

DE L'ASTHME

ET DE LA TUBERCULISATION PULMONAIRE (1)

Sommaire. — Nature de l'asthme. — L'asthme est une névrose ; il est une des expressions de la diathèse arthritique.

Rapport de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire.

Antagonisme de ces deux maladies ; il résulte de l'influence que les diathèses dont elles dépendent exercent l'une sur l'autre. — Observations. — Conséquences pratiques.

MESSIEURS,

La question des diathèses domine l'histoire des maladies chroniques ; en même temps que leur étude ouvre aux méditations et aux recherches des pathologistes les plus vastes horizons, elle fournit aux praticiens les applications les plus fécondes et les plus utiles. Un intérêt puissant s'attache donc à tous les faits qui peuvent l'éclairer et nous faire pénétrer plus avant dans la connaissance des diathèses, de leur origine, des conditions de leur développement, de leurs manifestations souvent si variées, des désordres qui en sont l'expression directe et immédiate, comme de leurs retentissements éloignés. L'action qu'elles peuvent exercer les unes sur les autres mérite également toute notre attention, et je me propose, dans ce travail, d'étudier l'influence réciproque de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire.

Celle-ci est l'expression d'une maladie constitutionnelle, d'une diathèse qui se développe volontiers sur le terrain de la scrofule, au milieu des conditions étiologiques qui la produisent, et semble dans quelques cas en être la terminaison et comme la dernière étape.

Mais à quelle diathèse faut-il rattacher l'asthme ? qu'est-ce que

(1) Résumé de leçons faites à l'Hôtel-Dieu en 1863, et publiées dans les *Arch. gén. de médecine*, 1864.

l'asthme ? Il y a quelques années, sous le règne d'un organicisme trop exclusif, l'asthme avait presque disparu du cadre de la nosologie ; alors, les maladies n'étant plus représentées que par des lésions, l'asthme se perdait dans l'emphysème pulmonaire ou dans les dyspnées symptomatiques des affections cardiaques et d'autres altérations organiques. On discutait pour savoir s'il ne fallait pas encore admettre un asthme nerveux, au moins à titre provisoire ; et cependant, dans ses recherches sur l'emphysème, M. le Dr Louis reconnaissait déjà qu'on observait des dyspnées sans emphysème et des emphysèmes sans dyspnée. C'est qu'en effet l'emphysème n'est qu'une lésion secondaire, qui peut se développer sous l'influence de causes très-diverses : ainsi elle est souvent produite par de violents efforts des organes respiratoires, quelle que soit la cause qui les provoque ; je l'ai vue succéder à des quintes de toux, déterminées, chez des sujets sains, par la vapeur du cuivre en fusion. Toutes les conditions morbides qui donnent lieu à de la toux ou à une grande gêne des fonctions pulmonaires peuvent lui donner naissance. Sorte de traumatisme, favorisé sans aucun doute par l'état morbide des bronches et du poumon, l'emphysème peut être passager. On le voit survenir dans le cours d'une bronchite capillaire et disparaître après la guérison ; mais, quand les causes qui l'ont produit prolongent leur action, il constitue une lésion permanente, qui peut ajouter son expression symptomatique à celle de l'affection dont il dérive.

La bronchite est une des conditions les plus communes du développement de l'emphysème ; d'une autre part, l'asthme est accompagné d'une congestion intense de la muqueuse bronchique, qui se juge ordinairement par une sécrétion catarrhale. Cette circonstance a servi de fondement à cette théorie récemment proposée par M. le Dr Beau, et qui fait de l'asthme une forme de bronchite. Singulière bronchite, qui dure quelques heures et disparaît ensuite, qu'une émotion morale peut provoquer, qu'un peu de fumée de datura ou de papier nitré calme quelquefois comme par enchantement ! D'ailleurs, si la congestion bronchique accompagne le plus souvent l'asthme, elle ne se montre pas toujours dès le début. Dans les premières attaques, l'asthme peut être sec, sans aucune expectoration ; la bronchite n'en est donc pas encore le phénomène initial.

