

En terminant l'énumération des altérations que le tube digestif présente, rappelons ici l'opinion des médecins qui regardent la fistule à l'anus comme fréquente chez les phthisiques. MM. Louis et Andral ne pensent pas de même; en effet, sur huit cents tuberculeux, ce dernier n'a pu en constater qu'un seul exemple. Je regarde pourtant cet accident comme beaucoup moins rare que ces maîtres ne l'ont dit, et, sans pouvoir apporter ici aucun chiffre, je dirai que je le constate bien au moins deux fois chaque année chez les 2 ou 300 phthisiques que je reçois à l'hôpital. Dans nulle autre affection aiguë ou chronique on ne voit survenir autant de fistules anales. On ne saurait donc méconnaître l'influence tuberculeuse. Il est infiniment probable que, dans la plupart des cas, sinon dans tous, l'abcès et la fistule à l'anus sont consécutifs à quelque ulcération de la partie la plus inférieure du rectum.

*Glandes lymphatiques.* — M. Louis a trouvé les glandes cervicales plus ou moins tuberculeuses chez la dixième partie des phthisiques âgés de plus de quinze ans; les ganglions bronchiques présentaient la même lésion chez la moitié d'entre eux, et les ganglions mésentériques sur un cinquième seulement. (Voyez plus bas l'*Histoire de la phthisie bronchique et du cerveau.*)

*Lésions de l'appareil biliaire.* — Une des lésions concomitantes les plus remarquables de la phthisie est la transformation graisseuse du foie, ou plutôt l'accumulation de la graisse dans les cellules biliaires, ainsi que M. Lereboullet l'a établi (1). Cette altération existe chez le tiers des sujets, et on la rencontre plus souvent chez la femme que chez l'homme. Le foie, devenu gras, a généralement un volume plus considérable; il a une couleur fauve tendre, piquetée de rouge à l'intérieur comme à l'extérieur; il conserve sa forme normale et offre généralement une consistance moindre; il graisse le doigt et le scalpel comme le ferait un corps gras quelconque; et si l'on en met une tranche sur une feuille de papier joseph qu'on chauffe, on tache celui-ci comme on le ferait avec de l'huile. M. Félix Boudet, ayant analysé un foie gras, y a trouvé la matière grasse saponifiable dix-huit fois plus abondante que dans les foies sains. La proportion de cholestérine s'est élevée de 1 à 8, tandis que la matière animale était presque réduite à la moitié de son poids.

La transformation graisseuse du foie ne se rencontre guère que chez les phthisiques; on ignore tout à fait les causes qui y donnent lieu. La constitution surtout n'exerce aucune influence; il n'y a nul rapport entre l'état du foie et celui du tube digestif, particulièrement du duodénum. La bile n'offre aucune altération constante, cependant elle est en général plus pâle, plus fluide et moins abondante.

*Rate, reins, urèthre, utérus, péritoine.* — Ces organes sont le plus souvent intacts; dans quelques cas, et d'autant plus souvent que les sujets sont plus jeunes, ces divers organes contiennent des tubercules. Les testicules sont de tous les organes génitaux ceux qui sont le plus souvent envahis par la matière tuberculeuse.

*Centres nerveux.* — Les centres nerveux ne présentent d'autres lésions spéciales que des granulations miliaires dans la pie-mère; ces altérations pourtant ne sont pas très-communes.

(1) *Mémoire de l'Académie impériale de médecine*, t. XVII, p. 477.

Disons, pour terminer, qu'un médecin anglais, le docteur Boyd, a avancé en 1844, dans *Dublin medical Press*, que chez les phthisiques le poids des organes internes était au-dessus du poids moyen, et que la taille était un peu plus élevée chez eux que chez les individus non tuberculeux. Ce sont là des assertions fort contestables.

Les lésions anatomiques ne diffèrent guère dans les divers âges de la vie. Disons seulement que, chez les jeunes sujets, les lésions sont communément moins profondes, mais plus étendues. Si, par exemple, on observe plus rarement qu'à un âge plus avancé de vastes cavernes au sommet des poumons, on trouve plus souvent les poumons farcis en entier de tubercules, et, comme nous l'avons déjà dit, ces productions envahissent un plus grand nombre d'organes et de tissus à la fois.

*Symptômes.* — Pour exposer les symptômes avec quelque méthode, nous croyons nécessaire, à l'exemple de Laënnec et de M. Louis, de partager le cours de la phthisie en deux périodes, l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation de la matière tuberculeuse.

