

que par une péritonite suraiguë, consécutive à la perforation de l'intestin.

Alors se fût élevée cette question : Quelle a été la cause de la mort ? Le médecin anatomiste aurait déclaré, après l'autopsie, que l'ulcération de l'intestin était seule en cause ; mais il eût été singulièrement marri en voyant que l'œuvre de destruction avait accompli silencieusement sa marche, et qu'elle n'avait pu être reconnue jusqu'au jour où un nouvel accident était apparu, qui avait emporté le malade. En réalité, je connais beaucoup d'exemples de mort accidentelle, dans lesquels l'autopsie a montré de vastes ulcérations intestinales, dont rien, pendant la vie, n'avait fait soupçonner l'existence. Je me rappelle, entre autres, un Lascar robuste et bien portant, qui avait mangé copieusement une heure avant de mourir. Les amis de cet homme assuraient qu'il n'avait jamais eu de troubles digestifs, et cependant il portait dans l'iléon plusieurs ulcérations profondes qui, selon toute probabilité, auraient abouti, quelques jours plus tard, à la perforation et à la péritonite.

Dans un troisième exemple de phthisie latente, il existait une arachnitis qui ne s'était révélée par aucun de ses symptômes habituels. Un jeune policeman, de constitution robuste en apparence, et qui faisait un service très-actif, entra dans nos salles dix jours après être tombé malade. Lorsqu'il nous arriva, tout son corps était froid, ses mains et ses pieds étaient bleus ; il avait le pouls à 70, remarquablement faible ; indifférent à tout ce qui l'entourait, il nous faisait parfois des réponses raisonnables, et, l'instant d'après, il ne prêtait aucune attention à ce qu'on lui disait. Pendant les dix premiers jours de sa maladie, il avait éprouvé une douleur dans la région frontale ; mais cette douleur avait sans doute disparu, car, en réponse à nos interrogations réitérées, il affirmait constamment qu'il ne souffrait pas. Pendant le jour, cet homme était assez tranquille ; mais, vers le soir, il était ordinairement pris d'un délire violent, et il fallait alors lui mettre la camisole. Du reste, il avait la tête fraîche ; les pupilles n'étaient pas contractées, les pulsations temporales et des carotides n'étaient point exagérées, les yeux n'étaient point injectés ; il n'y avait pas de sueurs sur la face ni sur le front.

Depuis le moment de son entrée dans le service jusqu'à sa mort, qui eut lieu seize jours après, cet homme n'a pas eu un seul instant de fièvre : le pouls était tombé à 60 ; il était faible, mais régulier. *La respiration a toujours été parfaitement naturelle* ; le malade n'a jamais

toussé. Quoique, pendant les derniers temps de sa vie, il eût des soubresauts, de la jactitation, de la mussitation et une insomnie complète, la tête resta toujours fraîche, et nous ne constatâmes aucun symptôme positif d'un travail inflammatoire dans le cerveau. En fait, cette maladie avait une marche si lente, les troubles nerveux ressemblaient tellement à ceux qui surviennent dans les fièvres dégagées de toute complication inflammatoire, que je portai le diagnostic : *fièvre nerveuse*. Quatre jours avant la mort du malade, la diarrhée était survenue.

*Autopsie.* — La dure-mère était parfaitement saine, mais l'arachnoïde était, sur certains points, opaque et épaissie. A la base du cerveau, tous les nerfs étaient plongés dans une lymphe jaunâtre et épaisse, qui s'étendait de la commissure optique à la moelle allongée, déroband complètement aux regards le plancher du troisième ventricule, et les origines de la troisième et de la sixième paire de nerfs. Au niveau de cet épanchement plastique, l'arachnoïde était plus épaisse ; elle avait perdu sa transparence. La pie-mère était très-injectée ; le tissu cérébral, fortement vascularisé, présentait d'ailleurs ses caractères normaux.