Une autre hypothèse, soutenue par l'autorité d'un maître éminent, veut placer dans les lésions cardio-vasculaires la cause prochaine de l'asthme. Sans doute, il est commun de voir survenir des affections du cœur à une période avancée de l'évolution de l'asthme ; mais elles sont

une manifestation de la diathèse qui produit celui-ci, favorisées probablement dans leur développement par les troubles de la circulation pulmonaire, que l'asthme et l'emphysème entraînent à leur suite. Elle sont si peu la cause de l'asthme, qu'il peut exister longtemps sans ces complications ; tout au plus, quand elles le précèdent, est-on fondé à admettre qu'elles puissent jouer le rôle de causes occasionnelles, chez un sujet prédisposé, comme le joueront, dans certains cas, les vicissitudes atmosphériques, les émotions de l'âme, une vapeur irritante, comme le jouent des lésions organiques très-diverses dans le développement d'autres névroses ; et encore il faut être certain alors qu'on ne confond pas avec l'asthme véritable une dyspnée symptomatique, dont des circonstances accidentelles font varier l'intensité.

Non, l'asthme ne reconnaît pour cause ni la bronchite, ni l'emphysème, ni une affection du cœur. Sans doute, une fois développées, ces dernières lésions modifient la physionomie de la maladie première ; elles pourront provoquer d'abord des crises plus nombreuses et plus violentes ; bientôt elles entretiendront, dans leur intervalle, une gêne habituelle des organes d'hématose, dont l'accès d'asthme semblera ne plus être qu'un paroxysme ; il finira même par se perdre au milieu des troubles fonctionnels qui marquent une période avancée de ces lésions. Mais un clinicien attentif ne confondra pas l'asthme avec la dyspnée cardiaque.

Après avoir dit ce que l'asthme n'est pas, il faut dire ce qu'il est : l'asthme est une *névrose*. Son invasion soudaine, ses retours périodiques, ses symptômes au milieu desquels les troubles d'innervation dominent la scène morbide, ses réactions thérapeutiques elles-mêmes, témoignent du caractère éminemment nerveux de l'asthme. La plupart des remèdes qu'on lui oppose sont des antispasmodiques et des calmants.

Mais la classe des névroses est immense ; il en est qu'on ne peut rattacher avec certitude à aucune condition morbide antérieure, comme l'hystérie, l'épilepsie : on les appelle *essentielles*. L'asthme est-il une névrose essentielle ? Je n'entrerai pas dans toutes les discussions que cette question a soulevées, mais je dirai seulement, en m'appuyant sur l'observation clinique, que dans un très-grand nombre de cas au moins on peut attribuer à l'asthme une origine arthritique. On rencontre dans les mêmes races : ici les manifestations arthritiques légitimes, là les hémorrhoides, l'asthme, la gravelle, l'hypochondrie, la migraine, les coliques hépatiques, les varices, l'acné *rosacea* ; et l'on observe si souvent cette coïncidence, cette *consanguinité* de ces diverses manifestations, que l'on est conduit à admettre entre elles une affinité pathogénique.

D'autres fois l'asthme remplace ou complique des manifestations herpétiques. On a admis, et j'ai admis moi-même, un asthme d'origine herpétique ; mais, plus j'étudie cette question des affections diathésiques, plus je cherche à délimiter ce terrain de l'herpétisme, plus je le vois se restreindre et disparaître entre ces deux grandes diathèses, l'arthritisme et la scrofule, qui empiètent sur lui. Je me suis souvent demandé si certaines dermatoses, attribuées à l'herpétisme, n'étaient pas des manifestations éloignées de l'arthritisme qui aurait été modifié par plusieurs transmissions successives. Nous connaissons mal les transformations et les dégénérescences que peuvent subir les espèces morbides héréditaires en traversant les races ; il y a là un beau sujet d'études. Il est incontestable que beaucoup d'affections herpétoïdes sont d'origine arthritique. Je voudrais voir reviser les titres d'origine des asthmes réputés dartreux ; je suis convaincu que dans le plus grand nombre de cas au moins, on pourrait remonter à l'arthritisme comme point de départ et cause première de l'asthme et des affections cutanées qui l'accompagnent.