*Première période.* — Dans la plupart des cas, la maladie débute sans cause appréciable, d'une manière lente, obscure. Certains individus maigrissent, pâlisent sans cause, ils perdent l'appétit, ils ont de la dyspepsie. Cependant presque toujours divers troubles spéciaux appellent l'attention vers les organes pectoraux. La plupart des individus sont pris de toux. Celle-ci est tantôt sèche, tantôt elle provoque l'expulsion de crachats clairs, presque salivaires. On croit d'abord que ces malades sont affectés d'un simple rhume; ils continuent à vaquer à leurs occupations, et cela avec d'autant plus de régularité que leurs fonctions digestives ont encore le plus souvent toute leur intégrité. Cependant, malgré l'apparente bénignité des symptômes thoraciques, on ne tarde pas à remarquer de l'amaigrissement et parfois des sueurs nocturnes, presque toujours bornées à quelques parties du corps, le devant de la poitrine, la tête, la paume des mains; ces sueurs offrent ceci de remarquable, qu'elles ne surviennent que pendant le sommeil, et se suspendent aussitôt que les malades sont réveillés. Chez d'autres individus, le premier accident est une hémoptysie grave qui les surprend au milieu d'une santé parfaite: le plus souvent, pourtant, celle-ci se déclare consécutivement aux premiers symptômes que nous venons d'énumérer. L'hémoptysie, accident presque inconnu avant la septième année, très-rare avant quinze ans, est plus commune chez la femme que chez l'homme, dans le rapport de 3 à 2. Chez ce dernier, elle survient aussi souvent avant qu'après quarante ans, tandis que chez la femme elle manque plus souvent de dix-neuf à quarante ans que de quarante à soixante-cinq, preuve, dit M. Louis, à qui l'on doit ces résultats, que l'hémoptysie qui se déclare dans la phthisie des femmes n'est pas supplémentaire du flux menstruel, qui, ainsi que nous le dirons plus tard, finit toujours par diminuer et par se supprimer à une certaine période de la phthisie. En même temps que les symptômes précédents ont lieu, les malades sont essoufflés; beaucoup accusent des douleurs plus ou moins vives, tantôt dans le dos et entre les épaules, tantôt sur un des côtés. Ces douleurs dépendent, les unes des pleurésies partielles qui surviennent au niveau des tubercules, ainsi que le prouvent les nombreuses adhérences de la plèvre, tandis que les autres sont produites par une névralgie intercostale, affection qui, d'après les recherches de MM. Bassereau et Valleix, serait assez commune chez les phthisiques. Pour M. Beau, enfin, quelques-unes de ces douleurs, surtout celles qui siègent dans les premiers espaces intercostaux, ou au sommet en arrière, dépendraient d'une névrite concomitante.

Si l'on explore le thorax à cette période, on ne trouve souvent aucune modification appréciable dans la sonorité et dans l'élasticité du thorax. Dans beaucoup de cas, pourtant, la percussion fait entendre dans un point circonscrit et presque toujours sur la clavicule, dans la région sous-claviculaire, dans l'aisselle, à la partie supérieure de la fosse scapulaire, et plus souvent encore dans la fosse sus-épineuse, un son obscur, n'existant ordinairement que d'un seul côté, ou du moins étant beaucoup plus marqué d'un côté que de l'autre : quelquefois le son est conservé, mais le doigt qui percute a déjà la sensation d'une élasticité moindre. Ce caractère est, dans bien des cas, le seul signe physique qui puisse révéler l'existence des tubercules à leur début.

Les signes fournis par l'auscultation sont plus variés, et plusieurs se révèlent avec des caractères très-tranchés à une époque où la percussion ne donne encore que des résultats négatifs. L'auscultation de la respiration, dans la première période de la phthisie, fait entendre tantôt les bruits naturels, mais seulement plus ou moins modifiés; tantôt ces bruits sont masqués ou remplacés par les bruits anormaux connus sous le nom de *râles*.

