

plaies trachéales ou laryngées, et il est facile de comprendre comment l'air, ne passant plus par la glotte en suffisante quantité, s'oppose à la vibration des cordes vocales, puis la présence d'une tumeur ganglionnaire, anévrysmale ou autre dans le voisinage du nerf récurrent. Au reste, dans tous les cas d'aphonie, les nerfs récurrents sont influencés d'une certaine manière; l'anatomie et la physiologie enseignent qu'ils doivent être malades, mais leur lésion, s'il y en a une, est tout à fait insaisissable. On ne peut conjecturer qu'une chose, c'est qu'il se passe dans l'aphonie, pour les nerfs récurrents, un phénomène analogue à celui qui a lieu dans le nerf facial chez les sujets affectés de paralysie de la face.

Lorsque l'aphonie persiste et passe à l'état chronique, elle tient le plus souvent à un polype et à une ou plusieurs ulcérations syphilitiques, morveuses ou tuberculeuses des cordes vocales. Toutes les fois qu'en dehors de la diathèse farcineuse ou syphilitique on rencontre une aphonie datant de quelques mois ou de plusieurs semaines, il faut craindre l'invasion d'une tuberculisation pulmonaire prochaine.

SECTION III

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'AUSCULTATION DU LARYNX.

Les signes fournis au diagnostic par l'auscultation du larynx sont les *râles laryngés* et le *sifflement laryngo-trachéal*.

CHAPITRE PREMIER

RALES LARYNGÉS.

L'auscultation, qui a tant favorisé les progrès du diagnostic des maladies de poitrine, n'a pas encore beaucoup servi à la diagnose des maladies du larynx, et il n'y a que l'application du miroir laryngien qui soit utile. Laennec n'a rien tiré des applications du stéthoscope sur le conduit laryngo-trachéal, et ce qu'il n'a pu découvrir n'a que bien peu de chances d'être trouvé par un autre.

La science doit savoir gré, toutefois, à un médecin irlandais, Stokes, d'avoir le premier cité quelques faits sur les bruits entendus dans le larynx; mais c'est principalement aux recherches de Barth (1) que l'on doit les connaissances actuelles un peu plus étendues sur la valeur séméiologique des râles laryngés. Malheureusement la signification pathologique de ces râles est incertaine; ils ne constituent point de signes pathognomoniques, et la stéthoscopie du larynx, dans une affection de cet organe, ne doit occuper parmi les éléments du diagnostic qu'une place très-secondaire.

Dans quelques maladies du tube laryngo-trachéal, et notamment dans la laryngite aiguë ou chronique, alors que la membrane muqueuse a subi un certain degré d'épaississement, le bruit respiratoire laryngé est râpeux. Lorsque le corps thyroïde

(1) Barth, *Archives générales de médecine*, juillet 1838 et juin 1839.

s'hypertrophie, lorsqu'il se développe, soit un kyste, soit une tumeur dans son voisinage, le bruit respiratoire laryngé devient très-rude; et cela se conçoit, puisque l'organe est exposé à la compression de ses parois et au rétrécissement de son calibre. Dans certains cas d'ulcérations laryngées, dans l'angine pseudo-membraneuse, et même dans la laryngite striduleuse, on perçoit avec le stéthoscope le *ronflement laryngé*, que Barth attribue « aux vibrations de l'air dans un tube dont la surface interne est tapissée par des mucosités visqueuses ou dont le diamètre est rétréci ». Ce ronflement révèle un obstacle au libre passage du fluide élastique, et il a quelquefois, surtout dans le croup, un véritable timbre métallique. Il semble alors que l'air résonne dans le larynx comme dans un tuyau d'airain.