Voilà ce qui me paraît le plus vrai sur la génération de l'asthme, ce qu'on peut faire sortir de l'observation, en restant dans les limites d'une induction légitime.

En partant de ces prémisses, quand nous observons chez un même sujet l'asthme et la tuberculisation pulmonaire, ce qui n'est pas rare, nous devons admettre que ces affections manifestent l'impression de deux diathèses différentes sur un même appareil organique, et ces deux diathèses, au moins dans l'immense majorité des cas, sont l'arthritisme et le tubercule. Je dis le tubercule ; je ne dis pas la scrofule, pour ne pas préjuger une question débattue.

Souvent les antécédents héréditaires expliquent cette coïncidence : le père est goutteux ou asthmatique, la mère est tuberculeuse, ou bien ce sera l'inverse ; d'autres fois il faut monter jusqu'aux aïeux pour trouver l'origine de la diathèse, qui est demeurée latente ou faiblement exprimée dans les ascendants immédiats ; quelquefois douteuse dans ceux-ci, elle se démasque dans les collatéraux ou même dans les descendants. En effet, les diathèses, qui en général précipitent leurs manifestations à mesure que les races se détériorent, peuvent éclater dans les enfants avant de se révéler dans les parents.

L'asthme et la tuberculisation peuvent apparaître dans des rapports divers : le plus souvent peut-être c'est l'asthme qui ouvre la scène ; ses accès se passent sans qu'au milieu des désordres fonctionnels si intenses

qui les caractérisent, aucun signe de tuberculisation devienne appréciable. Cette dernière affection ne se montre que beaucoup plus tard, et l'on peut dans bien des cas déterminer les conditions qui en ont favorisé le développement. Les grossesses répétées, l'allaitement prolongé ou inopportun, l'âge critique, les souffrances morales, les fatigues excessives, les maladies qui laissent après elles une grande débilitation, toutes les circonstances qui dépriment profondément les forces de l'organisme, qui amènent un trouble considérable dans le travail nutritif, peuvent devenir les causes occasionnelles de l'évolution du tubercule.

J'ai soigné une dame russe qui avait dans sa race des antécédents d'arthritisme et de tubercules; vers l'âge de quatorze ans, elle eut un accès d'asthme. Ces accès se répétèrent d'abord à des intervalles très-éloignés; puis, sous l'influence du mariage, de grossesses nombreuses, ils devinrent de plus en plus fréquents. Je l'ai vue, pendant une de ces grossesses, en proie tous les jours à des accès qui duraient six à huit heures, et dont la violence allait jusqu'à l'asphyxie. Cette fois elle accoucha avant terme, les attaques s'éloignèrent. Plusieurs fluxions de poitrine vinrent ébranler sa constitution originellement très-frêle, très-délicate, et épuisée par les fatigues d'une maternité trop féconde. Alors, pour la première fois parurent des hémoptysies, suivies de catarrhe purulent; des signes de tuberculisation se montrèrent au sommet du poumon droit au milieu des phénomènes caractéristiques d'un emphysème généralisé.

Souvent, aux époques cataméniales, les crachats se teintaient de sang, la malade accusait alors une douleur dans le côté droit, et l'on trouvait à la base de ce côté un son mat; un gargouillement bronchique éloigné, suivi d'une expiration soufflante, y remplaçait le bruit respiratoire. Probablement une congestion survenait à la base du poumon, autour de noyaux tuberculeux; peut-être encore une suffusion séreuse se glissait-elle entre les brides cellulaires qui devaient unir dans ce point les deux feuillets de la plèvre? On ne pouvait en effet les supposer libres d'adhérences après de si fréquentes manifestations inflammatoires dans cette région.