Une des premières modifications que le bruit respiratoire éprouve est un changement dans la durée relative et l'intensité du murmure vésiculaire. On sait qu'à l'état normal ce bruit est doux, moelleux, continu, non saccadé, beaucoup plus fort, et pour le moins trois fois plus prolongé pendant l'inspiration que pendant l'expiration. Mais ces rapports changent souvent quand le poumon contient des tubercules : alors le bruit expiratoire devient de plus en plus sensible; il finit parfois par égaler et par surpasser même par sa durée le bruit de l'inspiration, de manière, disent MM. Barth et Roger, à donner lieu à un rapport inverse du rapport physiologique. Cette prolongation de l'expiration peut exister seule : mais le plus souvent le bruit expiratoire, en se prolongeant, devient en même temps plus bruyant, plus rude, et parfois même il donne à l'oreille la sensation d'un léger souffle bronchique. Ces phénomènes sont presque toujours limités à un espace peu considérable; on les trouve ordinairement au sommet de la poitrine (1). Dans d'autres cas d'infiltration tuberculeuse du sommet, le bruit respiratoire est seulement affaibli à ce niveau; ailleurs, au contraire, au lieu d'être doux et moelleux, il est rude, et l'inspiration, loin d'être uniforme, est inégale, saccadée, comme si l'air triomphait de temps en temps d'obstacles semés sur son parcours; il peut être bruyant et comme puéril; ce cas est beaucoup plus rare. La faiblesse de la respiration s'explique aisément par la compression et par l'oblitération d'un certain nombre de vésicules. Lorsque la respiration est puérile, on doit supposer un surcroît d'action et d'énergie des vésicules; il ne faut pas d'ailleurs confondre l'exagération du bruit respiratoire, ou la respiration forte, avec la respiration *dure*. Dans celle-ci, le murmure vésiculaire n'est pas seulement plus bruyant, mais il donne en outre à l'oreille une sensation de rudesse et de sécheresse. C'est cette altération du bruit respiratoire que quelques observateurs contemporains ont décrite sous les noms de *respiration sèche, rude*, de *bruit râpeux*, de *froissement pulmonaire*. Presque toujours, alors, la voix et la toux retentissent davantage dans les points où le murmure vésiculaire offre les altérations dont je parle. La main, appliquée sur la clavicule, fait reconnaître une exagération des vibrations thoraciques. Le poumon, étant en effet induré et plus ou moins imperméable à

(1) Laënnec avait signalé l'expiration prolongée et sa valeur dans la phthisie; mais il n'avait pas suffisamment insisté sur ce phénomène, dont on ne tenait presque aucun compte, lorsque MM. Andral et Jackson, puis M. Fournet, appelèrent de nouveau l'attention sur lui.

ce niveau, doit nécessairement renforcer les bruits naturels, les exagérer, et devenir un meilleur conducteur des vibrations excitées par la toux et par la voix.

Vers la fin de cette période, et lorsque les tubercules se ramollissent, on commence à entendre une sorte de râle sous-crépitant, mais à bulles plus grosses, donnant à l'oreille une sensation de sécheresse (*craquements secs*) ou d'humidité (*craquements humides*). Ces bulles sont ordinairement peu nombreuses, et on ne les entend guère que pendant l'inspiration.

En général, les malades, dans cette première période, conservent encore l'appétit; mais beaucoup ont de la diarrhée de temps en temps; celle-ci survient presque toujours sans cause; elle persiste pendant un ou plusieurs jours, et cesse pour reparaitre de nouveau après un temps plus ou moins long; enfin, quelques individus vomissent, mais ce n'est guère qu'à la suite des quintes de toux. L'amaigrissement fait des progrès continuels, et souvent à la fin de cette période on remarque le soir ou pendant la nuit un léger mouvement fébrile.