L'examen de la poitrine nous révéla les lésions que nous ne nous attendions certes pas à rencontrer. Les deux poumons étaient criblés de tubercules ; ils présentaient dans toute leur étendue, soit des abcès tuberculeux, soit de l'emphysème (1). Le lobe supérieur des deux côtés était creusé d'abcès multiples, dont la grosseur variait depuis celle d'un œuf de poule jusqu'à celle d'une noix d'Espagne, et qui communiquaient librement les uns avec les autres. Ces abcès n'étaient pas de formation récente, car les parois en étaient très-épaisses et cartilagineuses ; quelques-uns des plus considérables étaient traversés par des vaisseaux sanguins. La plupart de ces cavités étaient remplies d'une matière puriforme : ici c'était un liquide franchement purulent ; ailleurs c'était du pus mêlé de sang, qui rappelait les crachats jus de pruneaux de la pneumonie. Le cœur n'était pas altéré.

L'iléon était sain, mais le cæcum était enflammé ; il présentait plusieurs ulcérations à grand diamètre longitudinal ; ces ulcérations avaient

(1) On sait aujourd'hui ce qu'il faut penser du prétendu antagonisme de l'emphysème et des tubercules pulmonaires. L'opposition qu'on a voulu établir entre ces deux lésions est si peu fondée, que l'infiltration tuberculeuse du poumon est placée par tous les anatomo-pathologistes contemporains parmi les causes de l'emphysème.

(Note du Trad.)

intéressé toutes les tuniques de l'intestin jusqu'à la séreuse exclusivement. Sur les points correspondants, la surface extérieure du péritoine avait ses caractères normaux. Les bords des solutions de continuité étaient élevés, durs et nettement accusés.

Un des motifs pour lesquels la phthisie n'est pas toujours reconnue pendant la vie, c'est que la percussion ne nous permet pas constamment un diagnostic exact, même dans les cas où le poumon est solidifié. On croit généralement que toutes les fois que la quantité d'air contenu dans les poumons est augmentée ou diminuée, la percussion nous fournit les moyens d'apprécier ces diverses modifications, et que la valeur de ce procédé d'investigation est illimitée. En réalité, il n'en est point ainsi.

Assurément, lorsque la percussion nous montre que la densité du poumon est augmentée, nous sommes à peu près certains que l'organe est solidifié dans une étendue plus ou moins grande ; mais il s'en faut que les résultats ainsi obtenus soient toujours complètement exacts : il arrive parfois que la percussion de la poitrine donne un son très-clair sur un point qui correspond précisément à une induration considérable du poumon. J'ai déjà observé plusieurs faits de ce genre. Vous me demanderez sans doute quelle est la cause de cette apparente contradiction : cette question est d'une grande importance, et j'espère que la solution que je vais vous proposer vous satisfera complètement.

Un vieillard, nommé Foy, est mort récemment, à l'hôpital de Sir Patrick Dun, d'une hépatisation complète du lobe inférieur du poumon droit ; il avait en outre des dépôts tuberculeux très-nombreux dans le lobe supérieur des deux poumons. Pendant la vie du malade, j'avais signalé l'existence de l'hépatisation du lobe inférieur du poumon droit ; une matité complète et bien évidente indiquait l'espace occupé par le tissu pulmonaire solidifié. En haut et en avant, la percussion de la poitrine donnait un son clair ; il était impossible de constater dans cette région la plus légère matité. Et cependant le lobe supérieur des deux poumons était tellement farci de tubercules crus, qu'on ne put y trouver un fragment de la grosseur du poing qui ne s'enfonçât pas dans l'eau. Cette augmentation de densité résultait de la présence des tubercules qui occupaient le tissu pulmonaire, soit sous forme d'îlots d'infiltration, soit sous forme de dépôts isolés. Pourquoi donc une solidification si étendue des poumons n'avait-elle produit aucune matité à la percussion ? Un examen attentif des lésions nous permet d'expliquer

