

une forte diarrhée, ne présentent pas ces pellicules à la surface de leurs matières excrémentielles.

§ 3. — Mélange de parasites et de concrétions aux matières fécales.

Les matières fécales renferment souvent des *corps étrangers* venus, soit de la bouche et introduits avec les aliments, tels que des pépins de fruits, des fragments d'os, etc., soit de l'intérieur même du corps, tels que des concrétions intestinales ou biliaires. On y trouve des *vers*, tels que les oxyures, le ténia, les ascarides, des calculs intestinaux ou biliaires, des *fragments d'intestin* gangrené, à la suite d'une invagination, etc. — A cet égard même l'examen des matières peut être extrêmement utile au diagnostic. Ainsi, chez les personnes gastralgiques, il suffit de déblayer les excréments et de les tamiser pour voir de la *gravelle biliaire* ou des *calculs biliaires* qui sont la cause du mal. — Dans l'épilepsie qu'on suppose vermineuse, il suffit d'examiner une parcelle d'excréments avec le microscope pour y découvrir des *œufs d'entozoaire*, soit des *œufs de ténia*, soit des œufs de lombrics, soit des œufs de tricocéphale, reconnaissables à leur forme différente et pour savoir ce qu'il convient de faire et quel est le remède à employer.

SECTION XVI

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA TYMPANITE ET PAR LE MÉTÉORISME
OU PNEUMATOSE INTESTINALE.

La pneumatose intestinale ou *tympanite* est un état morbide caractérisé par l'accumulation d'une grande quantité de gaz dans le tube digestif. On réserve le nom de *météorisme* à une distension moindre de l'intestin.

Il y a deux sortes de tympanite : 1° la *tympanite essentielle*, nerveuse, due à une exhalation de gaz produite par des troubles nerveux comme chez l'hystérique qui, sans avoir rien mangé, voit dans son ventre se développer des gaz qui disparaissent par absorption et sans évacuation au dehors, et 2° la *tympanite symptomatique* provoquée, soit par des aliments qui fermentent comme les haricots ou les pois et quelques féculents, soit par une altération des tuniques gastro-intestinales qui favorisent la fermentation gazeuse des matières renfermées dans le tube digestif.

Quand la tympanite se développe, tantôt toute la cavité du tube digestif est distendue, et les anses intestinales se dessinent sous la peau du ventre; tantôt la tympanite n'est que partielle, ce qui est le cas le plus fréquent, et alors les gaz occupent surtout le gros intestin.

La pneumatose intestinale change toujours la forme du ventre, qui augmente de volume et devient globuleux. La peau est très-tendue, lisse et luisante; elle présente une résistance élastique et égale dans tous les points de sa surface. Ordinairement il n'y a pas de douleur; s'il en existe, c'est que la distension par les gaz est poussée à un degré considérable, ou bien c'est en raison d'une péritonite subaiguë ou chronique.

Ordinairement la pneumatose intestinale ne dépasse pas certain volume, et, si dans ces cas elle contribue à amener une terminaison funeste, ce n'est qu'indirectement, comme accident secondaire survenu dans une autre maladie. Au contraire, lorsque la tympanite est portée très-loin, elle détermine des symptômes sérieux d'asphyxie. Le diaphragme est refoulé en haut, jusqu'à la quatrième côte, et les fonctions de la respiration et de la circulation, notablement gênées, ne peuvent plus s'accomplir. Dans la tympanite, la percussion donne un son très-clair, dit son *tympanique*, ayant du reste quelque chose de caractéristique, surtout dans les cas où les gaz sont accumulés en abondance.

Quand la tympanite est partielle, il est plus difficile de la constater, ou du moins le bruit que donne la percussion n'est plus aussi caractéristique. Dans ce cas, il faut comparer, pour le bien juger, le bruit que l'on entend avec le bruit normal que donne la percussion du ventre dans l'état de santé. Si le bruit est très-clair, il y a certitude qu'une plus ou moins grande quantité de gaz existe dans l'intestin, en d'autres termes qu'il y a commencement de pneumatose. Cette résonance exagérée ne change pas avec les déplacements du malade; elle indique une énorme distension gazeuse, et quelquefois, dans les cas graves, elle s'élève jusque sous le mamelon. Alors le foie est refoulé en haut et en arrière, il a basculé de telle sorte que la matité donne une étendue moindre que la hauteur habituelle de l'organe. S'il y a des liquides dans l'intestin, le son est différent; outre ces borborygmes de l'intestin qui annoncent leur présence, le bruit fourni par la percussion n'est plus aussi clair ni aussi franchement sonore, il est obscur; c'est ce qu'on appelle le bruit *hydro-aérique*, bruit d'ailleurs très-caractéristique, et qu'on ne saurait confondre avec aucun autre.

