

Il importe de distinguer ces paralysies de la faiblesse musculaire qu'on observe chez tous les convalescents de dothiésentérie; faiblesse qui dérive à la fois de l'épuisement du système nerveux et de l'altération matérielle du tissu musculaire dont je vous ai parlé. Je vous ai dit, en effet (1), que la substance contractile d'un très-grand nombre de muscles, sinon de la totalité de ceux-ci, subissait dans une plus ou moins grande étendue la dégénérescence granuleuse ou cireuse; or, il s'écoule plusieurs semaines avant que la substance dégénérée se résorbe et soit remplacée par un tissu contractile de nouvelle formation. Il y a donc, pendant tout ce temps, une gêne matérielle à l'accomplissement de la contraction musculaire.

Messieurs, les *hydropisies* qui surviennent quelquefois dans le décours et dans la convalescence de la maladie que nous étudions, comme à la suite de toutes les fièvres graves, sont des accidents du même ordre que ceux que nous venons de passer en revue. Ainsi que les troubles nerveux, ils sont tous dépendants du mauvais état général de l'économie, de l'adynamie dans laquelle l'organisme est tombé, plus particulièrement de l'altération spéciale du sang, qui favorise singulièrement l'exhalation et l'épanchement de sérosité dans les mailles du tissu cellulaire et dans les cavités closes. Quand on sait combien il est fréquent de constater l'existence de l'*albuminurie* dans le cours de la *fièvre typhoïde*, albuminurie tantôt passagère, purement fonctionnelle, c'est-à-dire ne se liant à aucune altération réelle ou permanente du rein, mais tantôt aussi coïncidant avec les lésions de cet organe qui caractérisent la maladie de Bright, ainsi que l'ont vu MM. Rayer, Barthez et Rilliet, Christison, Gregory, etc., on serait tenté de croire que les *hydropisies* consécutives dont nous parlons se rattachent à une albuminurie symptomatique d'une affection rénale. Il n'en est rien; lorsque dans ces cas on a cherché l'albumine dans les urines, jamais on n'en a trouvé la moindre trace.

Un fait non moins remarquable, et sur lequel M. le docteur Leudet (de Rouen) a appelé l'attention des médecins (2), c'est que ces *hydropisies* consécutives à la dothiésentérie s'observent bien plus fréquemment dans certains pays que dans d'autres, et que l'influence des constitutions médicales n'est pas étrangère à leur production. Ainsi, tandis qu'à Paris nous les rencontrons rarement, les médecins étrangers entrent dans de grands détails au sujet de ces affections qu'ils ont rencontrées plus souvent. Tandis encore que M. Leudet ne les avait jamais notées pendant dix années d'étude dans les hôpitaux de Paris, bien qu'il ait constamment pris dans tous leurs détails les observations de nombreux malades atteints de fièvre typhoïde, à Rouen, où depuis plusieurs années seulement il est chargé d'un service de médecine à l'Hôtel-Dieu, ce laborieux observateur a pu en recueillir huit exemples.

Ces *hydropisies*, occupant presque exclusivement le tissu cellulaire sous-

(1) Voy. page 245.

(2) Leudet, *Archives générales de médecine*, octobre 1858.

cutané, restent généralement limitées aux membres inférieurs, où l'œdème n'est nulle part plus prononcé qu'aux parties déclives, au pourtour des malléoles, à la face dorsale des pieds, à la face postérieure des cuisses. Mais, en quelques circonstances, ces épanchements partiels occupent le membre supérieur; on les a vus siéger à la face et même être bornés à un seul côté du visage, comme M. Virchow en a rapporté un cas: ici l'œdème se liait à une oblitération de la veine jugulaire interne. D'autres fois il existe une ascite. Enfin l'anasarque peut être générale, soit qu'elle l'ait été d'emblée, soit que, d'abord localisée, elle se soit ensuite étendue.