cette anomalie. En y regardant de près, en effet, nous verrons que les portions indurées, quoique très-nombreuses, quoique dépassant en volume les parties restées saines, sont isolées et séparées les unes des autres, dans l'épaisseur du lobe, par des lamelles de tissu pulmonaire normal ; nous constaterons en outre que la surface périphérique des parties indurées est revêtue d'une couche de tissu sain, d'une épaisseur d'un quart de pouce à un demi-pouce. En conséquence, bien que les masses solidifiées (pour me servir d'une expression géologique) affleurent de temps en temps la surface, cependant cette disposition est exceptionnelle, et en fait la périphérie du lobe présente une couche de tissu vésiculaire perméable. C'est à cette condition qu'était due la sonorité obtenue par la percussion. Les faits de ce genre sont rares, je le veux bien, mais ils existent, et vous ne devez pas les perdre de vue. Vous comprendrez ainsi pourquoi, dans certains cas de tuberculisation, la percussion de la poitrine donne un son parfaitement clair dans les points qui répondent aux lobes affectés (1).

Je veux, avant de terminer, vous dire quelques mots de la phthisie laryngée. Un jeune homme, du nom de Francis Thorp, fut atteint, il y a six mois environ, d'un refroidissement brusque ; aussitôt après, il eut mal à la gorge, sa voix devint enrouée, et il se mit à tousser : cette toux n'était pas très-violente, mais cependant elle était un peu pénible. Il est bon de vous dire que ce garçon, chargé d'un service en plein air, était constamment exposé à toutes les vicissitudes atmosphériques. Dès les premiers jours de son indisposition, on put constater de légères ulcérations sur l'isthme du gosier, et dernièrement les ganglions sous-maxillaires ont augmenté de volume. Le voile du palais et ses piliers sont plus rouges qu'à l'état normal, les amygdales sont tuméfiées, et la muqueuse pharyngienne est sèche et criblée d'ulcérations superficielles très-irrégulières. Du reste, l'enrouement a persisté ; aujourd'hui cet homme ne peut parler qu'à voix basse. L'état général est satisfaisant ; il n'y a pas de fièvre, l'appétit est conservé, le sommeil est naturel. Malgré ces conditions favorables en apparence, l'état de ce malade exige une attention particulière.

Un jeune homme est pris, à la suite d'un refroidissement, d'une inflammation légère de la gorge et du larynx ; il se met à tousser, et sa voix devient rauque ; ces symptômes persistent pendant des mois

(1) Voyez, tome II, la note de la page 114.

entiers, sans aucun amendement, et ils présentent enfin un caractère évident de chronicité. Eh bien ! quoique le malade ne maigrisse pas, quoiqu'il n'ait aucun des phénomènes de la fièvre hectique, quoique vous ne puissiez découvrir dans sa poitrine aucune trace de tubercules, vous devez être excessivement réservés sur le pronostic.

La persistance des accidents du côté de l'arrière-bouche et du larynx doit éveiller votre attention ; vous devez songer que si cette inflammation ne présente pas d'une manière très-tranchée les caractères des phlegmasies scrofuleuses, elle s'en rapproche néanmoins par bien des points, et qu'elle peut aboutir à la phthisie. Malgré l'absence de fièvre et de signes stéthoscopiques alarmants, ce serait faire acte de témérité que de promettre la guérison. Cette inflammation, qui est localisée dans le larynx, et qui entretient une irritation constante dans le voisinage des poumons, donnera probablement lieu, au bout d'un certain temps, à la formation de tubercules. Le résultat est encore plus certain si l'affection du larynx n'est pas convenablement traitée, ou si elle est exaspérée par de nouveaux refroidissements.

Chez Francis Thorp, nous avons affaire à cette laryngite chronique qui a été décrite sous le nom de phthisie laryngée. Cette affection se présente sous deux formes : dans l'une, l'enrouement et la douleur au niveau du larynx succèdent à la tuberculisation des poumons ; dans l'autre, les phénomènes laryngiens précèdent les accidents pulmonaires. Ces deux formes doivent être soigneusement distinguées l'une de l'autre. Dans la première, les symptômes laryngiens font partie intégrante de la maladie générale, et ils n'apparaissent qu'après d'autres manifestations ; dans la seconde, au contraire, ils forment le premier anneau de la chaîne morbide. La laryngite secondaire se développe chez des sujets bien et dûment scrofuleux ; la laryngite chronique primitive survient chez des individus affaiblis, dont la constitution, modifiée par des influences dépressives, se rapproche plus ou moins de l'habitus scrofuleux.