Quand la pneumatose intestinale vient compliquer l'ascite, les gaz sont situés, bien entendu, au-dessus du liquide; les anses intestinales, distendues, sonores, forment un paquet qui se trouve placé à la partie supérieure de la couche du liquide renfermé dans la cavité du péritoine. La sonorité s'entend alors au-dessus des parties où siège la matité.

Il y a des cas où le son clair de la tympanite plus ou moins appréciable est très-facile à constater, c'est quand les anses intestinales, soit par le fait d'une ancienne péritonite, soit par la présence d'une tuberculisation en voie de développement, sont adhérentes les unes aux autres.

Il arrive très-souvent dans la tympanite, et surtout dans la tympanite stomacale, de voir des gaz rejetés par la bouche. Quelquefois pareille chose arrive dans la tympanite du gros intestin; mais alors les gaz sont rejetés bruyamment par l'anus. Ces gaz, tant ceux qui sont rendus par la bouche que ceux qui sont expulsés par le rectum, ont habituellement une odeur fétide d'acide sulfhydrique ou d'hydrogène carboné. Le développement gazeux est quelquefois très-rapide, et souvent, après une disparition amenée par l'effet d'une médication convenable, on voit tout à coup le ventre se météoriser de nouveau et la distension être bientôt plus considérable qu'elle n'était primitivement. Comment la tympanite cesse-t-elle? Généralement les gaz sont rejetés au dehors. Cependant, parfois, le ventre diminue rapidement de volume, sans que les gaz soient expulsés. On admet alors que l'absorption les a fait disparaître, c'est le cas de quelques hystériques.

Voici quelle est d'ailleurs, d'après Chevreul, la composition des gaz recueillis dans la pneumatose gastro-intestinale. Ils varient selon le lieu où ils ont été recueillis.

Dans l'estomac il y avait : oxygène, 11 ; acide carbonique, 14 ; hydrogène 3,55 ; azote, 71,45. Total, 100.

Dans l'intestin grêle : oxygène, 0 ; acide carbonique, 24,39 ; hydrogène, 55,33 ; azote, 20,08. Total, 100.

Dans le gros intestin : oxygène, 0 ; acide carbonique, 43,5 ; hydrogène carboné avec traces d'hydrogène sulfuré, 5,47 ; azote, 51,03. Total, 100.

Ces chiffres qui offrent quelques différences dans les analyses diverses qui ont été faites prouvent que l'estomac seul contient de l'oxygène, qu'il y a plus d'acide carbonique dans le gros intestin et que celui-ci seul renferme de l'hydrogène sulfuré.

La pneumatose intestinale est un phénomène éphémère qui dure de un à quelques jours ; d'autres fois elle constitue une affection rebelle, permanente, qui dure plusieurs mois ou plusieurs années. Il est très-fréquent de la voir coïncider avec l'ascite, la constipation, les vomissements spasmodiques, la diarrhée. Elle accompagne très-souvent la fièvre hectique.

Tantôt la tympanite est produite par sécrétion exagérée des gaz, comme dans l'hystérie, tantôt par absence d'excrétion des gaz, quand il y a, par exemple, un obstacle au cours des matières, soit qu'il occupe l'intestin, soit que, situé en dehors de l'intestin, il agisse sur celui-ci en le comprimant. Il y a encore défaut d'excrétion des gaz lorsque les contractions intestinales ne se font plus, en raison de la paralysie de la tunique musculaire.

On pourrait confondre la tympanite intestinale avec la pneumatose utérine et la pneumatose du péritoine. Dans la pneumatose utérine, le développement des gaz à l'intérieur de la matrice produit une tumeur élastique, assez semblable à une tumeur de grossesse, située profondément dans l'hypogastre, remontant quelquefois jusqu'à l'ombilic, et donnant à la pression un son clair. Le toucher démontre que l'utérus est distendu ; on ne peut produire le ballotement, et le doigt, introduit dans le col, peut donner passage à des gaz fétides qui s'échappent avec bruit.

