

quable par la prodigieuse quantité de mucus qui fut expectorée en un court espace de temps, et qui, par son accumulation subite dans les bronches, fut la cause de l'accès d'asthme qui eut lieu.

XVIII^e OBSERVATION.

Flux séreux des bronches, dont l'apparition subite coïncide avec la résorption d'un hydrothorax.

Un tourneur, âgé de trente-six ans, fut reçu à la Charité pendant l'hiver de l'année 1820. Il avait un anévrysme du cœur. Ses membres étaient œdématisés, et, en outre, le son était mat dans le côté droit de la poitrine (la méthode de l'auscultation ne nous était pas alors familière). Il n'y avait aucun signe de pneumonie. On considéra cet individu comme atteint d'un hydrothorax symptomatique. Pendant plusieurs jours ce malade ne présenta rien de nouveau; il toussait comme la plupart des anévrysmatiques, et expectorait quelques crachats muqueux. Tout-à-coup il est pris d'une anxiété extrême; la respiration devient momentanément très-gênée, et il rejette une énorme quantité de crachats séreux, limpides, semblables à un blanc d'œuf qui n'a pas été cuit. Ces crachats sortaient si abondamment, que le malade semblait vomir. Ce flux extraordinaire persista pendant quelques heures. Le lendemain matin la respiration était facile; le malade se félicitait de son état, en disant qu'il était délivré du poids énorme qui pesait sur sa poitrine. Mais quel fut notre étonnement, lorsqu'en percutant le thorax nous trouvâmes que la matité du côté droit avait complètement disparu!

On ne reconnaît nullement, dans cet écoulement subit de

liquide à la surface des bronches, la marche ordinaire d'une inflammation. Cette abondante sécrétion ne dura que quelques heures, et cessa aussi brusquement qu'elle s'était manifestée. Ne faut-il pas reconnaître ici une autre espèce de travail de la nature, semblable, par exemple, à celui qui produit la sueur? C'est une sorte de mouvement fluxionnaire, dont nous sommes loin sans doute de connaître le mécanisme et la cause prochaine, mais que nous devons accepter comme un fait, et qu'on ne saurait confondre avec l'inflammation.

Ce qu'il y a encore de bien remarquable dans cette observation, c'est qu'en même temps qu'une grande quantité de liquide s'écoulait de la surface des bronches, la sérosité épanchée dans l'une des plèvres avait été résorbée. Ce n'est pas d'ailleurs le seul exemple que l'on possède de collections séreuses dont la disparition subite coïncide avec l'établissement d'une abondante exhalation séreuse sur une autre surface. En voici un exemple aussi tranché que le précédent. Sauf les surfaces exhalantes, qui ne sont pas les mêmes, les deux cas ont entre eux le plus grand rapport.

Un jeune homme, toussant déjà depuis quelques mois, fut pris d'une vive douleur abdominale, qui persista pendant trois ou quatre jours, puis le ventre se tuméfia rapidement. Le malade entra à la Charité pendant le cours du mois de septembre 1822. Alors l'abdomen, qu'on pouvait presser sans douleur, était le siège d'une fluctuation évidente. La membrane muqueuse gastro-intestinale paraissait saine. Cette ascite fut regardée comme consécutive à une péritonite (*le premier jour, sangues à l'anus; les jours suivants, vésicatoires aux extrémités inférieures; frictions aromatiques sur l'abdomen; tisanes diurétiques*). L'hydropisie ne diminuait pas. On essaya les purgatifs. Le malade prit une potion composée de deux onces d'huile de ricin et d'une demi-once

de sirop de nerprun. Ce purgatif produisit des évacuations excessives : les premières furent formées de matières fécales jaunes et liquide; puis les selles suivantes n'offrirent plus qu'une sérosité limpide, légèrement colorée en jaune. Plusieurs livres de sérosité furent ainsi expulsées par l'anus dans l'espace de cinquante heures; au bout de ce temps, l'abdomen était affaissé, on n'y sentait plus de fluctuation; le flux de ventre commença alors à diminuer, et au bout de quelques jours il cessa spontanément. Plus tard, ce malade succomba à une phthisie pulmonaire. On trouva plusieurs circonvolutions de l'intestin grêle unies entre elles par des brides celluluses semblables à celles qui existent si souvent dans la plèvre.

