercure que j'attends la guérison. Mais j'ai besoin de vous rappeler encore ici combien est variable la marche de l'iritis. Quelquefois, je vous l'ai dit, on n'observe aucun symptôme d'inflammation aiguë, la vision est un peu altérée, et voilà tout ; c'est dans les cas de ce genre que le malade ne découvre son mal que par hasard, et lorsqu'une circonstance fortuite lui révèle qu'il a perdu la vue d'un côté. Dans d'autres circonstances, l'inflammation, arrivée à une certaine période de son évolution, se met à décliner, souvent même elle disparaît spontanément. Chez certains malades, les symptômes sont plus nettement accusés, sans présenter toutefois aucun danger. Mais toutes les fois que l'inflammation est intense, il ne faut pas oublier qu'elle peut détruire rapidement la vue, si l'on ne met pas en œuvre un traitement énergique et efficace. Chez notre homme, les accidents n'ont pas une très-grande acuité ; par conséquent, il n'est pas nécessaire de déterminer une salivation rapide ; abandonnée à elle-même, cette ophthalmie aboutirait certainement à la désorganisation de l'œil, mais elle emploierait plusieurs semaines pour accomplir son œuvre de destruction. Lorsque l'iritis n'est pas extrêmement intense, vous n'avez pas besoin de modifier le traitement des affections syphilitiques non compliquées d'ophthalmie. Dans le cas contraire, vous saignez, vous mettez des sangsues ; vous faites appliquer de la belladone autour des yeux, et vous donnez le calomel à la dose de 10 grains ou 1 scrupule (60 centigrammes ou 1^{er},30) toutes les trois ou quatre heures, de manière à déterminer une salivation mercurielle aussi prompte que possible.

Vous connaissez toute l'utilité de la belladone dans l'iritis. Beaucoup de personnes pensent qu'elle a une action purement mécanique : elle dilaterait la pupille, et voilà tout ; mais pour moi je suis fermement convaincu que cet agent possède une influence d'un autre ordre. Je crois qu'il modifie la vitalité de l'œil, qu'il apaise l'irritabilité de l'organe, et qu'il combat ainsi indirectement l'inflammation locale. Dans l'ophthalmie scrofuleuse, l'œil est extrêmement sensible, la photophobie et le larmoient sont considérables et je ne connais pas de meilleur remède que la belladone prise à l'intérieur. Cette substance n'a donc pas simplement pour effet de dilater la pupille et de prévenir les adhérences, elle diminue en outre l'irritabilité de l'œil, par suite de l'influence spéciale qu'elle exerce sur la rétine et sur les nerfs ciliaires.

Toutes les fois donc que vous aurez affaire à l'une des affections de la syphilis, iritis, périostite, angine ou éruptions, vous devez être guidés dans votre traitement par les caractères et la marche des symptômes. S'ils se sont développés graduellement, s'ils n'ont qu'une intensité médiocre, s'ils présentent naturellement une marche chronique, si enfin aucun organe important n'est immédiatement menacé, prenez votre temps et amenez peu à peu votre malade à la mercurialisation. Dans le cas contraire, agissez avec promptitude, saturez le patient d'emblée. Je vous ai déjà dit que lorsqu'une ophthalmie syphilitique menace de détruire la vision rapidement vous devez donner, trois fois par jour, 5 ou 10 grains (30 ou 60 centigrammes) de calomel ; telle doit encore être votre conduite lorsqu'une périostite attaque la lame osseuse qui sépare l'orbite de la cavité encéphalique, ou la table interne du crâne.

La connaissance des tissus qui sont le plus exposés aux affections scrofuleuses vous fournira d'utiles indications pour l'administration du mercure dans les affections syphilitiques. Les tissus blancs ont une vitalité peu active, et les inflammations qui s'y développent ont une marche subaiguë, si ce n'est même chronique ; aussi n'est-il pas nécessaire alors de recourir à un traitement aussi énergique que dans le cas où des tissus d'une organisation plus élevée sont atteints. Tel est le principe général, mais il comporte quelques exceptions : soit, par exemple, lorsque l'inflammation envahit un organe composé de tissus hétérogènes, comme l'œil, soit lorsqu'elle attaque, dans sa forme aiguë, les tissus purement albumineux (*purely albuminous*). L'activité vitale du périoste et de l'os est peu considérable, et il en est de même de la plupart des éléments qui entrent dans la composition de l'œil ; aussi, lorsque vous avez à combattre une affection inflammatoire de ces divers organes, vous ne devez pas vous attendre à modifier soudainement l'état morbide ; les tissus de ce genre ont besoin de temps, et de beaucoup de temps, pour revenir à leurs conditions primitives : dans la majorité des cas, c'est par un traitement altérant léger que vous devez attaquer la périostite et l'ophthalmie syphilitiques ; donnez le mercure à petites doses, faites faire quelques frictions, et n'oubliez pas que plusieurs semaines doivent s'écouler avant que vous déterminiez la salivation ; une fois les gencives légèrement touchées, maintenez les choses dans le même état pendant quelque temps, et ne donnez de mercure que juste ce qu'il en faut pour obtenir ce résultat.

Je reviendrai plus tard sur la périostite, mais je dois vous prévenir

que vous serez quelquefois fort embarrassés pour déterminer si cette affection est de nature syphilitique, oui ou non. Vous verrez bien des inflammations du périoste qui ne reconnaissent d'autre cause que la disposition scrofuleuse ; vous devez savoir en effet que les déterminations inflammatoires de la scrofulose sont souvent passagères, et qu'elles attaquent le périoste avant de se fixer sur les os. Il existe en outre une périostite rhumatismale, et une périostite goutteuse ; enfin une des causes les plus communes de cette affection, en dehors de la vérole, c'est l'influence du mercure sur la constitution. Les individus qui ont pris du mercure pour une maladie quelconque, pneumonie, pleurésie ou hépatite, deviennent par cela même prédisposés aux affections inflammatoires du périoste, et cette prédisposition persiste non-seulement pendant des mois, mais pendant des années entières. En fait, la périostite est l'un des effets les plus fréquents de la mercurialisation, surtout si le malade s'est exposé au froid pendant qu'il suivait son traitement mercuriel. C'est chez ces individus que vous voyez, même au bout de plusieurs années, un refroidissement, un coup ou quelque autre cause occasionnelle insignifiante, amener le développement d'une périostite.

J'ai donné des soins avec sir Philip Crampton et M. Cusack à un gentleman qui était affecté d'une périostite du tibia et du crâne ; notre interrogatoire nous apprit que ce malade avait été soumis, neuf ans auparavant, à une salivation mercurielle. J'ai également observé une périostite des deux tibias chez une dame à qui l'on avait fait prendre du mercure, parce qu'on la croyait atteinte d'hépatite ; or, il y avait de cela cinq ou six ans.

Je ne crois pas avoir jamais vu de périostite mercurielle plus remarquable que celle dont était atteint un gentleman qui avait été pendant quelques années attaché, en qualité de chirurgien, à l'ambassade anglaise du Mexique. Cette contrée, élevée de près de 12,000 pieds au-dessus du niveau de la mer, est exposée à la fois à des vents très-vifs et à un soleil tropical ; aussi y voit-on régner des fièvres à caractère grave. Peu de temps après son arrivée dans le pays, ce gentleman paya son tribut au climat, et il fut soumis à une salivation abondante. Il prit froid pendant sa convalescence et fut atteint d'une périostite ; il guérit sous l'influence d'un nouveau traitement mercuriel. L'année d'après reparut la même série d'accidents. Je ne pourrais vous donner le nombre exact de ces attaques successives ; tout ce que je puis vous dire, c'est qu'elles survenaient toujours à la suite d'un refroidissement, et

que toujours aussi le mercure en triomphait. Mais il vint un moment où ce remède perdit toute sa puissance ; le malade se décida alors à rentrer dans son pays, et lorsqu'il arriva , il présentait un aspect vraiment extraordinaire. La périostite s'était fixée sur le crâne, et elle en avait tellement altéré la forme, qu'il n'avait plus rien d'humain.

Lorsque je vis cet homme, il y avait déjà trois ans que la plus grande partie du périoste et des os crâniens était affectée. Le crâne de ce malheureux eût certainement défié la sagacité de Gall et de Spurzheim, car il avait la forme la plus bizarre qu'on puisse imaginer. Le malade avait l'habitude de prendre de grandes quantités d'opium pour pouvoir goûter quelque repos ; il était tourmenté par de telles insomnies, qu'il passait parfois quinze ou vingt nuits de suite sans dormir une heure. En somme, il était dans un fort triste état ; il n'avait de répit que dans l'intervalle des attaques.

Il y a quinze ou vingt ans, à l'époque où le traitement de la vérole était l'objet des discussions les plus vives, les mercuristes ont prétendu que le mercure ne détermine d'exostoses ou de périostites que chez les sujets syphilitiques. Je puis affirmer que cette assertion est complètement fausse, j'en ai eu maintes fois la preuve ; le malade dont je vous ai rapporté l'histoire n'avait jamais eu la syphilis. Du reste, il serait aujourd'hui fort superflu d'insister sur ce point ; tous les praticiens savent que le mercure donne lieu à une série d'accidents qui sont assez semblables à ceux de la syphilis secondaire. Ainsi, dans le cours d'un traitement mercuriel, vous voyez un malade être pris d'un mouvement fébrile, de douleurs ostéocopes, de gonflement des os ; en même temps il a mal à la gorge, et il présente une éruption à laquelle on a donné le nom d'eczéma mercuriel. Vous saisissez vous-mêmes la remarquable analogie qui existe entre ces affections mercurielles et les affections de la syphilis. Mal administré, le mercure peut déterminer tous les accidents que je viens d'énumérer ; il peut même produire la carie des os, principalement des os du nez et du palais. On sait depuis longtemps que certains médicaments énergiques donnent lieu à des affections analogues à celles qu'ils guérissent d'ordinaire ; le mercure, la belladone, la strychnine, le quinquina, l'iodure de potassium et quelques autres agents encore nous donnent souvent les preuves de cette action spéciale sur l'économie. Du reste, messieurs, il serait difficile de concevoir qu'un médicament puisse guérir les affections de certains tissus, s'il n'a pas sur eux une influence élective ; et à ce point de vue nous

avons une démonstration du principe des homœopathes : *Similia similibus curantur*.

L'ostéite mercurielle du crâne est une affection très-commune ; siégeant le plus ordinairement sur le frontal et sur les pariétaux, elle peut occuper aussi d'autres os. Cette inflammation attaque, en général la table externe des os, et il est facile de la reconnaître à la sensibilité et au gonflement des parties correspondantes du cuir chevelu. Parfois, cependant, l'ostéite débute par la table interne, et alors ses allures sont bien autrement menaçantes, car elle peut compromettre et la dure-mère et le tissu cérébral sous-jacent. Alors aussi on méconnaît fréquemment la véritable nature de l'affection, et on la confond avec l'un quelconque des états morbides qui déterminent de la céphalalgie. Cette erreur est grave, je dirai plus, elle est fatale : si le médecin ne sait pas à quoi il a affaire, il n'instituera pas le traitement convenable, et le malade sera la victime de cette méprise. Je sais toutes les difficultés que présente ici le diagnostic ; cependant, si l'on accorde une attention suffisante aux antécédents, on pourra le plus souvent s'en tirer à son honneur. Si un individu déjà atteint d'ostéite sur d'autres points du squelette est affecté d'une céphalée nocturne, si cette douleur s'élançe en rayonnant d'un point fixe dans diverses directions, alors, même en l'absence de toute sensibilité sur le cuir chevelu, nous pouvons conclure avec certitude qu'il s'agit d'une ostéite crânienne. Dans les cas de ce genre, la percussion m'a souvent été d'un grand secours. Je place un de mes doigts sur la tête du malade, et je frappe dessus fortement avec les doigts de l'autre main. S'il existe une ostéite interne, chaque coup détermine dans la cavité encéphalique une douleur toute particulière, qui est d'autant plus intense que la percussion a été pratiquée plus près du point enflammé.

Vous avez vu dans nos salles quelques malades qui étaient tourmentés par une céphalalgie violente, et chez lesquels le cuir chevelu ne présentait aucune sensibilité ; vous avez pu constater en même temps et l'impuissance de tous les moyens de traitement que l'on emploie d'ordinaire contre la douleur de tête, et le succès d'une thérapeutique rationnelle fondée sur un diagnostic exact. Cette céphalée, qui ne le cède à aucune autre en sévérité, qui prive le patient de tout sommeil, qui occupe fréquemment un seul côté de la tête et présente des exacerbations à certaines heures, est souvent prise pour une hémicrânie nerveuse, et on la traite par les préparations de fer.

Lorsque l'ostéite a attaqué tout d'abord la table externe du crâne,

elle se propage rarement de dehors en dedans ; cependant quelques faits démontrent qu'elle peut suivre cette marche funeste. C'est ce qui a eu lieu, par exemple, chez Mary Wilkinson, qui est entrée dans notre service le 21 octobre. Chez elle, le cuir chevelu était excessivement douloureux ; il était en outre épaissi et œdémateux sur un point. Les artères de ce côté étaient dilatées, et elles présentaient des pulsations exagérées. Le 27, la céphalalgie s'était accrue, et la malade tomba dans un coma profond ; les pupilles dilatées étaient insensibles à la lumière, les extrémités étaient froides, le pouls était à peine perceptible. Par bonheur, le mercure que nous avons fait prendre à cette malade, les jours précédents, commença à faire sentir son action sur la bouche ; le calomel à hautes doses et une vésication énergique achevèrent la guérison.

Un tel succès, messieurs, est chose rare. — L'ostéite est également très-dangereuse lorsqu'elle occupe l'orbite ou les portions adjacentes du frontal. Elle est très-obscurc lorsqu'elle siège à la base du crâne.

L'ostéite mercurielle attaque très-souvent les vertèbres cervicales ; elle est comparativement rare dans la région dorsale, et se montre un peu plus commune dans la région lombaire, sans présenter toutefois la même fréquence qu'au cou. J'ai cependant observé quelques malades chez lesquels toutes les vertèbres dorsales paraissaient affectées ; les mouvements et la pression y causaient d'abominables douleurs. Je vous ferai remarquer à ce sujet que les pathologistes n'ont pas accordé jusqu'ici une attention suffisante à cette espèce de névralgie, qui reconnaît pour cause l'inflammation des nerfs ou de leurs gâines par extension de la phlegmasie des canaux osseux qu'ils traversent.

Quoi qu'il en soit, on ne peut élever aucun doute sur la justesse de cette proposition : l'abus ou même l'usage du mercure crée une prédisposition à l'ostéite ; on voit alors cette affection se développer sous l'influence du froid ou de l'humidité, surtout si ces causes occasionnelles agissent sur un individu fatigué ou épuisé par les excès. Par suite de ce mode de développement, on a qualifié de mercurielle cette variété d'ostéite ; mais nous devons prendre garde de nous en laisser imposer par cette désignation ; quelque étrange, en effet, que puisse être ce fait, il n'en est pas moins vrai que cette ostéite guérit souvent avec rapidité sous l'influence du mercure. Ajoutons toutefois que ce succès n'est que momentané, et qu'il est acheté bien cher ; car ce traitement laisse le malade toujours plus exposé aux récidives, et au bout d'un certain temps le mercure devient complètement impuissant.

Nous avons en ce moment, dans notre service, deux malades atteints de syphilis, un homme et une femme. L'histoire de ces deux individus ne présente aucune particularité qui ne se retrouve dans tous les faits du même genre ; et cependant je crois devoir m'en occuper quelques instants avec vous, car c'est par l'étude des cas particuliers bien plutôt que par les préceptes consignés dans les livres, que vous arriverez à traiter convenablement cette maladie obscure, véritable protégée qui se présente aux yeux du médecin sous mille formes diverses.

Il n'y a pas plus d'un an que la femme qui est actuellement dans nos salles a été infectée. Nous ne savons pas au juste quels ont été les accidents primitifs ; cependant, d'après la description qu'elle nous a faite, nous pouvons penser qu'elle a été atteinte d'un chancre véritable. Quelque temps après, elle a été prise de mal de gorge, de douleurs articulaires, et il lui est survenu une éruption ; ces accidents l'ont amenée dans cet hôpital il y a dix mois environ, et lorsqu'elle est sortie, elle paraissait guérie. Mais, au bout de quelques semaines, de nouvelles manifestations morbides ont apparu, et jusqu'à ce jour cette femme a constamment ressenti les atteintes de la maladie. Trois points doivent fixer votre attention : premièrement, le retour d'accidents syphilitiques après un traitement hydrargyrique : cette malade avait été soumise à la salivation mercurielle lors de son premier séjour à l'hôpital ; deuxièmement, l'existence d'une cachexie syphilitique légère : cette femme est pâle et amaigrie ; troisièmement, la lenteur de la marche de la maladie : elle ne se révèle encore aujourd'hui que par quelques taches sur la peau, quelques douleurs dans les jambes, un peu de gonflement du périoste et une arthrite légère.

Je me propose de déterminer chez cette femme une nouvelle salivation, et je la maintiendrai quelque temps. Si j'en vois la nécessité, je donnerai en même temps de la décoction de salsepareille, sans en limiter la quantité. Avec ce traitement, vous verrez l'éruption s'effacer, les douleurs et le gonflement périostiques disparaître, et l'état général devenir plus satisfaisant. Je fais prendre à notre malade, trois fois par jour, 3 grains de pilules bleues et un demi-grain (3 centigrammes) de calomel ; ces doses suffisent le plus souvent pour produire la saturation mercurielle chez les femmes. Je ne doute point que nous n'obtenions une guérison rapide, et que cette malade ne recouvre une santé parfaite. L'insuccès du premier traitement mercuriel n'est point une contre-indication, car, cette femme ne fût-elle pas syphilitique, le mercure

serait encore le meilleur moyen de la débarrasser de son affection cutanée et de sa périostite.

L'autre malade, John Kelly, nous présente une éruption de taches rouges et squameuses. Généralisée sur le tronc et les extrémités, cette affection offre la plus grande ressemblance avec le psoriasis. Comme beaucoup d'autres individus, cet homme prétend n'avoir pas contracté de syphilis récente ; il affirme imperturbablement que, depuis quelques années déjà, il ne s'est pas exposé à l'infection. Vous rencontrerez journellement des faits analogues ; les malades font tout ce qu'ils peuvent pour cacher la vérité, et leurs mensonges viennent compliquer encore une question qui est déjà suffisamment obscure par elle-même. Dans le cas actuel, le virus semble avoir limité ses effets à la surface cutanée ; la gorge, les articulations et le périoste n'ont point été touchés. L'éruption couvre presque toute la surface du corps ; elle a paru depuis deux mois, et elle a été précédée de symptômes fébriles et de douleurs dans les grandes articulations. Au point de vue du traitement, ce fait n'est pas sans intérêt. L'état général de cet homme est excellent, les forces sont conservées, la circulation est active ; aussi j'ai commencé par le faire saigner, et je l'ai mis pendant huit ou neuf jours aux antimonialux et à un régime très-léger. Je savais qu'après ce traitement préliminaire l'action du mercure serait beaucoup plus rapide, et mon attente n'a point été trompée : dès le second jour, la bouche était affectée. Mais, messieurs, j'avais dépassé le but, l'influence mercurielle se montrait beaucoup plus tôt que je ne l'avais désiré. J'avais ordonné à cet homme de prendre trois fois par jour 3 grains de pilules bleues (18 centigrammes) (1) et un demi-grain de calomel, et voilà que la salivation apparaît le second jour, avant qu'il ait pris 6 pilules. Or, sachez-le bien, lorsque le mercure impressionne l'économie avec une telle promptitude, il ne produit pas d'aussi bons

(1) Les pilules bleues anglaises (pilules de mercure, *pilulæ cæruleæ*) ont la composition suivante :

℞ Mercure.	8 grammes.
Conserve de roses.	12
Poudre de réglisse.	4

Broyez le mercure avec la confection, jusqu'à extinction, puis ajoutez la réglisse, et mêlez le tout jusqu'à parfaite incorporation.

Il ne faut pas confondre ces pilules bleues anglaises avec les pilules bleues alle-

effets que lorsqu'il fait sentir son influence avec plus de lenteur et de régularité. Ce médicament ne donne jamais de meilleurs résultats que lorsqu'il a une action progressive et proportionnelle à la quantité qui a été administrée. Aussi regardons-nous toujours comme une circonstance fâcheuse l'apparition d'une salivation subite et abondante, après l'absorption d'une très-petite dose de mercure. Cette anomalie dérange nos calculs et entrave notre traitement ultérieur. Chez notre malade, je vous l'ai dit, nous avons eu la preuve que nous avons été trop vite ; il fallait donc ralentir, mais non suspendre le traitement. Dans ce but, nous nous sommes borné à faire prendre tous les deux soirs 3 grains de pilules bleues et un demi-grain de calomel. Nous avons entretenu ainsi une salivation légère, et nous avons pu constater bientôt une amélioration notable. Aujourd'hui l'éruption tend à s'effacer rapidement, et c'est précisément sur ce point que je veux appeler votre attention. Quels sont les signes qui indiquent l'évolution rétrograde d'une éruption de cette espèce ? Quel doit être notre critérium pour juger les résultats du traitement ?

Lorsque les téguments sont sur le point de revenir à leurs conditions normales, trois signes nous permettent de le reconnaître : 1^o la teinte cuivrée ou rouge vif de l'éruption commence à pâlir ; 2^o la chaleur des parties devient moins considérable ; 3^o la sécrétion anormale de l'épiderme cesse, et les petites écailles qui recouvrent les taches diminuent de quantité. Dans ces affections, les portions de peau qui sont le siège de l'éruption sont extrêmement vascularisées, et la sécrétion épidermique se fait avec une activité morbide ; de là la desquamation incessante qui a lieu à la surface des taches. Vous ne devez donc pas vous contenter des indications fournies par la couleur de l'éruption ; il vous faut aussi tenir compte de l'abondance des squames ; vous pouvez en juger par la simple vue, ou bien en passant votre doigt sur la surface affectée. En résumé, la décoloration et l'affaissement des taches, la disparition graduelle des écailles épidermiques, tels sont les caractères qui vous permettent de reconnaître la période régressive

mandes, dont la composition est absolument différente ; je crois devoir donner ici la formule de ces pilules d'après la *Pharmacopée* de Swediaur :

℞ Sulfate de cuivre ammoniacal.	40 centigrammes.
Mie de pain.	3 grammes.
Carbonate d'ammoniaque liquide.	q. s.

Mêlez, et f. s. a. 18 pilules.

(Note du TRAD.)

d'une éruption syphilitique. La teinte anormale de la peau est le dernier symptôme qui disparaît, et, en général, le traitement doit être suspendu longtemps avant que les téguments aient repris leur couleur naturelle. Si vous vous entêtiez à donner du mercure jusqu'à ce moment-là, ce serait en pure perte, souvent même vous pourriez nuire grandement à votre malade. N'oubliez donc pas que la peau conserve une teinte d'un brun sale longtemps après la guérison.

Dans une précédente leçon, je vous ai dit que, malgré le nombre immense de faits qui ont été cités en faveur du traitement de la syphilis sans mercure, cette question divise encore les médecins les plus distingués ; mais, au moins, les rapports des chirurgiens militaires nous ont appris que les mercuriaux ne sont plus administrés aujourd'hui d'après la méthode empirique et barbare de nos prédécesseurs. On ne voit plus les médecins soumettre des individus délicats ou scrofuleux à un traitement mercuriel épuisant, et cela pour la moindre ulcération ; on sait maintenant que, pendant la période des accidents primitifs, on peut arriver à une guérison parfaite, bien qu'on ne donne pas de mercure, ou qu'on le donne seulement comme altérant ; cette opinion me paraît gagner tous les jours du terrain. Mais, messieurs, songez-y bien, elle n'est applicable que dans les cas où la maladie est traitée dès son début, et elle cesse de l'être si on a laissé marcher les accidents pendant des semaines entières. Je le répète, le chancre légitime, s'il est soigné convenablement dès le premier jour, peut guérir sans mercure. Il y avait certainement quelques individus atteints de chancre vrai parmi les malades du docteur Roe, et cependant, sur la totalité, on n'a observé qu'un cas d'accidents secondaires : c'était chez un homme de très-mauvaise santé et qui avait un bubon longtemps avant son entrée à l'hôpital (1). Mais, demanderez-vous sans doute, est-il possible de guérir les accidents secondaires sans mercure ? Beaucoup d'auteurs répondent ici par la négative. Suivant eux, lorsqu'on a négligé de faire prendre du mercure à un malade ainsi affecté, l'amélioration qu'on

(1) Ce passage semblerait indiquer que lorsque Graves parle de la guérison des chancres, il n'entend pas seulement par là la cicatrisation de l'ulcère primitif, mais aussi l'absence des accidents secondaires. S'il en était ainsi, les faits qu'il rapporte comme exemples de guérison de chancres seraient, comme il le prétend, des exemples de guérison de la syphilis. Mais toutes ces descriptions sont si éloignées de la précision et de la netteté scientifiques, qu'elles n'ont en réalité que bien peu de valeur.

(Note du TRAD.)

obtient n'est que temporaire, et les accidents se reproduisent sans cesse jusqu'à ce qu'enfin la maladie ruine complètement la constitution, et détruisse à jamais la santé. Je n'ai qu'une chose à répondre : j'ai vu plusieurs malades, atteints d'une syphilis secondaire aussi évidente que possible, guérir parfaitement bien sans mercure. Je me rappelle, entre autres, un fait qui s'est passé dans cet hôpital il y a dix ou douze ans. Un malade était entré dans mon service avec une affection papuleuse qui avait apparu six semaines après le chancre primitif. Pour ne laisser aucun doute sur la justesse du diagnostic, je fis voir cet homme à feu M. Hewson, dont l'habileté et l'expérience en pareille matière étaient connues de tous. Il déclara que ce malade était bien et dûment atteint de syphilis, et qu'il ne pourrait guérir sans mercure. Comme il n'y avait pas péril en la demeure, je pensai que la chose valait la peine d'être expérimentée, et je traitai cet homme par les purgatifs et les antimoniaux ; puis je lui fis prendre des altérants végétaux et de l'acide nitrique. J'obtins ainsi une guérison parfaite, et j'eus soin de garder longtemps encore cet individu dans mes salles, afin de m'assurer qu'il ne survenait pas de récidive. Aucun accident ne parut, et M. Hewson fut profondément surpris de ce résultat inattendu ; il ne comprenait pas que ce malade eût pu guérir sans prendre de mercure ; du reste, son opinion avait été partagée par les autres chirurgiens de Meath Hospital. Ce fait, messieurs, a produit sur moi une impression profonde. Depuis lors j'en ai observé quelques autres semblables, et je conçois fort bien que l'on soutienne la curabilité de la syphilis sans mercure, car je suis convaincu qu'il y a quelque chose de vrai dans cette doctrine. D'un autre côté, je dois reconnaître que, dans certains cas semblables à ceux qu'a décrits M. Colles, la guérison ne peut être obtenue sans traitement mercuriel. J'ai donné des soins, il y a quelques années, à un jeune homme d'excellente constitution, qui était affecté d'un chancre depuis trois semaines ou même davantage. Or, toutes les fois que les accidents ont été ainsi abandonnés à eux-mêmes pendant un certain temps, vous ne devez pas trop compter sur le succès du traitement simple ; lorsque les choses sont négligées dès leur début, les symptômes secondaires surviennent avec une grande facilité. Je traitai mon malade par les purgatifs, les antimoniaux, le repos, et je le soumis à un régime très-léger. Les choses semblèrent tout d'abord aller au mieux, et il ne survint pas de bubons ; mais, au bout de cinq ou six semaines, ce jeune homme fut pris de fièvre, de douleurs vives dans les articulations, et, deux jours plus tard, il avait une éruption syphi-

litique et il souffrait de la gorge. Nous avons observé chez lui tous les symptômes de la fièvre exanthématique syphilitique, et nous ne pouvions nous méprendre sur la nature des taches qui recouvraient son corps : ce n'étaient ni des papules, ni des pustules, ni des tubercules ; c'étaient de véritables taches syphilitiques qui présentaient une desquamation farineuse. Je fis prendre au malade du tartre stibié, puis des altérants végétaux, et une amélioration survint, qui dura quinze jours ou trois semaines ; mais alors je vis apparaître une autre éruption qui fut précédée, comme la première, de douleurs et de fièvre. Le traitement sans mercure fut institué de nouveau et il nous donna encore un succès momentané ; l'éruption s'effaçait, les accidents du côté de la gorge disparaissaient. Sur ces entrefaites, ce jeune homme alla demeurer à la campagne pour respirer un air meilleur ; là les mêmes accidents se reproduisirent plus violents encore que par le passé, car il s'y joignit de la périostite, et des nodus se formèrent ; en même temps, le malade commença à maigrir et à perdre ses forces. Je lui prescrivis alors du calomel et des onctions mercurielles jusqu'à production de la salivation. Tous les symptômes cédèrent peu à peu, et il n'y a pas eu de récurrence. Or, remarquez que, chez ce jeune homme, on avait scrupuleusement rempli toutes les conditions qui pouvaient assurer le succès du traitement anhydrargyrique. La constitution du malade était d'ailleurs excellente ; elle n'était point entachée de scrofules, et néanmoins le virus syphilitique la minait sourdement, et la maladie, loin de s'user avec le temps, prenait de jour en jour de nouvelles forces ; en fait, elle présentait une marche si inquiétante, qu'il eût été imprudent de différer plus longtemps l'administration du mercure. Une salivation légère, qui a été maintenue pendant six semaines, a assuré une guérison complète et définitive.

Quelle conclusion devons-nous tirer de tous ces faits ? Je n'en vois qu'une seule de raisonnable, et je pense qu'elle doit être celle de tous les hommes sensés : dans bon nombre de cas, la syphilis peut être guérie sans mercure, mais il en est d'autres dans lesquels le traitement mercuriel est indispensable.

Dans les deux faits que je viens de vous rapporter, les résultats ont été très-différents. Notre premier malade avait été jugé atteint de syphilis vraie par les chirurgiens les plus distingués, et tous avaient décidé d'un commun accord qu'on ne pouvait le guérir sans mercure ; le traitement anhydrargyrique fut suivi d'une guérison rapide et définitive. Le second malade vous eût paru réunir toutes les conditions

favorables pour le traitement simple, et cependant l'événement a complètement trompé notre attente : les accidents se sont reproduits coup sur coup, et ils n'ont cédé qu'à la mercurialisation. Jugez par là, messieurs, combien il importe d'éviter les opinions exclusives, et combien il est difficile de formuler une conclusion générale sur la question du traitement de la syphilis.

Pour moi, voici ce que mon expérience m'a appris sur ce sujet : un grand nombre de cas de syphilis, — je dirai même, pour les accidents primitifs, la grande majorité des cas, — peuvent être guéris sans mercure, s'ils sont traités convenablement dès le début (1).

Lorsque les chancres existent depuis quelque temps déjà, les accidents secondaires sont beaucoup plus à craindre et le mercure peut alors devenir nécessaire ; mais il faut en user modérément et avec une certaine réserve. Si je m'en tenais ici à mon appréciation personnelle, je vous dirais qu'en thèse générale je préfère le traitement non mercuriel pour les chancres primitifs, surtout lorsque je les vois dès le début et que j'ai affaire à des individus délicats ou scrofuleux. Je crois tout au moins que, dans bon nombre de cas, vous ne nuirez aucunement à vos malades en essayant de guérir leurs chancres sans mercure. Si, après cela, vous voyez se développer les accidents secondaires, vous avez toujours la ressource du traitement mercuriel ; il sera même d'autant plus efficace qu'il s'adressera à des constitutions encore intactes. Le médecin prudent et sage ne peut être ni mercuriste ni antimercuriste ; il agit toujours selon les indications et les exigences particulières de chaque cas, et pour instituer son traitement, il prend en considération la forme et la marche de la maladie, ainsi que l'état général de son malade. Si les chancres sont indolents, l'application du nitrate d'argent au début, le repos, un régime doux, quelques laxatifs, et, s'il le faut, les altérants végétaux amèneront la guérison. S'il y a des symptômes inflammatoires très-prononcés, il faut recourir tout d'abord à un traitement antiphlogistique énergique, et différer les cautérisations jusqu'au moment où les accidents phlegmasiques auront cédé.

Toutes les fois que vous serez appelés à soigner un chancre dans sa période initiale, essayez du traitement antiphlogistique ; si vous constatez quelque amélioration, persistez dans cette voie. Si les accidents

(1) Il est universellement admis aujourd'hui que les accidents primitifs (chancres) guérissent sans mercure ; mais cela ne prouve rien pour la guérison de la syphilis.

(Note du TRAD.)

ne s'amendent pas, essayez du mercure, mais mettez-y une grande réserve ; chez certains sujets, vous ne sauriez avoir trop de prudence à cet égard. Les conséquences lamentables qu'entraîne l'usage immodéré des mercuriaux ont été souvent signalées, mais toutes les descriptions restent au-dessous de la réalité ; l'abus de ce médicament est un opprobre pour la médecine.

Vous connaissez peut-être l'*Histoire générale des pirates* de Johnson. Cet ouvrage curieux a été publié en 1725, et sir Walter Scott y a puisé quelques-uns de ses meilleurs tableaux de la vie maritime. Or, il y a dans ce livre un passage qui nous fait connaître combien était grand, à cette époque, l'abus du mercure, et qui nous montre en même temps que déjà alors on savait que ce médicament n'est point indispensable pour la guérison de la syphilis. Voici ce que nous dit l'auteur en parlant des Brésiliens : « La plupart des individus (hommes et femmes) sont atteints d'affections vénériennes ; mais ils n'ont recours à aucun médecin pour guérir ou pour pallier ces accidents. Le seul homme qui s'occupe de les soigner est un prêtre irlandais, qui n'a d'autre médicament que deux ou trois simples. C'est avec ces plantes, dont l'action est secondée par la salubrité de l'air et par une diète légère, que les habitants triomphent de la maladie, et s'il en est peu qui échappent aux ennuis d'un écoulement ou d'une éruption, il n'en est pas un, du moins, qui soit précipité dans cet abîme de maux dans lequel le mercure a déjà plongé tant de victimes. »

Qui pourrait lire, sans être frappé de terreur, le récit des tortures que faisaient subir nos prédécesseurs aux malheureux syphilitiques : salivation prolongée, exostoses persistantes, caries et nécroses, émaciation profonde, fièvre hectique, phthisie rapide ou lente, mais constamment mortelle ! Des centaines de malades, dont les accidents primitifs eussent pu guérir sans un atome de mercure, ont vu ainsi leur santé s'altérer peu à peu sous l'influence d'un traitement impitoyable, jusqu'à ce qu'enfin la scrofule ait apparu dans toute sa puissance, traînant après elle sa suivante ordinaire, la phthisie tuberculeuse.

Grâce aux efforts et aux travaux des chirurgiens militaires, nous ne voyons plus aujourd'hui ces épouvantables abus, nous ne voyons plus les médecins conspirer ainsi contre la vie de leurs semblables. La pratique médicale anglaise a considérablement gagné sous ce rapport, mais néanmoins beaucoup reste encore à faire pour que le traitement de la syphilis soit définitivement établi sur une base solide et sur des données

rationnelles. Je ne suis pas de ceux qui soutiennent qu'on ne doit jamais avoir recours au mercure ; je pense au contraire qu'il est des cas dans lesquels ce mode de traitement est très-avantageux ou même indispensable. Mais je voudrais que vous ne vous départissiez jamais d'une sage réserve. Lorsque vous avez affaire à des accidents, soit primitifs, soit secondaires, qui datent d'un certain temps, et lorsque le malade a déjà pris du mercure, il est souvent très-difficile de saisir nettement l'indication ; souvent aussi vous ne pouvez savoir si le mercure a été convenablement administré, oui ou non.

Lorsqu'un syphilitique a été soumis à la salivation mercurielle, sans aucun résultat favorable, vous ne pouvez vous arrêter qu'à l'une de ces hypothèses : ou bien le mercure n'a eu aucune action sur la maladie, ou bien il a eu de fâcheux effets sur la constitution. Or, voici le but qui doit être l'objet de tous vos efforts : assurer l'action du remède sur la maladie, en prévenir l'influence sur la constitution. Souvent déjà j'ai cherché à graver ce précepte dans votre esprit. Je m'engagerais volontiers à donner à un malade atteint de symptômes primitifs telle quantité de mercure que vous voudrez, sans modifier aucunement les accidents ; je m'engagerais à faire saliver un homme affecté d'angine syphilitique, et à vous le rendre en aussi mauvais état qu'auparavant ; les faits de ce genre ne sont pas rares, j'en ai observé un grand nombre, et c'est ce qui m'a conduit à formuler cette proposition : on peut traiter les maladies vénériennes par le mercure à hautes doses, sans arriver à les guérir.

La syphilis et le mercure, messieurs, ne sont point, comme un acide et un alcali, deux forces opposées dont l'existence simultanée est impossible. Non, malheureusement, il n'en est point ainsi. Cela est triste à dire, mais cela n'est que trop vrai, la constitution peut être à la fois sous cette double influence. Il y a quelque temps, un cocher de bonne maison entra à l'hôpital de Sir Patrick Dun. Il avait eu des accidents primitifs pour lesquels il avait pris du mercure ; mais comme il était très-actif et qu'il ne voulait pas perdre sa place, il continua son service, et il était très-souvent obligé d'attendre son maître pendant la nuit. Il était ainsi exposé au froid et à l'humidité, et il avait eu l'idée de prendre du whisky pour se réchauffer. Le résultat, vous pouvez le prévoir : huit jours après cet homme arrivait à l'hôpital ; il était en pleine salivation, mais il avait une angine de mauvaise nature et une éruption généralisée. Lorsque je parlai de ce malade aux élèves, je leur dis : Voilà un bien triste exemple des effets du traitement mercuriel ; mais

vous ne devez pas en conclure que le mercure ne guérira pas la maladie. Nous allons garder cet homme dans nos salles; nous lui donnerons quelques laxatifs, de la salsepareille, un régime léger, et lorsque nous aurons triomphé des accidents hydrargyriques, nous administrerons de nouveau le mercure, mais nous le donnerons de façon à agir sur la maladie, et non pas sur la constitution. Trois ou quatre semaines plus tard, l'état de ce malade était beaucoup plus satisfaisant; de sorte que nous avons pu le soumettre à un traitement mercuriel léger. Nous avons ainsi obtenu une guérison complète.

En conséquence, de ce qu'un individu est gravement éprouvé par le mercure, vous n'êtes pas autorisés à conclure que le médicament sera impuissant à le guérir de sa vérole; il se peut, en effet, que le traitement ait été mal dirigé, et, en pareil cas, vous ne pouvez en espérer aucun effet avantageux. Il vous faut attendre que les accidents mercuriels aient complètement disparu, puis recommencer la médication sur de nouveaux frais; si vous agissez avec prudence et circonspection, vous obtiendrez les meilleurs résultats. Je suis entièrement d'accord sur ce point avec le docteur Lendrick, et je vous recommande à tous de lire les excellentes observations qu'il a publiées dans le *Dublin medical Journal* (XI^e, XII^e et XVII^e vol.).

Ainsi que beaucoup de maladies aiguës et exanthématiques, la syphilis présente de très-grandes variétés dans ses manifestations. Quelques-unes d'entre elles peuvent être très-peu accusées, ou même manquer complètement, tandis que d'autres acquièrent une intensité remarquable. Dans la rougeole, les symptômes de catarrhe peuvent faire absolument défaut; dans la scarlatine, l'angine peut exister sans éruption, et, ce qui est plus curieux encore, la desquamation et l'hydropisie peuvent se montrer sans aucun symptôme antérieur. Il n'en va pas autrement pour la syphilis: vous pouvez voir un chancre sans bubon, une angine sans éruption; vous pouvez même observer une périostite sans avoir constaté avec certitude aucun des accidents qui précèdent ordinairement cette affection. Ne croyez donc pas que la maladie se présentera constamment à vous sous la forme qu'a décrite l'illustre John Hunter; ne vous attendez pas à ce qu'elle obéisse toujours à la même loi d'évolution.

De même que, dans une maladie aiguë, on peut voir manquer non-seulement un symptôme isolé, mais même un groupe symptomatique tout entier, de même, dans plusieurs maladies chroniques, certaines

affections caractéristiques peuvent faire absolument défaut. Les maladies chroniques présentent les plus grandes variétés dans leurs formes, leur intensité, leurs manifestations et leur durée ; et cela est encore plus vrai des maladies qui se développent sous l'influence de poisons animaux : la scarlatine, le typhus, la rougeole et la variole impressionnent de mille façons différentes les individus qu'elles attaquent : légères et bénignes chez les uns, elles sévissent chez d'autres avec une abominable violence. Il en est exactement de même des affections constitutionnelles de la vérole : elles ont parfois une marche lente et une bénignité remarquable ; dans d'autres cas, elles prennent des allures plus rapides et présentent une sévérité beaucoup plus grande. En résumé, la syphilis est si variable dans sa modalité individuelle, que tout observateur sérieux et expérimenté arrivera forcément à reconnaître que le traitement doit être variable comme la maladie à laquelle il s'adresse, et qu'il est impossible de s'astreindre à l'un des deux codes promulgués par les mercuristes et par les antimercuristes. Si vous vous laissez guider d'après ces principes, vous éviterez deux écueils également dangereux, et le succès viendra vous démontrer la sagesse de votre conduite.

Les remarques suivantes, que le docteur Tuohill a bien voulu me communiquer, méritent toute votre attention : elles ont trait aux ulcérations phagédéniques et à leur traitement avec ou sans mercure. Le même médecin m'a communiqué deux observations extrêmement intéressantes : dans l'une, l'affection phagédénique a duré près de trois ans, et elle a fini par guérir sous l'influence des applications de belladone et de l'administration de la créosote à l'intérieur ; dans le second cas, le mercure produisit la guérison, quoiqu'il eût complètement échoué au début. Voici la note du docteur Tuohill :

« Que l'ulcère phagédénique soit l'effet d'un poison morbide spécial, ou une simple modification des ulcérations syphilitiques ordinaires, toujours est-il que c'est là une affection sérieuse et indomptable. Cette observation s'applique également aux accidents locaux et aux accidents généraux, quelle que soit d'ailleurs la relation qu'on admette entre ces deux ordres de faits. Du reste, s'il existe de nombreuses dissidences sur la nature de cette affection, elles ne se retrouvent point dans les applications pratiques. Tous les médecins expérimentés sont d'accord sur ces deux indications capitales : arrêter le travail ulcératif, fortifier ou tout au moins soutenir l'état général. On remplit la première avec

les différents topiques sédatifs , stimulants ou escharotiques , et l'on donne à l'intérieur (à moins qu'il n'y ait des phénomènes d'excitation vasculaire) la salsepareille , l'acide nitrique , le quinquina, le fer , les diverses préparations d'iode, etc. ; on veille en même temps avec une scrupuleuse attention au régime et aux conditions hygiéniques du malade. Or , la persistance de l'ulcère phagédénique , malgré l'emploi d'agents aussi puissants, nous démontre, ou bien que le traitement n'est pas convenablement institué, ou bien que l'affection est d'une telle nature que le temps est un élément essentiel de la guérison. Cette dernière idée peut être également acceptée, soit que nous admettions que la constitution seule a le pouvoir de triompher, au bout d'un temps plus ou moins long , de la violence naturelle du mal ; soit que nous pensions, au contraire, que l'affection, après avoir suivi sa marche naturelle, devient par cela même plus bénigne et tend à guérir spontanément, sans avoir besoin de l'assistance d'un traitement mercuriel. Quelle que soit l'efficacité du mercure dans les autres affections vénériennes, il faut reconnaître qu'il n'a ici qu'une valeur fort contestable, non pas qu'il donne des résultats négatifs, mais parce qu'au contraire ses effets ne sont que trop positifs et trop aisément appréciables. Les accidents graves qu'il détermine sembleraient tout d'abord justifier l'abandon complet de ce mode de traitement ; mais, chose étrange ! il est des cas dans lesquels il a donné des résultats surprenants ; il a amené une guérison complète et permanente, alors que tous les autres moyens avaient échoué. Il est fort regrettable , en vérité , que nous n'ayons pas de détails précis sur les faits de ce genre , et que nous manquions de renseignements exacts sur les circonstances spéciales dans lesquelles le traitement mercuriel a produit des effets aussi inespérés. Malheureusement nous ne possédons sur cette importante question que des données vagues, confuses et même contradictoires, de sorte que le praticien n'a aucun jalon qui puisse lui servir de guide dans un cas donné. Quelques médecins pensent que la période la plus favorable à l'administration du mercure, c'est le moment où la constitution est parvenue à triompher de l'influence sympathique de la lésion locale. D'autres ne voient dans ce traitement qu'une ressource extrême et dangereuse, une espèce de *dernier ressort* (1), qu'on ne doit mettre en jeu que dans les cas désespérés , alors que l'ulcération gagne sans cesse

(1) En français dans le texte.

du terrain en dépit de tous nos efforts. Il en est enfin qui conseillent de donner le mercure à petites doses comme altérant ; ils ajoutent qu'il faut en surveiller attentivement les effets, et qu'on ne doit commencer ce traitement que lorsque l'ulcération a pris une marche chronique, qui rappelle celle des ulcères indolents. »

Voici quelles sont les circonstances qui ont engagé le docteur Tuohill à essayer de nouveau le traitement mercuriel chez son deuxième malade ; il pense qu'elles peuvent servir d'indication à l'administration du mercure dans le cas d'ulcères phagédéniques. « Un changement dans la configuration de l'ulcère : la forme de croissant avait été remplacée par une forme un peu oblongue ; — l'impossibilité de distinguer un bord convexe et un bord concave, l'absence d'une pointe aiguë à chaque extrémité ; — un peu plus de consistance dans le liquide sécrété, une certaine tendance à la formation de croûtes ; — l'absence de fissures et de granulations calleuses à la surface ; — la disparition complète de cette dureté granuleuse et de cette lividité qu'on avait constamment observées sur le bord convexe de l'ulcération. »

Il est encore un autre point sur lequel je désire appeler votre attention avant de terminer. Vous ne devez jamais perdre de vue qu'il existe d'autres poisons morbides, capables de déterminer des éruptions semblables à celles de la syphilis. Dans l'une de nos précédentes conférences, je vous ai montré que, sous l'influence de certains états constitutionnels anormaux, l'organisme humain peut créer de toutes pièces un poison animal, dont l'un des effets est une éruption cutanée plus ou moins généralisée. Je vous ai fait voir en outre, qu'une perturbation locale, dans une partie quelconque du corps, peut donner naissance à une inflammation, et à la formation d'un produit morbide, capable d'infecter toute l'économie. Bien des fois, à la simple vue d'une ulcération de cette espèce, j'en ai deviné la nature, et, en découvrant le malade, j'ai trouvé sur lui quelques-unes des pustules de Colles.