L'une de ces affections nous explique l'autre ; il est bien certain, en effet, que si une certaine modalité constitutionnelle est capable de donner lieu d'abord à une inflammation scrofuleuse et à la tuberculisation des poumons, puis à une inflammation du larynx ; il est bien certain, dis-je, que l'ordre des phénomènes peut être aisément renversé, et que, chez un individu ainsi prédisposé, un refroidissement, jouant le rôle de cause occasionnelle, peut agir sur le larynx longtemps avant que les poumons soient affectés. En conséquence, toutes les fois

que vous avez affaire à une laryngite chronique qui dure depuis un certain temps, si la constitution de votre malade a été affaiblie sous l'influence d'une cause quelconque, ou si vous soupçonnez chez lui l'existence de la diathèse scrofuleuse, vous devez réserver le pronostic (1).

(1) On sait que Borsieri regardait la phthisie laryngée comme produisant assez souvent la phthisie pulmonaire : « Sunt etiam qui existunt ulcera laryngis atque asperæ arteriæ, quia pulmonibus non insident, a phthisi secludenda esse. Verum ab his quoque corpus sæpe deperit, et lenta febricula cietur, qua omnis altrix materies absumitur : plerumque enim pulmo una afficitur, vel brevi eadem labe ad eum propagatur. Quapropter hanc phthisin, nisi pulmonariam, trachealem certè appellandam esse non inepte judicaverim. »

MM. Trousseau et Belloc ont étudié avec le plus grand soin cette terminaison de la phthisie laryngée, et ils ont rapporté des observations qui démontrent nettement l'influence de la phlegmasie chronique du larynx sur le développement des tubercules pulmonaires (voy. les obs. XVIII, XXIII, XXXIII bis). Cependant ces deux auteurs regardent cette relation de causalité comme exceptionnelle, et, pour le plus grand nombre des cas dans lesquels l'affection du poumon est consécutive à celle du larynx, ils invoquent simplement l'influence de la diathèse, et ils voient dans les lésions laryngées et pulmonaires les déterminations successives d'un même état général ; peu importe au fond que l'ordre habituel de ces manifestations morbides soit renversé. En résumé, MM. Trousseau et Belloc ont déduit de leurs observations les conclusions suivantes : « I. Le plus souvent la phthisie pulmonaire tuberculeuse se montre la première, et le larynx ne se prend que dans les derniers temps. — II. Dans les cas les plus rares, la lésion tuberculeuse commence par le larynx, et n'envahit le poumon que secondairement. — III. Quelquefois la phthisie laryngée et la phthisie pulmonaire marchent simultanément. — IV. Dans ce cas, la lésion semble quelquefois exister exclusivement dans le larynx, à cause de la prédominance des symptômes laryngiens et de la difficulté de constater la lésion des poumons par les signes stéthoscopiques. »

Le lecteur a remarqué sans doute que Graves fait consister tout le danger de la phthisie laryngée dans le développement d'une phthisie pulmonaire consécutive ; or, il a ainsi laissé de côté une donnée des plus importantes : je veux parler de la mort *par consommation* à la suite de la phthisie laryngée *simple*. On conçoit aisément toute la gravité de cette question ; aussi les auteurs du *Traité de la phthisie laryngée* n'ont-ils pas manqué de s'en préoccuper, et ils ont parfaitement indiqué le *mécanisme* de la mort par consommation dans la phlegmasie chronique ulcéreuse, simple, du larynx ; je ne puis mieux faire que de citer encore textuellement ce passage : « La continuité de la toux, qui fatigue et le poumon et tous les muscles expirateurs, et qui empêche les malades de goûter un instant de sommeil ; la gêne, souvent considérable, de la déglutition ; l'impossibilité où sont quelquefois les malades d'avaler la moindre substance alimentaire, sans être pris à l'instant de toux convulsive et de suffocation ; en un mot, l'insomnie d'une part, l'inanition de l'autre, suffisent, ce nous semble, pour expliquer le marasme et la mort. »

