

homme, menant de front le travail et le plaisir, s'exposant, sans y prendre jamais garde, à toutes les intempéries des saisons, à toutes les causes habituelles du catarrhe. Durant ce temps, bien qu'il ait eu des rhumes, jamais il n'avait eu d'asthme, et même ces rhumes avaient constamment cédé plus promptement qu'ils ne cédaient lorsqu'il demeurait en France. Il revient à Saint-Omer; à peine réinstallé dans cette ville, il est repris de ces accidents d'autrefois; enfin, après deux ans de souffrances, il se décide à venir me trouver. Je lui prescrivis un traitement actif, et je le renvoyai dans son pays. A quelques mois de là, on m'écrivait que rien n'était changé dans sa situation. Je l'engageai à revenir à Paris; on me répondit qu'il lui était absolument impossible de se mettre en route, tellement était grave son état; j'insistai néanmoins sur la nécessité de quitter Saint-Omer. Il se rendit à mon conseil et se fit porter jusqu'à la gare du chemin de fer: avant son arrivée à Paris, son oppression avait déjà notablement diminué, et quelques jours après, ainsi que cela avait eu lieu lors de son premier voyage, la guérison était de nouveau complète. J'étais suffisamment éclairé sur ce qu'il y avait à faire; il était inutile de répéter une troisième fois l'expérience. Je défendis donc au malade le séjour de Saint-Omer, et je l'engageai à retourner à Londres. Je dois dire pourtant qu'il n'a pas suivi mon conseil; je l'ai revu en 1863, il était resté dans son pays et il était parfaitement guéri depuis cinq ans.

Un ancien avocat, mon camarade, mon ami de jeunesse, passe d'ordinaire trois ou quatre mois chaque année dans ses propriétés du Calvados. Parfaitement portant à Paris, il est à peine dans sa terre qu'il est pris d'accès d'asthme survenant habituellement vers dix ou onze heures du soir. Son oppression est telle qu'il est obligé de rester jusqu'au soir à sa fenêtre, malgré le froid qui commence à se faire sentir pendant les nuits d'automne. Le lendemain matin il en est quitte, et peut reprendre dans la journée le cours de ses occupations.

J'ai donné mes soins à deux frères jumeaux, tous deux si extraordinairement ressemblants qu'il m'était impossible de les reconnaître, à moins de les voir l'un à côté de l'autre. Cette ressemblance physique s'étendait plus loin: ils avaient, permettez-moi l'expression, une ressemblance pathologique plus remarquable encore. Ainsi l'un d'eux, que je voyais aux Néothermes à Paris, malade d'une ophthalmie rhumatismale, me disait: « En ce moment mon frère doit avoir une ophthalmie comme la mienne. » Et comme je m'étais récrié, il me montrait, quelques jours après, une lettre qu'il venait de recevoir de ce frère, alors à Vienne, et qui lui écrivait en effet: « J'ai mon ophthalmie, tu dois avoir la tienne. » Quelque singulier que ceci puisse paraître, le fait n'en est pas moins exact; on ne me l'a pas raconté, je l'ai vu, et j'en ai vu d'autres analogues dans ma pratique. Or, ces deux jumeaux étaient aussi tous deux asthmatiques, et asthmatiques à un effroyable degré. Originaires de Marseille, ils n'avaient

jamais pu demeurer dans cette ville, où leurs intérêts les appelaient souvent, sans être pris de leurs accès; jamais ils n'en éprouvaient à Paris. Bien mieux, il leur suffisait de gagner Toulon pour être guéris de leurs attaques de Marseille. Voyageant sans cesse, et dans tous pays, pour leurs affaires, ils avaient remarqué que certaines localités leur étaient funestes, que dans d'autres ils étaient exempts de tout phénomène d'oppression.

C'est là, messieurs, une règle assez générale, et il était nécessaire de vous faire connaître ces faits; j'en tirerai grand parti lorsque je parlerai de la nature de l'asthme.

Un de nos confrères, M. E. Vidal, m'en racontait un autre qu'il avait lui-même observé, et qui trouve jusqu'à un certain point ici sa place. Il connaît un capitaine au long cours, asthmatique depuis plusieurs années. Toutes les fois que ce marin va au Pérou chercher un chargement de guano, les accès se calment et cessent dès qu'il est arrivé aux îles Chincha, où le guano se recueille; puis son mal, dont il n'éprouve plus alors aucune atteinte, dont il pourrait se croire radicalement guéri durant le temps de la traversée d'Amérique en France, revient aussitôt qu'il a quitté son bord et qu'il ne se trouve plus dans l'atmosphère émanée du guano. Ce fait n'est que jusqu'à un certain point analogue aux précédents, car il s'explique bien moins par le changement de climat que par une autre influence. Vous savez, en effet, ce qu'est le guano, et combien est pénétrante l'odeur ammoniacale qu'il répand. Or, je vous dirai, à propos du traitement, le rôle que l'ammoniaque joue quelquefois pour calmer les accès d'asthme.

