

4 mai jusqu'au 20 juin suivant. Pendant cette période une amélioration bien notable, mais lente et très-graduelle, s'est opérée dans les conditions physiques du larynx, dans la voix de notre malade, de même que dans l'état de la respiration; le toucher et le cathétérisme du larynx s'accordaient à faire croire à moins de dureté du contour de son orifice supérieur, et à moins de rétrécissement de sa cavité; l'épiglotte paraissait de même être moins gonflée, moins dure, moins mamelonnée; néanmoins, soupçonnant chez la malade l'existence d'une cause vénérienne, on cessa l'emploi des injections, qui furent remplacées par des frictions avec le proto-iodure de mercure, par la tisane de seltz et les pilules de Dupuytren. Des accidents de salivation obligèrent, le 24 juillet, de cesser ce traitement. Dans cet espace de temps elle avait pris cent vingt-quatre pilules de Dupuytren, mais sans aucune amélioration sensible dans l'état de sa santé locale et générale. Pendant près de trois mois, des frictions avec le calomel et le sucre candi ont été faites sur la base de la langue, mais sans plus de succès sensible que par le traitement mercuriel précédent. Il parut même quelquefois que l'amélioration locale, survenue pendant la période d'emploi des injections caustiques, diminuait pendant le temps consacré à l'usage des mercuriaux.

A partir de cette époque on a cessé tout traitement, se bornant à laisser la canule en place, et à recommander à la malade de garder le silence et de ne faire aucun exercice fatigant. Insensiblement, le mieux déjà survenu avant et pendant le temps consacré aux injections caustiques s'est développé, surtout sous le rapport de l'état général de la malade. C'est ainsi que, dès le commencement de 1837, elle était presque méconnaissable, tant son embonpoint, sa fraîcheur, sa bonne coloration primitive étaient reparus, tant sa respiration était facile, même au milieu de l'exercice quelquefois assez pénible

auquel elle se livrait dans sa salle, tant sa voix, quoique toujours basse, était facile et distincte comparativement à son état passé.

Le 21 février 1837 nous avons bouché avec un liège l'ouverture de la canule, afin d'accoutumer la malade à respirer seulement par le larynx. La respiration n'en a pas moins continué à devenir de plus en plus facile, naturelle, complète, même au milieu des exercices assez fatigants auxquels se livrait la malade, contrairement à nos recommandations; en même temps, une expectoration catarrhale s'est établie par la bouche, au lieu qu'avant elle avait lieu presque exclusivement par la canule.

Le 16 mars, au milieu d'une dispute, il lui arriva tout-à-coup et, pour la première fois, de parler à voix haute. L'épreuve répétée réussit. La production de la voix haute fut fatigante dans les premiers jours; mais, plus tard, la malade produisit, habituellement et sans fatigue, une voix haute, assez distincte, mais d'un ton grave et nazillard. L'embonpoint, la fraîcheur, le bon coloris de la malade, ne faisaient qu'augmenter; si bien que, vers la fin de mai, l'état de pléthore sanguine dans lequel elle se trouvait nous a obligé de la saigner du bras. A cette époque, elle occupait l'emploi d'infirmière à l'hôpital.

Dans les premiers jours de novembre 1836, du bruit de frottement pleurétique se fit entendre de nouveau, et très-distinct, à la partie postérieure inférieure droite de la poitrine; au milieu de décembre suivant, il n'en existait plus de traces. Cependant, peu de temps avant ou pendant cette époque, la malade n'avait éprouvé aucun signe de pleurésie récente, et sa santé générale avait été fort bonne; mais dans le courant de mai 1837, quelques signes de pleurésie aiguë, avec léger épanchement dans la plèvre droite, sont survenus, et pendant ce temps la malade a maigri sensiblement, et sa voix est redevenue rauque, très-faible et très-voilée. Ces accidents ont dis-