Un jeune homme entré, il y a quelque temps, dans nos salles, avec une gonorrhée et un phimosis ; il ne pouvait retirer son prépuce en arrière, et le gland, largement ulcéré, était constamment baigné dans le liquide blennorrhagique. Ce malade était depuis quelques jours dans le service, lorsqu'il fut atteint d'une éruption papuleuse ou papulopustuleuse, que beaucoup de personnes regardèrent comme syphilitique. En même temps survint, avec un amaigrissement notable, une angine qui ressemblait de tous points au mal de gorge vénérien. Eh

bien ! j'ai fait couper le prépuce de ce jeune homme, puis j'ai prescrit de petites doses d'arsenic, un régime léger, mais substantiel, le repos, des lotions au sulfate de zinc, et la guérison n'a pas tardé à être complète.

Nous avons observé, il y a peu de temps, un fait encore plus singulier : un des élèves du service s'était blessé au doigt en faisant une dissection. Au bout de quelques jours, on vit se développer, à l'endroit de la plaie, du gonflement et de la suppuration : on eût dit d'un panaris. Ces accidents persistèrent assez longtemps, et finalement ce travail morbide donna naissance à un poison, dont l'action se manifesta par un mal de gorge et une éruption cutanée ; celle-ci se montra si opiniâtre, qu'après avoir vainement essayé de plusieurs remèdes, le malade dut en venir au mercure.

Je vous le répète, messieurs, les accidents syphilitiques présentent de très-grandes variétés au point de vue de leur nombre, de leur évolution, de leur forme, de leur durée et de leur curabilité par le mercure ; conséquemment il est souvent très-difficile de démêler la véritable nature de l'affection qu'on a sous les yeux, et de la dégager des diverses influences qui peuvent en modifier les caractères ; de là la réserve qui nous est imposée lorsqu'il s'agit de soumettre un malade à un traitement mercuriel.

Un mot maintenant sur le traitement des chancres ; c'est, à mes yeux, une condition extrêmement importante de voir les chancres dès leur début, c'est-à-dire dans les six premiers jours de leur apparition. De même que beaucoup d'autres lésions produites par les poisons animaux, les ulcérations primitives de la vérole sont d'abord un mal purement local, et elles affectent rarement la constitution avant d'avoir quelques jours d'existence. Au début, il y a là une simple irritation locale ; négligez-la, elle va donner lieu à l'infection constitutionnelle. Vous comprenez maintenant combien il importe de traiter ces accidents dès le moment de leur apparition ; c'est à cette précaution que j'attribue la plupart des succès obtenus par le docteur Roe, et la rareté des accidents secondaires chez les malades qui étaient autrefois confiés à ses soins. Si les chancres étaient toujours traités dans leur première période, je suis fermement convaincu que, huit fois sur dix, on pourrait les guérir sans un atome de mercure.

Il y a très-peu de poisons animaux que nous ne puissions détruire sur place, si nous les combattons par des moyens appropriés. Prenez

une vésicule vaccinale à son début, et détruisez-la avec le nitrate d'argent ; je suis convaincu que les effets constitutionnels de la vaccine feront entièrement défaut, et que l'enfant ne sera pas préservé de la variole. Vous aurez ainsi triomphé de la maladie pendant qu'elle était purement locale, et avant qu'elle ait fait sentir son influence sur la constitution. Les choses se passent de la même façon avec plusieurs autres poisons animaux, et, en particulier, avec le virus syphilitique.

Comme il est extrêmement important d'arrêter l'évolution du chancre, on a imaginé plusieurs procédés pour atteindre ce but ; mais aucun n'est à la fois plus certain et plus efficace que l'application des escharotiques. Si l'on découvre la lésion tout à fait à son début, c'est-à-dire avant que la vésicule initiale se soit rompue ou immédiatement après, la destruction du mal local mettra presque entièrement à l'abri des accidents constitutionnels. Lorsque l'ulcération chancreuse date déjà de deux ou trois jours, il est encore utile de la détruire, car même alors on obtiendra le plus souvent la préservation désirée. Les chances de succès sont d'autant moindres que l'ulcération est plus ancienne ; mais nous manquons de données précises qui nous permettent de déterminer à quel moment la destruction du chancre cesse d'être préservatrice ; il est probable d'ailleurs que ce moment n'est pas le même chez tous les individus.

Quoi qu'il en soit, il est un fait bien certain et dont l'importance pratique est immense : c'est qu'il faut détruire les ulcères primitifs le plus tôt possible. Quelques mots maintenant sur le procédé opératoire. Lorsqu'on a affaire à des chancres de petite dimension dont le diamètre ne dépasse pas celui d'un crayon de nitrate d'argent, on a l'habitude d'appliquer directement ce caustique sur l'ulcération, de façon à produire une petite eschare de même grandeur. Ce procédé échoue rarement, mais il a l'inconvénient de donner souvent lieu à des bubons, parce qu'on n'apporte pas assez de ménagements dans la cautérisation ; aussi ai-je renoncé à peu près complètement au caustique solide ; je ne m'en sers que lorsque la vésicule ou l'ulcération est extrêmement petite ; il suffit alors de la toucher légèrement avec la pointe amincie du crayon. Beaucoup de praticiens appuient trop fortement sur le caustique, et le maintiennent trop longtemps appliqué ; l'inflammation consécutive et l'eschare sont alors beaucoup trop considérables, et l'on a à redouter le développement de bubons.

Lorsque l'ulcération atteint une ligne de diamètre, elle est déjà trop

étendue pour qu'on puisse songer à l'application du caustique solide. Dans ce cas, et à *fortiori*, lorsque le chancre est plus large encore, je vous recommande le procédé dont je me sers ordinairement. Ayez un petit pinceau de poil de chameau et une solution de nitrate d'argent à 20 grains (1^{er},20) pour une once. Versez une ou deux gouttes de ce liquide sur la couverture d'un livre ou sur une table, puis trempez votre pinceau dans de l'eau, nettoyez complètement la surface de l'ulcération et essuyez-la avec un peu de charpie; cela fait, lavez votre pinceau, débarrassez-le de l'eau dont il est imbibé et effilez-le. Vous en plongerez alors la pointe amoindrie dans la goutte de solution caustique, de manière à en prendre le moins possible, et vous déposerez ce liquide au centre de l'ulcère. Il vous est facile ensuite de juger, d'après la modification de la surface, si l'application a été suffisante : il faut que l'ulcération tout entière blanchisse; mais il n'est point nécessaire, comme on le croit généralement, d'en cautériser les bords. En agissant de la sorte, vous détruisez la surface altérée, et vous évitez une inflammation qui pourrait devenir le point de départ d'un bubon.

Certains médecins, je le sais, rejettent toutes ces précautions; ils usent du nitrate d'argent solide avec beaucoup plus de libéralité, et ils veulent que leurs malades aient constamment des cataplasmes sur les parties cautérisées; je ne saurais, quant à moi, approuver une telle conduite. Lorsque l'application du caustique a été faite avec prudence, selon les règles que je vous ai indiquées, il n'est besoin pour tout pansement que d'un petit linge ou d'un peu de charpie. Dans certains cas, le nitrate de cuivre doit être préféré : il faut employer alors la solution concentrée qu'on obtient en laissant les cristaux de sel tomber en déliquescence. Du reste, le mode d'application est exactement le même.

Lorsque j'ai cautérisé la surface d'un chancre, j'y fais souvent appliquer un petit morceau de feutre, et j'engage le malade à le laisser en place. S'il s'établit une adhérence solide, on obtient ainsi une espèce de croûte protectrice qui ne tombe que lorsque l'ulcération est cicatrisée. Dans les cas où nous n'avons pas recours à la cautérisation, je crois que les lotions stimulantes à l'acétate de plomb, au sulfate de cuivre ou au sulfate de zinc, peuvent jusqu'à un certain point préserver la constitution, surtout si l'on emploie ce moyen aussitôt après le début des accidents. Les chancres ainsi traités dès leur apparition sont modifiés dans leurs caractères et leurs propriétés; ils marchent plus rapidement vers la cicatrisation, et ils sont beaucoup moins aptes à infecter le malade, et les femmes avec lesquelles il a des rapports.

Cette observation est également applicable à la blennorrhagie; quelques injections astringentes, pratiquées immédiatement avant le coït, peuvent enlever momentanément à la sécrétion urétrale ses propriétés infectantes; il est vrai de dire qu'elles reparaîtront peut-être une demi-heure ou une heure plus tard.

SOIXANTE - SIXIÈME LEÇON.

LA SYPHILIS. — USAGE ET ABUS DU MERCURE. — PTYALISME. — SYMPTOMES SECONDAIRES.

Des accidents déterminés par l'administration imprudente du mercure. — Influence de la disposition scorbutique. — Observation.

Usage et abus des mercuriaux dans la syphilis. — Circonstances qui peuvent annihiler les bons effets du traitement. — Mode d'administration. — Affections complexes causées par le mercure. — Nécessité d'une étude analytique en matière de syphilis. — Salivation mercurielle. — Ptyalisme idiopathique.

Il est souvent difficile de reconnaître l'origine, syphilitique ou mercurielle, des accidents secondaires. — Observation.

Conclusions générales.

MESSIEURS,

Le mercure peut être administré d'une façon assez peu judicieuse pour qu'il fasse sentir uniquement ses effets sur la constitution, qu'il ruine, et non point sur la maladie qu'il doit guérir. Cette proposition, dont la vérité a été dès longtemps reconnue, ne saurait être trop profondément gravée dans notre esprit ; là est le secret du diagnostic et du traitement dans les cas difficiles. Du reste, cette observation n'est pas seulement applicable à la syphilis ; il est bien d'autres maladies dans lesquelles ce médicament reste complètement inefficace, quoiqu'il soit, à vrai dire, le meilleur remède auquel vous puissiez avoir recours ; mais ici encore le procédé d'administration a été vicieux. Administrez, par exemple, du calomel à hautes doses à un dysentérique, mais permettez-lui en même temps de prendre des boissons froides et acides et tolérez les végétaux dans son régime : loin d'améliorer son état, vous aggraverez tous les accidents, surtout si le malade s'expose à l'action du froid et aux changements de température.

Vous savez tous que lorsqu'une pneumonie violente a amené l'hépatisation d'une portion considérable d'un poumon, il n'y a pas d'agent thérapeutique plus efficace que le mercure ; mais si on ne l'administre pas avec toutes les précautions nécessaires, il sera plus nuisible qu'utile, et j'ajoute, non sans regret, qu'il en est souvent ainsi. Il en est encore de même dans la pleurésie, dans la péritonite, et mon assertion est amplement justifiée par ce que nous observons dans l'arthrite et dans la sciatique ; si, pendant que nous donnons le calomel, nous n'astreignons pas le malade à un repos complet, si nous ne nous préoccupons pas de la question de température, nous pouvons bien obtenir la salivation, mais nous ne parviendrons pas à calmer les douleurs.

Donnez de l'opium sans discernement, sans tenir compte de l'indication : il vous arrivera souvent de causer l'insomnie au lieu d'amener le sommeil, et il en est ainsi de tous les agents thérapeutiques ; ils ne produisent leurs effets curateurs que s'ils sont administrés convenablement. Il est en outre certains états morbides qui s'opposent à l'action constitutionnelle du mercure. C'est ainsi que dans le cours d'une suppuration du foie il est à peu près impossible d'affecter la muqueuse buccale ; ce fait a déjà été signalé par Annesley et par Marshall. Chez les individus profondément scrofuleux, les mercuriaux donnent lieu à une série d'accidents graves, et ils n'exercent aucune influence sur la cachexie syphilitique.

L'existence de la diathèse scorbutique, qui est souvent associée à la syphilis, annihile l'action du mercure et le rend même nuisible. Il y a plus : chez les sujets qui ne présentent aucune prédisposition morbide de ce genre, les effets du traitement mercuriel sur la vérole peuvent être entravés ou même détruits par les émotions morales vives, par les fatigues corporelles, les écarts de régime, l'intempérance, etc. : de là, la difficulté du traitement chez les artisans et chez les journaliers.

Toutes les fois que l'une des causes précédentes agit sur l'organisme, il est extrêmement difficile de prévenir la déviation des effets du mercure ; il ruine alors la constitution sans modifier la maladie.

Le fait suivant vous prouvera la justesse de ces remarques ; il vous montrera en outre que les mercuristes les plus déterminés peuvent différer d'opinion sur l'opportunité du traitement mercuriel dans un cas donné.

J'étais mandé, il y a quelques années, auprès d'un jeune homme qui avait tout récemment contracté un chancre. La constitution du malade était excellente, et je lui proposai de le traiter sans mercure. Il ne voulut

pas y consentir, et je crus convenable de faire appeler le médecin de la famille. Celui-ci opina pour le traitement mercuriel, et après avoir préparé notre malade par quelques jours de repos et un régime léger, nous lui prescrivîmes 5 grains (30 centigrammes) de pilules bleues trois fois par jour. Par suite d'une erreur commise par son frère, le jeune homme prit trois fois par jour 5 grains de calomel au lieu de 5 grains de pilules bleues. Le chancre marcha rapidement vers la guérison, et au quatrième jour nous le trouvions presque entièrement cicatrisé; mais nous constatons en même temps une stomatite beaucoup plus intense que nous ne nous y étions attendus; le fait est que le malade avait pris une drachme (4 grammes) de calomel. Le soir de ce même jour, quelques amis vinrent le voir dans sa chambre et le décidèrent à souper avec eux; il mangea des huîtres, il but du punch, etc. Dans la nuit, il fut pris de coliques, de vomissements, de diarrhée; bref, il éprouva une violente attaque de choléra mercuriel, qui le laissa considérablement affaibli.

Nous apprîmes alors la méprise qui avait eu lieu avec le calomel. Le lendemain, la stomatite était plus intense que jamais, le chancre s'était étendu, et nous décidions de n'employer que des adoucissants tant externes qu'internes. Une semaine plus tard l'ulcération du prépuce était complètement stationnaire; elle avait cessé de faire des progrès, mais elle ne présentait aucune tendance à la cicatrisation; la bouche était encore un peu affectée, l'haleine avait conservé une légère fétidité. Mon confrère me proposa alors de revenir au mercure, et nous instituâmes d'un commun accord un nouveau traitement hydrargyrique. Le malade suivit scrupuleusement nos conseils, et il resta pendant dix jours sous l'influence mercurielle; cependant l'ulcération était toujours au même point. Mon collègue était d'avis de continuer le même traitement; je m'y refusai, et l'on appela un troisième médecin. Celui-ci, quoique mercuriste décidé, déclara qu'il ne fallait pas insister plus longtemps sur les mercuriaux: en conséquence, la médication fut suspendue. Je cautérisai alors l'ulcération avec le nitrate de cuivre, et j'y appliquai un petit morceau de feutre à chapeau; ce pansement ne se détacha qu'après la cicatrisation complète. Plusieurs années se sont déjà écoulées depuis cette époque, et ce jeune homme n'a jamais éprouvé d'accidents.

Vous voyez, messieurs, que dans ce cas particulier deux mercuristes d'une égale expérience, d'une égale autorité, ont eu des opinions diamétralement opposées sur l'opportunité du traitement mercuriel; un

seul fait peut donner raison d'une telle divergence, c'est que les principes qui guident les partisans du mercure sont loin d'être aussi précis, aussi invariables qu'ils le prétendent. Dans maintes autres circonstances je les ai trouvés en complet désaccord sur une question qui est cependant d'une importance extrême : pendant combien de temps faut-il continuer à faire prendre du mercure après la cicatrisation de l'ulcération primitive ? J'ai vu un médecin mercuriste assigner au traitement une durée double de celle qui avait été conseillée par un autre pour le même malade.

Ces faits nous montrent qu'il y a encore beaucoup à faire sur cette question ; ces erreurs doivent être pour nous tous une source d'enseignement, *car nous les commettons tous* ; elles doivent tout au moins nous décider à reconnaître que nos opinions sur ce sujet ne reposent encore aujourd'hui sur aucune base solide, et que nous sommes tenus par conséquent à la plus grande tolérance envers ceux qui ne partagent pas notre manière de voir, soit en théorie, soit en pratique. Malheureusement, cette tolérance est une qualité rare ; à entendre la plupart de nos confrères, il semblerait vraiment qu'il est impossible de discuter avec calme et avec sang-froid la question du traitement de la syphilis.

Dans le cas dont je vous ai parlé, il me semble que les mercuristes ont oublié quelques-unes des règles formulées par les partisans du mercure. Jugez vous-mêmes : sous l'influence de l'administration de 15 grains (90 centigrammes) de calomel par jour, une ulcération syphilitique se cicatrise rapidement ; la guérison eût été complète un jour plus tard, si le malade n'avait pas commis un écart de régime des plus graves ; après cette imprudence, le chancre acquiert des dimensions plus grandes qu'auparavant, et malgré un traitement mercuriel sagement dirigé, il est impossible d'exciter de nouveau le travail de cicatrisation. Or, c'était ici le cas ou jamais de se rappeler le précepte de Mathias : lorsque sous l'influence du mercure une ulcération qui avait commencé à se cicatiser devient stationnaire ou se met à faire de nouveaux progrès, il est mauvais de continuer le traitement mercuriel ; il faut le suspendre jusqu'à ce que les causes accidentelles qui en entravent l'action aient cessé de faire sentir leur influence. Mais pour vous montrer encore mieux à quelles erreurs, à quelles erreurs graves sont exposés les partisans les plus intrépides du mercure, je vais vous citer un autre fait dont vous pouvez accepter tous les détails avec la plus entière confiance. Le praticien qui a conduit le traitement est regardé comme un mercuriste des plus habiles ; il passe pour très-expert en

matière de syphilis. Or, si avec de telles conditions les règles qui doivent guider le médecin dans l'administration du mercure sont trompeuses et incertaines, on ne peut songer sans frémir à ce qu'elles deviendront entre les mains de praticiens jeunes et inexpérimentés !

Le 25 novembre 1836, M. ***, jeune homme robuste et d'une excellente santé, s'aperçut qu'il portait sur la verge une petite vésicule. Le jour même où la vésicule était apparue, il consulta un médecin de ses amis : celui-ci lui affirma qu'il n'y avait là rien de syphilitique ; cependant il le pria de revenir le cinquième jour ; il lui réitéra alors la même assurance. Doutant de la justesse de cette affirmation, le malade alla voir un autre médecin, qui lui fit prendre du mercure à doses altérantes. Le jeune homme prit pendant dix jours des pilules de Plummer (1) sans avoir mal à la bouche ; comme la petite ulcération était alors cicatrisée, il cessa tout traitement. Il n'éprouva aucun accident jusque vers le milieu du mois de février 1837 ; à ce moment-là, trois ou quatre gros boutons tuberculeux se développèrent lentement sur le cuir chevelu, sur la nuque et sur la face ; ces boutons suppurèrent. L'état général du malade était toujours excellent. Le 2 mars, il ressentit quelques douleurs dans la gorge, et il se mit à prendre de la décoction de salsepareille ; le 16, une éruption confluente de taches cuivrées de différentes grosseurs se développa sur le tronc et sur les membres ; il n'y avait pas eu de mouvement fébrile.

Le malade consulta alors un troisième médecin qui lui conseilla de faire deux frictions par jour avec un demi-gros (2 grammes) d'onguent mercuriel fort (2). Cinq jours après, la bouche était touchée ; il cessa les frictions pendant quelques jours, puis il y revint, et il continua pen-

(1) *Pilules de Plummer.*

℞ Soufre doré d'antimoine.	} aa p. e.
Calomel.	
Sucre de réglisse.	

Faites des pilules de 10 centigrammes.

(Radius, *Ausserlesene Heilformeln.*)

(2) *Onguent de mercure fort.*

℞ Mercure.	2 livres = 750 grammes.
Axonge.	23 onces = 736
Suif.	1 once = 32

Broyez le mercure avec le suif et un peu d'axonge jusqu'à extinction ; ajoutez ensuite le reste de l'axonge, et mêlez.

(*Pharmacopée de Londres.*)

(Notes du TRAD.)

dant sept semaines ; pendant tout ce temps, il garda la chambre et veilla très-scrupuleusement à son régime. Le 11 mai, les frictions furent laissées de côté ; le médecin avait déclaré que la guérison était complète et qu'il n'y avait aucun danger de rechute. Remarquez, messieurs, que pendant tout ce temps la bouche avait été affectée ; il n'y avait pas eu une salivation profuse, mais les gencives avaient toujours été sensibles.

Pendant l'été et l'automne, notre jeune homme prit le plus grand soin de sa santé. Tout alla bien jusqu'au 9 septembre ; mais alors survint une ulcération dans la gorge. Le malade eut recours au même médecin, qui déclara tout d'abord (pour se justifier sans doute) que ce mal de gorge provenait d'une nouvelle infection. Sur les dénégations formelles de son client, le praticien examina de nouveau l'ulcération et convint qu'elle était le résultat de l'ancienne maladie ; il prescrivit aussitôt un quart de grain (15 centigrammes) de sublimé corrosif par jour. En outre, il toucha plusieurs fois l'ulcération avec une solution de nitrate d'argent ; au septième jour, elle était cicatrisée ; mais, pour se mettre en garde contre tout accident ultérieur le malade continua à prendre le sublimé.

Le 1^{er} janvier 1838, nouvelle ulcération dans la gorge ! Le médecin porte la dose quotidienne de sublimé à un demi-grain (3 centigram.) ; il touche deux fois par jour l'ulcération avec du beurre d'antimoine ; au bout de quelque temps, il ne fait plus qu'une cautérisation par jour. Le 10 janvier, l'ulcère était cicatrisé. Le médecin prescrit le sirop de salsepareille concentré, et fait continuer le sublimé à la dose d'un demi-grain jusqu'au vendredi 2 mars.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le malade était extrêmement affaibli ; le sublimé avait fini par déranger à ce point les fonctions de l'estomac, que ce malheureux jeune homme avait perdu tout appétit depuis deux mois ; il présentait en outre une teinte légèrement ictérique. Je vous rappellerai en passant que la jaunisse n'est point rare chez les individus qui ont pris du mercure en trop grande quantité : c'est un fait que j'ai souvent vérifié, il y a plus de vingt ans, à Lock Hospital.

L'histoire de ce malade nous apporte encore un autre enseignement : elle nous montre que le même virus syphilitique, agissant sur le même individu, peut donner lieu à des déterminations cutanées variables : chez ce jeune homme, en effet, il a d'abord produit des pustules tuberculeuses (*tubercular pustules*), et plus tard il a donné naissance à une éruption de taches cuivrées.

Lorsque ce malade est venu se confier à mes soins, je jugeai aussitôt qu'il était victime d'un traitement mercuriel infiniment trop prolongé : je le fis cesser, et la guérison vint bientôt me démontrer la justesse de mon opinion. Il est vraiment difficile de concevoir les raisons qui avaient induit le praticien en erreur. Mais revenons à l'examen des causes qui s'opposent aux effets du mercure.

Les excès de tout genre ou, pour tout dire en un mot, toutes les circonstances qui exercent une influence funeste sur le corps ou sur l'esprit, portent atteinte à l'action du mercure. Je suis convaincu que la fameuse proposition de John Hunter a fait beaucoup de mal : il disait, vous le savez, qu'il ne comprenait pas en quoi un bon dîner et une bonne bouteille de vin pouvaient nuire à un homme qui prend du mercure pour se guérir d'un chancre. Pour moi, je vous conseille de ne jamais donner de mercure à vos malades syphilitiques, s'ils n'obéissent pas aveuglément à toutes vos prescriptions, s'ils ne veulent pas se soumettre à un régime tout particulier, éviter avec soin les excès, et s'ils ne consentent pas à garder la chambre, sinon le lit.

C'est sans doute à l'observance exacte de toutes ces règles qu'il faut attribuer les succès que les chirurgiens militaires obtiennent chez les soldats. Le mercure, ne l'oubliez pas, produira rarement de bons effets s'il n'est pas convenablement administré ; si l'on s'affranchit de ces précautions indispensables, il devient impossible de prévoir exactement l'influence qu'aura le traitement sur la constitution ; mais on peut être sûr que, dans la majorité des cas, cette influence sera pernicieuse. Je vous ai rapporté un fait bien propre à vous démontrer les fâcheux résultats qu'entraîne une imprudence en pareille matière ; laissez-moi en citer un autre dans lequel une cause d'un autre ordre a été suivie d'effets non moins regrettables. Un jeune homme auquel je donnais des soins pour un chancre avait pris du mercure pendant une partie de l'été ; il s'était très-bien trouvé de l'administration de quelques pilules bleues ; pensant alors que, si une ou deux pilules étaient efficaces, un plus grand nombre devait certainement produire de bien meilleurs résultats, il dépassa de beaucoup les doses prescrites.

Sur ces entrefaites une élection eut lieu dans le collège auquel appartenait ce jeune homme. Il sortit pour y assister ; il y prit une part très-active, et resta hors de chez lui jusqu'à une heure assez avancée de l'après-midi. Depuis quelque temps la température était si élevée, que le malade changeait trois fois de linge dans le courant de la journée ; mais, tout entier à l'élection qui avait déterminé chez lui une vive exci-

tation, il ne songea plus aux conditions toutes spéciales dans lesquelles il se trouvait, il s'exposa à une grande fatigue, et il resta tout le jour sans manger. Le soir il rentra chez lui et but un grand verre de vin. Quelques minutes après, il était pris d'accidents cérébraux graves ; il se mit à délirer, et cet état alarmant dura douze ou quatorze heures. Ce délire, messieurs, était le résultat de l'action du mercure sur l'encéphale. Dans d'autres circonstances, c'est par du coma que se révèle cette influence funeste. En fait, il serait impossible d'énumérer tous les accidents auxquels peut donner lieu le mercure, lorsqu'il est administré inconsidérément, ou lorsque le malade en voie de traitement s'expose à quelque influence perturbatrice.

Lorsque je me suis occupé avec vous des affections multiples et des relations qui les unissent, je vous ai rapporté un certain nombre de faits pour vous montrer que l'on peut observer chez le même malade plusieurs affections distinctes, dont la réunion constitue un état morbide général. Or nous retrouvons ici quelque chose d'analogue : non-seulement le mercure que vous administrez contre la syphilis peut n'avoir aucune prise sur la maladie, mais il se peut qu'il vienne la compliquer d'une nouvelle cachexie, la cachexie mercurielle ; il se peut même qu'il favorise le développement de la scrofule, et vous pouvez alors observer des éruptions très-diverses. Cette réunion d'affections multiples constitue l'un des ensembles pathologiques les plus graves qu'il soit donné au médecin d'observer. C'étaient précisément des exemples de ce genre qui venaient si souvent attrister nos regards, il y a quelques années, à Lock Hospital : nous voyions de malheureux patients accablés sous le poids de toutes les souffrances auxquelles peut donner lieu cette épouvantable réunion de la syphilis, de la scrofule et de l'hydrargyrose ; les glandes, les téguments, la gorge, les os, les muqueuses, les synoviales, les tissus fibreux, étaient atteints à la fois, et ces infortunés ne tardaient pas à succomber terribles exemples des abominables ravages que peut causer un état morbide complexe.

Lorsque vous voulez arriver au diagnostic d'une affection syphilitique, vous devez vous efforcer de déterminer aussi exactement que possible la marche et l'évolution antérieures des accidents. Voyez, par exemple, dans notre service des chroniques, cette femme qui présente des *nodi*. La première question à résoudre est celle-ci : Ces produits morbides sont-ils syphilitiques ou mercuriels ? Or, pour arriver à la solution, il faut absolument que vous connaissiez à fond l'histoire de cette malade ; il faut que vous sachiez dans quel ordre les symptômes se sont suc-

cédé chez elle, pendant combien de temps et sous quelle forme elle a pris du mercure, quels résultats elle a obtenus du traitement ; il faut enfin qu'elle puisse vous dire si les accidents nouveaux se sont développés lentement et graduellement ou si au contraire ils ont apparu brusquement et tous à la fois.

Un individu affecté d'accidents syphilitiques soit primitifs, soit secondaires, a pris du mercure jusqu'à salivation ; une fois guéri, il s'est exposé à l'action du froid, alors que sa bouche était encore enflammée ou qu'elle avait à peine cessé de l'être, et il est atteint de douleurs violentes et bientôt après de périostite : ici nous pouvons conclure que le malade a pris assez de mercure pour guérir sa vérole, et que nous avons affaire actuellement à une périostite mercurielle car l'ensemble des phénomènes observés ne peut s'expliquer par la maladie première. Or, ces faits sont très-fréquents ; vous les observerez souvent chez les laboureurs, et chez toutes les personnes qui sont exposées aux vicissitudes atmosphériques pendant le cours d'un traitement mercuriel. Approfondissez les cas de ce genre, vous trouverez que les malades : après avoir été guéris de leurs accidents syphilitiques, ont subi l'impression du froid pendant qu'ils étaient encore sous l'influence du mercure, et qu'ils ont vu apparaître une nouvelle série de manifestations morbides.

Le plus souvent vous tomberez juste en rapportant au mercure et non point à la vérole ces nouveaux accidents soudainement développés. La connaissance et l'analyse exactes des antécédents, l'observation minutieuse des phénomènes actuels, sont les seuls guides qui vous permettent d'arriver à une conclusion convenable.

Lors même qu'il s'est déjà écoulé un certain temps depuis que le malade a cessé de prendre du mercure, ce n'est point une raison suffisante pour refuser aux accidents nouveaux un caractère mercuriel. J'ai observé maintes et maintes fois des périostites chez des individus qui n'avaient pas pris de mercure depuis deux, quatre, six ou même huit ans. Il y a quelque jours à peine, j'ai été mandé auprès d'une dame qui avait la bouche douloureuse, l'haleine fétide, et qui présentait tous les symptômes de la salivation mercurielle : or plusieurs années se sont écoulées depuis qu'elle a pris du mercure, d'après le conseil d'un éminent praticien de notre ville. Plus récemment encore, j'ai observé une récurrence de ptyalisme hydrargyrique chez un homme que j'avais soumis moi-même à la salivation, il y a de cela deux ans, et qui n'a pas pris depuis un atome de mercure pas même une pilule antibilieuse.

Or, puisque, au bout d'un temps aussi long, nous pouvons constater

encore l'un des effets immédiats du mercure, il n'est point invraisemblable que l'une des affections tardives auxquelles il donne lieu puisse se développer à une époque où nous supposons que le métal a été complètement éliminé. Je pourrais vous citer bien des faits pour vous prouver que certains individus une fois affectés par le mercure, peuvent rester sous son influence pendant un laps de temps considérable : aussi est-ce un devoir pour le médecin, je le répète, de n'employer ce médicament que dans les cas où il est parfaitement indiqué, et de ne jamais se départir, même alors, d'une prudente réserve. Dans le rhumatisme, par exemple, si vous pouvez obtenir la guérison au moyen des saignées, des sangsues, de l'émétique, de la poudre de Dover et du colchique, vous ne devez pas administrer les mercuriaux. J'en dirai tout autant pour la pneumonie, l'hépatite et beaucoup d'autres phlegmasies.

Puisque j'ai parlé de la salivation, il ne sera pas hors de propos de vous rapporter l'histoire d'une malade auprès de laquelle j'ai été mandé le 26 décembre dernier. Cette femme, déjà d'un certain âge, avait eu pendant longtemps une leucorrhée abondante ; cet écoulement avait cessé subitement au commencement du mois de septembre, et il avait été remplacé par une anasarque légère. Les diurétiques et les purgatifs avaient fait justice de cette hydropisie, mais la malade était restée très-affaiblie ; elle souffrait d'une irritabilité extrême de l'estomac, et elle avait constamment des envies de vomir. Dans le courant du mois d'octobre tous ces phénomènes disparaissent, mais il survient alors une salivation profuse, qui résiste aux purgatifs, aux toniques et aux astringents.

Dans l'espace de vingt-quatre heures cette dame rendait plus d'une pinte et demie (712 grammes) de liquide : c'était un mucus visqueux et blanchâtre sécrété par la muqueuse de la gorge et du pharynx ; il était lancé dans la bouche par une éructation qui se répétait toutes les deux ou trois minutes, presque sans interruption ni jour ni nuit ; la malade, privée de tout sommeil, était dans un état vraiment pitoyable. L'arrière-bouche est pâle et décolorée, les tissus sont flasques et mous, et quoiqu'ils soient incessamment irrités par la présence d'une quantité anormale de mucosités, ils ne paraissent pas enflammés et ne sont le siège d'aucune douleur. Les glandes salivaires ne sont pas intéressées, leur sécrétion n'est point exagérée. Cette dame a perdu l'appétit ; elle est considérablement amaigrie, elle a la peau sèche ; sa physionomie exprime l'égarément et la terreur.

Connaissant les bons effets de l'opium dans la diabète, la diarrhée

et certaines formes d'hydropisie, je me décidai à en essayer dans ce cas qui paraissait désespéré, et je fis prendre à la malade un grain (6 centigr.) de ce médicament toutes les quatre heures. Le lendemain, elle vint me voir, et m'apprend qu'elle a parfaitement dormi pendant toute la nuit, et qu'à son réveil elle n'a pas eu de salivation. Jugez quelle était sa joie ; elle osait à peine croire à une guérison qui tenait vraiment du prodige ; ses amis étaient au comble de l'étonnement, et je dois avouer que je n'étais pas le moins surpris de tous. Cette dame me raconta que quelques élèves en médecine qui demeuraient dans sa maison, et qui avaient pu juger de la gravité de son affection, avaient été tellement étonnés de l'effet merveilleux de mes pilules, qu'ils l'avaient priée de me demander quelle en était la composition. Je signale ce détail pour vous montrer combien l'action de l'opium avait été remarquable.

Au bout de quelques jours, je fis augmenter la dose d'opium parce que la salivation s'était reproduite ; malheureusement le narcotique déterminait une constipation rebelle, de sorte que la malade était souvent obligée d'en cesser l'usage ; mais, en résumé, elle est aujourd'hui dans un état infiniment plus satisfaisant ; la salivation est très-peu considérable, et elle disparaît presque entièrement lorsque je fais prendre à cette dame un peu de mercure.

Je vous ai dit qu'il est souvent difficile de décider si certains accidents secondaires ont pour origine la syphilis ou le mercure ; nous avons précisé, dans notre salle des chroniques, un malade qui justifie cette assertion. Cet homme nous est arrivé avec une ulcération sur l'avant-bras. J'avoue qu'il me serait très-difficile de trouver un nom pour cette lésion ; mais je puis, du moins, vous en donner une description exacte, et vous signaler quelques particularités intéressantes au point de vue pratique. Notre homme est très-amaigri ; il n'a pas eu d'accidents syphilitiques depuis treize ans ; mais il a subi à Stevens Hospital une salivation mercurielle pour une affection du foie, il y a de cela deux années. Après ce traitement, il n'a jamais recouvré sa santé primitive ; il a perdu ses forces et son embonpoint, et il est tombé peu à peu dans un état cachectique ; c'est alors que l'affection actuelle s'est développée. Cet homme a vu apparaître une ou deux tumeurs semblables à celles que vous voyez encore aujourd'hui ; ces tumeurs ont augmenté de volume et sont arrivées à maturité, puis elles ont commencé à décroître et ont été remplacées par d'autres. Voici, du reste, quelle en était l'évolution. Elles étaient d'abord d'un petit volume et nettement circonscrites ; elles

siégeaient sous la peau, avec laquelle elles ne présentaient aucune adhérence; on pouvait faire glisser les téguments sur la tumeur; mais, chose plus singulière, on pouvait faire rouler celle-ci avec la même facilité sur les parties profondes: on eût dit un globe solide parfaitement isolé, et sans connexion aucune avec les parties voisines. Lorsque cette production morbide avait atteint le volume d'une noix ou celui d'une petite pomme, elle perdait la forme sphérique qu'elle avait présentée jusque-là; la pression des parties molles, mais surtout le voisinage des os ou des aponévroses, aplatissait la tumeur et en rendait la surface irrégulière. A ce moment aussi, on pouvait constater un travail de ramollissement central; bientôt la partie liquide augmentait de plus en plus, aux dépens des éléments solides, et toute la masse était graduellement convertie en une collection de matière puriforme. Enfin les téguments s'enflamment; ils contractent des adhérences et ils se rompent.

Contrairement à ce qui se passe dans les abcès, l'évacuation de la tumeur n'est point le signal d'un travail de cicatrisation; loin de là, il reste une ulcération dont la surface enflammée fournit un pus de mauvaise nature, et se couvre de granulations fongueuses. Les téguments voisins ne sont pas vivement enflammés, la peau n'est pas très-rouge, mais les bords de l'ulcère sont décollés. Du reste, une fois que le processus ulcératif a détruit toute la tumeur primitive, il ne présente aucune tendance à envahir les parties adjacentes. L'œuvre de destruction, limitée à la tumeur et aux tissus qui la recouvrent, s'achève sur place, et, au bout de quelque temps, il reste une cicatrice très-remarquable. Lorsque la perte de substance a été peu considérable, la cicatrice est lisse et circulaire. Dans le cas contraire, elle est irrégulière et froncée; le tissu nouveau n'a pas une coloration uniforme; il présente des parties absolument blanches qui alternent avec des portions de tégument d'un rouge foncé: cette disposition de la cicatrice est caractéristique. Ces tumeurs sont en outre remarquables par la lenteur de leur marche; vous pouvez voir s'écouler huit, douze et même quinze mois avant que la suppuration s'établisse; de plus, au bout d'un certain temps, cette affection devient très-douloureuse. Ces douleurs dépendent du travail qui s'accomplit dans la masse elle-même, et non pas d'une modification survenue dans les tissus environnants. Les résultats tout différents que donne la pression, suivant que vous l'exercez sur la production morbide ou sur les parties voisines, ne peuvent laisser aucun doute à cet égard. Je vous ai déjà signalé l'absence de toute inflammation cutanée.

Quant au siège ordinaire de ces tumeurs, si vous examinez notre malade, vous verrez qu'il en présente une en voie de suppuration à la partie externe de l'avant-bras, près du cubitus (1); en outre, il porte sur les membres et sur le tronc plusieurs cicatrices qui sont toutes dans le voisinage des os; quelques-unes occupent la région du dos, près des apophyses épineuses; il y en a une à l'épaule, au niveau du scapulum; celles des membres inférieurs sont également en rapport avec le système osseux. Vous trouverez cependant, à la partie externe de la cuisse, une tumeur qui ne répond pas au fémur; mais elle est située sur le *fascia lata*. On serait tenté, au premier abord, de la prendre pour un nodus (excroissance) du fascia; mais cette opinion est inacceptable, puisque cette production morbide est parfaitement mobile sur l'aponévrose. Dans sa marche ultérieure, elle contractera des adhérences avec elle; mais elle en est, pour le moment, complètement indépendante. En conséquence, on ne saurait y voir ni une affection de l'os ni un produit exubérant du fascia.

Voici, en résumé, à quel ensemble de caractères vous pourrez reconnaître cette affection: isolement absolu de la tumeur, au milieu des couches celluluses sous-cutanées; — douleurs tardives; — accroissement de volume, qui est dû à l'évolution progressive de la tumeur elle-même, et non point à une inflammation de voisinage; — lenteur de la suppuration; — caractères des cicatrices. Et maintenant qualifiez-vous cette affection d'abcès chronique? Non, car quoiqu'elle ne soit pas sans analogie avec les collections scrofuleuses, elle manque cependant de quelques-uns des caractères de l'abcès chronique proprement dit. Vous voyez bien souvent, chez des individus scrofuleux, des abcès qui peuvent persister pendant des mois entiers, ou même pendant une année, sans déterminer ni rougeur, ni chaleur, ni douleur: dans ce cas, c'est le gonflement seul qui révèle l'accumulation d'un liquide. C'est aux abcès de cette espèce que le populaire donne le nom d'abcès froids. Mais remarquez, messieurs, que ces abcès sont caractérisés, dès leur début, par la formation du pus, tandis que les tumeurs en question sont d'abord solides et gardent ce caractère pendant toute la première période de leur évolution; elles diffèrent encore des abcès scrofuleux par leur mode de cicatrisation et par les caractères de la cicatrice. Ce n'est pas tout: si vous tenez compte de l'état constitutionnel des malades (et notre homme en est un exemple frappant), vous verrez que ces tumeurs se développent dans cette cachexie spéciale, qui succède sou-

1) Erreur typographique évidente. La correction doit-elle porter sur *externe* ou sur *cubitus*? Je l'ignore.

vent au traitement mercuriel ; on ne les observe jamais chez les individus qui n'ont pas pris de mercure. Si, deux ou trois mois après son début, vous incisez une de ces tumeurs, vous ne voyez pas s'écouler une seule goutte de pus ; votre incision ne donne issue qu'à du sang. Du reste, et ce fait est assez remarquable pour être signalé, dans quelques circonstances où ces tumeurs sont très-doulooureuses, l'incision est suivie d'un soulagement notable. Est-ce parce qu'elle arrête le développement ultérieur du produit morbide ? Est-ce parce qu'elle hâte le travail d'ulcération ? Je l'ignore. Il se pourrait aussi que l'excision réussit à enrayer complètement le processus morbide, si elle était pratiquée tout à fait au début, avant que la tumeur eût contracté aucune adhérence. Lorsque je tiens compte de l'isolement parfait de la masse de l'intégrité de la peau et de l'absence d'inflammation, je ne vois aucune objection sérieuse à cette opération.

Revenons maintenant à notre malade, et voyons quel traitement il convient d'instituer ici. Les livres classiques, je dois le dire, sont fort peu explicites à cet égard. Or, vous devez, avant tout, prendre en considération cet état constitutionnel, qui est le fait du mercure : c'est là que vous devez puiser vos indications. Mettez donc cet homme à un régime doux et léger, et, s'il est possible, envoyez-le à la campagne ; faites-lui prendre le jus de salsepareille, recommandé par les anciens auteurs : cette préparation lui sera certainement très-utile. Vous pouvez en outre lui donner de l'acide nitrique à hautes doses, car ce médicament a une action presque spécifique dans les affections de ce genre. Vous m'avez vu employer, chez notre malade, l'arsenic et le quinquina : ils peuvent, en effet, rendre des services et faciliter la guérison. Une fois que vous aurez restauré la constitution, vous obtiendrez de très-bons résultats en administrant un peu de mercure à doses altérantes ; le sirop végétal de Velno remplira très-bien cette indication (1). Cette

(1)

Sirop végétal de Velno.

℞ Racine de bardane.	60 grammes.
Racine de pissenlit.	30
Menthe.	30
Séné.	} 3
Coriandre.	
Réglisse.	
Eau.	750
Sucre.	1000

Faites un sirop auquel on ajoute 10 centigrammes de bichlorure de mercure pour 500 grammes.

(Remède patenté anglais.)

(Note du TRAD.)

dernière médication a été particulièrement recommandée par M. Kirby, qui m'a communiqué beaucoup de détails intéressants sur ce sujet. Voilà pour le traitement général.

Quant au traitement local des ulcérations, il est d'une grande simplicité. Il est fort superflu de mettre des sangsues sur les téguments qui avoisinent l'ulcère ; vous n'avez à vous préoccuper que de la surface de ce dernier. Appliquez-y du précipité rouge en poudre, de l'eau noire (1) ou des cataplasmes de carotte, et vous accélérerez notablement le travail de cicatrisation. Il serait parfaitement inutile de mettre des sangsues ou des vésicatoires sur ces tumeurs ; ce sont, à vrai dire, des produits isolés, qui ne peuvent être atteints par le traitement ; il faut qu'ils s'accroissent et qu'ils accomplissent leur évolution. Il est d'autres affections cutanées qui dépendent également de l'affaiblissement de la constitution : tels sont le rupia (lésion vésiculeuse) et l'ecthyma (lésion pustuleuse). Lorsque les boutons se rompent, il se forme des ulcérations de mauvaise nature, dont la surface est couverte de granulations fongueuses ; la cicatrice qu'elles laissent après elles n'est pas sans quelque ressemblance avec celle que je vous ai décrite précédemment. D'autre part, certains états constitutionnels sont accompagnés d'une affection toute spéciale de la peau : c'est ce qui a lieu, par exemple, pour le yaws. En résumé, nous voyons des états morbides généraux et persistants donner lieu à des affections locales chroniques qui présentent quelque analogie avec les exanthèmes. De même que dans la pyrexie scarlatineuse nous avons une fièvre et une éruption, de même, dans le cas dont je parle, nous avons une espèce de fièvre lente, qui est le point de départ de l'ecthyma, du rupia, de l'yaws, etc.

Sir James Macgrigor m'a fait l'honneur de m'écrire une lettre dans laquelle il m'apprend que l'on emploie aujourd'hui très-peu de mercure dans l'armée. Il n'y a pas d'hôpital militaire dans lequel le traitement mercuriel soit absolument proscrit, mais on y apporte une très-grande réserve, et l'on n'y a recours que lorsqu'il est bien clairement indiqué. Je puis vous dire, *en passant*, que vous trouverez d'excellentes observations sur les mercuriaux dans les leçons du docteur Sigmond ; ces leçons ont été publiées dans la *Lancet*.

On accorde, selon moi, une préférence beaucoup trop exclusive à certaines préparations mercurielles. Je crois, par exemple, que l'on emploie trop fréquemment le calomel, et qu'en revanche on laisse un

(1) Voyez, tome II, la note de la page 571.

peu trop de côté le sublimé corrosif. Dans mainte circonstance, j'ai pu constater la supériorité de ce dernier sur tous les autres mercuriaux, et c'est à lui que bien des praticiens ont recours pour certaines formes de syphilis secondaire. Lorsque le mouvement fébrile est tombé, lorsque l'éruption cutanée commence à s'effacer, le sublimé est extrêmement utile. On peut en faire prendre un huitième de grain (0^{gr}, 0075) deux fois par jour, et, chaque soir, le malade se fait une friction avec 1 scrupule (1^{sr},30) ou un demi-gros (2 grammes) d'onguent mercuriel. Avec ce traitement, la guérison est plus rapide et plus certaine que lorsqu'on administre le calomel ou les pilules bleues, ou lorsqu'on se borne à employer les frictions.

Ne perdez pas de vue, messieurs, que je n'ai point l'intention d'étudier avec vous toutes les questions qui se rattachent au traitement de la syphilis ; je veux seulement vous faire connaître quelques principes généraux qui pourront vous servir de guide lorsque vous aurez à lutter contre cette redoutable maladie, qui ne le cède à aucune autre en importance et en gravité. Vous trouverez dans vos livres les détails que je ne puis vous donner ici. Des matériaux d'un haut intérêt ont été réunis par les chirurgiens militaires, et aujourd'hui, grâce au zèle infatigable de sir James Macgrigor, chacun de vous peut profiter de ces documents. Vous trouverez aussi quelques bons travaux sur ce sujet dans la *Medico-chirurgical Review* ; elle contient entre autres une excellente analyse de l'œuvre de M. Colles.

