

La différence est moins aisée à établir entre l'hémoptysie et l'hématémèse, car dans les deux cas l'irruption du sang, pourvu qu'elle soit abondante, s'accompagne de toux, de suffocation, de vomissements et de phénomènes généraux graves. De plus, le sang, arrivant à la gorge, peut passer du pharynx dans le larynx ou inversement. Toutefois le sang de l'hématémèse, à moins qu'il ne soit rendu dès la rupture du vaisseau, est en général noir; il a subi un commencement de digestion, il est coagulé en grains plus ou moins foncés. Il est acide, présente des déformations globulaires évidentes. L'apparition de selles sanglantes ou de méléna, l'absence de signes stéthoscopiques sont d'excellents signes en faveur de l'hématémèse. Répétons enfin que la dyspnée a une grande valeur diagnostique et qu'elle constitue un symptôme capital dans l'hémoptysie.

L'origine pulmonaire de l'hémorrhagie reconnue, il faut essayer de préciser son siège. Si les crachats sont hémoptoïques, c'est l'auscultation qui indiquera le lieu du raptus sanguin par la présence de râles bulleux ou de crépitations plus ou moins fines. Si l'hémoptysie est assez abondante, les caractères du sang indiqueront si la lésion vient des artères bronchiques ou des branches pulmonaires. Les premières donnent du sang rouge vermeil, les secondes du sang noir, désoxygéné.

Le diagnostic de la cause est le plus important. Dans certains cas, la cause est évidente : c'est ce qui arrive pour les hémoptysies traumatiques. Lorsque l'hémoptysie apparaît en même temps que d'autres hémorrhagies et au milieu du complexe symptomatique qui caractérise certaines maladies générales, il n'y a aucune difficulté pour la rapporter à sa cause. C'est dans les affections locales du thorax que ce diagnostic est le plus délicat.

Les hémoptysies produites par les anévrysmes de l'aorte surviennent d'ordinaire à une période avancée, alors que les signes de l'anévrysme sont bien marqués. Mais elles peuvent revêtir plusieurs formes : 1° L'anévrysme se rompt dans une bronche ou dans la trachée et détermine une hémorrhagie foudroyante. 2° Plus ou moins longtemps avant sa rupture définitive, l'anévrysme se trouve fissuré et laisse échapper par intermittences une certaine quantité de sang qui est rejetée au fur et à mesure de son passage dans les voies respiratoires. Le sang est toujours rutilant. 3° L'anévrysme encore intact agit à la façon d'une tumeur du médiastin, comprime les veines, ou détermine dans le parenchyme pulmonaire une congestion qui se traduit par une expectoration sanguinolente.

Dans certaines lésions pulmonaires les caractères mêmes de l'expectoration fournissent des renseignements précieux sur la cause de l'hémoptysie : telle est la fétidité dans la gangrène, l'apparence

gelée de groseille des crachats dans le cancer, la présence de débris membraneux dans les kystes hydatiques.

Ce sont surtout les hémoptysies survenant aux diverses périodes de la phtisie pulmonaire qui sont susceptibles de donner lieu à des erreurs. A la période initiale, l'hémoptysie peut apparaître avant tout autre symptôme : c'est vraiment alors un signe prémonitoire<sup>1</sup>. Sa valeur séméiologique est en pareil cas considérable; mais on conçoit qu'il ne soit pas toujours aisé de la distinguer nettement d'hémoptysies survenant aussi sans troubles bien marqués de la santé générale et de l'état local, c'est-à-dire dans des circonstances assez semblables, mais sous l'influence de causes tout à fait différentes. Ainsi l'on est exposé à confondre ces hémoptysies initiales de la tuberculose avec des hémoptysies supplémentaires, arthritiques ou hystériques. Ce n'est qu'une étude attentive des antécédents, des circonstances ayant précédé et accompagné l'hémorrhagie, qui permettra d'éviter l'erreur. D'ailleurs, dans la plupart des cas, on ne doit admettre que par exclusion et avec de grandes réserves le diagnostic d'hémoptysie nerveuse ou arthritique et soupçonner toujours la tuberculose sous roche. Chez les jeunes femmes, lorsque la tuberculose revêt le masque d'une fausse chlorose avec souffle cardiaque, on pourrait rapporter l'hémoptysie à une affection mitrale. La coexistence de la tuberculose et des lésions mitrales dont quelques recherches récentes tendent à établir la fréquence (Potain), contrairement à l'opinion ancienne, n'est pas faite pour éclaircir les difficultés d'un tel diagnostic. Cependant on a donné un certain nombre de caractères différentiels entre les hémoptysies tuberculeuses et les hémoptysies cardiaques.

