

tion. Quand elle devance cette période, il faut la combattre par des sinapismes, des ventouses sur les cuisses, des pédiluves irritants, des fumigations d'infusion bouillante d'armoise ou d'absinthe dirigées vers les parties génitales; on fera boire en même temps une infusion de safran à la dose de 1 à 2 grammes pour 250 ou 300 grammes d'eau. Si, avec la suppression des règles, coïncidait un mouvement congestif très-violent vers la poitrine, et que l'état des forces fût encore satisfaisant, dans quelques cas très-rares on pourrait mettre deux ou trois sangsues au voisinage de la vulve; mais, je le répète, ce moyen ne doit être employé qu'exceptionnellement, après que les autres auront échoué, et à condition que l'on sera encore dans les limites de la période menstruelle. Alors même que l'aménorrhée est un phénomène cachectique, qu'elle témoigne de l'appauvrissement de l'organisme et en quelque sorte de la répugnance à subir de nouvelles pertes, chaque période menstruelle est en général marquée par des mouvements congestifs qui, le plus souvent, se concentrent sur la poitrine et qui rendent nécessaires les médications dérivatives et révulsives, non plus pour attirer le sang hors de l'économie, mais pour en régulariser le cours et en combattre les déviations.

EMPHYSÈME. ASTHME.

SUPPRESSION DE DARTRES. CACHEXIE SATURNINE (1)

Sommaire. — Observation (Emphysème. — Asthme. — Suppression de dartres. — Cachexie saturnine).

Pathogénie de l'asthme et de l'emphysème.

De l'élément nerveux dans l'asthme. — Bronchite chez les asthmatiques. —

L'emphysème n'est qu'un phénomène secondaire dans l'asthme.

De l'asthme envisagé comme une névrose d'origine arthritique.

Indications thérapeutiques. — Ipécacuanha à dose vomitive, à dose expectorante.

— Calmants (jusquiame, belladone, bromure de potassium). — Iodure de potassium. — Noix vomique. — Lobélie. — Sulfate de quinine. — Arsenic. — Fumigations.

— Applications d'ammoniaque sur le pharynx.

Bains d'air comprimé.

Révulsifs cutanés.

Traitement hydrominéral. — Eaux de la Bourboule.

Hydrothérapie.

Indications tirées de l'état général du sujet.

MESSIEURS,

Vous avez vu ce matin, au n° 34 de la salle Sainte-Marthe, un malade sur lequel je veux appeler votre attention. Il présente un état assez complexe. Vous avez constaté chez lui plusieurs affections dont nous essayerons de saisir la filiation; permettez-moi d'abord de vous tracer succinctement son histoire pathologique.

Ce malade est âgé de soixante et un ans, il est peintre en bâtiments; c'est un homme de petite taille, très-chétif. Vous avez été comme moi frappés de son aspect cachectique; le tissu adipeux sous-cutané a presque disparu, les masses musculaires sont très-grêles, la peau est flasque, décolorée, ou pour mieux dire elle offre une coloration spéciale plus facile à

(1) Leçon recueillie par le docteur Wieland et publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, n° 83, 1861.

reconnaître quand on l'a observée, qu'à faire comprendre par une description. Chaque cachexie imprime à la peau une coloration particulière.

Ici, en effet, vous avez une teinte jaunâtre, terne, qui n'est ni la teinte subictérique de la pyogénie, ni la pâleur transparente de l'anémie, ni la coloration jaune paille de la cachexie cancéreuse; c'est, je le répète, une teinte spéciale qui appartient à la cachexie saturnine. Notre malade, avant d'arriver à cet état, a présenté des manifestations répétées de l'intoxication plombique. Quatre fois il a eu des coliques; il a éprouvé du tremblement plus prononcé dans les avant-bras que dans les autres membres; enfin il présente, au pourtour des dents qui lui restent, un liséré ardoisé caractéristique.