Lorsqu'il s'accumule des liquides, des mucosités ou des matières purulentes à la partie supérieure des voies de l'air, qu'elles sont arrêtées au niveau de la glotte et que les malades n'ont plus la force de les rejeter au dehors par des efforts de toux, on entend à distance un râle humide à grosses bulles: c'est le *râle caveux laryngé*, connu encore sous les noms de *râle trachéal* et de *râle des mourants*. Cette dernière et vulgaire appellation s'explique par la fréquence avec laquelle s'observe le râle caveux laryngé dans les heures qui précèdent la mort et par la haute et imminente gravité dont il est généralement l'indice.

Dans quelques cas rares d'hémoptysie, Piorry (1) a remarqué que l'auscultation décelait l'existence d'un râle humide dans le larynx, sans rhonchus, dans la poitrine ni dans la partie inférieure de la trachée, phénomène qui permet de reconnaître que l'hémorrhagie a son origine dans le larynx lui-même.

Le même auteur pense qu'il est possible qu'un râle humide puisse également se développer dans le larynx, consécutivement à la rupture d'un anévrysme de l'aorte dans les voies aériennes (2).

Enfin, la présence de corps étrangers dans le larynx ou la trachée-artère et la production de fausses membranes peuvent déterminer localement une irritation qui provoque une sécrétion anormale de mucosités, et faire naître consécutivement le râle caveux laryngé, accompagné cette fois d'un *tremblement* tout particulier, annonçant qu'il y a de petits corps flottants dans le tube aérien, ou qu'un voile mobile membraneux est agité par l'air.

CHAPITRE II

SIFFLEMENT LARYNGÉ.

Lorsque l'air enfermé dans les poumons éprouve une grande difficulté à franchir la partie supérieure des voies respiratoires, il se fait quelquefois dans les deux temps de la respiration, mais surtout dans l'inspiration, un sifflement laryngo-trachéal très-bruyant, dont le timbre musical, parfaitement reconnaissable, ne saurait induire en erreur. On le remarque surtout dans l'asthme où il est *continu*;

(1) Piorry, *Traité de diagnostic et de séméiologie*. Paris, 1840, t. I, p. 444.

(2) Piorry, *loc. cit.*, p. 428.

— dans le spasme de la glotte, ou phréno-glottisme, où on l'observe à la fin de la crise sous forme de petit hoquet aigu; — dans le faux croup accompagnant chaque inspiration; — dans la coqueluche pendant les quintes sous forme de *reprise sonore*; — dans le croup où il produit un sifflement sec et serratique; — dans l'angine œdémateuse et dans les accidents dus, soit à l'introduction de corps étrangers dans les voies de l'air, soit à la compression de la trachée-artère par une tumeur ganglionnaire du cou ou un anévrysme aortique. Dans ce dernier cas, c'est le *cornage*.

Ce serait faire usage d'un moyen d'investigation tout à fait insuffisant que d'appliquer le stéthoscope sur le larynx sans inspecter les organes pulmonaires, car il est très-important de savoir, dans l'angine couenneuse et même dans la laryngite simple, si la muqueuse bronchique et le parenchyme du poumon participent au désordre phlegmasique. — En somme, et sans discuter ici la valeur séméiologique des bruits révélés par la stéthoscopie du larynx, car il ne règne encore sur eux dans l'état actuel de la science que des opinions vagues et contradictoires, il est possible d'établir que les bruits respiratoires laryngés, couverts de râles humides perçus à distance, indiquent une obstruction du tube aérien par des mucosités purulentes ou par du sang, et que plus les râles sont nombreux, plus le pronostic est grave. Le bruit râpeux indique une affection de médiocre intensité, tandis que le ronflement laryngé, ainsi que le sifflement avec timbre musical, annonce une exsudation muqueuse abondante.

SECTION IV

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LE RIRE.