Dans la tuberculose, le sang est aéré, spumeux, vermeil; il est noirâtre, ocreux, semblable à du jus de réglisse, non aéré et visqueux, d'odeur aigrelette, dans les affections cardiaques : il est vrai que, lorsqu'il a séjourné dans les bronches, le sang de l'hémoptysie tuberculeuse peut devenir noir. L'abondance du sang rejeté est généralement plus grande dans la tuberculose. L'hémoptysie cardiaque se voit surtout à une période assez avancée des lésions mitrales et apparaît au milieu d'accidents dyspnéiques qui sont bien moindres ordinairement dans le cas de tuberculose. Tandis que l'hémoptysie cardiaque est persistante, traînante et pour ainsi dire à débit continu, l'hémoptysie tuberculeuse est souvent de courte durée et, si elle se

1. C'est l'observation de ces faits qui avait conduit certains auteurs à considérer l'hémoptysie comme la cause de la phtisie pulmonaire : telle était la théorie maintes fois soutenue de la *phtisis ab hæmoptoe* (Morton). Déjà combattue par Laennec, cette opinion a été définitivement ruinée par les recherches modernes, qui ont établi la nature infectieuse de la tuberculose.



répète pendant plusieurs jours, le sang disparaît de l'expectoration pour y revenir à plusieurs reprises, l'hémoptysie étant en quelque sorte à débit intermittent.

Dans la période initiale de la tuberculose, l'examen microbiologique du sang expectoré est d'un faible secours, et il est rare, bien que le fait ait été observé, qu'on y puisse déceler le bacille de Koch. Cette recherche prend, au contraire, une grande importance lorsqu'il s'agit de distinguer l'hémoptysie survenant dans la phtisie caverneuse de celle qui est due à d'autres lésions cavitaires du poumon et, en particulier, à la dilatation des bronches.

Ce qui domine, en somme, tout ce diagnostic étiologique, c'est cette notion capitale que la tuberculose est la grande cause de l'hémoptysie. Les affections cardiaques étant exceptées, celle-ci indique presque toujours la phtisie. Aussi a-t-elle pour le diagnostic de cette maladie une valeur séméiologique de premier ordre, non seulement aux diverses périodes de la phtisie commune, mais dans toutes les formes que peut revêtir la tuberculose pulmonaire : c'est ainsi qu'elle peut être un signe précieux pour distinguer la phtisie fibreuse des autres scléroses et de l'emphysème du poumon, ou bien pour faire admettre l'existence de la phtisie aiguë, lorsqu'elle survient dans le cours d'une affection broncho-pneumonique ou d'un état général grave à forme typhoïde.

**Pronostic.** — Le pronostic de l'hémoptysie est des plus variables. Il est influencé par l'abondance du sang perdu, certaines hémoptysies étant foudroyantes ou pouvant occasionner la mort à brève échéance. Pour ce qui est des hémoptysies tuberculeuses, on a dit, et souvent avec raison, que les tuberculoses hémoptoïques étaient plus curables que les autres (Grancher) : il n'est pas question, dans ce pronostic, des hémorrhagies de la période caverneuse qui ne font qu'affaiblir le malade et peuvent entraîner une mort rapide. Chez les cardiaques, c'est toujours une complication aggravante, car elle signifie que la lésion, jusque-là compensée, retentira désormais sur le poumon. Les hémoptysies dues aux parasites sont, en général, sans conséquence sur la marche ultérieure de l'affection. Celles des tumeurs, cancers, anévrysmes ont un dénouement plus sombre et signifient que la lésion envahit progressivement les organes.

Le pronostic des hémoptysies supplémentaires est d'ordinaire bénin, mais nous avons vu avec quelle réserve les auteurs admettaient ces déplacements soi-disant physiologiques. Il faut toujours craindre qu'elles ne soient sous la dépendance d'une affection latente, tuberculeuse ou cardiaque.