Avant ces affections accidentelles, il était déjà d'une mauvaise santé; il a eu à plusieurs reprises, dans sa jeunesse, des engorgements ganglionnaires, des éruptions dartreuses sur la peau: à vingt-huit ans il a contracté une blennorrhagie qui a duré trois semaines, mais jamais il n'a eu aucune manifestation secondaire de la syphilis.

Enfin, pour terminer l'histoire des antécédents morbides de cet homme, disons que son père est mort à cinquante ans d'une affection chronique de la poitrine dont nous ne pouvons guère préciser la nature; deux frères et deux sœurs de notre malade sont morts très-jeunes de la poitrine, très-probablement de tuberculose pulmonaire, d'après le récit qu'il nous fait des accidents dont il a été témoin.

Il y a deux ans, un eczéma chronique qui occupait les régions auriculaires, et dont il reste aujourd'hui des traces, avait presque complètement disparu depuis quatre ou cinq mois, lorsque subitement, un jour, en traversant le Champ-de-Mars, notre malade fut pris d'un accès d'asthme très-intense. La dyspnée était telle qu'il fut plus de deux heures à regagner son domicile. Après des quintes de toux violentes, il fut soulagé par l'expectoration d'une grande quantité de matières visqueuses et filantes (n'oublions pas de noter que jusque-là il ne toussait pas habituellement). Depuis lors, les accès d'asthme se sont répétés fréquemment, surtout pendant l'hiver, et plus fréquemment la nuit que le jour; en même temps il éprouva quelques palpitations, et il vit de temps à autre survenir un peu d'œdème aux membres inférieurs.

Ainsi, pour nous résumer, nous avons affaire à un homme lymphatique, chétif, ayant de mauvais antécédents héréditaires, dartreux depuis son enfance. En outre, sa nutrition est profondément altérée sous l'influence de l'intoxication saturnine, dont il porte les stigmates. Il se plaint surtout d'accès d'asthme qui reviennent très-fréquemment, et pour lesquels il vient réclamer nos soins.

Voici maintenant ce que nous a permis de constater l'examen de la cavité thoracique.

La percussion donne un son aigu, plutôt mat qu'exagéré; et cependant, comme nous le verrons bientôt, il est emphysémateux; l'exagération du son n'est pas un signe nécessaire de l'emphysème pulmonaire, surtout quand l'emphysème est très-considérable; il existe alors une tension des parois, qui s'oppose à l'amplitude des vibrations thoraciques; aussi vous trouverez dans ce cas une tonalité plus aiguë.

A l'auscultation, vous avez entendu le bruit respiratoire rude et faible, interrompu brusquement comme par une soupape, accompagné d'un petit clapotement semblable au bruit d'une étoffe qu'on agite dans l'air; l'expiration est longue, pénible, sibilante; à la base, des deux côtés, on entend des râles humides.

Le cœur est refoulé en bas et à droite par l'expansion du poumon; l'impulsion cardiaque est perçue au niveau de l'épigastre. Stokes, qui a insisté avec raison sur ce signe, l'explique par le refoulement du cœur en bas; mais à cette cause il faut encore ajouter l'accroissement de volume que prend souvent cet organe quand l'emphysème dure depuis longtemps.

Dans les emphysèmes très-développés, on rencontre un signe que je n'ai pas constaté chez notre malade, je veux parler de la dépression épigastrique dans l'inspiration. Vous savez qu'à l'état normal, à chaque inspiration l'épigastre se soulève; mais dans l'emphysème, quand les poumons ont acquis un volume considérable, le diaphragme s'abaisse, refoule les viscères abdominaux, et la région épigastrique fait pour ainsi dire partie de la cavité thoracique. Ici les parois costales ont cédé, se sont développées, le diaphragme a conservé sa position.

Les bruits du cœur sont très-sourds, mais cela est probablement dû en partie à la présence d'une lame pulmonaire au-devant de cet organe; cependant, malgré l'éloignement, on trouve le premier bruit sourd et prolongé; le second est également prolongé, mais il n'y a pas de bruits morbides. Vous ne serez pas étonnés de rencontrer ce timbre anomal des bruits cardiaques, si vous examinez l'état des parois artérielles; là où vous pouvez les sentir avec le doigt, elles sont dures, bosselées, sinueuses. Ces sinuosités, ces bosselures des artères, accompagnent presque toujours les affections du cœur. La gêne prolongée de la respiration a pu retentir sur les fonctions cardiaques et contribuer aux modifications morbides que le centre circulatoire a subies dans sa texture.