Il y a un compte rendu très-intéressant de l'ouvrage de Ricord dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal* (juillet 1838). Je vous y renvoie, en vous rappelant que le chirurgien français a contribué plus que personne à élucider certaines questions controversées.

D'après Fricke, le virus syphilitique peut bien, par lui-même (*per se*), déterminer des lésions osseuses et périostiques ; mais la carie et la nécrose ne sont que bien rarement observées chez les individus qui n'ont pas pris de mercure. Or, messieurs, cette observation est vraie d'une manière générale ; mais il convient d'y apporter quelques restrictions. J'ai vu des caries des os chez des syphilitiques qui n'avaient pas pris un atome de mercure. Chez ces malades, la disposition scrofuluse était nettement accusée, et les affections syphilitiques des os, déviées de leur marche ordinaire, avaient pris d'emblée les allures des affections scrofuleuses. Dans deux cas, les os du nez furent complètement détruits et l'organe s'affaissa. Or, la scrofule, dégagée de toute complication, est la cause ordinaire de cette difformité.

Les *Annales chirurgicales* de Pirogoff (analysées dans le *Journal d'Oppenheim*, septembre 1838) nous apprennent que le mercure est très-rarement employé à Dorpat pour le traitement des affections syphilitiques ; et cependant elles y sont plus nombreuses et plus graves que partout ailleurs, ce qui tient, soit à l'absence de surveillance médicale sur les filles, soit à l'apathie, à l'indifférence et à la saleté des gens du peuple.

Pirogoff emploie le plus ordinairement le traitement *simple*, et il affirme que les rechutes sont moins fréquentes et moins graves que lorsque le mercure forme la base de la médication. Il est bon de savoir qu'on observe très-souvent à Dorpat et à Saint-Pétersbourg la transformation cartilagineuse du feuillet profond du prépuce ; cette singulière lésion, qui est une suite du phimosis, n'a d'autre remède que la circoncision. Or, ce travail pathologique est toujours précédé de quelques-unes de ces affections qui, tout en donnant lieu au phimosis, déterminent une inflammation et une hypersécrétion persistantes du prépuce ; les liquides ainsi sécrétés sont souvent de mauvaise nature ; ils s'écoulent difficilement au dehors, et ils deviennent encore plus nuisibles lorsqu'ils sont mêlés à l'urine.

Encore quelques remarques, et je finis. Depuis l'époque où j'ai fait ma première leçon sur la syphilis, j'ai fait quelques expériences comparatives sur la valeur du caustique lunaire et du sulfate de cuivre dans le traitement des chancres, et je suis arrivé à cette conviction que ce dernier est beaucoup préférable. Le nitrate d'argent détruit tout d'abord la surface de l'ulcération ; c'est là un avantage réel, et l'on ne peut le contester ; mais, une fois cette première cautérisation faite, je crois que le sulfate de cuivre nous donnera une cicatrisation plus rapide ; nous pouvons l'employer soit en cristal, soit en solution, d'après le procédé que je vous ai décrit pour la solution d'argent. Lorsque l'ulcération présente quelques caractères de chronicité, lorsque les bords épaissis et élevés se renversent en dehors, je ne connais pas d'escharotique plus efficace que le sulfate de cuivre. Je suis également certain qu'il est beaucoup moins irritant que le nitrate d'argent, et qu'il expose moins aux bubons consécutifs.

Il est un autre point sur lequel je désire attirer votre attention, parce que je suis convaincu qu'on commet, à cet égard, de fréquentes erreurs. J'ai souvent donné des soins à des scrofuleux atteints d'ulcérations primitives ; par des motifs que vous devinez aisément, je les traitais sans mercure, et ils guérissaient rapidement, sans bubons, sans

aucun accident. Un peu plus tard, quelques-uns de ces malades contractaient une périostite sous l'influence du froid, de l'humidité, d'un coup ou de toute autre cause accidentelle, et quoiqu'ils n'eussent pas pris un grain de mercure, quoiqu'ils ne présentassent d'ailleurs aucun autre symptôme de syphilis, ils étaient jugés atteints d'accidents secondaires par les médecins qu'ils allaient consulter. Cette opinion, je dois le dire, avait en sa faveur une grande somme de probabilités, car, peu après le début de leur périostite, les malades avaient ressenti des douleurs nocturnes, ils avaient eu des sueurs abondantes, et ils avaient commencé à maigrir.

Ces faits, messieurs, ne sont rien moins que rares, et ils exigent le plus grand discernement : si en effet, dans la conviction où vous êtes que vous avez affaire à des accidents secondaires, vous administrez le mercure, vous serez bientôt effrayés vous-mêmes des épouvantables conséquences de votre traitement. Après une rémission passagère, les douleurs périostiques reparaissent ; vous recourez de nouveau au mercure : efforts inutiles, les douleurs persistent ; pendant ce temps la constitution du patient succombe graduellement sous la double influence de la scrofule et du mercurialisme. Je n'ai que trop souvent constaté des erreurs de ce genre, et je tiens d'autant plus à vous mettre en garde contre une telle méprise, que ces faits n'ont pas été signalés par les auteurs qui ont traité de la syphilis, de la scrofule ou de la périostite.

A quels signes distinctifs, demanderez-vous sans doute, pouvons-nous reconnaître ce genre d'affection ? Dans les cas que j'ai observés, la périostite est apparue longtemps après le chancre, et au bout de deux, de quatre et même de six années ; elle n'était accompagnée d'aucune éruption ; les sueurs, les exacerbations nocturnes et l'amaigrissement ne survenaient pas immédiatement ; il n'y avait pas d'accidents du côté de la gorge ; on ne constatait aucun symptôme évident de syphilis ; enfin les chancres primitifs avaient été traités sans mercure, méthode qui expose beaucoup moins que l'autre à troubler l'évolution et le groupement naturels des manifestations de la vérole ; c'est cet ensemble de circonstances qui permettait d'arriver à un diagnostic différentiel exact. Dans tous les cas analogues, le mercure est formellement contre-indiqué ; les préparations d'iode, la salsepareille, l'acide nitrique, les toniques, le fer, un régime substantiel, tels sont les moyens de traitement auxquels nous pouvons recourir avec le plus de confiance.

Pour ce qui est de l'iodure de potassium, j'ai observé que lorsqu'on le donne à hautes doses, il guérit souvent une périostite ou d'autres

affections sur lesquelles il n'a aucune action tant qu'il a été administré en petite quantité. Aussi toutes les allégations du malade ou de son médecin sur un essai antérieur resté infructueux ne m'empêchent, dans aucun cas, de prescrire à nouveau ce médicament. Commencant par la dose ordinaire, je l'élève progressivement, et j'arrive quelquefois à en faire prendre une *demi-drachme* (2 grammes) trois fois par jour ; ce procédé d'administration m'a donné les résultats les plus satisfaisants. En voici un exemple entre beaucoup d'autres :

Après avoir subi pendant longtemps un traitement syphilitique mercuriel, M. M... avait été pris d'une périostite grave ; il était, en outre, considérablement affaibli par des salivations répétées. Au mois d'août 1839, M. Caroll (de Meath-street) lui conseilla de se confier à mes soins. Du mois d'août au mois de septembre 1839, ce malade prit *seize drachmes* (64 grammes) d'iodure de potassium. J'avais commencé par 15 grains (90 centigrammes), et j'étais arrivé à 30 grains (1^{er},80) par jour. Grâce à ce traitement, M. M... avait vu sa santé s'améliorer ; il avait repris de l'embonpoint, et il paraissait complètement guéri ; mais, vers la fin de janvier 1840, il eut une rechute. La même médication lui donna le bénéfice d'une guérison temporaire ; bref, il y eut ainsi plusieurs alternatives de bien et de mal, de sorte qu'au commencement de décembre 1840 il avait pris *trente-trois drachmes* (132 grammes) d'iodure potassique *de plus*. Pendant le courant de décembre, M. M... fut pris de ses accidents de périostite, et il alla consulter le chirurgien O'Ferral ; celui-ci lui prescrivit le même médicament à doses plus élevées encore, et il lui enjoignit d'en continuer l'usage *jusqu'à ce que le gonflement et les douleurs eussent absolument disparu*. Le malade consuma ainsi une nouvelle quantité d'hydriodate de potasse qui s'éleva à *vingt drachmes* (80 grammes) ; il en prenait *une demi-drachme* (2 grammes) trois fois par jour. M. M... avait pris en tout, depuis le début de sa périostite, *huit onces et cinq drachmes* (276 grammes) de ce médicament. Depuis lors, sa guérison ne s'est pas démentie un seul instant.

L'iodure de potassium ne paraît pas avoir une aussi puissante influence sur la syphilis à éruptions cuivrées que sur les autres formes. Dans ces circonstances, le sublimé et la salsepareille donnent de meilleurs résultats. Ces faits viennent à l'appui des idées de Carmichaël ; il restreint les indications du mercure à la syphilis secondaire cuivrée et à l'ulcération spéciale qui, suivant lui, la précède toujours ; cette ulcération est le plus souvent un chancre huntérien. Il y a deux ordres de faits dans lesquels l'iodure de potassium est plus particulièrement utile ; il

convient d'abord dans tous les cas où la marche naturelle de la maladie n'a pas été bouleversée par l'administration intempestive du mercure ; il est indiqué, d'autre part, lorsque les muqueuses, le périoste et les os sont gravement compromis. Parmi les lésions les plus fréquentes des parties molles, je vous citerai les ulcérations des fosses nasales, des amygdales, du pharynx, de la langue, de la face interne des joues et des lèvres. Avec ces ulcérations, on rencontre ordinairement les condylomes larges et douloureux de la marge de l'anüs, les tubercules muqueux du scrotum et de la partie interne des cuisses, etc. L'expression de tubercules muqueux appartient, comme vous le savez, aux syphilographes français. Dans ces diverses formes, l'iodure de potassium, soit seul, soit uni à la salsepareille, est le meilleur agent thérapeutique qui soit à notre disposition. Jusqu'à présent, nous ne sommes pas suffisamment renseignés sur la valeur relative de l'iodure de potassium et du sublimé dans ces cas particuliers qui indiquent à tous les praticiens, mercuristes ou non mercuristes, l'emploi de la salsepareille, des toniques et d'un régime substantiel.

SOIXANTE-SEPTIÈME LEÇON.

LA PÉRIOSTITE.

La connaissance de cette affection est due à sir Philip Crampton. — Causes de la périostite. — Maladies avec lesquelles elle peut être confondue. — Usages du périoste. — Siège de la périostite.

Périostite du crâne. — Description de ses trois formes. — Emploi des mercuriaux à hautes doses. — Observation.

Périostite vertébrale. — Difficultés du diagnostic. — Périostite du sternum. — Rhumatisme plantaire.

Symptômes de la périostite. — Forme diffuse ; — circonscrite. — Traitement. — Odontalgie par inflammation du périoste alvéolaire.

MESSIEURS,

J'ai l'intention de consacrer notre conférence de ce jour à l'étude de la périostite. Cette maladie, je dois le dire, est très-incomplètement décrite dans le *Dictionnaire chirurgical* de Cooper et dans les autres ouvrages classiques; elle a été observée en même temps que la syphilis, mais on en a complètement méconnu la nature, jusqu'au jour où sir Philip Crampton a publié son mémoire dans le premier volume des *Dublin hospital Reports*. Dans bien des cas où l'on constate de la sensibilité cutanée et une augmentation de volume du membre, on conclut à une intumescence de l'os lui-même, bien qu'en réalité le périoste soit seul en cause. La périostite, messieurs, mérite d'être étudiée avec la plus grande attention, car elle est déterminée non-seulement par la scrofule et par certains états cachectiques, mais encore par l'abus du mercure et de quelques autres médicaments. Souvent cette affection ne reconnaît d'autre cause que l'influence du froid ou l'administration intempestive du mercure, et cependant on ne manque pas alors de la rapporter à une syphilis antérieure. Je n'ai pas besoin de vous dire

combien il importe d'éviter une telle méprise. Du reste, on commet bien d'autres erreurs : on croit à une névralgie alors qu'on a affaire à une inflammation du périoste; ou bien, lorsque celle-ci occupe le crâne, on conclut à une hémicrânie, parce que la douleur ne siège que d'un côté, et qu'elle présente des exacerbations à heures fixes, le plus souvent vers le soir. J'ai vu un médecin du plus haut mérite donner le carbonate de fer à hautes doses, pour guérir une céphalalgie unilatérale qui dépendait d'une périostite. J'ai eu connaissance, dans ma pratique privée, d'un fait exactement semblable ; et dans une circonstance que je n'ai point oubliée, je suis tombé moi-même dans une erreur de ce genre.

Avant d'aller plus loin, j'ai quelques remarques à vous faire sur une opinion qui a régné pendant longtemps dans la science : on croyait que le périoste était l'agent de réparation des os ; mais dans ce travail régénérateur, ce sont les vaisseaux de l'os lui-même qui ont la plus grande part d'action ; le périoste ne concourt à la formation du tissu osseux *qu'autant que ses vaisseaux sont intéressés*. La formation du cal dans les fractures, le développement des os nouveaux dans les nécroses, l'organisation des nodi et des exostoses ne dépendent point du périoste en tant que membrane ; ces divers processus n'ont d'autres agents que les vaisseaux de l'os lui-même et ceux du périoste. C'est seulement lorsque tous les autres vaisseaux ont été détruits, que le périoste appelé à les suppléer devient l'agent unique de nouvelles communications vasculaires. C'est principalement à Scarpa que nous devons les notions précises que nous possédons aujourd'hui sur la réparation des os ; vous trouverez dans le *Dictionnaire de chirurgie* de Cooper le compte rendu d'un grand nombre d'expériences sur cette intéressante question.

Comme tous les autres tissus, le périoste est sujet à l'inflammation ; mais il ne serait pas exact de croire qu'il y est plus particulièrement exposé que les autres organes. Ce serait là, il faut le dire, un véritable contre-sens de la nature : car le périoste est pour ainsi dire le seul revêtement protecteur de plusieurs os superficiels, tels que les tibias, les côtes, les os du crâne, ceux du coude et de plusieurs autres articulations. Vous savez tous à combien d'accidents le périoste est exposé dans nos foires d'Irlande, et dans les luttes au ballon qui ont lieu dans nos collèges ; et vous savez aussi avec quelle tolérance cette membrane supporte toutes ces violences. L'expression *périostite* a été introduite dans la science par sir Philip Crampton : or, si vous vous rappelez ce que je vous ai dit sur la formation de l'os, vous ne serez pas étonnés

d'apprendre qu'il est aussi souvent affecté que le périoste lui-même ; dans bien des cas, le travail morbide débute par l'os, et gagne ensuite le périoste. A cela près, la dénomination de sir Crampton est excellente. Je vous recommande aussi la lecture des travaux de M. Howship sur la formation et les affections des os ; il a décrit et figuré les principales altérations anatomiques du tissu osseux, mais sa théorie sur la structure des os ne me paraît point encore suffisamment établie.

Dans la périostite, la texture toute spéciale de la membrane affectée modifie les symptômes ordinaires de l'inflammation. Le périoste est composé de tissu fibreux, et quoiqu'il ne présente pas une grande épaisseur, il est extrêmement solide et résistant : il se déchire difficilement, et il est dépourvu de toute élasticité : aussi, lorsque les parties qu'il recouvre augmentent de volume, il est tirailé et tendu, et c'est là l'une des principales causes des douleurs violentes qui caractérisent la périostite. Je n'ai pas besoin de vous rappeler que l'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané donne lieu à des douleurs bien moins pénibles que la phlegmasie des tissus sous-aponévrotiques ; et vous trouverez signalé dans plusieurs ouvrages de chirurgie un fait qui démontre également l'influence de l'inextensibilité du périoste : dans la périostite, les douleurs sont parfois excessivement vives, bien que les lésions visibles soient peu avancées ; dans d'autres cas où les désordres anatomiques ont atteint leur maximum, c'est à peine si le malade accuse quelque souffrance.

On observe assez souvent une corrélation remarquable entre certaines parties du squelette de chaque côté de la ligne médiane ; on les voit être atteintes de périostite, soit en même temps, soit successivement. Ainsi, lorsque l'un des os de l'avant-bras, l'une des omoplates vient à s'enflammer, on voit se développer immédiatement ou quelques jours plus tard une affection semblable dans des points identiques du côté opposé. Quoique la périostite puisse attaquer tous les os, cependant elle a une prédilection marquée pour ceux du crâne, pour le tibia, le fémur, le sternum et les omoplates. Au sternum, elle est quelquefois suivie d'une carie qui aboutit à une vaste perforation de l'os. Vous avez pu constater cette altération chez un jeune homme qui était, il y a quelque temps, dans notre service ; chez lui, on voyait à chaque battement du cœur, du pus mêlé de gaz s'écouler par cette ouverture : c'était un spectacle aussi singulier qu'effrayant.

Lorsque l'inflammation du périoste débute dans le voisinage des articulations, elle s'étend souvent à la jointure elle-même, donnant ainsi

lieu à une arthrite périostique ; du tibia, la phlegmasie gagne fréquemment le genou ou le cou-de-pied ; de l'humérus ou du scapulum elle envahit l'articulation de l'épaule. L'articulation sternale de la clavicule est le siège de prédilection de la périostite. Sur les côtes, elle occupe le plus souvent la partie antérieure, et elle détermine parfois une carie pour laquelle Cittadini a conseillé une opération spéciale. Lorsque l'affection occupe le fémur, elle siège presque invariablement à *la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur* sur la face antérieure ou sur la face interne ; je ne sache pas que cette observation soit consignée dans aucun livre.

Dans son ouvrage sur les maladies vénériennes, Colles cherche à établir le diagnostic différentiel de la périostite et du *morbus coxæ* ; il est bon de savoir que la périostite fémorale est caractérisée non-seulement par la violence extrême de la douleur, mais surtout par sa résistance à tous nos moyens de traitement : il y a là pour la thérapeutique un véritable *desideratum*.

Il est une autre périostite que son importance recommande tout spécialement à notre attention : c'est la périostite des os du crâne. Or, il y a lieu d'en décrire trois variétés. La première est très-facile à reconnaître : les points affectés sont douloureux, sensibles à la pression ; il existe un gonflement et une induration nettement appréciables, et ces points tuméfiés sont pour la céphalalgie autant de centres d'irradiation. Dans la seconde variété, la douleur est moins accusée, elle n'a pas un point de départ aussi bien limité ; mais cependant le gonflement et l'épaississement du cuir chevelu sont évidents, pour révéler la nature de l'affection. Il y a aussi des cas dans lesquels l'inflammation plus diffuse occupe tout un côté du crâne, et détermine de vives douleurs ; ici encore nous pouvons arriver assez aisément à un diagnostic exact. Mais la troisième variété de périostite crânienne est beaucoup plus obscure. Jugez vous-mêmes. Un malade vient à vous ; il se plaint d'une céphalalgie sévère qui présente des exacerbations le soir, et il accuse une sensation pénible de pesanteur dans la tête. Si vous lui demandez de préciser le point dans lequel il souffre, il ne peut le faire exactement ; il accuse tour à tour la région frontale et une des régions latérales du crâne. D'un autre côté, vous ne pouvez découvrir sur le cuir chevelu aucun point qui soit douloureux ou gonflé. Les choses vont ainsi pendant un certain temps ; puis le malade perd complètement le sommeil, les rémissions de la céphalalgie sont moins longues et moins complètes, la douleur augmente d'intensité. Tolérable durant la journée, elle

devient horriblement pénible le soir, elle ne laisse pas au patient une heure de repos. Les plus hautes doses d'opium, les narcotiques les plus puissants, ne produisent aucun soulagement ; le repos au lit, les fomentations, les lotions froides, les liniments stupéfiants, la saignée même et les sangsues modifient à peine ces douleurs. Lorsque enfin vous avez eu recours à tous les moyens thérapeutiques que votre ingéniosité a pu vous suggérer, vous êtes contraints de reconnaître, non sans dépit, que les choses vont de mal en pis, et que votre science est complètement en défaut.

Il se peut qu'à votre première visite vous pensiez, d'après l'aspect du malade et le récit de ses souffrances, que le cerveau est le point de départ des accidents. Vous instituez donc tout d'abord un traitement antiphlogistique, et, pleins de confiance, vous en attendez le résultat ; mais les jours succèdent aux jours sans amener cette guérison dont vous étiez si certains, et vous vous prenez à douter de l'exactitude de votre diagnostic. Du reste, il faut en convenir, dans certains cas votre erreur est bien excusable : ainsi, lorsque avec une céphalée unilatérale vous constatez une chute partielle de l'une des paupières, vous vous alarmez à bon droit, et vous n'hésitez plus à localiser dans l'encéphale la cause première du mal. La chute de la paupière supérieure (ptosis) est un symptôme fréquent des affections cérébrales : aussi, dans les déterminations encéphaliques des fièvres, et en général dans toutes les maladies aiguës, lorsqu'un des yeux paraît plus petit que l'autre, par suite d'un certain degré de ptosis, c'est toujours un signe fâcheux. Mais, dans la variété de périostite que nous étudions en ce moment, il n'en est plus ainsi ; il y a bien une légère paralysie de la paupière, mais cette paralysie ne dépend point d'une lésion cérébrale, elle est causée par l'inflammation des cordons nerveux eux-mêmes. J'ai cru devoir vous signaler cette particularité, parce qu'elle est peu connue, et parce que ce symptôme, mal interprété, peut causer d'inutiles alarmes.

Et maintenant pourquoi est-il si difficile de reconnaître cette périostite ? pourquoi les os ne présentent-ils aucune sensibilité au toucher ? La raison en est simple : c'est la table interne qui est atteinte la première, et l'affection ne devient appréciable qu'au bout d'un certain temps. Lorsque vous avez employé huit ou dix jours en tâtonnements inutiles, vous découvrez tout à coup sur le cuir chevelu un point qui est manifestement douloureux à la pression, et alors seulement vous soupçonnez la véritable cause des accidents. Quant au traitement, il est bien simple : le mercure et l'iode sont les seuls agents efficaces.

Donnez un scrupule ou une demi-drachme (1^{er},30 ou 2 grammes) de calomel par jour, et déterminez la salivation. Vous vous trouverez très-bien d'associer diverses préparations mercurielles, car certains individus sont plus rapidement impressionnés par l'une que par l'autre. Du reste, soyez-en prévenus, les symptômes de la périostite ne s'amendent pas aussitôt que la bouche est touchée ; il faut aller plus loin et arriver à une saturation mercurielle complète : alors seulement vous verrez disparaître et la douleur et tous les autres phénomènes morbides. Vous avez eu un exemple de ce fait dans notre salle des chroniques. Un malade affecté de périostite était en pleine salivation depuis plusieurs jours, et c'est à peine si ses souffrances étaient un peu calmées. Qu'avons-nous fait ? Nous avons doublé la dose de calomel, et au bout de quelques jours cet homme n'avait plus que le souvenir de ses douleurs.

Il y a là une analogie remarquable avec ce que nous observons dans l'iritis ; une fois la salivation mercurielle établie, les accidents commencent à s'amender, parfois même ils disparaissent complètement. Aussitôt le praticien diminue la dose de mercure ; quelques jours se passent, et quoique le malade ait continué à prendre une petite quantité de calomel, quoiqu'il ait toujours la bouche affectée, les symptômes caractéristiques de l'iritis reparaisent, et ils vont reprendre leur gravité première, si l'on ne modifie pas le traitement. Dans une telle conjoncture, un débutant se laisserait aller au découragement, et il perdrait toute sa confiance dans l'efficacité du mercure, parce que la récurrence a eu lieu malgré la persistance de la salivation. Le médecin expérimenté prendra un tout autre parti : il redoublera immédiatement la dose du calomel pour déterminer une mercurialisation plus complète, et l'iritis disparaîtra comme par enchantement. Ce mode d'administration du mercure, le seul efficace dans l'iritis, est parfois également indiqué dans la périostite, dans l'arthrite, la péritonite ou la pleurésie, et il est extrêmement important que vous soyez parfaitement renseignés à ce sujet.

En raison de la situation profonde du fémur, il est quelquefois difficile de constater le gonflement de son périoste : aussi cette variété de périostite est-elle l'objet de fréquentes méprises : on y voit une névralgie ou une sciatique, ou bien on la prend pour un abcès du corps de l'os, ou bien enfin on songe à un *morbis coxæ*. Il est vrai qu'au bout de quelque temps, une tuméfaction bien appréciable vient redresser le diagnostic ; mais le malade n'en a pas moins été épuisé par la douleur

et par l'insomnie. J'ai vu un de ces malheureux patients rester vingt nuits de suite sans goûter un instant de repos. Dans un des cas que j'ai observés, le sublimé corrosif a fait disparaître tous les accidents ; mais, chez les deux autres malades, le traitement mercuriel est resté absolument impuissant ; les narcotiques échouèrent également. Un séton au niveau de la région malade procura quelque soulagement.

Revenons à la périostite crânienne ; elle prend quelquefois une forme chronique et attaque simultanément les deux tables de l'os de la manière la plus insidieuse. Voici un fait que j'ai observé il y a quelque temps :

Un jeune homme de bonne constitution et qui avait toujours eu une santé excellente, fut pris de violentes attaques d'épilepsie, qui se reproduisirent à intervalles très-rapprochés. Quelque temps auparavant, le malade s'était plaint de douleurs de tête, qu'il rapportait principalement au côté gauche du front. Pendant l'accès, les convulsions étaient plus marquées à droite qu'à gauche. Au bout de quelques mois, ce jeune homme dut renoncer à ses occupations habituelles. Les accès convulsifs, de plus en plus fréquents, avaient lieu maintenant trois fois par jour. Plusieurs médecins croyaient avoir constaté chez lui une saillie anormale du frontal et désiraient qu'on appliquât le trépan. Lorsqu'on regardait le malade en face, on n'apercevait aucune proéminence dans la région du front ; mais si on l'examinait de haut en bas, suivant la verticale de Blumenbach, on constatait un gonflement bien évident, comme si l'os avait été poussé en avant sur un point.

Ce jeune homme était malade depuis sept mois, lorsque je l'ai vu avec sir Philip Crampton et le docteur Colles. Nous avons repoussé d'un commun accord l'idée de la trépanation, parce que nous n'étions pas certains que le cerveau fût comprimé par une production osseuse, et parce qu'il existait sur le point suspect un peu de sensibilité à la pression ; nous craignons en outre qu'il n'y eût d'intimes adhérences entre le périoste interne et la dure-mère, aussi bien qu'entre celle-ci et le tissu cérébral. Dans ce cas, l'opération eût déterminé une inflammation générale de toutes ces parties. Nous avons conclu à l'existence d'une périostite interne avec altération de la dure-mère correspondante, et nous sommes convenus d'essayer le traitement mercuriel ; nous avons dû nous borner aux frictions, parce que le mercure, pris à l'intérieur, déterminait chez ce malade des nausées et des vomissements. Au bout de huit ou dix jours, lorsque la bouche fut affectée, nous nous sommes réunis de nouveau en consultation. Il n'y avait, nous dit-on, aucune amélioration ; les accès étaient les mêmes qu'auparavant ; les

amis du eune homme (ils étaient aussi médecins) déclaraient que le mercure ne produisait aucun effet, et réclamaient à grands cris l'application du trépan; nous étions nous-mêmes fort désespérés. Cependant, en nous faisant renseigner sur les moindres détails, nous finîmes par apprendre que si les accès présentaient toujours la même violence, ils étaient un peu moins fréquents : cette frêle espérance suffit pour nous faire persévérer. Dès que la saturation mercurielle fut complète, les phénomènes s'amendèrent rapidement, et bientôt les convulsions disparurent avec les douleurs.

Lorsque la syphilis, la scrofule ou l'abus du mercure déterminent une périostite vertébrale, ce sont généralement les corps des vertèbres qui sont atteints. Cependant, si la vérole a été seule en cause comme influence étiologique, cette proposition perd de son exactitude; elle n'est absolument vraie que pour la scrofule ou l'hydrargyrose. Chez les individus dont la constitution a été ruinée par l'action combinée de la syphilis et de la mercurialisation, il n'est pas rare d'observer les symptômes du *collum obstipatum*. Si alors vous dirigez contre ces accidents le traitement ordinaire, l'affection ne tarde pas à être confirmée : c'est ce que j'ai vu chez un gentleman qui garda une roideur persistante du cou par suite de l'ignorance de son médecin. La périostite vertébrale peut se propager rapidement aux ligaments et aux tendons voisins, et produire ainsi une difformité. J'ai déjà vu plusieurs faits de ce genre, et si je vous les signale ici, c'est parce que vous ne les trouverez pas indiqués dans vos livres. Vous pourrez toujours arriver à un diagnostic exact en examinant attentivement la région vertébrale, et en étudiant les effets de la pression sur les apophyses. Une fois que vous saurez à quoi vous avez affaire, employez les sangsues, les vésicatoires répétés, la décoction composée de salsepareille (1) et l'iodure de potassium. Si ce traitement n'est pas suivi du succès, donnez les mercuriaux et, à moins que l'affection ne soit déjà trop ancienne, vous la guérirez certainement.

(1) *Décoction de salsepareille composée.*

℞ Décoction de salsepareille bouillante.	4 pintes = 1900 grammes.
Sassafras coupé.	} ãã 10 gros = 40
Bois de gaïac râpé.	
Réglisse contuse.	
Savon.	3 gros = 12

Faites bouillir pendant un quart d'heure et filtrez.

(*Pharmacopée de Londres.*)

(Note du TRAD.)

Les vertèbres du dos et celles des lombes peuvent être également atteintes de périostite, et, dans ce cas, on peut croire qu'il s'agit d'un mal de Pott, ou de la névralgie spinale de Teale ; il est de fait que le diagnostic n'est pas toujours facile. Le périoste du sacrum et du coccyx s'enflamme aussi quelquefois, et cette phlegmasie est extrêmement douloureuse. Dans le cours de l'année dernière, j'ai été consulté deux fois par des femmes qui souffraient dans cette région ; la douleur, constamment très-vive, présentait des exacerbations qui causaient à ces malheureuses d'abominables tortures ; les souffrances atteignaient leur maximum lorsque les malades étaient assises : aussi avaient-elles fini par se confiner chez elles et par ne voir personne. Je ne crois pas qu'il s'agît chez elles d'une périostite, c'était bien plutôt une forme spéciale de névralgie hystérique. Les fomentations et les liniments stupéfiants, les antispasmodiques et les toniques à l'intérieur ont fini par triompher de cette singulière affection ; elle n'a pas été, que je sache, signalée par les auteurs.

Lorsque la périostite occupe le sternum, on risque fort de la prendre pour une affection des viscères thoraciques. Il y a quelque temps, un jeune homme, pour lequel j'ai été consulté plus tard, était pris de douleurs violentes dans la poitrine ; son père en fut vivement alarmé, et, craignant que ce ne fût là le signal d'une phthisie imminente, il emmena son fils à Londres pour le faire changer d'air, et pour consulter un médecin. Pendant le voyage, le malade prit froid, et le médecin lui prescrivit un traitement exclusivement dirigé contre l'affection pulmonaire. Lorsque ce jeune homme fut de retour à Dublin, il éprouvait toujours les mêmes douleurs, et je fus mandé auprès de lui. Il se recula vivement lorsque je plaçai mon stéthoscope sur le point douloureux, et après un examen attentif, je demeurai convaincu que l'affection était entièrement limitée au périoste. Il faut être prévenu toutefois que, dans certains cas, l'inflammation finit par atteindre les organes contenus dans la poitrine ; le sternum est un os extrêmement poreux, et il se peut fort bien qu'une périostite de longue durée en détermine la perforation.

D'autres méprises peuvent être commises lorsque la périostite occupe les côtes : alors, en effet, on peut la prendre pour un rhumatisme des muscles intercostaux, et même pour une pleurésie. Cette périostite costale est une cause bien fréquente de douleurs et d'élançements dans la poitrine.

Il est une autre variété de périostite qui se propage des os du pied à

l'aponévrose plantaire ; on l'observe surtout chez les laboureurs ; elle a chez eux pour cause prédisposante le labourage à la pelle. Voici quels sont les principaux caractères de cette affection, que je n'ai vue décrite par aucun auteur. Toutes les fois qu'il veut appuyer son pied par terre, à plat, le malade éprouve une douleur excessive dans la plante du pied ; cette douleur s'étend vers l'une des malléoles. Pour échapper à cette souffrance, le patient marche sur le talon ou sur le bord externe du pied, et il fléchit fortement les orteils pour relâcher l'aponévrose plantaire. Une pression sur le milieu de la plante du pied ou sur les chevilles augmente considérablement la douleur ; les malléoles ont généralement augmenté de volume, et les parties molles sont tuméfiées à leur niveau ; enfin le malade ressent des douleurs lancinantes spontanées dans l'articulation tibio-tarsienne. Cette affection n'est point rare, et il ne se passe pas d'hiver que nous n'en ayons quelques exemples à Meath Hospital ; nous la désignons familièrement entre nous sous le nom que je lui ai donné : *rhumatisme plantaire*.

De toutes les variétés de périostite, la plus douloureuse est sans contredit le panaris périostique ; mais l'étude de cette affection est du ressort de la chirurgie, et je me borne à la mentionner ici.

Au point de vue de sa modalité pathologique, la périostite présente deux formes distinctes, selon qu'elle est diffuse ou circonscrite. La première n'est pas de notre compétence ; elle ressortit au chirurgien ; néanmoins je vais vous rappeler en quelques mots quels en sont les principaux caractères. Comme son nom l'indique, elle occupe une portion plus ou moins étendue du périoste, elle se développe sous l'influence du froid ou de quelque autre cause accidentelle. Étrangère aux maladies générales et aux dispositions constitutionnelles, elle aboutit fréquemment à la nécrose.

La périostite circonscrite peut naître également sous l'influence du froid ; mais, dans la majorité des cas, il faut la rapporter à quelque cause spécifique, telle que le mercure, la vérole ou la scrofule. Beaucoup plus commune que la première forme, elle présente plusieurs variétés ; le périoste peut rester adhérent à l'os : alors, tandis que la membrane d'enveloppe s'enflamme et s'épaissit, le tissu osseux se vascularise et augmente de volume. Par suite de ce travail, qui se fait quelquefois avec une grande lenteur, l'adhérence du périoste devient plus solide, et le processus morbide aboutit à la formation de dépôts nouveaux. Dans certains cas, l'épaississement de la membrane fibreuse est très-considérable, et elle forme, au bout de quelque temps, une

tumeur circonscrite si dure et si résistante, qu'on la prend pour une tumeur osseuse. Pendant cette période, il y a de la douleur et de la sensibilité dans la région affectée, les téguments sont parfois tuméfiés et décolorés. Plus tard, les symptômes deviennent moins violents, le gonflement cesse de faire des progrès, la douleur et la sensibilité s'apaisent, mais elles ne disparaissent pas entièrement.

C'est alors que le périoste épaissi devient de plus en plus dense, et semble se transformer en un tissu fibro-cartilagineux. Une fois cette transformation opérée, il n'est pas certain que le tissu anomal puisse être repris par l'absorption ; cependant on a vu disparaître, dans l'espace de quelques mois, des tumeurs identiques par l'ensemble de leurs caractères avec celles dont nous parlons ici. D'ailleurs il existe bien d'autres états pathologiques dans lesquels nous voyons disparaître, soit du tissu cartilagineux, soit du tissu osseux, et ce travail d'absorption nous révèle l'influence d'une thérapeutique convenable, ou la toute-puissance de la nature abandonnée à elle-même.

Bien que l'analogie nous démontre la possibilité de l'absorption de ces tumeurs fibro-cartilagineuses, dans bien des cas ces productions morbides persistent, parfois même elles se changent en un véritable nodus osseux, et voici comment s'opère la transformation : l'ossification commence dans le périoste épaissi ; en outre, du tissu osseux est produit sous forme d'un nodus circonscrit, qui s'élève de la surface externe de l'os lui-même. Avec le temps, la lamelle extérieure de l'os ancien est absorbée, et le nodus de nouvelle formation prend une texture spongieuse ; des canalicules se mettent en communication avec ceux de l'os générateur, qui se trouve ainsi surmonté d'une espèce de dôme osseux. Nous ne savons pas au juste à quel moment s'accomplissent tous ces phénomènes ; vous trouverez d'utiles renseignements sur ce point dans le travail qu'a publié M. Howship, sur les pièces du musée de M. Heaviside. Sur quelques-unes de ces pièces, la lame extérieure de l'os n'est point complètement absorbée, et les canalicules de nouvelle formation ne sont pas encore visibles. Cette affection donne souvent lieu à une véritable difformité. Vous avez pu voir, dans notre service des chroniques, un homme dont le tibia n'avait plus rien de la configuration normale. Lorsque cette périostite récidive plusieurs fois, elle détermine la formation de saillies irrégulières à la surface de l'os, les crêtes de ce dernier s'émousent, ses courbures naturelles disparaissent, de sorte qu'il devient impossible d'en saisir la forme primitive : ces ulcérations sont très-fréquentes sur les tibias des prostituées. Dans la

première période, le périoste a une densité uniforme ; mais lorsque le travail morbide est plus ancien, du tissu spongieux apparaît dans les couches profondes de la membrane fibreuse épaissie, et ce tissu est revêtu d'une couche de tissu compacte. Il est donc évident, messieurs, qu'il existe au début une ligne de démarcation parfaitement nette entre le tissu nouveau et l'os ancien ; mais, dans la première période, on ne trouve plus entre eux aucune limite appréciable ; la fusion des canalicules est devenue complète.

Dans une autre variété de périostite, le périoste se détache de l'os sous-jacent, et il y a encore lieu d'établir ici quelques distinctions. Parfois il se forme, à la surface de l'os, dans un espace de temps qui varie entre vingt-quatre heures et huit ou dix jours, une tumeur bien circonscrite, qui est douloureuse et sensible à la pression ; cette tumeur est dure, et, au premier moment, elle donne la sensation d'un corps parfaitement solide ; mais si on l'observe d'un peu plus près, on constate une certaine élasticité. En fait, cette apparente solidité est tout simplement le résultat de la distension du périoste par le liquide épanché. Pendant la deuxième période, la douleur et le gonflement diminuent, les liquides exsudés sont repris par l'absorption, l'union naturelle de l'os et du périoste se reconstitue. Le plus souvent, cette évolution exige un certain temps : mais, dans certains cas, elle s'accomplit avec beaucoup de promptitude. C'est à cette forme de périostite qu'appartiennent ces tumeurs à marche rapide que nous voyons se développer, soit sur le cuir chevelu, soit sur d'autres points du corps ; elles cèdent très-rapidement sous l'influence des sangsues et des vésicatoires, et après une durée éphémère, elles disparaissent sans laisser aucune trace. Ce qui caractérise ces tumeurs, c'est l'absence de nécrose superficielle à la surface de l'os : aussi le travail de réparation est très-court, et dès que le liquide épanché est absorbé, rien n'empêche le recollement du périoste.

La variété que je viens de vous décrire ne s'accompagne pas nécessairement de l'ulcération des parties molles ; mais il est une autre forme également caractérisée par un épanchement liquide, dans laquelle il se fait une vascularisation anormale de l'os. La matière de l'épanchement finit par s'échapper à travers une ulcération des téguments, et la nature opère la guérison au moyen de granulations qui naissent de la surface vascularisée du tissu osseux ; ces granulations s'unissent à celles du périoste et des téguments, et la perte de substance se trouve ainsi réparée.

Dans une dernière forme de périostite, un épanchement liquide se fait au-dessous du périoste ; mais l'os ne se vascularise pas dans ses couches périphériques ; au contraire, la lame superficielle blanchit et meurt : ainsi se forme une lamelle mince et transparente, irrégulière et crébriforme, qui est éliminée un peu plus tard et se fraye une voie à travers les parties molles. Une fois cette exfoliation faite, les couches osseuses vascularisées produisent des granulations, et la réparation s'achève comme dans le cas précédent. Dans certains cas, la lame nécrosée n'est pas immédiatement éliminée, et elle subit des modifications très-singulières. Elle se perfore et se crible de trous, comme si elle était rongée par des vers ; alors les granulations de l'os sous-jacent font saillie par ces orifices, et les choses restent en cet état jusqu'à ce que le séquestre soit complètement expulsé.

Telles sont, messieurs, les principales formes de périostite. Je n'ai pas fait rentrer dans cette étude les altérations qu'on observe dans la scrofule : ici, en effet, les os sont affectés en même temps que le périoste, et il est permis de se demander jusqu'à quel point cette affection mérite la dénomination de périostite. Chez les individus cachectiques, le périoste est quelquefois atteint par un travail ulcératif qui a débuté par l'enveloppe cutanée : c'est ce que l'on observe, par exemple, dans le rupia, dans l'ecthyma, ou à la suite de certains furoncles ; mais je ne m'occupe pas pour le moment des faits de ce genre. Lorsque l'ulcération des téguments est secondaire, son étendue est toujours proportionnelle à la lésion des tissus profonds, et dans la première variété que j'ai décrite, la peau est presque toujours intacte. Dans les autres formes, il est très-avantageux de faire dès le début une incision qui pénètre jusqu'à l'os ; cette pratique, qui a été recommandée par sir Philip Crampton, calme les accidents inflammatoires ; elle limite par cela même l'étendue de la nécrose et restreint les dimensions de l'ulcération cutanée.

Si nous arrivons à l'étude des causes de la périostite, nous trouverons qu'elle se développe le plus souvent sous l'influence de certains poisons spécifiques (*specific poisons*), tels que la scrofule, le mercure ou la syphilis. Les salles de chirurgie vous offrent de fréquentes occasions de vous familiariser avec la périostite scrofuleuse ; les manifestations symptomatiques en sont généralement un peu atténuées ; la douleur et la sensibilité sont moins vives ; le gonflement est moins considérable ; enfin, on l'observe le plus ordinairement sur de jeunes sujets, chez lesquels nous ne pouvons accuser ni la vérole ni le mercurealisme. Je sais bien que ces influences étiologiques viennent parfois

s'unir à la scrofule, même chez des individus peu avancés en âge; mais ces cas sont exceptionnels. Lorsque les malades sont plus âgés, ce n'est pas toujours chose facile que de faire la part exacte de la vérole et du mercure. Vous n'avez alors qu'une seule ressource : il faut vous renseigner exactement sur les antécédents. Si votre malade a pris du mercure pour se guérir d'accidents primitifs ou d'accidents secondaires ; si, à la suite de ce traitement, il a été bien et dûment guéri ; si, quinze jours ou un mois plus tard, il s'est exposé à l'action du froid ; si le périoste est affecté sur plusieurs points identiques de chaque côté de la ligne médiane, vous pouvez conclure à une périostite mercurielle. J'ai été consulté la semaine dernière par un jeune homme qui portait plusieurs tumeurs périostiques. Je lui dis aussitôt : « Vous avez pris du mercure pendant les six semaines qui viennent de s'écouler. » Il l'avoua. « Vous êtes sorti pendant que vous étiez en traitement et vous avez pris froid. » Il en tomba d'accord ; et je lui déroulai ainsi toute son histoire avec une parfaite exactitude ; mon malade me regardait avec la même stupéfaction que s'il m'avait vu cent têtes. Dans les cas de ce genre, la périostite reconnaît pour cause l'action du froid sur un individu mercurialisé.

Mais je dois vous prévenir que dans certaines circonstances les difficultés du diagnostic sont plus grandes encore : la vérole et le mercure peuvent être simultanément en cause. C'est ce qui arrive souvent chez les individus déjà avancés en âge : ils ont éprouvé à plusieurs reprises des accidents syphilitiques, et ils ont subi un plus ou moins grand nombre de traitements mercuriels. La réunion de ces deux influences donne lieu à un état morbide des plus graves. Tel que le nautonier qui a également à redouter Charybde et Scylla, le médecin se trouve entre deux écueils : le mercure a amené une cachexie constitutionnelle, la syphilis a déterminé des affections locales. Peut-être même le problème est-il encore plus complexe, car toutes les influences qui détériorent la constitution favorisent le développement de la scrofule.

Prenez un individu atteint de syphilis, enfermez-le dans une chambre (comme l'exige le traitement mercuriel), soumettez-le à un régime peu substantiel : quels seront les résultats ? A la vérole et à la cachexie mercurielle vous verrez s'adjoindre la scrofule, hideuse trinité contre laquelle, je me hâte de le dire, nous avons beaucoup moins souvent à lutter aujourd'hui. Mais, il y a quelques années à peine, tous les syphilitiques étaient mercurialisés sans pitié ni merci, et souvent, hélas ! c'était la mort qui venait mettre un terme au traitement.

Dans notre propre ville, à Lock Hospital, on jugeait des progrès de la guérison d'après le nombre des pintes de salive qui étaient rendues par le malade. On observe à Leyden les têtes de plusieurs individus qui ont vécu pendant le dernier siècle ; la raréfaction du tissu osseux y est vraiment extraordinaire : un phrénologiste serait singulièrement dérouté en face des ravages qu'ont subis les crânes de nos ancêtres. Un écrivain de l'antiquité, Hérodote ou Xénophon, je crois, rapporte que sur le champ de bataille on reconnaissait les têtes des Égyptiens à leur dureté. Je pense que les crânes du siècle dernier pourraient être aisément distingués à leur mollesse. Grâce au ciel, il n'en est plus ainsi aujourd'hui : depuis le commencement du siècle, la longévité est plus considérable, et dans plusieurs contrées la transformation qui s'est opérée dans le traitement de la syphilis aura pour résultat un accroissement notable de la population. Il y a là un progrès immense, et nous en sommes principalement redevables aux chirurgiens et aux médecins de la Grande-Bretagne.

Je me suis déjà occupé de ce sujet dans nos leçons sur la syphilis ; mais je ne puis m'empêcher de vous rappeler ici combien nous devons de reconnaissance à sir Thomas Moriarty, à M. Mathias, à M. Carmichaël, ainsi qu'aux autres chirurgiens qui, les premiers, ont fait connaître les épouvantables effets de l'abus du mercure. Le docteur Thompson (d'Édimbourg) a aussi beaucoup contribué à nous éclairer sur cette question ; mais je dois avant tout signaler les travaux remarquables de notre compatriote, M. Carmichaël. Lorsqu'il fit connaître ses opinions sur le traitement de la syphilis, la plupart des chirurgiens les regardèrent comme purement théoriques, et ils n'hésitèrent pas à décrier outrageusement la pratique de leur confrère. Certes, je ne veux pas dire qu'il faille accepter sans contrôle toutes les assertions de M. Carmichaël ; mais on ne saurait nier qu'il ne nous ait rendu un important service, puisque c'est lui qui nous a prouvé que, dans la plupart des cas, la syphilis peut être guérie sans mercure.