On désigne en Angleterre sous le nom de *hay fever* (fièvre des foins) une affection qui, en une certaine mesure, se rattache à la maladie dont nous parlons. Vers la fin de mai, dans le courant de juin et même à une époque plus avancée de l'été, on voit certaines personnes prendre tout à coup un coryza accompagné d'éternuements violents, puis de toux et d'oppression survenant surtout la nuit. Cette affection bizarre dure quelquefois avec une opiniâtreté désespérante, jusqu'au moment où les malades changeant de résidence leurs accès cèdent aussi subitement qu'ils étaient arrivés. J'avoue qu'ayant eu occasion d'observer plusieurs individus atteints de *hay fever*, je n'ai jamais pu distinguer cette maladie de l'asthme à retours périodiques, retours qui, je vais vous le dire, ont lieu bien plus souvent en été qu'en hiver. Je me demande encore jusqu'à quel point les émanations qui s'échappent des foins coupés entrent pour quelque chose dans la production des accidents de ce *hay fever*, et si l'influence de la saison n'est pas ici beaucoup plus active.

L'asthme, en effet, est une *maladie d'été*, en ce sens que ceux qui en sont atteints en sont bien plus souvent pris dans les saisons chaudes, de mai à novembre, que dans les saisons froides, de novembre à mai.

De même l'asthme est une maladie plus commune encore dans les pays équatoriaux que sous les zones tempérées ou dans les climats froids. Le fait est d'autant plus remarquable, que chacun sait combien les affections thoraciques sont relativement rares dans les pays chauds où les maladies du foie et de l'appareil digestif prédominent sur toutes les autres.

Relativement à ces influences de température, considérons ce qui se passe ici sous nos yeux.

Tandis que l'individu sujet au catarrhe redoute le froid, qui devient facilement l'occasion du retour de ses accidents, et a soin habituellement de se bien couvrir; tandis que l'hiver il sort peu de chez lui et reste confiné au coin de son feu, l'asthmatique, au contraire, recherche le grand air; il a horreur des petits appartements: les plafonds peu élevés semblent peser sur sa poitrine. Quelque riche qu'il soit, vous le trouverez généralement logé dans une chambre sans rideaux ou garnie de rideaux d'étoffe légère; sous les larges tentures de laine ou de soie il est écrasé, oppressé, il étouffe; en plein hiver il lui faut souvent, comme en été, les fenêtres ouvertes: en un mot, il a besoin d'une grande masse d'air. Que le besoin soit réel, qu'il soit le fait de l'imagination des malades, que ce soit, si vous voulez, une sorte de manie, vous serez à même de faire ces observations, et je devais vous les signaler.

Messieurs, après vous avoir rapidement indiqué quelques-unes des circonstances sous l'influence desquelles les attaques d'asthme se produisent, je vais examiner avec vous les opinions qui ont eu et ont encore cours dans la science sur la nature de cette singulière maladie. Je vais vous parler des théories professées par Rostan, Louis et Beau. J'essaierai de les discuter, et je vous donnerai, chemin faisant, ma manière de voir et ma façon d'interpréter les faits.

Si Rostan admet maintenant l'existence de l'asthme nerveux essentiel, il ne l'a pas toujours admise. Il fut un temps où il ne croyait pas à cette névrose bizarre de l'appareil respiratoire, et où il la regardait comme toujours symptomatique d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux. Dominé par le souvenir des remarquables travaux qu'il avait entrepris à ce sujet sur l'asthme des vieillards, alors qu'il était médecin de l'hospice de la Salpêtrière, il n'établissait aucune différence entre l'asthme et la dyspnée. Pour lui ces deux mots étaient synonymes; pour moi il est loin d'en être ainsi. L'asthme est, à mes yeux, une affection spéciale, complète; c'est une manifestation, une manière d'être particulière d'une maladie générale, ayant des expressions locales très-diverses, se traduisant tantôt par des accès de dyspnée, d'oppression, par ces coryzas bizarres, par ces catarrhes particuliers qui, j'ai pris soin de vous le dire, peuvent constituer tout l'accès; mais pouvant se traduire aussi par des attaques de goutte articulaire ou de goutte vague, par des attaques de

gravelle, par des attaques de rhumatisme, par des affections hémorrhoidaires.

