

conque, viennent à recevoir plus de sang que dans l'état normal. Plus tard cette cause d'augmentation de volume n'existe plus, et l'on conçoit qu'après avoir été hypertrophié, le cœur puisse alors non-seulement revenir à son volume ordinaire, mais encore s'atrophier, ainsi que cela arrive pour les artères ou les veines que moins desang traverse. Dans ce cas, si je puis ainsi dire, le traitement de Valsalva est mis en œuvre par la nature.

§ IV. SIGNES FOURNIS PAR LA TOUX.

49. Plusieurs auteurs ont cherché à distinguer la bronchite simple de la bronchite avec formation de tubercules, par les caractères de la toux qui se montre dans l'une et l'autre de ces affections. L'observation clinique montre qu'il y a effectivement des cas dans lesquels la toux qui se manifeste chez des individus atteints de tubercules pulmonaires a des caractères qu'on ne rencontre pas dans la toux produite par une simple inflammation aiguë ou chronique des bronches. C'est ainsi que, dans le premier degré de la phthisie, lorsque le parenchyme pulmonaire n'est encore parsemé que de tubercules crus ou peu nombreux, on observe une petite toux sèche, dont le point de départ est souvent rapporté par les malades au larynx, parce que ce n'est que dans ce dernier organe qu'ils éprouvent, avant et pendant la toux, quelque sensation pénible; mais il ne faut point que le médecin se laisse abuser à cet égard: bien souvent nous avons eu occasion d'observer des individus qui rapportaient ainsi leur toux au larynx, comme d'autres y rapportent le siège de leur hémoptysie; ils ne pouvaient pas croire que leurs poumons fussent affectés, tant ils éprouvaient peu de gêne dans la poitrine: cependant, après la mort, nous trouvions dans les poumons de nombreux tubercules; le larynx ne nous offrait souvent qu'un peu de rougeur, semblable à celle qui existait dans la trachée-artère et dans les bronches. Il est permis de croire que si le larynx

semble être à quelques phthisiques le point de départ de plusieurs des accidents qu'ils éprouvent, et de la toux en particulier, c'est parce qu'en raison de la plus grande sensibilité du larynx, les impressions morbides sont ressenties plus vivement, plus énergiquement par la membrane muqueuse de cet organe que par celle qui tapisse le reste des voies aériennes. Cette plus grande sensibilité du larynx n'est pas une pure conjecture; d'abord, l'anatomie seule tendrait à la faire admettre, puisque le larynx reçoit plus de nerfs que la trachée-artère et les bronches; mais de plus, introduisez un instrument dans le canal aérien d'un animal vivant, à travers une ouverture pratiquée au-dessous du cartilage cricoïde; dirigez cet instrument en haut dans le larynx; l'animal témoignera sa souffrance par des cris et par une grande agitation; portez ensuite le même instrument en bas dans la trachée-artère, et jusqu'au-dessous de la bifurcation des bronches; l'animal restera à peu près impassible.

Cette petite toux sèche, qui marque le début d'un certain nombre de phthisies, présente encore un autre caractère qu'il ne faut point négliger; c'est qu'après avoir cessé, elle est très-sujette à récidiver. La cause la plus légère suffit pour la rappeler avec une remarquable facilité. Ce genre de toux ne s'observe guère dans une bronchite sans tubercules; mais cela prouve-t-il que les tubercules, préexistants à la bronchite, causent les fréquents retours de celle-ci? Cette opinion peut être soutenue, mais elle n'est pas sans réplique; car on peut tout aussi bien concevoir que la toux sèche et petite dont il est question puisse être le résultat d'une légère irritation primitive des bronches, et qu'en vertu d'une prédisposition particulière cette irritation soit sujette à récidiver, comme chez d'autres individus on voit récidiver des angines sous l'influence de la plus faible cause. On conçoit encore que, consécutivement à ces fréquents retours d'irritation bronchique, il pourra

se développer des tubercules qui, une fois formés, deviendront à leur tour une cause permanente de la bronchite légère qui leur avait d'abord donné naissance, et peut-être alors seulement celle-ci deviendra-t-elle continue.

Si donc il y a de grandes probabilités pour admettre que la petite toux sèche, et remarquable par ses fréquents retours, dont nous venons de parler, n'annonce souvent qu'une forme particulière de bronchite qui précède les tubercules, il faudra en conclure, d'une part, que cette espèce de toux doit être plutôt considérée, dans un grand nombre de cas, comme pouvant faire craindre le développement des tubercules, que comme annonçant leur existence actuelle : il faudra aussi en conclure, d'autre part, qu'une toux intense revenant par quintes pénibles, telle que l'a produite une forte bronchite, peut, aussi bien que la précédente, si elle se prolonge, faire craindre le développement ultérieur des tubercules. Ainsi, cette production accidentelle peut également se développer dans le méésentère, soit à la suite de très-légères entérites qui, sujettes à de fréquents retours, n'ont annoncé chaque fois leur existence que par des symptômes très-peu graves et fuyant en quelque sorte, soit à la suite d'une inflammation violente du canal intestinal; ici seulement, comme pour les poumons, l'observation montre que le premier cas est plus fréquent que le second. Nous insistons sur ces faits, parce que trop souvent on a attaché trop d'importance à la forme sous laquelle se montre un symptôme, pour diagnostiquer, d'après cette forme, l'existence de telle ou telle altération d'organes.