N'est-ce pas dans ce cas qu'on pourrait faire l'application du précepte d'Hippocrate : *Quò natura vergit, eò ducendum*. Le purgatif qui fut donné après que d'autres remèdes eurent été inutilement essayés, n'excite ordinairement que des déjections modérées. Ici, au contraire, il donna lieu à un flux de ventre excessif. Il semblait que la nature n'attendit qu'une légère excitation artificielle pour produire à la surface de l'intestin une abondante exhalation de liquide, d'où devait résulter en même temps la résorption de la sérosité péritonéale.

Les anciens n'auraient pas hésité à admettre, dans les deux cas précédents, le transport de la sérosité à la surface des bronches dans un cas, à la surface de l'intestin dans l'autre. Nous n'essaierons point de décider la réalité d'une pareille métastase; mais elle nous semble fort possible. Il ne répugne certainement point aux lois d'une rigoureuse physiologie, de supposer qu'un liquide résorbé dans une partie quelconque du corps, et porté dans le torrent circulatoire, peut en être séparé en nature sur une autre surface par une sorte de tra-

vail éliminatoire. Ainsi on a trouvé, d'une part, dans le sang et dans la lymphe du canal thoracique, et, d'autre part, dans l'urine et dans le mucus intestinal, du prussiate de potasse liquide, qu'on avait déposé dans le tissu cellulaire. C'est donc en nature que ce sel était entré dans le sang, et c'est en nature qu'il en est sorti. Maintes fois les physiologistes ont découvert dans la sueur, dans l'urine, dans les liquides séreux et muqueux, les différentes substances qu'ils avaient injectées dans les veines; l'eau qu'ils introduisent dans celles-ci pleut bientôt à la surface des membranes séreuses, etc. Qu'y aurait-il donc d'étonnant de voir un liquide, résorbé dans le péritoine, sortir de l'économie avec l'urine, le mucus intestinal ou bronchique?

54. Nous avons vu jusqu'à présent l'intensité de la dyspnée, dans les bronchites sans complication, être causée soit par certaines altérations organiques, soit par l'accumulation d'une grande quantité de liquide dans ces conduits. Il est des cas de bronchite aiguë ou chronique où, sans que ces causes existent, et sans qu'on puisse en découvrir aucune autre, la respiration présente une telle gêne, que les malades succombent rapidement dans un état d'asphyxie. nous allons citer deux cas de ce genre.

XIX^e OBSERVATION.

Bronchite aiguë. Rougeole. Disparition prématurée de l'éruption; dyspnée mortelle.

Un boulanger, âgé de vingt ans, fortement constitué, n'habitait Paris que depuis deux mois, et il était atteint depuis cinq à six semaines d'une légère diarrhée; il présentait, le 10 avril, tous

les symptômes précurseurs de la rougeole : rougeur des yeux, larmolement, coryza, enrouement, toux. Même état les trois jours suivants. Le 14, l'éruption se manifeste; le malade s'alite. Le 15, elle couvre tout le corps. Entrée le soir à la Charité. Alors éruption confluyente et bien caractérisée; fréquence et dureté du pouls; rougeur de la langue et des lèvres; toux forte; d'ailleurs pas de symptôme alarmant. Vers le milieu de la nuit, le malade éprouve tout-à-coup de l'oppression; elle augmente rapidement, et le lendemain matin, 16 avril, nous trouvons le malade dans un état de demi-asphyxie; yeux saillants, face violette; respiration courte et très-fréquente, s'exécutant à la fois par les côtes et le diaphragme; toux presque continuelle, crachats muqueux peu abondants. La poitrine percutée résonnait bien partout; l'auscultation faisait entendre du râle muqueux en divers points. Il ne restait plus de l'éruption cutanée que quelques taches pâles, prêtes elles-mêmes à s'effacer. Le pouls conservait sa fréquence et sa dureté, et la langue sa rougeur. Cet appareil de symptômes semblait indiquer l'existence d'une pneumonie; cependant les signes pathognomoniques de cette affection manquaient complètement. Une simple bronchite pouvait-elle donner lieu, par son extrême acuité ou son exaspération subite, à une aussi forte dyspnée, et cette phlegmasie, jointe à celle des voies gastriques, pouvait-elle expliquer l'état très-grave dans lequel le malade était si brusquement tombé? Quoi qu'il en soit, les indications à remplir n'étaient pas douteuses; il fallait chercher à diminuer l'inflammation interne, et rappeler celle de la peau. Dans ce but vingt sangsues furent appliquées sur chaque côté de la poitrine, et dix à l'épigastre. Après que le sang eut cessé de couler, un vésicatoire fut appliqué à chaque jambe. La peau fut frictionnée avec un liniment ammoniacal. (*Tisane de bourrache et de violette.*)