**Traitement.** — La liste est longue des moyens préconisés pour arrêter l'hémoptysie. Tous sont infidèles et beaucoup ne servent que

d'adjuvants destinés à masquer une expectation utile en ce qu'elle empêche l'application irrationnelle de moyens nuisibles. Nous signalerons seulement ceux qui passent pour être les plus efficaces.

Les révulsifs, sinapismes, ventouses, applications de flanelle très chaude sur le thorax, offrent des avantages dans les hémoptysies de moyenne intensité. Dans les hémorrhagies abondantes, la ligature des membres est parfois utile, et, lorsqu'il y a péril imminent pour le malade, il faut le soutenir par des cordiaux et surtout des piqûres d'éther. Quand la perte de sang se prolonge, on peut tirer de bons offices de lavements d'eau légèrement salée qui seront gardés par le malade. Certains narcotiques (opium), les astringents (tannin, ratanhia) ont été souvent prescrits. Le perchlorure de fer compte autant de détracteurs que de partisans.

Dans l'hémoptysie d'origine cardio-vasculaire, les médicaments toniques du cœur (digitale, caféine) sont employés avec succès. La caféine est administrée de préférence par la voie hypodermique<sup>1</sup>.

Les constricteurs des vaisseaux, l'ergotine en potion ou en injections sous-cutanées sont d'un effet réel. En potion, on emploie d'ordinaire l'*Ergotine*<sup>2</sup>. En solution hypodermique, on peut faire usage de l'*Ergotinine*<sup>3</sup>. Mais il faut surveiller l'action de ce médicament.

L'ipéca, soit à dose vomitive, soit à dose fractionnée, nauséuse (2 à 4 grammes en vingt-quatre heures), est vanté à juste titre par certains médecins (Trousseau). Il agirait dans le premier cas par action dynamique directe, dans le second par action réflexe. Le sulfate de quinine trouve son indication dans l'hémoptysie intermittente d'origine palustre.

Dans la plupart des hémoptysies et surtout dans l'hémoptysie tuberculeuse, la glace est très efficace. On applique sur la poitrine une vessie de glace qu'on renouvelle de temps en temps. Quand, chose fréquente, le malade est orthopnéique et que le décubitus n'est pas supporté, on tire d'excellents effets du dispositif suivant. Deux vessies de glace sont appliquées l'une sur la poitrine, l'autre sur le dos, et réunies par des bandes-bretelles, de façon à former une sorte

1. On formule ainsi la solution :

Caféine.....	1 gramme.
Benzoate de soude.....	1 —
Eau distillée.....	3 —

2. Ergotine.....	2 grammes.
Sirop de fleur d'oranger.....	30 —
Eau de tilleul.....	20 —

A prendre par cuillerées à bouche en vingt-quatre heures.

3. Tanret conseille d'employer de trois à six gouttes d'une solution de 1 milligramme d'ergotinine pour 1 centimètre cube d'eau distillée.



de scapulaire. Il faut toujours interposer un morceau de flanelle ou de laine entre la glace et la peau.

Outre ces médications d'urgence, le repos au lit, le calme intellectuel parfait, le silence, l'usage de boissons glacées (champagne, grogs) et d'aliments froids sont formellement indiqués.

A. LÉTIENNE.

### APOPLEXIE PULMONAIRE

Quant on eut trouvé que l'apoplexie cérébrale reconnaissait pour cause l'hémorrhagie due à une rupture vasculaire, le fait clinique que dénommait le mot *apoplexie* disparut devant le fait anatomique, et insensiblement on en vint à faire en quelque sorte synonymes les deux mots *apoplexie* et *hémorrhagie*. Ce fut alors qu'on donna à l'hémorrhagie pulmonaire parenchymateuse le nom d'*apoplexie pulmonaire*. Ce mot, créé par Latour en 1815, fut adopté par Laennec, Cruveilhier, H. Gueneau de Mussy. Tous les efforts que les auteurs, Gendrin, Trousseau, MM. Jaccoud, Duguet, Balzer, firent à juste titre pour enlever à ce mot apoplexie son attribution erronée, furent vains, et aujourd'hui encore, pour nous conformer à un usage classique, nous écrivons ce titre en tête de ce chapitre<sup>1</sup>.