50. A une époque plus avancée de la maladie, on observe encore dans la toux plusieurs variétés. Chez plusieurs, la toux reste sèche pendant très-long-temps, même jusqu'à la mort, ou du moins elle ne s'accompagne que d'une expectoration très-peu abondante et formée par une petite quantité de mu-

cus. On comprend qu'il en doit être ainsi lorsque, d'une part, aucun tubercule n'a formé caverne, et que, d'autre part, les bronches, médiocrement irritées, secrètent seulement un peu plus de mucosités que dans l'état de santé. Dans un certain nombre de cas la toux continue à être intense; elle revient par quintes fréquentes et pénibles, qui ont lieu surtout pendant la nuit ou dans la matinée. Ces quintes sont souvent accompagnées ou suivies de vomissements, comme dans la coqueluche. Il est des individus chez lesquels le simple changement de position dans le lit, l'action de parler, ou même celle de boire, ramènent la toux sous forme de quintes prolongées. Ce genre de toux ne saurait annoncer tel ou tel état des tubercules; il dépend surtout de l'intensité de l'inflammation de la membrane muqueuse des bronches. Nous avons vu, chez quelques enfants atteints de tubercules pulmonaires, la toux revêtir une sorte de forme convulsive, et tous les symptômes de la coqueluche apparaître. Dans ce cas, nous n'avons trouvé dans le larynx aucune lésion particulière qui pût nous rendre compte de cette forme insolite de la toux, et nous n'avons pu l'attribuer qu'à une disposition individuelle du sujet.

D'autres phthisiques présentent un phénomène contraire au précédent. A mesure que leur maladie fait des progrès, et que le parenchyme pulmonaire se creuse de plus larges cavernes, leur toux devient moins intense et moins fréquente; elle n'a plus lieu par quintes, mais seulement l'expulsion de chaque crachat est précédée d'un léger effort de toux, qui ne cause pas la moindre fatigue aux malades. Ceux-ci se bercent alors d'un espoir, qui est bien vain sans doute, puisque la toux ne présente ordinairement ces caractères, à un certain degré de phthisie, que lorsqu'il existe dans les poumons de vastes excavations qui communiquent largement et directement avec de gros tuyaux bronchiques.

51. Enfin, dans quelques cas rares, mais dont nous possédons des exemples, des tubercules naissent et se multiplient dans les poumons sans que leur présence soit en aucune manière annoncée par la toux. C'est principalement dans le cas où le parenchyme pulmonaire venait à être envahi par des tubercules pendant le cours d'une autre maladie chronique, ou vers la fin d'une maladie aiguë, que nous avons bien constaté cette absence complète de toux. Nous citerons ici en particulier le cas d'un jeune homme qui était atteint d'une double phlegmasie chronique du péritoine et de la membrane muqueuse intestinale. Ce malade suait chaque matin très-abondamment de la tête, du cou et de la poitrine : il se plaignait depuis quelque temps d'un peu de dyspnée. Ces symptômes, et surtout la sueur partielle des parties supérieures du corps, nous portaient à soupçonner chez lui l'existence de tubercules pulmonaires. Interrogé sous ce rapport, il nous dit qu'un an auparavant il avait eu un rhume assez intense, mais que depuis six mois *il ne toussait plus du tout*. La sonorité de la poitrine était partout très-grande, le bruit respiratoire s'entendait avec netteté, mais *avec plus de force que dans l'état normal*. Cette dernière circonstance était encore pour nous un motif de penser qu'en un ou plusieurs points du poumon existait un obstacle à la libre entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, et cet obstacle, en raison des sueurs surtout, pouvait consister dans les tubercules; mais comment aurait-on pu l'affirmer? Le malade ne tarda pas à succomber à l'affection abdominale. Jusqu'à sa mort, on n'observa du côté de la poitrine rien autre chose que ce qui vient d'être noté. L'ouverture du cadavre démontra dans l'intestin et dans le péritoine les lésions qui avaient été annoncées (ulcérations dans l'iléum, le cœcum et le colon, avec matière tuberculeuse dans leur fond, sur leurs bords ou autour d'elles, ramollisse-