L'étude des lésions anatomiques de la phthisie laryngée conduit nécessairement à

Ce n'est pas à dire pour cela que vous deviez regarder l'affection comme incurable; encore moins devez-vous l'abandonner à elle-même, si l'examen de la poitrine vous démontre l'intégrité des poumons. Efforcez-vous tout d'abord de faire disparaître l'inflammation de la gorge; si vous y réussissez, vous aurez beaucoup fait déjà; puis, améliorez par tous les moyens possibles l'état de la constitution. En agissant ainsi, vous pouvez enrayer le développement de la disposition scrofuleuse.

Si le larynx est très-sensible à la pression (ce que vous pouvez aisément constater en prenant le cartilage thyroïde entre vos doigts et en faisant mouvoir l'organe d'un côté à l'autre), vous devez commencer le traitement par une émission sanguine locale. Appliquez toutes les deux ou trois nuits un petit nombre de sangsues sur la région du larynx, et continuez ainsi pendant deux semaines environ. S'il n'y a pas de sensibilité à la pression, s'il n'existe pas non plus de douleurs spontanées, vous pouvez vous dispenser des sangsues. Bornez-vous alors aux moyens qui agissent directement sur la muqueuse affectée: l'un des meilleurs est assurément une solution de nitrate d'argent, dans la proportion de dix grains (60 centigr.) pour une once d'eau (32 gram.),

cette question: Des tubercules peuvent-ils se développer dans le larynx? On sait que la plupart des auteurs répondent encore aujourd'hui par la négative. MM. Trousseau et Belloc déclarent que les ulcérations laryngiennes des phthisiques ne présentent jamais la moindre trace de matière tuberculeuse, et les auteurs du *Compendium*, s'élevant contre la dénomination d'*ulcérations tuberculeuses* du larynx, font remarquer que la coïncidence d'une ulcération laryngienne avec la phthisie ne suffit point pour démontrer l'origine tuberculeuse de cette ulcération. D'un autre côté, M. Louis dit qu'il n'a rencontré dans aucun cas des granulations tuberculeuses dans l'épaisseur ou à la surface de l'épiglotte, du larynx et de la trachée-artère, et MM. Monneret et Fleury n'ont pu recueillir que deux faits en faveur de l'existence des tubercules laryngiens. L'un de ces faits appartient à M. Grisolle, l'autre à M. Barth.

Or, je crois qu'on s'est trop hâté de conclure à l'immunité du larynx; je lis en effet dans le *Traité d'anatomie pathologique* de Rokitansky (t. III, p. 27): « Le tubercule est très-fréquent dans les voies aériennes; il occupe tantôt le larynx, tantôt les bronches.

« Dans le larynx, il se développe presque constamment, comme lésion consécutive, à la suite de l'ulcération tuberculeuse des bronches et du poumon. Il occupe le plus souvent la muqueuse de la paroi postérieure du larynx, au niveau du muscle transverse; ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'observe en d'autres points. Ces tubercules se réunissent en groupe; lorsqu'ils se ramollissent, ils donnent lieu à de petites ulcérations de la grandeur d'un grain de millet ou d'une lentille; ces ulcérations, qui sont entourées d'un corps dur et saillant, finissent par se réunir, et forment ainsi un ulcère secondaire plus considérable. Celui-ci est irrégulier, anfractueux, et sa base

ou une solution égale de sulfate de cuivre. Quant au procédé d'application, voici celui que je vous conseille. Prenez une sonde œsophagienne, ou une petite éponge fixée à l'extrémité d'une plume; trempez-la dans la solution, et après l'avoir égouttée, touchez l'arrière-bouche et le pharynx aussi profondément que vous le pourrez, pressez légèrement l'éponge sur les surfaces enflammées, et n'agissez pas par frottement. Il est essentiel de toucher tous les points affectés; si vous en omettez un seul, il suffira à entretenir le mal.