paru, et l'amélioration si remarquable de l'état local et général de la malade a repris sa marche croissante, du moment que les signes de pleurésie ont cessé. Dès la fin de l'année 1837, la malade pouvait être considérée comme parfaitement guérie. Il n'y avait plus qu'à provoquer l'oblitération de la fistule trachéenne, dans laquelle, jusque là, on avait, par prudence, laissé la canule à demeure; c'est ce qui fut fait le 19 mars 1838 : avec les pinces et le bistouri, j'enlevai dans l'épaisseur d'une ligne, dans une largeur de quatre à cinq lignes, dont deux à trois lignes prises à l'intérieur du conduit fistuleux, et deux lignes en dehors, la membrane tégumentaire qui tapissait le contour de l'orifice de ce conduit; et puis, rapprochant les deux lèvres de cette plaie vive, et les maintenant en contact au moyen de cinq points de suture entortillée, représentés par autant d'épingles à insectes, à tige mince, longue et flexible, nous recommandâmes à la malade le repos et le silence les plus absolus. Le premier pansement eut lieu le troisième jour de l'opération. Les épingles tombèrent les six et septième jours, ainsi que les fils, et dès lors on se borna à maintenir dans un contact continuels les deux lèvres de la plaie au moyen de longues bandelettes de diachylon disposées de manière à ramener sur la ligne médiane antérieure les parties molles des régions latérales du col. Le collement des deux surfaces ravivées se fit parfaitement, dans quelques points par première intention, dans d'autres au moyen de bourgeons charnus, et le 15 avril la fistule était complètement oblitérée au moyen d'une cicatrice presque linéaire et très-solide; et après cette époque la respiration s'est faite exclusivement par le larynx, sans qu'il soit jamais survenu aucun accident d'asphyxie. Au contraire, l'amélioration de l'état de la voix, de la respiration et de la santé générale de la malade a toujours été en augmentant. A la fin d'août 1839, la voix était encore plus haute, plus distincte,

plus pure que jusque là, quoique loin encore d'être tout-à-fait naturelle : ce qui doit être attribué en grande partie à l'absence du voile du palais. A cette époque, la respiration était très-facile, malgré le travail assez fatigant auquel se livrait cette malade, et l'état général parfaitement bon.

Toutefois, il est à remarquer que pendant cette longue période de temps consacrée à la guérison de la malade, les battements du cœur qu'elle éprouvait au moment de son entrée ont plutôt augmenté que diminué, et que plus tard un léger prolongement soufflé est venu s'ajouter à la fin du premier bruit.

En résumé, un affaiblissement de la voix, puis une aphonie complète succèdent insensiblement à un mal de gorge violent qui durait depuis quatre mois, et dont la marche était devenue tout-à-fait chronique. Pendant quatre ans la maladie du larynx ne fait que s'accroître, malgré les divers modes de traitement successivement employés. En même temps la constitution de la malade s'altère, et elle finit par tomber dans le deuxième degré du marasme. Malgré l'existence déjà ancienne de la toux, malgré la probabilité d'existence de la phthisie chez son père, plusieurs circonstances autorisent à rejeter la pensée de cette affection chez la malade, ou au moins à n'admettre tout au plus que l'existence de quelques tubercules très-épars çà et là dans les poumons. Le diagnostic d'une induration chronique simple du tissu cellulaire sous-muqueux du larynx est adopté. On s'assure par le toucher et le cathétérisme de cette induration et d'un rétrécissement considérable du larynx. Insensiblement l'asphyxie devient imminente : l'opération de la trachéotomie, pratiquée d'après un procédé nouveau, est suivie d'un plein succès; des injections de nitrate d'argent, portées jusqu'à la dose de trois gros par once, sont faites dans le larynx, de bas en haut, à travers la plaie d'opération, et continuées pendant cinquante jours. Une amélioration lente, mais manifeste, s'en

suit dans l'état de la voix et de la respiration de la malade. Un traitement mercuriel, antiphlogistique, employé pendant assez long-temps, reste sans effet appréciable. Il en est de même de frictions sur la base de la langue avec du calomel et du sucre candi. Enfin sous la seule influence du repos fonctionnel du larynx, la respiration devient facile, la voix devient haute, assez bien articulée, distincte, produite sans effort; la constitution, les forces de la malade s'améliorent tellement qu'elle passe graduellement du deuxième degré de marasme à un embonpoint très-prononcé et à une santé générale très-florissante. Un an après l'opération on oblitère la canule, et depuis cette époque la malade ne respire plus que par le larynx et se livre néanmoins journellement à des travaux assez fatigants. Trois ans et demi après l'opération elle continue ses travaux, et le mieux total et général n'a fait qu'augmenter. Les signes d'emphysème pulmonaire que l'on observait au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital disparaissent complètement pour faire place aux bruits respiratoires normaux; au contraire, quelques signes locaux d'affection du cœur préexistant à l'opération de la trachéotomie augmentent graduellement, mais très-lentement. Deux ans après l'établissement de la fistule trachéenne, on tente son oblitération au moyen du ravivement des bords de l'orifice fistuleux et de points de suture multipliés, et cette tentative est suivie d'un succès rapide et complet, de manière que l'état de la malade ne laisse plus rien à désirer.