Malgré ce que je viens de vous dire des altérations de l'appareil vasculaire, je crois qu'il ne faut pas attribuer à l'état du cœur et des vaisseaux l'œdème qui existe aux membres inférieurs; il n'est pas assez considérable pour qu'il soit nécessaire d'en chercher la cause dans un trouble de la circulation centrale, et vous savez combien dans les

cachexies il est fréquent de rencontrer l'anasarque à un degré plus ou moins prononcé.

Ainsi donc, notre malade est emphysémateux et il présente quelques troubles circulatoires d'une importance secondaire. De plus, il est évidemment asthmatique. Il est curieux d'étudier toutes les circonstances étiologiques qui paraissent avoir présidé au développement de l'asthme, et nous aurons à discuter le rôle que l'emphysème a joué dans sa production.

En première ligne, nous devons rechercher les conditions héréditaires. Le père de cet homme est mort asthmatique ou tuberculeux. Ces deux affections peuvent coïncider chez le même malade; on les observe simultanément dans la même famille. Le malade dont je vous fais l'histoire en est un exemple; il est asthmatique; plusieurs de ses frères et sœurs sont morts phthisiques; ainsi donc il n'existe pas au point de vue *pathogénique* d'antagonisme absolu entre l'asthme et le tubercule; cependant, une fois développés, ils exercent l'un sur l'autre une action modificatrice incontestable, comme j'ai eu occasion de le dire ailleurs (1).

Le premier accès d'asthme a succédé chez notre malade, comme il l'a remarqué lui-même, à la disparition d'accidents herpétiques. Je vous ai maintes fois signalé ces métastases de l'herpétisme sur les organes pulmonaires, et vous savez dans quel sens j'entends ici le mot *métastase*.

Dans le fait que je viens de vous relater, l'emphysème paraît avoir été consécutif à des accès d'asthme répétés; jamais notre malade n'avait toussé avant l'apparition de ses accès de suffocation, qui paraissent avoir succédé à la disparition des dartres dont il était tourmenté depuis son enfance.

Longtemps on a confondu sous le nom d'asthme des dyspnées d'origines bien diverses: comme la dyspnée souvent intermittente des affections cardiaques, comme celle qui accompagne certaines lésions pulmonaires. M. Louis, dans un remarquable article sur l'emphysème, regarde cette maladie comme la cause de l'asthme, tout en reconnaissant cependant que ces deux affections peuvent exister indépendamment l'une de l'autre. L'emphysème dans l'asthme est consécutif aux efforts violents que provoquent les accès. La même lésion se produit après certaines affections pulmonaires où la violence de la toux, comme dans la coqueluche, dans le catarrhe suffocant, etc., a déterminé la distension et la déchirure des vésicules pulmonaires.

(1) Voyez ma leçon sur l'antagonisme de l'asthme et de la tuberculose, p. 380 et suiv.

D'un autre côté, revenant à des théories mécaniques, on a rattaché la production de l'asthme à l'oblitération passagère des bronches, et M. Beau, reprenant la théorie de Laennec pour expliquer le développement de l'emphysème, ne voit dans l'accès d'asthme que la dyspnée produite par une bronchite pendant laquelle les sécrétions de la muqueuse respiratoire, retenues dans les petites bronches, empêcheraient l'air de sortir librement. Cet air, arrêté dans ces cavités et refoulé par les efforts considérables déployés pendant l'accès, dilaterait les vésicules et donnerait lieu à l'emphysème. En définitive, l'asthme serait une bronchite intermittente, passagère, jusqu'au moment où des lésions irréparables de la texture pulmonaire établiraient la continuité de la dyspnée. Malgré la grande et sincère estime que je professe pour l'auteur de cette théorie, je ne puis partager son opinion.

