

dans les actes vocaux, la lèvre gauche de la glotte accomplissait seule des mouvements, la droite restait immobile.

L'étroitesse des pupilles, et surtout de la pupille droite, témoignait de la parésie des fibres dilatatrices de l'iris, qui sont innervées par des filets du sympathique. Si la myosis existait des deux côtés, à des degrés différents, il est vrai, les anastomoses des deux cordons ganglionnaires me paraissaient pouvoir expliquer cette synergie morbide.

Les douleurs étendues de la tête à la base du thorax, les vertiges, les vomissements, me semblaient pouvoir être imputables à la stimulation anormale du pneumogastrique; la gêne de la déglutition pourrait être rapportée à la même origine. Une compression de la veine sous-clavière expliquait le léger degré d'œdème des parois thoraciques. La sensibilité exquise et douloureuse des téguments du cou et de la poitrine pouvait être un phénomène réflexe.

Ainsi l'analyse physiologique venait confirmer l'induction qu'on pouvait tirer des signes physiques pour faire admettre l'existence d'une tumeur située dans la partie supérieure du médiastin et comprimant les organes qui y sont contenus. La connexion de cette tumeur avec l'extrémité inférieure de la trachée et la grosse bronche droite rendait compte des modifications du bruit respiratoire, du souffle expirateur perçu en avant et en arrière; ses rapports avec l'aorte devaient favoriser la conduction des bruits de l'artère dans la partie de la région thoracique qui la recouvrait.

Si l'existence d'une tumeur paraissait à peu près certaine, on pourrait hésiter sur la nature de cette tumeur: le développement anormal de la sous-clavière, la myosis, symptôme assez commun des anévrysmes, pouvaient faire penser qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'aorte ou du tronc brachio-céphalique. Mais l'absence de tout phénomène stéthoscopique, de tout mouvement pulsatile de la paroi thoracique, l'existence antérieure d'affections ganglionnaires, la coïncidence d'un ganglion tuméfié au-dessus de la clavicule, ce souffle expirateur, si fréquent dans l'adénopathie, beaucoup plus fort en arrière, c'est-à-dire dans la région qui répond aux ganglions plutôt qu'aux tumeurs artérielles, me semblaient rendre très-probable qu'il s'agissait d'une adénopathie.

Mais, s'il existe un engorgement des ganglions bronchiques, sous quelle influence s'est-il développé? Il est quelquefois primitif, plus souvent il est symptomatique d'une lésion dans la région lymphatique dont les ganglions sont les aboutissants. Notre malade a eu antérieurement une adénite cervicale de nature scrofuleuse; les ganglions pulmonaires ont-ils subi la même action pathogénique, ou bien y a-t-il eu une évolution tuberculeuse qui serait demeurée stationnaire, mais qui aurait retenti sur le système lymphatique? En même temps cette lésion aurait pu être l'épine incitatrice de ces congestions hémorrhagiques observées depuis l'enfance et qui semblaient par-

fois une déviation de la congestion cataméniale. La matité de la région claviculaire, l'écho de la toux, l'obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, l'expiration bronchique perçue jusqu'à la partie externe de la fosse sus-épineuse et de la région sous-claviculaire, même en admettant que ce souffle eût son origine dans la région ganglionnaire, attestent une induration du sommet du poumon, et cette induration explique la conduction des sons produits à la racine des bronches.

Si telle est la connexion des phénomènes morbides, il faut admettre que dans ces derniers temps la tumeur ganglionnaire a subi un accroissement assez considérable pour produire des troubles fonctionnels qui ne s'étaient point manifestés jusque-là; rien de plus commun d'ailleurs que ces poussées fluxionnaires dans les adénites superficielles, et si l'engorgement ganglionnaire est beaucoup plus commun et plus rapide chez les jeunes sujets que chez les adultes, nous ne devons pas oublier que le docteur Liouville l'a assez souvent rencontré dans la vieillesse.

Si une incitation anormale des filets gastriques de la dixième paire est la cause probable du vertige stomacal, une cause fréquente de céphalalgie, à plus forte raison la compression du tronc nerveux lui-même pourra-t-elle provoquer ces phénomènes morbides; cependant je comprends qu'en présence de ce vertige opiniâtre et accompagné d'une céphalalgie constante qui rend la station impossible, on soit disposé à chercher dans l'encéphale le point de départ de troubles d'innervation aussi nombreux, aussi profonds et aussi persistants. Une lésion dans le voisinage du cervelet et de la protubérance rendrait-elle compte de ces manifestations complexes?