Quelques auteurs ont nié d'une manière absolue la pneumatose utérine, dans l'état de vacuité de l'organe, en dehors de l'accouchement. Malgré les dénégations de Stoltz et Naegele (1), il faut se rappeler que la physométrie existe de façon à simuler la grossesse et que Laennec assure avoir rencontré la pneumatose utérine comme symptôme d'hystérie. V. A. Racle (2) présume cependant que la tympanite utérine n'existe pas et qu'on s'en est laissé imposer par cette accumulation de gaz dans le vagin, connue sous le nom de *rot vaginal*. — Quant à la tympanite péritonéale, si elle existe, elle doit être fort difficile à distinguer de la pneumatose des voies digestives. Combalusier et Baldinger ont cité des faits de ce

(1) Naegele et Grenser, *Traité pratique de l'art des accouchements*, trad. française par Aubenas, Paris, 1868.

(2) Racle, *Traité du diagnostic médical*, 5^e édit. Paris, 1873, p. 488.

genre, et Cazeaux (1) a pensé en avoir observé un nouvel exemple, mais cela est à vérifier.

On rencontre la pneumatose intestinale dans un assez grand nombre de maladies, et principalement dans l'hystérie, dans les névroses de l'estomac, telles que la dyspepsie ou la gastralgie, dans la fièvre typhoïde, la péritonite, les maladies de l'intestin, dans le cancer et l'épithélioma gastriques, etc.

1^o Dans l'hystérie, cette pneumatose constitue un phénomène important. Les hystériques se sentent gonflés, et il leur semble qu'une boule monte de l'estomac les serrer à la gorge ou descend dans le ventre en parcourant tout l'abdomen. Beaucoup de ces gaz sont rejetés par la bouche : ils sont inodores. Ces phénomènes de pneumatose ne sont pas accompagnés de fièvre, ni même d'aucun trouble dans les fonctions. Ils constituent l'un des symptômes de l'hystérie, et ils servent à la caractériser, en ce sens qu'ils font généralement partie de l'attaque hystérique. Même en dehors des attaques, les hystériques ont souvent de la tympanite après chaque repas ; elles gonflent, elles étouffent et sont obligées de se desserrer la taille.

2^o Dans la gastralgie, la pneumatose stomacale est un phénomène assez commun, qui se produit en général immédiatement après le repas, et pendant tout le temps de la digestion, qui est longue, pénible, difficile ; cette pneumatose est accompagnée d'éruptions gazeuses inodores ou fétides, ayant l'odeur de l'acide sulfhydrique. C'est un résultat de la mauvaise assimilation des aliments, et sous ce rapport les féculents sont plus que d'autres l'origine de gaz accumulés. Cette pneumatose est un symptôme habituel de la dyspepsie flatulente. En effet, tous les dyspeptiques sont gonflés après leur repas, ils sont mal à l'aise, et même lorsqu'ils n'ont pas d'éruptions, ils ont des gaz gastriques qui les gênent.

3^o Dans la fièvre typhoïde, il y a toujours un certain degré de pneumatose intestinale, et, quand elle n'est pas très-étendue, elle porte le nom de météorisme.

Ce météorisme varie suivant l'époque de la maladie à laquelle on l'observe. Au début, il a pour siège l'intestin grêle. Bouillaud lui assigne pour cause la rétention des gaz arrêtés par la tuméfaction de la valvule iléo-cæcale, ce qui donne la raison de son siège à la région sous-ombilicale, et non dans les flancs et à la région épigastrique. Il est certain, en effet, que la région de la valvule iléo-cæcale est le siège d'une lésion plus marquée en ce point que partout ailleurs, et cela explique bien la fréquence et le siège particulier de la pneumatose.

Le météorisme sous-ombilical est donc un signe précieux de la fièvre typhoïde à son début.

Plus tard, la pneumatose n'est plus bornée à l'intestin grêle, elle s'étend au gros intestin, et le ventre devient comme un ballon. Ici cette pneumatose dépend sans doute de l'inertie de la tunique musculaire de l'intestin, qui tient elle-même de l'adynamie dans laquelle tombent les malades.