Ce n'est pas l'oppression qui fait l'asthme, car il faudrait appeler ainsi non-seulement les dyspnées symptomatiques des maladies du cœur ou des gros vaisseaux, mais encore la gêne de la respiration qui se montre si violente et va jusqu'à la suffocation chez les individus atteints d'œdème de la glotte, chez les enfants pris de croup, chez les tuberculeux, chez les malades affectés d'albuminurie. Or, il n'est personne qui n'évite une semblable confusion. Entre la dyspnée et l'asthme la différence est immense. Si l'asthme est une dyspnée de forme et de nature spéciales, tout accès de dyspnée n'est pas de l'asthme. Avez-vous jamais vu, chez un individu en proie à une maladie de l'appareil central de la circulation, les accès de dyspnée occasionnés par cette maladie être diminués par l'exercice? N'êtes-vous pas tous les jours témoins du contraire? A volonté, pour ainsi dire, vous pourrez provoquer un accès d'asthme, ou, pour parler plus régulièrement, un accès de dyspnée, chez tout homme affecté d'une lésion un peu sérieuse du cœur. Une marche plus rapide que d'habitude, l'action de monter un escalier, suffisent pour déterminer une oppression plus ou moins considérable, portée en quelques cas jusqu'à la suffocation. Toutefois, je dois le dire, ces accès d'asthme symptomatique peuvent survenir aussi indépendamment de ce genre de causes occasionnelles; chez quelques-uns, ils surviennent à propos d'une émotion morale un peu vive; et même, chez d'autres, ils peuvent se manifester indépendamment de toute cause appréciable.

Rappelez-vous une malade qui a succombé il y a quelques jours dans nos salles à une hypertrophie du cœur compliquant un anévrysme de la crosse de l'aorte. Vous l'avez vue à plusieurs reprises dans d'épouvantables crises de dyspnée survenant tout à coup, se répétant fréquemment jour et nuit dans les derniers temps, et se répétant sans cause occasionnelle.

Si la dyspnée symptomatique peut se manifester ainsi que l'asthme essentiel indépendamment de toute cause appréciable, il importe, pour les distinguer l'un de l'autre, de considérer quelle est leur marche.

L'accès d'asthme se comporte d'une façon analogue à un accès de fièvre, c'est-à-dire que, débutant avec une certaine lenteur, quelquefois, il est vrai, assez brusquement, il arrive peu à peu à son apogée, comme toute affection névrosique; puis il décroît de même, pour s'éteindre petit à petit, laissant alors l'individu qui l'a éprouvé dans un état de parfaite santé, pendant un temps plus ou moins long, jusqu'au retour d'une nouvelle attaque.

Est-ce là la marche, est-ce là la forme de la dyspnée symptomatique d'une maladie du cœur? Non, assurément; son invasion est ordinairement brusque, et jamais elle ne se tait complètement, jamais l'oppression ne

cesse aussi absolument qu'elle le fait après l'asthme. Toujours imminente, elle ne laisse pas l'individu, après la crise, dans l'état de parfaite santé où se trouve l'asthmatique. Celui-ci, lorsque son accès est passé, n'est plus exposé à son retour à propos de la moindre émotion, d'un exercice un peu plus violent que d'habitude. Jusqu'au moment où il sera arrêté par une autre attaque, survenue sans qu'il sache souvent pourquoi, il reprendra sa vie et ses occupations ordinaires, aussi libre de ses actions que s'il n'était pas malade. Toutefois, s'il a de l'emphysème pulmonaire consécutif, il sera habituellement oppressé, ce qui est très-différent des attaques d'asthme. L'individu atteint d'une affection du cœur restera toujours sous le coup d'un accès à venir, que réveillent les moindres causes.

Sans doute, et il est nécessaire d'en être prévenu, de véritables attaques d'asthme peuvent compliquer les affections du cœur et des poumons.

Examinons ce qui arrive alors, et entrons à ce sujet dans des considérations plus générales, sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir plus d'une fois.