*Seconde période.* — Dans cette période, la toux est plus fréquente et plus incommode, surtout pendant la nuit; aussi beaucoup de malades sont, à cause d'elle, privés de tout sommeil. Les crachats, de blancs qu'ils étaient précédemment, éprouvent divers changements dont M. Louis a tracé une description très-fidèle. Ils deviennent verdâtres, opaques, privés d'air, et sont striés de lignes jaunes plus ou moins nombreuses qui les rendent comme panachés. Quelquefois on y rencontre de petites parcelles d'une matière blanche, opaque, semblable à du riz cuit (Bayle); plus tard les crachats sont homogènes et ont une forme arrondie, nummulaire, ou bien ils sont comme lacérés au pourtour; ils sont lourds, plus ou moins consistants; ne gagnent pas toujours le fond de l'eau, et flottent même assez fréquemment à la surface d'un liquide clair, d'une sorte de pituite diffuente, suivant l'expression de Bayle. Après s'être montrés plus ou moins longtemps d'un jaune verdâtre, dit M. Louis, les crachats prennent une teinte grisâtre, et un aspect sale assez analogue à celui de la matière contenue dans les excavations tuberculeuses déjà anciennes. Ces changements se passent généralement peu de jours avant la mort: alors les crachats perdent une partie de leur consistance; ils forment une sorte de purée et sont quelquefois souillés de sang ou sont entourés d'une auréole rose. Les crachats ne sont généralement remarquables par aucune saveur. Quoi qu'on en ait dit, ils ne sont habituellement ni salés ni sucrés. M. Lebert a prouvé que les crachats des phthisiques ne se distinguaient par aucun caractère microscopique des autres crachats inflammatoires. Analysant pourtant les fluides des cavernes, M. Lebert y a trouvé des globules de pus, de pyoïdes, des globules tuberculeux, des fibres pulmonaires et beaucoup de fausses membranes. Cependant, la plupart de ces produits n'existant pas ou existant à peine dans les crachats, il faut en conclure qu'ils se détruisent dans les bronches et que celles-ci fournissent la plupart des éléments qu'on trouve dans les matières expectorées par les phthisiques.

Quoi qu'il en soit, les crachats sont sécrétés en quantité variable; dans quelques cas assez rares, ils sont rejetés en masse et presque par flots; les anciens disaient alors qu'il existait une vomique. Cependant il n'est pas probable que des tubercules ramollis et s'ouvrant brusquement dans les bronches soient jamais la source de cette expectoration; le plus souvent celle-ci dépend de ce qu'un épanchement pleurétique circonscrit se fraye une issue à travers le poumon. Il est incontestable pourtant, et c'est aussi l'opinion de M. Louis, qu'il suffit d'une augmentation momentanée de sécrétion dans les cavernes et

dans les bronches communicantes pour amener ces abondantes expectorations qui ont fait croire à ce qu'on a appelé des vomiques.

Dans cette période, l'hémoptysie est assez fréquente; elle l'est pourtant un peu moins que dans la période précédente, et elle a généralement aussi moins d'abondance. La dyspnée et l'oppression augmentent, les douleurs de poitrine sont plus vives, plus persistantes, et réclament parfois un traitement très-actif.

A cette époque, les signes fournis par la percussion et par l'auscultation sont devenus plus tranchés : ainsi, en percutant la partie supérieure du thorax au niveau des régions sous-claviculaires et sus-épineuses, on trouve, soit des deux côtés, soit d'un seul, une obscurité notable du son ou même une matité complète, et par conséquent alors un défaut absolu d'élasticité. En appliquant l'oreille sur ces points, on trouve que les craquements sont plus humides et plus nombreux, souvent on entend un véritable râle sous-crépitant ou muqueux; le bruit respiratoire est nul, ou bien il est rude, trachéal; la voix retentit encore plus que dans la période précédente, et offre les caractères de la bronchophonie.

A une période encore plus avancée, lorsque les tubercules sont tout à fait ramollis et qu'il existe des cavernes, on entend un gros râle humide, qui, dans des fortes inspirations et dans les secousses de la toux, donne à l'oreille la sensation que déterminerait l'agitation d'un liquide mêlé à des bulles d'air. Ce phénomène, qui, dans les nuances les plus légères, se confond avec les râles muqueux et sous-crépitant, en est très-distinct dans sa forme plus tranchée; on le désigne alors sous les noms de *râle caveux* ou de *gargouillement*. Ce râle peut être entendu dans l'inspiration ou dans l'expiration, et plus souvent encore dans les deux temps; il faut, pour qu'il soit produit, que la caverne ne soit pas exactement remplie de liquide, et qu'elle communique avec les bronches. Il disparaît momentanément lorsque l'excavation s'est entièrement vidée ou lorsqu'un obstacle s'oppose à la pénétration de l'air; son intensité est d'autant plus grande que la cavité est plus vaste et située plus superficiellement. Le médecin peut alors l'entendre à distance, le malade en a la conscience, et l'on peut même le sentir en appliquant le doigt sur un espace intercostal. Le râle caveux est généralement circonscrit au sommet des poumons, et on ne l'entend que dans un espace qui est en rapport avec l'étendue des excavations tuberculeuses; cependant quelquefois on le perçoit au loin dans une grande étendue de la poitrine, toujours semblable à lui-même quant à sa forme, mais avec une intensité progressivement décroissante. Chomel s'est assuré que dans ce cas, outre les cavernes, il existait une induration du tissu pulmonaire qui transmettait le rhonchus plus ou moins loin de son lieu d'origine. Chez d'autres, par contre, le gargouillement existe partout le même, quant à son intensité et à sa forme, et le côté de la poitrine est complètement mat à la percussion. Chomel dit qu'il existe alors un épanchement pleurétique et une vaste caverne qui n'est séparée de la plèvre que par une cloison très-mince, ou qui communique avec elle par une ouverture étroite.