Mais une lésion qu'il faudrait supposer localisée dans les parties centrales, à cause de la multiplicité et de la dissémination des troubles fonctionnels, pourrait-elle produire la paralysie du laryngé inférieur sans gêne de la respiration, sans modification des mouvements du cœur; pourrait-elle empêcher la station et l'équilibration sans parésie, sans anesthésie des membres? Sans doute les actions morbides présentent des nuances si diverses qu'il est difficile de leur assigner des limites inflexibles; mais il faut considérer que l'hypothèse d'une affection encéphalique ne fait pas disparaître toutes les difficultés. D'autre part, il y a une tumeur dans le médiastin; les signes physiques l'attestent, la paralysie du récurrent n'est pas une conséquence rare de l'adénopathie, l'œdème de la paroi thoracique indique la compression d'un gros tronc veineux, et pour les troubles locomoteurs, quand on voit l'irritation de l'extrémité périphérique d'un nerf, la présence d'un corps étranger dans l'oreille, amener quelquefois la paralysie et l'atrophie d'un membre, il ne serait pas, à la rigueur, impossible que la compression du pneumogastrique et du sympathique puissent produire un vertige considérable avec trouble de l'équilibration.

Cependant, la présence d'une tumeur dans le médiastin n'excluait pas la

possibilité d'une lésion encéphalique. Je pratiquai, avec l'aide de M. Galezowski, l'examen ophtalmoscopique, pour voir si quelque lésion du nerf optique ne viendrait pas nous faire présumer l'existence d'une tumeur intracrânienne. La papille lui sembla un peu moins nette du côté droit, comme si un léger nuage en voilait les contours; mais cette nuance était si peu accusée, que M. Galezowski seul put la constater et que ce savant ophtalmologiste déclara n'en pouvoir tirer aucune conclusion.

Quoi qu'il en fût et quel que fût le point de départ des troubles multiples observés chez cette malade, en admettant la probabilité d'une tumeur ganglionnaire, deux indications se présentaient : chercher à obtenir la résolution, sinon de la totalité d'un engorgement qui pouvait être très-ancien, du moins de cette fluxion récente qui paraissait avoir été la cause de la plupart des accidents; ensuite on devait tâcher de diminuer les souffrances vives que la malade éprouvait; je prescrivis deux fois par jour quatre gouttes de teinture d'iode délayée dans de l'eau de riz, et le soir une pilule composée de 15 centigrammes de masse de cynoglosse et de 5 centigrammes de poudre de semences de ciguë.

Au bout de quelques jours, les douleurs avaient considérablement diminué; je ne retrouvais plus cette sensibilité excessive de la région cervicale le long du bord postérieur du muscle sterno-mastôidien, ni celle de la région antérieure du thorax. Huit jours après l'entrée de la malade, le ganglion situé en dedans de la sous-clavière avait en grande partie disparu, et l'artère n'offrait ni cette saillie remarquable ni cette apparence de volume très-exagéré que j'avais constatées le jour de mon premier examen; elle était dure, ample, mais il fallait déprimer les téguments pour la sentir, tant elle s'était affaissée; il était évident qu'elle avait été soulevée par une masse dure qui, en la rendant plus superficielle et peut-être en l'aplatissant, l'avait fait paraître plus volumineuse qu'elle n'était réellement.

Le 16 février, douze jours après l'admission à l'Hôtel-Dieu, les douleurs sont modérées, le vertige est très-prononcé et la malade répète qu'il a toujours augmenté quand les douleurs diminuaient. Le pouls, qui était assez fréquent, de 76 à 80 pulsations observées les premiers jours est tombé à 48; la déglutition des liquides se fait actuellement sans aucune difficulté. Si j'avais eu de l'eau de la Bourboule à ma disposition, je l'eusse fait alterner avec les préparations iodées. Je fis cesser la teinture d'iode et la remplaçai par une potion renfermant un gramme d'iodure de potassium et un centigramme de deutochlorure de mercure; je supprimai la pilule calmante à cause de l'intensité des vertiges et de l'apaisement des douleurs.