La connaissance de ce fait, l'emploi plus judicieux du mercure, la pratique de la vaccine, l'amélioration notable des conditions hygiéniques, les progrès de la thérapeutique médicale et chirurgicale, telles sont les causes de la longévité qui a distingué le commencement de ce siècle. La durée moyenne de la vie de l'homme avait presque doublé, et nous pouvions espérer qu'en 1900 elle serait quatre fois plus considérable ; à Londres, la mortalité s'était abaissée à la proportion de 15 pour 100, et les bénéfices des compagnies d'assurances s'étaient

notablement accrus ; le docteur Hawkin pouvait à bon droit se féliciter , dans son livre (1829), de l'avenir plus heureux qui s'ouvrait devant nous ; nous étions tous disposés à accepter ses prédictions favorables , lorsque malheureusement le choléra survint , qui renversa toutes nos espérances.

Revenons à la périostite. Il n'est plus nécessaire aujourd'hui de prouver que le mercure peut déterminer à lui seul des affections des os ; néanmoins je vous rappellerai l'histoire de William Byrne : il avait subi dans notre service un traitement mercuriel pour une affection du foie ; quinze jours après sa sortie, il nous est revenu avec une périostite. Il y a quelque temps, le docteur Lendrick a donné des soins à un malade empoisonné par le sublimé corrosif ; il a réussi à lui sauver la vie au moyen de la pompe stomacale et de l'albumine ; mais cet homme a été pris d'une périostite grave.

J'arrive enfin au traitement de cette affection. Les sangsues, les vésicatoires pansés avec l'onguent napolitain donnent d'excellents résultats, surtout lorsque l'inflammation est récente et bien circonscrite ; les frictions mercurielles sur la partie malade sont également très-utiles. Lorsque les vésicatoires ne produisent pas beaucoup d'effet, essayez de la pommade stibiée ; et dans les cas rebelles, ayez recours à l'incision proposée par sir Philip Crampton. Lorsque la tumeur périostique s'abcède, si le fond de l'ulcération se couvre de granulations pâles et de mauvaise nature, si un fragment d'os doit être complètement détaché, cautérisez avec un crayon de nitrate d'argent, non pas toute l'étendue du trajet fistuleux, mais une portion de sa surface, et vous verrez survenir une amélioration rapide. Ce moyen de traitement a été introduit dans la pratique médicale par M. Nichol, et je vous recommande la lecture du mémoire qu'il a publié à ce sujet dans l'*Edinburgh medical and surgical Journal*.

Lorsque le malade est robuste, lorsqu'aucune raison spéciale ne contre-indique l'emploi du mercure, le sublimé corrosif donne des résultats non moins rapides que certains, surtout lorsque vous avez eu soin de pratiquer au préalable quelques émissions sanguines générales et locales. Ce traitement est encore le meilleur, alors même que vous avez affaire à une périostite mercurielle ou syphilitique, à la condition toutefois que votre malade soit d'une bonne constitution, et que ses forces soient intactes. Cette thérapeutique est tout particulièrement indiquée dans la périostite crânienne, et dans celle du corps du fémur. Dans ces deux cas, la mercurialisation, pour être efficace, doit

être poussée jusqu'à une salivation abondante, et il faut continuer le traitement pendant trois ou quatre jours après que la bouche est prise. Dans quelques cas, il est vrai, on voit les accidents disparaître avant le début de la salivation ; mais ce sont là des exceptions sur lesquelles vous ne devez point compter. Lorsque les symptômes ne sont pas très-violents, il suffit de donner les pilules de Plummer, ou les pilules bleues à doses altérantes.

Chez les personnes délicates qui ont été très-épuisées par la maladie, on réussit encore quelquefois avec le sublimé ; dans d'autres circonstances, le sirop végétal de Velno donne de très-bons résultats ; il agit doucement et graduellement pour ainsi dire, sur la constitution, et bien des malades, à ma connaissance, lui ont dû le retour à la santé. N'oubliez jamais, messieurs, que le traitement mercuriel chez les malades des hôpitaux expose à de graves inconvénients : lorsqu'en effet ces malheureux rentrent chez eux, ils sont presque constamment exposés à la fatigue et au froid : de là des récidives, et bientôt leur situation est beaucoup plus grave qu'auparavant. Après les mercuriaux, le colchique, le tartre stibié, et surtout l'iodure de potassium, sont les remèdes les plus efficaces. Commencez votre traitement par les émissions sanguines générales et locales ; puis donnez le colchique avec la magnésie et quelque narcotique, comme la liqueur sédative de Battley ou les gouttes noires (1), et vous obtiendrez des résultats très-remarquables. Pour ce qui est de l'iodure de potassium, je suis convaincu qu'il a plus d'efficacité dans la périostite que dans toute autre affection. Remarquez en outre que ce médicament est également utile dans toutes les formes de la maladie, qu'elle soit spontanée, syphilitique, mercurielle ou rhumatismale. Enfin vous avez la ressource des diverses préparations antimoniales, et entre autres du vin stibié et de la poudre de James (2). Vous ne devez pas associer le colchique aux antimoniaux,

(1) La liqueur sédative de Battley est un soluté d'opium dans le vinaigre ; mais, comme on ne peut la conserver sans y ajouter un peu d'alcool, ce qui détruit une partie de ses propriétés sédatives, cette préparation revient à la *teinture acétique d'opium*. (Dorvault, *l'Officine*.)

Pour les gouttes noires, voyez, tome I, la note de la page 160.

(2) Le vin émétique de la *Pharmacopée de Londres* est ainsi composé :

℞ Tartrate d'antimoine et de potasse.	2 scrupules =	2gr,60
Vin de Xérès.	1 pinte =	475

Dissolvez.

Pour la composition de la poudre de James, voyez, tome I, la note de la page 183.

(Notes du TRAD.)

en raison de la susceptibilité de l'estomac, mais vous pouvez les unir tous deux aux narcotiques. D'ailleurs, ces derniers doivent être donnés pendant toute la durée du traitement, car ils ont l'immense avantage de calmer les douleurs.

Lorsque la périostite devient chronique, prescrivez la salsepareille avec l'acide nitrique; nous ne connaissons pas le mode d'action de cet acide, mais il est évident qu'il assure les bons effets de la salsepareille. En résumé, messieurs, vous avez à votre disposition quatre méthodes de traitement : le traitement par le mercure : toutes les fois qu'il est applicable, c'est le plus efficace et le plus rapide; — le traitement antiphlogistique par les saignées, les sangsues, le colchique, les antimoineux et les narcotiques; — le traitement par l'iodure de potassium : il sera toujours préférable d'associer ce médicament à la salsepareille; — quatrièmement, enfin, le traitement par la salsepareille, l'acide nitrique, les narcotiques et le changement d'air : c'est ce dernier qui convient lorsque la périostite est devenue chronique.

Avant de terminer notre conférence, je dois vous dire quelques mots d'une affection fort analogue à la périostite, et qui détermine l'ébranlement des dents : je veux parler de l'inflammation des alvéoles et du collet des gencives. Dans certains cas, cette affection débute par la dent elle-même ou par les gencives; mais l'inflammation commence aussi par le périoste alvéolaire; de là elle atteint les gencives, elle les rend turgides et spongieuses, et produit de vives douleurs; puis les dents perdent peu à peu leurs rapports naturels, soit avec les alvéoles, soit avec les gencives, et elles finissent par tomber, quoiqu'elles ne portent en elles aucune cause de mort.

A une certaine période, le travail morbide donne lieu à un écoulement qui se fait entre les gencives et le périoste enflammé. En présence de ces accidents, beaucoup de médecins se bornent à un traitement purement local; souvent même, je dois le dire, ils obtiennent la guérison par des applications répétées de sangsues sur les gencives; dans les cas très-rebelles, ils n'hésitent pas à inciser le tissu gingival et le périoste. L'année dernière, un de mes malades fut traité de la sorte, et quoiqu'il reçût les soins d'un chirurgien très-habile et d'un dentiste non moins distingué, il perdit successivement une bicuspidée et une molaire de la mâchoire supérieure gauche. L'extraction de ces dents apaisa momentanément ses douleurs, mais au bout de peu de jours elles reparurent aussi violentes que par le passé. Voyant alors que toutes

les dents incisives étaient ébranlées, apprenant qu'elles ne tarderaient pas à tomber, ce malade eut recours, dans un accès de désespoir, à un célèbre homœopathe, dont l'habileté et les doses infinitésimales furent absolument impuissantes. Alors enfin mon client me revint, et me raconta toutes ses infortunes; je me rappelai, aussitôt, que je l'avais guéri l'année précédente d'une périostite du sternum et des côtes, et que j'avais dû ce succès à l'iodure de potassium. Je lui en fis donc prendre 30 grains (1^{gr},80) par jour, et j'eus la satisfaction d'obtenir une amélioration rapide; la douleur et les accidents inflammatoires disparurent, et dans l'espace de dix jours les dents s'étaient complètement raffermies dans les alvéoles. Ce malade était âgé de trente-quatre ans, et il avait une excellente constitution; sa périostite était de nature rhumatismale.

SOIXANTE - HUITIÈME LEÇON.

**AMAUROSE. — AFFECTION DOULOUREUSE DES PIEDS. —
CANCERUM ORIS. — ABCÈS DU COU. — MOBILITÉ SIN-
GULIÈRE DU STERNUM.**

Siège et nature de l'amaurose. — Ses causes. — Observation. — Du vertige. — Ses phénomènes et ses causes. — Traitement de l'amaurose. — Des effets de l'amaurose incomplète sur la vision. — Applications pratiques.

Affection douloureuse des pieds. — Observations. — Confirmation des vues de l'auteur sur la circulation capillaire.

Cancerum oris. — Cette affection est propre aux enfants. — Elle n'attaque que ceux qui ont été affaiblis par quelque maladie fébrile. — Préceptes thérapeutiques.

Abcès profond du cou. — Mobilité singulière du sternum.

MESSIEURS,

J'ai l'intention de vous parler aujourd'hui de certains états morbides dont je n'ai pu m'occuper jusqu'ici, en raison de l'ordre systématique auquel je m'étais astreint.

Nous avons, il y a quelque temps, dans nos salles, un homme affecté d'une amaurose imparfaite, ou, pour mieux dire, incomplète. Depuis une année il avait été plusieurs fois indisposé, et il y avait six mois déjà que sa vue était devenue très-faible. Il distinguait encore assez bien les objets avec l'œil droit, mais il voyait à peine de l'œil gauche ; et cependant il était impossible de découvrir chez cet homme aucune altération appréciable de l'appareil optique. En conséquence, le trouble de la vision dépendait simplement d'une perturbation survenue dans la vitalité de l'œil ; nous avons affaire, en d'autres termes, à une altération fonctionnelle de la rétine. Une fois renseigné sur ce premier point, nous avons à rechercher la cause et l'origine de cette affection. Or, l'examen attentif de ce malade ne nous permettait pas de rapporter l'amaurose

à un dérangement des fonctions digestives. Vous savez tous, messieurs, que l'illustre Richter a montré, il y a longtemps déjà, que l'amblyopie est souvent sous la dépendance d'un état morbide de l'estomac ou de l'intestin, et qu'elle peut alors être traitée avec succès par les vomitifs et les purgatifs. Mais, chez notre homme, nous ne pouvions découvrir aucune affection de ce genre : son appétit était excellent, ses fonctions intestinales étaient régulières ; en un mot, sa santé était parfaite.

Mais lorsque nous avons dirigé notre examen vers les organes encéphaliques, nous avons constaté les signes d'une congestion cérébrale, bien suffisante pour nous rendre compte des troubles survenus dans les fonctions du nerf optique. Depuis longtemps notre malade se plaint d'une sensation de plénitude et de pesanteur dans la tête ; lorsqu'il marche, il est sujet à des vertiges qui le font quelquefois trébucher, et il est tourmenté par la crainte de tomber dans la rue. Il reste de préférence au milieu de la chaussée, et il dit qu'il se sent plus mal à son aise lorsqu'il essaye de marcher sur le trottoir. C'est là un symptôme que vous observerez assez fréquemment chez les individus qui sont sujets au vertige : ils sont incommodés par des circonstances insignifiantes en apparence, et dont le mode d'action nous échappe complètement. La contemplation prolongée d'objets qui se meuvent rapidement en ligne droite ou circulairement détermine chez beaucoup de personnes des étourdissements très-prononcés. Les mêmes effets se produisent encore lorsqu'on regarde par la fenêtre d'un wagon en marche, lorsqu'on suit des yeux le cours d'un fleuve, du haut d'un pont, lorsque l'on considère une personne emportée par le mouvement rapide d'une escarpolette circulaire.

Remarquez, messieurs, que ces effets se produisent chez des personnes en parfaite santé ; nous ne devons donc pas nous étonner de ce que des individus dont la sensibilité cérébrale est pathologiquement exaltée, soient impressionnés par des mouvements beaucoup moins rapides. Plusieurs de ces malades sont étourdis lorsqu'ils marchent sur les trottoirs d'une ville populeuse, à cause d'un grand nombre de personnes qui se meuvent à leurs côtés ; et c'est pour cela qu'ils préfèrent le milieu de la rue. Je connais une femme qui ne peut passer devant une grille de fer sans éprouver un certain malaise ; et si elle regarde les barreaux en marchant, elle est immédiatement prise d'étourdissements. Le vertige se produit encore lorsqu'on regarde verticalement en bas, du sommet d'une hauteur ; même résultat si nous cherchons à voir un objet très-élevé, qui est placé directement au-dessus de notre tête.

Du reste, il est à peu près certain que la sensation vertigineuse ne dépend pas seulement de la distance ou de la position de l'objet qu'on contemple ; il faut qu'il existe une sorte de communication non interrompue entre cet objet et le spectateur. Je m'explique : nous sommes pris de vertige lorsque du haut d'une montagne nous plongeons nos regards dans un précipice, ou bien encore lorsque nous considérons d'en bas le dôme qui couronne Saint-Pierre ou Saint-Paul ; mais nous ne sommes pas étourdis lorsque nous considérons la terre du haut d'un ballon, ou lorsque nous contemplons la lune et les étoiles au zénith.

A ce propos, j'appelle votre attention sur un fait qui n'a pas été suffisamment signalé par les auteurs : c'est que les hommes qui sont sujets au vertige sont tout aussi incommodés lorsqu'ils regardent de bas en haut que dans le cas contraire. Ils sont également pris d'étourdissements lorsqu'ils tiennent leurs yeux fixés pendant longtemps sur le même objet, ou lorsqu'ils cherchent à se maintenir sur le bord d'un étroit sentier. Tous ces faits sont fort difficiles à expliquer, et je ne vous les indique que dans le but de vous faire comprendre la préférence de notre malade pour le milieu de la chaussée.

Du reste, le vertige n'est pas le seul symptôme qui nous révèle l'origine cérébrale de son amblyopie ; cet homme éprouve des sensations et des hallucinations lumineuses, et il a des tintements d'oreille d'un côté. A ce propos, je vous rappellerai que les éclairs de lumière qui passent devant les yeux dans certains états pathologiques peuvent être le résultat de plusieurs causes diverses : un coup ou une pression un peu forte sur l'œil suffit pour les produire ; ils peuvent dépendre aussi d'une condition particulière des artères qui alimentent le nerf optique ; et alors à chaque pulsation du cœur un éclair lumineux est perçu par le malade. Cette sensibilité anormale de la rétine, qui paraît être elle-même la source de l'impression lumineuse, est très-souvent le symptôme précurseur de l'abolition totale de la vue.

Du reste, cette observation a une portée tout à fait générale : on peut avancer, en effet, que l'hyperesthésie d'un organe quelconque est ordinairement l'avant-coureur de l'anéantissement complet de la fonction. C'est ainsi que l'exaltation de la vue et de l'ouïe précède souvent une amaurose ou une surdité incurable ; c'est ainsi que la sensibilité exagérée de la surface cutanée est fréquemment le signe d'une paralysie imminente. Mais chez notre malade, il n'y a pas seulement une irritabilité anormale de la rétine, il existe en outre une affection de la pupille ; les mouvements de l'iris se font avec lenteur, et ce phénomène est d'une

grande importance : si nous tenons compte en effet de l'existence actuelle de ce symptôme. si nous prenons en même temps en considération les vertiges, les hallucinations lumineuses, la marche lentement progressive de l'affection, nous avons toute raison de craindre une amaurose complète. Cependant, comme les accidents ont évidemment ici pour point de départ un état congestif du cerveau, nous devons essayer de le combattre. Dans ce but nous ferons mettre des ventouses sèches derrière le cou, des sangsues aux tempes et derrière les oreilles, et nous agirons sur l'intestin au moyen de purgatifs énergiques. J'ai en outre l'intention de faire placer un séton à la nuque, et d'administrer à l'intérieur le nitrate d'argent associé à une petite quantité d'aloès ; cette médication donne d'assez bons résultats dans ces congestions cérébrales chroniques, qui s'accompagnent d'amblyopie ou de céphalalgie persistante.

Les causes de l'amaurose, vous le savez, sont extrêmement nombreuses : certains états morbides du cerveau, tels que la congestion, l'inflammation, la présence d'une tumeur, les lésions de la rétine, celles des branches sus et sous-orbitaires de la cinquième paire, les affections des organes digestifs, voilà tout autant de conditions qui peuvent déterminer l'amblyopie. Mais ces diverses questions sont traitées tout au long dans vos livres, et il serait superflu d'y insister ici ; je me bornerai donc à quelques remarques. Dans une précédente leçon, je vous ai dit avoir observé un cas très-curieux, dans lequel l'amaurose me parut être sous la dépendance d'une impression anormale, subie par les branches faciales de la cinquième paire ; cette impression avait été produite par l'action du froid.

J'enseigne depuis longtemps que la paralysie d'une partie quelconque du corps peut être déterminée par la perturbation de nerfs périphériques plus ou moins éloignés, aussi bien que par les modifications des cordons nerveux, qui se distribuent directement dans la région paralysée. J'ai remarqué en outre que la cinquième paire est en relation avec tous les nerfs des organes des sens, mais surtout avec le nerf optique, et cette solidarité nous rend compte du développement de l'amaurose après les lésions des rameaux sus ou sous-orbitaires. Dans le cas dont je vous parle, le malade avait été exposé, sur l'impériale d'une diligence, à un vent glacial du nord-est ; à son arrivée à Dublin, il avait les lèvres toutes glacées, et il portait sur sa figure d'irrécusables marques de l'action du froid. Peu après, cet individu commençait à se plaindre de quelques troubles visuels ; il lui semblait qu'un voile de gaze était interposé entre son œil et les objets extérieurs. Au bout de cinq ou six

jours, il vint me voir, et je constatai l'existence d'une amblyopie déjà très-avancée ; à la distance de quelques pieds, le malade ne pouvait reconnaître la figure d'un ami. Il n'avait pas de douleurs de tête, pas de vertiges, pas de tintements d'oreille ; il ne présentait, en un mot, aucun symptôme qui pût faire croire à une congestion des centres nerveux ; le sommeil était tranquille, l'appétit naturel, les fonctions intestinales étaient régulières. Un autre médecin, consulté avant moi, n'avait pas même soupçonné que l'action du froid pût être mise en cause, et il avait conseillé des sangsues et des ventouses à la nuque.

Pour moi, lorsque j'appris que ce malade avait été exposé à un froid intense, l'idée me vint que l'amaurose pouvait bien être l'effet de l'impression anormale qu'avaient subie les rameaux superficiels de la cinquième paire, et en examinant les choses de plus près, je vis que cette opinion avait pour elle une certaine somme de probabilités. J'étais d'autant plus disposé à m'arrêter à cette interprétation, que le docteur Montgomery m'avait communiqué l'histoire d'un malade chez lequel l'action du froid sur un côté de la face avait déterminé une paralysie de la portion dure de la septième paire ; or, chez cet homme, la vue était devenue trouble et confuse du côté paralysé. Existe-t-il quelque disposition normale qui puisse nous expliquer ce fait ? Oui, certes. Vous savez tous que les branches du facial sont unies par de nombreuses anastomoses aux rameaux sus et sous-orbitaires du trijumeau. Eh bien ! la paralysie, débutant par la portion dure, avait gagné progressivement les filets de la cinquième paire, puis le nerf optique, avec lequel le trifacial est intimement uni. Ainsi s'était produite la perturbation fonctionnelle de la rétine.

Il est un autre point sur lequel je désire appeler votre attention. Nous avons eu dernièrement, dans nos salles, un garçon amaurotique qui nous a présenté, vous vous en souvenez peut-être, un phénomène très-remarquable : lorsqu'il regardait droit devant lui, il ne distinguait rien dans la direction de l'axe visuel, mais il voyait les objets situés au-dessous ou de chaque côté de cette ligne. Ce trouble spécial de la vision se rencontre dans deux ou trois conditions différentes ; je vais vous les indiquer. Dans certains cas, après une altération de nature scrofuleuse, par exemple, il existe une opacité centrale de la cornée ; il est bien évident que le malade ne peut plus voir les objets situés devant lui dans la direction de l'axe visuel.

Dans d'autres circonstances, la cornée parfaitement intacte a gardé sa transparence, et cependant le malade ne distingue rien de ce qui est

devant lui, mais il voit assez nettement les objets qui se présentent sous une certaine obliquité. On peut avoir affaire, dans ce cas, à une opacité limitée au centre du cristallin ; celui-ci, vous le savez, est un corps composé dont la structure nous est restée inconnue jusqu'en ces derniers temps. Lorsque la lentille ou sa capsule perd sa transparence, l'opacité n'est pas toujours diffuse ; elle n'atteint quelquefois que la région centrale. L'individu ainsi affecté ne peut distinguer les objets que si les rayons lumineux arrivent assez obliquement pour atteindre la rétine, malgré l'altération du cristallin.

Il peut se faire enfin que, malgré l'intégrité parfaite de la cornée et de la lentille, le malade voie beaucoup mieux lorsque les objets sont un peu écartés de l'axe visuel : c'est précisément ce qui avait lieu chez notre amaurotique : il distinguait à peine ce qui était devant lui, mais il voyait avec une assez grande netteté les objets situés au-dessous ou sur les côtés de l'axe. Il faut admettre que, dans ce cas-là, l'image des objets situés sur l'axe se forme sur un point de la rétine, qui n'obéit plus à l'excitation produite par la lumière.

Dans le mécanisme normal de la vision, les images des objets se peignent vives et éclairées sur les parties centrales de la rétine ; l'objet dont l'esprit est plus particulièrement occupé se peint sur le centre même de la membrane. Vous savez combien les objets vus obliquement perdent de leur netteté, et combien peu ils impressionnent le *sensorium commune*. Or, lorsque, sous une influence morbide, cette portion centrale de la rétine est devenue insensible à la lumière, toute l'attention se reporte sur les sensations formées par les parties voisines, et aussi longtemps que les choses persistent en cet état, le malade peut voir les objets situés obliquement, mais il ne peut plus distinguer ceux qui sont directement devant lui. Du reste, les portions excentriques de la rétine peuvent être utilisées dans certains cas particuliers, alors même que les yeux sont dans des conditions tout à fait normales. Ce fait a été prouvé par Brewster, par Herschel et d'autres savants. Considérez, par exemple, une étoile de dernière grandeur : elle disparaît à vos yeux si vous la regardez directement ; mais détournez-vous un peu, afin que les rayons lumineux vous arrivent obliquement, aussitôt l'astre redevient visible ; son image se forme alors sur une partie de la rétine qui n'est pas habituellement éclairée, et qui est, par cela même, plus sensible à l'action de la lumière. Cela vous explique, messieurs, pourquoi certains amaurotiques conservent la faculté de la vision oblique, alors même qu'ils ont complètement perdu la vision directe.

Dans mes leçons sur l'inflammation, je vous ai montré que l'opinion généralement admise sur les agents de la circulation est loin d'être fondée ; j'ai cherché à vous prouver que l'organisme humain possède, indépendamment de la force contractile et impulsive du cœur et des artères, une puissance toute spéciale qui réside dans les capillaires et dans les petits vaisseaux artériels ; cette puissance est la seule qui mette en mouvement le liquide nourricier dans les plantes et chez les animaux inférieurs. Je vous ai fait voir, en outre, que les capillaires ont un rôle remarquable dans le processus morbide qui constitue l'inflammation, et que ce rôle est absolument indépendant de l'action du cœur. Les phénomènes que nous observons dans les tissus érectiles, comme le clitoris, le penis, le mamelon, etc., nous démontrent de la façon la plus nette cette influence individuelle des petits vaisseaux sur la modalité de la circulation.

Le professeur Müller et le docteur Houston ont essayé de prouver que les veines et les artères des tissus érectiles présentent des dispositions spéciales qui favorisent l'afflux rapide du sang ; mais toutes leurs explications n'ont pu rendre compte du phénomène. Pour moi, je ne saurais y voir autre chose que la preuve d'un pouvoir spécial, en vertu duquel les nerfs et les artères d'une partie ont la faculté de modifier profondément la circulation locale, et cela indépendamment de l'impulsion du cœur. On ne peut expliquer ces faits qu'en regardant l'action vitale de chaque organe comme le principal agent des changements qui surviennent dans la circulation capillaire. Les faits dont je vais vous entretenir se rapportent à cette importante question.

Une jeune dame avait eu ses règles supprimées à l'âge de seize ans, et depuis lors l'état de sa santé n'avait jamais été satisfaisant. Après une diarrhée accidentelle qui l'avait considérablement affaiblie, elle avait été prise d'une affection très-singulière qui intéressait le pied et la jambe dans sa moitié inférieure. Ces accidents apparaissaient ordinairement le soir ; les deux membres n'étaient pas atteints simultanément, mais le mal ne cessait d'un côté que pour se montrer de l'autre. C'est d'abord une sensation de chaleur et des élancements dans la plante du pied ; puis ces phénomènes s'étendent au cou-de-pied et à la jambe jusqu'à la moitié de sa hauteur. Bientôt ces symptômes prennent une intensité croissante, la chaleur est ardente, la douleur devient une véritable torture. En même temps, le membre est le siège d'une turgescence, d'une congestion vasculaire évidente ; les plus petites veines deviennent visibles, les gros tissus veineux font une saillie considé-

nable. Cet état de choses persiste pendant huit ou neuf heures, et durant tout ce temps la sensation de chaleur et les douleurs sont intolérables.

La congestion des capillaires détermine, dans le tissu cutané, des modifications très-remarquables. Lorsque l'accès commence, les téguments deviennent d'abord rouges, puis l'injection se généralise, la coloration se fait plus foncée ; la peau se gonfle elle devient lisse et luisante, et ressemble parfaitement pour sa couleur à une cerise noire presque mûre. Lorsque la chaleur cesse, cette tuméfaction et cette coloration disparaissent, elles sont remplacées par une pâleur et un refroidissement absolu : alors la douleur s'apaise. Pendant que l'un des membres est dans l'accès de chaleur, l'autre est froid et pâle, et il n'est pas douloureux ; mais, dès que les accidents s'amendent dans la jambe qui a été affectée la première, les mêmes phénomènes apparaissent dans l'autre, et ils y présentent la même durée ; après cela, les deux membres reviennent à leurs conditions normales, et pendant deux ou trois heures la malade est délivrée de ses souffrances ; cependant elle éprouve encore un certain malaise, qu'elle compare à un engourdissement ou à une sensation morbide indéfinissable. Cette singulière affection a paru pour la première fois en 1837, et depuis lors les paroxysmes n'ont pas manqué un seul jour. Au début, les douleurs étaient d'une violence épouvantable, et la rémission quotidienne ne durait pas plus de trois heures ; elle présentait d'ailleurs une régularité parfaite : commençant à quatre heures du matin, elle durait jusqu'à sept, et pendant ces trois heures la malade avait quelques instants de sommeil. Aujourd'hui (octobre 1840), la rémission commence à onze heures du matin et se prolonge jusqu'à sept heures du soir.

En 1837, cette dame était privée de tout sommeil pendant l'accès de chaleur, tant les douleurs étaient violentes ; maintenant elle repose assez bien pendant la nuit, bien que l'une ou l'autre de ses jambes soit constamment dans le stade de chaleur pendant le séjour au lit. Du reste, l'état général de sa santé est aujourd'hui beaucoup plus satisfaisant ; quoique mince et élancée, elle a un peu d'embonpoint, et quoique la verrait entrer dans son salon, dans tout l'éclat de la jeunesse et de la beauté, ne soupçonnerait certainement pas le douloureux martyr auquel elle est en proie ; et pourtant elle est encore condamnée à passer sur son sofa la plus grande partie du jour, car lorsqu'elle reste trop longtemps debout, le paroxysme de chaleur apparaît immédiatement. En raison de la suppression des règles, j'avais d'abord pensé qu'il s'agissait ici d'une affection hystérique anormale ; mais, au bout de

six mois, la menstruation a reparu ; elle a persisté depuis avec la plus grande régularité, sans modifier en rien ces étranges phénomènes.

D'un autre côté, nous ne pouvons attribuer cette affection à quelque trouble fonctionnel, car cette dame, quoique délicate, a toutes les apparences de la santé, et elle est moins éprouvée qu'on ne le supposerait tout d'abord, par les douleurs incessantes et l'insomnie presque absolue dont elle souffre depuis si longtemps. Pour vous faire connaître avec plus d'exactitude tous les détails de cette singulière affection, je vais vous lire quelques passages des lettres qui m'ont été écrites par la mère de la malade. C'est une femme d'une grande intelligence, qui, au risque de compromettre sa santé, a prodigué jour et nuit ses soins à son enfant avec cette assiduité, cette infatigable patience qui n'appartiennent qu'aux mères.

« 10 janvier 1837. — Je ne crois pas que ma fille soit remise du dérangement qu'a produit dans sa santé un mal de dents opiniâtre dont elle a longtemps souffert. Elle a complètement perdu l'appétit, et elle paraît extrêmement affaiblie ; en outre, ses pieds sont plus chauds et plus enflammés que jamais. Elle a été grandement éprouvée par la rigueur de la température. Depuis quelque temps, la gelée, la neige et le vent ne nous ont pas laissé un instant de répit, et nous n'avons pu faire sortir notre malade, ce qui est une circonstance très-fâcheuse pour elle.

« Elle a toujours les jambes dans le même état ; peut-être même les douleurs sont-elles encore plus vives depuis le commencement de cette saison glaciale ; nous n'osons plus faire d'applications froides, de peur que notre eau glacée ne détermine l'ulcération de la peau. »

Je dois vous dire, messieurs, pour vous donner la raison de ce détail, que pendant l'accès de chaleur l'eau froide est le seul remède qui procure quelque soulagement à la malade ; on applique pendant toute la nuit, sur ses pieds et sur ses jambes, des linges trempés dans de l'eau aussi froide qu'on peut la trouver. Parfois on réussit à calmer un peu les douleurs en promenant et en appuyant légèrement la main sur les parties affectées ; et les femmes de la maison passent quelquefois des heures entières auprès de la malade pour alléger ainsi ses souffrances.

« 23 mars 1838. — Loin d'être plus satisfaisant, l'état de ma fille est plus pénible encore ; elle a les jambes constamment tuméfiées, et ce gonflement est très-douloureux ; elles sont toujours ou chaudes ou froides ; et les deux périodes de cette affection extraordinaire sont accompagnées

de douleurs aiguës et d'un changement remarquable dans la couleur de la peau ; tous ces symptômes sont beaucoup plus marqués aujourd'hui que lorsque nous étions à Dublin.

« Les nuits sont très-mauvaises : aussi ma fille est-elle profondément abattue pendant la journée ; elle est en outre dans le découragement le plus complet ; vainement faisons-nous luire à ses yeux l'espérance d'une guérison ou d'une amélioration prochaine, elle ne nous croit plus, et je suis moi-même douloureusement attristée.

« En fait, l'état de mon enfant me semble beaucoup plus alarmant que par le passé ; le rétablissement de la fonction suspendue n'a point amendé l'affection de ses pieds, et je suis extrêmement inquiète de les voir si gonflés.

» L'appétit se perd tous les jours. La peau des jambes est luisante comme dans l'érysipèle, la sensibilité à la pression est beaucoup plus vive. »

« 26 avril 1838. — Je ne puis découvrir aucune amélioration.

« La congestion des pieds est toujours la même ; l'accumulation du sang est soudaine et rapide ; en quelques instants, elle arrive jusqu'aux orteils, et ne s'arrête plus au cou-de-pied et au talon, comme précédemment.

« Le stade de chaleur est le même qu'à Dublin, mais la période de froid est encore plus douloureuse. La sensation de froid et l'engourdissement occupent maintenant toute la jambe ; *auparavant* ils étaient limités au pied pendant ce stade de froid, la malade reste couchée sur son lit ou sur un canapé, et lorsqu'elle se relève, la douleur atteint son maximum de violence.

« Tous les matins, lorsque ma fille quitte son lit, les veines des jambes sont distendues comme vous les avez vues, et les pieds ont une teinte livide comme alors ; il en est de même lorsqu'ils sont froids. Nous n'employons comme topique que du lait et de l'eau, et nous faisons de fréquentes frictions sur les membres : ce moyen calme les douleurs, mais nous ne pouvons y avoir recours aussi souvent que par le passé, en raison de la sensibilité extrême des jambes.

« Le gonflement des pieds persiste quelquefois pendant toute la journée, et la durée de l'accès de chaleur est devenue plus longue : elle est toujours de douze à quatorze heures, parfois même elle dépasse cette limite.

» Ma fille, qui n'avait jamais eu jusqu'ici de battements de cœur, est maintenant sujette à des *palpitations* ; celles-ci surviennent souvent

sans cause appréciable ; d'autres fois la surprise causée par l'arrivée d'une personne étrangère suffit pour déterminer un accès. Lorsque ces battements de cœur la prennent, la malade éprouve *une sensation analogue* dans les membres, surtout depuis les mollets jusqu'aux talons ; il lui semble que là aussi elle ressent des palpitations. Contrairement à ce qu'on pourrait supposer, elle peut monter les escaliers sans avoir des battements de cœur.

« Comme par le passé, il est nécessaire d'exciter légèrement les fonctions de l'intestin ; cependant il suffit d'une prise de magnésie par semaine. Les deux dernières fois, la malade a été très-fatiguée, et elle a eu des nausées pendant toute la journée qui a suivi l'administration du laxatif ; elle a très-souvent des rougeurs subites à la face, et lorsqu'elle a bu son verre de vin de l'après-midi, elle est prise d'assoupissement, quoique le vin soit ordinairement coupé avec de l'eau. Je dois dire que sa santé générale est plus satisfaisante : elle reprend un peu de mine, mais elle n'est pas plus grasse qu'à Dublin. Quoiqu'elle ait à peu près perdu toute espérance de guérison, elle supporte son mal avec une sérénité d'esprit et une gaieté vraiment surprenantes, et elle cherche à se distraire par quelques travaux utiles.

« Nous avons eu hier une assez belle journée, c'était la première depuis longtemps. La malade a fait une petite promenade qui l'a fatiguée sans lui procurer une meilleure nuit.

« En nous entretenant avec elle, nous avons fait cette réflexion que sa maladie a commencé précisément *après cette diarrhée violente* dont elle a été atteinte au mois de septembre dernier, et nous croyons maintenant que cette diarrhée a peut-être été la cause de tous les accidents. Veuillez nous dire, cher monsieur, ce que vous pensez de cette idée qui s'est profondément ancrée dans l'esprit de notre pauvre patiente. »

« 7 mai 1838. — Je suis désolée d'avoir à continuer aujourd'hui le récit des souffrances de ma fille. Les nuits sont toujours très-pénibles, elles se passent dans une insomnie complète ; les douleurs sont un peu moins vives pendant le jour. La décoloration et le gonflement occupent les pieds, les chevilles et le cou-de-pied. En arrière, à la naissance du mollet, la congestion a donné naissance à une saillie. Depuis ce point-là jusqu'aux genoux, la région postérieure des jambes est dure au toucher ; cette dureté n'est pas limitée, comme précédemment, au trajet des veines, elle est générale. Les pieds, et surtout les orteils, ont le même aspect que dans l'inflammation érysipélateuse ; tout au moins ai-je vu des érysipèles qui avaient exactement les mêmes caractères.

« Les membres sont très-lourds, aussi bien pendant le stade de froid que pendant la période de chaleur. La sensation de froid est aussi intense qu'à Dublin, la chaleur est brûlante comme par le passé. Dès que cette chaleur commence à se manifester, la douleur apparaît ; le stade de froid n'est plus, comme l'hiver dernier, une période de soulagement ; la sensation de froid persiste, et la station debout amène immédiatement le gonflement, lorsqu'il n'existe pas déjà.

« L'appétit est toujours aussi mauvais et les forces ne reviennent pas ; le moindre exercice épuise la malade ; l'urine est peu abondante, elle est trouble et rougeâtre, elle dépose des sédiments blancs et rouges. Tous les quatre ou cinq jours, il faut administrer quelque laxatif ; la magnésie détermine maintenant des nausées très-pénibles, et parfois même une légère lithymie. »

« 25 mai 1838. — Vous apprendrez avec peine, j'en suis convaincue, que je n'ai pas de meilleures nouvelles à vous donner.

« En somme, la congestion des pieds est plus violente encore ; le gonflement, plus étendu, occupe tout le pied et le cou-de-pied ; la couleur est la même pendant le froid et pendant la chaleur, et la peau a un aspect luisant qui m'alarme au plus haut point ; les douleurs sont toujours aussi vives, et depuis quelques jours il y a de violentes pulsations dans les talons.

« Lorsque la malade quitte son lit le matin, elle éprouve la même sensation que si on lui coupait avec un instrument tranchant les veines de la partie postérieure des jambes au niveau des mollets. La marche aggrave les accidents ; elle augmente plus que toute autre cause la douleur et le gonflement : cela est d'autant plus triste que *la promenade* serait l'exercice favori de ma fille. Lorsqu'elle est en voiture, elle souffre beaucoup dans le côté gauche ; elle a de fréquents maux de tête, et son teint a été très-variable pendant les quinze jours qui viennent de s'écouler. Depuis ma dernière lettre, il n'y a pas eu de selles naturelles. Vendredi matin, après avoir pris sa magnésie, ma fille a eu des nausées, des douleurs dans le ventre, et elle a rendu quelques fragments de matières très-dures ; elle n'a pas d'appétit, elle est tourmentée par la soif. Dès qu'elle a pris son vin du milieu du jour, elle a le sang à la tête, et ses mains, sa figure et son cou deviennent moites. Ne sont-ce pas là, je vous le demande, tout autant de preuves d'une extrême faiblesse ? Elle a en outre des sensations étranges : il lui semble parfois qu'un courant d'eau glacée tombe le long de ses jambes, et lorsque, pendant le stade de froid, elle se lève

de sa chaise, elle éprouve la même impression que si elle avait les pieds dans la neige. »

Ces renseignements, messieurs, vous font connaître l'état de la malade plus exactement que je n'aurais pu le faire dans une simple description. Il est fort extraordinaire qu'il n'y ait jamais eu chez cette jeune personne aucune modification de la circulation générale, et que l'affection se soit limitée aux membres inférieurs, sans intéresser le reste de la surface cutanée.

Cette malade a été examinée à plusieurs reprises par sir Philip Crampton, par M. Colles et par M. Cusack. Cette affection bizarre excitait chez eux le plus vif intérêt, car ils n'avaient jamais observé aucun fait analogue. Au début, nous avons songé à une inflammation chronique des artères des membres inférieurs; mais, en présence de la durée et de la marche des accidents, nous avons dû renoncer à cette idée.

Inutile de vous dire, messieurs, que l'on a essayé successivement tous les moyens de traitement qui offraient la moindre chance de succès. Les lotions froides et chaudes, stimulantes ou calmantes, toutes les pomades imaginables, les bandages, les cataplasmes de toute sorte, les affusions, les applications de sangsues pendant le stade de chaleur, tout enfin a été employé sans le moindre résultat. A l'intérieur, la quinine, l'arsenic, l'iode, l'iodure de potassium, les ferrugineux, les purgatifs, les diurétiques, les mercuriaux, ont échoué les uns après les autres. Les narcotiques n'ont jamais procuré un instant de soulagement. Frappé de l'analogie que présentaient ces accidents avec ceux qui sont produits par l'ergot de seigle, j'avais eu l'idée d'administrer ce médicament; mais il n'a eu aucun effet appréciable. Ce qu'il y a de plus surprenant peut-être dans ce fait, c'est que ces troubles persistants de la circulation, ces douleurs épouvantables dont la malade a souffert tous les jours pendant six années, n'ont pas amené de paralysie ni même un affaiblissement de la force musculaire; la peau ne s'est pas épaissie, le tissu cellulaire sous-cutané ne s'est pas induré, les articulations ne sont pas devenues roides; en un mot, cet état morbide, caractérisé par la chaleur, le gonflement et la rougeur des membres inférieurs, n'a déterminé, malgré sa longue durée, aucune modification dans les caractères normaux des tissus. Ce résultat négatif est d'un haut intérêt, soit au point de vue physiologique, soit au point de vue de la pathogénie: il démontre, en effet, d'une façon irrécusable, que les causes déterminantes des altérations de texture sont

complètement indépendantes de l'état de la circulation locale (1).

Ordinairement l'hyperesthésie prolongée d'une partie du corps est suivie d'une abolition plus ou moins complète de la sensibilité ; dans le cas actuel, les nerfs cutanés des jambes ont été pendant des années le siège de douleurs exquises, et cette exaltation de la sensibilité n'a déterminé aucun accident de paralysie, ni pour le mouvement, ni pour le sentiment.

Lorsque je publiai en 1843 la première édition de mes *Leçons cliniques*, j'avais consigné dans une note les derniers renseignements qui m'étaient parvenus sur cette jeune malade ; je disais : « Les accidents persistent, et, comme par le passé, ils sont beaucoup plus graves en hiver ; cependant les douleurs ne sont pas si violentes que primitivement, et la durée des paroxysmes est un peu moindre. A mesure que les phénomènes locaux de douleur et de chaleur se sont atténués, la santé générale est devenue meilleure. »

Depuis cette époque, j'ai reçu d'Angleterre, d'Amérique et de plusieurs autres pays, un nombre considérable de lettres dans lesquelles des confrères bienveillants me proposaient les moyens de traitement les plus divers, en même temps qu'ils me faisaient connaître leur opinion sur cette singulière affection. Mais quoique presque tous les agents de la matière médicale aient été successivement essayés aucun d'eux

(1) Ce passage est assurément fort remarquable ; on le croirait écrit d'hier, tant il est en harmonie avec les doctrines actuelles sur l'hypérémie locale, et sur les rapports de ce trouble de circulation avec les altérations inflammatoires des tissus. Qu'on rapproche de cette déclaration de Graves les lignes suivantes que j'emprunte à Virchow, on y verra la même pensée exprimée à peu près dans les mêmes termes :

« L'hypérémie due à l'irritation est un phénomène nerveux ; elle trouve sa raison d'être particulière dans les artères afférentes ; aussi doit-elle pouvoir être produite sous une forme tout à fait semblable, par les nerfs, même quand la partie à laquelle se rend l'artère n'est pas excitée. *Mais qu'on cherche si l'on trouvera alors quelque chose de plus qu'une turgescence vasculaire !*

La célèbre expérience de Claude Bernard sur le grand sympathique semble avoir été faite exprès pour ce cas. On fait la section du grand sympathique au cou ; la turgescence vasculaire, la congestion *active* apparaît alors dans le côté correspondant de la tête, dans toute sa splendeur. On excite par un fort courant électrique le grand sympathique incisé et paralysé : l'hypérémie et le gonflement disparaissent. Mais où est le gonflement parenchymateux ? où est le liquide transsudé ? on n'en trouve nulle part... Si l'on ne produit aucune excitation locale, l'exsudat manque, ainsi que le gonflement parenchymateux. *La congestion active peut persister pendant des semaines, sans qu'il soit possible de constater un phénomène dû à la nutrition.* »

Virchow, *De l'inflammation* (traduct. de Pétard). Paris, 1859. (Note du TRAD.)

n'a modifié en quoi que ce soit la marche des accidents ; l'état de la malade s'est amélioré graduellement, je devrais ajouter malgré le traitement, et depuis plus de douze mois, elle est complètement guérie.

Quoique je n'aie vu aucun autre cas parfaitement semblable, cependant j'ai vu certaines affections locales qui n'étaient pas sans analogie avec la précédente. Voici un fait que j'ai observé avec M. Moore d'Annestreet, qui a bien voulu en noter tous les détails. Je dois ajouter que la malade a été vue plusieurs fois par sir Philip Crampton.

M..., âgée de quatre-vingt-deux ans, est une femme d'une constitution saine et robuste ; elle a la figure habituellement très-colorée. Au mois de février 1839, elle a eu une légère attaque de paralysie dans le bras et dans la jambe gauches ; cette affection a été précédée de céphalalgie, de vertiges, d'hallucinations de la vue, etc. Il y a un mois environ, elle a éprouvé une sensation de froid dans le pied droit ; après une friction, cette sensation a été remplacée par de la chaleur et des élancements ; la malade constata alors que la moitié antérieure du pied était rouge et tuméfiée. Trois semaines plus tard, comme cette sensation de froid était devenue extrêmement pénible, cette dame se décida à consulter un médecin.

1^{er} août 1839. — Douleurs vives dans la partie antérieure du pied droit, qui est rouge et gonflé ; œdème considérable du cou-de-pied et de la partie inférieure de la jambe ; les extrémités des orteils sont d'un rouge foncé et même livide. L'état général est satisfaisant ; cependant la malade a de temps en temps des maux de tête accompagnés de vertiges. Les fonctions intestinales sont régulières, l'appétit est bon, le pouls normal. — *Liniment excitant, iodure de potassium à l'intérieur.*

5 août. — Le liniment a déterminé une amélioration notable. Au niveau du cou-de-pied, l'œdème est beaucoup moins prononcé ; la tuméfaction de la partie antérieure du pied persiste.

13 août. — Le gros orteil a un aspect tout particulier, il est luisant et *sanglant (bloody)* ; le quatrième orteil est livide à son extrémité ; le second et le troisième sont rouges, mais ils ne sont pas livides. — *Quatre sangsues sur le gros orteil ; on recouvrira le pied d'un cataplasme fait avec de la mie de pain, du lait et de l'huile.* On n'a pas pu faire prendre les sangsues sur les autres orteils, parce qu'on y avait fait des frictions avec un liniment belladonné.

15 août. — A la suite de l'application des sangsues, la douleur du gros doigt du pied a complètement disparu ; mais le quatrième orteil est toujours livide, le second et le troisième sont très-gonflés et extrê-

mement douloureux. — Deux sangsues sur chacun d'eux, une sur le quatrième doigt.