Un soulagement notable suivit cette médication : le soir, la respiration était moins gênée, la toux plus rare, la langue avait perdu sa rougeur; toutefois l'éruption n'avait pas reparu.

17. L'on n'observait plus que les symptômes d'une bronchite intense avec fièvre. La respiration n'était que très-peu accélérée.

18. La fièvre était presque nulle, et l'opacité des crachats annonçait la prochaine terminaison de la bronchite. Tout-à-coup, dans la soirée, la respiration devint de nouveau très-gênée; une saignée de douze onces fut pratiquée.

Le lendemain matin, la dyspnée était encore considérable; la fréquence du pouls avait augmenté (*deux vésicatoires aux cuisses*). Toute la journée, l'état de suffocation augmenta de plus en plus; le 20, lividité de la face, teinte violacée des lèvres, orthopnée. On eût dit que le malade succombait par un anévrysme du cœur. — Mort peu de temps après la visite.

OUVERTURE DU CADAVRE.

La membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère, des grosses bronches et de leurs plus petites divisions, est d'un rouge intense. Dans quelques points des premières divisions des bronches, existent, en petit nombre, des concrétions blanches, membraniformes, semblables à la fausse membrane du croup. Le parenchyme pulmonaire est sain et crépitant dans toute son étendue, engoué postérieurement; cœur sain; caillots d'un noir foncé dans les cavités droites. Estomac blanc, ainsi que l'intestin grêle, qui contient un grand nombre d'ascarides lombricoïdes dans son quart inférieur. Le cœcum contient quelques vers tricocéphales; sa membrane muqueuse

présente près de la valvule une plaque rouge, d'où s'élèvent trois ou quatre petites végétations coniques, longues de deux ou trois lignes. Le reste du gros intestin est blanc et rempli de matières fécales liquides; foie gorgé de sang, rate volumineuse et ferme. Une grande quantité de sérosité infiltre le tissu cellulaire sous-arachnoïdien; la substance cérébrale n'est point injectée; les ventricules latéraux, et surtout le droit, sont distendus par beaucoup de sérosité limpide.

====

Ce cas eût été regardé jadis comme un exemple de rétro-pulsion de rougeole. Dans les théories médicales actuelles, la gêne extrême de la respiration, la fièvre intense, et enfin la mort par asphyxie, seront expliquées par l'intensité de l'inflammation bronchique; de là, aussi, la disparition prématurée de l'éruption cutanée. Cette inflammation s'amenda une première fois sous la double influence des émissions sanguines, et des révulsifs dont la peau fut couverte; mais, deux jours après, la dyspnée reparut, elle ne céda point à une nouvelle saignée, et ses progrès toujours croissants conduisirent le malade au tombeau. Il est certainement bien rare d'observer un pareil ensemble de phénomènes sans lésion du parenchyme pulmonaire ou des plèvres, du cœur ou des gros vaisseaux. N'est-il pas toutefois très-concevable qu'une phlegmasie qui frappe brusquement ou avec une extrême violence une surface aussi étendue que celle de la totalité de la muqueuse bronchique, porte dans l'économie un trouble au moins aussi grand que l'inflammation d'une portion circonscrite de la muqueuse gastro-intestinale? Connaissons-nous assez la nature du changement que l'air imprime au sang dans les poumons, pour savoir jusqu'à quel point une phlegmasie intense des petites bronches ne peut pas s'opposer à ce chan-