Le but de ces cautérisations est de modifier la membrane muqueuse. En agissant ainsi énergiquement sur la muqueuse du pharynx et sur celle qui tapisse l'entrée du larynx, vous réussirez souvent à ramener cette membrane à ses conditions normales, et cette modification favorable s'étend au voisinage, par contiguïté. Cette action à distance est démontrée par les résultats que nous obtenons dans le traitement des affections chroniques de la peau. Vous savez que nos topiques étendent souvent leur influence bien au delà du point d'application. Il en est encore de même dans l'inflammation de la partie inférieure du tube digestif: les lavements astringents, qui n'agissent directement que sur le rectum, n'en sont pas moins très-utiles pour combattre les affections dysentériques du côlon.

corrodée atteint le tissu cellulaire sous-muqueux. » Cette description est des plus nettes, et comme on ne peut soupçonner le professeur de Vienne d'avoir pris pour des tubercules les follicules tuméfiés, je crois qu'il faut modifier les conclusions admises jusqu'à ce jour en France, et reconnaître que si les tubercules sont relativement rares dans le larynx, ils peuvent néanmoins s'y développer dans un certain nombre de cas.

En conséquence, il y a lieu de distinguer chez les phthisiques deux formes de laryngite chronique ulcéreuse: dans l'une, les ulcérations ne sont que le résultat de la phlégmasie chronique; dans l'autre, elles sont consécutives à la fonte de tubercules laryngiens. Je proposerais volontiers pour la première variété la dénomination de *laryngite chronique des tuberculeux*, et pour la seconde celle de *laryngite chronique tuberculeuse*. Ces désignations ont l'avantage d'exprimer le caractère distinctif le plus important de ces deux formes morbides. Quant au diagnostic clinique de ces deux laryngites, on ne peut l'attendre que de l'observation ultérieure, puisque jusqu'ici on n'admettait même point la possibilité du développement des tubercules dans le larynx.

Borsieri, *Institutiones medicinarum practicarum*. Berolini, 1826. (Citation empruntée à MM. Trousseau et Belloc.)

Trousseau et Belloc, *Traité pratique de la phthisie laryngée, etc.* Paris, 1837.

Louis, *Recherches anatomo-pathologiques sur la phthisie*. Paris, 1825.

Monneret et Fleury, *Compend. de méd.*, t. V. Paris, 1842.

Rokitansky, *Lehrbuch der pathologischen Anatomie*. Wien, 1855-1861.

(Note du TRAD.)

Indépendamment du nitrate d'argent, nous avons employé chez Francis Thorp un moyen qui est souvent utile, lorsqu'il n'y a pas de signe d'irritation pulmonaire : je veux parler des inhalations d'iode. Elles ont également pour but de modifier l'état de la muqueuse affectée. On met dans un appareil spécial cinq à dix gouttes de teinture d'iode, un demi-gros (2 gram.) de teinture de ciguë, et 4 onces (128 gram.) d'eau chaude. Soir et matin le malade reçoit dans la gorge, pendant dix minutes, les vapeurs qui s'exhalent de ce mélange.

Cette pratique m'a été extrêmement utile pour un jeune gentleman qui suivait mes leçons cet hiver. D'une santé délicate, il avait pris froid vers le commencement de novembre ; il avait contracté une angine, avec raucité de la voix, et il était tourmenté par une toux laryngienne qui ne lui laissait pas de relâche. Les choses allèrent ainsi pendant le mois de décembre et la plus grande partie du mois de janvier ; les accidents n'étaient pas amendés au commencement de février. La muqueuse pharyngo-laryngée avait une tendance à s'ulcérer ; car toutes les fois que les symptômes s'exaspéraient, toutes les fois que la toux du matin était plus pénible que d'habitude, elle détachait des pellicules de lymphes exsudées par la membrane muqueuse, et les crachats devenaient sanguinolents. Ce jeune homme présentait en outre un phénomène subjectif que vous rencontrerez fréquemment dans les cas de ce genre : il éprouvait une sensation très-prononcée de froid dans les téguments de la région antérieure du cou. Il pouvait toujours annoncer l'exacerbation des accidents laryngiens, d'après l'augmentation de cette sensation dans les parties affectées.