Le plus ordinairement cet œdème est peu prononcé; exceptionnellement il est considérable, et comparable à celui qui survient par le fait des maladies organiques du cœur.

Il n'est nullement en rapport avec la gravité de la dothiésentérie, et les causes de débilitation, telles que des évacuations abondantes, des hémorrhagies intestinales, ne paraissent pas avoir d'influence sur sa production. Le passage du chaud au froid, dont l'action est si prononcée dans le développement de l'anasarque scarlatineuse, ne semble pas en avoir une ici.

Ces œdèmes, qui surviennent passivement vers la deuxième ou la troisième semaine de la maladie, sans s'annoncer par aucun prodrome, bien qu'en quelques cas leur apparition coïncide avec l'exacerbation du mouvement fébrile, une éruption abondante de sudamina et une bronchite intense, disparaissent ordinairement en quinze ou vingt jours.

Lorsqu'ils persistent, ils retardent la convalescence, mais sont d'ailleurs sans aucune gravité. Ils cèdent à un régime et à un traitement exclusivement toniques, nécessairement indiqués par l'état de faiblesse générale sous l'influence duquel ces accidents se sont produits.

L'œdème dont je viens de vous parler, messieurs, se trouve dans quelques autres pyrexies, indépendamment de l'albuminurie; je l'ai souvent observé dans la rougeole, et l'analyse des urines m'a démontré que le plus souvent, dans ce cas, il n'y avait pas d'albumine. Mais il est un autre œdème que j'ai observé dans la dothiésentérie, et qui est lié à une oblitération veineuse: c'est une véritable *phlegmatia alba dolens*; et tout récemment encore j'en retrouvais un cas chez une de mes nièces âgée de vingt-quatre ans. Elle fut prise de l'œdème douloureux vers le quarantième jour de sa maladie. Le fait de Virchow que je rappelais tout à l'heure est du même genre.

§ 12. — De quelques accidents locaux survenant dans le cours ou dans le déclin de la dothiésentérie.

a. — Fonte de la cornée dans la fièvre putride.

Une femme entra dans le service de la Clinique, au n° 8 de la salle Saint-Bernard, atteinte d'une fièvre putride fort grave. Quand, dans le cours de la troisième semaine, les accidents nerveux prirent de l'intensité, les paupières,

pendant le sommeil, ne se fermèrent plus qu'incomplètement, et le segment inférieur des deux cornées transparentes restait exposé au contact de l'air. Après quelques jours, la conjonctive s'injecta, les yeux devinrent chassieux; vingt-quatre heures plus tard, on constatait l'existence d'une véritable ophthalmie catarrhale. En examinant avec soin les globes oculaires, il était facile de reconnaître que le segment inférieur de la cornée lucide était gonflé, blanchâtre, comme macéré; il y avait en même temps photophobie très-violente, et la malade, bien que dans la stupeur, se plaignait de ses yeux, lors même qu'on ne l'obligeait pas à relever la paupière. La vue était profondément troublée. Il me parut évident, il parut évident à tous ceux d'entre vous qui suivaient la visite, que les cornées se ramolliraient complètement, et que la vision était inévitablement perdue.

Ce ramollissement de la cornée lucide, que vous avez, messieurs, fréquemment observé, non-seulement dans le cours de la dothiésentérie, mais aussi dans toutes les maladies accompagnées de troubles cérébraux, est un accident de la plus haute gravité dont j'ai été longtemps à comprendre le mécanisme. Je crois l'avoir enfin découvert; je crois surtout avoir trouvé le moyen très-simple d'y remédier. Il ne serait pas impossible que d'autres que moi eussent le droit de revendiquer l'honneur de cette petite découverte. J'en prends facilement mon parti; s'il se trouve que d'autres aient observé avant moi ce que je vais vous exposer en peu de mots, je m'en applaudirai; ce sera une sanction que j'aurai donnée à un fait pratique peu connu. Nous voyons tous les jours des confrères réclamer l'honneur de la priorité avec un zèle qui ne me donne guère l'envie de suivre leur exemple; il est donc bien entendu que j'abandonne, s'il en est besoin, tous mes droits sur le ramollissement de la cornée dans les fièvres graves et sur le traitement de ce ramollissement.