Une femme est atteinte d'une affection carcinomateuse de l'utérus; elle éprouve des douleurs de reins, des douleurs dans le bas-ventre, qui augmentent à l'époque des règles, au moment de la digestion ou lorsqu'elle va à la garde-robe. Une autre n'accuse aucune douleur; mais une troisième aura des névralgies utérines ou sciatiques réapparaissant chaque jour, rigoureusement à la même heure, avec une périodicité si régulière, qu'elle en prévoira le retour à quelques minutes près. Chez deux dames que j'observais, l'une avec Récamier, l'autre avec mon ami le professeur Lasègue, ces crises duraient cinq à six heures. Chez cette dernière, elles se répétaient durant plusieurs années. Les douleurs étaient atroces. Dans son paroxysme la malade se roulait, se tordait sur le plancher de sa chambre. Dans l'intervalle des accès, elle ne se plaignait que d'une sensation de chaleur du côté de l'organe affecté. Dans ces différents cas, qu'il y ait ou non des douleurs permanentes, que ces douleurs soient intermittentes, la lésion n'en est pas moins toujours la même; mais, dans le dernier cas, sur elle s'est greffée une affection névralgique: le cancer s'est compliqué de la névrose douloureuse dont il n'exclut pas l'existence.

De même, messieurs, de ce qu'un individu est affecté d'une maladie de cœur, cela n'exclut pas chez lui la possibilité de l'asthme. Quelques malades supportent les affections les plus sérieuses des organes centraux de la circulation, sans en éprouver d'accidents relativement graves, tandis que d'autres, avec des lésions beaucoup moins prononcées que les premiers, sont tourmentés par des troubles pathologiques formidables; chez d'autres encore, une névrose peut s'enter sur l'affection organique; en un mot, chacun a, permettez-moi l'expression, sa manière de porter la maladie. Chez celui-ci l'économie semblera indifférente à la lésion; chez

celui-là, l'incitabilité du système nerveux se traduira par des phénomènes revenant par paroxysmes, phénomènes de nature particulière, suivant la nature de chaque individu. Ce sont là des faits indispensables à connaître, et vous comprenez de quelle importance il est, dans la pratique de la médecine, de savoir démêler l'élément nerveux de l'élément organique qu'il complique.

Ce que je dis pour l'asthme, ce que j'ai dit pour les névralgies accompagnant des lésions utérines, s'applique encore à beaucoup d'autres états pathologiques.

La malade dont je vous parlais plus haut, et qui avait un anévrysme de l'aorte compliqué d'hypertrophie du cœur, nous avait présenté tous les symptômes les mieux caractérisés de l'angine de poitrine. Or, qu'est-ce que cet *angor pectoris*? Dans un grand nombre, dans le plus grand nombre des cas, c'est une névralgie symptomatique d'une affection du cœur et des gros vaisseaux, comme chez cette femme; mais, dans quelques cas, c'est une névrose parfaitement indépendante de toute affection organique des organes centraux de la circulation, indépendante même de toute autre lésion matérielle appréciable; c'est une véritable névralgie épileptiforme; c'est quelque chose d'analogue au vertige épileptique; c'est une manière d'être de cette forme redoutable de l'épilepsie dont je vous ai entretenus très-longuement. Comme dans l'épilepsie, l'invasion est brusque, la marche rapide, la cessation soudaine, et il n'est pas très-rare que les malades qui ont autrefois éprouvé des accès d'*angor pectoris* prennent plus tard de véritables attaques du mal comitial.

Les névroses peuvent donc se greffer sur des maladies organiques; mais elles en restent indépendantes, et celles-ci ne sont plus que l'occasion de leur développement. Elles en sont indépendantes, puisque la lésion organique, n'en étant pas d'ordinaire accompagnée, ne saurait être regardée comme la condition essentielle de la production des accidents nerveux dont nous parlons. Pour revenir à l'asthme, si nous le voyons survenir chez des individus affectés de maladies du cœur ou des poumons, c'est que la lésion organique a été l'occasion de sa manifestation.

Pourtant, messieurs, je ne voudrais pas laisser dans votre esprit une idée que je n'ai pas et que je semblerais avoir, d'après ce qui vient d'être dit. Dans l'asthme, la lésion peut ne pas exister d'une manière appréciable pour l'anatomiste; mais il n'y en a pas moins une modification dans l'état des tissus, soit que cette modification réside dans l'axe cérébro-spinal, soit qu'elle ait son siège primitif dans l'appareil respiratoire: modification qui peut-être n'en altère pas la texture plus qu'une décharge électrique n'altère le verre et le métal d'une bouteille de Leyde.

