

dans le poumon, mais qui peuvent acquérir une certaine valeur lorsqu'ils sont réunis à d'autres signes : tel est le cas d'un grand nombre de râles et de plusieurs modifications du bruit respiratoire ou de la voix. Au nombre de ces signes douteux il faut encore placer ceux qui ne doivent leur valeur qu'à leur siège et à leur constance : tel est le gargouillement lorsqu'on le retrouve long-temps de suite sous l'une ou l'autre clavicule, ou dans le creux de l'aisselle. Il est bien certain d'ailleurs que ce gargouillement n'est pas un signe pathognomonique de l'existence d'une excavation tuberculeuse, puisque nous l'avons souvent observé absolument semblable dans des points où nous ne trouvions après la mort aucune cavité accidentelle, et où il ne pouvait être produit que dans des bronches pleines de liquide (36). Récemment encore nous avons constaté l'existence de ce gargouillement au plus haut degré dans toute la partie postérieure droite de la poitrine d'une jeune fille, chez laquelle nous n'avons trouvé d'autre lésion qu'une hépatisation rouge du tissu pulmonaire. La malade avait d'ailleurs présenté pendant la vie tous les autres symptômes d'une pleuro-pneumonie aiguë.

3° Les deux seuls signes pathognomoniques, selon nous, que fournissent l'auscultation, sont, d'une part, la pectoriloquie, *lorsqu'elle est bien évidente*; et, d'autre part, un souffle particulier, qui se fait entendre pendant l'inspiration là où existe la pectoriloquie (35). Ce souffle peut être continu ou alterner avec un gargouillement plus ou moins prononcé.

4° C'est donc seulement lorsque le parenchyme pulmonaire est déjà creusé de cavernes, que l'auscultation peut fournir des renseignements positifs sur l'existence des tubercules; mais, même dans ce cas, elle ne les fournit pas nécessairement. Avant cette époque, elle ne peut donner tout au plus que des probabilités, qui peuvent avoir plus ou moins de

poinds en raison des circonstances concomitantes, et contribuer ainsi à éclairer le diagnostic (1).

§ II. SIGNES FOURNIS PAR LA RESPIRATION.

40. Après la pleuro-pneumonie aiguë, et la pleurésie simple terminée par épanchement, l'affection tuberculeuse des poumons semblerait être la maladie qui devrait apporter le plus de gêne dans l'exercice de la respiration; cependant il n'en est point ainsi, et c'est une des circonstances qui n'est pas l'une des moins remarquables de l'histoire de la phthisie, que la facilité assez grande avec laquelle s'accomplit encore la respiration chez des individus dont plus des deux tiers au moins du parenchyme pulmonaire est devenu souvent imperméable à l'air. On peut établir en principe général que, sauf quelques cas de phlegmasies aiguës du poumon ou de la plèvre, les maladies du cœur troublent bien plus la respiration que les maladies de l'appareil pulmonaire.

41. Nous avons déjà vu qu'une gêne légère de la respiration est un phénomène qui se manifeste chez plusieurs individus long-temps avant qu'ils présentent des symptômes bien prononcés de phthisie pulmonaire. Il est vraisemblable que la dyspnée, peu considérable d'ailleurs, qui tourmente habituellement ces individus, dépend souvent de la présence de quelques tubercules dans le poumon; mais il est aussi bien certain que cette dyspnée peut être uniquement liée à la congestion sanguine qui s'opère sur le poumon de certaines per-

(1) Le souffle plus ou moins prolongé, qui se fait entendre pendant le temps de l'expiration, me paraît en outre avoir une grande valeur pour faire reconnaître des masses tuberculeuses encore à l'état de crudité.

(Note de la quatrième édition.)

sonnes à des intervalles plus ou moins rapprochés, comme chez d'autres cette même congestion sanguine s'opère sur le cerveau. Cette simple congestion pourra produire des hémoptysies plus ou moins fréquentes, et d'ailleurs elle pourra être, à juste titre, regardée comme la cause des tubercules qui se développeront plus tard. Nous avons eu occasion d'ouvrir des cadavres d'individus placés dans les deux conditions précédentes. Morts d'affections étrangères à l'appareil pulmonaire, il s'étaient plaints d'avoir depuis long-temps la respiration un peu courte. Chez les uns cette dyspnée était habituelle; chez d'autres elle ne se manifestait que par intervalles. Tantôt quelques tubercules épars dans les poumons, dont le parenchyme était d'ailleurs très-sain, nous rendirent compte de cette dyspnée; tantôt les poumons, non plus que le canal aérien, ne nous offrirent aucune altération appréciable, et nous ne pûmes nous expliquer la dyspnée qui avait eu lieu pendant la vie, que par l'existence de congestions sanguines périodiques sur le poumon. Mais dans les cas même où le poumon contenait quelques tubercules, est-ce bien parce qu'ils interceptaient l'air dans les points qu'ils occupaient qu'ils causaient de la dyspnée, ou plutôt n'est-ce pas parce qu'ils étaient l'occasion d'une congestion sanguine autour d'eux? Cette dernière opinion nous semble la plus probable. N'est-ce point par une semblable congestion que des tubercules développés dans le cerveau, produisent souvent, d'une manière périodique, soit des convulsions, soit d'autres symptômes nerveux.