Mais, avant de dire quel est ce traitement, avant de poursuivre l'histoire de la malade dont je vous ai rappelé l'observation, je veux vous exposer le mécanisme suivant lequel s'opère, selon moi, le ramollissement de la cornée transparente.

Dans le cours des fièvres putrides, vous avez souvent remarqué que les malades dorment les paupières entr'ouvertes; il arrive alors presque toujours que le globe de l'œil s'est porté en haut et que la cornée lucide reste entièrement cachée. Dans ce cas, l'absence de clignement n'a d'autre inconvénient que de causer une phlegmasie de la membrane muqueuse oculaire, et si cette inflammation est, comme je l'admets volontiers, sous la dépendance de l'état général au même titre que la phlegmasie des bronches, de l'arrière-bouche, etc., je ne puis ne pas admettre qu'elle est aggravée par le défaut de clignement, comme on le voit chez ceux qui ont une paralysie du nerf facial. Vous savez tous, en effet, que les malades atteints de paralysie de la septième paire de nerfs, ne pouvant fermer l'œil ni cligner, ont tous une irritation plus ou moins considérable de la membrane muqueuse oculaire, et cette irritation va, chez certains individus, jusqu'à l'inflammation et jusqu'au ramollissement de la

cornée lucide. Les malades eux-mêmes savent parer à cet inconvénient, en faisant mouvoir leur paupière à l'aide du doigt, assez souvent pour suppléer au clignement qui manque; mais pendant le sommeil, s'ils ne prennent pas des précautions particulières, ils laissent le globe de l'œil exposé au contact de l'air, et, le lendemain matin, ils se réveillent avec de la congestion irritative, de la douleur, de la lippitude.

Dans les fièvres graves, quelle que soit d'ailleurs leur nature, les yeux, comme je vous le disais tout à l'heure, restent ordinairement entr'ouverts, et si la stupeur dure assez longtemps, si elle est portée trop loin, ils sont, nuit et jour, dans des conditions analogues à celles où se trouvent les individus atteints de paralysie de la septième paire.

Ajoutez à cela, messieurs, que la sensibilité est émue dans le cours des fièvres putrides, et que l'irritation causée par le contact de l'air sur la conjonctive n'est pas sentie, de telle sorte que le besoin de cligner n'existe plus. Il se passe pour l'œil ce qui se passe pour les narines qui deviennent pulvérolentes, s'emplissent des corps étrangers qui voltigent dans l'air, parce que le malade n'a pas conscience de l'irritation que ces corps étrangers causent ordinairement, et qu'il ne fait rien par conséquent pour s'en débarrasser.

Réfléchissez un instant à la théorie du clignement, et vous comprendrez que les accidents dont je vous parle doivent être assez fréquents. Trois paires de nerfs concourent à ce phénomène. En premier lieu, la cinquième paire (paire sensitive), qui transmet au cerveau l'impression douloureuse produite par le contact continu de l'air et par la dessiccation de la cornée, impression qui donne le besoin de cligner. En second lieu, la septième paire de nerfs (paire motrice), qui transmet au sphincter des paupières l'ordre de se contracter. Enfin, la troisième paire de nerfs (paire motrice également), qui envoie un filet au releveur de la paupière supérieure, et qui préside par conséquent à l'élévation de cette paupière. Mais il existe encore une branche nerveuse: c'est le nerf lacrymal provenant de la branche ophthalmique de la cinquième paire, et qui préside à la sécrétion des larmes, lesquelles servent plus encore que le mucus oculaire à la lubrification de la conjonctive, but final du clignement.