Rostan accepte encore que l'asthme peut se rattacher à l'existence de l'emphysème pulmonaire; ce sont là aussi les idées de M. Louis. Cette opinion se présente sous un côté plus spécieux. En effet, comme on ren-

contre presque toujours de l'emphysème chez les asthmatiques, on a pu en conclure que cette lésion organique était la cause de la maladie; mais ici, comme tout à l'heure, on a confondu asthme et dyspnée. Lorsqu'on montre aux médecins partisans de cette théorie des individus affectés d'asthme nerveux essentiel, ils diagnostiquent l'emphysème, dont la percussion et l'auscultation leur révèlent souvent, il est vrai, l'existence.

Toutefois, il serait facile de leur faire voir des exemples dans lesquels l'affection nerveuse ne coïncide en aucune façon avec la lésion pulmonaire mise en cause. Si le malade couché au n° 10 de notre salle Sainte-Agnès, et qui est asthmatique depuis longues années, a en même temps de l'emphysème et du catarrhe bronchique, il n'en est plus ainsi pour la femme du n° 6 de la salle Saint-Bernard. Chez elle, plusieurs d'entre vous l'ont constaté comme nous, il n'existe aucun symptôme d'emphysème; le murmure vésiculaire s'entend partout, se produisant librement et amplement.

Les faits invoqués par Louis n'en ont pas moins été rigoureusement observés, mais l'interprétation en est aussi vicieuse que la portée en a été exagérée. Je vais vous expliquer comment notre savant confrère a été conduit aux conclusions qu'il a posées.

Dans quelles conditions se produit l'emphysème? Est-ce une affection primitive? est-elle secondaire? Pour ma part, je ne la comprends point primitive, et je ne puis vous faire comprendre comment elle est un effet et non une cause de l'asthme, qu'en entrant dans quelques détails relatifs au mécanisme de sa production.

Mais d'abord, messieurs, quel est le mécanisme de la toux? Après une inspiration plus ou moins profonde, la glotte se ferme; les muscles expirateurs entrent en jeu pour expulser des cavités bronchiques l'air ou les mucosités, le sang ou le pus qu'elles contiennent. Ce n'est qu'après des efforts souvent énergiques que les puissances expiratrices triomphent de la résistance qui leur est opposée. Mais que ce passe-t-il pendant cette lutte? Une pression est exercée de dedans en dehors sur les tuyaux bronchiques et sur les vésicules pulmonaires. Cette pression se traduit au dehors par la turgescence des vaisseaux de la face et du cou, vers lesquels le sang est refoulé par le fait même de la compression des ramifications vasculaires qui se distribuent dans les poumons. L'air emprisonné dans l'appareil bronchique lutte contre l'élasticité des parois des vésicules pulmonaires, et lorsque la pression est longtemps soutenue, longtemps et énergiquement répétée, lorsque la résistance opposée par les obstacles qui empêchent la libre sortie de l'air contenu dans la poitrine est trop forte, les parois des vésicules se distendent, la poitrine s'amplifie, le poumon se dilate et l'emphysème est produit. Quelquefois même, les vésicules pulmonaires se rompent, et il se fait un emphysème interlobulaire dont nous n'avons pas à nous occuper ici.

Lorsqu'on songe à ce mécanisme de la production de l'emphysème vésiculaire, on ne doit plus être surpris de le rencontrer chez les enfants qui ont eu une coqueluche violente, chez les individus sujets aux affections catarrhales. Or, l'anatomie pathologique nous fournit des arguments contre l'opinion de Louis, puisqu'en effet l'emphysème est une lésion qui se rencontre très-fréquemment, beaucoup plus fréquemment qu'on n'observe l'asthme, et qu'elle se rencontre à l'autopsie d'individus qui souvent n'ont jamais éprouvé rien d'analogue aux symptômes de cette maladie, et tout au plus un peu de dyspnée habituelle.

Tout prouve donc que l'emphysème ne saurait être mis ici en cause. D'une part, il n'y a aucun rapport entre la lésion organique, qui persiste nécessairement, qui du moins ne disparaît pas en quelques heures, et les phénomènes passagers qui constituent l'accès d'asthme; d'autre part, ces phénomènes se manifestent sans qu'il soit possible de découvrir les moindres signes d'emphysème, et, d'un autre côté, ceux-ci peuvent exister, et existent souvent en effet, sans que ceux-là soient jamais produits.

Mais s'il n'est pas la cause de l'asthme, l'emphysème peut en être l'effet; vous allez voir comment.