De temps en temps le catarrhe bronchique subissait des exacerbations; alors se déclarait une fièvre avec paroxysmes nocturnes, qui tendait aux caractères de la fièvre hectique. En même temps que l'affection tuberculeuse se développait, les accès d'asthme allèrent s'affaiblissant; bientôt même ils se perdirent dans la dyspnée provoquée par la bronchite symptomatique et qui en suivait les phases.

Cette pauvre malade revenait par moments à une santé passable, elle pouvait alors vaquer aux devoirs de la famille et de la société. Dix ans se passèrent dans cette alternative, depuis les premières manifestations de la tuberculisation pulmonaire; et elle vivrait probablement encore, si une

sortie imprudente à Moscou, pendant un hiver rigoureux et dans un costume qui n'était pas en rapport avec la saison, n'avait provoqué une récurrence de pneumonie à laquelle elle succomba.

Nous avons recueilli cette année dans nos salles une observation qui nous montre une affection tuberculeuse des poumons succédant à l'asthme.

X..., âgé de quarante-deux ans, ferblantier, ne peut nous donner sur ses antécédents héréditaires que des renseignements incomplets: il se rappelle seulement que sa mère avait des accès d'asthme et qu'elle est morte à quarante-six ans. Il a eu un enfant qui a succombé à la suite de convulsions. Son haleine a toujours été courte depuis l'âge de onze ans; la dyspnée a augmenté et a bientôt pris la forme d'accès, revenant surtout la nuit, durant de quarante-huit à soixante-douze heures, si violents qu'il était obligé de rester assis auprès d'une fenêtre ouverte pendant toute leur durée. Ces accès se terminaient par une expectoration abondante de mucosités gluantes et de filaments opalins; ils se répétaient à des intervalles qui variaient de quinze jours à trois mois. Depuis l'âge de trente ans, l'intensité des accidents a diminué, et depuis dix-huit mois les accès n'ont pas reparu; la dyspnée, dont il souffrait dans leur intervalle, persiste, mais amoindrie. Il y a un an, il eut une hémoptysie qui s'est renouvelée à deux ou trois reprises. Depuis quelques jours il éprouve une douleur dans le côté droit.

Ce malade est pâle, amaigri; sa poitrine est globuleuse et se soulève en masse à chaque inspiration. On constate par l'auscultation les signes d'un emphysème très-prononcé: des râles sonores et sous-crépitants sont disséminés dans toute la poitrine. Au sommet droit on rencontre de la submatité et une expiration très-prolongée. Le cœur est hypertrophié; ses battements se font sentir à l'épigastre et soulèvent le septième espace intercostal; ses bruits sont sourds et éloignés.

Trois vésicatoires, des expectorants, puis des toniques, mirent le malade en état de quitter l'hôpital.

Chez cet homme les accès d'asthme ont cessé six mois avant l'apparition des hémoptysies, au moment peut-être où la diathèse tuberculeuse prenait possession de l'organisme, ou du moins dans l'imminence de son évolution. L'asthme a laissé à sa suite un emphysème général du poumon et une affection du cœur qui entretiennent un état de dyspnée habituelle; et cependant, affirme le malade, cette dyspnée a beaucoup diminué depuis les premiers symptômes de la tuberculisation. Elle ne

pouvait donc pas être entièrement imputée aux lésions organiques qui l'accompagnaient; celles-ci n'ont pu rétrograder, et le développement des tubercules ajoutait une cause nouvelle au trouble des fonctions respiratoires.

Il faut en conclure que l'influence névropathique de l'asthme sur la respiration peut se faire sentir même dans l'intervalle des paroxysmes.

Ainsi l'invasion de la tuberculisation peut faire disparaître ou modifier profondément les symptômes de l'asthme. D'autres fois, et plus rarement peut-être, les phénomènes se présentent dans un ordre inverse.