Vous comprenez maintenant qu'un phénomène aussi compliqué que celui du clignement, qui nécessite la mise en action d'un aussi grand nombre de nerfs, soit troublé ou même suspendu dans une affection qui, comme la dothiésentérie, sidère à un aussi haut degré le système nerveux tout entier.

Il faut aussi tenir compte, dans les fièvres graves, d'autres conditions particulières parfaitement indépendantes de ces circonstances, en quelque sorte physiques, dont je viens de vous parler.

En vertu de causes qui ne nous sont que très-imparfaitement connues, mais qui relèvent de la nature même des maladies septiques, les membranes muqueuses deviennent le siège de congestions demi-actives, demi-passives, qui arrivent facilement à l'inflammation et même au sphacèle. Aussi les

ophthalmies, les coryzas, les angines, les laryngites, — et j'aurai occasion, messieurs, de revenir d'une façon toute spéciale sur ces dernières affections, — les phlegmasies des parties génitales, surtout chez les jeunes filles, sont-ils le cortège assez habituel des pyrexies à forme septique. Si bien que vous concevrez mieux comment la cornée lucide, quand elle vient alors à s'enflammer par l'absence du clignement, arrive aisément au ramollissement, sorte de gangrène de la membrane.

Reprenons maintenant les faits cliniques.

Je donnais des soins, conjointement avec M. le docteur Grenat, à un jeune homme qui était atteint d'une maladie nerveuse mal déterminée, formant la chaîne entre la fièvre cérébrale et la fièvre putride ou typhoïde ordinaire. Il survint un peu de congestion de la conjonctive, autant sous l'influence de la fièvre elle-même que par le défaut de clignement. L'une des cornées se ramollit, et le malade perdit l'œil.

Ce triste accident me donna à réfléchir, et je pensai que si la plus grande part du mal devait être mise sur le compte de la pyrexie, l'exposition continue de l'œil au contact de l'air par défaut de clignement avait été une cause importante et peut-être principale, et dès ce moment je me préparai à faire ce que je fis en effet avec un grand succès chez notre malade du n° 8 de la salle Saint-Bernard.

Chez cette femme, je vous l'ai dit, la vue me paraissait à moi, comme elle le paraissait à ceux qui assistaient à la clinique, inévitablement perdue. Je n'avais pas plus d'espérances que les autres, mais j'essayai le mode de traitement que je m'étais promis de mettre en usage.

Je fermai complètement les yeux de la malade; je plaçai par-dessus les paupières deux tampons de coton cardé, et je maintins ces deux tampons avec un bandeau médiocrement serré. Le petit appareil fut placé pendant la visite du matin. Dans la journée, les douleurs furent moindres; elles disparurent pendant la nuit. Le lendemain matin, à notre grande satisfaction, lorsque nous examinâmes les yeux, nous trouvâmes les cornées avec leur couleur normale, et, à cela près d'une injection notable de la conjonctive, tout était rentré dans l'ordre. La vue était encore un peu troublée; mais il n'y avait plus de photophobie. Le traitement fut continué pendant trois jours, et alors l'appareil fut enlevé. Cependant les accidents nerveux généraux avaient un peu cédé, la stupeur avait presque entièrement disparu, et désormais les yeux se fermaient pendant le sommeil.

Bien que durant la convalescence il soit survenu un choléra violent, et plus tard une colite qui avait quelques-uns des caractères de la dysenterie épidémique, les accidents que nous avons observés du côté des yeux ne se renouvelèrent pas.

Je veux vous rapporter encore un autre fait qui a été observé par mon collègue et ami M. Ambroise Tardieu :

Un homme prit une scarlatine qui dès l'abord se compliqua d'accidents

septiques. Les paupières restèrent entr'ouvertes, et le segment inférieur de la cornée lucide se ramollit, exactement comme chez notre malade. Déjà il y avait des douleurs extrêmement vives, de la photophobie, un trouble considérable de la vue. Tout à coup survint un érysipèle du visage qui envahit d'emblée les deux paupières dont l'occlusion fut complète pendant quatre jours. Lorsque l'érysipèle céda et que les yeux se rouvrirent, M. Tardieu vit avec bonheur que ces yeux qu'il avait crus perdus étaient parfaitement guéris.