Il est presque inutile de faire remarquer que, dans les points où le gargouillement existe, on n'entend plus le murmure vésiculaire; le bruit d'expansion pulmonaire y est remplacé par un souffle bruyant, tel que celui qu'on détermine en expirant avec force, et par la bouche grandement ouverte, dans ses deux mains disposées en cavité (Barth et Roger). Ce phénomène est perçu dans les deux temps de la respiration; il offre une infinité de nuances sous le double rapport du timbre et de l'intensité. Circonscrit à un espace peu considérable, comme l'est le râle caveux, il est tantôt permanent, tantôt on ne l'entend que par intervalles; il peut alterner avec le gargouillement. Ces différences

s'expliquent par les conditions diverses dans lesquelles se trouve la caverne : ainsi on comprend que la respiration caveuse qui est produite par le retentissement de l'air dans une cavité anormale ne doit plus avoir lieu quand la caverne est entièrement ou presque entièrement remplie de liquide, ou lorsqu'un obstacle quelconque situé dans les bronches s'oppose à la pénétration de l'air. Le souffle caveux est au contraire à son maximum lorsque la caverne est vaste, rapprochée de la surface, entourée d'un tissu induré, et lorsqu'elle communique largement avec les bronches. Dans ces excavations aussi spacieuses, la respiration caveuse devient tout à fait retentissante et prend le timbre métallique; elle offre donc alors le caractère de la respiration amphorique dont nous avons parlé ailleurs; elle peut coexister même, dans ce cas, avec du tintement métallique. Mais les conditions anatomiques nécessaires pour la production de ce phénomène se rencontrent bien rarement dans le cas de caverne même exceptionnellement vaste : je ne crois pas en avoir constaté aucun exemple parmi les milliers de phthisiques que j'ai auscultés. Lorsque les cavernes sont superficielles, Laënnec dit qu'on entend une variété de respiration caveuse qu'il nomme *soufflante*; l'air semble être alors attiré de l'oreille de l'observateur pendant l'inspiration et y être repoussé pendant l'expiration. Ailleurs, d'après le même auteur, la respiration soufflante est telle qu'on dirait qu'on agite un voile mobile interposé entre l'oreille et une excavation pulmonaire. Ce dernier phénomène, que Laënnec désignait sous le nom de *souffle voilé*, se rattache, d'après lui, à une densité inégale des parois de la caverne dans laquelle il se produit. Disons pourtant que les derniers phénomènes acoustiques dont nous venons de parler (respiration soufflante, souffle voilé) sont fort rares et n'ont pas encore une valeur bien déterminée : aussi n'y insisterons-nous pas davantage.

L'auscultation de la voix fournit quelques phénomènes importants. Lorsque, appliquant l'oreille au niveau d'une caverne, on fait parler le malade, la voix semble sortir directement de la poitrine et passer tout entière dans le canal du stéthoscope. Si le médecin emploie l'auscultation immédiate, on dirait que le malade lui parle dans l'oreille; il existe par conséquent une grande différence entre ce phénomène que Laënnec nomme *pectoriloquie*, et le retentissement simple, ou la bronchophonie, dans lesquels la voix est confuse et n'est jamais articulée. Cependant la pectoriloquie, ou *voix caveuse*, n'est pas toujours très-manifeste. Pour qu'elle existe, en effet, il faut que l'excavation soit bien circonscrite, de grandeur moyenne (celle d'une noix ou d'un petit œuf, par exemple); il faut qu'elle soit assez voisine de la surface, et que le malade n'ait point d'aphonie. Comme toutes ces conditions existent rarement réunies, il s'ensuit que la pectoriloquie fait souvent défaut. Laënnec l'avait lui-même reconnu en admettant trois espèces de pectoriloquie, qu'il nommait *parfaite*, *imparfaite* et *douteuse*; mais la première seule a une valeur réellement pathognomonique, tandis que les deux autres ne diffèrent pas ou du moins diffèrent peu de la bronchophonie ou du retentissement ordinaire.