17 août. — Les douleurs ont été très-vives pendant la nuit dernière. En interrogeant attentivement la malade, nous croyons constater dans les accidents qu'elle éprouve une exacerbation qui revient tous les deux jours : en conséquence, nous prescrivons le sulfate de quinine à petites doses, et nous faisons répéter l'application des sangsues sur les orteils. Comme l'estomac supporte mal le sel de quinine, nous le faisons donner le soir dans un lavement d'amidon additionné de quelques gouttes de laudanum, et nous continuons cette médication pendant une semaine ; en même temps nous avons de nouveau recours aux sangsues, et nous essayons divers topiques calmants. Les douleurs avaient pris une grande violence ; et quoique leurs exacerbations ne présentassent pas une périodicité parfaite, elles avaient lieu assez régulièrement tous les deux jours, le matin à la même heure. C'était tantôt un seul orteil, tantôt deux ou plusieurs doigts du pied qui étaient affectés ; à mesure que les douleurs prenaient de l'intensité, les orteils devenaient rouges, ils se tuméfiaient, et ils présentaient bientôt cette teinte pourprée et luisante qui a été notée plus haut. Telle a été la marche de cette affection du 1er août au 15 septembre. Le soir de ce jour, sir Philip Crampton a vu la malade, et fait ces deux prescriptions :

℞	Misturæ camphoræ.	f. ℥ j.
	Vini radicis colchici.	min xx.

Misce. Fiat haustus ter in die sumendus.

℞	Decocti papaveris albi.	0 j.
	Extracti conii.	℥ ss.
	Extracti opii aquosi.	gr. x.

Misce. Fiat solutio pro cataplasmate (1).

16 septembre. — La douleur a complètement disparu.

17 septembre. — Les douleurs sont revenues ce matin à quatre heures, mais elles ne sont pas aussi vives. — *Repetatur haustus.*

(1)	℞	Mixture de camphre.	24 grammes.
		Vin de racine de colchique.	8

Mêlez. Pour une dose qu'on répétera trois fois par jour.

℞	Décocté de pavot blanc.	480 grammes.
	Extrait de ciguë.	16
	Extrait aqueux d'opium.	0gr,60

Mêlez. Faites une solution pour cataplasmes. (Note du TRAD.)

30 septembre. — Depuis le dernier rapport, le pied a repris peu à peu ses caractères naturels ; aujourd'hui il conserve à peine un peu de gonflement et une légère teinte livide. Les douleurs n'ont pas repris leur violence primitive ; elles n'ont plus le même caractère : la malade les compare à la sensation qu'on éprouve lorsque la circulation se rétablit dans un membre qui a été engourdi. Les accès ont lieu ordinairement le soir ; ils se sont montrés successivement à trois heures du matin, puis à deux heures, à une heure, à minuit, et ainsi de suite. Certains topiques qui au début de l'affection apaisaient les douleurs, en déterminent aujourd'hui de très-violentes, et ne peuvent être tolérés ; c'est ce qui a lieu pour les liniments anodins et les cataplasmes de ciguë fraîche. Les applications émollientes, telles que les lotions avec l'infusion de camomille, les cataplasmes de mie de pain et de lait, soulagent beaucoup la malade. Du reste, l'état général de sa santé est excellent. Cette dame prend depuis quelque temps des potions effervescentes et de la teinture d'écorce d'orange.

7 octobre. — Il n'y a pas eu de douleurs depuis le 30 septembre : le pied est presque entièrement revenu à son état normal.

Quelque temps après, cette malade a eu une nouvelle atteinte de paralysie qui a été suivie de plusieurs attaques apoplectiformes ; elle a succombé le 25 novembre aux progrès de cette affection cérébrale.

Les bons effets du colchique doivent évidemment faire naître l'idée qu'il s'agissait ici d'une inflammation de nature goutteuse ; cependant le début insidieux des accidents, la violence des douleurs, les changements dans la coloration des téguments, en un mot, tous les phénomènes présentés par cette malade ont été si étranges, ils ont offert une analogie si frappante avec l'affection de la jeune lady dont je vous ai rapporté l'histoire, que j'ai cru devoir rapprocher ces deux faits.

D'un autre côté, si vous songez que les symptômes dyspeptiques et tous les accidents de la goutte ont fait absolument défaut chez cette malade, quoiqu'elle fût âgée de quatre-vingt-deux ans ; si vous tenez compte de l'absence complète de sédiments goutteux dans l'urine ; si enfin vous prenez en considération quelques autres particularités qui ont dû vous frapper dans cette observation, vous arriverez à douter un peu de la nature goutteuse de cette affection ; et vos doutes seront encore justifiés par la disparition graduelle des accidents, qui ont gardé jusqu'à la fin le type tierce.

Chez cette malade, le pied et les orteils étaient si douloureux, la peau avait une teinte rouge livide si intense, que nous craignons à chaque

instant de voir survenir quelque terminaison du genre de la *gangrène sénile*.

Vous vous souvenez sans doute d'une petite fille de quatre ou cinq ans, qui a été dernièrement frappée dans nos salles d'une horrible maladie : je veux parler du *cancrum oris*. Comme la plupart des enfants qui sont atteints de gangrène de la bouche, cette petite fille avait été grandement affaiblie par une fièvre antérieure : il est extrêmement rare, en effet, que cette affection surprenne les enfants en l'état de santé ; je ne sais même pas si on l'a jamais observée dans ces conditions. Toutes les fois que vous voyez survenir le *cancrum oris*, vous devez songer à un état fébrile antérieur ou à un affaiblissement cachectique de la constitution. Quant à l'affection buccale en elle-même, ce n'est rien autre chose qu'une phlegmasie locale développée dans des conditions défavorables ; mais cette inflammation attaque un organisme déjà malade, et elle prend dès le début le caractère gangréneux. Chez les enfants, un grand nombre de maladies générales amènent des modifications profondes dans la constitution ; cet état anormal persiste un certain temps, et, pendant cette période, il n'est pas d'inflammation locale qui ne tende à la gangrène. Ne perdez pas de vue cette loi de pathologie, et vous verrez que le *cancrum oris* ne présente d'autre particularité que son siège.

Je n'ai pas l'intention de vous faire ici la description dogmatique de la gangrène de la bouche : c'est une tâche dont se sont parfaitement acquittés plusieurs chirurgiens, et le docteur Cuming a publié un excellent travail sur ce sujet dans le quatrième volume des *Dublin hospital Reports*. Je vous recommande aussi la lecture de l'article remarquable qui a été inséré dans la *Cyclopædia of practical medicine*. Je me bornerai donc à vous signaler quelques particularités relatives au traitement. Et d'abord ne vous laissez point égarer par le nom de la maladie, et ne croyez pas qu'en raison de son caractère gangréneux vous deviez avoir exclusivement recours aux détersifs et aux antiseptiques. Je le dis avec regret, cette erreur pernicieuse est trop fréquemment commise : vous retrouvez là cette hérésie médicale qui consiste à prendre pour guide de la thérapeutique le nom de la maladie, et non la maladie elle-même ; je n'ai pas besoin de vous rappeler combien cet empirisme aveugle a jeté de défaveur sur la pratique de notre art. Le médecin qui commence le traitement de la gangrène de la bouche par l'emploi des antiseptiques est conduit par des principes erronés ; sa pratique a la

sanction du temps, soit ; mais à coup sûr elle n'est consacrée ni par l'observation, ni par l'expérience. Dans la première période, lorsque la joue a une couleur rouge foncé, lorsque les téguments sont tendus, turgides et luisants, je ne connais pas de moyen plus puissant pour apaiser la violence de l'inflammation et prévenir l'invasion de la gangrène, que l'application plusieurs fois répétée d'un petit nombre de sangsues. C'est le mode de traitement qui m'a donné les meilleurs résultats, et, en vous le recommandant, je me fonde uniquement sur mon expérience.

Pour ce qui est des remèdes internes, le docteur Cuming accorde une grande valeur aux purgatifs. La médication évacuante peut certainement être utile ; je le reconnais d'autant plus aisément, que les fonctions intestinales sont souvent troublées, parce que les petits malades avalent fréquemment les liquides sanieux qui coulent dans leur bouche. Mais à côté des purgatifs, je vous recommande expressément le sulfate de quinine ; si l'enfant est très-jeune, donnez-le en lavement : sinon, faites-le prendre dans du sirop, en ayant soin de favoriser la dissolution du sel par l'addition de quelques gouttes d'acide sulfurique.

Les auteurs spéciaux ont préconisé un très-grand nombre de topiques ; vous pouvez choisir entre eux tous, je ne saurais vous en conseiller un seul à l'exclusion de tous les autres. Le baume de Pérou associé à l'huile de castor forme un très-bon collutoire ; vous pouvez y ajouter du miel, comme nous l'avons fait chez notre malade : 1 once de baume pour 2 onces de miel. Vous pouvez aussi employer en lotion l'acide nitrique ou chlorhydrique étendu, le chlorure de soude ou de chaux.

Chez notre petite fille, l'ulcération, en dépit de tous nos efforts, a traversé toute l'épaisseur des tissus. Samedi, nous avons découvert au milieu de la joue une tache d'un bleu noirâtre, triste avant-coureur du sphacèle. En même temps, l'absence de phénomènes généraux graves formait un singulier contraste avec la sévérité de l'affection locale. Cette enfant, dont la joue était frappée de mort dans une grande partie de son étendue, conserva pendant plusieurs jours un assez bon appétit ; elle dormait bien, elle était presque sans fièvre et se plaignait à peine. Mais bientôt la mortification a fait de nouveaux progrès, les liquides se sont altérés, et la pauvre petite fille a succombé à l'épuisement.

Je veux maintenant vous dire quelques mots du petit Cartney. Cet enfant, âgé de douze ans, nous présentait, à son arrivée dans le service,

les symptômes suivants : douleur dans la partie inférieure du cou, juste au-dessus de la fourchette sternale ; cette douleur s'étend en dehors sous les deux sterno-mastoïdiens ; elle est fort notablement accrue par la pression. Gonflement à peine appréciable. L'espace compris entre les attaches inférieures des deux muscles mastoïdiens est légèrement tendu ; on n'y constate ni rougeur ni œdème. Immédiatement au-dessus du sternum, on sent une induration inflammatoire, sans ramollissement appréciable. Le menton est un peu rapproché de la poitrine, les mouvements d'extension de la tête sont douloureux. Ces symptômes n'existent que depuis trois jours. L'enfant se plaint de douleurs lancinantes dans toute la région du cou ; lorsque ces douleurs sont très-vives, les muscles de la face sont pris de spasmes violents, quasi tétaniques. La respiration est précipitée et difficile, mais elle n'est pas sifflante. Dysphagie considérable. Les amygdales ne sont pas tuméfiées ; il n'y a pas d'œdème de la luette ni de l'épiglotte. La peau est chaude ; le pouls est très-petit, à 112. Le malade ne tousse pas. Il a succombé le lendemain de son entrée, après un accès de convulsions.

Autopsie. — On dissèque la peau et les muscles de manière à mettre à nu le corps thyroïde. Cet organe présente un aspect normal ; mais il est refoulé en avant et plus saillant que d'habitude. On divise l'aponévrose sur l'un des côtés de la glande, et il s'écoule une grande quantité de pus consistant et verdâtre d'une abominable fétidité. Une coupe verticale divise d'avant en arrière le corps thyroïde, et l'on découvre en avant de la trachée un abcès de la grosseur d'un œuf de poule. Il communique avec deux autres collections purulentes dont chacune occupe l'un des côtés de la trachée ; celle de droite descend entre la trachée et l'œsophage, celle de gauche ne pénètre pas entre ces deux canaux, elle se dirige vers la partie supérieure du cou. Toutes deux contiennent un liquide semblable à celui de l'abcès médian. Le nerf récurrent est contenu dans la cavité de l'abcès du côté gauche ; il est complètement disséqué par le pus jusqu'au point où il s'engage sous le constricteur inférieur du pharynx ; en ce point-là il présente une teinte rougeâtre, et paraît augmenté de volume.

Ces abcès ne communiquent ni avec la trachée ni avec l'œsophage.

Avant de terminer, je veux vous signaler un fait très-singulier que j'ai observé avec le docteur Stokes : il s'agit d'une mobilité anormale du sternum. Un étudiant en médecine, âgé de dix-neuf ans, d'un tempérament sanguin, avait été atteint, à plusieurs reprises, de phlegmasies

thoraciques graves ; il avait même été très-sérieusement malade, il y a quelques années ; mais depuis lors sa santé n'avait plus été troublée. Un jour, ce jeune homme ressentit une douleur dans la poitrine, et il me pria de lui donner un conseil. Cela se passait à l'hôpital de sir Patricke Dun, après ma leçon, en présence de quelques étudiants et du docteur Law. Or, les assistants ne furent pas peu surpris de voir le malade ouvrir sa chemise et repousser son sternum d'avant en arrière vers la colonne vertébrale, de manière à convertir la paroi thoracique antérieure en une cavité allongée et profonde, dont le fond était occupé par l'os déplacé. Telle avait été la rapidité de ce mouvement, telle était la déformation de la poitrine, que tous les spectateurs furent frappés d'épouvante ; nous craignons tous que ce malheureux jeune homme ne se fût grièvement blessé.

La portion du thorax qui présentait cette étrange mobilité comprenait le sternum en totalité, à l'exception d'une hauteur de deux pouces à partir du bord supérieur ; elle s'étendait latéralement jusqu'à la ligne chondro-costale, formant ainsi un triangle à surface très-étendue. Le sternum était si sensible au toucher, que le malade, pour le porter en arrière, était obligé d'exercer la pression de chaque côté de l'os. Lorsque le refoulement du sternum était au maximum (deux pouces environ), les mouvements du cœur et du poumon étaient considérablement gênés : aussi le pouls était-il très-affaibli. Outre sa douleur sternale permanente, ce jeune homme éprouvait de fréquents accès de palpitation. Il avait la poitrine en ormalement développée ; mais depuis quelque temps il avait le dos voûté, parce qu'il se tenait constamment penché en avant, pour calmer ses souffrances. Aucune autre portion du squelette ne présentait de ramollissement.

La seule affection qui me paraisse offrir quelque analogie avec celle-là, c'est le ramollissement des os du pelvis chez la femme : cette lésion donne lieu à une déformation complète du bassin, et elle est accompagnée, pendant des mois et même des années, de douleurs extrêmement vives.

SOIXANTE-NEUVIÈME LEÇON.

DE L'INSOMNIE DANS LES MALADIES.

Des causes de l'insomnie. — Elle est quelquefois l'avant-coureur de la folie.

Gravité de l'insomnie dans l'ictère. — Traitement. — Règles de l'administration des narcotiques.

Insomnie du *delirium tremens*, — du typhus fever. — Emploi de la solution de chlorhydrate de morphine. — Avantages des lavements opiacés.

Insomnie du *delirium traumaticum*. — Insomnie produite par les vésicatoires. — Insomnie des hypochondriaques et des hystériques. — Emploi des lotions froides sur la tête. — Usage externe des narcotiques. — Formule d'un emplâtre.

Insomnie persistante. — Elle est souvent causée par de la dyspepsie.

MESSIEURS,

L'insomnie est une manifestation bien singulière de l'état de maladie, mais elle ne lui appartient pas exclusivement ; les chagrins, les soucis, les inquiétudes morales et intellectuelles en sont une cause aussi commune que puissante. Souvent, hélas ! l'infortuné patient passe de longues et douloureuses nuits à chercher un repos qui le fuit, et l'insomnie déjoue tous les efforts de la thérapeutique. Je ne veux point passer successivement en revue toutes les influences qui peuvent amener cet état, je veux simplement vous signaler les faits les plus intéressants au point de vue pratique.

Il est une forme d'insomnie qui est souvent le signe précurseur de la folie : cette variété a été parfaitement décrite par le docteur Adair Crawford. Dans les cas de ce genre, l'absence de sommeil est accompagnée des symptômes bien connus de l'aliénation mentale commençante, et le traitement n'est autre que celui qu'on emploie d'ordinaire contre la folie imminente ; il comprend, outre les agents de la matière médicale, toute la classe des moyens moraux. Je ne m'arrête pas da-

vantage sur ce sujet ; sachez seulement que l'opium à doses progressivement croissantes jusqu'à production du sommeil, est le remède qui a paru le plus efficace au docteur Crawford.

Nous avons eu dans notre service un vieillard atteint d'ictère, qui a passé plusieurs nuits sans dormir un seul instant. Les phénomènes ictériques commençaient à s'améliorer lorsque cette insomnie est apparue, et j'ai appelé votre attention sur ce fait, parce que le médecin doit constamment se préoccuper des désordres nerveux qui surviennent dans le cours d'un ictère. Souvent les individus affectés de jaunisse dorment beaucoup trop, et, dans ces cas-là, il n'est pas rare de voir éclater des convulsions bientôt suivies d'un coma, sinistre avant-coureur de la mort. Sir Henry Marsh, le premier, a signalé l'issue presque constamment fatale des ictères compliqués de convulsions ; je n'ai vu, pour ma part, qu'un seul cas de guérison : c'était chez un gentleman atteint d'ictère et d'hépatite avec une augmentation considérable du volume de l'organe ; il avait en outre de l'anasarque et de l'ascite. Ce malade, qui était soigné par le docteur Osborne et par moi, a eu au moins une douzaine d'accès convulsifs suivis de coma. Lorsqu'il revenait à lui, cet homme n'avait plus de mémoire, et il était dans un état d'hébétéude à peu près complet. Des applications répétées de sangsues au niveau de l'hypochondre droit, des purgatifs énergiques et une mercurialisation puissante ont fait disparaître tous ces accidents, et la guérison a eu lieu, lente, mais définitive. Le docteur Griffin (de Limerick) a publié quelques observations du même genre dans le *Dublin medical Journal*. En résumé, messieurs, et c'est là le fait que je désire graver dans votre esprit, dans le cours d'un ictère, les manifestations nerveuses anormales réclament toute votre sollicitude.

Chez le vieillard de notre service, l'ictère était la conséquence d'une hépatite. Nous avons eu recours aux sangsues, aux vésicatoires, aux mercuriaux, et au bout de quelques jours les matières alvines avaient été de nouveau colorées par la bile ; l'état général du malade était aussi plus satisfaisant ; néanmoins l'ictère persistait, et c'est à ce moment-là que nous avons observé de l'agitation, de l'irritabilité ; puis cet homme a complètement perdu le sommeil. Ce nouveau symptôme était accablant pour le malade, et il pouvait avoir une influence très-fâcheuse sur l'affection primitive : nous devons donc nous en préoccuper sérieusement. L'évacuation de l'intestin était la première indication à remplir. Je prescrivis une potion purgative contenant 5 onces d'in-

fusion de séné, une demi-once de sulfate de magnésie, une drachme (4 grammes) de teinture de séné, et un scrupule (1^{gr},30) d'électuaire de scammonée (1). Je voulais purger énergiquement, et j'administrai ensuite un narcotique puissant. Lorsque, dans un ictère dépendant d'une affection hépatique, vous avez réussi à produire des selles bilieuses, vous ne devez jamais négliger d'administrer un purgatif énergique tous les deux ou trois jours, et cela pendant dix ou quinze jours : cette pratique a pour but de prévenir les rechutes. C'est dans ces cas-là que l'eau de Cheltenham vous donnera d'excellents résultats (2) ; les malades doivent en prendre tous les jours pendant trois ou quatre semaines, à partir du moment où la coloration normale des selles est rétablie. L'excitation causée par le purgatif détermine dans l'intestin un flux biliaire abondant, qui fait disparaître la congestion du foie. Ainsi est emportée, selon l'expression populaire, la lie de la maladie, et la guérison est à la fois plus prompte et plus complète. Cette méthode de traitement est d'ailleurs excessivement simple, et je vous conseille de n'en pas employer d'autres dans les cas de ce genre.

Puisque j'ai parlé de potions purgatives, j'ai une autre recomman-

(1) *Électuaire ou confection de scammonée.*

℞ Scammonée pulvérisée.	1 once $\frac{1}{2}$ = 48 grammes.
Clous de girofle écrasés.	} ã 6 gros = 24
Gingembre pulvérisé.	
Huile de carvi.	$\frac{1}{2}$ once fl. = 12
Sirop de roses.	q. s.

Réduisez ensemble les substances sèches en une poudre très-fine, et conservez cette poudre. Au besoin, on ajoute le sirop et l'on broie, puis l'huile de carvi, et l'on mêle bien le tout ensemble. (*Pharmacopée de Londres.*)

Teinture de séné.

℞ Séné.	3 onces $\frac{1}{2}$ = 112 grammes.
Carvi écrasé.	3 gros $\frac{1}{2}$ = 14
Cardamome écrasé.	1 gros = 4
Raisins secs.	5 onces = 160
Esprit faible.	2 pintes = 950

Faites macérer pendant quatorze jours et filtrez. (*Ibid.*)

(2) *Eau de Cheltenham saline.*

℞ Sulfate de soude.	1gr,50
— de magnésie.	1gr,15
Chlorure de sodium.	2gr,50
Eau.	500 grammes.

(Redwood, *Gray's Dispensatory.*)

(Notes du TRAD.)

dation à vous faire : il faut prescrire l'infusion de séné à une dose plus considérable que celle qu'on donne d'habitude : autrement vous ne serez pas certains d'obtenir un effet énergique. Les infirmiers, qui ont beaucoup vu, et qui ont, par cela même, une grande expérience, connaissent parfaitement ce détail de thérapeutique ; et lorsqu'ils ont à donner une infusion de séné, ils en administrent toujours une pleine tasse à thé ; ils en font prendre ainsi de 4 à 6 onces à la fois ; et j'ai constaté maintes fois que, de cette façon, l'action du remède est plus efficace. Je suis convaincu que, dans la pratique ordinaire, le mode d'administration de cet excellent purgatif est très-défectueux ; on en donne une trop petite quantité à la fois : aussi il faut répéter cette dose à plusieurs reprises, et cette manière de faire expose aux nausées et aux coliques. Toutes les fois donc que vous voulez obtenir un effet purgatif marqué, je vous recommande de donner l'infusion de séné à la dose de trois à six onces. Dans les affections chroniques, M. Kirby fait prendre les mixtures purgatives le soir, au moment du coucher ; il assure que l'action du médicament est plus douce et moins irritante lorsque le malade reste tranquillement endormi jusqu'au moment où il éprouve le besoin d'aller à la selle.

Revenons à notre ictérique. Après que la purgation eut produit quatre selles copieuses, j'ai fait prendre au malade, vers la fin de la soirée, huit minimes (3^{gr}, 20) de gouttes noires. Lorsque je donne des opiacés dans le but de ramener le sommeil, j'ai toujours la précaution de suivre la règle qu'a formulée un illustre médecin de Dublin, le docteur M'Bride. Il faut choisir, pour administrer le narcotique, le moment de la disposition naturelle au sommeil ; ce moment varie, vous le concevez, avec la condition et les habitudes des individus. Toutes les fois donc que vous voulez combattre l'insomnie qui accompagne certains états constitutionnels, la fièvre hectique, par exemple, informez-vous tout d'abord de l'heure à laquelle votre malade s'endormait d'ordinaire, et donnez votre narcotique une ou deux heures avant ce moment-là. C'est entre trois et cinq heures du matin que le besoin du sommeil se fait sentir avec le plus de puissance ; c'est à ce moment-là, vous le savez, que les sentinelles s'endorment sous les armes : aussi est-ce l'heure qu'on a choisie de tout temps pour l'attaque des camps et des villes fortes. Cette tendance périodique au sommeil est très-facile à constater chez les malades atteints de fièvre hectique, quelle que soit d'ailleurs la cause de cet état morbide. Tourmentés par l'insomnie et par la toux, ces malheureux s'agitent dans leur lit jusqu'à trois ou quatre heures du matin :

alors un sommeil bienfaisant vient clore leurs paupières, et les délivrer pour quelques instants des souffrances qu'ils endurent. Si donc vous donnez l'opium au commencement de la nuit, l'effet du médicament ne coïncide pas avec l'effort de la nature, et vous ne réussissez pas à faire dormir votre malade ; si, au contraire, vous administrez le narcotique à une heure déjà avancée de la nuit, il commence à exercer son influence soporifique au moment même où le patient, épuisé, va enfin s'endormir, et ces deux conditions réunies ont pour résultat un sommeil profond, tranquille et réparateur. Grâce à cette règle bien simple, j'ai souvent réussi à triompher de l'insomnie, alors que divers narcotiques avaient échoué, ou avaient même ajouté au malaise et à l'agitation du malade.

Lorsque vous avez ramené le sommeil au moyen de l'opium, vous ne devez pas vous contenter de ce premier résultat ; il faut continuer votre médication jusqu'à ce que vous constatiez une tendance constante au sommeil à certaines heures déterminées. Pour cela, donnez l'opium pendant cinq ou six nuits de suite ; et si l'insomnie s'est montrée opiniâtre, administrez les narcotiques pendant plus longtemps encore, et sans en diminuer les doses. Je ne parle point en ce moment de l'insomnie qui accompagne l'hectique confirmée et certaines maladies incurables ; celle-là exige un traitement tout particulier, souvent même on est obligé de mettre successivement en œuvre toutes les ressources de la thérapeutique. J'ai en vue cette forme d'insomnie qui est si fréquente à l'époque de la terminaison des maladies aiguës : dans ce cas-là, vous devez toujours continuer l'opium pendant un certain temps, alors même que vous avez réussi une première fois à ramener le sommeil. Ne craignez point que votre malade s'accoutume aux opiacés, et que votre traitement ait une influence fâcheuse sur sa constitution ; un sommeil calme et réparateur est sans contredit le meilleur moyen de hâter la convalescence et le retour de la santé : par conséquent, vous n'aurez pas à prolonger longtemps l'usage du médicament.

L'insomnie est un des symptômes les plus saillants du *delirium tremens*. Nous en avons eu dernièrement un exemple dans nos salles : le malade nous était arrivé dans un état d'irritabilité nerveuse très-prononcé, et il avait complètement perdu le sommeil. Ces symptômes existaient déjà depuis quelque temps, et ils avaient été déterminés comme d'ordinaire par des excès alcooliques suivis d'une période de sobriété absolue (chez les Irlandais, cette abstinence est toujours le résultat de la nécessité ou d'un accident). Vous avez pu constater les

bons effets que nous avons obtenus chez cet homme au moyen du tartre stibié uni à l'opium ; vous avez vu sous l'influence de cette médication l'insomnie disparaître sans retour.

Il est une autre variété d'irritabilité nerveuse dont je veux vous dire quelques mots. On l'observe le plus souvent chez des individus qui usent libéralement des boissons alcooliques, sans cependant en faire excès ; il y a là, si je puis ainsi dire, l'ombre du *delirium tremens*. C'est chez les hommes arrivés à la période moyenne de la vie qu'on observe ordinairement cet état particulier du système nerveux. Sans éprouver des douleurs bien caractérisées, sans perdre leur embonpoint, ces individus finissent par avoir une santé profondément altérée ; ils ont des nausées et des envies de vomir le matin ; ils perdent l'appétit, leurs digestions sont troublées ; de plus, ils souffrent d'une irritabilité nerveuse excessive, et ils sont en proie à l'insomnie. Ce dernier symptôme est le plus pénible de tous : le malade se plaint de n'avoir pas un instant de sommeil tranquille ; il reste éveillé pendant des nuits entières ; et lorsqu'il s'endort, son sommeil est troublé par des cauchemars, ou interrompu par le plus léger bruit. Quel traitement opposerez-vous à cet état anormal ? Je puis vous enseigner un remède excellent ; je l'ai souvent employé ; et d'après les résultats qu'il m'a donnés, je vous le recommande avec la plus entière confiance. C'est une mixture composée de teinture de colombo, de quassia, de gentiane, de quinquina (1 once de chaque), à laquelle j'ajoute 1 grain ou même 2 grains de morphine. Les militaires et tous les hommes qui ont fait un long séjour aux Indes emploient une mixture composée, fort analogue à la mienne. Dans ce pays, par suite de la chaleur du climat et des habitudes d'intempérance, l'énergie de l'estomac s'affaiblit, le système nerveux devient plus irritable ; on observe, en un mot, sous une forme très-atténuée, les symptômes qui caractérisent le *delirium tremens*. Vous avez remarqué sans doute que je fais entrer dans ma potion plusieurs toniques : ainsi associés, ils sont plus efficaces que lorsqu'on les administre isolément ; j'y joins un narcotique qui a la propriété d'apaiser l'excitation nerveuse sans troubler les fonctions intestinales. Je fais prendre tous les jours trois ou quatre petites cuillerées de cette mixture, et je la donne une heure avant le repas : c'est le moment le plus opportun. Cette préparation fait disparaître les nausées, elle fortifie l'estomac, apaise l'irritabilité nerveuse et ramène le sommeil ; si vous avez soin en même temps de soumettre vos malades à un régime convenable et de veiller à la régularité des fonctions intestinales, vous obtiendrez avec

ce traitement d'excellents résultats. Dans certains cas, les douches tièdes sont un adjuvant très-utile.

Dans le typhus fever, l'insomnie est souvent opiniâtre, et elle n'est pas sans danger. Vous avez pu vérifier cette assertion chez le jeune garçon qui est couché dans notre petite salle des fiévreux, à côté de ce malade qui est atteint d'un rhumatisme articulaire. Ce garçon avait un typhus bénin, sans aucun phénomène grave ; c'est à peine si nous le regardions à notre visite, et il avait atteint sans aucun traitement le moment de la convalescence, lorsqu'il perdit le sommeil ; il passa alors plusieurs nuits de suite sans pouvoir dormir un seul instant. J'ai d'autant plus à cœur d'appeler votre attention sur ce fait, que nous avons essayé inutilement de plusieurs moyens de traitement, avant de mettre la main sur un remède efficace. Il ne sera donc pas inutile de vous faire connaître les motifs qui nous ont guidé dans notre thérapeutique.

Nous avons donné d'abord, comme dans l'ictère, un purgatif que nous avons fait suivre d'une dose assez considérable de gouttes noires. L'insomnie ne fut point modifiée. Nous avons recommencé ce traitement une seconde et une troisième fois ; même insuccès. Je vous ai dit alors que j'avais souvent constaté les bons effets du tartre stibié uni à l'opium dans le *delirium tremens*, lorsque l'opium seul n'avait pas réussi à ramener le sommeil, et j'ai ajouté qu'il me paraissait convenable d'essayer de cette combinaison. Je vous ai rappelé en même temps que j'attribue aux antimoniaux un effet narcotique bien marqué : j'ai vu bien souvent, en effet, l'insomnie du typhus fever et du *delirium tremens* céder à l'antimoine, administré sous forme d'émétique ou de poudre de James. Nos prédécesseurs avaient très-fréquemment recours aux préparations stibiées dans le traitement des fièvres, et s'ils agissaient ainsi, c'est qu'ils avaient constaté, par expérience, les résultats avantageux de cette médication. Mais il est de mode aujourd'hui de décrier leur pratique, et je crois que, dans cette circonstance au moins, c'est parfaitement à tort.

Toutefois, chez notre malade, l'émétique uni à l'opium n'a pas pu triompher de l'insomnie. Ayant échoué de la sorte, nous avons eu recours à la solution de chlorhydrate de morphine ; cette préparation, qui a été proposée d'abord par le docteur Christison, fait aujourd'hui partie des médicaments officinaux de la Pharmacopée d'Édimbourg. Elle est égale en force au laudanum, et elle présente des avantages incontestables. Remarquez tout d'abord que par cela même que cette

solution est équivalente au laudanum, nous n'avons pas besoin d'apprendre et de retenir de nouvelles doses ; d'autre part, tout en produisant des effets narcotiques certains, le chlorhydrate de morphine n'a pas d'action astringente sur les intestins, et il ne détermine pas de congestion céphalique aussi souvent que le laudanum. Je dis *aussi souvent*, parce qu'on rencontre de temps en temps quelques malades chez lesquels la solution de morphine produit une céphalalgie intense. Dans le cas actuel, j'ai prescrit cette solution à la dose de quinze gouttes toutes les six heures, de manière à en faire prendre soixante gouttes par jour ; j'ai continué ainsi pendant quarante-huit heures sans obtenir le moindre résultat. C'était, vous ne l'avez pas oublié, notre troisième insuccès. Nous avons alors suspendu tout traitement pendant un jour, puis nous avons fait une autre tentative ; elle a été plus heureuse. Nous avons fait donner un lavement purgatif ; et lorsque l'effet en a été terminé, nous avons fait administrer un lavement opiacé composé de 4 onces de mucilage d'amidon et d'une demi-drachme (2 grammes) de laudanum. Peu de temps après, le malade s'est endormi, et il ne s'est réveillé que le lendemain matin. La nuit suivante, on a répété le lavement opiacé avec le même succès : dès lors, rien n'a entravé la convalescence, et notre jeune garçon est aujourd'hui en parfaite santé.

Ici donc, messieurs, et le fait vaut assurément la peine d'être signalé, l'opium donné en lavement a réussi à ramener le sommeil, quoiqu'il eût complètement échoué lorsque nous l'avions administré par la bouche. C'est le baron Dupuytren qui, le premier, a fait cette observation importante : il nous a appris que les narcotiques, appliqués sur la muqueuse rectale, exercent sur le système nerveux une influence aussi grande, sinon même plus puissante, que lorsqu'on les fait ingérer dans l'estomac. Il a vu et il a enseigné que, dans le *delirium traumaticum* et le *delirium tremens*, une petite dose d'opium en lavement est bien plus efficace, pour apaiser l'excitation nerveuse, qu'une quantité, même plus considérable, administrée par la bouche. J'ai constaté bien souvent la parfaite exactitude de ces assertions.

Voici deux faits qui vous permettront d'apprécier l'utilité et la supériorité réelles de cette pratique.

Un chirurgien âgé de trente ans entrant, le 8 février dernier, à l'hôpital de sir Patrick Dun ; il était arrivé aux dernières limites de l'émaciation : véritable squelette, il ne pouvait plus se soutenir sur ses jambes ; sa figure n'était pas aussi altérée, aussi diaphane qu'on eût pu le

supposer d'après l'amaigrissement extraordinaire du corps et des membres. Ce malheureux ressemblait, sous tous les rapports, *au squelette vivant* qu'on a fait voir, il y a quelque temps, en France et en Angleterre. D'ailleurs, cet homme n'avait pas de fièvre ; les fonctions digestives paraissaient normales ; la respiration était naturelle ; il n'y avait pas de toux, pas de céphalalgie. A quoi donc fallait-il rapporter l'amaigrissement progressif et la débilité croissante de ce malade ? En partie à ses souffrances passées, mais surtout à l'abus de deux médicaments : le mercure et l'opium.

Je puis en quelques mots vous raconter cette histoire. J. B... avait souffert, à plusieurs reprises, de la goutte et de la gravelle. Il y a trois ans, il a contracté un chancre et un bubon, qui ont guéri sous l'influence du mercure ; six mois plus tard, à la suite d'un refroidissement, il a été pris d'inflammation multiple des grandes et des petites articulations, et de périostite mercurielle. Les arthrites n'ont point cédé au traitement ordinaire, et à plusieurs reprises le malade a été remis au mercure. Les douleurs et l'insomnie auxquelles il était en proie le contraignirent bientôt à renoncer à ses occupations, et il tomba dans une horrible misère. Dès lors sa constitution s'est altérée de jour en jour ; une éruption est apparue, qui ressemblait, sous tous les rapports, aux formes bénignes du *rupia prominens*, et une ulcération, qui avait débuté par la narine gauche, a complètement détruit les cartilages du nez, de sorte que l'organe s'est affaissé. D'après les renseignements que nous donne le malade, il paraît que plusieurs os spongieux ont été atteints ; sur le frontal, la périostite a évidemment produit une exfoliation considérable, mais la cicatrisation est complète aujourd'hui ; il n'y a pas d'ulcération dans la gorge, les gencives sont saines, la langue est nette et humide ; la soif et l'appétit sont naturels, les selles sont régulières ; mais le *rupia* persiste, les affections articulaires ont pris un caractère de chronicité ; la faiblesse est extrême, et depuis deux ans ce malheureux ne peut dormir que lorsqu'il a pris une dose considérable d'opium.

Lorsqu'il a commencé à faire usage de ce médicament, c'était pour calmer ses douleurs ; aujourd'hui il ne peut dormir que lorsqu'il est complètement narcotisé, et il lui est souvent arrivé de prendre dans une journée deux onces de la solution de Battley. L'opium à doses élevées a une action laxative sur l'intestin, et dans ce cas il ne détermine ni maux de tête, ni soif, ni nausées ; la langue ne devient pas

saburrale, et l'on n'observe aucun trouble dans la circulation. Une fois entré à l'hôpital, le malade a pris tous les soirs deux drachmes (8 grammes) de gouttes noires. Cette dose n'était pas suffisante pour le faire dormir, et il m'a prié de la doubler; je n'y ai pas consenti, et j'ai institué le traitement suivant : prendre trois fois par jour trois gouttes de la solution arsenicale de Fowler; régime doux, mais substantiel; un peu de vin en dînant; boire tous les jours une pinte (475 grammes) de décoction de salsepareille; prendre tous les jours trois lavements d'amidon avec un scrupule (1^{er},30) de gouttes noires. Les bons effets de ce traitement n'ont pas tardé à se faire sentir : le sommeil est revenu peu à peu, et au bout de quinze jours il était plus calme et plus prolongé qu'il ne l'avait été depuis des années. Le malade a repris de l'embonpoint et des forces, et dans l'espace d'un mois il s'est si bien refait, que, sans l'affaissement caractéristique du nez, personne ne reconnaîtrait en lui la misérable créature qui était naguère un objet d'effroi et de pitié. Les affections articulaires ont également disparu, et le malade a recouvré avec ses forces l'usage de ses jambes.

Vous trouverez dans le fait suivant une démonstration non moins frappante de l'efficacité des lavements opiacés : un de nos confrères, également remarquable par son esprit et par son instruction, fut pris, il y a de cela dix ans, d'une névralgie très-violente. Cette affection, dont un refroidissement avait été la cause déterminante, présentait une marche complètement anormale; elle avait déterminé une amaurose de l'un des yeux avec blépharoptose et strabisme du même côté. Sir Astley Cooper et sir B. Brodie, auxquels ce médecin avait été présenté par son ami, le docteur Wollaston, craignaient de voir survenir tous les symptômes d'une affection cérébrale grave. Il n'en fut rien heureusement; mais le malade garda sa névralgie dans l'un des membres inférieurs. Les douleurs étaient vraiment intolérables; elles revenaient par accès et présentaient alors une abominable violence; elles n'étaient calmées que par l'opium à hautes doses. Quelques années s'écoulèrent, puis la névralgie se compliqua d'une tuméfaction douloureuse de l'articulation du genou; le malheureux patient fut alors complètement boiteux. Aujourd'hui le gonflement du genou persiste, et depuis deux ans il s'est développé sur l'extrémité inférieure du fémur une énorme exostose qui présente les mêmes dimensions sur toute la circonférence de l'os, mais n'empiète pas sur l'articulation; elle-ci a conservé une certaine mobilité, quoique, à vrai dire, la jambe ne puisse être beaucoup écartée

de la flexion anormale dans laquelle elle se trouve. Les douleurs névralgiques ont été, pendant les quatre dernières années, plus pénibles que jamais. Pendant les paroxysmes, le malade a pris plusieurs fois jusqu'à 100 grains (6 grammes) d'opium, et cependant il n'usait de ce médicament qu'à corps défendant, car il déterminait chez lui des nausées, des vomissements et d'autres accidents non moins sérieux ; de plus, l'usage incessant de l'opium lui avait complètement enlevé l'appétit, et avait sensiblement altéré sa mémoire et ses facultés intellectuelles. A la fin, on lui conseilla de prendre le narcotique sous forme de lavement. Les résultats de cette modification du traitement ont été véritablement surprenants. Lorsque cela était nécessaire, le malade prenait de cette façon une demi-drachme (2 grammes) de laudanum deux ou trois fois par jour : il réussissait ainsi à calmer ses douleurs sans ressentir aucun des accidents que lui faisait éprouver l'autre procédé d'administration. Il a recouvré l'appétit, il a repris sa gaieté, il a reconquis sa haute et puissante intelligence d'autrefois.

Je ne veux point m'occuper ici du *delirium traumaticum*, ni de l'insomnie qui en est la compagne inséparable ; cette question a été traitée magistralement par M. Dupuytren, et, dans cet hôpital même, sir Philip Crampton a fait, sur ce sujet, une leçon non moins remarquable par l'élégance de la forme que par la valeur de l'enseignement ; cette leçon a été publiée dans le *London medical and surgical Journal*. Mais il est une autre variété d'insomnie qui a été à peu près complètement passée sous silence par les auteurs : c'est celle qui résulte de l'irritation de la peau par les vésicatoires ; cette insomnie prend souvent un caractère très-sérieux, et je crois devoir vous en dire quelques mots. Quelque légère que vous paraisse l'irritation déterminée par les emplâtres vésicants, sachez bien que, dans certains cas, elle devient un accident très-sérieux qui peut, à lui seul, exciter nos alarmes, car je l'ai déjà vu coûter la vie à plusieurs individus. D'autres malades n'ont échappé au danger qui les menaçait que grâce à l'intervention d'un traitement rapide et approprié.

Les fâcheux effets que produisent parfois les vésicatoires sur le système nerveux sont analogues à ceux qui se développent après les plaies, et ils sont susceptibles de la même interprétation. Les blessures, les violences extérieures de toute sorte ont souvent sur le système nerveux une influence qui n'est point en rapport avec l'étendue de la lésion, ni avec l'importance de l'organe atteint. Ainsi la lésion des extrémités

sensitives des nerfs donne lieu quelquefois à des accidents fort remarquables. De même, une balle de mousquet qui frappe un membre peut déterminer des phénomènes nerveux vraiment extraordinaires, quoiqu'elle n'ait lésé aucun vaisseau considérable, aucun nerf volumineux, aucune partie enfin dont l'intégrité soit indispensable au maintien de la vie. L'individu ainsi frappé ne ressent qu'une légère douleur; à peine a-t-il la conscience d'avoir été blessé: par conséquent, il n'est point en proie à des terreurs imaginaires, il n'est point épouvanté d'un danger qu'il ignore, et cependant il pâlit incontinent, il perd connaissance; quelquefois même, anéanti par la perturbation profonde du système nerveux, il expire sur-le-champ. Vous concevez dès lors comment une violence extérieure, qui retentit sur les nerfs, peut devenir la cause de l'excitation intellectuelle, du délire et de l'insomnie que nous observons dans le *delirium traumaticum*. J'insiste sur ce fait, parce qu'il vient encore à l'appui d'une proposition que j'ai souvent formulée devant vous: les impressions anormales que subissent les extrémités sensibles des nerfs peuvent être transmises aux centres nerveux et déterminer alors les accidents les plus graves. Nous comprenons de la sorte comment l'irritation produite par les vésicatoires peut déterminer de l'insomnie, de l'agitation et un ensemble de phénomènes analogues à ceux qui caractérisent le *delirium traumaticum*.

Ce délire et cette insomnie qui résultent de l'action des substances vésicantes ne sont point des accidents rares. Je les ai maintes fois observés dans ma clientèle particulière, et je désire que vous soyez parfaitement édifiés sur la nature et le traitement de cette affection consécutive. Elle survient d'ordinaire chez les enfants dont l'enveloppe cutanée est extrêmement sensible et irritable. Il m'est arrivé souvent d'être mandé auprès d'enfants atteints de fièvre avec phénomènes cérébraux graves: ils ne dorment pas un instant, ils ont le délire, ils poussent des cris aigus, et tout cet orage est le résultat d'une vésication plus ou moins étendue. C'est pendant les périodes avancées du typhus que j'ai principalement observé cette affection: elle offre alors la plus grande ressemblance avec l'hydrocéphalie; souvent même elle donne lieu à de fâcheuses méprises: on a appliqué un vésicatoire pour prévenir quelque affection cérébrale, thoracique ou abdominale; bientôt apparaissent avec l'insomnie et la jactitation les mouvements automatiques et le délire. On voit dans ces symptômes les signes d'une cérébrite ou d'une hydrocéphalie, et l'on a immédiatement recours aux saignées et aux purgatifs. Lorsque le vésicatoire a été appliqué à la

nuque l'enfant roule incessamment sa tête d'un côté à l'autre de son oreiller ; il pousse des cris, et l'on observe ainsi les deux phénomènes qui sont regardés comme les signes pathognomoniques de l'éponchement séreux dans le crâne. J'ai constaté aussi que le traitement spoliateur aggrave considérablement les accidents, au point que le médecin en arrive bientôt à désespérer de son malade.

Eh bien messieurs, qu'y a-t-il à faire dans de telles circonstances ? Dans quatre cas, j'ai fait connaître franchement mon opinion au médecin traitant : je lui ai dit qu'il était entré dans une mauvaise voie ; que cette affection était analogue au *delirium traumaticum*, et qu'il ne fallait la traiter ni par les sangsues, ni par les purgatifs, et encore moins par les vésicatoires. J'ai fait remarquer, en outre, que ces symptômes avaient apparu peu après l'application d'un vésicatoire. J'ai déclaré que je ne pouvais proposer d'autre remède que l'opium. Dans quatre ou cinq cas, ce médicament a sauvé la vie des malades. Dans ces circonstances, et surtout chez les jeunes enfants, l'opium doit être administré à petites doses répétées : de cette façon, vous en obtenez tous les effets, sans exposer le malade aux dangers de l'intoxication. Il faut, en outre, panser les surfaces irritées avec des cataplasmes ou quelque autre topique émollient, et veiller avec le plus grand soin à ce que l'enfant ne porte pas ses mains sur les plaies causées par les vésicatoires. Il faut enfermer les mains des enfants dans des gants, et les assujettir dans les manches d'une chemise *ad hoc*.

Je veux maintenant vous parler d'un fait que j'ai observé chez un de mes élèves. Ce jeune homme avait beaucoup d'ardeur pour l'étude ; il suivait régulièrement mes conférences, et passait la plus grande partie de ses journées dans l'amphithéâtre de dissection. Un jour il se blessa au pied en se coupant un cor, et il mit ensuite des chaussures un peu étroites. Il eut bientôt au niveau du durillon un petit abcès qui fut ouvert par un de ses camarades ; l'incision fut très-douloureuse et ne donna pas issue à du pus. Le lendemain, le jeune homme avait la fièvre ; les lymphatiques du membre blessé étaient sérieusement affectés ; l'inflammation montait vers les glandes inguinales, décrivant sur le trajet des vaisseaux lymphatiques des nodosités isolées. Ce caractère est à peu près constant dans l'angioleucite ; l'inflammation se traduit rarement par des lignes continues ; dans la majorité des cas, elle sévit sur des points isolés, au niveau desquels on voit se former avec une grande rapidité de petits foyers de suppuration. Au bout de quelques jours, le

malade était en proie à une fièvre véritablement alarmante ; il avait complètement perdu le sommeil , et il avait un délire continu. On lui fit prendre des purgatifs énergiques ; on lui fit appliquer à plusieurs reprises un nombre considérable de sangsues : on lui rasa la tête et on la couvrit de linges imbibés d'eau froide. Bref, on fit si bien, que ce malheureux jeune homme tomba dans le collapsus, et de plus il était à moitié noyé dans son lit. Et cependant ce traitement si actif restait absolument sans effet. L'incision des petits foyers purulents n'était suivie d'aucun soulagement. L'insomnie durait toujours, le délire persistait avec toute sa violence.