Je ne discuterai pas cette manière de comprendre la formation de l'emphysème; il faut toutefois ajouter à cette explication mécanique la part qu'il convient de faire aux altérations vitales des tissus enflammés: part qui a été ingénieusement exposée par le docteur Stokes dans ses belles recherches sur l'emphysème. Je crois que celui-ci, une fois développé, entretient ou au moins favorise une dyspnée permanente qui peut réagir sur l'asthme et favoriser le retour des accès, que la gêne constante de la circulation pulmonaire peut concourir au développement des lésions cardiaques. Dans tout ce cercle d'évolutions morbides, je suis d'accord avec M. Beau et avec tous ceux d'ailleurs qui ont étudié cette question; mais je ne puis admettre son point de départ. Je ne comprends pas bien cette bronchite se développant si soudainement, d'une durée souvent si courte qu'elle peut accomplir ses périodes, comme M. Beau le dit lui-même, dans l'espace de quelques minutes.

Nous avons déjà montré ailleurs combien cette doctrine était inadmissible et combien la congestion bronchique dans l'asthme était subordonnée à une lésion d'innervation dont elle est une dépendance.

Souvent l'asthme débute soudainement avec une intensité extrême et il peut disparaître avec la même rapidité, une émotion morale peut en amener l'invasion, d'autres fois il sera provoqué par le séjour ou seulement le passage dans une atmosphère enfumée, par une odeur, par l'obscurité, par certaines influences météorologiques, par certaines conditions d'altitude, d'humidité, de température, inoffensives pour tout autre que pour l'asthmatique; il est souvent périodique dans le retour de ses attaques, périodique dans ses accès ou au moins dans ses paroxysmes. Ses causes, sa marche, la violence même des troubles fon-

tionnels, si disproportionnée, dans l'immense majorité des cas, et aux lésions appréciables, et à la gravité de la maladie, offrent tous les caractères d'une névrose.

L'élément nerveux domine tous les autres, il est le phénomène initial et quelquefois il se montre seul. Il n'est pas rare de rencontrer des asthmatiques qui n'ont ni emphysème ni bronchite et qui ont cependant des accès d'une horrible violence. Laennec avait déjà signalé ces faits : ils démontrent l'inanité de ces théories qui voulaient faire de l'asthme la conséquence et la manifestation de l'emphysème, d'une bronchite ou d'une lésion cardiaque. Ces dernières ne se montrent ordinairement que très-longtemps après le début des accidents dyspnéiques, et nous avons dit comment il fallait interpréter cette complication. L'emphysème et la bronchite ou plutôt la congestion de la muqueuse bronchique viennent très-habituellement compliquer l'asthme ; mais ce sont des lésions secondaires, consécutives aux troubles nerveux de la respiration. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de voir des troubles circulatoires et sécrétoires suivre et compliquer des troubles nerveux : l'injection de la face, une sécrétion exagérée des larmes et de la salive accompagnent souvent la névralgie de la cinquième paire ; il y a des flux leucorrhéiques connexes à des névralgies utérines. Une simple émotion morale fait affluer le sang à la figure et jaillir les larmes des yeux. Rien donc dans la subordination de la congestion bronchique à une névrose respiratoire qui ne soit conforme aux lois de la physiologie.

Cela ne veut pas dire qu'une bronchite, comme tout autre stimulus irritant, ne puisse pas mettre en jeu la disposition névropathique dont l'asthme est l'expression. Chez les asthmatiques, un rhume peut décider l'explosion d'une attaque, comme une carie dentaire peut être le prétexte d'une névralgie de la cinquième paire.