Le rire n'a que des rapports éloignés avec l'état pathologique; il est le plus souvent l'indice de la santé et d'une agréable disposition de l'esprit. Le rire consiste en une série de petites expirations saccadées, plus ou moins bruyantes, qui sont dues à des contractions du diaphragme; les muscles qui meuvent la face, et en particulier ceux des lèvres, participent à cet état et provoquent l'épanouissement de tous les traits de la physionomie. Il est des circonstances où ce phénomène, en apparence si normal, et que l'on est habitué à ne considérer que comme l'expression de la joie, s'élève à la hauteur d'un signe diagnostique: c'est, par exemple, lorsque le rire n'est pas motivé par les actes de la vie de relation; par les circonstances du milieu où l'on se trouve, par les conversations, et lorsqu'il se produit sans la participation de la volonté. Les aliénés, les individus qui délirent passagèrement, les idiots, en fournissent à chaque instant des exemples. Les femmes sujettes aux attaques d'hystérie sont également prises quelquefois d'un rire analogue; elles l'entremêlent volontiers avec des pleurs et des sanglots, et elles n'ont dans le moment aucune conscience de ces manifestations insolites. Ce trouble spécial et instantané du système nerveux présage souvent l'invasion ou la fin d'un accès convulsif; mais nous avons vu des cas où il se produisait tout à fait en dehors de ces circonstances morbides.

Il est une variété du rire qui a reçu le nom de *rire sardonique*, parce qu'on

l'observe, assure-t-on, chez ceux qui font usage d'une renoncule qui croît en Sardaigne (*herba sardonica*). Elle est due à l'entraînement en sens contraire des deux commissures labiales, avec spasme convulsif dans les lèvres et les joues. On a cru voir dans le rire sardonique un symptôme fréquent de l'inflammation du diaphragme et des maladies ataxiques, mais c'est une ancienne assertion que rien ne confirme plus aujourd'hui.

SECTION V

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LE BAILLEMENT.

Le bâillement est une inspiration prolongée involontaire accompagnée d'un écartement convulsif irrésistible des deux mâchoires, et suivie d'une longue expiration. C'est un phénomène réflexe dont la cause est peu connue et qui a pour effet d'introduire une plus grande quantité d'air dans les voies respiratoires, toutes les fois qu'une cause comme le besoin de sommeil, la faim ou l'ennui, tend à la diminuer. Il est souvent accompagné de *pandiculations*, c'est-à-dire de mouvements automatiques des bras en haut, avec renversement de la tête et du tronc en arrière et extension des membres abdominaux. Les bâillements et les pandiculations s'observent souvent comme phénomènes précurseurs d'un accès de fièvre intermittente, et notamment dans l'hystérie, dans le somnambulisme et la catalepsie, etc. C'est un symptôme vague dont la signification n'a rien de spécial.

SECTION VI

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'ÉTERNEMENT.

L'éternement est une contraction subite et convulsive des muscles expirateurs, par laquelle l'air, brusquement rejeté au dehors, va se précipiter, en occasionnant un grand bruit, dans les anfractuosités des fosses nasales, et y chasse les produits muqueux et les corps étrangers qui s'y trouvent.

L'éternement est un symptôme caractéristique du coryza, car c'est habituellement par des picotements incommodes et par une espèce de chatouillement entraînant des éternements d'abord rares, puis de plus fréquents, que débute l'inflammation de la muqueuse nasale. Néanmoins, lorsque l'éternement est isolé et qu'il a lieu, comme chez certaines personnes, sans cause appréciable, il n'a aucune importance diagnostique.

Dans l'enfance, il accompagne toujours la première période de la rougeole, et il y a en même temps fièvre, larmolement et catarrhe bronchique. Ce fait, bien connu et dont j'ai souvent parlé (1), a été signalé en ces termes par Sydenham: « Les malades éternuent, et leur nez distille une liqueur séreuse. » L'éternement, au début de la rougeole, est un bon signe, et il peut, au besoin, aider le médecin à différencier cette affection des autres fièvres éruptives ou typhoïdes, qui pourraient le tenir dans le doute.

(1) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, art. ROUGEOLE, p. 892.

SECTION VII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA DYSPNÉE.