Chez l'asthmatique, l'inspiration est plus lente, plus profonde que chez l'individu qui respire librement, tandis que l'expiration, au lieu de se faire passivement, comme cela a lieu physiologiquement en vertu de la seule force élastique des poumons et du relâchement des muscles qui ont été mis en mouvement pendant l'inspiration, l'expiration est active, plus violente. Malgré les efforts avec lesquels cette expiration se fait, l'air est expulsé plus lentement qu'il ne l'est à l'état normal, en raison de l'obstacle opposé à son passage par la constriction spasmodique des bronches qu'il traverse. On comprend dès lors que, s'il dure depuis longtemps, les efforts d'expiration se répétant à chaque attaque et étant fréquemment aussi accompagnés de la toux qui consiste en des efforts d'expiration plus énergiques encore, l'asthme puisse donner lieu au développement de l'emphysème pulmonaire.

Suivant Beau¹, l'asthme est le résultat d'un *catarrhe chronique des petites bronches*, accompagné d'une sécrétion de crachats qui ont une densité et une viscosité qu'on ne retrouve que dans cette maladie. La dyspnée est occasionnée par la présence, dans les ramifications ultimes des bronches, de ces mucosités épaisses qui s'opposent à la sortie de l'air emprisonné dans les vésicules pulmonaires. Laennec avait signalé l'existence de ces crachats, qu'il appelle *crachats perlés*, dans cette variété de catarrhe auquel il a donné le nom de *catarrhe sec*. Les crachats que l'asthmatique rend en effet après son attaque, se présentent sous la forme de

1. Beau, *Traité clinique et expérimental d'auscultation appliquée à l'étude des maladies du poumon et du cœur*, Paris, 1856, p. 126 et suiv.

mucosités globuleuses de la grosseur d'un grain de chènevis. Jamais mêlés d'air, demi-transparents, d'une teinte grisâtre, quelquefois noirâtre, ils perdent, en quelques cas, leur forme globuleuse, leur densité, et deviennent légèrement nacrés.

Beau, qui connaissait les idées de l'illustre inventeur de l'auscultation médiate, et qui lui-même avait observé des faits qui lui semblaient concorder avec sa théorie, Beau part de l'existence de cette expectoration particulière des asthmatiques pour dire que, chez eux, il se fait dans les bronches une accumulation de cette sécrétion excessivement plastique; qu'on ne doit pas, par conséquent, être étonné de l'oppression éprouvée par les malades, les produits de cette sécrétion plastique jouant dans les tuyaux bronchiques le rôle de soupapes, absolument comme les fausses membranes dans le croup, comme les corps étrangers qui pénètrent dans les voies aérifères. Les râles ronflants et sonores que l'on entend alors en auscultant les malades sont produits par la vibration qu'éprouve la colonne d'air en franchissant l'obstacle mécanique que lui opposent ces mucosités épaisses qu'elle rencontre.

Ainsi que la précédente, cette théorie offre quelque chose de spécieux; cependant il me paraît facile de la combattre et de la renverser.

Supposons un individu atteint de croup : les productions pseudo-membranenses ont envahi les bronches, et, bien que l'obstacle à la circulation de l'air dans les poumons soit bien autrement grand dans ce cas que dans celui dont il était question tout à l'heure, les accès d'oppression éprouvés par le malade ne ressemblent en rien aux accès d'asthme.

Voyez encore ce qui se passe chez cet homme couché au n° 19 de la salle Sainte-Agnès, et qui est affecté d'un catarrhe chronique avec sécrétion bronchique mucoso-purulente des plus abondantes. Évidemment, ces mucosités purulentes, que le malade rend en quantité assez considérable pour en remplir plusieurs crachoirs, ces mucosités s'accumulent pendant un certain temps dans les bronches; néanmoins, si nous avons noté de la dyspnée, cette dyspnée n'a aucun des caractères qu'elle nous présente chez les asthmatiques. Mais, dira-t-on, dans ce fait que vous opposez à notre théorie, la sécrétion catarrhale mucoso-purulente a son siège dans les grosses bronches, et alors il n'y a pas d'obstacle au passage de l'air, parce que le calibre des conduits est assez large pour que, nonobstant la présence de ces mucosités, l'air puisse circuler assez librement. A cela, je répons que la sécrétion, et consécutivement l'accumulation des mucosités, se font aussi bien dans les dernières ramifications bronchiques que dans les grosses, et la preuve en est fournie par la production des râles muqueux à bulles fines que nous entendons en appliquant l'oreille sur la poitrine du malade. En considérant l'abondance de l'expectoration, il est incontestable qu'à un moment donné, l'oblitération des bronches est bien autrement complète chez cet homme qu'elle ne l'est

chez ceux qui ne rendent que quelques petits crachats perlés; et cependant, je le répète, le malade n'éprouve rien d'analogue aux accès d'oppression qui caractérisent l'asthme.