Chez ce malade, les inhalations d'iode et de ciguë ont amené une grande amélioration. Il faisait dissoudre 6 à 9 grains (36 à 54 centigr.) d'extrait de ciguë dans l'eau, puis il ajoutait la teinture d'iode ; mais le jus exprimé de la plante, le « *succus conii* » est préférable ; on peut l'employer à la dose de deux ou trois petites cuillerées. Au lieu de l'appareil ordinaire, qui ne contient qu'une petite quantité de liquide, et dans lequel les vapeurs deviennent très-rapidement froides, ce jeune homme se servait d'une haute théière de mode antique, d'une capacité beaucoup plus considérable. Ces inhalations, jointes à la médication révulsive, à l'usage interne de l'iode et de la salsepareille, triomphèrent de la laryngite. Un mois plus tard, un nouveau refroidissement ramena tous les accidents, mais la solution de nitrate d'argent en fit bonne et prompt justice.

Les frictions révulsives avec l'huile de croton sont un excellent adju-

vant du traitement. A une once de liniment camphré composé, nous ajoutons vingt ou trente gouttes d'huile de croton ; on fait matin et soir des frictions avec un ou deux gros (4 à 8 gram.) de ce mélange, jusqu'à ce que l'éruption apparaisse. Deux frictions suffisent le plus souvent pour déterminer une éruption confluyente de papules de la grosseur d'une tête d'épingle ; ces papules ressemblent exactement à une éruption qui est très-rare aujourd'hui, à savoir, l'eczéma mercuriel.

Mais je reviens à notre malade, Francis Thorp. Chez lui, les moyens que je viens de vous énumérer n'ont pas produit d'amélioration notable, et nous devons nous demander si nous avons négligé quelque médication dont nous aurions pu retirer quelque avantage. Ce jeune homme, je vous le rappelle, n'a pas de fièvre, il n'est pas amaigri ; il a conservé un appétit excellent, il dort bien, et l'auscultation nous montre qu'il n'a pas de tubercules dans les poumons. Nous sommes donc autorisés, ce me semble, à mettre en œuvre le seul agent qui nous offre encore quelque chance de succès. J'ai ordonné à ce malade de prendre trois fois par jour un demi-grain (3 centigr.) de calomel, trois grains (18 centigr.) de pilules bleues, et un grain (6 centigr.) d'extrait de ciguë ; nous avons en outre substitué aux inhalations d'iode l'aspiration des vapeurs de l'*hydrargyrum cum creta*, qu'on répète deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures. Si ce traitement n'amène pas une amélioration rapide, nous le suspendrons immédiatement, car l'administration des mercuriaux n'est pas ici sans quelque péril. Je dois me préoccuper également de l'état général ; cette question, je vous l'ai dit, est d'une haute importance. J'ai à peine besoin d'ajouter que, dans ces cas-là, la décoction de salsepareille additionnée d'acide nitrique peut rendre de grands services.

Il est, du reste, une condition qui domine tout le traitement de la laryngite chronique et de la phthisie laryngée : c'est le repos de l'organe. Si vous ne l'obtenez pas, la guérison devient extrêmement difficile. L'individu qui, avec un larynx enflammé, persiste à parler comme d'habitude, commet un acte de folie aussi grand que s'il lisait avec des yeux malades, ou s'il se promenait avec une entorse.

J'ajouterai encore que le malade doit être soumis, autant que possible, à une température toujours égale ; il sera très-souvent nécessaire de le confiner à la chambre, ou tout au moins de lui défendre de s'exposer au froid ou à une atmosphère humide. Une fois guéri, il devra user de gargarismes froids, et faire des lotions froides autour du cou, afin de modifier la susceptibilité du larynx.