J'ai observé, il y a quelques années, un ministre d'un État voisin qui présentait au sommet du poumon droit des signes évidents d'infarctus tuberculeux; des hémoptysies avaient marqué le début de cette affection provoquée par des fatigues excessives et de vives émotions. Pendant plusieurs mois il avait été retenu au lit avec une toux intense, un état fébrile continu, des sueurs, une altération profonde de la nutrition et des forces; un traitement convenable enraya ces symptômes, fit tomber ces phénomènes réactionnels, dont l'acuité pouvait faire craindre une terminaison rapidement funeste; alors on put employer les eaux-bonnes qui atténuèrent considérablement l'élément catarrhal et relevèrent l'énergie des organes nutritifs. Il était en voie de rétablissement lorsque survinrent des accès d'asthme. A partir de ce moment, le malade marcha vers la convalescence d'un pas tel, qu'il put, au bout de quelques mois, reprendre ses fonctions, et prendre une part active aux luttes émouvantes de la tribune parlementaire.

Deux faits analogues ont été observés cette année dans mon service.

L'un m'a été fourni par un homme de cinquante-quatre ans, journalier, ancien militaire; il ne sait rien de positif sur ses antécédents héréditaires, si ce n'est que sa mère est morte subitement; était-ce par suite d'une de ces lésions du cœur ou du cerveau qui relèvent si souvent de la diathèse arthritique? C'est ce que nous ne pouvons déterminer. Cet homme a commis des excès de boissons alcooliques; dans sa jeunesse il a eu plusieurs hémoptysies abondantes. Depuis quatre ans, outre de l'anhélation et des battements épigastriques, il a des accès d'asthme bien caractérisés; depuis lors sa santé est meilleure. Il a contracté, il y a quelques jours, une bronchite aiguë qui a déterminé son entrée à l'hôpital.

Le fait suivant nous montre les deux maladies engagées dans une

espèce de lutte, où chacune tour à tour triomphe ou est vaincue par l'autre; il en montre si clairement l'antagonisme que je crois devoir l'exposer avec plus de détails.

Au n° 3 de la salle Saint-Joseph, est entrée, le 23 mai, une femme de soixante-cinq ans, journalière, maigre, d'apparence cachectique, à la face bouffie, aux pommettes injectées; sa poitrine est globuleuse; autour des malléoles on trouve un peu d'œdème. Cette femme tousse souvent; elle expectore une matière mucoso-purulente, aérée; sa peau est habituellement moite, elle est faible et sans appétit.

Elle ne peut nous fournir aucun renseignement sur la santé de son père; sa mère est morte *poitrinaire* à trente-quatre ans.

Cette femme, étant jeune, avait de fréquentes épistaxis; bien et abondamment réglée de douze à trente-six ans, elle a toujours été *courte d'haleine*; elle ne se rappelle pas avoir eu d'autres maladies que des affections de poitrine; elle est sujette à s'enrhumer, l'hiver principalement. Depuis l'âge de dix-huit ans jusqu'à l'âge de quarante-cinq, presque tous les ans elle avait une fluxion de poitrine dont les suites se prolongeaient pendant plusieurs mois; et chaque fois elle crachait à plusieurs reprises une quantité de sang pur, qu'elle évaluait à un demi-verre. Plusieurs fois, dit-elle, elle fut affectée de pleurésie du côté gauche. Des diarrhées fréquentes venaient contribuer à l'épuisement de ses forces. Il y a environ vingt ans, elle fut prise d'accès d'asthme, revenant la nuit, durant une demi-heure au moins, quelquefois de plus longue durée, et se terminant par une expectoration filante, assez abondante. Ces accès allèrent augmentant d'intensité depuis leur première apparition, revenant tous les sept ou huit jours, plus violents pendant l'hiver que pendant l'été.

Le début de l'asthme a marqué une amélioration très-notable dans la santé de cette malade. Depuis lors plus d'hémoptysies; la diarrhée cessa; les forces revinrent graduellement. Elle conservait toujours néanmoins de la disposition à contracter des rhumes pendant l'hiver, et elle avait de fréquentes palpitations depuis qu'elle était devenue asthmaticque.