L'hémoptysie peut accompagner l'apoplexie pulmonaire ou faire complètement défaut. Nous ne reviendrons pas ici sur les particularités signalées à l'article *Hémoptysie*.

**Anatomie pathologique. Pathogénie.** — Les lésions anatomo-pathologiques de l'apoplexie pulmonaire ont été décrites par Laennec. Il distingua nettement les deux formes anatomiques de l'épanchement sanguin : l'infarctus hémoptoïque et l'apoplexie en foyer diffus.

Les *infarctus hémoptoïques* sont produits par des hémorrhagies capillaires. Le sang s'épanche en petite quantité et avec une certaine lenteur dans le parenchyme pulmonaire. Il comble peu à peu les alvéoles, les bronchioles et obstrue ainsi tout ou partie d'un lobule. Le lobule est alors converti en un petit bloc compact, qui n'est plus perméable à l'air et semble isolé au milieu du parenchyme voisin sous forme d'un nodule résistant au toucher et de coloration foncée.

1. On a proposé les termes suivants : pneumo-hémorrhagie, pneumorrhagie, infiltration sanguine des poumons, hémorrhagie des poumons, hémorrhagie pulmonaire.

Les infarctus siègent le plus souvent dans les lobes pulmonaires inférieurs, de préférence sur le poumon droit, d'ordinaire à la périphérie, sur les marges du poumon ou vers le hile, sous la plèvre même. Ils sont multiples et de volume variable. Quelques acini peuvent être remplis de sang extravasé (infarctus acineux); un lobule seul peut être atteint (infarctus lobulaire); l'hémorrhagie peut combler plusieurs lobules contigus (infarctus multi-lobulaire); enfin, un grand territoire, un lobe pulmonaire entier peut être envahi par le sang (infarctus lobaire). Ce dernier fait est rare. Les dimensions des infarctus varient donc d'un simple point à la grosseur d'un œuf, d'une orange. A la périphérie du poumon une tache noire plus ou moins étendue, légèrement saillante, transparait sous la plèvre et, si l'on coupe le tissu perpendiculairement à sa surface, on voit que l'infarctus a une section triangulaire, qu'il forme donc une sorte de cône à base périphérique. Le sang coagulé donne le moule des lobules rigoureusement conforme à la disposition et à l'orientation normale de ceux-ci. La couleur des infarctus est rouge foncé, rouge noir ou brune; Gendrin l'a comparée à celle de la truffe. Le sang extravasé imbibé et teint uniformément tous les tissus du parenchyme pulmonaire. La surface de coupe est granuleuse et, suivant la remarque de Laennec, cet aspect grenu du parenchyme n'est produit que par deux lésions : l'infarctus et l'hépatisation pneumonique; dans ces deux cas, d'ailleurs, il est dû au remplissage des alvéoles et des infundibules par un coagulum fibrineux.

L'infarctus hémoptoïque a des bords nets; il est, en effet, circonscrit par les travées conjonctives qui limitent les lobules eux-mêmes. L'hémorrhagie est rarement assez abondante et brusque pour les déchirer et diffuser aux alentours. Cependant on observe souvent sur les bords de l'infarctus une zone de congestion. Quand l'infarctus est sous-pleural, la plèvre est dépolie à son niveau, quelquefois recouverte de filaments fibrineux, et cette pleurésie locale peut, dans certains cas, prendre assez d'importance pour occasionner un épanchement.

Le tissu pulmonaire de l'infarctus est lourd et compact; il gagne le fond de l'eau quand on l'y plonge. Il ne contient plus d'air et, sur les coupes histologiques, on voit tous les acini comblés par une mosaïque serrée de globules rouges tassés les uns contre les autres, englobant des leucocytes, des amas de cellules épithéliales, desquamées et dégénérées. Si l'hémorrhagie est très récente, on peut y reconnaître des tractus fibrineux; mais ceux-ci disparaissent vite. Plus tard, on trouve des granulations pigmentaires amorphes ou des cristaux d'hématoïdine. Les bronches intra-lobulaires sont aussi remplies de sang, et les vaisseaux sont congestionnés et souvent