L'emphysème, avons-nous dit, n'est aussi qu'un phénomène secondaire de l'asthme ; il peut manquer surtout dans les premiers stades de la maladie, dans l'asthme sec, nerveux, quand les attaques ont une courte durée ; mais le plus souvent il complique l'asthme comme il complique très-souvent les affections accompagnées d'une dyspnée intense ou d'une toux violente. Quand il se développe sous l'influence de causes accidentelles et passagères, il disparaît en général avec les conditions morbides qui l'ont provoqué. Mais quand leurs atteintes se répètent ou se prolongent outre mesure, l'altération du tissu pulmonaire peut devenir permanente, et l'emphysème devenu chronique peut être une cause de gêne habituelle pour les organes respirateurs.

En disant que l'asthme est une névrose nous ne faisons qu'indiquer le mode de la maladie : les névroses sont le plus souvent secondaires, expression d'un état morbide constitutionnel, d'une diathèse. J'ai dit ailleurs ce que je pensais des conditions pathogéniques de l'asthme. Presque toujours l'observation nous fait découvrir derrière cette affection un substratum arthritique ou une disposition herpétique qui n'est peut-être elle-même qu'une dérivation de l'arthritisme. Comme nous avons déjà eu occasion de le faire remarquer, la périodicité des accès, leur forme paroxystique avec exacerbations nocturnes, leur donnent une physionomie que nous retrouvons dans beaucoup d'affections d'origine arthritique. Chez notre malade, il y a eu une connexion bien frappante entre l'apparition des accès d'asthme et la disparition d'un eczéma qui durait depuis longtemps.

Cherchons maintenant quelles indications ressortent pour nous de l'analyse clinique du fait que nous venons d'étudier. La plus pressante de toutes, celle sur laquelle le malade appelle surtout notre attention est de chercher à modérer la dyspnée plus violente et plus pénible, nous dit-il, qu'elle ne l'a été dans ses attaques d'asthme antérieures, et exaspérée probablement par une influence catarrhale épidémique dont il a subi l'atteinte.

Si l'auscultation avait fait constater une bronchite plus intense et plus profonde, des râles humides plus nombreux, l'ipécacuanha à dose vomitive eût été prescrit ; dans l'asthme humide, au début de l'accès, il procure souvent un soulagement notable et rapide. Mais nous ne sommes pas dans ces conditions, et d'autre part la faiblesse du malade, son état cachectique, les lésions de l'appareil circulatoire, nous commandent plus de réserve dans l'emploi des moyens qui dépriment l'action cardiaque. Je me suis contenté de lui prescrire l'ipéca, à dose expectorante et associé à des calmants. Il doit prendre dans les vingt-quatre heures et principalement le matin, à jeun, 4 à 6 pilules ainsi composées :

| | |
|-----------------------------|----------------------|
| ℥ Extrait de jusquiame..... | } aa 5 centigrammes. |
| Extrait d'aconit..... | |
| Poudre d'ipéca..... | 2 centigrammes. |

Dans quelques cas, je mélange le bromure de potassium avec la belladone dans une potion qui renferme 2 à 4 grammes du premier et 1 à 4 centigrammes du second. Je suis disposé, quand l'occasion s'en présentera, à essayer dans l'asthme le bromure d'ammonium, qui m'a paru

avoir des nuances d'action intéressantes dans certaines névroses; je l'associerais à d'autres bromures.

Chez quelques malades, l'iode de potassium paraît plus efficace que les bromures, ou intervient utilement quand l'action des bromures est épuisée.

Quand les forces sont languissantes, quand l'activité nerveuse semble épuisée, j'ai prescrit avec avantage des pilules renfermant 1 à 2 centigrammes d'extrait de noix vomique et 1 centigramme d'extrait de belladone. Le malade en prend deux à trois par jour. Ces pilules me paraissent encore pouvoir être utiles quand il y a complication de dyspepsie ou de flatulence.

La teinture de lobélie a été préconisée dans l'asthme; je n'en ai pas obtenu de résultats bien satisfaisants, mais je sais qu'en Angleterre elle a été souvent employée avec succès. Peut-être par cela même qu'elle est peu usitée chez nous, est-elle moins bien préparée, et la différence des résultats devrait-elle être imputée à cette circonstance.

J'ai eu à me louer dans plusieurs cas du sulfate de quinine et de l'arsenic. J'emploie le premier alors surtout que les paroxysmes sont très-nettement dessinés et reviennent périodiquement.