Admettons que dans l'asthme ces crachats muqueux, perlés, soient la cause de la gêne de la respiration, on nous accordera bien que cette sécrétion a mis quelque temps à se faire; or, l'invasion des accès d'asthme a lieu avec une rapidité qui n'est guère en rapport avec l'existence de cette cause mécanique. Lorsque nous voyons un accès survenir spontanément sous l'influence d'une émotion morale, par l'action de quelques grains de poussière et d'une poussière de nature particulière suivant les individus, chez celui-ci la poudre d'ipécacuanha, chez celui-là la poussière émanée de l'avoine, etc., est-il présumable que ces diverses causes, suffisantes pour éveiller la susceptibilité nerveuse du malade, le soient assez pour provoquer aussi promptement la sécrétion muqueuse? D'un autre côté, il vous arrivera souvent de trouver chez les asthmatiques, comme chez les emphysémateux, des râles muqueux ronflants et très-sonores, sans attaques d'asthme, ou lorsque l'attaque n'est point encore venue, ou bien quand elle est passée.

De plus, il est des personnes qui, sujettes à ce que Laennec désignait sous le nom de *catarrhe sec aigu*, rendent par l'expectoration ces mêmes crachats perlés, et les rendent avec une extrême difficulté, après des efforts de toux des plus violents. Ces personnes accusent une sensation de gêne, de picotement à l'orifice du larynx et dans toute la poitrine; mais cette sensation de gêne ne rappelle en rien la dyspnée de l'asthmatique.

Enfin, comme contre-partie de ce que je viens de vous dire, le catarrhe, qui accompagne habituellement l'asthme, peut manquer, et il est des cas, en petit nombre à la vérité, dans lesquels vous n'en trouverez aucun symptôme, aucun signe, que vous examiniez, que vous auscultiez vos malades, soit au début, soit pendant, soit à la fin de leurs accès.

Ainsi, au point de vue de l'étiologie de l'asthme, la théorie du catarrhe est aussi inadmissible que celle suivant laquelle les troubles de la respiration seraient exclusivement symptomatiques d'une affection du cœur ou des gros vaisseaux, que celle de l'emphysème. Au point de vue thérapeutique, ces différentes opinions ne sont pas plus acceptables. Lorsqu'il sera question du traitement, je vous dirai qu'une inspiration de fumée de *datura stramonium* ou de vapeurs nitrées suffit quelquefois pour faire cesser tout à coup les accidents. Or, je vous le demande, en serait-il ainsi en admettant que ces phénomènes fussent sous la dépendance exclusive de lésions matérielles et de causes mécaniques?

Le docteur Duclos (de Tours) a établi que chez presque tous les asthmatiques il y avait une diathèse herpétique : c'est un fait que j'ai pu constater aussi de mon côté, non aussi généralement que le dit mon confrère de

Tours, mais chez un bon nombre de malades. Or, quand l'asthme prend pendant quelques jours la forme continue dont je vous ai parlé plus haut, avec sécrétion exagérée des bronches, M. Duclos estime qu'il se fait sur la membrane muqueuse pulmonaire une poussée eczémateuse analogue à celle que nous voyons si souvent sur d'autres membranes muqueuses ou à la peau.

Cette théorie explique jusqu'à un certain point l'allure bizarre de cette forme d'asthme; mais elle ne donne pas plus que les autres la clef de l'intermittence ou de la rémittence de la dyspnée, qui restent toujours là pour témoigner de la présence de l'élément nerveux.

Quelle est donc en définitive la *nature de l'asthme*? Quand on considère l'ensemble des faits que je vous ai rapidement et brièvement exposés, on est tenté de comparer cette affection à d'autres maladies spasmodiques de l'appareil pulmonaire. La coqueluche, dont je vous entretiendrai dans une prochaine conférence, se prête tout d'abord à cette analogie.