Je vis ce malade au septième ou au huitième jour ; tous les agents de la médication antiphlogistique avaient échoué, et les amis du jeune homme étaient complètement désespérés. Lorsqu'on me demanda mon avis, je déclarai nettement que je ne voyais pas dans ce délire le résultat d'une détermination céphalique ou d'une inflammation du cerveau ; j'ajoutai qu'il dépendait de causes analogues à celles qui produisent le *delirium traumaticum*, et je conseillai, au lieu d'antiphlogistiques, l'opium à hautes doses et un peu de porter. M. Cusack, qui vit le malade après moi, partagea cette manière de voir, et ce nouveau traitement fut institué. Bientôt le narcotique ramena le sommeil et apaisa l'exaltation cérébrale. Quelques jours plus tard, notre jeune homme était repris des mêmes accidents pour avoir interrompu son traitement : l'opium et le porter triomphèrent encore cette fois du délire et de l'insomnie. Le malade en continua l'usage pendant quelque temps, et bientôt la convalescence fut définitivement établie.

Vous observerez souvent une forme toute particulière d'insomnie chez les individus nerveux et irritables, par exemple chez les hypochondriaques et chez les femmes hystériques. Quoiqu'elles mènent une vie active, quoiqu'elles aient conservé l'appétit, ces personnes sont totalement privées de sommeil ; et cette insomnie accablante persiste pendant un temps fort long. Je l'ai souvent observée chez les femmes nerveuses qui étaient toutes dévouées aux intérêts et au bonheur de leur famille, et qui se faisaient remarquer entre toutes par la rigueur inquiète avec laquelle elles accomplissaient leurs devoirs domestiques. Cette affection est également très-fréquente dans les classes élevées de la société, parce que les habitudes de la vie fashionable exaltent outre mesure l'impressionnabilité du système nerveux.

Je n'ai point l'intention d'étudier avec vous les diverses influences

morales qui tendent à produire cet état nerveux anomal ; je veux me borner à vous donner quelques indications pour le traitement de cette affection. Elle est d'ailleurs fort obscure ; et comme je n'ai aucune notion précise sur sa nature, je suis bien obligé de marcher un peu à l'aventure et de me hasarder sur le terrain de l'hypothèse ; mais ce que je sais bien, c'est que, dans les cas de ce genre, les moyens thérapeutiques dont je vous ai parlé jusqu'ici échouent complètement. Les antispasmodiques seuls présentent quelque chance de succès, ainsi que les agents qui ont une action légèrement stimulante et *altérante*, si je puis ainsi dire, sur le système nerveux. J'ai réussi deux fois avec le musc et l'*asa fœtida* ; tous les autres remèdes avaient été impuissants. La première fois, c'était chez une femme délicate et hystérique auprès de laquelle j'avais été mandé par le docteur Neason Adams : cette dame avait perdu son embonpoint, elle souffrait d'une insomnie absolue, sans présenter aucun autre phénomène morbide. On avait essayé inutilement tous les narcotiques imaginables, l'opium avait été donné sous toutes les formes ; rien n'avait pu ramener le sommeil. Je conseillai le musc à la dose d'un grain (6 centigrammes) toutes les deux heures, et ce traitement fut suivi d'un succès remarquable. Dans une autre circonstance, j'ai associé le musc à l'*asa fœtida*, et j'ai encore eu le bonheur de rendre le repos à la malade. J'ai remarqué que l'*asa fœtida* employée seule à la dose de 2 ou 3 grains, trois fois par jour, modifie très-heureusement cette forme d'irritation nerveuse, et procure un sommeil plus calme et plus prolongé. Il est d'ailleurs une autre précaution sur laquelle je ne saurais trop insister : le médecin doit bien se garder de paraître attacher de l'importance à cette insomnie, et il doit engager les parents de la malade à en parler le moins possible devant elle : telle est, en effet, la puissance des influences morales, que j'ai réussi à ramener le sommeil chez une dame auprès de laquelle j'avais été appelé par M. Halahan, en ordonnant de faire prendre à la malade, toutes les deux heures, une pilule de musc, même pendant la nuit, et de la réveiller, si besoin était, pour lui donner sa pilule. J'eus soin d'insister vivement sur ma prescription : je frappai de la sorte l'esprit de cette dame, et je lui inspirai une si grande confiance dans l'efficacité de mon remède, qu'elle se mit au lit avec des dispositions toutes nouvelles : elle ne craignait plus de passer la nuit sans dormir ; elle n'appréhendait plus qu'une seule chose, c'était de dormir à l'heure où elle devait prendre sa pilule. Cette impression chassa l'idée fixe qui la tourmentait depuis si longtemps, et dès la première nuit la guérison fut complète.

Il n'est pas de pratique plus usitée que celle qui consiste à faire des lotions froides sur la tête préalablement rasée, pour combattre le délire et l'insomnie des maladies aiguës.

Permettez-moi, messieurs, de m'arrêter quelques instants sur ce sujet, la chose en vaut la peine. Je vous prie de m'accorder toute votre attention, car je désire être parfaitement compris : je crois, en effet, que peu de personnes connaissent les véritables principes qui doivent présider à l'application du froid, en tant que moyen de combattre la chaleur locale. Lorsqu'il se fait dans le cours d'une fièvre une détermination sanguine vers la tête, on a l'habitude de raser le cuir chevelu et d'y faire des lotions froides. Entrez dans la chambre d'un malade soumis à ce mode de traitement, et vous croirez tout d'abord que tout se passe avec la plus parfaite régularité ; la tête du patient est soigneusement rasée, et on la recouvre avec précaution de linges mouillés ; on a même pris soin d'aromatiser le liquide avec de l'esprit de romarin ou quelque autre teinture odoriférante. Mais approchez-vous un peu et examinez les choses de plus près : vous verrez des vapeurs s'élever de la tête du malade, et vous trouverez que la chaleur du cuir chevelu est plus considérable qu'auparavant. Qu'arrive-t-il, en effet ? La garde renouvelle les compresses toutes les demi-heures, peut-être moins souvent encore, car elle attend d'ordinaire, pour se déranger, que la tête de son malade soit environnée d'un nuage de vapeur ; ou bien elle commence par faire un bon somme, et à son réveil elle trouve les linges aussi secs et aussi chauds que s'ils avaient été suspendus devant le feu. Qu'elles soient employées dans le but de combattre une inflammation circonscrite ou pour diminuer la chaleur de la tête dans les déterminations céphaliques des fièvres, les lotions froides, telles qu'on les pratique d'ordinaire, font infiniment plus de mal que de bien ; on renouvelle les applications à des intervalles trop éloignés, l'effet du froid cesse bientôt de se faire sentir, la réaction a lieu, et la région est aussi chaude, sinon plus chaude qu'au début.

Plongez pendant quelques instants votre main dans la neige et retirez-la, elle reprendra bientôt sa chaleur naturelle ; répétez plusieurs fois cette expérience à des intervalles assez longs pour que la réaction ait le temps de s'établir, les vaisseaux de votre main présenteront bientôt une suractivité fonctionnelle, et vous éprouverez une sensation de chaleur intense et même de brûlure. Laissez au contraire votre main dans la neige pendant un certain temps, elle perdra toute sa chaleur, et la réaction n'aura lieu que beaucoup plus tard ; bien plus, cette réaction

se fera très-lentement, et votre main conservera pendant assez longtemps une température très-basse. N'oubliez jamais ces faits, car ce sont eux qui doivent vous guider dans l'emploi thérapeutique du froid. Si les applications froides sont faites à d'assez longs intervalles pour que la réaction puisse s'établir et que le cuir chevelu reprenne sa chaleur, soyez bien persuadés qu'il vaut mieux renoncer complètement à ce mode de traitement. Si vous voulez obtenir de bons résultats de l'application du froid, ayez des compresses imbibées d'un liquide réfrigérant, et faites-les renouveler assez souvent pour qu'il ne s'élève jamais de vapeurs de la tête du malade, ou bien (et ce procédé est de beaucoup meilleur) prenez trois ou quatre vessies, remplissez-les de glace pilée, appliquez-en une sur le sommet de la tête, une de chaque côté, et mettez la quatrième sur l'oreiller, afin que l'occiput soit en contact avec elle.

Vous savez comme moi qu'il y a une différence capitale entre faire une chose et la bien faire : c'est précisément ce qui a lieu pour les applications froides : on les fait, mais on ne les fait pas bien. Il est du reste si difficile de se faire obéir sur ce point, que j'ai complètement renoncé à cette méthode dans mon service d'hôpital, et que j'y ai bien rarement recours dans ma clientèle. J'ai bien été forcé de laisser de côté ce moyen de traitement, lorsque j'ai vu qu'on ne tenait aucun compte de mes recommandations, et que cette négligence avait pour effet constant d'aggraver la congestion cérébrale. Du reste, les applications froides mal faites exposent à un autre danger qui n'est pas moins sérieux : le malade court le risque de se refroidir, parce que ses couvertures et son oreiller sont toujours humides.

Tandis qu'un précepte antique ordonne de refroidir la surface extérieure de la cavité crânienne, lorsque les organes qui y sont contenus sont enflammés, cette pratique est proscrite comme dangereuse dans les affections inflammatoires des viscères thoraciques ou abdominaux. Cette contradiction est au moins singulière. Dans ces derniers temps, quelques médecins ont cherché à s'éclairer sur ce point, et plusieurs d'entre eux ont déclaré qu'ils avaient obtenu d'excellents résultats avec les applications de glace dans les phlegmasies de la poitrine et du ventre. Je ne me suis point encore décidé à adopter cette pratique, mais je dois vous avouer que l'étude attentive des faits m'a délivré de tous mes préjugés. En fait, rien n'est plus logique que d'admettre que ce qui est bon pour une des cavités splanchniques doit être également bon pour les autres ; ce n'est que pour se conformer à un ancien usage qu'on

réserve l'emploi du froid pour la tête, tandis qu'on a recours à la chaleur lorsque c'est la poitrine ou l'abdomen qui est en cause. On pourrait objecter à ma manière de voir que la tête et la face, habituées à l'impression du froid, peuvent être soumises sans inconvénient à un refroidissement considérable. Mais je n'insisterai pas davantage sur cette discussion : je suis convaincu pour ma part que l'application du froid sur la tête est plus nuisible qu'utile ; et si l'on prenait la peine d'étudier attentivement cette question, si l'on faisait des expériences convenables, je ne doute pas qu'on ne renonçât complètement à cette pratique dans la plupart des affections inflammatoires du cerveau. Dans les fièvres, ce moyen de traitement, *tel qu'il est employé d'ordinaire*, est certainement dangereux ; dans bien des cas, vous réussirez beaucoup mieux à calmer la céphalalgie et l'agitation en faisant sur le cuir chevelu, préalablement rasé, des lotions tièdes ou chaudes avec de l'eau et du vinaigre, ou même en bassinant fréquemment la tête et les tempes. En 1832, une violente *influenza*, avec céphalalgie sévère, frappa à Dublin des milliers d'individus : or, rien n'était plus efficace, pour calmer ces douleurs de tête, que les lotions sur les tempes, le front, l'occiput et la nuque, *avec de l'eau aussi chaude qu'elle pouvait être supportée* (1).

Comme modificateur général, le froid a une puissante et incontestable influence. Vous savez tous que lorsqu'une fièvre a déterminé une vive exaltation cérébrale, et une chaleur brûlante à la peau, les affusions froides donnent des résultats merveilleux ; de même encore, lorsqu'un malade a pris une dose trop considérable d'acide prussique ou de tout autre narcotique, le meilleur moyen de le réveiller est de faire tomber de l'eau froide, d'une certaine hauteur, sur son visage et sur sa poitrine. En Turquie, lorsqu'un individu s'endort sous le vent, dans le voisinage d'un champ de pavots, il est bientôt complètement narcotisé, et il mourrait infailliblement sur place, si les paysans, qui connaissent le danger, ne se hâtaient d'emporter le malade vers un puits ou vers la rivière la plus voisine, et là ils vident sur lui des cruches remplies d'eau froide jusqu'à ce qu'il ait repris connaissance. Pareil accident est arrivé à mon ami le docteur Oppenheim, pendant son séjour en Turquie, et il a dû la vie à ce traitement fort simple.

Je vous ai déjà parlé des bons effets que produisent les narcotiques, lorsqu'ils sont administrés en lavement ; ils ne sont pas moins utiles

(1) Voyez, tome I, la note de la page 213.

lorsqu'ils sont employés comme topiques. Au mois de juin de l'année 1831, j'ai été consulté par une dame qui souffrait d'une violente céphalalgie; les accès ne présentaient aucune régularité dans leur retour; ils se prolongeaient pendant un jour entier, quelquefois même pendant plusieurs jours, et les douleurs prenaient les proportions d'un véritable martyr. Je n'ai pas besoin de vous dire que la malade passait des nuits entières sans dormir; mais, quoique épuisée par d'horribles souffrances, elle avait conservé un état de santé assez satisfaisant, et, dans l'intervalle des paroxysmes, elle était gaie et alerte. C'était ordinairement vers le soir qu'elle était prise de ses douleurs; celles-ci duraient toute la nuit, et s'apaisaient dans la matinée, à la même heure à laquelle elles avaient débuté la veille; mais parfois elles persistaient pendant plusieurs jours de suite, sans aucune rémission appréciable. Comme cette dame est d'un tempérament éminemment bilieux, je la traitai d'abord par les émétiques et les purgatifs, je la mis ensuite aux toniques; mais je ne réussis pas à la soulager; j'avais inutilement employé le carbonate de fer, le sulfate de quinine et l'arsenic.

Sur ces entrefaites, je fus mandé en toute hâte auprès d'elle, et je la trouvai en proie à un paroxysme des plus violents. Désireux de calmer ses souffrances, je fis faire des lotions sur la tête, que je recouvris ensuite d'un emplâtre narcotique. J'aurais dû vous dire que la malade s'était fait raser plusieurs fois, afin de prendre des douches tièdes; or, aucun point du cuir chevelu n'était sensible à la pression, et cette dame rapportait constamment ses douleurs à l'intérieur du crâne. Toutes ces circonstances, vous le concevez, étaient fort peu favorables, et ne permettaient guère d'espérer quelque chose de l'usage externe des narcotiques; à dire le vrai, lorsque je fis appliquer l'emplâtre, je ne comptais guère sur ses effets. Eh bien! contre toute attente, ce traitement a été très-efficace: la douleur a disparu presque immédiatement, et sept semaines se sont passées sans accès. La malade garda son emplâtre pendant un mois; lorsqu'un nouveau paroxysme est apparu, le même moyen en a triomphé. Voici quelle était la composition de cet emplâtre.

℞ Poudre d'opium.	2 scrupules = 2gr,60
Camphre.	$\frac{1}{2}$ drachme = 2
Poix de Bourgogne.	} ãã q. s.
Emplâtre de litharge.	

Pour faire un emplâtre (1).

Les doses de substances narcotiques qui entrent dans cette formule

(1) Cette prescription est en anglais dans le texte.

sont suffisantes pour un emplâtre de très-grande dimension : il faudrait donc les réduire suivant les conditions de chaque cas particulier. Ces emplâtres narcotiques rendent de grands services dans les douleurs rhumatismales et névralgiques de la poitrine, du dos et des lombes ; ils peuvent même être utiles dans la sciatique. Dans les périodes avancées de la phthisie, les malades sont souvent tourmentés par des élancements, par des douleurs dans les côtés de la poitrine ; dans ces cas-là, je fais faire des fomentations sur les points douloureux, puis je fais frictionner toute la région avec du laudanum chaud : souvent le soulagement est instantané. Lorsque ces moyens échouent, il faut faire appliquer quelques sangsues et favoriser l'écoulement du sang avec une ventouse ; parfois enfin il faut en venir à une petite saignée et à un vésicatoire. Ceux de vous qui n'ont pas encore fait de médecine pratique espèrent peut-être que je vais leur faire connaître les signes au moyen desquels ils pourront déterminer à l'avance quel est le traitement convenable dans un cas donné ; ils croient sans doute que la douleur de la *pleurodynie* doit être invariablement attaquée d'une certaine façon, tandis que la douleur de la *pleurésie* réclame constamment aussi une médication identique. Mais, chez les phthisiques, l'affection pleurétique est souvent si limitée, qu'elle ne peut être reconnue ni par la percussion, ni par l'auscultation ; dans ces cas-là, nous n'avons d'autre ressource que d'essayer successivement les divers modes de traitement que je viens de vous indiquer. J'ai vu réussir le laudanum et les emplâtres narcotiques, alors que d'autres médecins conseillaient des moyens beaucoup plus rigoureux. Dans le torticolis, des frictions avec le laudanum procurent un soulagement immédiat. Enfin, dans les insomnies persistantes, les narcotiques, employés comme topiques, peuvent encore être utiles, alors même qu'ils n'ont eu aucun effet lorsqu'on les administrait à l'intérieur. Voici un procédé qui m'a donné de très-bons résultats : on applique sur les parties douloureuses des flanelles imbibées du liquide médicamenteux très-chaud ; on peut ensuite les recouvrir avec de la soie huilée, ce qui augmente encore l'action du traitement.

L'insomnie, je vous l'ai dit, est souvent regardée comme un signe précurseur de la folie, et c'est à juste titre ; mais j'ai vu déjà plusieurs cas dans lesquels l'aliénation mentale a été précédée d'un sommeil profond. En voici un, entre autres, que j'ai observé, il y a quelques années, dans Lower Mount-street, avec le docteur Stokes. Deux élèves

du collège s'étaient mis au lit parfaitement bien portants la veille de leur examen ; ils avaient dormi profondément durant toute la nuit. Le plus âgé s'était levé de bonne heure et avait laissé son frère encore endormi. Deux heures plus tard, c'est-à-dire après un sommeil de plus de dix heures, ce jeune homme se réveilla complètement fou ; on ne put le rappeler à la raison, et il mourut quelques mois après.

On observe assez fréquemment une forme d'insomnie *chronique* dans laquelle les malades sont privés de sommeil pendant des mois entiers, sans présenter cependant ni amaigrissement ni troubles généraux. Dans ces cas-là, l'insomnie disparaît spontanément au bout d'un temps plus ou moins long, et il n'est besoin d'aucun traitement. Vous devez même prendre garde de prescrire inconsidérément les narcotiques, car ils semblent aggraver cet état anormal du système nerveux. Un gentleman de mes amis, d'une excellente santé d'ailleurs, était tourmenté depuis des années par cette impossibilité de dormir. Impatient du lit, il avait pris l'habitude de monter à cheval au milieu de la nuit, et il courait les champs pendant plusieurs heures ; il rentrait brisé par cet exercice violent, et même alors il ne pouvait dormir une seconde : il était devenu, par ses pérégrinations nocturnes, le digne émule de Charles XII. Le monarque suédois franchit à cheval, à ce qu'on raconte, la distance qui sépare Damotica, en Turquie, de Stralsund, sur la Baltique ; cette course furieuse avait duré cinq semaines. Il est bon de vous dire que, dans les premiers temps, mon ami eut fréquemment maille à partir avec les policemen, qui comprenaient peu ces étranges façons d'agir ; ils finirent toutefois par s'y habituer.

L'insomnie, dans sa forme *chronique*, est souvent un résultat de la dyspepsie : dans ce cas elle ne cède qu'au traitement des troubles digestifs. C'est alors que les pilules bleues combinées avec les toniques rendent d'immenses services ; il convient en outre de veiller scrupuleusement au régime, et d'envoyer le malade à la campagne.

Chez beaucoup de femmes, l'insomnie est liée à des troubles dans la menstruation ; il faut alors instituer un traitement analeptique, et régulariser l'écoulement menstruel dans sa périodicité et dans sa quantité : il ne faut pas oublier, en effet, que la suppression et la trop grande abondance des règles exercent sur le système nerveux une influence également fâcheuse. Dans la chlorose, l'insomnie peut persister pendant fort longtemps sans amener aucune de ces conséquences funestes dont elle est suivie dans les autres états morbides. Cette variété d'insomnie

est quelquefois heureusement modifiée par les préparations de morphine ou par la liqueur d'Hoffmann, le camphre et les autres médicaments antispasmodiques. Il faut reconnaître néanmoins que tous ces remèdes échouent souvent chez les femmes chlorotiques et hystériques ; chez elles, le seul moyen de ramener le sommeil, c'est d'améliorer l'état général et de régulariser la menstruation.

SOIXANTE-DIXIÈME LEÇON.

ACTION ET MODE D'ADMINISTRATION DE QUELQUES MÉDICAMENTS. — CONCLUSION.

Emploi du calomel dans les phlegmasies aiguës. — Avantages des doses élevées. —

Règles à suivre pour l'alimentation et les boissons. — Emploi du calomel dans les maladies chroniques. — Usage externe des mercuriaux.

Emploi du tartre stibié dans les affections chroniques. — Huile de foie de morue. — Aconit.

Ventouses sèches. — Mixtures effervescentes. — Sinapismes.

Conclusion.

MESSIEURS ,

J'ai l'intention de vous faire connaître aujourd'hui ce que l'expérience m'a appris sur l'action de quelques médicaments importants ; je veux, en même temps, vous donner quelques conseils au sujet du mode d'administration. Voyons d'abord comment il convient de donner le calomel dans les phlegmasies aiguës.

Les effets antiphlogistiques de ce médicament sont parfaitement connus ; il n'est pas de jour, pour ainsi dire, que nous ne soyons à même de les constater, et cependant les praticiens sont loin d'être d'accord sur la question des doses. Les règles que je vais vous exposer sont déduites d'observations très-nombreuses ; elles n'ont trait ni aux maladies chroniques, ni aux inflammations légères ; elles se rapportent exclusivement à ces phlegmasies violentes qui tuent souvent en quelques jours, ou même en quelques heures, parce qu'elles altèrent la structure et les fonctions d'un organe dont l'intégrité est essentielle à la conservation de la vie.

Qu'un individu soit atteint, par exemple, d'une péricardite suraiguë, tous nos efforts sont stériles s'ils ne sont pas secondés par une mercurialisation rapide. Il me serait facile d'appuyer cette assertion sur des

chiffres, et je pourrais victorieusement opposer les résultats que nous obtenons ici à ceux que nous ont fait connaître les médecins les plus distingués de l'Allemagne et de la France. Les péricardites les plus violentes tuent un très-petit nombre de malades, lorsqu'elles sont vigoureusement attaquées par les saignées générales, les sangsues répétées et le calomel. Si, au contraire, le médecin met toute sa confiance dans la lancette ; si, dès le début, comme je l'ai vu faire, il applique un vésicatoire sur la région précordiale ; s'il diffère l'administration du calomel, *ou s'il le donne avec parcimonie*, il aura lieu de déplorer amèrement les conséquences de sa conduite ; il aura la douleur de voir son malade emporté rapidement en quelques jours, ou bien il le verra condamné à une vie de souffrance et de douleurs par des adhérences du péricarde, par des lésions valvulaires, en un mot par l'une quelconque des lésions éloignées qu'entraîne à sa suite la péricardite, lorsqu'elle a été mal soignée.

Ce que je viens de dire de la péricardite est également applicable *aux formes les plus aiguës* de la péritonite, de l'hépatite, de la pneumonie, de la pleurésie et de la dysenterie. Dans notre pays, cette dernière maladie est rarement assez sévère pour nécessiter le traitement mercuriel, qu'on emploie avec tant de succès dans les Indes orientales et occidentales. Or, c'est précisément ce mode de traitement que je vous recommande, lorsque les inflammations que je viens d'énumérer sont extrêmement violentes, et menacent immédiatement la vie du malade. Dans l'iritis aiguë, qui compromet rapidement la vision, c'est encore à cette même médication que vous devez avoir recours.

Tous les médecins qui ont pratiqué dans les pays chauds connaissent cette méthode de traitement, et le docteur Johnson en a parfaitement fait ressortir les avantages dans son ouvrage, devenu classique, sur les maladies des contrées tropicales (*On Diseases of tropical climates*). Cet observateur a prouvé par de nombreux exemples que, dans les phlegmasies graves, il ne suffit point de recourir à la saignée et aux moyens antiphlogistiques ordinaires, et qu'il faut déterminer une saturation mercurielle aussi complète, aussi rapide que possible, en donnant le calomel ; il a montré, en outre, que dans ces cas-là on ne doit pas administrer le médicament à doses fractionnées, et qu'il faut en faire prendre un et même deux scrupules (2^{gr},60) par jour. L'auteur ajoute que ces doses élevées exposent beaucoup moins aux vomissements, aux coliques et à la diarrhée. Assurément, messieurs, c'est là un fait fort surprenant, fort difficile à expliquer ; mais les assertions du docteur

Johnson sont confirmées par le témoignage de tous les médecins qui ont pratiqué dans les Indes.

Les adversaires de cette méthode ont souvent objecté que ces doses considérables de calomel pouvaient être utiles dans les climats chauds, et qu'elles étaient peut-être parfaitement appropriées à la constitution toute spéciale des individus qui habitent les contrées tropicales, mais que nous n'étions pas en droit d'appliquer ces conclusions aux Européens qui n'ont pas quitté leur pays natal. Cet argument mérite d'être pris en considération ; mais il sera complètement annihilé, si l'expérience vient nous démontrer, contrairement à l'opinion générale, que le calomel peut être administré en Europe, à aussi hautes doses que dans les Indes, pourvu qu'on observe certaines précautions. Je vous en prie, messieurs, n'exagérez point la portée de mes paroles ; je serais très-contrit de me voir rangé parmi les médecins qui prescrivent le mercure à tort et à travers, et qui, sans user du calomel, en abusent constamment dans leur pratique. Les préparations mercurielles, même les moins dangereuses, ne doivent être administrées que lorsque la nature de la maladie l'exige impérieusement, et dans ces cas seulement où aucun autre médicament ne pourrait remplir l'indication. Quant à moi, il est bien rare que j'ordonne le calomel, même à petites doses, à moins que la vie du malade ne soit menacée, ou qu'un organe important (comme l'œil dans l'iritis) ne soit sérieusement compromis.

Dans les affections chroniques, dans la dyspepsie, dans la constipation, par exemple, le médecin prudent n'emploiera presque jamais le mercure, sous quelque forme que ce soit ; je vous ai déjà dit, dans une de mes précédentes leçons, que le système d'Abernethy et de ses imitateurs, système basé sur l'emploi des pilules bleues, a été la source de bien des maux. Un grand nombre de médecins militaires, à leur retour des Indes orientales, ont continué à prescrire le calomel à la dose d'un scrupule (1^{gr},30) dans les maladies aiguës ; mais leur exemple n'a pas été suivi, et je suis certain qu'à Dublin j'ai été le premier à donner le protochlorure à dose aussi élevée. Lorsqu'en présence d'un danger imminent, nous nous décidons à recourir à cette méthode de traitement, voici les précautions que nous devons prendre. Le malade ne doit boire aucun liquide froid ; tout ce qu'il prend doit être légèrement chauffé ; l'eau d'orge, sans jus de citron, est la boisson qu'on doit préférer ; mais d'ailleurs le malade ne doit pas boire plus de trois pintes (1425 grammes) par jour ; une trop grande quantité de boisson fatigue l'estomac et l'intestin, et favorise le développement de la diarrhée mer-

curielle. Les raisins et tous les autres fruits doivent être sévèrement interdits; on omet très-souvent cette précaution, et c'est le patient qui porte la peine de cette négligence, car les fruits, et surtout les raisins, amènent fréquemment de la tympanite. Dans le midi de la France, en Italie et en Espagne, les raisins sont journellement employés dans le traitement des affections fébriles et inflammatoires; mais ils sont de bien meilleure qualité que ceux dont nous disposons ici, et de plus ils font partie de l'alimentation pendant l'état de santé. Quelle que soit la raison de la différence que je vous signale, je puis vous affirmer, d'après mes expériences personnelles, que dans notre ville il est beaucoup plus sage d'interdire complètement le raisin dans toutes les maladies aiguës; à plus forte raison, le médecin devra-t-il le faire, s'il croit devoir administrer du mercure à l'intérieur.

Lorsque nous voulons faire prendre un scrupule (1^{er},30) de calomel en une seule fois, un procédé très-commode consiste à placer la poudre sur la langue du malade, qui la fait descendre au moyen d'un peu d'eau de gruau. On peut aussi donner le médicament sous forme de bol. Le plus ordinairement, cette quantité suffit pour un jour; mais nous rencontrons de temps en temps quelques cas dans lesquels l'imminence du danger nous oblige à répéter cette dose au bout de douze heures. Par cette méthode, nous obtenons une mercurialisation complète dans un très-court espace de temps; nous réussissons ainsi à couper court à une inflammation dangereuse, et partant à sauver la vie de notre malade; et nous ne lui faisons pas acheter sa guérison par des coliques et des douleurs intestinales très-pénibles. Il est bien vrai que ces accidents peuvent survenir, quels que soient le procédé d'administration et la dose de mercure; mais j'en appelle ici à tous ceux d'entre vous qui m'ont vu traiter les pneumonies et les pleurésies épidémiques de l'hiver et du printemps derniers, et je leur demande si l'efficacité du calomel à hautes doses n'a pas été extrêmement remarquable, si les accidents gastro-intestinaux n'ont pas été comparativement peu fréquents. Ce résultat, je dois le dire, n'est pas uniquement le fait de la méthode; il doit être en partie attribué aux précautions que nous avons prises pour soustraire nos malades à l'action du froid.

Une autre question veut être examinée ici. On admet généralement qu'au moment où le mercure affecte la muqueuse buccale, il détermine un léger mouvement fébrile, de l'accélération du pouls, etc. Or, je puis vous affirmer que lorsque la fièvre inflammatoire de la péricardite, de la pleurésie, etc., existe avant l'administration du calomel, ce

médicament amène neuf fois sur dix une diminution considérable dans l'intensité de la fièvre et un ralentissement marqué du pouls, et cela au moment même où la bouche est touchée. Dans certains cas, et cela arrive surtout lorsque la maladie a été négligée à son début, la salivation mercurielle apparaît sans qu'on voie survenir un amendement des phénomènes fébriles. Or, le médecin doit se garder de toute illusion : c'est là un signe de mauvais augure ; le présage est plus sinistre encore si le pouls devient plus fréquent, si la fièvre prend plus d'intensité : il est bien rare qu'on réussisse alors à enrayer la marche de la maladie. Cette observation vous paraît peut-être superflue ; détrompez-vous, elle a une importance considérable. Dans des circonstances de ce genre, je me suis trompé tout le premier, et j'ai vu des praticiens d'une vaste expérience se tromper également en rapportant l'exacerbation de la fièvre à l'action du mercure, et non point à l'aggravation de la maladie.

Le mercure que nous administrons dans les phlegmasies internes peut-il avoir sur la constitution quelque influence nuisible et durable ? Je répons hardiment par la négative. Je n'ai jamais vu le mercure déterminer le moindre accident, lorsqu'il a pour effet immédiat la guérison complète et rapide d'une inflammation dangereuse. Le même agent pourrait-il donc être utile et nuisible dans le même instant ? Lorsque le mercure guérit une phlegmasie, il ne peut agir comme irritant, et si l'on en cesse l'usage dès qu'il a rempli son important office, l'action éloignée de la médication ne se fait sentir que sur les restes du processus inflammatoire. Sous ce rapport, j'adopte pleinement la manière de voir de M. O'Beirne ; il a victorieusement combattu cette opinion, passée à l'état de dogme, qui excluait la salivation mercurielle du traitement des phlegmasies aiguës chez les scrofuleux. Pour moi, voici quelle est ma conviction : un traitement qui coupe court à une phlegmasie ne peut nuire à la constitution, si, du moins, il est convenablement pratiqué.

Dans les maladies chroniques, le calomel et les mercuriaux, en général, doivent être administrés d'après [une méthode précisément inverse : c'est l'emploi de petites doses longtemps continuées qui donne ici les meilleurs résultats. Cette méthode est principalement indiquée dans les syphilis secondaires invétérées, qui résistent depuis des années à toute espèce de traitement. J'ai observé dernièrement un cas de ce genre : les périostites, les nodi, les éruptions cutanées, se succédaient depuis plus de deux ans, quoiqu'on eût employé tous les remèdes usités en pareils cas. En moins de trois mois, j'ai obtenu une guérison

complète en faisant prendre tous les jours à mon malade *un grain* de pilules bleues. J'ai donné des soins à un épileptique auquel j'ai administré tous les soirs, pendant deux ans, un grain de calomel. Le médicament n'a pas produit de salivation ; il n'a exercé aucune influence appréciable sur la constitution, et cependant, au bout de deux ans, les accès convulsifs ont complètement disparu.

Un mot maintenant sur l'usage externe du mercure. Vous n'avez sans doute pas oublié cet homme de notre salle d'en haut, qui était affecté d'une périostite crânienne. Les manifestations morbides étaient fort obscures : ce malade était en proie à des douleurs violentes qui le privaient de tout sommeil. En fait, il était très-difficile de savoir à quoi nous avons affaire ; malgré cela, nous avons conclu à une périostite, et nous avons annoncé qu'une salivation mercurielle amènerait la guérison : l'événement a justifié nos prévisions. Dès le début de la stomatite, notre homme s'est trouvé beaucoup mieux ; cependant il ressentait encore quelques douleurs. Qu'ai-je fait alors ? J'ai fait faire des onctions mercurielles sur les points douloureux, et le malade a été immédiatement soulagé. Je ne saurais vous expliquer ce fait, mais il prouve tout au moins que l'opinion des anciens sur l'efficacité des frictions mercurielles était parfaitement fondée. D'ailleurs il a été prouvé, dans ces derniers temps, que c'est un des meilleurs moyens que nous possédions contre l'engorgement du testicule. Dans un cas de péritonite grave, alors que j'avais employé déjà les sangsues, les vésicatoires et le mercure jusqu'à salivation, vous m'avez vu ordonner des frictions mercurielles sur toute l'étendue de la surface mise à nu par la vésication, et je vous ai dit alors que j'en attendais de très-bons effets. Souvenez-vous de ce procédé thérapeutique, et vous pourrez y avoir utilement recours lorsque vous verrez persister quelques accidents après un traitement mercuriel interne.

Je veux maintenant vous dire quelques mots des effets de l'émétique dans certaines affections chroniques. Lorsque des individus très-affaiblis, ou qui ont déjà dépassé la période moyenne de la vie, sont pris d'une maladie aiguë, il arrive souvent qu'après la guérison, ils restent dans un état de faiblesse excessive ; ils n'ont pas de fièvre, mais ils ont complètement perdu l'appétit. *Cette observation est surtout applicable à la bronchite.* Vous voyez alors les jours succéder aux jours sans que le convalescent parvienne à recouvrer ses forces, et pourtant il n'est plus malade, il se plaint seulement d'un affaiblissement extrême et du défaut

d'appétit. La peau est fraîche, le pouls est normal, la respiration est facile, le ventre est souple et naturel, et les matières alvines ne présentent aucun caractère particulier qui puisse rendre compte de l'inertie singulière de l'estomac. Le symptôme le plus remarquable et le plus constant est fourni par la langue; elle est toujours humide et recouverte d'un enduit épais, blanchâtre, uni et visqueux; il n'y a pas de nausées, la soif n'est pas augmentée, le malade n'a pas de mauvais goût dans la bouche; mais tout ce qu'il prend lui semble fade et insipide; il a la bouche et la langue constamment pâteuses.

Il y a longtemps que cet état morbide est connu des médecins, et l'on a proposé déjà bien des traitements divers. Le plus rationnel sans contredit est basé sur l'emploi des purgatifs, que l'on fait suivre des toniques en temps opportun; lorsque cette méthode est sagement appliquée, elle donne de très-bons résultats. Administrés dès le début et pendant que la langue présente les caractères que je vous ai indiqués, les toniques sont constamment nuisibles. Nous avons eu, dans le service, deux exemples de cette affection: dans les deux cas, les accidents ont été fort opiniâtres, et ils ont cédé à une médication que la plupart des élèves regardaient comme absolument contre-indiquée. Voici quel a été notre traitement.

Le malade est mis à la diète; on ne lui permet que du pain blanc et du petit-lait. Le lait est sévèrement interdit, parce qu'il aggrave constamment les phénomènes morbides. Pendant la journée, le malade prend toutes les heures une cuillerée à bouche d'une solution qui renferme 1 grain (6 centigrammes) d'émétique pour 12 onces d'eau; s'il survient des nausées, on diminue la dose. On continue ainsi pendant deux jours, et si cela est nécessaire, on fait donner le soir un lavement émollient. Le troisième jour, on fait encore prendre la solution jusqu'à l'heure du dîner; alors on sert au malade de la viande et des légumes, et on l'encourage à manger de bon appétit. Une heure après ce repas, on administre un vomitif composé de 20 grains (1^{er}, 20) d'ipécacuanha et d'un grain de tartre stibié; on excite les vomissements au moyen d'une grande quantité d'eau tiède. Pendant les deux jours qui suivent, on revient à la diète et aux doses fractionnées d'émétique; le troisième jour, nouveau dîner et nouveau vomitif.

Pendant le cours de ce traitement, la langue se nettoie peu à peu, l'appétit renaît, et les forces et la santé reviennent rapidement lorsqu'on permet au malade un régime plus substantiel; toutefois il faut apporter une grande réserve dans l'alimentation.

C'est une bien antique opinion que celle qui attribue au tartre stibié la propriété de ramollir et de détacher les mucosités visqueuses qui tapissent la langue et l'estomac, et s'opposent à l'accomplissement régulier des fonctions digestives. Les théories physiologiques de nos ancêtres sont-elles encore acceptables dans l'état actuel de la science ? C'est là une question secondaire, et je ne veux point m'arrêter à l'examiner ici ; il me suffit de vous avoir fait connaître le fait pratique. Plusieurs motifs m'ont déterminé à donner l'émétique du troisième jour, après un dîner copieux : c'est d'abord une observation d'Hippocrate ; puis j'ai pensé que les vomissements sont moins pénibles lorsque l'estomac n'est pas vide ; enfin il m'a semblé que le vomitif serait beaucoup plus utile s'il surprenait l'estomac pendant la période d'activité, alors qu'il est le siège d'une congestion sanguine considérable et d'une sécrétion très-abondante. Quelle que soit l'explication, ce procédé d'administration m'a paru supérieur à tous les autres, dans bon nombre d'affections chroniques. Je vous le recommande tout particulièrement dans les céphalalgies opiniâtres qui dépendent d'un dérangement des fonctions de l'estomac.

Je vous ai déjà parlé de l'emploi de l'huile de foie de morue chez les scrofuleux : je me bornerai donc à vous dire que mon expérience me permet de confirmer pleinement les assertions du docteur Bennett, et de tous ceux qui, avec lui, ont préconisé ce médicament dans toutes les affections scrofuleuses. J'ai vu l'huile de foie de morue opérer des transformations que tout autre remède eût été impuissant à produire ; sous son influence, j'ai vu revenir à leur volume normal des amygdales hypertrophiées depuis l'enfance. J'en ai observé un exemple très-remarquable chez une jeune personne de dix-neuf ans, dont les amygdales étaient aussi grosses que de petites noix : depuis deux ans je la traitais sans aucun succès par les préparations d'iode et les cautérisations au nitrate d'argent ; dans l'espace de trois mois, l'huile de foie de morue triompha de cette affection. Chez les jeunes gens scrofuleux, elle fait souvent disparaître l'engorgement des glandes cervicales ; elle prévient parfois le développement de la phthisie et le retour des hémoptysies de nature scrofuleuse (1).

Dans ces derniers temps, j'ai employé l'aconit avec grand succès

(1) Consultez, sur l'action thérapeutique de l'huile de foie de morue, les travaux déjà cités de Bennett et de Turnbull sur la phthisie pulmonaire. (Note du Trad.)

dans le traitement des douleurs goutteuses, rhumatismales et névralgiques. Je me suis servi de la teinture à la dose de 5 minimes (2 gram.) trois fois par jour. J'ai obtenu ainsi une guérison complète et rapide chez un médecin de province, qui souffrait depuis des mois d'une affection rhumatismale très-douloureuse des vertèbres cervicales. Jen'ai pas été moins heureux chez un autre malade qui était affecté d'une névralgie goutteuse de toute la surface cutanée, y compris même le cuir chevelu.

Le docteur Mulock m'a communiqué deux faits qui démontrent les bons effets de ce médicament employé comme topique. « Miss H... était occupée à clouer un rideau à la tête d'un lit, lorsqu'elle tomba sur ses genoux ; il lui fut impossible de se relever, quoiqu'elle n'eût aucune blessure apparente ; les meilleurs chirurgiens furent appelés et ne purent constater aucune lésion dans les jointures. Cependant la douleur et la sensibilité des genoux étaient si vives, que la malade était obligée de les recouvrir d'un cerceau lorsqu'elle était au lit, afin de les soustraire à la pression des couvertures ; le moindre contact déterminait une attaque d'hystérie. On employa sans aucun succès un grand nombre de remèdes divers ; enfin, les douleurs cédèrent à des lotions pratiquées avec un liquide composé d'une once de teinture d'aconit et de 7 onces d'eau de rose. » Dans l'autre fait, il s'agit d'une dame qui s'était foulé le genou en glissant dans un escalier ; ici encore, les lotions d'aconit ont donné de très-bons résultats.

Occupons-nous maintenant des *ventouses sèches*.

Ce procédé thérapeutique n'est pas d'invention moderne ; il était déjà connu au temps d'Hippocrate et d'Arétée, et plus tard il a été généralement employé dans les diverses parties de l'Europe et dans les États de la domination anglaise ; bien plus, les ventouses sèches étaient alors un remède extrêmement fashionable. De nos jours, ce mode de traitement est tombé dans un discrédit à peu près complet ; c'est à peine si quelques médecins y ont encore recours dans les hôpitaux et dans les établissements publics, où l'on a de fréquentes occasions de faire des études de clinique. M. Robertson a tenté de faire revivre cette pratique, et il a prouvé que les ventouses sèches ne le cèdent en efficacité à aucun autre agent thérapeutique, et qu'elles présentent l'immense avantage de pouvoir être employées dans des cas où les moyens ordinaires sont impraticables ou dangereux.

Il y a quelque temps, M. King (de Stephen's Green) m'a communi-

qué un fait qui démontre péremptoirement les bons effets des ventouses sèches. C'était chez une femme hystérique affectée de vomissements rebelles ; tous les remèdes connus avaient été infructueusement employés ; une application de ventouses sèches sur la région épigastrique et le long des dernières côtes fit disparaître les accidents. Ce résultat vous paraît peut-être fort étrange, et vous vous demandez comment la modification des téguments de l'abdomen peut influencer sur l'estomac. A cela je vous répondrai par une autre question : dans l'inflammation, soit aiguë, soit chronique de l'estomac, comment se fait-il qu'une application de sangsues sur la paroi abdominale amende les symptômes gastriques ? Ce résultat n'est pas moins surprenant que le premier ; nous savons parfaitement que la circulation de l'estomac est complètement indépendante de celle des téguments, mais nous savons aussi qu'il n'est pas de meilleur remède, dans une phlegmasie gastrique, qu'une application de sangsues à l'épigastre. La soustraction d'une certaine quantité de sang aux parties périphériques modifie la circulation des organes internes ; on obtient le même résultat *en retenant* le sang dans les téguments qui avoisinent un viscère ; la circulation profonde est également influencée. Examinons les choses de plus près.

Vous appliquez sur un point quelconque du corps un verre à ventouses, et vous y faites le vide, soit au moyen de la pompe, soit au moyen de la chaleur. Aussitôt, sous l'influence de la pression atmosphérique, les téguments s'élèvent dans le verre et y forment une saillie qui retient dans ses capillaires une quantité considérable de sang ; ce sang est séparé pour ainsi dire de la circulation générale. Les expériences du docteur Barry ont démontré que les choses se passent ainsi ; elles ont prouvé que le sang retenu dans la ventouse ne participe ni au mouvement ni aux modifications du liquide en circulation. Supposez maintenant qu'une certaine portion de la peau soit congestionnée par une influence morbide quelconque : qu'arrivera-t-il si vous mettez des ventouses dans le voisinage ? Vous attirez une certaine quantité de sang sur ce point, et la partie congestionnée, *momentanément* dégorgée, revient pendant ce temps à ses conditions normales. Eh bien ! il en est exactement de même lorsque vous mettez des ventouses au niveau d'un organe interne enflammé. Vous connaissez sans doute cette méthode thérapeutique qui consiste à lier les artères nourricières d'une tumeur, et vous savez qu'on réussit fréquemment, par cette opération, à enrayer le processus inflammatoire qui accompagne le développement de ces morbidités. Les ventouses sèches agissent comme une espèce de

ligature sur les vaisseaux de la partie intéressée ; cette ligature a cela de particulier qu'elle atteint aussi les capillaires : c'est par suite de ce mode d'action que les ventouses préviennent l'absorption des poisons déposés dans une plaie.

Je ne vous ai parlé jusqu'ici que des effets locaux des ventouses ; voyons maintenant si la sphère de leur action n'est pas plus étendue, et si elles ne modifient pas la circulation générale, produisant ainsi des effets qu'on obtient d'ordinaire par d'autres moyens. Dans ses *Elements of physics* (t. I, p. 574), le docteur Arnott a fait sur ce sujet d'importantes observations : « En réfléchissant sur ces faits, dit-il, je suis arrivé à penser que dans certains cas on peut obtenir les bons effets de la saignée au moyen d'un nombre considérable de ventouses sèches ; en diminuant ainsi la pression atmosphérique sur une grande étendue de la surface cutanée, on peut soudainement enlever au cœur une quantité de sang suffisante pour que cette soustraction détermine la syncope. Les résultats de mes premiers essais ont été assez encourageants pour me faire poursuivre ces recherches avec le plus vif intérêt, et j'y ai consacré tous mes loisirs. On place autour d'un membre un étui de cuivre ou de fer-blanc que l'on ferme exactement avec un collier de cuir ou de toute autre matière analogue ; au moyen de ce collier, on applique exactement sur le membre l'orifice du cylindre métallique ; on fait le vide dans cet appareil avec une pompe disposée *ad hoc*, et dès que le sang est détourné des parties centrales du corps, une syncope survient, tout comme si l'on avait ouvert la veine. Le sang en excès dans le membre ventosé peut y être retenu aussi longtemps qu'on le veut, car la circulation n'est point gênée. Si l'on veut obtenir un effet puissant avec une légère diminution de pression, il faut agir sur plus d'un membre à la fois. » En résumé, si vous placez dans cet appareil le bras, la jambe ou la cuisse d'un homme, et si vous faites le vide, vous reprenez une ou deux livres de sang dans les téguments du membre intéressé, et vous produisez sur l'organisme le même effet que si vous aviez extrait du système circulatoire une égale quantité de liquide. L'homme le plus robuste tombera en syncope, si vous agissez à la fois sur ses deux jambes. Je crois qu'il y a là, pour la médecine pratique, une mine nouvelle à exploiter. Vous connaissez les effets, les admirables effets de la saignée, et vous savez aussi qu'ils ne dépendent pas tant de la quantité de sang extraite que de l'impression générale produite sur le malade. Lorsque nous avons à lutter contre une inflammation violente et étendue, nous faisons à la veine une large ouverture, ou

bien nous saignons aux deux bras en même temps, nous faisons tenir le patient dans la position droite ; en un mot, nous cherchons à obtenir la syncope. Or, il arrive souvent que la crainte seule amène ce résultat avant qu'il se soit écoulé une quantité notable de sang, et cette syncope, comme le fait remarquer le docteur Arnott, remplit aussi bien notre but que celle qui est produite par la perte de sang elle-même. Je puis me porter garant de la vérité de cette assertion ; car j'ai vu la terreur que les préparatifs de l'opération inspirent aux personnes nerveuses produire à elle seule tous les bons effets de la saignée.