Bien que dans ce cas, messieurs, la maladie ne fût plus la même que celle à laquelle nous avons affaire, les accidents étaient identiques, et les moyens employés pour la combattre, moyens que la nature se chargea cette fois d'appliquer, ces moyens furent encore l'occlusion des paupières, moyen simple et d'un emploi facile que je vous engage à ne pas oublier.

b. — Affections du larynx. — Nécrose des cartilages du nez. — Oedème de la glotte survenant dans le décours de la dothiésentérie et nécessitant la trachéotomie.

Messieurs, au commencement du mois de mars de l'année 1858, entrant dans nos salles un jeune homme de dix-huit ans, envoyé à Paris par un médecin d'Aix pour être traité d'une affection du larynx qui avait nécessité la trachéotomie. Ce malade portait encore sa canule trachéale, et ne pouvait la quitter sous peine d'être pris immédiatement de violents accès de suffocation.

L'affection laryngée s'était déclarée huit mois auparavant, dans le cours d'une fièvre typhoïde grave qui, d'après les renseignements écrits communiqués par notre confrère, avait revêtu la forme adynamique et duré une trentaine de jours. Dans les derniers temps de la maladie était survenue une aphonie presque complète, qui persista, et prit des proportions plus sérieuses encore au moment de l'entrée en convalescence. Alors aussi la respiration était devenue plus difficile; l'expiration s'effectuait assez librement, mais l'inspiration était laborieuse, accompagnée de ronflement et de sifflement. La pression exercée au niveau du larynx n'occasionnait aucune douleur, et le doigt, profondément porté dans l'arrière-gorge, ne rencontrait pas de gonflement œdémateux à l'orifice supérieur des voies aériennes. La dyspnée présentait une certaine intermittence, ou, pour mieux dire, de la rémission, car elle ne cessait jamais complètement, mais diminuait d'intensité pendant le jour et augmentait la nuit.

Des cautérisations pratiquées à l'entrée du larynx, deux sétos placés au niveau du cartilage thyroïde n'ayant en aucune façon amendé la situation, et la suffocation étant arrivée au point de rendre l'asphyxie imminente dix-huit jours environ après le début des accidents, il fallut pratiquer d'urgence la trachéotomie pour sauver le malade d'une mort inévitable.

A partir de cette époque, la santé de l'individu s'était complètement rétablie, et il venait à Paris pour être débarrassé de sa fistule trachéale qui constituait bien moins une maladie qu'une infirmité pénible. Toutefois, à son arrivée

à l'Hôtel-Dieu, il accusait encore une certaine gêne de la respiration, mais cette gêne cessa dès que nous eûmes substitué à la canule qu'il portait une autre canule d'un plus fort calibre.

Nous essayâmes à plusieurs reprises de l'en débarrasser tout à fait, afin de tenter de fermer la plaie de la trachée et de rendre à l'air son cours par l'orifice supérieur du larynx; mais chaque fois des accès de suffocation nous montraient que les voies naturelles n'étaient pas libres, et après six semaines de séjour dans nos salles, le malade, découragé, quitta l'Hôtel-Dieu pour aller s'adresser à d'autres dont il espérait mieux.

L'année précédente, plusieurs d'entre vous se le rappelleront, un fait semblable, sinon identique, s'était offert à notre observation; mais ici vous aviez pu suivre, pour ainsi dire pas à pas, toutes les phases de l'affection du larynx, qui avait également nécessité la trachéotomie.