ment rougeâtre de la muqueuse gastrique, liquide séro-purulent dans le péritoine). Mais de plus on acquit la conviction de ce qui n'avait été que soupçonné pendant la vie : dans les deux poumons étaient disséminés de nombreux tubercules, dont le volume variait depuis celui d'un grain de millet jusqu'à celui d'une noisette; le plus grand nombre étaient à l'état de crudité, quelques-uns présentaient déjà à leur centre un ramollissement assez avancé. Autour de ces derniers, le parenchyme pulmonaire présentait, soit de l'hépatisation rouge, soit un engouement très-prononcé; ailleurs il était sain, crépitant, et remarquable même par la petite quantité de sang qu'il contenait. Il était important d'examiner l'état des bronches et des autres parties du canal aérien; car, puisqu'il n'y avait pas eu de toux, on devait présumer qu'on ne les trouverait point enflammées: c'est ce qui fut effectivement constaté. La membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère, des grosses bronches et de leurs ramifications, fut trouvée blanche dans toute son étendue.

Ainsi, cette absence d'inflammation des voies aériennes pouvait rendre raison de l'absence actuelle de la toux: des tubercules pulmonaires peuvent donc exister sans bronchite. Le fait précédent le démontre; mais il apprend aussi (et cette circonstance est importante) qu'antécédemment, à une époque encore peu éloignée, il y avait une forte inflammation des bronches, à laquelle pouvait être rapportée l'origine première des tubercules. C'est ainsi que chez beaucoup d'enfants, mais non chez tous les enfants, comme l'a dit trop absolument M. Broussais (1), l'engorgement tuberculeux des ganglions mésentéri-

(1) C'est certainement une très-belle et très-juste conception que celle qui attribue l'inflammation des organes glanduleux qui communiquent d'une manière plus ou moins directe avec les membranes tégumentaires interne ou

ques est précédé de tous les symptômes d'une entérite; mais quelquefois cette dernière cesse, et après la mort on trouve l'intestin parfaitement sain, tandis que l'affection tuberculeuse du mésentère survit à la cause qui l'a produite.

Peu de temps après la mort du malade dont il vient d'être question, entra à l'hôpital un autre individu, jeune comme lui, et récemment arrivé à Paris. Il présentait l'ensemble des symptômes de la fièvre dite inflammatoire : en examinant l'état de ses différents organes, on reconnaissait chez lui une double inflammation de la membrane muqueuse des bronches et de celle du canal intestinal, inflammation plus fâcheuse par son étendue que par son intensité dans chacun des points qu'elle occupait. Le malade accusait, en particulier, une toux fréquente, pénible, accompagnée d'une sensation désagréable de picotement derrière le sternum et sous les deux clavicules. Jusqu'à son arrivée à Paris, cet homme assurait s'être très-bien porté. Au bout de douze à quinze jours, après que d'a-

externe, à l'inflammation primitive de celle-ci. Ainsi nul doute que les glandes lymphatiques situées au voisinage des muqueuses ne puissent s'irriter consécutivement à l'inflammation de celles-ci, de même que nous voyons sous nos yeux les glandes lymphatiques cervicales se tuméfier à la suite d'un érysipèle de la face ou du cuir chevelu, et plus encore à la suite d'une inflammation chronique de ces mêmes parties, comme on peut l'observer chez beaucoup d'enfants qui ont la teigne. Nul doute que les glandes salivaires ne puissent s'enflammer à la suite d'une stomatite, le foie consécutivement à une duodénite, le testicule après une urétrite, etc. ; mais il n'est nullement physiologique de dire qu'il en doit être toujours ainsi. L'observation dément d'ailleurs cette assertion ainsi généralisée : ne voyons-nous pas tous les jours les ganglions lymphatiques sous-cutanés s'enflammer, se tuméfier, devenir tuberculeux d'une manière primitive ? Pourquoi n'en serait-il pas de même des ganglions lymphatiques intérieurs, de ceux du mésentère, par exemple ? Il sied mal à notre faible intelligence de vouloir assigner des bornes absolues aux actes de la nature, dans l'état de santé comme dans celui de maladie.