La dyspnée (de δύς, difficilement, πνεῖν, respirer) est un trouble des fonctions respiratoires, caractérisé par la difficulté de respirer. C'est le symptôme d'un grand nombre de maladies nerveuses, cardiaques et pulmonaires.

On le reconnaît facilement aux mouvements anormaux du thorax : ils peuvent être accélérés, ralentis et même naturels, mais toujours d'un accomplissement difficile. Un sentiment de plénitude et d'étouffement vient s'ajouter à ces efforts laborieux de l'inspiration. Dans certaines circonstances, et sans que la santé soit en rien altérée, à la suite d'une longue marche, par exemple, ou bien après une course rapide, un violent exercice musculaire, la lecture à haute voix, le chant, l'ascension d'un escalier élevé, ou seulement une émotion morale vive, on observe de la dyspnée; mais ici la durée du phénomène est éphémère, et la respiration reprend bientôt, après quelques instants de repos, son rythme facile et régulier. Chez quelques personnes cependant, il n'est pas rare de rencontrer une disposition toute spéciale à l'anhélation, sous l'influence de la cause la plus légère; elle est fréquemment l'avant-coureur de l'asthme, de l'emphysème pulmonaire, de la tuberculisation du poumon et de la plupart des maladies chroniques de la poitrine ou d'une affection organique du cœur. Les chlorotiques, les anémiques, les convalescents d'une longue et grave maladie, les sujets naturellement faibles et débiles, ont aussi très-fréquemment de la dyspnée; c'est même inhérent à leur situation. La respiration chez eux est laborieuse : il semble que chaque inspiration nécessite un effort considérable des muscles élévateurs des côtes; les inspirations s'accélèrent, sont courtes et comme inachevées. Ces malades s'expriment généralement sans éprouver une gêne bien marquée dans la parole, ils ne paraissent même pas souffrir du trouble de leur respiration; mais, aussitôt qu'ils prennent la position horizontale ou qu'ils dépensent un peu de forces dans quelque exercice que ce soit, ils éprouvent ce sentiment de plénitude thoracique que nous avons déjà signalé, et leur respiration s'accélère. Ce n'est là, du reste, que le premier degré de la dyspnée.

En admettant avec Haller que l'enfant nouveau-né fasse trente-deux inspirations par minute, tandis que dix-huit ou vingt suffisent à un adulte bien portant, on est frappé de l'augmentation excessive que subissent ces chiffres dans l'état pathologique. Ainsi Valleix a compté jusqu'à soixante-quatre inspirations chez des nouveau-nés atteints de pneumonie (1); Andral a vu les parois thoraciques s'élever soixante-quinze et quatre-vingts fois par minute dans des affections purement nerveuses, et il a même compté cent-quarante mouvements respiratoires chez une jeune femme en proie à divers accidents hystériques (2). La fréquence de la respiration atteint rarement des proportions semblables; elle est en général très-variable et paraît être assez ordinairement en rapport avec le caractère de

(1) Valleix, *Clinique des enfants nouveau-nés*, p. 105.

(2) Andral, *Clinique médicale*, 3^e édition, t. III, p. 510.

la maladie, et principalement avec l'importance physiologique de l'organe affecté et la nature de sa lésion.

La dyspnée s'observe dans les maladies du poumon, telles que le catarrhe suffocant et dans certaines pneumonies; dans les maladies du larynx, particulièrement dans le croup et dans l'œdème de la glotte; de la plèvre, lorsqu'il y a un épanchement considérable ou s'il existe des tumeurs du médiastin; du cœur affecté de rétrécissement ou d'insuffisance auriculo-ventriculaire; dans les maladies du péritoine, lorsque le ballonnement d'une péritonite refoule le diaphragme en haut; dans les névroses hystériques et convulsives; dans l'asthme nerveux; dans certaines maladies cérébrales, intéressant les origines du pneumogastrique, etc.