Les signes physiques propres aux excavations pulmonaires offrent quelques différences dans le jeune âge. Il résulte, en effet, des laborieuses recherches de MM. Barthez et Rilliet, qu'au-dessous de cinq ans les enfants dont le sommet des poumons est creusé de vastes cavernes ne présentent le plus souvent à l'auscultation ni le gargouillement, ni la respiration caveuse, ni la pectoriloquie. Dans ces cas, les symptômes caveux sont remplacés par des symptômes purement bronchiques, c'est-à-dire par de la respiration tubaire, par du râle muqueux, par de la bronchophonie avec matité à la percussion dans

a partie supérieure du poumon et dans toute la hauteur en avant. Ces phénomènes pourraient faire croire à une pneumonie, si la marche des accidents, leur succession et les symptômes concomitants ne venaient éclairer le médecin. Chez les enfants au-dessus de cinq ans, les signes physiques des excavations ne diffèrent pas de ceux qu'on observe chez les adultes. Ces signes peuvent être primitifs; mais le plus souvent ils sont précédés des phénomènes bronchiques qui existent dans le premier âge. Ces deux ordres de signes physiques seront caractéristiques de cavernes tuberculeuses, si l'on peut établir qu'il n'existe ni pneumonie, ni dilatation des bronches, ni développement des ganglions bronchiques. MM. Barthez et Rilliet n'ont pu, jusqu'à présent, saisir la cause qui établit une différence aussi remarquable sous le rapport de l'auscultation entre la phthisie des enfants ayant moins de cinq ans et ceux qui ont dépassé cet âge.

Quand le sommet des poumons est ainsi creusé de vastes cavernes qui ont détruit l'organe dans presque toute son épaisseur, il arrive *très-exceptionnellement* que la matité qui existait auparavant sous les clavicules et dans la fosse scapulaire est remplacée par de la sonorité et même par une exagération de la sonorité normale. Pour que cet effet ait lieu, il faut de toute nécessité que la paroi de la caverne soit devenue extrêmement mince, qu'elle ne soit presque plus formée que par la plèvre, car, pour peu qu'elle ait une certaine épaisseur, on constatera de la matité, ou du moins un son obscur et une diminution plus ou moins complète de l'élasticité normale, et cela, quel que soit le volume d'air contenu dans la cavité. Ces résultats de percussion, méconnus par un très-grand nombre de médecins qui croient qu'au niveau d'une caverne vide il y a nécessairement exagération de la sonorité normale, s'expliquent par l'induration de la paroi de l'excavation et par l'imperméabilité du tissu pulmonaire qui la constitue. Si la cavité est en partie remplie de liquide, et si ses parois sont minces et élastiques, la percussion, à son niveau, pourra faire entendre un autre bruit, un frémissement analogue à celui que donne un pot fêlé, accompagné d'une résonnance de vide ou de creux très-évidente, et quelquefois aussi d'un véritable gargouillement : c'est ce phénomène que Laënnec désigne sous le nom de *bruit de pot fêlé* (1).

C'est à cette période surtout que l'inspection des parois thoraciques offre des phénomènes dignes d'intérêt. Outre l'amaigrissement général qu'elles présentent, on remarque que les régions sus et sous-claviculaires sont très-déprimées, et que les premières côtes sont peu ou point mobiles pendant l'inspiration. chez beaucoup de phthisiques, le diamètre transverse, et surtout l'étendue circulaire de la poitrine, sont moindres que chez les sujets sains; mais, indépen-

(1) MM. Reynaud et Piorry ont donné du bruit de *pot fêlé* une théorie très-satisfaisante. Suivant ces médecins, ce bruit serait dû à la même cause que celui qu'on obtient lorsque, tenant les deux mains concaves et rapprochées, on les frappe sur le genou. On conçoit en effet, que, lorsque les parois de l'excavation pulmonaire sont minces, et que celles du thorax, très-amaigris, sont déprimées par une percussion forte exercée à leur niveau, l'air contenu dans la caverne doit s'échapper brusquement par les tuyaux bronchiques, et produire en sortant le bruissement que nous connaissons. Le bruit de *pot fêlé* n'est pas pourtant un signe certain d'excavation : car il est constant qu'on l'a rencontré quelquefois chez des sujets seulement atteints de pneumonie, de pleurésie, et même chez des individus dont les organes pectoraux étaient tout à fait sains. Chez les individus très-amaigris, on peut quelquefois produire à volonté le bruit de *pot fêlé*, lorsque, plaçant le doigt, non pas parallèlement aux côtes, mais perpendiculairement, et percutant plus ou moins fortement sur lui, on chasse brusquement l'air qui se trouve dans l'espace intercostal sous-jacent. Le bruit de *pot fêlé* s'explique très-bien ici par la théorie de MM. Reynaud et Piorry.