Quoi qu'il en soit, il est bien certain que chez un certain nombre de phthisiques la gêne de la respiration se montre à une époque où il n'existe encore aucun autre accident qui puisse faire soupçonner l'existence d'une affection pulmonaire. Il est des individus qui, ne commençant, par exemple, à

tousser que vers l'âge de vingt-cinq ou trente ans, affirment que depuis leur plus tendre enfance ils ont l'haleine courte, et, comme ils l'ont toujours eue ainsi, ils n'y attachent point d'importance.

42. Tandis que chez les malades dont il vient d'être question, la dyspnée précède de long-temps l'apparition de la phthisie, chez d'autres on observe déjà des symptômes non douteux de tubercules pulmonaires, et cependant leur respiration semble être encore assez libre; du moins, lorsqu'ils sont en repos, ne se plaignent-ils point d'éprouver de la dyspnée; plusieurs même, dont les poumons sont déjà remplis de nombreux tubercules, peuvent parler et marcher long-temps sans se sentir essoufflés. Nous insistons sur cette circonstance, afin que, pour établir le diagnostic de la phthisie, on n'attache pas une exclusive importance à la gêne plus ou moins grande de la respiration. Certes, on ne sera point surpris que des tubercules pulmonaires, bien que déjà nombreux, causent si peu de dyspnée, si l'on se rappelle plusieurs cas que nous avons cités en traitant de la pleurésie, et dans lesquels nous avons vu des individus pouvoir marcher, courir, se coucher dans toutes les positions, se livrer aux travaux les plus fatigants, bien qu'un énorme épanchement existât chez eux dans un des côtés du thorax. Toutefois, il est vrai de dire que, chez la grande majorité des individus qui ont des tubercules dans les poumons, la respiration est plus ou moins courte, les inspirations profondes sont souvent impossibles; si le malade veut les exécuter, il sent comme un obstacle insurmontable qui s'oppose à la libre entrée de l'air dans le parenchyme pulmonaire. Quelques personnes ont même la conscience du point où l'air ne peut pas aussi librement pénétrer; elles disent qu'elles ne respirent point dans tel ou tel endroit

des poumons. Souvent inappréciable pour le malade dans l'état de repos, la dyspnée devient très-manifeste dès qu'il veut se livrer à quelque exercice, ou même, à une époque plus avancée de la maladie, par le seul fait du changement de position dans le lit. Cette dyspnée est d'ailleurs rarement portée assez loin pour que le décubitus horizontal devienne impossible. Il n'est pas besoin de dire qu'elle doit augmenter à mesure que les tubercules se multiplient. Quelques circonstances exercent sur son augmentation ou sur son retour une bien notable influence. Dans ce cas se trouve, par exemple, tout ce qui peut modifier d'une manière vive l'action du système nerveux. Une femme, déjà parvenue à un degré très-avancé de phthisie (des cavernes existaient dans le poumon), reçoit la visite d'un parent qui lui fait entrevoir le moment prochain de sa mort, pour l'engager à faire un testament. Jusqu'alors il n'y avait eu chez cette femme aucune dyspnée remarquable. Mais, immédiatement après l'entrevue dont je viens de parler, sa respiration devient tout-à-coup très-gênée, elle passe toute la nuit dans un état d'orthopnée. Le lendemain matin nous la trouvâmes dans une sorte d'asphyxie commençante; on pratiqua sur-le-champ une abondante saignée, malgré l'état d'éthisie dans lequel se trouvait la malade; les extrémités inférieures furent ensuite couvertes de sinapismes. Dans la journée, la gêne de la respiration diminua; le décubitus horizontal devint de nouveau possible, et le lendemain la respiration était à peu près aussi libre que de coutume.