gement nécessaire? de là peut-être la principale cause de la dyspnée, de l'asphyxie, etc. Enfin ceux qui admettent l'existence des dyspnées nerveuses, des asthmes essentiels, pourraient également citer l'observation précédente à l'appui de leur opinion; ils diraient qu'ils ont vu souvent la muqueuse bronchique aussi fortement enflammée, sans qu'aucune dyspnée notable en fût résultée; ils en concluraient que la dyspnée observée dans le cas actuel était une maladie essentielle, indépendante de l'inflammation des bronches. Il fut aussi un temps où l'on n'aurait pas hésité à regarder les vers trouvés dans les intestins comme la cause principale de tous les accidents, tant sont variés les points de vue sous lesquels un même fait peut être envisagé, tant sont différentes les conséquences que chacun peut en déduire, selon qu'il est guidé par telle ou telle théorie.

On a dû être frappé sans doute de la grande quantité de sérosité qui remplissait les cavités cérébrales; cependant l'intelligence se conserva intacte jusqu'à la mort. Si le malade eût offert du délire, des convulsions ou de l'assoupissement, on n'aurait pas manqué de rapporter ces symptômes à cet épanchement, qu'on aurait appelé alors une hydrocéphale aiguë.

L'inflammation comme exanthématique du cœcum rend suffisamment raison de la diarrhée qui existait depuis six semaines. Ce fait a peut-être quelque importance, parce qu'on a rarement occasion de constater l'état des intestins dans des cas de diarrhées légères qui existent depuis long-temps sans causer ni fièvre, ni aucun trouble notable de l'économie.

XX^e OBSERVATION.

Bronchite chronique légère. Suppression de l'écoulement d'un ancien ulcère.
Accès d'asthme mortel.

Un homme, âgé de quarante ans, portait depuis long-temps un ulcère, d'une vaste étendue, à la jambe gauche. La partie de la jambe située au-dessous de cet ulcère, la totalité du pied, étaient prodigieusement tuméfiées, d'une dureté comme pierreuse; la peau avait acquis une couleur d'un gris sale; en un mot, ce membre présentait un grand nombre de caractères de l'éléphantiasis. Beaucoup de pus s'écoulait habituellement de la surface de l'ulcère. De plus, cet homme avait, depuis cinq à six mois environ, une toux légère, humide que n'accompagnaient d'ailleurs ni dyspnée, ni douleur thoracique. Placé par mégarde dans un service médical, cet homme y était déjà depuis quelques jours, et il allait passer dans les salles de chirurgie, lorsque tout-à-coup il fut pris d'une extrême difficulté de respirer; nous nous aperçûmes en même temps que la surface de l'ulcère fournissait beaucoup moins de pus. Le malade, assis sur le séant, dans un état d'anxiété inexprimable, nous conjurait d'une voix haletante de le débarrasser d'un poids énorme qui pesait sur sa poitrine et qui l'étouffait; les inspirations étaient courtes, très-rapprochées, comme convulsives par intervalles. Le pouls, médiocrement fréquent, fuyait sous le doigt. Nous cherchâmes vainement, soit dans le cœur, soit dans les poumons, la cause d'aussi formidables accidents; nous n'en découvrîmes aucune. Partout la poitrine avait sa sonorité ordinaire, si ce n'est en arrière à gauche, dans l'étendue de quelques pouces seulement, où le son était

