

## DEUXIÈME GENRE DE SÉCRÉTIONS MORBIDES

## DES SÉCRÉTIONS MUQUEUSES

Le fluide sécrété par les membranes muqueuses peut être exhalé en plus grande abondance; c'est à cet accroissement de la sécrétion muqueuse que les anciens ont donné le nom de *catarrhe*.

Ce mot *catarrhe* n'a exprimé, pendant plusieurs siècles, qu'une idée hypothétique et vraiment absurde. Les médecins grecs et leurs successeurs supposaient, en effet, qu'une matière morbide exhalée dans la tête se dirigeait ensuite vers une muqueuse: cependant, depuis F. Hoffmann, les flux muqueux ont été étudiés et interprétés d'une manière plus rationnelle. Ce médecin regardait ces sécrétions morbides comme se rattachant à une lésion spéciale de la muqueuse, ou comme étant l'effet, la conséquence d'une altération des fluides; enfin la généralité des pathologistes modernes les ont décrites comme étant une affection primitive de l'organe sécréteur lui-même. Mais on a cessé d'être d'accord lorsqu'il s'est agi de déterminer la nature de la maladie. Pour les uns, le mot *catarrhe* ne signifie autre chose qu'une inflammation aiguë ou chronique d'une membrane muqueuse, tandis que d'autres l'ont réservé pour désigner un flux muqueux survenant indépendamment de tout travail inflammatoire appréciable: c'est le sens que nous lui attachons. Dans l'état actuel de la science, le mot *catarrhe* doit donc donner l'idée d'une augmentation accidentelle dans la sécrétion des follicules muqueux, sans que ceux-ci soient actuellement le siège d'un travail inflammatoire.

Les anciens pyrétologistes ont invoqué cette altération de la sécrétion muqueuse comme constituant le caractère essentiel de certains états fébriles distincts: telles étaient les fièvres catarrhale, muqueuse, pituiteuse. Dans la première, on supposait une affection bornée à la membrane pituitaire et aux bronches, tandis que, dans les autres, l'altération aurait en outre occupé la muqueuse des organes digestifs. Cependant, si l'on consulte les principales relations d'épidémies qui nous ont été transmises, on voit que, sous les noms de fièvres catarrhale, muqueuse et pituiteuse, les médecins avaient bien moins décrit une maladie spéciale que des affections diverses régissant sous une même constitution épidémique. D'ailleurs, si dans la fièvre catarrhale simple il existait une altération manifestement inflammatoire de plusieurs muqueuses, spécialement de celles des yeux, du nez, de la gorge et des voies aériennes, l'affection de ces tissus était bien moins évidente, et le plus souvent même elle était contestable dans les fièvres dites muqueuses ou pituiteuses; ou bien, si elle existait, elle n'était qu'un épiphénomène d'un état général. En effet, les formes graves de ces prétendues fièvres catarrhales appartiennent manifestement à notre affection typhoïde. Enfin, il est bien certain, comme l'a dit avec raison M. Littré, que, dans un grand nombre de cas, une maladie a été dite catarrhale, non en raison des symptômes qu'on observait du côté des membranes muqueuses, mais d'après la considération d'une cause hypothétique, dite catarrhale, dont on admettait gratuitement l'existence.

Les catarrhes, surtout quand ils sont chroniques, sont le plus souvent primitifs; mais quelquefois ils succèdent manifestement à une inflammation aiguë qui s'est éteinte et a laissé après elle, dans la muqueuse, une exagération de la sécrétion naturelle du tissu, une sorte d'habitude morbide.

Le catarrhe est caractérisé par l'écoulement plus ou moins abondant d'un liquide incolore, filant, visqueux ou bien floconneux, qui, à mesure que la maladie est plus ancienne, devient plus épais, jaunâtre, verdâtre, puis opaque, et prend enfin un aspect purulent dans certaines circonstances, lorsque, par exemple, une altération grave de structure est survenue dans le tissu, ou lorsque celui-ci est frappé d'inflammation. Le fluide sécrété exhale une odeur fade, rarement fétide; il est le plus souvent alcalin, parfois il est acide. Vu au microscope, il est tantôt homogène, tantôt il se compose de globules tout à fait semblables à ceux du pus; de là la difficulté et même l'impossibilité de différencier ces deux espèces de liquides. Les flux muqueux s'accompagnent de troubles variables, suivant la muqueuse affectée, suivant l'abondance de l'écoulement, suivant son ancienneté et sa durée. La sécrétion muqueuse ne détermine souvent aucune douleur; d'autres fois l'organe exhalant est le siège d'un peu de chaleur et de prurit; mais on n'observe presque jamais de symptômes de réaction, ou du moins, quand il en existe, ils sont très-faibles et tout à fait éphémères. Lorsque l'écoulement est ancien et considérable, on voit les individus pâlir et tomber dans un état de langueur; les chairs sont flasques, la peau se décolore, les digestions se troublent, la fièvre hectique s'allume quelquefois; enfin, les malades peuvent succomber dans un état d'épuisement.