En prescrivant cette médication, ordinairement opposée aux accidents tertiaires de la syphilis, je n'avais pas la pensée que les lésions qui existaient chez cette femme fussent de cette nature; mais dans l'ignorance où nous sommes le plus souvent sur la constitution intime de ces néoplasies, je leur

opposais une médication qui plus que toute autre exerce une action résolutive ou destructive sur les produits organisés morbides d'une vitalité inférieure. Or, cette propriété se trouvant en rapport avec les conditions des produits syphilitiques, c'est dans ce sens et non dans un autre qu'il faut entendre l'action spécifique de ces agents; elle peut s'étendre à d'autres produits organiques qui ont le même degré de vitalité; il n'y a de spécifique que leur mode d'action physiologique, qui modifie certaines actions morbides ou, en d'autres termes, certaines déviations fonctionnelles produites par des causes morbifiques.

En même temps, je fis appliquer deux petits cautères sur les côtés de la sixième vertèbre cervicale et je fis remplir avec une pommade iodurée la dépression sus-claviculaire. Le petit ganglion que nous avions constaté dans cette région et qui avait déjà très-notablement diminué finit par disparaître; bientôt la malade commença à marcher, quoique se plaignant toujours d'engourdissements, de fourmillements dans le côté droit et d'une légère tendance à tomber de ce côté.

La voix avait repris un timbre presque normal, avec une nuance de faiblesse et d'enrouement; cependant l'examen laryngoscopique nous fit constater que la corde vocale droite restait immobile. Le rétablissement de la fonction vocale dépendait peut-être de ce que cette corde avait retrouvé un degré de tension suffisant sans avoir reconquis toutes ses facultés locomotrices. Ce ne fut que quinze jours plus tard que nous la vîmes se mouvoir pendant la phonation.

La disparition des autres phénomènes morbides fut lente, mais progressive, et cette malade continua le traitement sous l'influence duquel elle était arrivée à cet heureux résultat.

Dans les observations précédentes, l'impression morbide produite sur les nerfs pneumogastriques par les tumeurs ganglionnaires s'est manifestée principalement par des troubles de la respiration et de la voix. Nous avons vu assez souvent cependant les vomissements accompagner les quintes de toux. Dans le fait suivant, ces vomissements constituent le phénomène le plus saillant, le plus pénible; ils sont tellement répétés, qu'ils altèrent gravement la nutrition et semblent menacer la vie du malade. Cependant leur point de départ dans une incitation anormale du nerf de la dixième paire s'affirme par des étouffements qui se reproduisent encore, quoique très-affaiblis, longtemps après que les vomissements ont cessé.

M. D..., âgé de quinze ans environ, après une croissance rapide, commença à éprouver, au mois de septembre 1869, des étouffements pendant

les repas et surtout vers la fin des repas. A ces étouffements succédaient des vomissements peu abondants d'abord, mais qui le devinrent de plus en plus. Au mois de février suivant, les accidents persistant, le jeune malade consulta un médecin éminent de Rouen qui, après l'avoir examiné, rapporta ces accidents aux troubles d'innervation produits par une croissance trop rapide; il conseilla des applications d'eau froide sur l'épigastre: ce moyen demeura sans succès; des épistaxis survinrent, qui cessèrent sous l'influence des préparations ferrugineuses. Le malade fut soumis alors à l'usage d'une potion ainsi formulée:

Brucine.....	0,05	centigrammes.
Alcool.....	4	grammes.
Eau.....	120	—

Il en prenait une cuillerée avant le premier repas. Pendant quelques jours, le malade alla beaucoup mieux, les étouffements avaient considérablement diminué, les vomissements étaient de plus en plus rares. Mais l'effet de cette médication fut tout passager; les vomissements reparurent bientôt avec les étouffements; ceux-ci duraient quelquefois trente et quarante minutes; il râlait, il pleurait, et la respiration était des plus angoissées; il n'avalait les liquides qu'avec une extrême difficulté. Le malade fut alors soumis à un traitement hydrothérapique qui amena comme la brucine un soulagement momentané.

Au mois d'août, dit le malade, dans une note rédigée par lui dont j'ai extrait les détails précédents, les vomissements étaient plus fréquents que jamais, plutôt muqueux qu'alimentaires.