moins clair; excepté dans ce point, où la respiration était faible et râlante, partout on entendait l'air pénétrer librement dans les vésicules pulmonaires. Le cœur et ses annexes nous parurent être dans leur état physiologique. Nous restâmes donc dans une complète ignorance sur la cause de cette dyspnée, qui, d'instant en instant, pour ainsi dire, devenait plus considérable. Les émissions sanguines, des vésicatoires, etc., ne la diminuèrent pas. Le lendemain matin, la gêne de la respiration était portée au point que le malade était menacé de périr asphyxié. On se demanda si la cause de la dyspnée ne résidait pas dans le larynx, on crut voir quelque analogie entre cette maladie et l'œdème de la glotte; la trachéotomie, seule chance de salut qui restât, fut proposée. M. le professeur Roux l'exécuta. Il n'est pas besoin de dire que toutes les précautions furent prises pour que l'air entrât et sortit librement à travers l'ouverture de la trachée. Cependant, après l'opération aucun amendement n'eut lieu; l'oppression alla toujours en augmentant, et le soir même le malade n'existait plus.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le parenchyme pulmonaire était sain et crépitant, excepté en arrière et à gauche, dans un espace équivalent à peu près à la dixième partie du lobe inférieur, où le tissu du poumon était hépatisé. La muqueuse n'était rouge que par plaques peu étendues. Le cœur et les gros vaisseaux étaient sains. Rien de remarquable dans les organes du crâne et de l'abdomen. La dissection de la jambe gauche montra un épaississement lardacé du tissu cellulaire sous-cutané, avec nécrose du tibia.

Ici nous ne pouvons plus même, comme chez le sujet de

» observateur (1), deux enfants succomber à une dyspnée rémittente aiguë, accompagnée d'une fréquence extrême du pouls, d'anxiété précordiale et d'une toux sèche. Après avoir examiné avec le plus grand soin l'état des différents organes, je n'ai pu reconnaître aucune lésion organique qui pût faire soupçonner que la lésion n'avait été que symptomatique. »

56. Nous pourrions rapprocher des cas précédents, comme étant une même maladie à un degré infiniment moindre, l'espèce de dyspnée que l'on observe assez souvent, d'une manière continue ou intermittente, soit chez des individus jeunes et pléthoriques, soit chez des personnes éminemment nerveuses. Les adolescents de l'un et de l'autre sexe, les femmes mal réglées, en présentent surtout de fréquents exemples. M. A....., docteur en médecine, aujourd'hui âgé de trente-six ans, a éprouvé de pareils accès de dyspnée depuis l'âge de quinze ans jusqu'à celui de vingt ans environ. Ces accès étaient fort incommodés et par leur fréquence et par leur intensité; ils se manifestaient surtout après que M. A..... avait long-temps écrit ou médité. Rares pendant l'hiver, ils devenaient plus fréquents au retour de chaque printemps; ils acquéraient leur maximum d'intensité pendant les chaleurs de l'été; dans cette saison, M. A..... ne pouvait rester quelque temps renfermé dans un lieu chaud et populeux, sans ressentir une pénible dyspnée. Mais, chose remarquable, si son esprit était fortement occupé, la gêne de la respiration disparaissait; elle revenait subitement avec violence dès qu'il y pensait. D'ailleurs, M. A..... jouissait habituellement d'une

(1) *Dictionnaire de Médecine*, en 48 vol., tom. III, pag. 426.

bonne santé, il ne présentait aucun symptôme qui pût faire craindre chez lui une affection organique du cœur ou des poumons. De vingt à vingt-deux ans, les accès de dyspnée devinrent de plus en plus rares; il n'en ressent plus aujourd'hui.

On a vu quelquefois une forte dyspnée, un véritable accès d'asthme, survenir tout-à-coup, à la suite d'une vive émotion morale, chez des individus dont la respiration avait été jusqu'alors parfaitement libre. M. le docteur Ferrus (article *Asthme*, du *Dict. de Méd.*) en a rapporté un cas remarquable, dont voici un court extrait :

Un jeune officier, très-bien portant, arrive à Paris en 1814. La vue des soldats étrangers à la porte de cette capitale lui causa une si pénible impression, qu'il ressentit sur-le-champ beaucoup de malaise, et que sa respiration devint fort difficile. Cet état ne fit qu'empirer, et la nuit il éprouva un violent accès d'asthme. Pendant quinze jours, la dyspnée persista. Consulté alors, M. Corvisart ne reconnut aucun signe de lésion organique. Les conseils les plus éclairés, les soins les plus affectueux changèrent peu l'état du malade. Il alla passer l'hiver dans le midi de la France, et se rétablit entièrement. En 1815, après de nouveaux chagrins, les accès d'asthme revinrent à des intervalles plus éloignés, pendant lesquels la santé était fort bonne.