Les flux muqueux ont une marche très-irrégulière: ils sont sujets à des exacerbations que souvent rien n'explique, et dont on trouve la raison parfois dans un refroidissement du corps ou dans un abaissement de la température, surtout si elle est en même temps humide: aussi les catarrhes s'aggravent-ils pendant l'automne et l'hiver, tandis que les saisons et les climats chauds les diminuent généralement, quelquefois même ils les font cesser tout à fait.

Les flux muqueux ont une durée variable: ils persistent rarement moins d'un septénaire; ils sont sujets à récidiver, et finissent par passer à l'état chronique; leur durée est alors indéterminée. Beaucoup d'entre eux sont compatibles avec un état de santé parfaite; ils finissent par devenir constitutionnels, et forment alors une sorte d'émonctoire qu'il faut surveiller, et dont la suppression trop brusque pourrait parfois entraîner de graves accidents.

L'absence de douleur vive et de fièvre, le début souvent brusque de la sécrétion muqueuse, ou du moins les variations presque instantanées qu'elle présente, sont tout autant de caractères qui distinguent les flux muqueux des inflammations des membranes muqueuses. Ajoutons à cela que lorsque la sécrétion n'est pas excessive, les catarrhes sont généralement compatibles avec la santé; et ce qu'il y a de plus remarquable, c'est que plusieurs troublent à peine, ou même ne troublent pas les fonctions de l'organe qui en est le siège; nous avons vu qu'il n'en était pas de même de l'inflammation. L'affection catarrhale n'est pourtant pas toujours aussi simple: quelquefois, en effet, elle est symptomatique, ou du moins elle coexiste avec quelque grave altération de texture. On soupçonne une pareille complication lorsque l'amaigrissement n'est en rapport ni avec l'ancienneté ni avec l'abondance de l'écoulement; lorsqu'il existe des douleurs vives, ou bien encore lorsque le mucus sort mélangé à du sang noirâtre, lorsqu'il est opaque ou qu'on aperçoit à sa surface des stries étroites, irrégulières ou opaques, qui paraissent produites par de la matière purulente. La distinction du pus et du mucus n'est pourtant pas chose toujours facile. Si le mucus est filant, transparent, non miscible à l'eau, on ne pourra certainement pas le confondre avec un pus blanc, opaque, formant émulsion avec l'eau et se précipitant par le repos; mais les cas embarrassants



sont ceux où la membrane muqueuse exhale un fluide qui a la consistance du mucus et la couleur du pus. Pour résoudre ce problème, on a proposé l'inspection microscopique et une foule d'expériences chimiques; mais nous avons vu que si quelques mucus, comme celui de l'utérus, sont homogènes et dépourvus de globules, tous les autres contiennent des globules identiques avec ceux du pus, ils sont seulement un peu moins nombreux. Les expériences chimiques n'ont fourni non plus, jusqu'à présent, que des données très-incertaines. D'ailleurs, comme le dit avec beaucoup de raison Bérard, ces recherches n'offrent aucune utilité; car on ne peut, à la simple inspection, dire si le mucus est mélangé ou non à du pus. Si, en effet, une muqueuse fournit un liquide ayant encore une certaine viscosité; si, sans être diffluent comme le pus, il donne néanmoins à l'eau à laquelle on le mêle une couleur d'un blanc jaunâtre; si l'on y reconnaît un plus grand nombre de globules qu'il n'y en a normalement dans le mucus, il faut en conclure que le fluide qu'on examine est un mélange de pus et de mucus. A ce sujet, rappelons encore ici ce que nous avons dit ailleurs, que la présence du pus n'indique pas nécessairement ni même ordinairement, comme on l'a cru pendant longtemps, que la membrane muqueuse est le siège d'une solution de continuité; il faut seulement en conclure que le tissu est très-probablement enflammé.

Le pronostic des affections catarrhales est plus ou moins grave, suivant l'intensité, la durée, l'abondance de la sécrétion muqueuse, suivant son siège et ses complications.