A part ces accidents, cette femme jouissait, dans l'intervalle de ses accès, d'une santé relativement bonne qui se maintint jusqu'au mois de février dernier (il y a environ trois mois). A cette époque survint une toux fréquente, avec fièvre le soir et sueurs nocturnes. L'expectoration prit un aspect puriforme; les forces déclinèrent, la malade maigrit; *la dyspnée cessa de venir par accès et devint continue*. Il y a un mois une hémoptysie eut lieu, qu'elle évalue à un demi-verre; en même temps que l'affection pulmonaire, la diarrhée a reparu.

État actuel. Poitrine globuleuse; sonorité générale exagérée, moindre aux

sommets. Au sommet droit, matité relative avec élévation de la tonalité; respiration rude partout, expiration sibilante, sous-crépitation disséminée vers les bases. Sous la clavicule droite la rudesse de l'inspiration est plus marquée, l'expiration est longue et soufflante. Ainsi nous constatons chez cette malade de l'emphysème et une bronchite généralisée; des tubercules existent au sommet du poumon droit. Le cœur et les artères n'offrent aucune lésion appréciable.

Prescription. Riz gommé, décoction de colombo, julep diacodé; vésicatoire au sommet droit; une portion d'aliments.

La diarrhée, entretenue par une mauvaise hygiène, s'arrêta promptement. Un décocté de lichen, édulcoré avec du sirop de quinquina, fut substitué à la tisane de riz; les applications de vésicatoires furent répétées, de dix en dix jours, autour du sommet droit; de l'huile de morue fut administrée à l'intérieur. L'appétit, stimulé par des boissons amères, se développa, et les aliments furent proportionnellement augmentés.

Une amélioration progressive suivit cette médication. Deux mois après son entrée, la malade quitta l'hôpital; la bronchite avait complètement disparu; l'expiration était toujours prolongée et soufflante au sommet du poumon droit; mais ces caractères, passagèrement exagérés sans doute par une congestion autour des noyaux tuberculeux, étaient moins accentués. La malade avait recouvré ses forces, et la *dyspnée semblait vouloir reprendre le type intermittent*. Plusieurs fois, à la visite du matin, nous la trouvâmes dans un état d'orthopnée passagère.

Voici encore une observation dans laquelle l'asthme a succédé aux premières manifestations de la tuberculose pulmonaire et semble en avoir ralenti l'évolution.

Le 17 juin a été admise dans la salle Sainte-Monique une femme de trente et un ans, blanchisseuse. Sa mère est morte poitrinaire, sa sœur est atteinte de la même affection; son père a des hémorroïdes et des varices, il est sujet aux congestions encéphaliques. Elle a eu cinq enfants, dont un est mort phthisique; l'autre a succombé à une maladie convulsive; il ne lui en reste qu'un seul, qui est habituellement affecté de catarrhe et de dyspnée. Ainsi, en ligne ascendante comme en ligne descendante, cette femme compte dans sa famille des tuberculeux. A la suite de souffrances et de privations, depuis cinq ans elle tousse, crache, éprouve de la dyspnée, et, à plusieurs reprises, elle a expectoré, en toussant, du sang pur en quantité notable. Il y a quatre ans, à la suite de l'immersion des pieds dans l'eau froide pendant la période cataméniale, ses règles restèrent dix-huit mois suspendues; la dyspnée a

augmenté et s'est montrée sous la forme d'accès nocturnes qui, depuis trois mois, reviennent presque toutes les nuits et se terminent par l'expectoration d'une matière muqueuse abondante, quelquefois sanguinolente. Les hémoptysies proprement dites sont beaucoup plus rares, et cette femme affirme que sa santé est meilleure depuis qu'elle éprouve ces accès d'étouffement.