57. De ces différents cas de dyspnée sans lésion organique, les uns nous semblent pouvoir être expliqués par une brusque congestion du sang, qui, s'opérant sur le poumon, doit produire nécessairement une difficulté plus ou moins grande de respirer, comme en s'opérant sur le cerveau elle détermine des étourdissements, des pertes de connaissance, etc. Les autres nous paraissent être plus particulièrement dus à une

modification spéciale du système nerveux pulmonaire; ce sont de véritables névroses du poumon. Comment expliquer autrement ces dyspnées survenues tout-à-coup, soit sous l'influence d'une vive émotion, soit seulement parce que les malades portent leur attention sur l'état de leur respiration, de sorte que pour eux le meilleur remède est souvent une forte distraction? Interrogez ces malades sur la sensation qu'ils éprouvent alors, ils répondront qu'au moment même où, cessant d'être distraits, ils viennent à penser à la dyspnée qu'ils ont antécédemment ressentie, ils éprouvent dans l'intérieur de la poitrine un sentiment de constriction tout particulier, d'où résulte un obstacle invincible à la libre entrée de l'air dans le poumon, quelque effort qu'ils fassent pour dilater les parois thoraciques.

Nous ne pousserons pas plus loin ces considérations. Si l'existence d'une congestion sanguine ou d'une névrose peut expliquer le trouble de la respiration, ces mêmes causes sont-elles suffisantes pour rendre raison de la terminaison mortelle de plusieurs dyspnées? Si, malgré tant de travaux et d'efforts, il ne nous a pas encore été donné de saisir le mécanisme des fonctions du poumon, combien ne devons-nous pas être circonspects, lorsque nous essayons de pénétrer le mystère des dérangements d'un pareil rouage! Notons, toutefois, qu'à mesure que les recherches d'anatomie pathologique se font avec plus de soin, le nombre des dyspnées, sans lésion organique qui puisse en rendre compte, diminue de plus en plus. C'est ainsi que ces concrétions membraniformes qui remplissaient les petites bronches chez le premier des individus atteints de rougeole (1), dont nous avons rapporté l'histoire, auraient

(1) Chez le second malade atteint de rougeole, nous trouvâmes aussi, à la vérité, des concrétions membraniformes dans les bronches, mais seulement

pu facilement échapper à l'investigation, et nous aurions à tort rangé ce premier cas, comme le second que nous avons cité, parmi ceux qui montrent l'insuffisance de l'anatomie pathologique pour expliquer les phénomènes observés pendant la vie. A l'appui de cette manière de voir, nous rapporterons aussi le fait suivant :

XXI. OBSERVATION.

Ancienne dyspnée avec hydropisie. Absence de lésion qui puisse en rendre compte, soit dans le cœur, soit dans les poumons. Altération des nerfs diaphragmatiques et pneumo-gastriques.

Un jeune homme de vingt-quatre ans, ayant depuis plusieurs années un engorgement indolent des ganglions lymphatiques des deux côtés du cou, présentait plusieurs des signes rationnels d'une affection organique du cœur, lorsqu'il entra à l'hôpital de la Charité, vers le commencement du mois de mars 1826. Face bouffie, livide; teinte violacée des lèvres et des ailes du nez; œdème des paupières; ascite, mais infiltration très-peu considérable des membres abdominaux. La respiration était courte, accélérée, elle s'exécutait surtout par le jeu des côtes; le décubitus horizontal était impossible, sous peine de suffocation, et le malade passait les nuits et les jours à demi assis dans son lit, la tête et le tronc maintenus élevés par des oreillers. Cette gêne de la respiration s'était accrue peu à peu, mais c'était surtout depuis un an que la dyspnée était devenue pénible pour le malade; elle avait constamment

dans les grosses, et, en raison de leur siège, elles ne pouvaient pas rendre raison de la dyspnée.