Les affections catarrhales atteignent surtout les individus d'une constitution molle, lymphatique, les femmes et les enfants, les sujets affaiblis par les maladies, par les excès, par un régime débilitant. L'âge a une grande influence sur le siège de la maladie. Dans l'enfance, on observe surtout les catarrhes du nez, des yeux et des intestins; chez l'adulte, on voit le catarrhe de l'estomac; le vieillard est surtout sujet au catarrhe de la vessie et des bronches; enfin, chez la femme, il n'est aucune membrane muqueuse qui soit aussi souvent affectée de catarrhe que celle du vagin et de l'utérus.

Il est rare que, même au début, les catarrhes s'accompagnent d'une réaction fébrile suffisante pour nécessiter l'emploi des antiphlogistiques. Dans ces cas, une médication simplement émolliente suffit; cependant, pour peu que l'écoulement se prolonge, il faut recourir aux ferrugineux, aux amers, aux aromatiques, aux balsamiques, aux résineux, donnés à l'intérieur, en lotions, en injections ou en fumigations; enfin, quand l'état des parties le permet, on doit modifier les surfaces par la cautérisation.

Nous ne comptons point, surtout après les généralités qui précèdent, poursuivre l'étude des flux muqueux dans toutes les membranes qui peuvent les fournir: nous ne dirons rien de la *rinorrhée*, qui offre la plus grande ressemblance avec le coryza chronique, sauf qu'avec la sécrétion abondante de mucosités, il n'existe aucun signe d'inflammation vers la muqueuse de Schneider. Nous omettrons aussi à dessein de parler de la *blennorrhée* ou flux uréthral, car nous en traiterons plus tard à l'occasion de la blennorrhagie. Les seuls flux muqueux dont nous croyons devoir nous occuper ici sont: la *bronchorrhée*, la *gastrorrhée*, la *diarrhée muqueuse*, la *leucorrhée* et le *catarrhe vésical*.

## DE LA BRONCHORRHÉE

SYNONYMIE. — Catarrhe pituiteux, phlegmorrhagie pulmonaire, flux bronchique.

La *bronchorrhée* est une maladie caractérisée par l'expectoration d'une quantité considérable de mucus incolore, filant, transparent, mêlé à des bulles d'air et semblable à du blanc d'œuf délayé dans de l'eau; cette sécrétion se fait indépendamment de tout travail inflammatoire.

**Historique.** — Nous devons à Laënnec les premières notions que nous ayons eues sur la bronchorrhée. Ce médecin illustre a décrit cette affection sous les noms de *catarrhe pituiteux* et de *phlegmorrhagie pulmonaire*. Bientôt après, M. Alard, dans son ouvrage *sur la nature et le siège des maladies*, M. Andral dans sa *Clinique*, publièrent quelques observations dignes d'être consultées; mais c'est à M. Roche que revient l'honneur d'avoir tracé, dans le *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, une histoire assez complète de la maladie, qu'il a, avec raison, séparée de la bronchite. A ces divers travaux il est juste de joindre celui que Copland a publié en Angleterre.

**Divisions.** — La bronchorrhée existe à l'état aigu ou à l'état chronique; cette division est la seule qu'on puisse raisonnablement admettre dans l'étude de cette affection; elle est d'ailleurs adoptée par MM. Roche, Andral et G. Copland.

**Anatomie pathologique.** — On a très-rarement eu l'occasion d'examiner l'état des bronches dans la maladie dont je traite. Laënnec a prétendu que les caractères anatomiques de cette affection consistaient dans un gonflement médiocre de la muqueuse pulmonaire, qui lui a semblé un peu ramollie, et ne lui a présenté qu'une légère rougeur disséminée çà et là. Sous ce rapport, ajoute Laënnec, l'affection dont il s'agit semble être sur la limite qui sépare les congestions séreuses des congestions sanguines, et appartenir plutôt aux premières qu'aux dernières. Les renseignements que donne ici Laënnec sont, comme on le voit, peu précis. M. Andral, ayant eu occasion d'ouvrir plusieurs individus emportés dans le cours d'une bronchorrhée, a trouvé la membrane muqueuse pâle dans toute son étendue: c'est ce que j'ai observé moi-même plusieurs fois; la muqueuse bronchique, entièrement pâle, avait son épaisseur et sa consistance normales. Les bronches peuvent être aussi plus ou moins dilatées. Ces faits nous autorisent donc à considérer la bronchorrhée comme une affection essentiellement distincte de la bronchite aiguë et de la bronchite chronique; cette opinion sera en outre bientôt confirmée par les symptômes aussi bien que par la marche de la maladie.