Cet état passager de suffocation, cette sorte d'accès d'asthme suivit si immédiatement la vive émotion que dut éprouver la malade, qu'on est en droit de le rapporter au trouble du système nerveux. C'est, en effet, une grande loi en pathologie que, lorsque ce système est troublé dans son action d'une manière passagère chez un individu dont un organe est

souffrant, c'est surtout sur celui-ci que se fait sentir l'influence du trouble momentané qu'ont subi les fonctions du système nerveux. C'est ce qui est évident en particulier pour les maladies de l'estomac, du foie, de l'utérus et de ses annexes, du cerveau lui-même, enfin du poumon et de ses dépendances. Si la femme dont nous venons de rapporter l'histoire avait eu une gastrite chronique à symptômes peu tranchés, c'eût été particulièrement sur l'estomac qu'aurait retenti le trouble apporté dans les fonctions du cerveau; l'épigastre, habituellement indolent, serait devenu douloureux; des vomissements seraient survenus, etc. Si cette même malade eût eu une affection de l'utérus, une métrorrhagie plus ou moins abondante eût pu être le résultat probable de l'émotion morale qu'elle avait éprouvée; si elle avait eu une ancienne apoplexie, une nouvelle attaque aurait pu avoir lieu, etc. Mais chez elle le poumon était gravement affecté, et, en vertu de la loi posée, ce fut cet organe dont les fonctions se troublèrent. La dyspnée, dans ce cas, fut-elle le résultat d'une congestion sanguine considérable qui s'opéra tout-à-coup sur le poumon, d'une sorte d'apoplexie pulmonaire? On n'en eut point ici la certitude, parce que la dyspnée se dissipa sans production d'hémoptysie. Chez un autre individu, qui était à une période de la phthisie beaucoup moins avancée que la précédente, et chez lequel même on ne pouvait encore que soupçonner l'existence de tubercules pulmonaires, nous avons vu un crachement de sang apparaître à deux reprises différentes à la suite d'émotions morales. Ici la production d'une congestion sanguine sur le poumon par influence nerveuse ne peut plus être révoquée en doute.

43. L'introduction des aliments dans l'estomac est une autre circonstance qui, chez un certain nombre de phthisiques,

produit une gêne notable de la respiration. Quelques-uns ressentent cette gêne aussitôt que la substance alimentaire est arrivée dans la cavité de l'estomac; d'autres ne l'éprouvent que lorsqu'a commencé le travail de chymification, et d'autres enfin seulement au bout d'un temps plus long, à l'époque où l'on peut présumer que le chyle formé commence à se mêler au sang. Comment expliquer ces différences chez des individus qui semblent d'ailleurs placés dans les mêmes circonstances? Comment expliquer encore pourquoi chez d'autres phthisiques les diverses périodes de la digestion ne causent aucune augmentation notable de dyspnée? Que l'on s'en rende compte, si l'on veut, par l'activité variable des sympathies, pourvu qu'on n'oublie pas que ce mot, si souvent employé, ne fait dans bien des cas que servir de voile à notre ignorance. Ici, comme dans bien d'autres circonstances, nous sommes obligés de reconnaître que chez chaque individu la même maladie se présente avec des symptômes plus ou moins variables, sans que nous puissions le plus souvent donner une raison satisfaisante de cette remarquable inconstance de phénomènes morbides; la cause organique, matériellement appréciable, semblant être d'ailleurs absolument la même.

44. L'époque des règles, chez les femmes atteintes de tubercules pulmonaires, est aussi quelquefois marquée par une augmentation considérable de la gêne de la respiration, soit d'ailleurs que l'écoulement menstruel continue à avoir lieu, soit qu'il ait cessé d'exister. Si, en même temps qu'il y a suppression des règles, la femme est pâle, chlorotique, et si, d'une autre part, les symptômes de phthisie pulmonaire sont encore peu marqués, la cause véritable de la dyspnée peut être totalement méconnue. On ne fait qu'une attention secondaire à la toux sèche ou humide, et d'ailleurs peu intense,

qui existe depuis un temps plus ou moins long; aucun autre symptôme local ne décèle encore l'existence de tubercules pulmonaires; le dépérissement qui a lieu, la pâleur de la face, sont regardés comme liés à la suppression du flux menstruel, et c'est de cette même suppression qu'on fait dépendre la dyspnée périodique. Mais bientôt apparaissent des symptômes plus évidents de l'affection pulmonaire: alors la gêne de la respiration devient habituelle, seulement elle continue à être beaucoup plus considérable à chaque retour menstruel. Peut-on dès lors méconnaître sa véritable cause? Peut-on ne pas rapporter ces exaspérations périodiques de dyspnée à la congestion sanguine, qui tous les mois s'effectue autour des tubercules pulmonaires, lesquels tendent à attirer à eux la fluxion qui, dans l'état normal, doit s'opérer vers l'utérus? Dans des cas de ce genre l'affection pulmonaire est une sorte de révulsif trop puissant pour qu'on puisse espérer de rétablir le cours des règles. Cependant on pourrait espérer de diminuer et même de faire cesser la dyspnée périodique dont il est maintenant question, en provoquant, chaque mois, vers les parties génitales, une émission sanguine artificielle. Par cette méthode on pourrait remplir un double but: 1° diminuer un accident très-pénible pour les malades; 2° mettre un obstacle à la marche des tubercules, dont le nombre ne peut qu'être augmenté par la congestion sanguine périodique dont le parenchyme pulmonaire s'est en quelque sorte habitué à être le siège.