J'appellerai votre attention, en terminant, sur un signe caractéristique de la phthisie : pendant ces dix dernières années, j'en ai observé trois exemples dans ma clientèle particulière. Je veux parler de l'hypertrophie de la dernière phalange des doigts et des ongles correspondants; je l'ai rencontrée deux fois chez des sujets délicats, une fois chez une personne phthisique (1). Chez tous les trois, les doigts étaient amaigris, sauf au niveau de leur extrémité unguéale; celle-ci était notablement augmentée de volume, surtout dans son diamètre transversale; les ongles, plus larges et plus longs, étaient plus résistants et plus recourbés qu'à l'état normal. Chez tous les trois également, l'activité de la circulation capillaire était accrue; les extrémités des doigts étaient rouges, sensibles, douloureuses et souvent mouillées de sueur.

(1) Comparez, sur la valeur sémiologique des doigts hipocratiques, les travaux de MM. Pigeaux, Trousseau et Vernois. J'ajouterai simplement qu'il ne faudrait pas prendre pour la déformation hipocratique l'élargissement des dernières phalanges qui résulte de l'exercice habituel du piano, et je rappellerai que le jeu du violon détermine dans les extrémités antérieures des quatre derniers doigts de la main gauche un tassement remarquable des tissus: ce refoulement, qui est d'abord passager, finit par devenir permanent, et alors ces quatre doigts méritent véritablement la qualification de doigts en massue; il n'y manque que l'incurvation des ongles pour en faire des doigts hipocratiques parfaits.

Dans un travail récent, le docteur Dütcher a appelé l'attention sur un autre signe objectif de la tuberculisation pulmonaire; ce signe, c'est le liséré gingival déjà signalé par Thompson (*Lectures on consumption*): le bord libre des gencives est plus foncé en couleur que les parties voisines, et a un aspect festonné. La largeur de ce liséré est variable: ce n'est quelquefois qu'une ligne très-étroite; ailleurs, il a plus de deux lignes de largeur. A mesure que l'affection avance et que ses caractères se prononcent davantage, ce liséré prend une couleur qui rappelle le vermillon. Le plus habituellement, il est surtout prononcé autour des incisives; mais on le voit aussi fréquemment au pourtour des molaires. Dans les cas où il est extrêmement marqué, il s'accompagne assez souvent d'une hypertrophie des gencives.

Dans la gingivite qui se produit sous l'influence du mercure ou de l'iode, la rougeur est beaucoup plus diffuse, ou, si elle est bornée au bord libre des gencives, elle ne se perd pas aussi insensiblement dans la coloration des parties voisines. Lorsque la couleur des gencives est due uniquement à l'accumulation du tartre, l'aspect irrégulier, comme déchiqueté, du bord gingival est un caractère distinctif suffisant.

Sur 58 malades atteints de phthisie pulmonaire, M. Dütcher a trouvé 48 fois le liséré gingival; il l'a observé plus souvent chez les hommes que chez les femmes, et il a remarqué qu'il se produit à une époque moins avancée chez les sujets jeunes que chez les individus âgés. Dans quelques cas, ce signe précède de deux ou trois ans tous les autres symptômes de la phthisie pulmonaire; mais, le plus souvent, il ne devance pas autant les autres manifestations de la diathèse. Le médecin américain conclut en

On observe fréquemment chez les phthisiques une conformation fort analogue, mais moins prononcée: les ongles sont recourbés, les dernières phalanges sont moins grêles que les autres; elles sont plus souvent couvertes de sueur, elles donnent au malade la sensation d'une température plus élevée.

outre, de ses observations, qu'il existe un rapport direct et constant entre la persistance de ce liséré et la gravité du pronostic.

Pigeaux, *Recherches nouvelles sur l'étiologie, la symptomatologie et le mécanisme du développement piriforme de l'extrémité des doigts* (Arch. gén. de méd., 1832).

Trousseau, *De la forme hipocratique des doigts des tuberculeux* (Journ. des connaiss. médico-chirurgicales, 1834).

Vernois, *Étude des diverses circonstances qui semblent déterminer la forme recourbée des ongles* (Arch. gén. de méd., 1839).

Dütcher, in *Medical and surgical Reporter*, Philadelphia, 1860, et *Gaz. hebdomadaire*, 1860.

(Note du Trad.)