Dans la pneumonie aiguë la gêne de la respiration ordinairement modérée peut être excessive, et les malades éprouvent quelquefois un sentiment de suffocation; mais ce phénomène n'a guère lieu que lorsque la pneumonie s'est développée très-rapidement et qu'elle a envahi les deux poumons; c'est le fait de la bronchite capillaire, si bien désignée par Laennec sous le nom de catarrhe suffocant, de la pneumonie lobulaire, confluyente des enfants, caractérisée par la *respiration expiratrice* (1), etc. On voit des sujets qui ont une dyspnée extrême, chez lesquels on compte de quarante à soixante inspirations par minute, et qui, menacés d'asphyxie, restent assis sans pouvoir à peine s'exprimer. Chez d'autres, au contraire, la gêne est également très-grande, mais elle existe avec un nombre peu élevé d'inspirations.

Si, dans la pneumonie, le trouble de la respiration est modéré, il n'en est pas de même dans la pleurésie; là les inspirations sont courtes, entrecoupées, comme avortées. Dans les premiers temps, cette gêne de la respiration est principalement due à la douleur; mais, un peu plus tard, la compression du poumon, l'impossibilité de son expansion, précipitent les mouvements et les rendent incomplets. Lorsque la pleurésie est passée à l'état chronique, la respiration est courte, accélérée; mais souvent il n'y a pas de dyspnée proprement dite.

La dyspnée, peu marquée dans le premier degré de la phthisie pulmonaire, fait de rapides progrès à mesure qu'on s'avance vers la deuxième période. Elle devient plus continue et augmente beaucoup lorsque les malades veulent courir ou faire une ascension rapide. Le soir, et surtout lorsqu'il survient un mouvement fébrile, on voit chez un grand nombre d'entre eux l'essoufflement augmenter par des causes légères. Elle est continue dans les maladies du ventre qui refoulent le diaphragme dans la poitrine et empêchent l'air de pénétrer dans les poumons. Il n'y a là qu'une différence de degré, et chez les individus affectés de tympanite considérable, dans les ascites volumineuses ou dans les hydropisies enkystées de l'ovaire, il y a toujours une dyspnée plus ou moins pénible.

Dans l'opinion de Cullen, de Pinel et de Corvisart, l'asthme ne serait qu'une dyspnée revenant par attaques et dans l'intervalle desquelles la respiration est plus ou moins libre. C'est une erreur : l'asthme est quelquefois une maladie nerveuse due au spasme des bronches et du poumon, dont la dyspnée constitue le principal

(1) Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*, article PNEUMONIE.

symptôme ; et, en effet, pendant leurs accès, les asthmatiques ont une respiration difficile, fréquente, qui provoque la contraction très-énergique des muscles respirateurs. — Dans l'emphysème vésiculaire du poumon, dans le catarrhe suffocant, dans l'angine de poitrine, dans l'hydrothorax et dans l'hydropéricarde, l'air manque quelquefois aux malades : ils se mettent sur leur séant ou sortent de leur lit, et font des efforts considérables pour faire entrer dans la poitrine la plus grande masse d'air qu'il est possible d'y introduire. Lorsque chez eux la dyspnée est poussée à ce degré, ils se cramponnent à un corps solide, afin de donner un point d'appui aux muscles inspirateurs, dont les contractions deviennent très-violentes. Leurs yeux sont hagards, la face exprime la frayeur, la peau devient presque insensible ou même tout à fait insensible (1), et souvent il y a sur les lèvres une teinte bleuâtre de cyanose, qui annonce l'asphyxie imminente. C'est à cet état que les anciens donnaient le nom d'*orthopnée* (de ὀρθός, droit, et πνεῖν, respirer) ; ce qui signifie l'impossibilité pour les malades de respirer autrement que dans la situation debout ou assise. Dans quelques angines, mais surtout dans l'angine œdémateuse ou œdème de la glotte, dans les polypes du larynx, dans les corps étrangers de cet organe, dans le croup, l'oppression fait en quelques instants des progrès immenses ; des paroxysmes de suffocation se manifestent et tendent sans cesse à se rapprocher et à devenir plus violents. Lorsque l'enfant est pris de ces accès de suffocation, il se remue et s'agite convulsivement, s'accroche aux draps de son lit, à la robe de sa mère, déchire les papiers de tenture, et retombe brisé au bout d'un instant. Un peu plus tard, alors qu'il a puisé dans un calme fort peu réparateur une suffisante quantité de force, il reprend sa lutte, semble se mettre en garde contre la mort, mais il lâche bientôt prise, et, passant par un état d'anesthésie plus ou moins prononcé, il meurt asphyxié si l'on ne s'oppose aux progrès du mal.