45. La rapidité plus ou moins grande avec laquelle se développent les tubercules pulmonaires est une des circonstances qui influent le plus notablement sur l'état de la respiration. Chez les individus dont la maladie ne fait que des progrès très-lents, la respiration est généralement peu gênée; elle est

moins libre chez ceux dont les tubercules se multiplient ou se ramollissent plus rapidement. Enfin, lorsque la phthisie pulmonaire affecte une marche aiguë, lorsque, dans un très-court espace de temps, les deux poumons viennent à se remplir de tubercules, la gêne de la respiration peut alors devenir le symptôme le plus saillant, et être une des causes directes de la mort très-prompte des malades. Ici, d'ailleurs, deux cas peuvent se présenter : ou bien des cavernes se forment en très-peu de temps dans le parenchyme pulmonaire, et alors avec la grande dyspnée coïncident les symptômes ordinaires de la phthisie ; ou bien les tubercules se multiplient très-rapidement sans se ramollir ; autour d'eux le parenchyme pulmonaire peut rester sain : dans cet état de choses, l'auscultation et la percussion ne donnent aucun renseignement, l'expectoration n'offre rien de caractéristique ; le trouble de la circulation ne se présente point sous la forme de la fièvre hectique ordinaire des phthisiques. Il ne reste donc plus, comme symptôme local des tubercules pulmonaires, que la grande gêne de la respiration. Mais par cela même qu'une aussi forte dyspnée ne s'observe pas ordinairement chez les phthisiques, et que, d'ailleurs, l'ensemble des symptômes qu'on observe n'est pas celui qui signale chez la plupart des malades l'existence de la consomption pulmonaire, celle-ci peut être très-facilement méconnue : dans plusieurs cas de ce genre, à défaut de lésion locale appréciable pendant la vie, on a cru à l'existence d'un asthme spasmodique ou nerveux ; d'autres fois l'apparition simultanée de quelques palpitations du cœur a dû naturellement conduire les observateurs à rapporter les symptômes qu'ils observaient à une affection organique du cœur. L'observation suivante (1) va nous montrer un de ces cas dans lesquels le déve-

(1) Recueillie par M. le docteur Thibert, ancien élève interne à la Charité,

loppement de tubercules pulmonaires ne fut annoncé que par une suffocation de plus en plus grande, par une sorte d'asthme aigu.

V. OBSERVATION.

Développement très-rapide de tubercules pulmonaires produisant l'état de suffocation des maladies du cœur.

Un étudiant en médecine, jouissant habituellement d'une bonne santé, fut pris, vers le milieu du mois de mars 1822, d'un peu de dyspnée et de quelques symptômes de pléthore. Bientôt diarrhée, qui cessa au bout de peu de jours, augmentation de la dyspnée ; plénitude du pouls, violents exercices dans le but de diminuer la pléthore, à laquelle on rapportait les accidents éprouvés par le malade. Le 29 mars et jours suivants, hémoptysie ; dès lors fièvre, toux, orthopnée en disproportion avec le peu d'intensité du catarrhe pulmonaire ; battements du cœur forts et étendus, sangsues à l'anus le 3 avril ; cessation de l'hémoptysie le 4 ; augmentation de l'oppression, lèvres violacées. Du 4 au 10 avril, le malade présenta la plupart des symptômes, sauf l'infiltration, qui annoncent une maladie du cœur ; il succomba dans l'état de suffocation qui caractérise ce genre d'affection. Les nombreuses saignées, les révulsifs auxquels on eut recours n'apportèrent qu'un soulagement momentané. — L'ouverture du cadavre ne montra d'autre lésion que des tubercules très-petits, développés en quantité innombrable dans les deux poumons, et entourés d'un tissu crépitant et parfaitement sain.

Trente jours ne s'écoulèrent point, dans ce cas, entre le moment où se manifestèrent les premiers symptômes morbides et l'époque de la mort. Admettra-t-on que les tubercules