Au mois de septembre 1870 il se rendit à Brighton, dont le climat lui fut très-favorable: pendant deux mois, les vomissements cessèrent, mais ils recommencèrent au mois de novembre. Alors, sous la direction d'un médecin anglais, il fut mis à l'usage exclusif du jus de viande qu'il prenait avec un chalumeau; en même temps, il prit à l'intérieur des médicaments dont on lui cacha la composition, et on lui fit des frictions sur le cou avec un liniment. Au bout de quelques jours de ce traitement, les vomissements, les étouffements, cessèrent encore, mais ils reparurent après le retour du malade en France au mois de février 1871.

Il prit de la valériane et du valérianate d'ammoniaque qui modérèrent les accidents sans les faire cesser complètement, il éprouvait toujours le besoin de cracher avec effort pendant les repas, et quelquefois il vomissait ses aliments.

L'été arrivant, il se rendit aux bains de mer, et là comme à Brighton se crut encore une fois guéri; mais de retour en ville les accidents reparurent et persistèrent en s'aggravant pendant tout l'hiver. Au mois de mai 1872, les vomissements étaient continuels, accompagnés d'étouffements, et ne

permettaient que rarement à l'estomac de conserver des aliments substantiels comme la viande rouge, les potages gras, tandis que le lard, les biscuits de mer, passaient souvent avec facilité.

Les forces du jeune malade avaient considérablement diminué, il ne pouvait supporter la marche, on lui appliqua sans succès des vésicatoires de chaque côté du cou, on s'était assuré par le cathétérisme que son œsophage n'était le siège d'aucun rétrécissement.

Les vomissements étaient si fréquents qu'ils se répétaient quatre ou cinq fois pendant le temps consacré à l'ingestion d'un potage dont il gardait à peine quelques cuillerées.

Il vint me consulter vers la fin de mai 1872, je constatai de la matité dans la région ganglionnaire gauche et je pensai que la compression du pneumogastrique par des ganglions bronchiques tuméfiés pouvait être la cause de ces vomissements.

L'incitation morbide du nerf avait pu être partiellement et passagèrement atténuée par certains médicaments; l'air maritime et les bains chlorurés avaient pu diminuer le volume des ganglions, il est remarquable que l'hydrothérapie à l'eau douce n'avait amené aucun résultat, tandis que deux fois, les bains de mer et l'habitation sur la côte avaient produit des effets curatifs.

Partant de cette interprétation des phénomènes, j'instituai un traitement destiné à modérer la stimulation morbide dont le pneumogastrique était le siège, et en même temps à résoudre l'engorgement ganglionnaire.

Je le formulai ainsi:

1° Maintenir sur le creux épigastrique un emplâtre de thériaque et d'extrait de belladone.

2° Quatre fois par jour, boire un demi-verre d'eau de la Bourboule coupée avec du lait.

3° Tous les jours appliquer de la teinture d'iode sur le sommet gauche de la poitrine, près de la ligne médiane.

Après quinze jours de ce traitement, les vomissements avaient presque complètement disparu. Comme je le lui avais conseillé, le jeune malade se rendit aux bains de mer et y passa deux mois, continuant les applications d'iode et l'eau de la Bourboule; les vomissements disparurent complètement; les étouffements devinrent de plus en plus rares et de moins en moins intenses.

Revenu à Rouen à l'ouverture de l'année scolaire, ce jeune homme put rentrer dans sa pension et reprendre ses études interrompues. Il continua jusqu'au mois de décembre les applications de teinture d'iode et l'eau de la Bourboule dont il réduisit la dose de moitié.

Depuis cette époque, il cessa tout traitement; mais il y a un mois, sentant revenir de temps en temps quelques légers étouffements, après avoir

toussé et expectoré pendant huit jours, il recommença les applications de teinture d'iode, et, sous leur influence, la toux a à peu près disparu.

Quant aux étouffements qu'il ressent encore de temps en temps, ils sont insignifiants, et ils cessent rapidement quand le malade boit abondamment.

Les forces sont revenues, il prend autant d'exercice qu'il est possible, se livre à l'escrime et à l'équitation. Il a grandi, s'est développé et offre toutes les apparences d'une excellente santé : ne l'ayant vu qu'un moment, dans une maison étrangère, je n'ai pas pu l'ausculter et le percuter pour m'assurer si les organes respiratoires étaient complètement revenus à leurs conditions normales : la cessation des accidents doit le faire présumer ; le malade a pris l'eau de la Bourboule pendant un temps beaucoup plus long que je ne le lui avais prescrit, et il s'en est bien trouvé.