Dans les diverses maladies dont il vient d'être question, il ne faut pas croire que la dyspnée soit toujours un phénomène continu ; cela peut être, mais souvent aussi, bien que des lésions du larynx, des poumons ou du cœur persistent, on ne l'observe, au contraire, le plus généralement que par intervalle, tantôt après le repas ou à l'heure du coucher du soleil, tantôt après le plus léger exercice corporel ou l'émotion morale en apparence la plus insignifiante. Il est même impossible de rien préciser sur l'époque de l'apparition de la dyspnée de ces maladies. En effet, tantôt elle précède de beaucoup tous les autres symptômes, tantôt on ne la voit survenir qu'à une période très-avancée de la maladie ; parfois, enfin, ses retours sont périodiques, et la dyspnée se montre alors avec les caractères les mieux tranchés de l'intermittence.

Ici se présente naturellement la question de savoir si une altération du sang, indépendante de toute autre altération des solides, peut produire la dyspnée. Or, en présence de la gêne très-grande de la respiration dans l'anémie, dans la chlorose, dans l'urémie, dans les hémorrhagies, et en général dans tous les états morbides où le sang a subi certaines modifications déterminées, on est en droit

(1) Bouchut, *De l'anesthésie dans la dernière période du croup servant d'indication de la trachéotomie* (Comptes rendus de l'Acad. des sciences, 1858).

d'affirmer que la dyspnée peut être produite par des troubles divers apportés dans la composition intime de ce liquide.

Partout l'anémie et ses variétés influencent les fonctions du système nerveux, ce régulateur de la fréquence du pouls et de la respiration, et partout aussi, chez les sujets dont le sang est appauvri, la plus légère émotion et le moindre exercice occasionnent une dyspnée plus ou moins violente. Au reste, ce que l'observation des malades a établi se trouve confirmé par les expériences physiologiques récentes, qui ont prouvé toute l'activité du rôle que l'élément nerveux joue dans l'accomplissement de la respiration. Toutes les maladies ayant une influence sur l'innervation générale déterminent de la dyspnée. C'est ce qui se passe dans l'hystérie, la gastralgie, l'hypochondrie, etc.

Les névroses que je viens de citer ne sont pas les seules causes qui agissent sur l'innervation pulmonaire ; mais les maladies de l'appareil cérébro-spinal, telles que l'hypéremie, l'hémorrhagie cérébrale, le ramollissement du cerveau (aigu ou sénile), les tubercules, les épanchements en général, la myélite, la méningite, les maladies des nerfs pneumogastriques, du plexus pulmonaire et cardiaque, les névroses du tube aérien, du conduit alimentaire, de l'estomac, du foie et des viscères abdominaux, peuvent encore entraver la fonction respiratoire et produire la dyspnée.

D'après cette énumération, qui est loin d'être complète, on peut voir combien la gêne de la respiration est chose importante à étudier dans les maladies. Ce n'est pas un signe de diagnostic toujours certain ; mais, dans quelques cas, la gêne respiratoire permet d'affirmer l'existence d'une maladie de préférence à une autre. Chez les enfants, la respiration pénible, saccadée, commençant par un effort d'expiration gémissante est un signe de pneumonie. — La respiration courte, empêchée, douloureuse, annonce une péritonite aiguë, et la respiration irrégulière, suspicieuse, incomplète, indique une inflammation des méninges. Ce sont là d'excellents signes de diagnostic.