4^o Dans la péritonite, la pneumatose intestinale est un symptôme constant au début et dans le cours de la maladie. Elle s'observe également dans la péritonite

(1) Cazeaux, *Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1849, 1^{re} série, page 161.

chronique, simple ou tuberculeuse, et c'est le seul symptôme du début pouvant persister assez longtemps sans être accompagné d'aucun autre symptôme confirmatif.

5° Dans l'étranglement interne, la pneumatose est le résultat de l'obstacle apporté au cours des matières et des gaz. Ici les deux principaux symptômes constants sont la constipation et la pneumatose intestinale. On peut même dire que la constipation sans pneumatose serait insuffisante à caractériser un obstacle au cours des matières. Ici la tympanite, comme la constipation d'ailleurs, a une marche qui a quelque chose de caractéristique ; elle s'établit d'une manière définitive après avoir longtemps offert des alternatives de constipation et d'abondantes évacuations de matières stercorales.

SECTION XVII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA DOULEUR ABDOMINALE.

Des douleurs abdominales se montrent dans un grand nombre de maladies organiques et nerveuses des voies digestives et des organes renfermés dans la cavité du ventre.

La condition anatomique nécessaire à la production de cette douleur dans l'état pathologique est, dit-on, la distribution aux organes malades de filets nerveux du système cérébro-spinal, que ces organes soient d'ailleurs sensibles ou ne le soient pas dans l'état habituel. Quant à ceux qui ne reçoivent que des filets nerveux du grand sympathique, ils seraient, d'après Bouillaud, complètement insensibles. D'après cet observateur, la douleur manque dans les maladies de l'intestin grêle et du péritoine viscéral, parce que ses parties ne reçoivent que des rameaux venant du grand sympathique ; tandis que les autres organes du ventre reçoivent à la fois des rameaux du grand sympathique et du système cérébro-rachidien. Il y a douleur dans les maladies de l'estomac, du foie et de la rate, parce que, outre les filets du grand sympathique, ces organes reçoivent des filets du pneumogastrique. Il y a douleur dans les maladies des reins et de la matrice, parce que, outre les rameaux qui viennent du grand sympathique, ces organes sont animés par des nerfs venant des plexus lombaire et sacré. Il y a douleur dans l'inflammation du péritoine pariétal, parce que cette partie de l'enveloppe des organes abdominaux ne reçoit pas seulement des filets du grand sympathique, mais qu'elle en reçoit encore des parois abdominales. Sans doute, les tissus qui reçoivent des nerfs du système cérébro-spinal sont plus douloureux que ceux qui sont animés par le grand sympathique, mais il n'est pas exact de dire que ces tissus privés de nerfs restent indolents dans l'état morbide. On sait aujourd'hui que les tendons et les ligaments enflammés sont très-douloureux, et il en est de même pour l'intestin grêle et la séreuse qui le couvre.

La douleur du ventre s'observe dans une foule de maladies inflammatoires, aiguës ou chroniques, dans les névralgies et dans les maladies organiques des viscères abdominaux. Elle n'est pas toujours identique, et elle diffère suivant une foule de circonstances, suivant son siège, suivant la nature de la maladie dans laquelle on l'observe, etc.

On peut dire qu'elle est en rapport avec l'étendue de la lésion, non pas à cause de son intensité, mais au point de vue de la surface occupée par elle. Si elle est circonscrite et bornée à l'organe malade, elle a une grande valeur diagnostique ; malheureusement elle ne conserve pas toujours ce précieux caractère, car elle se généralise, et s'étend aux parties voisines. Toutefois, dans le lieu primitif de la lésion, la douleur est toujours plus vive qu'ailleurs, et c'est de là qu'elle s'irradie en suivant le trajet des nerfs. Ainsi, dans la tumeur blanche de la hanche, les malades ressentent une vive douleur au genou ; dans les maladies de l'estomac, les douleurs ne se bornent point au ventricule, elles s'étendent assez loin, à la région correspondante du dos et à la paroi intérieure de la poitrine. On sait que dans les maladies du rein les douleurs sur le trajet de l'uretère sont communes ; chez les enfants ayant des calculs du rein ou de la vessie, les douleurs à la verge et surtout au gland sont extrêmement fréquentes ; elles constituent même chez les jeunes enfants un signe probable de calcul vésical. Dans les maladies de la matrice, les douleurs s'étendent aux lombes, aux aines, aux cuisses, etc.