Plusieurs anatomistes ont signalé la fréquence de l'adénopathie bronchique constatée après la mort, alors que pendant la vie elle avait passé inaperçue. Les signes que j'ai indiqués permettront souvent d'en reconnaître l'existence, et je prends dans mes notes quelques observations qui nous montrent cette affection sous ses formes les plus habituelles.

Obs. I. — Une dame vint me consulter toussant depuis six mois avec des quintes semblables à celles de la coqueluche, accompagnées de sifflements ; elle dort mal et a un peu maigri. Je constate de la matité dans la région ganglionnaire droite en avant et en arrière, le murmure vésiculaire est plus faible et plus aigu dans tout le côté droit, sans que la percussion et l'auscultation permettent d'y constater une altération du parenchyme pulmonaire. Le pharynx est semé de granulations disséminées.

Je prescrivis l'eau de la Bourboule alternant avec les préparations iodées, et pour modérer la toux, des pilules de cynoglosse et d'extrait de ciguë.

Obs. II. — Il y a un an, je fus consulté pour un enfant âgé d'environ dix ans, qui, depuis deux ans avait des quintes de coqueluche rebelles à tout traitement. A part cette toux, sa santé était bonne, la nutrition s'accomplissait d'une manière régulière, sauf un peu d'anémie qui marquait d'une pâleur mate la région circumlabiale.

Sur les lames gauches des quatre premières vertèbres dorsales, et au niveau de la partie correspondante des régions sternale et sous-clavière, on percevait un son obscur et une diminution de l'élasticité ; dans une grande partie du côté gauche, le bruit respiratoire était plus faible et plus aigu que du côté opposé.

Je ne doutai pas qu'il n'existât chez cet enfant une adénopathie bron-

chique consécutive à la coqueluche, et qui, en apparence, en continuait les symptômes. Je prescrivis à cet enfant des applications de teinture d'iode, et l'eau de la Bourboule alternant avec un sirop ioduré.

Obs. III. — Quelques jours après j'étais appelé en consultation auprès d'une jeune dame atteinte d'une hypertrophie cardiaque, avec insuffisance aortique ; depuis huit à neuf mois, elle toussait d'une toux fréquente, quinteuse, entrecoupée de sifflements inspireurs, tout à fait semblables, disait-elle, à la toux de la coqueluche, quoique ni elle ni son entourage, ni le médecin qui la soignait eussent jamais songé à attribuer à cette toux l'étiquette de cette maladie ; ce praticien distingué était porté par la persistance de la toux et par des signes stéthoscopiques sur lesquels nous reviendrons, à admettre une affection tuberculeuse. Cependant, le facies de la malade ne justifiait pas ces craintes ; elle conservait de l'embonpoint ; ses crachats étaient purement muqueux et transparents. Sa voix était un peu rude, et sa respiration accompagnée parfois dans l'inspiration d'un léger *susurrus*.

Par la percussion, on trouvait un son obscur au niveau des lames gauches des premières vertèbres dorsales, dans la partie correspondante de la région sternale et sous-claviculaire. En arrière, on entendait, contre le rachis, un souffle trachéal, fort, métallique ; en avant, des deux côtés, un sibilus expirateur, rude, gros, retentissant dans une partie de l'arbre bronchique ; partout la respiration était rude, faible, sibilante, mais plus faible, plus rude, plus aiguë à gauche qu'à droite. J'ai conclu à l'existence d'une adénopathie bronchique, consécutive peut-être à une bronchite, peut-être à des lésions disséminées dans la trame des poumons ; mais, dans tous les cas, dominant la scène morbide, donnant à la toux son caractère coqueluchoïde, produisant ce souffle trachéal, limité en arrière à la gouttière vertébrale, ce sifflement perçu en avant des deux côtés, et ces modifications du bruit respiratoire observées dans le poumon gauche.

Ces derniers faits, pris dans ma consultation parmi des malades que je n'ai vus qu'une seule fois, ne paraîtront peut-être pas suffisamment démonstratifs à ceux qui n'ont pas étudié cette question ; mais je rappellerai que dans des cas semblables, l'autopsie a plusieurs fois justifié mes prévisions et montré les tumeurs ganglionnaires dans les limites et avec le volume que je leur avais assignés pendant la vie. Je ferai remarquer, en outre, que la présence de ces tumeurs explique des modalités respiratoires et des phénomènes d'auscultation qu'on rencontre tous les jours et dont on n'a pas donné encore d'explication.