Cette malade est maigre, et sa figure porte l'empreinte de ses longues souffrances; sa poitrine est globuleuse, elle offre une sonorité générale exagérée, excepté sous les clavicules, où l'on constate un son obscur; la respiration est rude partout, brusquement interrompue, mêlée çà et là de râles sibilants; le murmure vésiculaire est plus obscur, plus rude, le sibilus plus nombreux aux sommets, dans les points qui offrent un son mat. Le cœur est hypertrophié, et l'on trouve à la pointe un bruit présystolique qui indique un rétrécissement mitral.

Sous l'influence d'une médication tonique et révulsive, cette femme arrive rapidement à un état meilleur qui lui permet de quitter l'hôpital.

Chez cette femme, comme on l'observe le plus souvent chez les asthmatiques, l'affection tuberculeuse n'est pas seulement enrayée dans sa marche, les signes qui la révèlent à l'auscultation sont, sinon masqués, du moins modifiés par l'emphysème: la matité relative du sommet, la faiblesse et la rudesse plus grandes de la respiration, et la concentration des bruits morbides dans cette région, sont les seuls phénomènes stéthoscopiques qui se joignent aux antécédents héréditaires, aux hémoptysies et aux autres troubles fonctionnels, pour accuser l'existence des tubercules. L'amélioration, affirmée par la malade, devait être bien réelle et bien prononcée pour se faire sentir à travers les angoisses si pénibles que l'asthme est venu ajouter à ses souffrances habituelles.

Dans le fait suivant, l'affection tuberculeuse révèle sa présence pendant la jeunesse, puis, trouvant un terrain peu favorable à son évolution, elle reste stationnaire, après avoir produit dans une partie limitée du poumon des lésions indélébiles; à un âge avancé, l'asthme fait explosion. Évidemment ce n'est pas lui qui a enrayé la marche de la tuberculisation; mais la diathèse, dont il est une manifestation, s'était depuis longtemps révélée par d'autres symptômes: migraines violentes, varices, crampes, douleurs articulaires, etc.; et ne peut-on pas supposer que son influence s'est exprimée dans cette circonstance?

X..., journalière, âgée de soixante et un ans, a une sœur asthmatique, son père est mort hydropique. Elle a été réglée de dix-huit à quarante-cinq ans. Pendant longtemps elle a été sujette à des migraines violentes qui reve-

naient surtout aux époques cataméniales et duraient deux ou trois jours. Elle a toujours eu l'haleine courte. A l'âge de vingt-huit ans, elle fut prise d'une toux qui dura trois à quatre mois; pendant quinze jours, elle cracha du sang abondamment. Depuis cette époque, elle a eu plusieurs fluxions de poitrine. Depuis trois ou quatre ans, elle tousse chaque hiver; depuis la même époque, elle est sujette à de fréquents accès d'asthme qui se répétaient parfois toutes les deux ou trois nuits. Depuis deux ans, elle a des palpitations, des vertiges, des crampes, son sommeil est agité par des cauchemars; elle a notablement maigri.

Sa poitrine a une forme globuleuse et présente les signes d'un emphysème généralisé; quelques râles sous-crépitaux sont perçus à la base. Au sommet droit, on constate une matité relative, une tonalité plus aiguë; la respiration y est très-rude, l'expiration se prolonge, et sous la clavicule prend le caractère bronchique. Le cœur est augmenté de volume; deux bruits de souffle, l'un au premier temps et à la pointe, l'autre au second temps et à la base, accusent une double insuffisance de la valvule mitrale et des valvules aortiques. Les artères sont très-indurées, annelées et flexueuses.

La malade est entrée à l'hôpital pour un état gastrique qui s'est modifié après quelques jours de traitement.

D'autres fois l'une des deux affections, au lieu d'imposer silence à l'autre, de la dominer complètement, ne fait qu'en ralentir l'évolution, en atténuer les retentissements sur l'organisme, et exprimer ainsi son antagonisme. Les deux maladies coexistent, mais elles semblent, si je puis parler ainsi, se gêner mutuellement; on voit, sous l'impression de ces deux diathèses, les malades prolonger leur vie, manifestant alternativement ou simultanément cette double influence.

