

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.

augmenté sous l'influence des temps humides et pluvieux. La poitrine, percutée, résonnait bien partout; l'auscultation ne faisait reconnaître rien d'insolite à la région du cœur, ni en aucun autre point qui pût porter à soupçonner l'existence d'une maladie de cet organe ou des gros vaisseaux. L'on entendait en divers points du thorax un râle muqueux; ailleurs un râle sec, sibilant; ailleurs le bruit respiratoire était net, mais intense. Depuis plusieurs mois, le malade était enrhumé; il n'avait jamais craché le sang, et lorsque nous le vîmes, il avait une expectoration peu abondante et simplement muqueuse. L'appétit était assez bon, et il y avait habituellement un peu de diarrhée, sans existence de douleurs abdominales. Le pouls, sans fréquence, n'offrait rien d'insolite sous le rapport de sa force et de son rythme.

Rien ne prouvait qu'il existât chez cet individu une lésion organique du cœur, et cependant cette lésion semblait être annoncée par plusieurs des symptômes, tels que l'aspect de la face, l'hydropisie, l'orthopnée. Cette hydropisie présentait toutefois une circonstance qui n'est pas celle que l'on rencontre le plus communément dans les cas de maladies du cœur: les membres abdominaux ne s'étaient infiltrés que consécutivement à l'ascite, et encore ne l'étaient-ils que très-peu. On sait, au contraire, que l'hydropisie qui dépend d'une maladie du cœur commence, dans le plus grand nombre de cas, par l'œdème du pourtour des malléoles.

L'auscultation ne découvrait, ni dans le cœur, ni dans les poumons, la cause de la dyspnée.

Les moyens thérapeutiques suivants furent tour-à-tour employés: saignées locales et générales; application de vésicatoires sur la poitrine et sur les membres inférieurs; tisane diurétique; frictions avec la teinture de digitale et le vin scillitique.

Pendant les six semaines suivantes, l'état du malade ne subit aucun changement notable: l'orthopnée fut constante; la respiration devenait haletante, dès que le malade essayait de sortir un peu de son lit. L'auscultation, souvent pratiquée, ne donna aucun nouveau renseignement; la toux n'augmenta ni ne diminua; elle était d'ailleurs peu considérable. Jamais nous n'observâmes de fièvre proprement dite. Rien n'annonçait encore la fin prochaine de cet individu, lorsque, sans changement appréciable survenu dans son état, il fut pris tout-à-coup, le 1^{er} mai, d'une dyspnée extrême; bientôt un râle trachéal survint, la respiration s'embarrassa comme chez les apoplectiques, et au bout de quelques heures le malade succomba.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Rien de remarquable dans la masse encéphalique, non plus que la moelle épinière.

Dans le thorax, on trouva le cœur ayant ses proportions physiologiques, exempt de toute lésion appréciable, ainsi que le péricarde; il contenait une petite quantité de sang noir à moitié coagulé. Les vaisseaux qui se rendent au cœur ou qui en partent étaient dans leur état normal. Un petit nombre de tubercules miliaires étaient disséminés dans le parenchyme pulmonaire, généralement engoué, mais sain et partout plein d'air. Quelques anciennes adhérences celluleuses unissaient les plèvres costale et pulmonaire des deux côtés.

Le médiastin antérieur était occupé par une grosse masse de ganglions lymphatiques tuberculeux. Au milieu de cette masse passaient les deux nerfs diaphragmatiques; il était impossible de les suivre à travers les nombreux ganglions qui les entouraient et les pressaient de toutes parts. Ils reparaissaient non loin du diaphragme; et, depuis le point où ils se

dégageaient de la masse ganglionnaire, jusqu'à leur distribution dans le diaphragme, ces nerfs étaient remarquables par leur couleur grisâtre, semblable à celle que présente assez souvent le nerf optique qui se rend à un œil atrophié depuis longtemps.

Dans l'abdomen, on trouva l'estomac sain; des tubercules assez nombreux, disséminés sous la membrane muqueuse de l'intestin grêle; quelques ulcérations petites et superficielles, dans l'étendue de quelques pouces au-dessus de la valvule iléo-cœcale; un tubercule du volume d'une noisette dans la substance corticale de l'un des reins; des adhérences celluluses entre le diaphragme et le foie, dont le tissu était sain; la rate molle et assez volumineuse; un épanchement considérable de sérosité dans le péritoine; et enfin, au-devant de la colonne vertébrale, une énorme masse de ganglions lymphatiques dégénérés en tubercules qui comprimaient fortement d'une part la veine-cave, et d'autre part la veine-porte, dont ils entouraient les principales branches abdominales, ainsi que le tronc.