88. Peut-être serait-ce ici le lieu d'établir un rapprochement entre les diverses lésions que présente si souvent le larynx des phthisiques, et l'affection des fosses nasales des chevaux, connue sous le terme vulgaire de morve. Dans son beau travail sur cette maladie, M. le professeur Dupuy a démontré que la morve des chevaux était produite par des tubercules

développés dans les fosses nasales. Nous avons eu occasion de faire l'ouverture d'un grand nombre de chevaux morveux, et nous avons pu constater combien était exacte l'opinion émise par le savant vétérinaire que nous venons de nommer.

Chez presque tous les chevaux morveux que nous avons examinés, les poumons contenaient des tubercules en nombre et en volume variables. Mais, chez les uns, l'affection du poumon était encore très-légère, à peine quelques petits tubercules étaient disséminés dans son parenchyme, tandis que la maladie des fosses nasales était déjà portée à un haut degré. Chez d'autres, au contraire de nombreuses et vastes excavations remplissaient déjà les poumons, et cependant l'affection des fosses nasales ne semblait être encore qu'à son début. Enfin, chez d'autres chevaux, les fosses nasales et le parenchyme pulmonaire étaient affectés à un degré à peu près égal.

Suivie dans ses diverses phases de développement, la morve nous a présenté différentes espèces de lésions, qui n'étaient peut-être que les différents degrés d'une même altération.

Souvent, par exemple, les fosses nasales de chevaux phthisiques ne nous ont offert d'autre modification de leur état normal qu'une rougeur plus ou moins vive de la membrane muqueuse avec boursofflement de son tissu, injection et épaissement du tissu cellulo-fibreux qui la double.

Chez d'autres chevaux, de la surface de la membrane muqueuse s'élevaient en nombre plus ou moins considérable des granulations arrondies, ressemblant entièrement à des follicules muqueux hypertrophiés, dont l'orifice était tantôt dilaté, tantôt, au contraire, moins apparent que de coutume; autour de ces follicules nous trouvions souvent la membrane muqueuse enflammée; d'autres fois, elle était blanche, ou présentait tout au plus une légère injection vasculaire, soit que l'inflammation antécédente de cette membrane eût dis-

paru, ne laissant d'autre trace que l'hypertrophie même des follicules, soit que ces derniers se fussent enflammés indépendamment de la membrane muqueuse, dont ils constituent un des éléments. Ainsi, journellement, nous observons des altérations isolées idiopathiques des follicules cutanés, la peau qui les entoure restant saine en apparence. Ainsi s'enflamment et s'engorgent de longues trainées de ganglions lymphatiques, sans que le tissu cellulaire qu'ils traversent participe en rien à leur état inflammatoire.

Parmi ces follicules, les uns étaient plus ou moins rouges, d'autres grisâtres; d'autres avaient une couleur blanchâtre qui semblait due à de la matière purulente qui remplissait leur cavité. Enfin, dans plusieurs, le pus était plus concret, d'un blanc jaunâtre, et il en résultait un petit corps arrondi et friable, qui constituait ce qu'on appelle ordinairement un tubercule, mais qui, par sa comparaison avec les autres granulations qui l'entouraient, ne nous semblait être qu'un follicule malade. Cette matière, dite tuberculeuse, était souvent tellement abondante, qu'elle recouvrait la plus grande partie de la membrane pituitaire.

D'un autre côté, le tissu cellulo-fibreux, subjacent à la membrane muqueuse, présentait aussi de remarquables altérations. Chroniquement enflammé, il se transformait en une substance blanchâtre, tantôt dure et criant sous le scalpel, à l'instar du squirrhe, tantôt friable et se rapprochant du tubercule.

Enfin, comme terminaison commune de ces diverses altérations, la membrane pituitaire présentait des ulcérations de forme et de grandeur variées, et dont le fond était formé, tantôt par du tissu cellulaire induré que parsemaient souvent de petites masses tuberculeuses; tantôt par les cartilages eux-mêmes, plus ou moins altérés, souvent injectés de sang et tendant à s'ossifier.

Ainsi, chez le cheval comme chez l'homme, la partie supérieure des voies respiratoires (car chez le cheval les fosses nasales servent beaucoup plus directement à la respiration que chez l'homme) ne s'altère guère d'une manière grave, sans que des tubercules n'existent dans le parenchyme pulmonaire. Les fosses nasales des chevaux morveux nous ont d'ailleurs présenté des lésions à peu près analogues à celles dont nous avons constaté l'existence dans le larynx des hommes atteints de phthisie pulmonaire (1).