C'était encore chez un jeune homme de vingt ans; il était entré salle Sainte-Agnès, où vous l'avez vu couché au n° 4, atteint d'une dothiésentérie des plus graves, avec prédominance de phénomènes nerveux ataxo-adiynamiques qui laissèrent assez longtemps des troubles dans les fonctions cérébrales: le malade eut, pendant la convalescence, une sorte d'imbécillité.

Dans le cours du troisième septénaire nous avons noté des accidents survenus du côté de la respiration, caractérisés par de la dyspnée, plus encore par la raucité de la voix et de la toux. L'examen de l'arrière-gorge nous avait permis de constater une tuméfaction évidente de l'épiglotte, et nous redoutions qu'elle ne s'étendît déjà aux replis aryéno-épiglottiques, et peut-être à la membrane muqueuse laryngée, aux cordes vocales. Sous l'influence d'insufflations d'alun et de tannin que je fis faire régulièrement plusieurs fois par jour, les accidents s'amendèrent sans cesser complètement, mais s'amendèrent assez pour que le malade demandât sa sortie, que nous lui accordâmes. Cependant, considérant que l'affection dont il était atteint se rattachait à des lésions profondes, siégeant probablement dans les cartilages du larynx, je vous annonçai qu'il y avait une nécrose d'un des cartilages, et je vous communiquai mes inquiétudes sur le sort de ce jeune homme: je pensais que, sous peu de jours, il rentrerait à l'hôpital dans un état plus grave qui nécessiterait une intervention chirurgicale sérieuse.

Il rentra, en effet, dix jours plus tard. Ma prédiction s'était accomplie; les accidents avaient pris une redoutable intensité. La respiration était pénible; l'expiration sifflante était moins laborieuse que l'inspiration; la toux était d'une raucité extrême, la voix était presque éteinte, et ce malheureux jeune homme ne se faisait plus entendre qu'au prix de grands efforts. Toutefois, l'oppression n'étant point portée au plus haut degré, la suffocation n'étant point menaçante, je tentai de nouveau de calmer les accidents à l'aide des moyens qui nous avaient une première fois réussis; je prescrivis les insufflations d'alun et de tannin, mais cette médication fut impuissante, les symptômes ne se modifièrent pas. Pour épuiser nos dernières ressources avant de recourir à la tra-

chéotomie, je me plaçai au point de vue d'une laryngite syphilitique possible, quoique je fusse malheureusement trop convaincu de l'exactitude de mon diagnostic, et que je n'eusse guère d'espoir d'arriver à de meilleurs résultats. Profitant donc du temps que me laissaient les accidents, je donnai les préparations iodurées; mais bientôt les symptômes de l'œdème de la glotte augmentant encore, les menaces de suffocation se répétèrent le 18 juillet: l'asphyxie devenant imminente, il fallut de toute nécessité pratiquer la trachéotomie.

Elle fut faite dans les dernières heures de la soirée par l'interne de garde, M. Warmont, élève distingué de nos hôpitaux, et le lendemain matin, à la visite, nous retrouvâmes notre malade ayant repris sa gaieté et demandant à manger.

Quelques semaines après il nous quittait définitivement, respirant librement par la plaie trachéale, grâce à une canule de très-large calibre que nous avions placée; lorsqu'il voulait parler, il en fermait l'orifice, et sa voix, toujours très-rauque, s'entendait pourtant facilement.

Depuis lors, ce jeune homme est venu nous revoir à différentes fois, et de temps à autre nous avons eu de ses nouvelles. Deux ans après, il respirait toujours par sa canule, qu'il ne pouvait fermer complètement sans être menacé de suffocation. Sa santé générale était parfaite; à sa dernière visite, nous le trouvâmes notablement engraisé. Il avait repris ses travaux d'ouvrier chaudronnier. Un instant il avait imaginé, pour rendre son infirmité plus supportable, et afin de la dissimuler autant que possible, un appareil assez ingénieux; il avait adapté à sa canule un long tube de caoutchouc qui, descendant au-dessous de sa cravate le long du corps, aboutissait dans la poche de côté de son pantalon: quand il voulait parler, il mettait la main dans son gousset, et fermait ainsi l'entrée du tube sans être obligé de porter son doigt à son cou, comme il le faisait auparavant. Cependant il fut obligé de renoncer à ce moyen, la respiration en étant plus gênée. Il y a quelques jours, nous avons appris qu'il était dans le même état de santé, bien qu'il portât toujours sa canule trachéale.