damment de cette configuration, qui est naturelle, primordiale, on voit quelques changements survenir dans la forme de la cage thoracique par suite de la présence des tubercules. C'est ainsi que, d'après Bayle et Laënnec, dans les phthisies à marche chronique, la poitrine se rétrécit et prend en outre, suivant les recherches de MM. Hirtz et Fournet, une forme cylindrique. Cependant ce point ne nous semble pas encore parfaitement établi, et peut-être conviendrait-il de dire, avec M. Piorry, que la diminution de la circonférence thoracique par en haut tient, dans beaucoup de cas, plutôt à l'atrophie des muscles pectoraux et de ceux de l'omoplate qu'à un amoindrissement réel de la cage osseuse en cet endroit.

Si la fièvre n'avait déjà apparu dans la première période, elle se déclare dans celle-ci; et si elle existait déjà, elle redouble. M. Louis s'est assuré, par l'analyse de ses observations, que le mouvement fébrile débute avec les premiers symptômes dans un peu plus de la cinquième partie des cas; chez un autre cinquième, il se manifeste dans le cours de la première période; enfin, dans les trois autres cinquièmes, c'est pendant cette période qu'il se développe. La fièvre peut être continue et sujette à des redoublements nocturnes; quelquefois il y en a deux dans les vingt-quatre heures, l'un vers midi, l'autre au commencement ou au milieu de la nuit; le plus souvent il est marqué par des frissons suivis de chaleur et de sueurs. Celles-ci sont souvent excessives, mais parfois elles manquent tout à fait : c'est ce que M. Louis a observé dans un dixième des cas.

Ces espèces d'accès fébriles, pendant lesquels M. Andral a vu la température de la peau s'élever à 39 et 40 degrés, se produisent quelquefois avec une régularité parfaite, suivant un des types propres aux fièvres intermittentes, et surtout suivant les types quotidien, double-quotidien, tierce ou double-tierce. La fièvre hectique est un phénomène de grande valeur, elle indique déjà une altération profonde, et elle devient une nouvelle cause d'affaiblissement. Les voies digestives, d'ailleurs, présentent à cette époque des troubles plus graves encore ou du moins plus continus que par le passé. Ainsi, bien que la langue soit presque toujours nette, la soif néanmoins est parfois vive, l'appétit diminue, souvent il y a une anorexie complète. Beaucoup de malades vomissent, et ces vomissements ne tiennent pas seulement à la violence des quintes, mais ils se lient plutôt à l'inflammation, à l'ulcération, et le plus ordinairement au ramollissement de la membrane muqueuse de l'estomac.

La diarrhée que nous avons déjà notée redouble à cette période. Cet accident, qu'on voit manquer au plus chez un vingtième des malades, se déclare surtout dès le début de la fièvre hectique; il apparaît à des intervalles plus ou moins rapprochés; il cesse rarement et finit par être persistant à mesure que la maladie approche du terme fatal. La diarrhée s'accompagne le plus souvent de coliques; elle est surtout abondante et continue lorsque, indépendamment des ulcérations, il existe en outre un ramollissement étendu de la muqueuse. Il n'est pas très-rare de voir survenir des hémorrhagies intestinales; et si des ulcérations siègent en grand nombre dans le rectum, les selles sont souvent sanguinolentes et s'accompagnent d'épreintes comme dans la dysenterie.

Le développement d'ulcérations dans les tuyaux aériens, qui a lieu à cette période, donne également lieu à divers accidents : c'est ainsi que, lorsque l'épiglotte est ulcérée, les malades éprouvent une douleur fixe au-dessus du cartilage thyroïde; la déglutition est gênée, douloureuse, et une partie des boissons revient par les fosses nasales. Si le larynx est ulcéré, surtout au niveau des cordes vocales, la voix est plus ou moins altérée, enrrouée, cassée