Un individu prend un catarrhe bronchique qui, pendant sept ou huit jours n'a d'autres caractères, en apparence, que ceux du catarrhe le plus simple; puis surviennent des quintes convulsives que rien ne peut maîtriser; elles reviennent toutes les deux heures, toutes les heures; quelquefois elles sont plus rapprochées encore; elles durent à peine une minute, une minute et demie. Dans les intervalles, le malade n'éprouve rien que ce qu'on éprouve dans le rhume le plus ordinaire; son expectoration ne présente rien de particulier. Vous avez donc affaire dans ce cas à un catarrhe, mais à un catarrhe auquel s'est ajouté un élément nerveux qui va vous permettre tout de suite de caractériser l'espèce de la maladie. Cet élément catarrhal existe; que si quelquefois il existe seul, dans d'autres circonstances, rares à la vérité, l'élément spasmodique se montre et persiste à l'exclusion de l'autre.

Il en est de même pour l'asthme. Si le plus souvent il est accompagné de tous les phénomènes du catarrhe, et quelquefois d'un catarrhe violent, dans un certain nombre de cas ces phénomènes font absolument défaut.

On est donc en droit d'admettre, avec Willis et avec Cullen, que l'asthme est une affection nerveuse; que les accès de dyspnée qui le caractérisent sont probablement le résultat d'une constriction spasmodique des bronches qui, en rétrécissant passagèrement le calibre de ces conduits, s'oppose à la libre circulation de l'air dans les poumons et cause tous les accidents.

Les travaux de Reisseisen¹, que sont venus confirmer d'autres plus récents, ceux en particulier de Gratiolet, qui a eu l'occasion d'étudier l'anatomie du poumon sur l'éléphant mort à la ménagerie, ont démontré l'exis-

1. Reisseisen, *De fabrica pulmonum*, Berolini, 1822.

tence d'un appareil musculieux dans les rameaux d'un diamètre inférieur à celui des bronches où les cerceaux cartilagineux cessent d'être visibles. De quel droit refuserait-on à ces conduits musculaires d'être le siège de spasmes, quand on en admet la possibilité dans d'autres organes ayant une même structure anatomique? De quel droit nierait-on ces spasmes bronchiques, lorsque personne ne conteste les spasmes vésicaux, intestinaux, les spasmes de l'estomac, les spasmes de l'urèthre?

Si la physiologie conduit *à priori* à concevoir leur existence, on ne peut plus se refuser à y croire lorsqu'on étudie les faits pathologiques. Considérez ce qui se passe dans un accès d'asthme. Le malade éprouve un sentiment de constriction dans la poitrine. Les efforts énergiques de ses muscles inspirateurs sont impuissants à accomplir l'acte de la respiration. Il semble qu'il y ait, et il y a évidemment, en effet, un obstacle à l'entrée de l'air dans les bronches; car si vous auscultez l'asthmatique pendant son accès, vous n'entendrez ni le bruit d'expansion pulmonaire, ni le bruit respiratoire bronchique que vous allez entendre, une fois l'accès passé. Et cependant les muscles sont assez violemment en action pour faire le vide dans la poitrine, où l'air ne pénètre pas; ce qui s'oppose à cette introduction de l'air est donc un obstacle placé dans les tuyaux bronchiques et non à l'orifice du larynx, puisque l'air traverse la glotte et arrive librement dans la trachée. Or, cet obstacle qui existe dans les ramifications bronchiques n'est pas produit par des sécrétions morbides, comme nous avons essayé de le démontrer; il est donc le fait d'une contraction spasmodique des bronches elles-mêmes.

Quelques médecins, tout en reconnaissant la nature nerveuse de l'asthme, ont imaginé une autre théorie que celle du spasme pour expliquer la dyspnée. Ainsi, Bretonneau croyait que cette gêne de la respiration était occasionnée par une congestion violente des poumons. Suivant lui, il se passait chez les asthmatiques quelque chose d'analogue à ce qui se passe dans l'accès d'épilepsie à forme congestive. Si chez quelques individus, en effet, l'aura épileptique est seulement douloureuse, si c'est une sensation pénible qui, partant d'un point du corps, du pouce, par exemple, monte rapidement vers la tête et est plus ou moins immédiatement suivie de l'attaque convulsive, chez d'autres l'aura est accompagnée d'un mouvement congestif qu'il nous est souvent permis d'observer. S'il part de la main, celle-ci se gonfle, les doigts sont violemment serrés par les bagues qu'ils portent. Ceci dure une, deux, trois minutes, et l'attaque épileptique arrive. Cette congestion est aussi essentiellement nerveuse de sa nature que celle qui produit la rougeur de la face pendant une émotion morale. Bretonneau admettait que dans l'asthme il se fait une semblable congestion; et que l'afflux des liquides dans le poumon oblitérant les vésicules pulmonaires et les ramifications bronchiques, devient cause de la dyspnée, et amène consécutivement la sécrétion muqueuse que