La fumée de datura stramonium, celle du papier nitré, sont des auxiliaires très-utiles des médications internes. Quelquefois même ces moyens suffisent pour enrayer l'accès, et procurent au malade un soulagement immédiat. Malheureusement dans beaucoup de cas leur efficacité s'épuise ou s'affaiblit, et il faut recourir à d'autres ressources. On a conseillé des applications d'ammoniaque sur le pharynx, mais d'après Trousseau elles ne sont pas toujours exemptes de danger. On peut mêler une petite quantité d'ammoniaque à des vapeurs émoullientes, qu'on fait respirer au malade. Les fumigations de vapeurs aqueuses tièdes sont surtout indiquées quand l'asthme est sec, ou quand le malade expectore avec une grande difficulté.

Les bains d'air comprimé ont quelquefois apaisé en quelques séances des accès d'asthme qui duraient depuis plusieurs mois et qui avaient été rebelles à toute autre médication; mais d'autres fois, je les ai trouvés complètement inefficaces, ou même ils ont semblé aggraver la maladie. On n'a pas encore bien précisé les indications qui doivent les faire prescrire; peut-être même les règles qui doivent présider à leur mode d'administration appellent-elles de nouvelles recherches.

Dans nos hôpitaux, nous n'avons pas d'appareil compresseur qui nous permette d'expérimenter cette médication; j'avais voulu y suppléer en

faisant arriver, dans une caisse, un mélange en proportions déterminées d'oxygène et d'air atmosphérique que j'aurais fait respirer au malade, mais je n'ai pu obtenir un appareil convenable.

Quand une congestion bronchique intense accompagne la dyspnée, les révulsifs sont indiqués. Les manulaves, les sinapismes appliqués entre les épaules, procurent parfois du soulagement; souvent je fais faire sur les côtés du rachis une friction d'huile de croton. Cette application m'a paru d'autant plus opportune chez notre malade, que l'asthme avait succédé à la disparition d'un ancien eczéma.

Tous ces moyens sont dirigés contre l'accès; la médecine nosocomiale ne met pas à notre disposition ces médications puissamment modificatrices qui peuvent agir sur la disposition constitutionnelle dont l'asthme est l'expression, comme les eaux minérales, le changement de climat (1).

Après l'apaisement de l'accès, je tenterai chez notre malade un moyen qui, après avoir été employé d'une manière banale et avec une prodigalité absurde, est peut-être tombé aujourd'hui dans un discrédit trop absolu. Je me propose de lui appliquer un cautère à demeure pour entretenir sur la peau une excitation permanente qui puisse faire diversion à la fluxion bronchique, surbordonnée elle-même très-probablement à la diathèse herpétique.

Je me rappelle avoir vu un dartreux chez lequel un catarrhe, qui persista pendant dix-huit mois, succéda à la guérison d'une affection herpétique. Un cautère placé à la partie inférieure de la cuisse fit cesser la toux. Plus d'un an après sa guérison, cet homme crut pouvoir supprimer son cautère; le catarrhe reparut et ne céda qu'à l'application d'un nouveau fonticule.

Sans espérer un aussi heureux résultat dans une affection invétérée,

(1) Nous en étions du moins réduits à cette médecine de l'accès quand cette observation a été publiée; depuis lors, de nouveaux essais nous permettent d'espérer que dans des cas, malheureusement toujours trop rares, on pourra prévenir ou au moins éloigner le retour des accès. J'ai vu l'eau de la Bourboule guérir, à Paris, un asthmatique qui depuis cinq ou six ans avait eu inutilement recours à une foule d'eaux minérales et consulté un grand nombre de médecins allemands sans obtenir de soulagement. L'utilité de l'arsenic dans un grand nombre de névroses et d'affections d'origine arthritique devait engager à y recourir dans l'asthme, et l'on a plus d'une fois eu à se louer de son emploi. L'hydrothérapie a réussi dans quelques cas; je l'ai conseillée, il y a une vingtaine d'années, à un asthmatique jeune et bien constitué, sous la simple forme de lotions froides tous les matins, et depuis lors il n'a plus eu d'accès; elle convient surtout chez des sujets placés dans ces conditions, dyspeptiques ou présentant une sensibilité exagérée à l'impression des variations atmosphériques.