Or, au moyen de l'appareil fort simple que je viens de vous décrire, vous pouvez modifier assez puissamment la circulation générale pour bénéficier ainsi de tous les avantages de la phlébotomie. Le docteur Arnott a fait connaître encore un autre procédé pour arriver au même but ; mais il est moins certain, et, en tout cas, il est moins efficace que le précédent. Si vous appliquez un bandage assez serré sur la partie supérieure d'un membre, autour de la cuisse, par exemple, de façon à empêcher le retour du sang veineux, et si vous faites ensuite plonger les jambes dans de l'eau chaude, la quantité de sang que vous retenez ainsi dans les membres inférieurs peut être assez grande pour qu'il survienne une syncope. Cette pratique peut être utile à l'occasion ; mais elle ne vaut pas les ventouses sèches, et d'ailleurs elle n'est applicable qu'aux membres.

Les ventouses présentent un autre avantage qui est bien fait pour rehausser encore la valeur de la méthode ; on peut y avoir recours dans certains cas graves qui excitent à juste titre la sollicitude et l'anxiété du médecin. Il est des phlegmasies dans lesquelles le salut du malade est subordonné à l'arrêt du travail inflammatoire : c'est alors que le médecin, en proie à la plus vive perplexité, est obligé, avant de prendre un parti, de tenir compte des désastreuses conséquences de la saignée chez un individu qui faiblit sous le coup de la maladie, et de les mettre en parallèle, au point de vue du résultat final, avec la terminaison naturelle d'une inflammation qui menace de tarir les sources mêmes de la vie. Eh bien ! si, dans cette situation critique, nous pouvions obtenir par un autre moyen les résultats que donne la saignée, ne serait-ce pas là un précieux avantage ? Les ventouses sèches nous permettent justement de remplir cette indication. Grâce à ce procédé, nous pouvons couper court à une inflammation, alors que la saignée serait une périlleuse expérience, et nous pouvons ainsi régulariser le travail morbide, sans avoir recours aux dépletions san-

guines. Cette méthode thérapeutique, à mon sens, est d'un puissant secours dans la pratique de la médecine, et je la crois susceptible de nombreuses applications. Il n'est sans doute pas un praticien qui ne se rappelle avoir fait des saignées, alors qu'il savait parfaitement jouer ainsi le tout pour le tout ; il n'en est pas un qui, dans de telles conjonctures, n'ait ardemment souhaité quelque autre moyen d'arriver au même but : or, puisque ce moyen si désiré est fourni par les ventouses sèches, il me semble que cette méthode doit être, de la part de tous les cliniciens, l'objet d'études suivies, et qu'il faut déterminer au plus tôt l'action réelle d'une médication qui peut ouvrir une nouvelle ère à la pratique médicale.

La forme des verres à ventouses doit être telle qu'ils puissent être appliqués commodément sur les différentes parties du corps ; ils ne doivent pas être trop grands ; il faut qu'au moyen de la pompe ils produisent leur effet dans quelques minutes. Pour ce qui est des affections locales, je crois qu'on ne peut avoir trop souvent recours à ce moyen. Bon nombre de névralgies hystériques que nous avons traitées jusqu'ici, et quelquefois sans aucun succès, par les saignées, les sangsues, les fomentations, les liniments et les vésicatoires, auraient été sans doute très-heureusement modifiées par quelques applications de ventouses sèches dans le voisinage du point douloureux. Déjà, dans une précédente leçon, je vous ai parlé des bons effets de ce mode de traitement pour les maux de tête des jeunes femmes. Rien de plus commun que ces douleurs de tête, qui présentent d'ailleurs les caractères les plus divers ; généralement liées à quelque trouble de la menstruation ou à quelque dérangement des fonctions digestives, elles constituent une classe d'affections qui mériteraient, plus que toutes les autres, une bonne monographie. C'est à propos des céphalalgies qu'un grand nombre de médecins se brouillent avec les dames, et partant avec toute la société. La saignée est ici d'une utilité fort contestable ; souvent même elle ne fait qu'aggraver les accidents. Régulariser la menstruation et les fonctions intestinales, voilà la seule méthode de traitement convenable. Mais je m'arrête, car un pareil sujet est inépuisable ; sachez seulement que cette espèce de céphalalgie est beaucoup plus violente après une application de sangsues, et que les lotions froides ont exactement le même résultat ; ce que vous pouvez faire de mieux en pareil cas, c'est de faire mettre des ventouses sèches à la nuque et entre les épaules.

Permettez-moi de vous rappeler quelques faits qui se sont passés

sous vos yeux. Un homme du nom de Ryan, qui était resté fort longtemps dans notre service pour des douleurs rhumatismales et névralgiques, fut atteint de douleurs extrêmement vives dans les cuisses, dans la partie inférieure du ventre et dans les lombes ; c'est dans cette dernière région que les souffrances étaient à leur maximum : il y avait même d'un côté une sensibilité excessive à la pression. Ce malade avait été mercurialisé, il avait eu des vésicatoires, en huit fois on lui avait mis cent sangsues ; il avait usé de toutes les fomentations, de tous les liniments que j'avais pu imaginer. Tous ces soins n'avaient certainement pas été inutiles ; mais cependant l'amélioration n'était pas aussi marquée que je l'eusse désiré. Les ventouses sèches ont délivré cet homme de ses douleurs.

Ce moyen n'a pas moins réussi chez un malade nommé Eustace, qui était atteint d'une sciatique ; cette névralgie avait reparu après avoir été guérie une première fois par l'acupuncture.

Chez une femme affectée de bronchite, nous avons constaté une amélioration sensible dans les symptômes pectoraux, après l'application des ventouses sèches. Je suis convaincu, en effet, que les affections douloureuses ne sont pas les seules qui indiquent l'emploi des ventouses, et que nous pouvons les employer avec le même succès pour combattre les congestions viscérales (1). Une application de ventouses sèches sur la poitrine atténuerait certainement et arrêterait peut-être les paroxysmes de l'asthme spasmodique, de la toux sénile et du catarrhe suffocant aigu. Dans la bronchite avec emphysème, le même moyen dégagerait les poumons congestionnés et diminuerait la dyspnée ; et la rapidité avec laquelle il agit me paraît le désigner tout particulièrement pour le traitement de la bronchite suffocante des nouveau-nés. Alors, en effet, on ne peut guère songer à la saignée et aux sangsues, à cause de l'âge des malades ; et, d'ailleurs, la lenteur avec laquelle elles agissent les rend bien inférieures aux ventouses sèches, dont l'application n'est suivie d'aucune conséquence fâcheuse. Songez à ce malade qui avait un emphysème du côté gauche, et vous serez convaincus que je n'exagère point la valeur de ce mode de traitement. Chez cet homme, toute la cavité pleurale gauche était remplie de pus ; le cœur était repoussé à droite ; la respiration ne se faisait que par le poumon droit.

(1) On connaît l'heureuse application que M. le docteur Béhier a faite des ventouses sèches dans le traitement des fièvres typhoïdes à détermination thoracique.

Béhier, *De la fièvre typhoïde à forme thoracique et de son traitement* (*Arch. gén. de méd.*, 1857).

(Note du TRAD.)

Dans cette situation pleine de périls, ce malheureux contracta une bronchite, et vous pouvez aisément concevoir toute l'imminence du danger. D'un autre côté, vous conviendrez sans peine que la longue durée de l'affection primitive, que l'accumulation de pus dans la plèvre, que la faiblesse du malade, ne permettaient pas de recourir à la saignée. Qu'ai-je fait alors? J'ai administré l'émétique à petites doses, et j'ai fait couvrir le thorax de ventouses sèches. Quinze jours auparavant, je n'aurais peut-être pas institué un traitement aussi avantageux, et les résultats qu'il m'a donnés sont fort encourageants pour l'avenir. Ne croyez point que je me fasse illusion sur l'efficacité de cette méthode : je vous l'ai dit déjà, elle paraît avoir la même action que les émissions sanguines générales ou locales, et il est extrêmement important d'étudier à fond les effets qu'elle produit ; il faut voir, en outre, si elle peut remplir les mêmes indications que la méthode déplétive ; et, dans le cas contraire, il faut déterminer quelles sont les conditions respectives de l'emploi des deux médications.

Lorsque je me suis occupé des prescriptions dans le typhus fever, je vous ai parlé de l'administration du carbonate d'ammoniaque dans une potion effervescente.

Nous nous sommes justement servi de ce médicament pour une malade qui se trouvait, il y a quelque temps, dans notre service des fiévreux, et je crois devoir vous rappeler cette formule, qui peut vous être très-utile. Il est bon de faire entrer dans la potion un léger excès (deux grains et demi) de carbonate d'ammoniaque :

℞ Aquæ fontis.	f. ʒ v ss.
Sirupi zingiberis.	f. ʒ iiij.
Carbonatis ammoniæ.	3 j.

Signetur n° 1 (1).

Le sirop de gingembre a pour but de masquer le goût de l'ammoniaque en excès, et de prolonger l'effervescence. Tous les sirops ralentissent le dégagement de l'acide carbonique. Lorsque les solutions sont purement aqueuses, le gaz est à peine produit qu'il se dégage sous formes de bulles ; le malade n'a pas encore porté le flacon à ses lèvres, que déjà l'effervescence est finie. Vous évitez ces inconvé-

(1)	℞ Eau de fontaine.	132 grammes.
	Sirop de gingembre.	72
	Carbonate d'ammoniaque.	4

(Note du TRAD.)

nients par l'addition du sirop. Voici maintenant la formule de la potion acide :

℞ Acidi citrici. 3 j
Aquæ fontis. f. ℥ iij.

Signetur n° 2 (1).

Sumantur cochlearia duo ampla ex n° 1, effervescentia cum cochleare uno amplo ex n° 2.

Vous voyez, messieurs, que je ne suis point aussi poétique que le docteur Pâris, qui s'écrie avec une phraséologie tout homérique : « *Sumatur in impetu ipso effervescentiæ* (2). »

Lorsque les potions effervescentes sont indiquées dans les dernières périodes des fièvres nerveuses prolongées, et s'il est nécessaire en même temps d'administrer les stimulants diffusibles à petites doses, l'association de ces deux espèces de médicaments est très-avantageuse.

Je vous ai dit que, dans la formule précédente, il y avait un léger excès de carbonate d'ammoniaque : en effet, une drachme (4 gram.) de ce sel exige environ 78 grains (4^{gr},68) d'acide tartrique ou d'acide citrique pour former un composé neutre. Lors donc que vous désirez prescrire une potion effervescente à peu près neutre, vous n'avez qu'à faire entrer une drachme de carbonate d'ammoniaque dans le n° 1, et 80 grains (4^{gr},80) d'acide dans le n° 2. Ces quantités suffisent pour six doses. Si les accidents ont un caractère inflammatoire assez marqué, vous ferez mieux d'employer le carbonate ou le bicarbonate de soude. Pour obtenir six doses, il vous faut alors 3 drachmes (12 gram.) de carbonate de soude cristallisé dans le n° 1, et 100 grains (6 gram.) d'acide dans le n° 2. Si vous vous servez du bicarbonate de soude, vous devez en prescrire 2 drachmes (8 gram.), et 140 grains (8^{gr},40) d'acide. J'ai réuni en tableau, pour les graver dans votre esprit, ces différentes doses :

<i>Solution alcaline, six onces.</i>	<i>Solution acide, trois onces.</i>
Carbonate d'ammoniaque. 3 j (4 gr.)	Acide citrique ou tartrique. 80 grains (4 ^{gr} ,80)
Carbonate de soude. 3 iij (12 gr.)	— 100 grains (6 ^{gr} ,00)
Bicarbonate de soude. 3 ij (8 gr.)	— 140 grains (8 ^{gr} ,40)

Dans ces formules, la proportion d'acide est suffisante, *quàm proxime*,

(1) ℞ Acide citrique. 4 grammes.
Eau de fontaine. 72

(Note du TRAD.)

(2) Il dit, et le gardien de la cité troyenne
S'élance impétueux dans la rue Icéenne ;
Paris le suivait.

(Iliade de Pope.)

pour décomposer le carbonate alcalin ; on se contente souvent de faire prendre au malade une cuillerée à bouche de jus de citron pour deux cuillerées de la solution alcaline. C'est là une méthode évidemment défectueuse, car, si cette quantité de jus de citron est regardée comme équivalente à 17 grains (1^{gr},02) d'acide citrique ou tartrique, il est clair que six cuillerées de ce jus équivaudront à 102 grains (4^{gr},08) d'acide. La proportion de jus de citron est donc, *quàm proxime*, suffisante, si vous vous servez de carbonate de soude, mais elle est trop faible si vous employez le bicarbonate. Dans les cas ordinaires, ce léger excès dans l'acide ou dans le sel n'a pas grande importance ; mais, dans les fièvres et dans les maladies inflammatoires, il arrive souvent que la soif ou les nausées exigent l'administration répétée des potions effervescentes, en même temps que les autres symptômes indiquent l'emploi du calomel, des pilules bleues ou de la poudre de James. Il est alors très-important que les potions ne contiennent pas d'acide en excès, car il en pourrait résulter des coliques et de la diarrhée. Dans ces circonstances, je prescris toujours, au lieu du jus de citron, la solution acide, dont la force est connue et peut être modifiée à volonté.

Un mot sur les sinapismes, et j'ai dit. On les emploie dans bien des circonstances diverses, dans les dernières périodes du typhus fever, contre la pleurodynie et les douleurs de l'estomac ou de l'intestin ; on y a également recours dans la goutte supprimée ou irrégulière, lorsqu'on veut fixer les déterminations de la maladie sur les extrémités. Les déviations de la goutte ne sauraient être contestées, et l'on peut souvent la détourner de quelque organe important, en excitant une inflammation à la périphérie. Si un homme qui est sous l'imminence d'une attaque de goutte se donne une entorse, l'inflammation consécutive fixe la goutte sur ce point. Dans un court espace de temps, j'ai observé trois faits qui m'ont permis de constater l'heureuse influence qu'exerce la goutte des extrémités sur les organes internes. Un tavernier vint un jour me consulter pour des douleurs vives qu'il ressentait dans l'estomac ; ces douleurs revenaient tous les soirs et duraient plusieurs heures, en dépit de tout traitement. Un ou deux jours plus tard cet homme a été pris d'une violente attaque de goutte dans les pieds, et les douleurs internes ont complètement disparu. Un gentleman auquel je donnais mes soins avec M. Barker fut atteint de symptômes cérébraux et de troubles de la vue ; il eut en même temps une certaine difficulté dans la parole. Nous redoutions une hémiplégié. Le lende-

main, le malade est pris d'un accès de goutte dans un pied ; il est délivré incontinent de tous les accidents : cet homme est âgé de soixante-quinze ans. Je voyais au même moment, avec M. Colles et M. Haffield, un gentleman de soixante-quatorze ans, d'une constitution puissante et robuste ; il avait eu quelques phénomènes goutteux passagers, et peu de temps après, il avait été pris de douleurs intestinales pour lesquelles il avait employé des bains d'eau salée. Cette imprudence détermina une hémoptysie épouvantable, qui faillit emporter le malade. On le saigna deux fois, et on lui fit prendre les astringents usités en pareil cas ; mais, quoique ce traitement n'eût pas été inutile, la convalescence fut beaucoup plus rapide lorsque la goutte eut apparu dans les deux pieds.

Les faits de ce genre ne sont pas rares, et ils sont bien propres à nous montrer combien il importe alors de ramener la goutte aux extrémités. Quelques médecins cherchent à obéir à cette indication au moyen de cataplasmes, de liniments, de vésicatoires ou de sinapismes ; or, je crois que ces derniers sont le plus souvent appliqués de telle façon qu'ils ne peuvent pas remplir le but. Lorsque, en effet, on les prépare avec les ingrédients ordinaires, ils agissent trop vivement pour pouvoir être tolérés pendant un certain temps : aussi ne produisent-ils qu'une inflammation très-superficielle et tout à fait passagère. Si nous voulons réussir à fixer la goutte sur un point, sur le pied, par exemple, il faut que nos topiques aient une action progressive qui se fasse sentir sur les tissus profonds. Nous obtiendrons ce résultat en mêlant une partie de farine de moutarde fraîche avec trois parties de farine de blé ; on ajoute ensuite de la mélasse en quantité suffisante pour convertir le tout en une pâte visqueuse, que l'on peut étendre comme un emplâtre sur de la toile ; on laisse cet emplâtre en place pendant quatre ou six heures, et l'on détermine ainsi une rougeur qui persiste pendant un jour entier. La proportion de farine de blé doit varier selon les indications de chaque cas particulier.

Et maintenant, messieurs, ma tâche est accomplie, notre session est terminée, il faut nous séparer. De mon temps, les professeurs ne manquaient jamais, à la fin d'une année, de consacrer cinq à dix minutes à une péroraison fleurie qui chatouillait agréablement l'oreille des élèves, parce qu'elle n'était autre chose que leur panégyrique. Je crois devoir m'affranchir de cette obligation. Je ne puis pas dire que vous ayez été paresseux ; mais, messieurs, vous ne sauriez être trop dili-

gents. La science marche, elle marche plus rapide et plus brillante que jamais; les découvertes modernes l'ont enrichie d'un nombre immense de faits: il faut les recueillir avec soin; il faut que ces richesses nouvelles, précieuses conquêtes de l'intelligence, soient pour vous un encouragement à de nouveaux travaux, à de nouvelles recherches. Jamais, à aucune autre époque, la carrière ne s'est offerte aussi belle: le temps n'est plus où le charlatanisme triomphant abusait de la crédulité; l'impudence ne peut aujourd'hui tenir lieu de mérite. Rien n'était plus facile, il y a quelque centaine d'années, que de se tenir au niveau de l'intelligence engourdie de ses contemporains. Forts de quelques théories qui passaient pour immuables, les hommes d'alors ne regardaient pas au delà, et la science, délaissée, restait stationnaire; mais elle prend aujourd'hui une éclatante revanche, et, dans sa course envahissante, elle étend si rapidement son domaine, que celui qui ne veut pas être distancé dans cette noble lice, doit consacrer au travail une énergie infatigable et une inébranlable persévérance.

FIN.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE DEUXIÈME VOLUME.

TRENTE-NEUVIÈME LEÇON. — Affections des organes respiratoires.

Enrouement.— Enrouement des jeunes gens.— Causes et traitement.— Croup.
— Méthode thérapeutique du docteur Lehmann. — Observations.

Bronchite.— Résultats fournis par l'auscultation dans la bronchite.— Différences dans les caractères des bruits anormaux, suivant qu'ils se passent dans les grosses ou dans les petites bronches.

Fréquence et causes de la bronchite chronique.— De l'expectoration dans l'état de santé et dans l'état de maladie.— Traitement de la bronchite chronique.— Dyspepsie flatulente dans les affections chroniques des bronches. — Rapports entre le pouls et la respiration.

Les mercuriaux dans les inflammations des membranes muqueuses. 1

QUARANTIÈME LEÇON. — Asthme bronchique.

Observation d'asthme bronchique. — Accès d'asthme déterminés par l'irritation des bronches. — Charlatanisme de St. John Long. — Son liniment.

Toux.— Définition.— Effets de la position sur la toux.— La sensation du chatouillement est presque exclusivement limitée à la peau.— Toux produite par les vers intestinaux.— Toux hystérique.— Toux syphilitique.— Toux goutteuse, — scorbutique, — scrofuleuse. — Emploi de la salsepareille et de l'acide nitrique dans la toux chronique. 32

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON. — Pneumonie.

Caractères de l'expectoration. — Elle peut manquer complètement.— Hépatisation du poulmon. — *Creptus redux*.— Pleuro-pneumonie.— Observation de pleurésie latente. — Pulsations de la poitrine dans la pneumonie. — Observation d'une pneumonie dans laquelle on a entendu un bruit de soufflet dans la région antérieure de la poitrine.— De la saignée dans la pneumonie.— **Abcès pneumoniques.** — Diagnostic avec les abcès tuberculeux. 53

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON — Gangrène du poulmon.

Observation de gangrène pulmonaire. — La violence de la phlegmasie n'est pas la cause unique du sphacèle du poulmon. — La bronchite simple peut produire la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

Pleurésie.—Observation de pleurésie sèche compliquée de pneumonie et de pleuro-dynie. — Indications des sangsues dans les affections inflammatoires de la poitrine. — Pleurésie hémorragique. — Pleurésie diaphragmatique.

Cancer du poumon.— Observation.

77

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON. — **Pneumothorax.**

Observation de pneumothorax à marche lente. — Sécrétion gazeuse de la plèvre. — Pneumothorax essentiel. — Opinion de l'auteur. — Observation à l'appui. — Discussion de la doctrine de Williams.

Pneumatose.—Caractères distinctifs de la pneumatose péritonéale et de la pneumatose intestinale. — Emphysème spontané du tissu cellulaire sous-cutané. 105

QUARANTE-QUATRIÈME LEÇON. — **Asthme spasmodique.**

Contractilité spasmodique des bronches. — Réfutation de la doctrine de Clutterbuck. — L'asthme n'est pas rare chez les jeunes gens. — Le traitement de cette maladie est extrêmement variable.

Phthisie pulmonaire.— Mortalité qu'elle détermine. — Signification des tubercules. — Les symptômes locaux de la phthisie pulmonaire sont produits par l'inflammation scrofuleuse. — Causes de la disposition scrofuleuse. — Patbogénie des tubercules. — Causes de la fréquence de la phthisie. — Chez les scrofuleux, toutes les déterminations pulmonaires peuvent être la cause occasionnelle de la phthisie. — Bronchite scrofuleuse. — Fréquence de la phthisie aux différents âges. — Conditions qui favorisent la disposition à la consommation. 127

QUARANTE-CINQUIÈME LEÇON. — **Phthisie.**

Phthisie pulmonaire.— Traitement prophylactique. — Dangers de la méthode ancienne. — Méthode de l'auteur. — Changement de climat. — Antagonisme entre la fièvre intermittente et la phthisie.

Traitement de la phthisie confirmée. — Toux. — Sueurs nocturnes. — Fièvre hectique. — Prescriptions. — Emploi du mercure. — Analogie entre le traitement mercuriel des inflammations scrofuleuses des jointures et celui de l'inflammation scrofuleuse du poumon. — Observations du docteur O'Beirne et du docteur Munk. — Curabilité de la phthisie. — Exemples de phthisie latente.

Phthisie laryngée. — Son traitement.

164

QUARANTE-SIXIÈME LEÇON. — **Hémoptysie.**

Circulation pulmonaire. — Réfutation des opinions du docteur Law. — Apoplexie pulmonaire. — Couleur du sang dans l'hémoptysie. — Cette coloration ne peut indiquer le point de départ de l'hémorragie. — Caractères distinctifs de l'hémorragie des artères pulmonaires et de celle des artères bronchiques. — Effets de l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire des poumons. — L'hémoptysie n'est point une cause de consommation.

Causes de l'hémoptysie. — Hémoptysie supplémentaire de la menstruation. — Hémoptysie dans l'apoplexie pulmonaire, — dans la phthisie tuberculeuse, — dans les affections du cœur.

Traitement. — Bons effets d'un voyage en Australie. — Efficacité des sangsues appliquées au niveau de la fourchette sternale. 196

QUARANTE-SEPTIÈME LEÇON. — Affections du cœur.

La perfection est impossible dans le diagnostic des affections du cœur. — De la localisation des lésions valvulaires. — Observation.

Péricardite. — Symptômes de la péricardite. — Pronostic. — Emploi des mercuriaux. — Abscess du cœur.

L'accroissement de l'énergie fonctionnelle du cœur précède souvent l'apparition des signes caractéristiques de la péricardite. — Difficultés du diagnostic. — Observation d'un malade chez lequel le rhumatisme a affecté le péricarde avant les articulations.

État du pouls. — Rhumatisme du cœur. 226

QUARANTE-HUITIÈME LEÇON. — Péricardite.

La détermination de la cause des bruits du cœur présente de grandes difficultés.

— Observations. — Une lésion organique du cœur peut rester longtemps latente.

Terminaison de la péricardite par épanchement. — Observation. — Traitement. — Lésions anatomiques.

Dilatation du côté gauche du thorax par suite de la distension du péricarde. — Cause de la sonorité exagérée que donne parfois la percussion.

Anomalie singulière de l'artère pulmonaire. 254

QUARANTE-NEUVIÈME LEÇON. — Troubles fonctionnels du cœur.

Difficultés que présente le diagnostic des troubles fonctionnels du cœur. — Ces affections peuvent causer la mort en l'absence de toute lésion organique. — Observations. — Fâcheuse influence de l'habitude de fumer et de priser.

Anévrysme thoracique. — Diagnostic de la tumeur anévrysmale et des autres variétés de tumeur intra-thoracique. — Observation. — Palpitations violentes déterminées par une affection du cerveau. — Anévrysme de l'aorte au début. — Emploi de l'hydrosulfate d'ammoniaque dans les affections du cœur.

Des rapports qui existent entre les palpitations du cœur et l'augmentation de volume du corps thyroïde. 282

CINQUANTIÈME LEÇON. — Affections des organes digestifs.

Glossite. — Observation de glossite. — Tuméfaction des amygdales chez les enfants. — Traitement.

Œsophagite. — Observation.

Squirre de l'œsophage. — Diagnostic et traitement. — Observations. — Lésions anatomiques. — Difficultés de la déglutition.

Dysphagie. — Influence de la distension gazeuse de l'estomac. — Dysphagie spasmodique. 302

CINQUANTE ET UNIÈME LEÇON. — Dyspepsie.

Emploi du nitrate de bismuth dans la dyspepsie. — Procédé d'administration. —

Indications de l'opium. — Découverte de l'acide lactique dans l'estomac. — Gastrodynie. — Sa nature. — Son traitement.

Constipation habituelle. — Prescriptions. — Usage de l'huile de ricin à doses décroissantes.

Coloration des selles. — Selles blanches. — Influence de la sécrétion muqueuse de l'intestin. — Selles noires. — Trois formes de mélæna.

Calculs intestinaux.

317

CINQUANTE-DEUXIÈME LEÇON. — Diarrhée.

Administration et mode d'action du pernitrate de fer dans la diarrhée. — Expériences de M. Kerr. — Diarrhée des phthisiques.

De la dysenterie. — Les scybales ne sont pas la cause de la dysenterie épidémique. — Avantages du régime animal dans le traitement de la dysenterie chronique. — Observation de péritonite mortelle.

Ulcération de l'estomac, suite d'un abcès du foie, — d'une phlegmasie gastrique. — Efficacité de l'opium à hautes doses dans l'entérite.

Traitement des accidents aigus des hémorroïdes.

338

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON. — Du ténia.

Espèces qu'on rencontre chez l'homme. — Distribution géographique. — Traitement.

Affections du foie. — Abcès du foie. — Procédé de l'auteur pour l'ouverture de ces abcès. — Hypermégalie du foie. — Diagnostic avec l'hépatite. — Iodure de potassium. — Sangsues à l'anus. — Mauvais effets de l'opium.

Ictère. — Ses causes. — De la coloration de la peau au point de vue du pronostic. — De l'insomnie dans l'ictère. — Symptômes nerveux. — Observations du docteur Hanlon. — Ictère par inflammation de la vésicule biliaire. — Les symptômes hystériques doivent être soigneusement distingués des accidents nerveux de l'ictère.

364

CINQUANTE-QUATRIÈME LEÇON. — Affections des reins.

Lésion de Bright. — L'urine albumineuse n'est point un signe pathognomonique de cette lésion. — Observations. — Discussion sur la pathogénie de cette affection. — Opinion de l'auteur confirmée par les recherches récentes de Johnson et de Toynbee.

Le diabète. — Nature de la maladie. — Caractères de l'urine. — Fréquence du diabète. — Observations de sir Henry Marsh. — Les trois formes du diabète.

Sur les variations subites des épanchements hydropiques. — Carbonate d'ammoniaque dans l'urine.

Observation de fistule recto-vésicale.

387

CINQUANTE-CINQUIÈME LEÇON. — Hydropisie.

Causes des épanchements hydropiques. — Importance du mode de début. — Traitement. — Usage de l'opium.

Hydropisie dans la bronchite aiguë. — Hydropisie chronique, compliquée de diarrhée. — Règles de traitement. — Guérison spontanée de l'hydropisie chronique.

Des convulsions dans l'hydropisie chronique. — Elles ne sont pas toujours un symptôme funeste. — Observations. — Des applications froides sur la tête dans diverses maladies.

Sur l'apparition des symptômes cérébraux dans l'hydropisie chronique. 408

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON. — Maladies des femmes.

Phlébite. — Ses causes. — Caractères différentiels de la phlébite et de la *phlegmatia dolens*. — Traitement.

Phlegmatia dolens. — Nature et causes. — Doctrine de l'auteur. — Observation d'une *phlegmatia dolens* de l'œil.

Remarques sur un cas de métrite. — **Manie puerpérale.** — Observation. — Diagnostique du délire par congestion cérébrale et du délire par excitation nerveuse. — Lésions anatomiques dans la manie puerpérale. 427

CINQUANTE-SEPTIÈME LEÇON. — Céphalalgie des jeunes femmes.

Causes de cette céphalalgie. — Traitement. — Action des pédiluves chauds.

Aménorrhée. — Traitement. — Singuliers effets de l'électricité sur la fonction menstruelle.

Céphalalgie dépendant de la leucorrhée. — De la céphalalgie qui n'est liée à aucun trouble dans la menstruation. — Fâcheux effets des émissions sanguines. — Utilité du nitrate d'argent et de la térébenthine. — Ventouses sèches. — Distinction entre la leucorrhée vaginale et la leucorrhée utérine.

Affection hystérique du larynx. — Vomissements et névralgies hystériques. 444

CINQUANTE-HUITIÈME LEÇON. — Affections de la peau.

De l'érysipèle. — Traitement. — Indications du vin, du quinquina et de l'opium. — Examen comparatif de la médication tonique et de la médication antiphlogistique.

De la gangrène qui survient dans les affections inflammatoires.

Propriétés contagieuses de l'érysipèle. — Développement symétrique de l'exanthème. — Observation d'un érysipèle malin. 462

CINQUANTE-NEUVIÈME LEÇON. — Éruptions cutanées produites par certains virus animaux.

De la morve. — Observation d'un cas de morve chez l'homme. — **Du farcin.** — Observation.

Effets délétères des virus animaux sur l'organisme de l'homme. — Production de vésicules et de pustules. — Pustules de Colles. — Leurs causes. — Dangers des révulsifs. — Observation.

Inflammation blanche. — Développement de vésicules purulentes à la suite d'une plaie. — Observations du docteur Trenor, — du docteur Orpen de Cove. 475

SOIXANTIÈME LEÇON. — Affections de la peau.

Du psoriasis. — Traitement. — Antiphlogistiques. — Arsenic. — Huile de foie de

- morue. — Le traitement des affections cutanées doit reposer sur la considération de l'état constitutionnel. — Les affections squameuses peuvent être contagieuses.
- Pompholyx diutinus.** — Bons effets des applications locales de nitrate d'argent. — Emploi du même moyen dans un cas d'yaws. — **Button scurvy** guéri par la salivation,
- Tinea capitis.** — Contagion et traitement. — Dangers de la disparition rapide des affections cutanées.
- Prurigo.** — Observations. 497

SOIXANTE ET UNIÈME LEÇON. — Le purpura.

- Des diverses formes de purpura. — Variété nouvelle décrite par l'auteur et nommée par lui *exanthema hæmorrhagicum*. — Observations. — Lésions anatomiques. — Caractères du pouls. — Diagnostic de cette forme de purpura et du scorbut.
- Du scorbut de mer.** — Observations. — Effets des pertes de sang abondantes. — Épanchement de sang dans les deux yeux.
- Affections du système pileux.** — Du développement des cheveux. — Cheveux gris reprenant leur couleur primitive. — Inflammation des bulbes pileux. — Théories sur la coloration des cheveux. 513

SOIXANTE-DEUXIÈME LEÇON. — Maladies vénériennes.

- Blennorrhagie.** — Rapport du docteur Roe sur le traitement des maladies vénériennes. — Des injections urétrales. — Réfutation des objections qui ont été faites contre cette méthode thérapeutique. — Observations de M. Hoskyn sur l'ophtalmie d'Égypte. — Traitement de la blennorrhagie récente. — Règles à suivre pour l'administration des injections. — *Le virus blennorrhagique diffère du virus syphilitique.* — **Rhumatisme et ophtalmie blennorrhagiques.** — Mode de production et traitement de ces complications. — Observations. 538

SOIXANTE-TROISIÈME LEÇON. — La syphilis.

- Pathologie et traitement.** — Dissidence des praticiens touchant l'emploi du mercure. — Les médecins anglais ont proposé les premiers le traitement non mercuriel. — Rapports des médecins militaires.
- Similitude de la cachexie mercurielle et de la syphilitique.
- Rapport de Günther sur la pratique du docteur Fricke à Hambourg. — **Exposé de la méthode de Fricke.** — Sa classification des chancres.
- Angine syphilitique. — Éruptions cutanées. — Affections des os. 560

SOIXANTE-QUATRIÈME LEÇON. — La syphilis.

- Pathologie et traitement.** — Expériences ultérieures de Fricke. — Exposé de sa doctrine sur la contagion et la prédisposition. — Ses conclusions au sujet du traitement.
- Traitement antiplastique. — Observations du docteur Struntz sur le traitement de la syphilis sans mercure.
- Lettre du docteur Oppenheim (de Hambourg) sur le traitement de la vérole dans cette ville.
- Communication du docteur Staberoh (de Berlin). 593

SOIXANTE-CINQUIÈME LEÇON.— La syphilis. — Ophthalmie syphilitique.

Iritis.—Mode de début.— La marche et la gravité de cette affection sont également variables.— Indications thérapeutiques. — Emploi des mercuriaux.

De la périostite.— Influence du mercure. — Ostéite mercurielle du crâne, — des vertèbres.

Accidents syphilitiques secondaires.— Observations. — Traitement de la syphilis sans mercure.— Traitement des chancres.— Abus du mercure. — Communication du docteur Tuohill sur le traitement du phagédénisme. — Certains poisons peuvent déterminer une éruption semblable à celle de la syphilis. 615

SOIXANTE-SIXIÈME LEÇON.— La syphilis.— Usage et abus du mercure.

Des accidents déterminés par l'administration imprudente du mercure.— Influence de la disposition scorbutique.—Observation. — Circonstances qui peuvent annihiler les bons effets du traitement mercuriel.— Mode d'administration.— **Affections complexes causées par le mercure.**—Nécessité d'une étude analytique en matière de syphilis.— Salivation mercurielle.—Ptyalisme idiopathique. Il est souvent difficile de reconnaître l'origine, syphilitique ou mercurielle, des accidents secondaires. — Observation. — Conclusions générales. 643

SOIXANTE-SEPTIÈME LEÇON. — La périostite.

La connaissance de cette affection est due à sir Philip Crampton. — Causes de la périostite. — Maladies avec lesquelles elle peut être confondue. — Usages du périoste. — Siège de la périostite.

Périostite du crâne — Description de ses trois formes. — Emploi des mercuriaux à hautes doses. — Observation.

Périostite vertébrale. — Difficultés du diagnostic. — **Périostite du sternum.** — Rhumatisme plantaire.

Symptômes de la périostite. — Forme diffuse. — circonscrite. — Traitement. — Odontalgie par inflammation du périoste alvéolaire. 663

SOIXANTE-HUITIÈME LEÇON.— Amaurose.

Siège et nature de cette affection. — Ses causes. — Observations.

Du vertige.—Ses phénomènes et ses causes.— Traitement de l'amaurose.— Des effets de l'amaurose incomplète sur la vision. — Applications pratiques.

Affection douloureuse des pieds.—Observations.— Confirmation des vues de l'auteur sur la circulation capillaire.

Cancrum oris.— Cette affection est propre aux enfants. — Elle n'attaque que ceux qui ont été affaiblis par quelque maladie fébrile. — Préceptes thérapeutiques.

Abcès profond du cou. — Mobilité singulière du sternum. 682

SOIXANTE-NEUVIÈME LEÇON. — De l'insomnie.

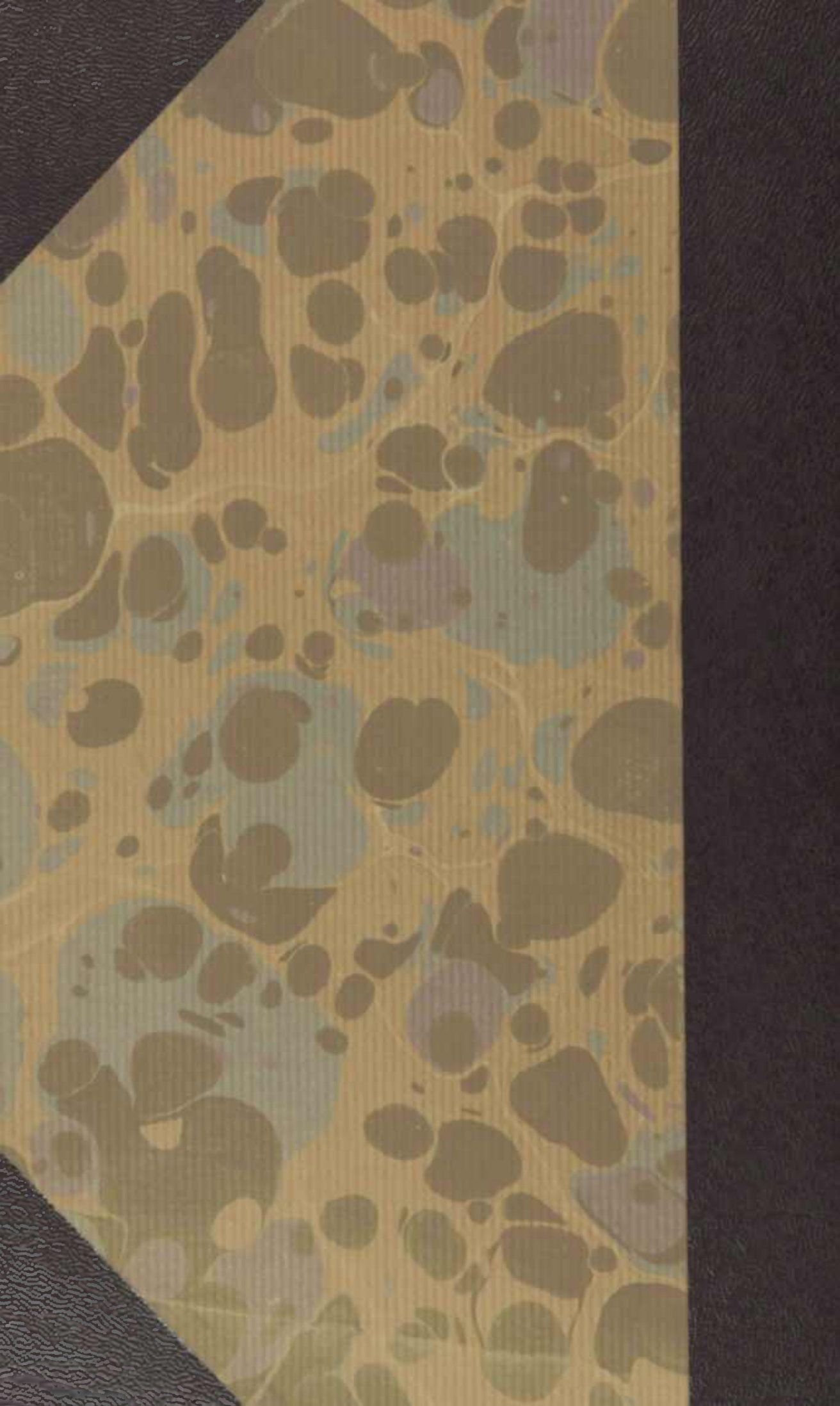
Ses causes.—Elle est quelquefois l'avant-coureur de la folie.—Gravité de l'insomnie dans l'ictère. — Traitement. — Règles de l'administration des narcotiques.

Insomnie du *delirium tremens*, — du typhus fever. — Emploi de la solution de chlorhydrate de morphine. — Avantages des lavements opiacés. — Insomnie du *delirium traumaticum*. — Insomnie produite par les vésicatoires. — Insomnie des hypochondriaques et des hystériques. — Emploi des lotions froides sur la tête. — Usage externe des narcotiques. — Formule d'un emplâtre.
 Insomnie persistante. — Elle est souvent causée par la dyspepsie. 703

SOIXANTE-DIXIÈME LEÇON. — Action et mode d'administration de quelques médicaments.

Emploi du calomel dans les phlegmasies aiguës. — Avantages des doses élevées. — Règles à suivre pour l'alimentation et les boissons. — Emploi du calomel dans les maladies chroniques. — Usage externe des mercuriaux. — Du tartre stibié. — Son emploi dans les affections chroniques. — Huile de foie de morue. — Aconit. Ventouses sèches. — Mixtures effervescentes. — Sinapismes.
 Conclusion. 725

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU DEUXIÈME VOLUME.





des personnes chaudement vêtues, qui s'étendaient sur un sofa près du feu. Quoi qu'il en soit, messieurs, je vous engage à ne pas perdre de vue le fait lui-même : s'il est vrai, en effet, que nous devons rapporter ordinairement à une lésion sérieuse des poumons ou de la plèvre la toux qui est subitement modifiée par le changement de position, il est également vrai que nous ne devons pas accorder à ce signe une importance absolue, puisque nous le rencontrons quelquefois dans la trachéite ou dans la bronchite simple.

La sensation de chatouillement paraît appartenir en propre à la peau. Tantôt elle semble dépendre de causes très-légères, dont l'action est insuffisante pour amener cette modification du système nerveux qu'on appelle douleur ; dans d'autres circonstances, elle paraît liée à l'ascension et au déclin des phénomènes inflammatoires. Dans le premier cas, elle est plus rarement observée, et elle provient du trouble de l'innervation qui précède l'inflammation ; dans le second, elle reconnaît pour cause certaine modification mystérieuse dans l'action des nerfs de la partie malade : cette modification annonce le retour à l'état normal. La sensation de chatouillement n'affecte que très-légèrement les tissus muqueux, encore faut-il pour cela certaines conditions spéciales. Sur la muqueuse aérienne, on n'observe le chatouillement que sur ce point limité de la trachée que je vous ai déjà signalé ; il ne se développe jamais sur la muqueuse intestinale. Les seuls points du tube digestif sur lesquels il a lieu sont le nez et l'anus, et là cette sensation incommode est à portée de notre main. Cette circonstance est assurément fort heureuse ; car si l'intestin pouvait être le siège de démangeaisons analogues à celles de la peau, nous éprouverions un véritable supplice. Si les lombrics de l'intestin grêle, au lieu de déterminer une démangeaison incommode du nez, causaient un chatouillement aussi violent sur la muqueuse gastro-intestinale, pourriez-vous concevoir un tourment plus pénible ? Quelles atroces souffrances éprouveraient les malheureux patients, si les ascarides occasionnaient dans le côlon le chatouillement qu'ils font éprouver à la marge de l'anus !

Laissant de côté les causes les plus ordinaires et les plus connues de la toux, telles que la bronchite, la pneumonie, etc., je vous signalerai tout d'abord une source d'irritation pulmonaire qui n'est point rare, et sur laquelle il importe d'être bien renseigné ; car une erreur de diagnostic peut conduire à un traitement nuisible pour le malade et honteux pour le médecin. Je ne puis mieux vous faire connaître cet état morbide qu'en vous rapportant un fait que j'ai observé avec le

poumons étaient altérés, mais le droit était profondément modifié dans sa structure. Des tumeurs de grosseurs diverses, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une orange, étaient disséminées dans le parenchyme, de sorte qu'elles l'avaient presque entièrement fait disparaître. Les grosses bronches, quelques débris de tissu pulmonaire autour des tumeurs les moins volumineuses, un petit fragment du lobe supérieur, voilà tout ce qui restait du poumon. Toutes ces tumeurs étaient enkystées; elles consistaient en une matière glaireuse, épaisse, blanchâtre, semblable à du pus, contenue dans une fine trame celluleuse. Ce tissu cellulaire provenait de la face interne du kyste; c'est de ce tissu que dépendait la consistance de la tumeur: lorsqu'on la coupait, elle conservait sa forme. Toutes les masses morbides du poumon, depuis leur début jusqu'à leur développement complet, présentaient les mêmes caractères; seulement les grosses tumeurs tendaient à se réunir et à se fusionner, et elles renfermaient une proportion de liquide relativement plus considérable. Au moyen de la malaxation ou de la macération, on pouvait débarrasser la trame celluleuse de tout le liquide qui y était infiltré. On conserve dans le musée une préparation de ce genre: on y voit dans tous leurs détails le kyste et le tissu cellulaire qui constituaient le squelette de ces tumeurs.