Messieurs, les observations d'œdème de la glotte analogues à celles-ci se produisent assez souvent dans le cours ou dans la convalescence des fièvres continues graves. Je dis dans le cours des fièvres graves, parce que, en effet, ces accidents s'observent non-seulement dans la dothiésentérie, mais encore dans la scarlatine et dans la variole. Pour ne parler que de ce qui arrive dans la fièvre putride, déjà (1) notre regrettable confrère Sestier, sur deux cent soixante-quatorze faits qu'il avait rassemblés, en avait cité dix qui s'étaient montrés dans la convalescence de la fièvre typhoïde. Toutefois ces faits n'étaient pas encourageants, puisque les dix malades succombèrent, et que la trachéotomie échoua dans les cinq cas où elle fut pratiquée.

(1) Sestier, *La bronchotomie dans le cas d'angine laryngée œdémateuse* (Archives générales de médecine, 1850).

A côté de ces malheureux exemples nous en avons de plus favorables à enregistrer, outre les deux que je viens de vous rappeler ; vous pourrez lire, dans la *Gazette hebdomadaire* pour le mois d'août 1859, un compte rendu, par M. le docteur Charcot, d'un certain nombre de faits publiés en Allemagne relativement à cette question, et où les succès sont en assez grande proportion : 7 sur 19.

Si quelque chose doit nous étonner, messieurs, c'est que ces cas d'œdème de la glotte consécutifs à la dothiésentérie ne soient pas plus nombreux, eu égard à la fréquence des lésions sous l'influence desquelles cette affection peut se produire.

Les deux observations que je vous ai rappelées en commençant sont les seules qui se soient présentées à nous depuis que j'occupe cette chaire de clinique, et nous n'avons pas eu l'occasion de vérifier à l'autopsie ce que d'autres ont rencontré dans des cas semblables. Afin d'être aussi complet que possible sur cette question, je vais emprunter trois faits, le premier à mon ancien élève M. le docteur Genouville, les deux derniers à M. Second-Ferréol (1).

L'observation de M. le docteur Louis Genouville est celle d'un individu qui entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service alors dirigé par mon collègue M. le docteur J. Bergeron; le malade était à la fin d'une fièvre putride de forme adynamique grave, lorsque, peu de jours après son arrivée, il fut pris d'un accès de suffocation qui nécessita d'urgence la trachéotomie. Le surlendemain, tandis qu'il semblait guéri à ce point que, sur ses instances, on ne lui avait pas remis sa canule, tout à coup il fut emporté dans un retour d'accès de suffocation. A l'ouverture du cadavre, on trouva la membrane muqueuse du larynx gangrenée jusqu'en arrière des ventricules; le cartilage aryénoïde était entièrement détruit, les muscles constricteurs inférieurs du pharynx et crico-aryénoïdiens étaient sphacelés. Les ganglions bronchiques, noirs, mortifiés, exhalaient une odeur caractéristique de gangrène.

Au niveau de la valvule iléo-cæcale, on constata l'existence des altérations propres à la dothiésentérie.

Quoiqu'il ne soit pas fait mention, dans ce cas, d'œdème de la glotte, j'ai cru cependant, messieurs, devoir le rapporter, car la gangrène du larynx, la nécrose des cartilages, sont des lésions auxquelles se rattache l'affection que nous étudions, bien que la gangrène soit moins commune que les autres altérations que nous allons retrouver dans les observations de M. Second-Ferréol.