alors que la texture du poumon a subi de graves altérations, il me semble indiqué de tenter cette médication pour chercher à atténuer le mal, à détourner ou à diminuer, s'il est possible, ce mouvement fluxionnaire qui en a été probablement le point de départ et qui l'aggrave en se répétant.

Quand la maladie aura été dégagée de cette complication de catarrhe aigu, quand elle aura été ramenée à son type habituel, j'aurai à remplir les indications tirées de l'état général; je lui ferai alors administrer quelques toniques, du quinquina, du café, etc. Enfin, dès que la dyspnée aura diminué, nous en viendrons aux reconstituants, et les éléments de cette médication seront surtout puisés dans l'hygiène, dans la nourriture, etc. En même temps, pour combattre la cachexie saturnine, nous lui ferons prendre des bains sulfureux et savonneux, qui entraîneront les particules de plomb éliminées par la peau; si le malade avait de la constipation, je lui prescrirais pour concourir au même but un opiat, que j'emploie depuis une vingtaine d'années dans les affections saturnines après des évacuants plus énergiques; il est composé de parties égales de miel et de fleurs de soufre. On l'a depuis préconisé comme un moyen de traitement applicable dès le début; il a l'avantage, tout en entretenant la liberté du ventre, de transformer en composés insolubles les particules plombiques qui peuvent se trouver mêlées aux sécrétions intestinales, et d'agir sur la muqueuse digestive comme les bains sulfureux agissent sur le tégument externe.

RHINO-BRONCHITE SPASMODIQUE

OU ASTHME DU FOIN (1)

PREMIÈRE LEÇON

Sommaire. — Observations. — Les deux formes de cette affection. — Pathogénie et origine de la rhino-bronchite spasmodique. — Connexion avec l'arthritisme. — Alternance avec une affection cutanée.
Indications thérapeutiques. — Traitement général. — Indications hygiéniques — Médicaments (Sulfate de quinine. — Arsenicaux. — Sulfureux, etc.).

MESSIEURS,

B..., âgé de quarante-deux ans, tailleur, est né à Bois-le-Duc, en Hollande. Sa mère, dit-il, était sujette à des maux de gorge. Il ne peut fournir sur l'histoire pathologique de sa race aucun autre renseignement. Pendant son enfance sa santé a été irréprochable. En 1845, étant au service de son pays, il fut pris, à la suite d'un refroidissement, d'un point de côté avec fièvre, qui le retint à l'hôpital pendant trente-six jours. Il affirme n'avoir fait que rarement des excès alcooliques. Sa ration habituelle est d'un litre de vin par jour et de deux petits verres d'eau-de-vie.

A Paris depuis neuf ans, il y habite un logement obscur et humide; cependant, il s'est habituellement bien porté, à part quelques souffrances d'estomac et des maux de gorge qui se sont répétés à deux reprises différentes et se sont terminés par des abcès tonsillaires. Il ajoute que pendant l'hiver il est très-sujet aux coryzas. En 1865, il fut affecté pour la première fois, pendant l'hiver, d'un écoulement séreux par le nez, avec éternuements, sensation de prurit nasal et larmoiement. Au bout d'un mois, ces accidents se dissipèrent. L'hiver suivant, il éprouva pour la première fois une attaque de coryza spasmodique bien caractérisé. Elle dura environ un mois et se reproduisit l'année suivante au mois de juin, à la suite d'une angine tonsillaire, avec les symptômes que nous trouvons aujourd'hui dans la troisième attaque.

Celle-ci a commencé cette année à la même époque que l'an dernier, c'est-à-dire dans les premiers jours de juin.

(1) Leçon publiée dans la *Gazette des hôpitaux*, 1868.