Quelle que soit la forme de la dyspnée, habituelle ou intermittente, il est rare qu'elle existe sans cause matérielle appréciable, et il est presque toujours possible d'en trouver la cause dans une lésion organique quelconque, principalement des bronches, du larynx, des poumons, du cœur et des feuillets séreux qui recouvrent ces organes. C'est par exception qu'en l'absence de toute maladie organique des voies respiratoires ou du sang la dyspnée doit être considérée comme un trouble purement dynamique ; et ici je dois écarter les sujets hystériques, hypochondriaques, ou bien les individus en proie à des passions très-vives, étiolés par des habitudes d'onanisme et des excès de toute nature, les gens dont le sommeil est insuffisant ou les femmes portant des vêtements trop serrés ; car, à l'égard de ces cas exceptionnels, il est impossible de poser des règles générales.

La dyspnée est un signe assez souvent défavorable, et l'on peut dire qu'il est de mauvais augure lorsqu'il est caractérisé. Une dyspnée avec symptômes d'asphyxie et l'orthopnée indiquent toujours un danger sérieux.

La dyspnée n'étant point une maladie, mais un symptôme occasionné par des maladies variables du larynx et de l'appareil respiratoire, il en résulte une impossi-

bilité absolue de la combattre par une médication invariable. Le médecin doit avant tout rechercher la cause du mal.

Si la circulation est précipitée ou gênée, comme dans les nosorganies du cœur ; si le sang est en trop grande abondance, ce qui arrive dans la pléthore, l'indication est d'ouvrir la veine, parce qu'en diminuant ainsi la fréquence et l'intensité des battements du cœur, on a la presque certitude de faire cesser la dyspnée et d'en éloigner le retour. La digitale, le stramonium, l'éther et l'opium ne doivent être employés que pour diminuer la contractilité du cœur, ou dans le but de calmer le spasme des bronches et des poumons, effet passager dont le résultat est au moins le soulagement des malades. Les corps étrangers des voies aériennes réclament leur traitement particulier, et la dyspnée qu'ils occasionnent ne peut cesser qu'après leur extraction. C'est ainsi que, dans quelques circonstances, la trachéotomie est une ressource extrême contre la suffocation. Dans aucun cas le médecin ne doit s'inspirer exclusivement du symptôme pour guider sa thérapeutique, surtout quand ce symptôme est, comme la gêne de la respiration, un phénomène banal qui s'observe dans une foule de maladies différentes. C'est la cause qu'il faut rechercher pour la combattre par des moyens rationnels et utiles, et les remèdes dynamiques ne doivent être mis en usage que dans les cas où les lésions organiques sont associées à des phénomènes de dyspnée nerveuse bien caractérisés.

SECTION VIII

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA TOUX.

La toux est une secousse bruyante d'expiration, avec convulsion rapide et passagère du diaphragme et des autres muscles expirateurs. C'est un phénomène réflexe souvent involontaire et instinctif, directement placé sous la dépendance des maladies de l'appareil vocal et respiratoire dont il est le symptôme. Il résulte habituellement du besoin d'expulser des matières solides ou liquides contenues dans le larynx et les bronches. Ailleurs il est *sympathique* d'un état de souffrance distinct des organes respiratoires, et il est déterminé par un trouble général du système nerveux.

La toux est précédée d'une sensation désagréable, ayant pour siège l'ouverture supérieure du larynx, et pour effet irrésistible l'occlusion momentanée de la glotte, aussitôt suivie de l'énergique contraction des muscles abdominaux destinés à refouler le diaphragme et à chasser rapidement l'air renfermé dans les poumons. On ne peut s'empêcher de tousser quand le besoin s'en est fait sentir ; c'est en vain qu'on y résiste, et l'on éprouve dans cette lutte une sensation particulière qui permet d'apprécier le choc de la colonne d'air poussée de bas en haut contre les parois contractées de la partie supérieure du larynx.