**Symptômes.** — Les symptômes et la marche de la bronchorrhée, ainsi que les agents thérapeutiques à lui opposer, diffèrent suivant que la maladie est aiguë ou suivant qu'elle est chronique.

1° *Symptômes et marche de la bronchorrhée aiguë.* — La bronchorrhée aiguë débute en général d'une manière presque soudaine. Les malades accusent beaucoup de dyspnée, une grande oppression, un sentiment d'angoisse dans la poitrine; celle-ci est agitée par les secousses d'une toux sèche, pénible, presque convulsive; la sonorité est parfaite, mais l'auscultation fait découvrir presque partout des râles sibilants et ronflants, mêlés parfois à des râles humides, muqueux ou sous-crépitaux. Ces troubles du côté de la respiration ne tardent pas à produire une congestion de la face avec teinte violacée et tuméfaction énorme des veines du cou; alors les traits sont altérés, les extrémités sont froides, le pouls est petit, insensible, irrégulier; une sueur froide couvre le corps; il y a



des vertiges, de l'accablement, des lipothymies, et souvent, au moment où la mort semble imminente, on voit les malades rejeter avec plus ou moins d'efforts une quantité considérable de crachats blancs, transparents, filants, mêlés à des bulles d'air et semblables à une solution concentrée d'albumine. Ces crachats sont rejetés après quelques secousses de toux, quelquefois presque spontanément et en si grande abondance, que les malades semblent vomir. Cette excrétion peut continuer pendant plusieurs heures, rarement pendant un jour; elle cesse peu à peu après que les individus ont rejeté 1, 2, 3 ou 4 kilogrammes d'un fluide albumineux; au milieu de troubles aussi graves, les malades restent absolument sans fièvre. L'excrétion terminée, il arrive parfois que les individus reprennent aussitôt toutes les apparences de la santé; cependant il est plus commun qu'ils conservent encore pendant un ou plusieurs jours un peu d'oppression et de toux, quelques râles secs disséminés dans la poitrine, de l'ardeur à la gorge, un peu de perte d'appétit et une grande fatigue.

La santé est dès lors parfaite; cependant la maladie est sujette à retour. Les mêmes accidents se reproduisent donc au bout d'un temps plus ou moins long. Il est fort rare que l'accès revienne après quelques jours seulement, mais le plus ordinairement il s'écoule plusieurs mois, une ou plusieurs années entre chacune des attaques. On conçoit que si la maladie se reproduisait à de courts intervalles et s'accompagnait chaque fois d'une sécrétion muqueuse très-considérable, les malades éprouveraient de l'amaigrissement et les principaux symptômes de la fièvre hectique; mais les cas de ce genre sont infiniment rares.

On peut établir que la bronchorrhée aiguë n'a que deux modes de terminaison : 1° la guérison, qui arrive rapidement, presque sans convalescence; c'est le cas le plus ordinaire; 2° la mort, qui survient par asphyxie, dans quelques circonstances exceptionnelles, lorsque l'exhalation est devenue tellement abondante dans les bronches, que tout l'arbre aérien en est obstrué.

2° *Symptômes et marche de la bronchorrhée chronique.* — La bronchorrhée chronique, plus fréquente que la forme aiguë, est presque toujours consécutive au catarrhe pulmonaire chronique. Les caractères anatomiques de l'inflammation ont cessé pourtant, mais la sécrétion catarrhale persiste par suite d'une espèce d'habitude morbide des tissus. Il existe de la toux, une dyspnée plus ou moins forte, et des râles humides et secs dans la poitrine; enfin un état permanent de malaise. C'est ordinairement dans ces conditions que l'on voit s'établir, surtout pendant la nuit ou quelques heures après le repas, un flux bronchique muco-albumineux s'accompagnant d'oppression, de dyspnée, de toux; mais il est rare d'observer cet ensemble de symptômes si grave qu'on remarque communément dans la bronchorrhée aiguë. Dans cette forme de la maladie, les accès sont plus rapprochés; ils ont parfois lieu une ou deux fois toutes les vingt-quatre heures : c'est ainsi qu'on voit des malades qui rejettent chaque jour 1 ou 2 kilogrammes d'un fluide muco-albumineux. Nonobstant cette sécrétion exagérée, la santé générale peut se maintenir; cependant ces pertes continues finissent, au bout d'un certain temps, par altérer la constitution. Les malades jaunissent, pâlisent ou prennent un teint blafard; leurs forces diminuent, la dyspnée devient habituelle; ils maigrissent, l'appétit se perd, les digestions s'altèrent, une sorte de fièvre hectique s'allume, et ils succombent après être parvenus au dernier degré de marasme. D'autres meurent suffoqués par la grande quantité de fluide exhalé; enfin, quelques-uns sont emportés par une maladie intercurrente, comme la pneumonie, ou par une affection organique du cœur. La durée de la bronchorrhée chronique est longue et toujours indéterminée.