Tout incomplètes que sont ces observations, j'ai cru devoir les rapporter, parce qu'elles montrent la maladie sous différents aspects ; dans le premier cas, elle se présente isolée, caractérisée par la forme de la

toux et par les signes physiques; dans le deuxième, elle succède à la coqueluche qu'elle semble prolonger; dans le troisième, l'adénopathie mêle son expression symptomatique à celle d'une bronchite peut-être elle-même la conséquence de lésions plus profondes, encore inappréciables; mais elle s'en distingue par des caractères propres, par cette toux qui l'accompagne si souvent, par les signes plessimétriques d'une tumeur médiastine, par ce souffle superficiel borné à la gouttière vertébrale, par le sibilus généralisé, et par conséquent trachéal, qui accompagne chaque expiration, par la faiblesse relative et l'acuité du bruit respiratoire dans un côté de la poitrine; c'est à ce titre de complication que l'adénopathie se présente le plus souvent à l'observation, et cette observation nous la fait voir sous un de ses aspects les plus communs.

J'ai parlé plus haut de la diminution de l'ampliation thoracique, consécutive à la compression d'une des bronches mères par des ganglions tuméfiés. Je ne serais pas éloigné de penser que ce trouble fonctionnel longtemps prolongé pût amener un rétrécissement de la cavité thoracique. Dernièrement, chez un malade qui avait au sommet du poumon droit une induration tuberculeuse et en même temps des signes d'adénopathie bronchique, j'ai observé une dépression de tout le côté correspondant, semblable à celle qui succède aux pleurésies. Cependant le malade affirmait n'en avoir jamais eu, ce qui n'est pas assurément un motif suffisant pour en rejeter la possibilité; le poumon paraissait sain dans les deux tiers inférieurs. Je me suis demandé si le rétrécissement de la bronche droite ne pouvait pas avoir une part dans cette dépression de la cage thoracique du côté droit.

DE LA TOUX 1

Sommaire. — Définition de la toux. — Ses caractères. — Sa valeur sémiologique. — Son mécanisme. — Étude physiologique de ce phénomène morbide. — La toux considérée comme condition pathologique. — Indications thérapeutiques fournies par elles. — Expectorants (antimonieux, ipéca). — Calmants (opium, jusquiame, belladone). — Médicaments et topiques divers. — Antispasmodiques. — Bromure de potassium. — Cigarettes arsenicales. — Sulfureux balsamiques et résineux. — Traitement de la toux hystérique. — De la toux gutturale, etc. — Hygiène de la toux.

MESSIEURS,

Je veux vous entretenir d'un sujet de circonstance : de la toux. Partout, en ce moment, nos oreilles sont poursuivies par ce bruit pénible pour ceux qui les produisent et pour ceux qui l'entendent.

Et d'abord, qu'est-ce que la toux? La toux est un mouvement expiratoire rapide, énergique, presque convulsif, qui chasse brusquement l'air inspiré à travers la glotte tendue et resserrée, avec un bruit caractéristique. Ce bruit varie suivant l'état organique et la tension des cordes vocales; il peut encore être modifié par la présence de mucosités entre leurs lèvres ou par la vitesse du courant d'air expiré. Celui-ci s'échappe rarement en secousses isolées; plus souvent répétée plusieurs fois de suite, la toux constitue une quinte.

Selon ces diverses circonstances, la toux revêt différents caractères, tantôt grave, tantôt aiguë; rauque, sourde, étouffée, ou au contraire claire, sonore, clangoreuse; férine ou sifflante; sèche, grasse ou humide; gutturale, profonde, etc., etc.

Ces caractères varient suivant l'affection des organes respiratoires, dont elle est la conséquence; quelquefois même elle en est le signe distinctif, comme dans la coqueluche; d'autres fois, sans être aussi caractéristique, elle offre cependant des nuances bien accentuées: ainsi l'oreille d'un médecin expérimenté reconnaîtra le plus souvent la toux de la

(1) Leçon publiée dans l'*Union médicale* (1867).