De chaque côté du cou, depuis le bord de la mâchoire jusqu'aux clavicules, existait un volumineux chapelet de ganglions lymphatiques tuberculeux, comme ceux du thorax et de l'abdomen. Plusieurs étaient interposés entre les vaisseaux et les nerfs du cou, et l'on trouvait, séparées par ces ganglions, l'artère carotide et la veine jugulaire. Quant au nerf pneumogastrique, quelques pouces au-dessous du point d'origine du nerf laryngé supérieur, il se perdait dans la masse des ganglions, au milieu desquels il était impossible de le retrouver. Il reparaisait un peu au-dessus du niveau de la clavicule, et était remarquable des deux côtés par son *aplatissement*; il fournissait, comme de coutume, des nerfs récurrents. Dans le reste de son étendue, et notamment dans ceux de ses rameaux

qui constituent une grande partie du plexus pulmonaire, il n'offrait rien de remarquable.

Le cordon cervical du grand-sympathique n'avait subi aucune altération appréciable, soit dans sa position, soit dans sa texture.

Chaque aisselle était occupée par une tumeur du volume d'une grosse orange, constituée par l'assemblage de ganglions lymphatiques tuberculeux.

Le canal thoracique, perméable comme de coutume, contenait une petite quantité de sérosité rougeâtre.

Outre la cause de l'hydropisie, qui semblait résider ici dans la compression des gros troncs veineux, cette observation est digne d'intérêt, en raison de l'état dans lequel furent trouvés plusieurs des nerfs qui contribuent à l'accomplissement de la respiration, les nerfs diaphragmatiques d'une part, et les deux cordons de la huitième paire d'autre part. Déjà M. le professeur Bérard a rapporté le cas d'un individu chez lequel on ne trouva d'autre lésion, pour expliquer la dyspnée considérable qu'il avait présentée pendant la vie, qu'une tumeur développée dans l'épaisseur même de l'un des nerfs diaphragmatiques (Thèse de M. Descot sur les affections des nerfs). Ici, non-seulement les deux nerfs diaphragmatiques avaient subi une notable altération, laquelle était suffisamment caractérisée par la couleur grise, la véritable atrophie de leur extrémité inférieure; mais encore les deux nerfs pneumogastriques étaient gravement compromis, ainsi que le démontrait manifestement l'aplatissement qu'ils présentaient en sortant de la tumeur lymphatique au milieu de laquelle il était impossible de les suivre. Or, si les expériences des physiologistes ont prouvé qu'après la section de la huitième paire, l'héma-

tose cesse de s'effectuer convenablement, les poumons s'en-gouent, et la mort survient au bout de peu de jours, le fait que je viens de citer n'est-il pas à rapprocher de cet ordre de faits? Il y a eu également diminution graduelle, et enfin cessation de l'influence exercée par la huitième paire sur la transformation du sang veineux en sang artériel; de là, la dyspnée toujours croissante, etc. Si l'on ne veut pas admettre cette cause de la dyspnée, il faudra alors reconnaître que la gêne de la respiration, très-considérable, présentée par le malade qui fait le sujet de cette observation, a existé sans qu'on ait pu retrouver sur le cadavre aucune lésion qui puisse en rendre compte; car je ne pense pas que les tubercules, très-petits et très-peu nombreux, trouvés dans les poumons, puissent, en aucune manière, expliquer cette dyspnée, comparable, sous le rapport de son intensité, à celle qui se manifeste dans le cours des plus graves affections organiques du cœur.

SECTION DEUXIÈME.

OBSERVATIONS SUR LA PLEURO-PNEUMONIE.

58. L'inflammation du parenchyme pulmonaire est aujourd'hui une des maladies les mieux connues. Dans le plus grand nombre des cas, le diagnostic en est simple et le traitement peu compliqué. Cependant l'histoire de la pneumonie présente encore quelques lacunes à remplir, ou du moins quelques points sur lesquels on peut encore appeler l'attention avec avantage. Existant souvent sans être accompagnée de tous les symptômes qui la caractérisent ordinairement, et souvent même ne révélant son existence par aucun de ces symptômes, la pneumonie est alors d'un diagnostic très-difficile. Cette forme latente a été déjà décrite, sans doute, par Stoll et par ses successeurs; mais de nouvelles observations sur ce sujet nous semblent être devenues nécessaires par la découverte de la méthode de l'auscultation.

Dans certains cas, au contraire, plusieurs des symptômes de la pneumonie apparaissent, bien qu'il n'y ait pas véritablement inflammation du parenchyme pulmonaire; et, sous le triple rapport du diagnostic, du pronostic et du traitement, ces sortes de pseudo-pneumonies doivent être soigneusement étudiées. La pneumonie peut compliquer d'autres affections, ou être compliquée par elles; souvent alors cette phlegmasie revêt, pour ainsi dire, une sorte de physionomie particulière, à travers laquelle il faut s'habituer à la reconnaître, pour faire la part des accidents qui dépendent d'elle, et de ceux qui lui sont étrangers. Peut-être l'attention, sous le rapport du diagnostic et du pronostic, n'a-t-elle pas encore été assez fixée sur l'inflammation des lobes pulmonaires supérieurs. Peut-