La douleur du ventre peut être superficielle ou profonde. Ses caractères sont variés, dépendent et de l'organe qui est atteint et de la nature même de la maladie dans laquelle elle se montre. Elle est *sourde* dans les inflammations de la muqueuse intestinale et dans les maladies des organes parenchymateux, *aiguë* au contraire dans les maladies de la séreuse péritonéale. Ici c'est une *colique* ; alors elle se localise dans l'intestin, et elle se montre par accès avec tortillement de plus en plus pénible et douloureux. Là, au contraire, ce sont des *crampes*, et il y a sentiment de contraction, ou des élancements comparables à des coups de canif.

Ailleurs la douleur prend la dénomination de *ténesme*, quand elle est accompagnée de fréquents besoins d'évacuer qu'on ne peut satisfaire, ce qui s'observe souvent au rectum, à la vessie, au vagin et à la matrice. Elle se présente encore avec d'autres caractères ; tantôt *spontanée*, tantôt *provoquée*, elle s'exaspère par le plus léger contact, ou au contraire, comme dans la colique de plomb, elle est notamment soulagée par une vigoureuse pression des parois de l'abdomen.

Permanente ou *passagère*, elle augmente graduellement ou brusquement ; elle cesse tout à coup ou progressivement, selon les circonstances et souvent sans qu'il soit possible d'en indiquer la raison.

On observe la douleur abdominale dans une foule de maladies des parois du ventre et des viscères renfermés dans sa cavité, dans la gastralgie et la gastrite, dans la dysenterie, dans l'entérite, dans le cancer de l'intestin, dans la péritonite, dans la colique de plomb, dans les maladies des reins et du foie, dans les névralgies des parois abdominales, etc.

1° Dans la *gastralgie*, la douleur a pour siège la région de l'estomac. Ce sont des tiraillements, des crampes qui s'irradient à la partie antérieure de la poitrine, dans le dos, jusque dans les bras et au cou. Ces douleurs sont réveillées et augmentées par la pression à l'épigastre, par le travail de la digestion, et cependant l'ingestion des aliments les soulage quelquefois. On leur donne le nom de *pyrosis*, de *soda* ou de *fer rouge*, quand elles ressemblent à un sentiment de chaleur, de brûlure, le long de l'œsophage, avec renvois, rejet d'un liquide aigre et acide.

2° Dans la *gastrite*, maladie très-rare à l'état aigu, plus fréquente qu'on n'a voulu le croire depuis un certain nombre d'années, la douleur occupe la région épigastrique; elle est plus ou moins vive et permanente, avec vomissements, perte d'appétit, rougeur de la langue et fièvre médiocrement intense au début. C'est un sentiment de chaleur et de brûlure insupportables.

Dans l'*entérite aiguë*, la douleur est sourde, rarement très-vive, et elle apparaît surtout dans les cas où le cæcum, le gros intestin et le péritoine prennent part à la maladie. C'est ce qu'on voit dans l'entérite tuberculeuse et dans l'entérite typhoïde, etc.

Dans l'*entérite chronique* et dans l'indigestion intestinale, il y a pesanteur, gêne, chaleur dans l'abdomen; mais il n'y a généralement pas de douleur bien vive.

Dans la *colite aiguë* et dans la *dysenterie*, la douleur abdominale est très-prononcée; elle existe sous forme de colique. Quelquefois très-vive, et s'exaspérant spontanément ou à la moindre pression, elle s'accompagne de pincement, de borborygmes et de besoins d'évacuation. Elle existe le plus souvent sur le trajet du côlon; mais quelquefois elle est générale. Elle cesse après une évacuation pour se reproduire un peu plus tard. Il s'y joint souvent du *ténésme* et des épreintes, lorsque le besoin d'évacuer est très-fréquent et que les malades ne rendent qu'une petite quantité de matières.

Dans la *colite chronique*, la douleur est sourde et occupe le côlon de façon à simuler la gastralgie.

Dans la *péritonite*, la douleur abdominale est générale, très-aiguë, sans intermittences, superficielle, exaspérée par la moindre pression, par l'application de la main ou par le poids d'une couverture. Très-forte dans la péritonite traumatique ou par perforation (péritonite toujours suraiguë), elle est beaucoup moins intense et fait quelquefois défaut dans la péritonite puerpérale, comme dans la péritonite chronique simple et dans la péritonite tuberculeuse.