**Diagnostic.** — La bronchorrhée aiguë ou chronique diffère de la bronchite : 1° par son invasion brusque, 2° par la nature albumineuse de l'expectoration, 3° par la quantité considérable du fluide évacué en peu de temps, 4° par la cessation rapide des accidents. La bronchorrhée a quelques points de ressemblance avec l'asthme humide, avec lequel elle est très-souvent confondue; mais nous verrons plus tard que les accès qui caractérisent l'asthme ne ressemblent pas à ceux de la bronchorrhée; d'ailleurs la sécrétion bronchique diffère dans les deux maladies. Il est fort rare, par exemple, que celle qui forme la crise de certains accès d'asthme soit aussi abondante et aussi albumineuse que celle de la bronchorrhée. Enfin, les phénomènes fournis par l'auscultation, la nature des symptômes généraux et la marche de la maladie, ne permettront de confondre la bronchorrhée chronique ni avec la phthisie, ni avec la dilatation fusiforme ou en ampoule des bronches. (Voyez ces affections.)

**Pronostic.** — Le pronostic de la bronchorrhée aiguë n'est grave que dans les cas où la sécrétion étant très-abondante, les matières sont difficilement expulsées, ce qui peut occasionner la mort par asphyxie. La bronchorrhée chronique est au contraire d'un pronostic toujours fâcheux, car il est fort rare qu'on puisse la guérir complètement; le plus souvent on ne fait que la pallier.

**Étiologie.** — La bronchorrhée n'affecte guère que les adultes et surtout les vieillards, les individus gros, replets, doués d'un tempérament lymphatique; ceux qui mènent une vie sédentaire et les vieux goutteux y sont plus prédisposés. L'impression du froid, de l'humidité, une digestion pénible, les émotions morales, sont les causes déterminantes les plus communes de la bronchorrhée; celle-ci survient ordinairement après des récives fréquentes du catarrhe pulmonaire.

**Traitement.** — La bronchorrhée aiguë débute souvent par des accidents tellement graves, qu'il devient urgent d'employer un remède actif pour prévenir une asphyxie imminente. On a conseillé dans ce cas de faire une saignée du bras; mais ce moyen est rarement applicable, en raison de la faiblesse primitive du sujet ou de l'état actuel du pouls et des forces; on n'y aura recours que chez les individus jeunes, forts, chez lesquels l'artère du bras présentera encore une certaine résistance. Dans tous les cas, la saignée sera modérée, *explorative*; on pourra la répéter si l'on obtient des effets utiles.

Dans les conditions que je suppose ici, il est généralement préférable d'administrer un vomitif, surtout l'ipécacuanha, pris à dose fractionnée (25 ou 30 centigrammes tous les quarts d'heure), de manière à exciter des nausées continues, et par suite quelques secousses vers la poitrine et une compression des poumons, ce qui favorise l'expulsion des matières sécrétées dans les bronches. Cependant, lorsque les accidents sont pressants, il faut donner d'emblée 1 gramme d'ipécacuanha, ou mieux encore 10 ou 15 centigrammes d'émétique, pour produire promptement des évacuations par haut et par bas et un effet révulsif. C'est aussi pour obtenir un effet émétique que Copland conseille d'administrer 1 gramme 10 centigrammes de sulfate de zinc, et que d'autres ont préconisé l'emploi de la racine de violette en décoction (4 à 12 grammes dans 500 grammes d'eau); mais ces moyens n'ont pas d'avantage sur l'émétique, et leur effet est plus ou moins incertain. Quelle que soit la gravité des accidents, il faut chercher à opérer des révulsions, et surtout à exciter diverses sécrétions : c'est dans ce double but qu'on emploie les purgatifs et les diurétiques; on y joint des sinapismes sur les extrémités et des ventouses sèches sur la peau du thorax; enfin, dans les cas plus graves, il ne faudra pas hésiter à appliquer un ou plusieurs larges vésicatoires.