89. En traitant du catarrhe pulmonaire simple, dans le précédent volume de cet ouvrage, nous avons déjà indiqué un certain nombre d'altérations de la trachée-artère et des bronches. Ce sont celles que l'on retrouve avec divers degrés de fréquence chez les phthisiques. Il serait donc inutile d'y revenir ici. Chez plusieurs de ces malades, par exemple, nous avons trouvé des rameaux bronchiques notablement dilatés; chez un très-grand nombre, les parois de ces conduits nous ont paru considérablement épaissies. Les ulcérations de la membrane muqueuse sont assez communes dans les bronches qui apportent l'air aux lobes pulmonaires les plus remplis de tubercules. Nous avons observé une fois une disposition assez singulière de ces ulcérations. C'était chez un individu dont un des poumons contenait beaucoup plus de tubercules que l'autre. La moitié de la trachée-artère, du côté du poumon le plus malade, était criblée d'ulcérations dans toute son étendue; l'autre moitié de la trachée en offrait à peine quelques-unes. La surface interne des principaux rameaux bronchiques du même côté ne présentait plus en quelque sorte qu'une seule ulcéra-

(1) Tous les détails que je viens de donner sur les altérations des fosses nasales dans la morve ne sont applicables qu'à la morve chronique.

tion, au milieu de laquelle on voyait épars, 1° des espèces de fongosités rougeâtres, débris de la membrane muqueuse; 2° des fragments de cartilages qui, semblables à des arêtes, se détachaient des parois bronchiques.

§ II. MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

90. Les altérations présentées par les portions de parenchyme pulmonaire qui entourent les tubercules sont très-fréquentes, et souvent plus graves que l'affection tuberculeuse elle-même.

Nous avons déjà dit (chap. II) que les tubercules pulmonaires reconnaissent dans un certain nombre de cas, pour point de départ, une inflammation aiguë du parenchyme, annoncée par les symptômes ordinaires de la pleuro-pneumonie. Cette inflammation peut se dissiper, et il peut arriver que sur le cadavre on n'en trouve plus d'autre trace que les tubercules eux-mêmes. D'autres fois la pneumonie, au lieu de se résoudre, passe à l'état chronique, ou bien elle est telle dès son début. C'est au milieu des portions de parenchyme pulmonaire ainsi chroniquement enflammées que semblent assez souvent prendre naissance les tubercules. Ce qui paraît démontrer que, dans ce cas, leur développement n'a point précédé la pneumonie, c'est qu'il arrive qu'on n'en trouve que de très-petits et de très-peu nombreux, disséminés au milieu d'une vaste étendue de poumon hépatisé. Assez fréquemment, par exemple, nous n'avons rencontré que deux, trois ou quatre petits tubercules miliaires dans tout un lobe pulmonaire induré; ils semblent alors se développer au milieu de celui-ci, comme ils se produisent au fond des ulcérations des muqueuses, au sein des fausses membranes, etc.

Mais, si l'observation démontre que dans un certain nom-

bre de cas la pneumonie précède les tubercules et en est même la cause occasionnelle, l'observation apprend aussi que beaucoup plus communément les tubercules se développent sans pneumonie antécédente appréciable pour nous pendant la vie, et que celle-ci ne survient plus tard que comme complication. En effet, chez le plus grand nombre des phthisiques, l'invasion des tubercules n'est accompagnée que des symptômes d'une simple bronchite; le son des parois thoraciques se conserve dans son état normal; le bruit respiratoire n'est point altéré. Ce n'est pas à dire d'ailleurs que dans le point même où s'est formé chaque tubercule, cette formation n'ait pas été précédée et causée par un travail de congestion ou d'irritation plus ou moins analogue à celui qui constitue la pneumonie. Déjà nous avons suffisamment insisté sur ce genre de pneumonie exactement borné au point où doit se développer le tubercule. L'ouverture des cadavres en démontre l'existence, et peut même prouver dans plus d'un cas (*voyez les articles précédents*) qu'elle a précédé la formation des tubercules; mais comment la reconnaître pendant la vie?

La pneumonie, moins circonscrite, et appréciable par les symptômes, qui se montre comme affection intercurrente pendant le cours d'une phthisie pulmonaire, peut être aiguë ou chronique. A l'état aigu, elle est remarquable par la fréquence de ses retours. Il n'est pas rare de voir des phthisiques qui, pendant la durée de leur maladie, ont eu jusqu'à douze ou quinze fois des symptômes bien tranchés de pneumonie. Cette inflammation intercurrente est souvent assez facile à reconnaître: ainsi, les crachats changent brusquement de caractère; ils deviennent rouillés, visqueux, transparents: il faudrait d'ailleurs se garder de les confondre avec ceux qui appartiennent à une simple hémoptysie; dans celle-ci le sang expectoré n'est point intimement mêlé avec du mucus, comme dans les