Un de ces malades, âgé de vingt-deux ans, avait eu une fièvre putride ataxo-adynamique compliquée d'accidents des plus sérieux : il y avait eu des eschares gangréneuses au niveau du sacrum, les plaies des vésicatoires appliqués aux mollets s'étaient sphacélées. Entré le 22 décembre à l'hôpital de la Pitié, dans le service de mon excellent collègue et ami le docteur Noël Gueneau de Mussy,

(1) *Bulletins de la Société anatomique* pour 1857 et 1858.

cet individu était en convalescence à la fin de janvier; cependant ses plaies ne se cicatrisaient pas, et il survint de plus des collections purulentes multiples sous-cutanées qu'il fallut ouvrir. Le malade, sujet à des extinctions de voix avant sa fièvre typhoïde, fut repris de cet accident dans la convalescence. Non-seulement la voix était éteinte, mais la respiration était difficile, sifflante dans l'inspiration, et principalement pendant le sommeil. Des cautérisations avec le nitrate d'argent sur l'orifice supérieur du larynx modérèrent un instant ces symptômes, qui augmentèrent de nouveau après des efforts de voix; bientôt ils devinrent tels, que la suffocation étant imminente, la trachéotomie dut être pratiquée. L'individu succomba pendant l'opération.

L'autopsie montra une légère infiltration œdémateuse des replis aryéno-épiglottiques; les deux cordes vocales elles-mêmes, tuméfiées, présentaient de légères érosions superficielles. Le larynx contenait une assez grande quantité de muco-pus, qui, lorsqu'on pressait sur le cartilage cricoïde, affluait par un orifice fistuleux ouvert à la partie postérieure, un peu à gauche de l'anneau cricoïdien. Cet orifice communiquait avec un foyer purulent situé entre les deux muscles sterno et crico-thyroïdiens d'une part, et la membrane muqueuse laryngée d'autre part. Une grande partie de la moitié gauche du cartilage cricoïde avait disparu. Une perte de substance de forme très-irrégulière s'était faite aux dépens de la circonférence supérieure de l'anneau, en entamant les trois quarts de la hauteur de celui-ci. On remarquait de plus, sur les cordes vocales, de petits polypes à pédicules minces, renflés en forme de massues à leur partie libre, dont le volume égalait à peu près celui d'une lentille. Ces deux petits polypes, insérés en face l'un de l'autre, étaient flottants, et retombant sur l'orifice de la glotte, pouvaient bien l'oblitérer complètement.

Si ces petits polypes ne compliquèrent que peu la nécrose du larynx, du moins donnaient-ils la raison de cette extinction de voix à laquelle le malade était déjà sujet avant la fièvre typhoïde.

Dans le second cas, il s'agissait d'un jeune homme de dix-sept ans qui était entré dans les salles de M. N. Gueneau de Mussy, également pour une fièvre typhoïde. Cette fièvre, d'abord légère en apparence, présenta, dans le courant de la deuxième semaine, des accidents adynamiques, assez peu graves d'ailleurs. Le onzième jour de l'arrivée de cet individu à l'hôpital, survint le matin de l'agitation; la voix était enrouée, comme étouffée; l'inspiration était bruyante, sifflante, l'expiration étant plus facile. Des frictions avec l'huile de croton sur la région du cou, des cautérisations sur l'orifice supérieur du larynx, à l'aide d'une éponge imbibée d'une solution de nitrate d'argent aux trois quarts, n'arrêtèrent pas les accidents, qui, le soir, s'étaient considérablement aggravés. On constata alors de la rougeur de l'isthme du gosier, et le doigt, porté sur l'orifice du larynx, sentait l'épiglotte manifestement tuméfiée en forme de bourrelet qui se continuait vers les replis aryéno-épiglottiques. La mort arriva dans la nuit.