Bien que la toux ait généralement pour objet l'expulsion de mucosités ou de pus et de substances étrangères situées à la surface de la muqueuse glottique ou laryngée et dans l'intérieur des canaux bronchiques, elle est quelquefois sèche, spasmodique, convulsive, provoquée par les sympathies du larynx avec d'autres organes malades, ou par un trouble spécial du système nerveux. Ce sont des faits

rare et que l'on observe au moment de la seconde dentition, dans quelques dyspepsies, dans les maladies vermineuses, et surtout dans l'hystérie. Les noms de toux *idiopathique*, de toux *essentielle nerveuse* ou *sympathique*, indiquent la nature du phénomène et le distinguent de la toux ordinaire directement produite par l'excitation de la muqueuse des voies respiratoires.

La toux offre des caractères différents suivant sa nature et son origine. Ainsi la toux nerveuse ne ressemble pas à la toux symptomatique d'une maladie des bronches, et la toux du larynx n'est pas celle des maladies de la trachée ou des bronches. Il y a aussi des nuances dans le caractère de la toux au début et au déclin des maladies de poitrine. Un observateur habile doit aisément reconnaître ces variétés différentes de la toux s'il a pris soin de les étudier.

Envisagée d'après sa nature, la toux est *nerveuse*, *idiopathique*, *essentielle* ou *sympathique*, ou bien elle est *symptomatique* ; relativement à son siège, elle est *gutturale*, *laryngée*, *croupale*, *bronchique* ou *pectorale* ; selon son caractère, elle est *humide* ou *sèche*, *rare* ou *fréquente*, *quinteuse*, etc.

La toux *sèche* est ordinairement petite et n'amène aucune expectoration ; tantôt rare et tantôt fréquente, elle peut se reproduire d'une manière incessante, opiniâtre, et alors elle prend le nom de toux *férine*. On l'observe quelquefois au début de la rougeole. La toux sèche accompagne les laryngites peu intenses, la pleurésie et le début de la phthisie pulmonaire. C'est aussi le caractère de la plupart des toux nerveuses et sympathiques, mais il n'y a pas à en douter lorsqu'elle est *sèche*, *bruyante*, *rauque*, comme un aboiement.

La toux *humide*, *grasse*, est causée par la présence d'une plus ou moins grande quantité de mucus bronchique, de sang ou d'autres matières liquides incluses dans le larynx et dans les bronches. C'est la toux de l'hémoptysie, des vomiques, de tous les catarrhes pulmonaires chroniques et de toutes les maladies aiguës du larynx et des poumons à leur période de coction ou de déclin.

La toux *rare* et la toux *fréquente* se distinguent aisément et s'observent indistinctement chez les sujets atteints de toux nerveuse et de toux symptomatique d'une maladie de l'appareil respiratoire. La toux *quinteuse*, au contraire, est toujours symptomatique ; elle est caractérisée par la réunion de plusieurs secousses successives de toux suivies d'un moment de repos. Plusieurs quintes très-rapprochées forment ce qu'on appelle un accès de toux. La toux quinteuse accompagne souvent le catarrhe aigu et chronique des bronches, l'asthme causé par l'emphyse pulmonaire, la coqueluche, etc. Dans cette dernière maladie, les quintes de toux ont un caractère tout particulier, elles se composent de plusieurs séries de secousses successives d'expiration séparées par une inspiration bruyante, sonore, très-aiguë, et il y a souvent au frein de la langue une ulcération qui indique bien la nature de la maladie (1).

La toux *laryngée*, ordinairement sèche, se fait sans de grands efforts musculaires, et les malades en placent eux-mêmes le siège dans la contraction spasmo-

(1) E. Bouchut, *Traité des maladies des enfants*. Paris, 1874, 6^e édit., art. COQUELUCHE.