Je me rappelle avoir été appelé, il y a quelques années, auprès d'une vieille dame russe qui offrait toutes les apparences d'un état cachectique très-avancé. Elle était fille de goutteux, toutes ses petites articulations étaient déformées par la goutte; elle avait eu des accès d'asthme, et à plusieurs reprises des hémoptysies. Depuis quelques années, elle avait subi plusieurs atteintes de bronchite aiguë, accompagnées d'une dyspnée qui rappelait les accès d'asthme; ce fut pour une crise de ce genre que je fus consulté. Au milieu d'un emphysème général, on trouvait au sommet droit les signes accusateurs d'un dépôt tuberculeux ramolli; les artères étaient athéromateuses. La convalescence de cette affection fut signalée par un phénomène singulier, qui n'a aucun rapport avec le sujet qui nous occupe, mais trop rare pour que je le passe sous silence; pendant plusieurs jours, sa chemise se couvrit, au niveau du flanc gauche, de taches de sang, assez régulièrement espacées, ayant à peu près de 3 à 5 millimètres de dia-

mètre et suivant une ligne oblique qui représentait assez exactement la direction des nerfs lombaires. Je m'assurai qu'aucune solution de continuité n'existait à la peau; d'une autre part, je ne pouvais soupçonner aucune supercherie, et tout me porte à croire que ce phénomène doit être regardé comme un cas d'hématidrose ou sueur de sang. Cette malade semblait marcher vers un rétablissement prochain lorsque, pendant une quinte violente de toux, elle sentit tout à coup, au-dessous du sein droit, une douleur aiguë, poignante, intolérable, accompagnée d'une dyspnée extrême, portée jusqu'à l'orthopnée, et de cyanose; le pouls était fréquent, petit, très-dépressible; dans toute la région mammaire, on constatait avec un son tympanique une absence complète de bruit respiratoire. Pour expliquer ces symptômes, je pensai qu'une rupture avait eu lieu et qu'un pneumothorax s'était formé, limité et comme cloisonné par d'anciennes adhérences. M. Louis, appelé en consultation, partagea cette manière de voir. La malade succomba; mais la durée de la vie avait dépassé les espérances de ceux qui l'entouraient, et l'on avait peine à comprendre comment, avec une constitution si frêle, elle avait pu résister si longtemps à la grave maladie dont elle était atteinte.

Comme nous les avons vues se partager la vie d'un même sujet, les deux affections diathésiques qui nous occupent peuvent se partager les membres d'une même famille: les uns sont asthmatiques, les autres deviennent tuberculeux. J'en ai observé aux Eaux-Bonnes un remarquable exemple; le fait suivant, recueilli cette année dans notre service, quoique moins concluant, semble pouvoir en être rapproché.

Il s'agit d'un homme de quarante-neuf ans dont le père était asthmatique, très-sujet à des fluxions de poitrine, et est mort subitement; le frère du malade est affecté de varices, sa sœur est phthisique. Pour lui, il est asthmatique depuis son enfance. Il y a dix ans, il fut pour la première fois affecté de rhumatisme articulaire qui depuis cette époque est revenu tous les ans, et il y a trois ans, dans la convalescence d'une scarlatine. Depuis la première attaque, il est sujet à des palpitations. Il fut atteint de coliques de plomb il y a quatre ans. Outre des accès de dyspnée, cet homme a un catarrhe habituel qui s'exaspère facilement. Il se plaint de gastralgie, de vertiges, de fourmillements, de crampes. Depuis six semaines, il souffre d'un rhumatisme articulaire à forme subaiguë. Son cœur a un volume considérable; on entend, en l'auscultant, un bruit de souffle qui suit le premier temps et a son maximum à la pointe (insuffisance mitrale). Les artères sont dures, flexueuses, annelées et rugueuses à leur surface.

L'examen des organes respiratoires fait constater l'existence d'emphysème