Dans la *colique de plomb*, les douleurs sont très-vives, apyrétiques et reviennent par accès; tantôt générales, et tantôt localisées à la région de l'ombilic, une forte pression exercée sur le ventre calme ces douleurs, et les malades cherchent eux-mêmes à faire cette compression en se plaçant en travers de leur lit, couchés sur le ventre. Cependant ce soulagement de la douleur produit par une forte pression n'est pas un phénomène constant, car on voit encore quelquefois, assez souvent même, des malades qui ne peuvent supporter sur le ventre le poids d'un cataplasme.

Dans la *colique néphrétique*, la douleur revient par accès très-aigus. Elle siège à la région lombaire, sur le trajet de l'uretère, dans l'hypogastre et même jusqu'à l'extrémité de la verge. La douleur, ordinairement sans fièvre et accompagnée de vomissements, diminue par la pression sur les lombes et sur la paroi abdominale.

Dans la *colique hépatique*, la douleur est apyrétique et revient également par accès intermittents; elle occupe la région hépatique, et s'accompagne souvent d'ictère, de vomissements et de rétraction de l'abdomen.

Dans les névralgies des parois de l'abdomen observées dans la *chlorose* et l'*hystérie*, la douleur abdominale occupe différents points de l'épaisseur des parois,

et, comme l'a établi le docteur Alph. Bezançon (1), ces douleurs se distinguent en ce que la pression sur un point circonscrit de la peau leur donne une excessive acuité. Ces douleurs ont un siège fixe; elles sont quelquefois continues, mais elles se présentent plutôt sous forme d'élançements sur le trajet des nerfs. C'est ainsi que cela se passe dans la névralgie ilio-lombaire, dans la névralgie ilio-scrotale, dans la névralgie ilio-vulvaire. Dans ces névralgies, il y a toujours un ou plusieurs points douloureux, en arrière, au niveau des trous de conjugaison des vertèbres, en avant, au niveau de la crête iliaque et du pubis.

SECTION XVIII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LES TACHES ROSÉES LENTICULAIRES.

On désigne encore généralement ces taches sous les noms de *taches typhoïdes*, *pétéchies*, *papules typhoïdes*. Elles constituent en effet une éruption à peu près constante dans la fièvre typhoïde, par conséquent un signe presque pathognomonique dans cette maladie. Au dire de divers auteurs, ce ne serait pas la seule maladie dans laquelle on rencontrerait ces taches: ainsi elles ont été signalées dans l'entérite des enfants, par Rilliet et Barthez; dans la pneumonie; dans la forme typhoïde des fièvres puerpérales, par Voillemier (2); dans la morve, par Becquerel, etc.

Dans ces dernières maladies, les taches rosées lenticulaires sont accidentelles; dans la fièvre typhoïde, au contraire, elles sont si constantes, qu'elles constituent pour cette fièvre un signe diagnostique d'une grande importance. Il n'y a que dans la fièvre typhoïde du premier âge qu'elles fassent défaut. Elles se montrent du septième au dixième jour, au commencement du second septénaire, et elles durent de six à huit jours. Leur siège le plus habituel est la paroi abdominale antérieure; puis, par ordre de fréquence, on les retrouve sur la partie supérieure et antérieure des cuisses, au sacrum, sur la région lombaire, sur la poitrine; elles sont fort rares et ne se montrent que très-exceptionnellement sur le cou et sur les membres supérieurs. Quelquefois, mais ce fait n'est pas commun, elles apparaissent au milieu du premier septénaire de la maladie.

On a remarqué que ces taches, très-fréquentes dans diverses épidémies de fièvre typhoïde, manquaient dans d'autres épidémies. C'est un fait qu'on ne saurait expliquer, qui tient sans doute au génie particulier de chaque épidémie.

Les taches rosées lenticulaires ont habituellement de 2 à 4 millimètres de diamètre; elles sont arrondies, papuleuses, plates, sans saillie de la peau, disparaissant sous la pression du doigt, pour se reproduire aussitôt après. Elles sont en petit nombre, de trois à vingt environ. D'autres fois on en trouve davantage; quelquefois même cette éruption est comme confluyente, au point de simuler une varioloïde.

On ne pourrait guère confondre ces taches qu'avec les piqûres de puces, les pétéchies, ou avec l'acné.

(1) Bezançon, *Considérations sur l'hystérie*, thèse. Paris, 1849.(2) Voillemier, *Clinique chirurgicale*. Paris, 1861.