bondantes émissions sanguines eurent été pratiquées, les symptômes de gastro-entérite se dissipèrent, et avec eux la fièvre tomba. Mais la bronchite persistait, les forces ne revenaient pas, et chaque soir le malade ressentait de la chaleur, un malaise général, comme si alors il eût eu un léger mouvement fébrile. Aucun signe n'annonçait qu'il y eût affection du parenchyme pulmonaire. Nous redoutâmes cependant le développement des tubercules. Pendant les quinze jours suivants, la toux devint de moins en moins forte, et enfin elle disparut complètement. Aucun symptôme n'annonçait plus alors l'existence de la bronchite ; aucun phénomène n'indiquait d'ailleurs la souffrance de quelque organe en particulier ; et cependant l'embonpoint et les forces diminuaient chaque jour : le pouls était habituellement un peu fréquent, sans que d'ailleurs la peau fût chaude : chaque soir le mouvement fébrile devenait plus prononcé. Qu'avait ce malade ? Était-il atteint d'une fièvre hectique essentielle ? mais cet état morbide est au moins fort rare. Il nous parut plus conforme à l'observation d'admettre que chez lui existait une lésion organique quelconque, dont aucun symptôme local ne révélait l'existence. Certes, de tels cas sont beaucoup plus fréquents que ceux du marasme, de fièvre hectique, dont on ne trouve après la mort aucune cause matérielle appréciable. Cependant, au bout de peu de temps, l'appétit qui était revenu se perdit de nouveau, de la diarrhée survint, puis le malade fut pris d'un violent point de côté au-dessous du sein gauche, et il succomba promptement avec tous les signes d'un épanchement pleurétique. Il faut bien noter que depuis le moment qui s'écoula entre la terminaison de la bronchite aiguë et l'invasion du point pleurétique, il y eut absence complète de toux. A l'ouverture du cadavre, on trouva de nombreux tubercules miliaires dans les poumons, dont le parenchyme était sain dans leurs intervalles. Les bronches ne

furent point examinées, ce que nous regrettons beaucoup, en raison de l'absence de la toux. Il y avait d'ailleurs épanchement purulent considérable dans la plèvre gauche, ramollissement avec légère injection de la muqueuse gastrique; existence de rides rougeâtres à la surface interne du gros intestin.

Si nous analysons cette observation sous le rapport de la succession et de l'enchaînement des phénomènes morbides, nous regarderons comme vraisemblable que les tubercules se sont développés d'une manière aiguë, consécutivement à la bronchite intense qui compliquait la gastro-entérite lors de l'entrée du malade à l'hôpital. Nous ne pouvons pas revoquer en doute l'existence de ces mêmes tubercules à l'époque où la toux n'existait plus, puisque celle-ci ne recommença que cinq ou six jours avant la mort, à dater du moment de l'invasion de la pleurésie, et qu'il serait absurde de supposer que les tubercules ont pu se développer dans ce court espace de temps. Enfin, c'est aux tubercules formés dans le poumon, et qui n'y annonçaient leur existence par aucun symptôme local, que nous devons rapporter la profonde altération de la nutrition, le dépérissement toujours croissant que nous offrit ce malade.

52. On admet généralement l'existence d'un certain nombre de toux sympathiques liées à l'affection de divers organes, tels que le foie, l'estomac, l'utérus, etc.; de là les noms de toux hépatique, gastrique, etc., imposés à ces espèces de toux, qui existent, disent les auteurs, sans altération des poumons ou des bronches, et qui semblent être le résultat d'un simple consensus nerveux. Je ne nie pas l'existence de cette toux sympathique; mais je crois que la fréquence en a été singulièrement exagérée, et que, dans beaucoup de cas de ce genre qu'on a rapportés, un examen plus attentif aurait

fait découvrir une lésion idiopathique du parenchyme pulmonaire ou des bronches, qui souvent échappait d'autant plus facilement à l'investigation, que, survenant comme complication pendant le cours d'une affection chronique de l'estomac ou du foie, elle s'annonçait alors par des symptômes peu franchés (*voyez plus bas l'article des complications de la phthisie.*)

§ V. SIGNES FOURNIS PAR L'EXPECTORATION.

53. En parlant de l'utilité de l'examen de l'expectoration, comme signe dans les maladies de poitrine, Van Swieten a dit : *Certum est quòd in variis pectoris morbis sputa attentam mereantur considerationem.* Cette assertion est loin d'être également rigoureuse pour toutes les affections du poumon. Caractéristique et véritable signe pathognomonique dans la pneumonie aiguë, l'expectoration n'est plus d'aucune valeur dans la pneumonie chronique : elle ne fournit que des signes négatifs dans la pleurésie, si ce n'est dans le cas rare où l'épanchement formé dans la plèvre s'est fait jour à travers les bronches. Enfin, dans les divers degrés de la phthisie pulmonaire, elle ne diffère point, dans bien des cas, de l'expectoration d'une simple bronchite aiguë ou chronique. Cependant il est un certain nombre de circonstances dans lesquelles l'expectoration, chez les phthisiques, peut fournir plus d'un renseignement précieux. Aussi la plupart des auteurs nous semblent-ils en avoir traité trop légèrement. Les crachats, dans la phthisie, leur ont-ils paru ne pas présenter des caractères sûrs, d'après lesquels il fût possible d'établir le diagnostic de la maladie? ou bien leur a-t-il semblé à peu près impossible de trouver des termes qui pussent en donner une peinture fidèle? Incertitude dans les caractères, difficulté dans la description : tel est le double écueil contre lequel la