« Sur tous les points de son étendue, la masse morbide adhérait aux parois de la poitrine; ayant acquis un volume plus considérable que celui de la cavité dans laquelle elle était renfermée, elle avait refoulé les espaces intercostaux, le médiastin et le cœur. La lésion était moins avancée dans le poumon gauche que dans le droit; des deux côtés, elle était plus développée dans le lobe inférieur. »

J'ajouterai en terminant que le musée du Collège des chirurgiens possède une moitié du poumon cancéreux de Keating; l'autre moitié est conservée dans le musée de Park-street.

cultés. L'excès de volume du poumon gauche dépend de sa solidification ; il n'a pu revenir complètement sur lui-même après la mort. Une section de l'organe va nous montrer l'étendue de la caverne : elle est assez considérable pour contenir une petite orange, et ses parois sont revêtues d'une membrane semi-cartilagineuse. A la partie supérieure et interne existe une petite ouverture qui paraît être le commencement d'un de ces conduits fistuleux qu'on rencontre fréquemment dans la phthisie sénile. Si j'introduis une sonde dans cet orifice, vous pourrez suivre le trajet de ce canal, et vous verrez qu'il aboutit à l'une des grosses ramifications de la bronche gauche. Notre section nous permet en outre de voir des dépôts de petits tubercules granuleux dans la partie antéro-supérieure du poumon ; ces tubercules diffèrent complètement par leur aspect et par leur volume de ceux qu'on observe chez l'enfant et chez l'adulte.

Pratiquons maintenant une coupe dans le poumon droit. Il paraît beaucoup moins altéré ; néanmoins vous ne devez pas oublier que, dans tous les cas de phthisie pulmonaire chronique, l'affection est rarement limitée à un seul côté. Regardez les choses d'un peu plus près, et vous verrez des îlots de granulations tuberculeuses qui semblent infiltrées dans le parenchyme pulmonaire ; le tissu qui les environne n'est pas vascularisé et densifié, comme il l'est autour des gros tubercules de l'adulte et de l'enfant. Notre coupe a porté sur une petite cavité : d'après son aspect, d'après son contenu, vous pouvez juger qu'elle est de formation récente ; elle n'est pas doublée d'un revêtement semi-cartilagineux, et elle est très-peu étendue. Elle renferme un liquide muco-purulent, et elle communique librement avec une bronche assez volumineuse.

Quant aux viscères abdominaux, ils ne présentaient rien de remarquable, sauf dans la portion d'intestin que je mets sous vos yeux. Le foie et les reins avaient leur volume naturel ; ils étaient un peu indurés et très-friables ; il y avait quelques tubercules à la surface de la rate. L'estomac, le duodénum, le côlon et le rectum sont parfaitement sains. Mais vous pouvez voir dans le cæcum et dans l'iléon quelques ulcérations de forme ovale, qui correspondent aux glandes de Peyer. Sur certains points, le travail ulcératif n'est pas limité à la muqueuse ; il a détruit également la tunique musculuse, et peu s'en faut qu'il n'ait produit une perforation.

Ce fait mérite la plus sérieuse considération. Nous voyons ici des ulcérations profondes qui ont intéressé à la fois la tunique muqueuse

vent même ces deux affections coexistent : c'est ce qui avait lieu chez notre homme. D'une manière générale, je ne regarde pas l'inflammation du péricarde comme plus dangereuse ou plus rebelle que celle de la plèvre ; je crois, de plus, qu'elles sont toutes deux aussi facilement reconnaissables. Il est des cas, je le sais, dont la marche est très-insidieuse ; mais la cérébrite, la pneumonie, et toutes les autres phlegmasies présentent des faits de ce genre : le plus ordinairement un médecin instruit et attentif découvrira d'emblée l'existence d'une péricardite.

En présence d'un individu qui a été exposé à l'action de l'une des causes capables d'exciter un mouvement fébrile, qui a éprouvé antérieurement une attaque de goutte ou de rhumatisme, ou qui en est actuellement atteint, le médecin doit immédiatement diriger son attention vers l'organe central de la circulation ; s'il constate alors que les battements du cœur sont irréguliers ou tumultueux, ou s'il observe un malaise, une oppression dont aucune affection pulmonaire actuelle ne peut rendre compte ; s'il juge, d'après le facies de son malade, qu'il s'agit d'une maladie grave, alors, après s'être assuré de l'intégrité de l'appareil pulmonaire, il examinera avec le plus grand soin la région précordiale.

Un des symptômes les plus fréquents de la péricardite, c'est une sensibilité anormale dans les espaces intercostaux de la région du cœur. Souvent cette sensibilité ne se développe que sous la pression ; quelquefois même la sensibilité à la pression existe indépendamment de toute douleur, de tout élancement dans la poitrine ; mais lorsque ces deux ordres de signes sont associés, c'est déjà une grande présomption en faveur de l'existence d'une inflammation du péricarde. D'après la remarque du docteur Elliotson, la douleur précordiale est généralement augmentée par une pression exercée de bas en haut au niveau de l'hypochondre gauche. Je vous renvoie, du reste, aux mémoires que les docteurs Stokes et Mayne ont publiés dans le *Dublin Journal* ; vous y trouverez l'analyse complète des signes physiques fournis par la percussion et l'auscultation, et vous y apprendrez également pourquoi les symptômes généraux de la péricardite sont susceptibles d'aussi étranges variations (1).

(1) Le premier mémoire du docteur Stokes a paru en 1833, dans le *Dublin Journal of medical science*, sous ce titre : « *Researches on the diagnosis of pericarditis.* » Depuis cette époque, ce médecin distingué s'est occupé sans relâche de cette question, et dans

cique, de sorte que le cœur est en rapport intime avec le sternum et les cartilages costaux. Il n'y a pas de liquide dans le péricarde, mais la surface séreuse est tapissée de lymphes plastique; au niveau de la base du cœur, des brides s'étendent d'une paroi à l'autre. En ce point l'exsudation paraissait être de date récente : on pouvait l'enlever aisément, et elle présentait une disposition comparable à celle d'un rayon de miel. A la pointe, les adhérences étaient solides. Le cœur lui-même était hypertrophié, et les deux ventricules étaient dilatés. L'endocarde, les valvules, l'aorte et l'artère pulmonaire étaient parfaitement sains.

Or plusieurs circonstances eussent pu faire songer à une lésion valvulaire. Il ressort des renseignements donnés par le malade, qu'il souffrait depuis longtemps de palpitations, de défaillances, de dyspnée, et que l'anasarque était déjà ancienne; ajoutez à cela que le genre de vie de cet homme et sa profession sont une cause fréquente d'affection des valvules; mais c'étaient surtout les signes physiques qui pouvaient induire en erreur. L'augmentation de la matité précordiale révélait un accroissement du volume du cœur; les bruits normaux étaient masqués par deux bruits prolongés, qu'on n'entendait pas à la pointe, mais qui étaient parfaitement distincts à l'origine et sur le trajet de l'aorte; de plus, l'un de ces bruits avait un timbre parfaitement musical. A une première visite, toutes ces circonstances, jointes à l'état du pouls, à l'absence de frémissement, de douleur et de malaise dans la région cardiaque, auraient pu facilement nous induire en erreur.

D'autre part, cependant, les phénomènes présentés par le malade différaient à plusieurs égards de ceux que l'on attribue aux affections des valvules aortiques. Bien qu'entendus à une grande distance, les bruits ne suivaient pas avec une exactitude parfaite le trajet de l'aorte et de ses branches; on ne les retrouvait ni dans les carotides, ni dans les sous-clavières; ces vaisseaux ne présentaient aucun *thrill*, aucune pulsation visible; de plus, lorsqu'on étudiait ces bruits avec le stéthoscope, ils paraissaient avoir une origine superficielle, et ils offraient la même intensité sur une grande étendue. Telles étaient les considérations qui me faisaient pencher vers l'idée d'une péricardite.

Le jour suivant, il n'y avait plus de doute possible; le bruit musical avait disparu, il était remplacé par un bruit de cuir accompagné d'un frémissement intense au niveau de la base du cœur. Pendant tout ce temps, le pouls, à 72, restait parfaitement régulier, quoiqu'il fût très-

cussion. J'ai vu des individus prédisposés à la fièvre rhumatismale, et qui avaient eu antérieurement des attaques de rhumatisme à forme commune, c'est-à-dire la fièvre et l'arthrite, être pris, après un refroidissement, de symptômes de pyrexie, qui, pour l'intensité, la durée et tous les autres caractères, étaient identiques avec ceux des accès précédents : un seul élément faisait défaut, c'était l'inflammation articulaire.

Mais, dira-t-on peut-être, ai-je bien le droit de donner à la fièvre de ces malades la qualification de rhumatismale? Voici ma réponse. L'urine était la même que durant les attaques antérieures; les sueurs, dont l'abondance n'atténuait point du tout le mouvement fébrile, avaient cette odeur spéciale qu'on n'observe que dans la fièvre rhumatismale. Il existait enfin un dernier trait de ressemblance : quoique la fièvre fût intense et la soif vive, quoique la langue fût très-chargée, cependant l'appétit n'était pas notablement diminué, du moins au début. Ces considérations ont une haute importance pratique; elles montrent que, dans le rhumatisme articulaire aigu, nous ne pouvons espérer guérir directement la fièvre par les moyens que nous dirigeons contre l'inflammation articulaire. *De même que l'arthrite peut exister sans fièvre rhumatismale, ainsi la fièvre rhumatismale peut exister sans arthrite; lorsque les deux états morbides coexistent, ils s'aggravent réciproquement, mais la guérison de l'un ne détermine pas nécessairement la disparition de l'autre.*

Une femme de dix-neuf ans, nommée Fitzgerald, entra dans notre service le 1^{er} septembre, pour un mouvement fébrile assez léger. Elle se plaignait surtout de douleurs de tête et d'insomnie. Le pouls était vif, la langue sale. Sous l'influence d'un traitement convenable, tout paraissait aller au mieux, lorsque le 5 septembre on trouva la malade dans l'état que je vais vous rappeler :

Facies pâle et anxieux; respiration précipitée, à 40; les ailes du nez se dilatent convulsivement à chaque inspiration; le pouls, qui est tombé de 90 à 50, est faible, irrégulier et intermittent; pas de toux ni de douleur dans la poitrine; pas de palpitations. L'examen physique ne révèle nulle part aucune lésion, si ce n'est dans la région précordiale; là existe un frottement très-distinct qui accompagne les deux bruits du cœur. Ce frottement était plus marqué à la pointe, et il paraissait coïncider surtout avec le premier temps. On percevait en même temps un frémissement très-net; dans aucune position, le bruit ne prenait le caractère du bruit de soufflet. L'impulsion du cœur était extrêmement

amène souvent de la diarrhée : c'est ce qui arrive, par exemple, avec la préparation ordinaire, qui se compose d'une drachme (4 grammes) d'acide dilué pour une pinte (475 grammes) de décoction de salsepareille.

Vous m'avez entendu prescrire du nitrate d'argent chez un de nos phthisiques, qui était affecté d'une diarrhée opiniâtre ; quelques mots sur l'emploi de ce médicament. On traite le plus ordinairement la diarrhée des phthisiques par les préparations de chaux, la teinture d'opium et le kino ; mais ces moyens agissent trop, pour ainsi dire, ils dépassent le but : non-seulement, en effet, ils arrêtent la diarrhée, mais ils augmentent considérablement les sueurs. Aussi l'azotate d'argent est-il bien préférable ; comme les remèdes précédents, il met fin au dévoisement, et il n'a pas comme eux l'inconvénient d'accroître encore la diaphorèse. En fait, je ne sache pas de meilleur procédé pour arrêter la diarrhée colliquative que le nitrate d'argent à la dose de trois ou quatre grains (18 centigrammes à 24 centigrammes) par jour.

Il est probable cependant que le sulfate de cuivre remplirait également bien l'indication. Je ne parle point ici, cela va sans dire, de la diarrhée qui est entretenue par des ulcérations intestinales ; dans ce cas, en effet, ces divers agents thérapeutiques doivent être laissés de côté. Mais j'ai la conviction qu'au début de la phthisie, la diarrhée provient très-souvent de ce qu'on pourrait appeler les *sueurs intestinales* (diarrhée colliquative des anciens), et non pas de l'ulcération des glandes de Peyer, comme le supposent la plupart des médecins modernes ; je crois en un mot que la peau et la muqueuse de l'intestin remplissent ici des fonctions identiques et compensatrices. Quant à la diarrhée qui est liée aux ulcérations, et qui détermine dans l'abdomen une sensibilité anormale à la pression, elle appartient en général à la deuxième et à la troisième période de la phthisie.

Un malade qui avait été atteint de dysenterie est sorti ces jours derniers de notre service ; je vous ai dit que je reviendrais sur l'histoire de cet homme, et je veux en ce moment remplir ma promesse. Dans les mois d'août et de septembre derniers, nous avons eu à Dublin quelques cas d'une dysenterie qui a présenté la plus grande analogie avec celle de Cullen. Cette maladie était caractérisée par de la fièvre, des coliques, du ténesme, de besoins fréquents d'aller à la selle, et par l'évacuation d'un peu de mucus sanguinolent, mêlé parfois de quelques scybales. Or, dans cette forme de la maladie, plusieurs auteurs sont portés à

cependant elles sont encore exaspérées par le changement de position ; la bouche est devenue douloureuse, les gencives sont ramollies ; pouls à 104, assez plein, mais très-facilement dépressible ; 40 respirations. Langue sale et humide.

18 septembre. — Depuis qu'on applique des cataplasmes, les douleurs sont tellement atténuées, que la malade peut étendre ses jambes ; elle paraît se trouver mieux ; elle est, ce matin, couverte de sueurs profuses ; la pression sur l'abdomen est encore douloureuse. Il existe à l'épigastre et dans l'hypochondre droit une tumeur considérable, d'une forme un peu conique, qui présente une certaine élasticité lorsqu'on la comprime ; *elle est mate à la percussion*. La pression sur cette tumeur est beaucoup plus douloureuse que partout ailleurs.

19 septembre. — La tumeur est la seule partie de l'abdomen où la pression développe encore de la douleur. Cette tumeur s'étend de l'appendice xiphoïde jusqu'à deux pouces au-dessus de l'ombilic ; dans le sens latéral, elle occupe un espace de trois à quatre pouces. Elle donne aujourd'hui une sensation de fluctuation obscure.

20 septembre. — Hier est survenue une diarrhée abondante qui a continué toute la nuit ; il y a eu huit ou dix selles liquides, d'une couleur noire ; chacune d'elles était précédée de douleurs et de coliques. La malade a été en outre incommodée par des frissons, et des douleurs dans le dos. La respiration est fréquente (44), et elle se fait difficilement ; le pouls est petit et dur, à 132. La langue conserve son humidité. Pas de modification dans les symptômes abdominaux.

24 septembre. — Depuis le 21, la diarrhée a cessé ; les sueurs sont moins abondantes, l'aspect de la malade est plus satisfaisant. Elle se plaint surtout de douleurs dans le dos, et tout le long de la colonne vertébrale. La percussion de la tumeur *donne aujourd'hui un son tympanique* ; la partie inférieure du côté gauche fournit également un son très-clair ; *on ne retrouve plus la fluctuation qu'on avait observée le 19* ; la sensation d'élasticité est la même. Le pouls, à 116, est plus mou et plus fort ; 30 respirations.

26 septembre. — La malade a été incommodée toute la nuit par un hoquet continu ; elle a à peine dormi, elle a eu des sueurs abondantes. Elle n'éprouve de douleurs que dans le dos et dans les lombes ; elle n'a pas d'appétit, mais elle est tourmentée par une soif ardente. La tumeur paraît plus déprimée ; elle n'est plus sensible et donne toujours un son tympanique. Pouls petit et mou, à 128 ; 32 respirations régulières. *On introduira dans l'œsophage le tube de la pompe stomacale.*

également des gaz qu'elle contenait, car toute trace de tumeur a fini par disparaître.

IV — La diarrhée était causée par l'écoulement incessant de la matière fétide et irritante, qui passait de l'abcès dans l'intestin.

V. — Aucun symptôme spécial, ni douleur, ni trouble fonctionnel, n'a révélé les ulcérations étendues de l'estomac.

Je reviendrai sur ce point, lorsque je vous aurai exposé l'histoire de deux autres cas d'ulcérations gastriques.

VI. — Obéissant à la loi de la similitude de structure, l'inflammation s'est propagée *tout d'abord* de l'abcès à la plèvre et au péricarde.

VII. Peu de temps après le début de cette péricardite, alors que nous en percevions nettement les signes physiques ordinaires, des phénomènes nouveaux ont apparu; *ils indiquaient le moment où la perforation du péricarde a permis l'entrée de l'air dans sa cavité.*

VIII. — Bien que la malade fût atteinte, au moment de son entrée, d'une péritonite suraiguë, l'autopsie ne nous a montré aucune trace d'une inflammation péritonéale généralisée.

IX. — On demandera peut-être pourquoi je n'ai pas ouvert l'abcès dès que la fluctuation est devenue évidente : la tumeur s'était formée en si peu de temps, elle semblait marcher si rapidement vers la périphérie, que j'ai cru plus sage d'attendre un jour ou deux afin de diminuer la gravité de l'opération. Je ne prévoyais pas, je l'avoue, que, dans un espace de temps aussi court, la matière de l'abcès pût se frayer une autre issue.

Dans le fait suivant, il s'agit d'un abcès abdominal ouvert à l'extérieur, et qui communiquait également avec l'estomac.

Catherine Delany blanchisseuse, âgée de cinquante-six ans, a été admise à Meath Hospital le 5 mai. Cette femme porte une tumeur abdominale très-volumineuse, qui a paru il y a deux ans et qui a occupé primitivement l'hypochondre gauche. Cette tumeur a fait des progrès peu rapides, mais continuels; elle ne paraît avoir eu aucune influence sur la santé générale, car Catherine travaillait encore quelques jours avant son entrée à l'hôpital. La tumeur, de forme globuleuse, inégale et de consistance assez ferme, est très-bien limitée dans ses contours; elle occupe toute la région ombilicale, elle envahit par en haut la partie inférieure de l'épigastre, et descend jusqu'aux limites supérieures de la région pubienne. Latéralement, elle empiète notablement sur les lombes. Du reste, elle est parfaitement mobile, et obéit, dans ses mouvements, au décubitus de la malade. Dernièrement, *mais dernièrement*

abondantes, on lui a administré une bonne dose d'opium, qui lui a donné un sommeil bienfaisant et réparateur.

Puisque je vous ai parlé de la gravité extrême de l'ictère qui s'accompagne de phénomènes nerveux, je vais vous rapporter quelques exemples remarquables de cette forme de jaunisse ; les trois faits suivants m'ont été communiqués par le docteur Hanlon (de Portarlington), et j'espère que vous apprécierez comme moi-même l'importance de ces observations (1).

OBS. I. — « Le samedi 25 juillet 1840, j'ai été appelé auprès de miss Maria B..., âgée de dix-sept ans. Cette jeune personne s'était toujours bien portée jusque-là ; mais le vendredi précédent elle s'est plainte d'un abattement insolite ; quelques heures plus tard, elle a été prise de vomissements bilieux, qui depuis lors se sont reproduits trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures. Lorsqu'elle a commencé à vomir, la malade est devenue jaune et la teinte a pris une intensité croissante jusqu'au jaune verdâtre. Depuis deux jours, avant l'apparition des vomissements, les intestins étaient constipés, et il n'y avait pas eu de selle, quoique le pharmacien eût fait prendre à miss B... plusieurs purgatifs. Des potions effervescentes et d'autres remèdes encore avaient été administrés dans le but de mettre fin aux vomissements, mais tout était resté sans résultat.

« Lorsque j'arrivai auprès de la malade, elle avait la langue recouverte d'un épais enduit de mucosités jaunâtres ; elle souffrait à l'épigastre et dans l'hypochondre droit ; la soif était vive ; le ventre n'était pas sensible à la pression ; l'urine était rare et fortement colorée, le pouls à 80. Il y avait, en outre, une céphalalgie légère ; les pupilles étaient normales, mais le sommeil était perdu, et la jeune malade semblait irritée et inquiète.

« Un purgatif composé de calomel, d'extrait de coloquinte et d'huile de croton, secondé par des lavements laxatifs, amène vers le soir une évacuation très-pénible et fort peu abondante de matières noires. Je fais appliquer des sangsues à l'épigastre et sur la région du foie ; on recouvre le ventre de cataplasmes ; je prescris en outre 3 grains (18 centigrammes) de calomel toutes les quatre heures, et toutes les huit heures

(1) Si nous laissons de côté les faits peu probants d'ailleurs de Baillou, de Bonet, de Morgagni et quelques autres, les trois observations de Hanlon sont, avec les deux cas d'Alison et les deux faits de Bright, les premiers exemples bien nets et bien circonstanciés de l'ictère grave.

(Note du TRAD.)

jour une potion composée d'une demi-drachme (2 grammes) de teinture d'écorce d'orange, 20 minimes (8 grammes) de teinture de houblon, 5 grains (30 centigrammes) de carbonate de soude, et une once (32 grammes) d'eau.

Il y avait, ces jours derniers, dans le service, une femme chez laquelle vous avez pu observer un fait des plus remarquables. Cette malade avait une *phlegmatia dolens*; tout d'un coup cette affection a attaqué l'un des yeux, l'a détruit en très-peu de temps, et ce travail de désorganisation n'a déterminé aucune rougeur extérieure. Je n'avais jamais eu l'espoir de guérir cette femme, car la *phlegmatia dolens* était compliquée chez elle d'une inflammation de la muqueuse intestinale et pulmonaire. Cette malade avait une fièvre ardente, elle vomissait et souffrait beaucoup de l'estomac; elle avait de la diarrhée, de la tympanite; le ventre était distendu, les veines superficielles étaient dilatées au point de donner l'idée d'une ascite. Ajoutez à cela une toux bronchique des plus pénibles, et vous conviendrez avec moi qu'un tel concours de phénomènes ne laissait guère de place à l'espérance; en dépit de tous nos efforts, cette pauvre femme a succombé sous le poids de tant de maux.

Je ne vous rapporterai point ici tous les détails de ce fait, et je vous ferai grâce de l'énumération de tous les remèdes que nous avons vainement employés; je veux seulement vous signaler les particularités que M. Hudson a constatées à l'autopsie. Il n'y avait pas de sérosité dans les cavités pleurales, mais le péricarde en renfermait une quantité considérable. La plèvre gauche était adhérente dans toute son étendue. A l'exception d'une légère infiltration œdémateuse en arrière, les poumons étaient sains; les bronches contenaient un liquide sanguinolent et spumeux, mais elles avaient du reste leurs caractères normaux. Le cœur droit renfermait un caillot fibrineux, dans le cœur gauche était du sang coagulé; les valvules étaient intactes. L'estomac et les intestins ne présentaient pas de congestion sanguine, ils paraissaient parfaitement sains; le foie était volumineux et congestionné; la rate, ramollie et presque pulpeuse, était très-développée; les reins, décolorés, offraient çà et là des plaques de dégénérescence blanche. Les organes génitaux n'étaient pas altérés; il y avait seulement une congestion énorme des veines utéro-ovariennes, qui décrivaient de nombreuses flexuosités; les veines du mésentère étaient également gorgées de sang. La veine cave inférieure était saine jusqu'à l'embouchure de la rénale; au-dessous de ce point, les parois du vaisseau étaient épaissies, et la

remarques très-judicieuses au sujet du traitement ; mais je crois que la description de Biett est à la fois plus complète et plus exacte. Toutefois, d'après les faits rapportés par ces auteurs, vous ne sauriez vous faire une idée de la sévérité extraordinaire que présente exceptionnellement le pemphigus. Je me rappelle entre autres deux jeunes gens chez lesquels l'exposition à l'air du derme mis à nu avait eu la plus fâcheuse influence ; leur santé avait fini par s'altérer, ils avaient presque complètement perdu le sommeil, et ils étaient tombés peu à peu dans un état de débilité très-alarmant. Dans ces deux cas, l'affection a été très-rebelle ; elle n'a cédé à aucun des modes de traitement conseillés par Bateman et par Biett ; ma confiance dans l'efficacité de ces médications en a été quelque peu ébranlée, et j'ai résolu alors d'essayer une nouvelle méthode.

En conséquence, j'ai renoncé pour notre jeune garçon aux errements que j'avais suivis jusqu'ici, j'ai fait ouvrir les bulles avec la lancette, et la surface dénudée du derme a été touchée avec un crayon de nitrate d'argent. La peau qui entourait chaque bulle a également été cautérisée dans l'espace d'une ligne (2 millimètres) ; les saillies naissantes qui indiquaient des bulles près de paraître ont été soumises au même traitement. Cela fait, l'enfant fut lavé et on lui fit mettre du linge propre. Or cette application de nitrate d'argent n'a pas eu seulement pour effet de détruire l'affection cutanée partout où elle existait déjà, mais a sans doute profondément modifié la peau ; car depuis ce moment, c'est-à-dire depuis près de quatre mois, nous n'avons pas vu se développer une seule bulle nouvelle. La paume de la main est le seul point de la surface tégumentaire sur lequel nous avons dû répéter la cautérisation ; là, en effet, il était difficile, en raison de l'épaisseur de l'épiderme, d'agir d'emblée, avec l'énergie nécessaire, sur la surface du chorion. Je suis le premier à le reconnaître, ce succès unique ne nous autorise pas à conclure que cette méthode de traitement nous donnera toujours d'aussi bons résultats ; cependant l'amélioration a été si rapide et si frappante, que nous pouvons regarder le nitrate d'argent comme un moyen précieux à ajouter aux autres agents thérapeutiques. Quant au fait qu'une affection cutanée assez générale et assez ancienne pour mériter le nom d'affection constitutionnelle a été guérie par l'emploi exclusif d'une médication locale, il n'est pas facile de l'expliquer. Le liquide contenu dans les bulles ne possède, dit-on, aucune propriété contagieuse ; il est permis dès lors d'attribuer la guérison à la destruction simultanée de toutes les portions de peau qui étaient le siège du

au rhumatisme et à la goutte ; mais ici encore le mercure n'est pas à l'abri de tout soupçon. Cet agent, en effet, attaque et détruit la vitalité des parties ; il a été retrouvé à l'état métallique dans les os ; enfin ces affections disparaissent au moment où se développent les symptômes de salivation.

On ne peut nier que les affections syphilitiques ne puissent être congénitales ; il en est de même de certaines ulcérations qui ressemblent à des chancres, et des lésions produites par l'inoculation du pus chancreux : néanmoins il est rare que l'infection ait lieu au moment de la naissance, bien que les conditions spéciales dans lesquelles se trouvent alors les téguments des enfants semblent devoir favoriser la réception du virus. Des femmes profondément syphilitiques mettent au monde des enfants dont la santé reste excellente ; il se passe ici ce qui a lieu chez les mères atteintes d'herpès ou de quelque autre prédisposition morbide. Lorsque des écoulements ou des éruptions de nature syphilitique apparaissent immédiatement après la naissance, ils ont déjà perdu leurs propriétés contagieuses (ils ne peuvent être reproduits par l'inoculation), et ce fait vient plaider en faveur de cette opinion, que la contagion syphilitique agit comme un simple stimulant anormal : il ne produit aucune cachexie spéciale, il hâte ou il modifie le développement des dispositions morbides préexistantes. C'est ainsi que, sous l'influence de la vérole, on voit apparaître, chez un individu naturellement prédisposé, des manifestations plus ou moins nettes de la scrofule ; mais, dans bon nombre de cas, celles-ci ne se développent qu'au bout d'un temps plus ou moins long, alors que l'affection syphilitique est déjà guérie, et que la santé du malade a été troublée par d'autres causes. Ce n'est point alors la syphilis qui se généralise et qui suit son évolution, c'est la disposition morbide primitive, modifiée par la syphilis. Par conséquent, c'est cette diathèse originelle que nous avons appelée *disposition* qui doit fournir l'indication principale du traitement ; c'est précisément là ce qui nous explique la *curabilité* de la vérole par tant de moyens différents. Cette même doctrine rend parfaitement compte des rechutes ; il n'est aucune méthode de traitement qui en mette à l'abri, mais elles sont plus fréquentes après le traitement mercuriel : or, lorsque la prédisposition héréditaire existe, il suffit d'un *nouveau* stimulant morbide pour donner lieu à de *nouvelles* affections scrofuleuses, herpétiques, rhumatismales et goutteuses. De là ces ulcères chancreux rebelles du prépuce, qui se reproduisent sans cesse après une cicatrisation imparfaite par suite de la chute de l'épiderme. Quelquefois les bords de ces

Toutes les fois donc que vous aurez affaire à l'une des affections de la syphilis, iritis, périostite, angine ou éruptions, vous devez être guidés dans votre traitement par les caractères et la marche des symptômes. S'ils se sont développés graduellement, s'ils n'ont qu'une intensité médiocre, s'ils présentent naturellement une marche chronique, si enfin aucun organe important n'est immédiatement menacé, prenez votre temps et amenez peu à peu votre malade à la mercurialisation. Dans le cas contraire, agissez avec promptitude, saturez le patient d'emblée. Je vous ai déjà dit que lorsqu'une ophthalmie syphilitique menace de détruire la vision rapidement, vous devez donner, trois fois par jour, 5 ou 10 grains (30 ou 60 centigrammes) de calomel; telle doit encore être votre conduite lorsqu'une périostite attaque la lame osseuse qui sépare l'orbite de la cavité encéphalique, ou la table interne du crâne.

La connaissance des tissus qui sont le plus exposés aux affections scrofuleuses vous fournira d'utiles indications pour l'administration du mercure dans les affections syphilitiques. Les tissus blancs ont une vitalité peu active, et les inflammations qui s'y développent ont une marche subaiguë, si ce n'est même chronique; aussi n'est-il pas nécessaire alors de recourir à un traitement aussi énergique que dans le cas où des tissus d'une organisation plus élevée sont atteints. Tel est le principe général, mais il comporte quelques exceptions: soit, par exemple, lorsque l'inflammation envahit un organe composé de tissus hétérogènes, comme l'œil, soit lorsqu'elle attaque, dans sa forme aiguë, les tissus purement albumineux (*purely albuminous*). L'activité vitale du périoste et de l'os est peu considérable, et il en est de même de la plupart des éléments qui entrent dans la composition de l'œil; aussi, lorsque vous avez à combattre une affection inflammatoire de ces divers organes vous ne devez pas vous attendre à modifier soudainement l'état morbide; les tissus de ce genre ont besoin de temps, et de beaucoup de temps, pour revenir à leurs conditions primitives: dans la majorité des cas, c'est par un traitement altérant léger que vous devez attaquer la périostite et l'ophthalmie syphilitiques; donnez le mercure à petites doses, faites faire quelques frictions, et n'oubliez pas que plusieurs semaines doivent s'écouler avant que vous déterminiez la salivation; une fois les gencives légèrement touchées, maintenez les choses dans le même état pendant quelque temps, et ne donnez de mercure que juste ce qu'il en faut pour obtenir ce résultat.

Je reviendrai plus tard sur la périostite, mais je dois vous prévenir

Nous avons en ce moment, dans notre service, deux malades atteints de syphilis, un homme et une femme. L'histoire de ces deux individus ne présente aucune particularité qui ne se retrouve dans tous les faits du même genre; et cependant je crois devoir m'en occuper quelques instants avec vous, car c'est par l'étude des cas particuliers bien plutôt que par les préceptes consignés dans les livres, que vous arriverez à traiter convenablement cette maladie obscure, véritable protégée qui se présente aux yeux du médecin sous mille formes diverses.

Il n'y a pas plus d'un an que la femme qui est actuellement dans nos salles a été infectée. Nous ne savons pas au juste quels ont été les accidents primitifs; cependant, d'après la description qu'elle nous a faite, nous pouvons penser qu'elle a été atteinte d'un chancre véritable. Quelque temps après, elle a été prise de mal de gorge, de douleurs articulaires, et il lui est survenu une éruption; ces accidents l'ont amenée dans cet hôpital il y a dix mois environ, et lorsqu'elle est sortie, elle paraissait guérie. Mais, au bout de quelques semaines, de nouvelles manifestations morbides ont apparu, et jusqu'à ce jour cette femme a constamment ressenti les atteintes de la maladie. Trois points doivent fixer votre attention: premièrement, le retour d'accidents syphilitiques après un traitement hydrargyrique: cette malade avait été soumise à la salivation mercurielle lors de son premier séjour à l'hôpital; deuxièmement, l'existence d'une cachexie syphilitique légère: cette femme est pâle et amaigrie; troisièmement, la lenteur de la marche de la maladie: elle ne se révèle encore aujourd'hui que par quelques taches sur la peau, quelques douleurs dans les jambes, un peu de gonflement du périoste et une arthrite légère.

Je me propose de déterminer chez cette femme une nouvelle salivation, et je la maintiendrai quelque temps. Si j'en vois la nécessité, je donnerai en même temps de la décoction de salsepareille, sans en limiter la quantité. Avec ce traitement, vous verrez l'éruption s'effacer, les douleurs et le gonflement périostiques disparaître, et l'état général devenir plus satisfaisant. Je fais prendre à notre malade, trois fois par jour, 3 grains de pilules bleues et un demi-grain (3 centigrammes) de calomel; ces doses suffisent le plus souvent pour produire la saturation mercurielle chez les femmes. Je ne doute point que nous n'obtenions une guérison rapide, et que cette malade ne recouvre une santé parfaite. L'insuccès du premier traitement mercuriel n'est point une contre-indication, car, cette femme ne fût-elle pas syphilitique, le mercure

serait enco
née et de
L'autre
rouges et sq
affection offi
beaucoup d'
de syphilis re
années déjà,
journallemen
rent pour cac
encore une qu
dans le cas act
écue entanée;
touchés. L'éru
paru depuis de
et de douleurs
traitement. ce f
est excellent, le
aussi j'ai comm
en neuf jours a
qu'après ce tra
coup plus rapide
jour, la bouche
l'influence merc
désiré. J'avais o
grains de pilu
calomel, et voi
ait pris 6 pilule
l'économie ave

(1) Les pilules
position suivante

2°

Broyez le me
et mêlez le tou
Il ne faut p

dant sept semaines ; pendant tout ce temps, il garda la chambre et veilla très-scrupuleusement à son régime. Le 11 mai, les frictions furent laissées de côté ; le médecin avait déclaré que la guérison était complète et qu'il n'y avait aucun danger de rechute. Remarquez, messieurs, que pendant tout ce temps la bouche avait été affectée ; il n'y avait pas eu une salivation profuse, mais les gencives avaient toujours été sensibles.

Pendant l'été et l'automne, notre jeune homme prit le plus grand soin de sa santé. Tout alla bien jusqu'au 9 septembre ; mais alors survint une ulcération dans la gorge. Le malade eut recours au même médecin, qui déclara tout d'abord (pour se justifier sans doute) que ce mal de gorge provenait d'une nouvelle infection. Sur les dénégations formelles de son client, le praticien examina de nouveau l'ulcération et convint qu'elle était le résultat de l'ancienne maladie ; il prescrivit aussitôt un quart de grain (15 centigrammes) de sublimé corrosif par jour. En outre, il toucha plusieurs fois l'ulcération avec une solution de nitrate d'argent ; au septième jour, elle était cicatrisée ; mais, pour se mettre en garde contre tout accident ultérieur le malade continua à prendre le sublimé.

Le 1^{er} janvier 1838, nouvelle ulcération dans la gorge ! Le médecin porte la dose quotidienne de sublimé à un demi-grain (3 centigram.) ; il touche deux fois par jour l'ulcération avec du beurre d'antimoine ; au bout de quelque temps, il ne fait plus qu'une cautérisation par jour. Le 10 janvier, l'ulcère était cicatrisé. Le médecin prescrit le sirop de salsepareille concentré, et fait continuer le sublimé à la dose d'un demi-grain jusqu'au vendredi 2 mars.

Je n'ai pas besoin d'ajouter que le malade était extrêmement affaibli ; le sublimé avait fini par déranger à ce point les fonctions de l'estomac, que ce malheureux jeune homme avait perdu tout appétit depuis deux mois ; il présentait en outre une teinte légèrement ictérique. Je vous rappellerai en passant que la jaunisse n'est point rare chez les individus qui ont pris du mercure en trop grande quantité : c'est un fait que j'ai souvent vérifié, il y a plus de vingt ans, à Lock Hospital.

L'histoire de ce malade nous apporte encore un autre enseignement : elle nous montre que le même virus syphilitique, agissant sur le même individu, peut donner lieu à des déterminations cutanées variables : chez ce jeune homme, en effet, il a d'abord produit des pustules tuberculeuses (*tubercular pustules*), et plus tard il a donné naissance à une éruption de taches cuivrées.

Lorsque c
qu'il était vic
je le fis cesser
mon opinion
induit le pratic
s'opposent aux
Les excès de
circonstances q
l'esprit, portent
la farceuse prop
fait, vous le sa
me bonne boute
mercure pour se
mais donner de
s'aveugler en
mettre à un régime
ne consentent pas
C'est sans doute
tribuer les succe
obats. Le mercu
il n'est pas conve
cations indispen
influence qu'aur
tar que, dans la
vous ai rapporté r
résultats qu'entra
à colorer un autre
effets non moind
ous pour un ch
tété; il s'était tr
cues; pensant
le plus grand u
résultats, il dép
Sur ces entre
tenait ce jeune
active, et rest
l'après-midi.
le malade cha
mais, tout en

devant lui, mais il voit assez nettement les objets qui se présentent sous une certaine obliquité. On peut avoir affaire, dans ce cas, à une opacité limitée au centre du cristallin ; celui-ci, vous le savez, est un corps composé dont la structure nous est restée inconnue jusqu'en ces derniers temps. Lorsque la lentille ou sa capsule perd sa transparence, l'opacité n'est pas toujours diffuse ; elle n'atteint quelquefois que la région centrale. L'individu ainsi affecté ne peut distinguer les objets que si les rayons lumineux arrivent assez obliquement pour atteindre la rétine, malgré l'altération du cristallin.

Il peut se faire enfin que, malgré l'intégrité parfaite de la cornée et de la lentille, le malade voie beaucoup mieux lorsque les objets sont un peu écartés de l'axe visuel : c'est précisément ce qui avait lieu chez notre amaurotique : il distinguait à peine ce qui était devant lui, mais il voyait avec une assez grande netteté les objets situés au-dessous ou sur les côtés de l'axe. Il faut admettre que, dans ce cas-là, l'image des objets situés sur l'axe se forme sur un point de la rétine, qui n'obéit plus à l'excitation produite par la lumière.

Dans le mécanisme normal de la vision, les images des objets se peignent vives et éclairées sur les parties centrales de la rétine ; l'objet dont l'esprit est plus particulièrement occupé se peint sur le centre même de la membrane. Vous savez combien les objets vus obliquement perdent de leur netteté, et combien peu ils impressionnent le *sensorium commune*. Or, lorsque, sous une influence morbide, cette portion centrale de la rétine est devenue insensible à la lumière, toute l'attention se reporte sur les sensations formées par les parties voisines, et aussi longtemps que les choses persistent en cet état, le malade peut voir les objets situés obliquement, mais il ne peut plus distinguer ceux qui sont directement devant lui. Du reste, les portions excentriques de la rétine peuvent être utilisées dans certains cas particuliers, alors même que les yeux sont dans des conditions tout à fait normales. Ce fait a été prouvé par Brewster, par Herschel et d'autres savants. Considérez, par exemple, une étoile de dernière grandeur : elle disparaît à vos yeux si vous la regardez directement ; mais détournez-vous un peu, afin que les rayons lumineux vous arrivent obliquement, aussitôt l'astre redevient visible ; son image se forme alors sur une partie de la rétine qui n'est pas habituellement éclairée, et qui est, par cela même, plus sensible à l'action de la lumière. Cela vous explique, messieurs, pourquoi certains amaurotiques conservent la faculté de la vision oblique, alors même qu'ils ont complètement perdu la vision directe.

30 septembre. — Depuis le dernier rapport, le pied a repris peu à peu ses caractères naturels ; aujourd'hui il conserve à peine un peu de gonflement et une légère teinte livide. Les douleurs n'ont pas repris leur violence primitive ; elles n'ont plus le même caractère : la malade les compare à la sensation qu'on éprouve lorsque la circulation se rétablit dans un membre qui a été engourdi. Les accès ont lieu ordinairement le soir ; ils se sont montrés successivement à trois heures du matin, puis à deux heures, à une heure, à minuit, et ainsi de suite. Certains topiques qui au début de l'affection apaisaient les douleurs, en déterminent aujourd'hui de très-violentes, et ne peuvent être tolérés ; c'est ce qui a lieu pour les liniments anodins et les cataplasmes de ciguë fraîche. Les applications émollientes, telles que les lotions avec l'infusion de camomille, les cataplasmes de mie de pain et de lait, soulagent beaucoup la malade. Du reste, l'état général de sa santé est excellent. Cette dame prend depuis quelque temps des potions effervescentes et de la teinture d'écorce d'orange.

7 octobre. — Il n'y a pas eu de douleurs depuis le 30 septembre : le pied est presque entièrement revenu à son état normal.

Quelque temps après, cette malade a eu une nouvelle atteinte de paralysie qui a été suivie de plusieurs attaques apoplectiformes ; elle a succombé le 25 novembre aux progrès de cette affection cérébrale.

Les bons effets du colchique doivent évidemment faire naître l'idée qu'il s'agissait ici d'une inflammation de nature goutteuse ; cependant le début insidieux des accidents, la violence des douleurs, les changements dans la coloration des téguments, en un mot, tous les phénomènes présentés par cette malade ont été si étranges, ils ont offert une analogie si frappante avec l'affection de la jeune lady dont je vous ai rapporté l'histoire, que j'ai cru devoir rapprocher ces deux faits.

D'un autre côté, si vous songez que les symptômes dyspeptiques et tous les accidents de la goutte ont fait absolument défaut chez cette malade, quoiqu'elle fût âgée de quatre-vingt-deux ans ; si vous tenez compte de l'absence complète de sédiments goutteux dans l'urine ; si enfin vous prenez en considération quelques autres particularités qui ont dû vous frapper dans cette observation, vous arriverez à douter un peu de la nature goutteuse de cette affection ; et vos doutes seront encore justifiés par la disparition graduelle des accidents, qui ont gardé jusqu'à la fin le type tierce.

Chez cette malade, le pied et les orteils étaient si douloureux, la peau avait une teinte rouge livide si intense, que nous craignions à chaque

instant
sénile.

Vous

cinq ans,
rible mala

enfants qui
avait été gr

ment rare,
santé; je ne

Toutes les fo
songer à un

de la consti

rien autre ch

ditions défav
déjà malade.

les enfants, u

fications prof

certain temps

locale qui ne

pathologie, et

ticularité que

Je n'ai pas

la gangrène d

acquittés plus

lent travail su

Reports. Je ve

qui a été ins

nerai donc à

ment. Et d'a

et ne croyer

avoir exclu

dis avec re

mise : vou

pour guid

elle-mêm

aveugle

comme

antisept

complète en faisant prendre tous les jours à mon malade *un grain* de pilules bleues. J'ai donné des soins à un épileptique auquel j'ai administré tous les soirs, pendant deux ans, un grain de calomel. Le médicament n'a pas produit de salivation ; il n'a exercé aucune influence appréciable sur la constitution, et cependant, au bout de deux ans, les accès convulsifs ont complètement disparu.

Un mot maintenant sur l'usage externe du mercure. Vous n'avez sans doute pas oublié cet homme de notre salle d'en haut, qui était affecté d'une périostite crânienne. Les manifestations morbides étaient fort obscures : ce malade était en proie à des douleurs violentes qui le privaient de tout sommeil. En fait, il était très-difficile de savoir à quoi nous avons affaire ; malgré cela, nous avons conclu à une périostite, et nous avons annoncé qu'une salivation mercurielle amènerait la guérison : l'événement a justifié nos prévisions. Dès le début de la stomatite, notre homme s'est trouvé beaucoup mieux ; cependant il ressentait encore quelques douleurs. Qu'ai-je fait alors ? J'ai fait faire des onctions mercurielles sur les points douloureux, et le malade a été immédiatement soulagé. Je ne saurais vous expliquer ce fait, mais il prouve tout au moins que l'opinion des anciens sur l'efficacité des frictions mercurielles était parfaitement fondée. D'ailleurs il a été prouvé, dans ces derniers temps, que c'est un des meilleurs moyens que nous possédions contre l'engorgement du testicule. Dans un cas de péritonite grave, alors que j'avais employé déjà les sangsues, les vésicatoires et le mercure jusqu'à salivation, vous m'avez vu ordonner des frictions mercurielles sur toute l'étendue de la surface mise à nu par la vésication, et je vous ai dit alors que j'en attendais de très-bons effets. Souvenez-vous de ce procédé thérapeutique, et vous pourrez y avoir utilement recours lorsque vous verrez persister quelques accidents après un traitement mercuriel interne.

Je veux maintenant vous dire quelques mots des effets de l'émétique dans certaines affections chroniques. Lorsque des individus très-affaiblis, ou qui ont déjà dépassé la période moyenne de la vie, sont pris d'une maladie aiguë, il arrive souvent qu'après la guérison, ils restent dans un état de faiblesse excessive ; ils n'ont pas de fièvre, mais ils ont complètement perdu l'appétit. *Cette observation est surtout applicable à la bronchite.* Vous voyez alors les jours succéder aux jours sans que le convalescent parvienne à recouvrer ses forces, et pourtant il n'est plus malade, il se plaint seulement d'un affaiblissement extrême et du défaut

d'app
facile,
senten
singuli
constan
verte d'
nausées,
dans la
a la bouc
Il y a
a propose
tredit est
ques en te
quée, elle
pendant q
les tonique
vice, deux
ont été fort
des élèves re
a été notre
Le malade
du petit-ait
stammen
prend toutes
ferme 1 gra
survient de
deux jours
émollient
l'heure d
et on l'e
on adm
et d'un
d'une g
on rev
jour,
Per
l'app
qu'o
app

ORIENTAÇÕES PARA O USO

Esta é uma cópia digital de um documento (ou parte dele) que pertence a um dos acervos que fazem parte da Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP. Trata-se de uma referência a um documento original. Neste sentido, procuramos manter a integridade e a autenticidade da fonte, não realizando alterações no ambiente digital – com exceção de ajustes de cor, contraste e definição.

1. Você apenas deve utilizar esta obra para fins não comerciais. Os livros, textos e imagens que publicamos na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP são de domínio público, no entanto, é proibido o uso comercial das nossas imagens.

2. Atribuição. Quando utilizar este documento em outro contexto, você deve dar crédito ao autor (ou autores), à Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP e ao acervo original, da forma como aparece na ficha catalográfica (metadados) do repositório digital. Pedimos que você não republique este conteúdo na rede mundial de computadores (internet) sem a nossa expressa autorização.

3. Direitos do autor. No Brasil, os direitos do autor são regulados pela Lei n.º 9.610, de 19 de Fevereiro de 1998. Os direitos do autor estão também respaldados na Convenção de Berna, de 1971. Sabemos das dificuldades existentes para a verificação se uma obra realmente encontra-se em domínio público. Neste sentido, se você acreditar que algum documento publicado na Biblioteca Digital de Obras Raras e Especiais da USP esteja violando direitos autorais de tradução, versão, exibição, reprodução ou quaisquer outros, solicitamos que nos informe imediatamente (dtsibi@usp.br).