

pulmonaire, *sans aucun signe de tubercules*. Comme nous l'avons noté plus haut, cette résistance à l'influence diathésique, qui a frappé la sœur, peut n'être que passagère, et nous avons vu la tuberculisation succéder à l'asthme.

Les observations que nous venons de rapporter éclairent l'influence réciproque de l'asthme et de la tuberculisation. Le fait qui en ressort, c'est un antagonisme entre ces deux affections; elles paraissent, dans un grand nombre de cas, se repousser mutuellement, s'exclure en quelque sorte. Lorsque l'organisme est sous la forte impression d'une diathèse, il semble qu'il soit peu apte à subir l'évolution d'un autre germe diathésique, et cela surtout lorsque les deux diathèses se manifestent dans le même appareil organique, comme l'asthme et la tuberculisation pulmonaire. Dans deux organes différents, il est moins rare de voir deux affections diathésiques se montrer simultanément avec leurs caractères propres: ainsi nous avons reçu cette année dans nos salles six malades qui, avec des signes évidents de tubercules pulmonaires, présentaient des manifestations rhumatismales ou goutteuses; trois de ces malades accusent des antécédents héréditaires bien nets.

Une femme, âgée de trente-neuf ans, était née d'un père rhumatisant, qui mourut apoplectique, deux faits morbides qui ont souvent entre eux une intime connexion. Sa mère était morte phthisique. Cette femme, sujette à des crampes, à des vertiges, à des migraines, phénomènes arthritiques, était hystérique; or l'hystérie, comme bien d'autres névroses, n'est pas rare dans les races goutteuses. Depuis quatorze ans, elle éprouvait des palpitations; à plusieurs reprises elle eut des hémoptysies.

Quand elle fut admise dans nos salles, elle était atteinte, pour la première fois, d'un rhumatisme articulaire à forme subaiguë. Nous constatâmes à la fois chez elle des tubercules pulmonaires compliqués d'emphysème, et une hypertrophie considérable du cœur avec un bruit de souffle au premier temps et à la pointe, signe de l'insuffisance mitrale. Ses artères étaient annelées, sinueuses, médiocrement indurées. Ainsi les lésions cardio-vasculaires avaient chez elle précédé le rhumatisme, et exprimé la diathèse arthritique avant la fluxion articulaire.

Les mêmes conditions héréditaires se sont présentées, mais dans un ordre inverse, chez une femme de 45 ans.

Son père était mort phthisique; sa mère, après avoir été tourmentée par des migraines, des hémorrhoides, des rhumatismes, avait succombé à une

attaque d'apoplexie; à ses aptitudes morbides originelles, cette femme avait ajouté la syphilis. Elle était sujette aux gastralgies et aux crampes; dans les sept dernières années, elle avait subi deux atteintes de rhumatisme, la dernière il y a deux ans; elle était affectée de catarrhe chronique avec emphysème et tubercules; nous ne constatâmes aucune lésion organique du cœur, *mais les artères étaient très-athéromateuses*, altération morbide qui se développe très-souvent sous l'influence de la diathèse arthritique.

Une autre femme, âgée de vingt-sept ans, nous rapporte que sa mère avait de fréquentes migraines; son père était rhumatisant; elle-même, éminemment scrofuleuse, a des migraines, des arthrites sèches, des tubercules au premier degré; ses artères sont très-athéromateuses; le cœur paraît être dans ses conditions normales.

Nous avons observé des phénomènes analogues chez une femme de 34 ans, dont la mère était également sujette à des migraines.

Deux phthisiques, âgés l'un de 34 ans, l'autre de 35, sont entrés dans nos salles, atteints de rhumatisme articulaire subaigu, qui dure depuis six mois chez le premier, depuis trois mois chez le second; celui-ci présente les signes d'une insuffisance aortique, tous deux sont nés de pères rhumatisants; leurs artères sont athéromateuses.

Le premier de ces malades est encore aujourd'hui dans mon service, un an après son entrée; on peut le regarder comme guéri de la double affection dont il était atteint. Après avoir présenté des sueurs colliquatives, une diarrhée intense et prolongée, une toux violente et opiniâtre, il a vu s'apaiser graduellement, pour disparaître, les symptômes qui se rattachaient à la tuberculisation pulmonaire; en même temps la diathèse rhumatismale semblait prédominer, le malade accusait de vives douleurs; il en est délivré aujourd'hui, il est gras, a bon teint, ne tousse plus, et offre toutes les apparences de la santé; un peu d'obscurité de son et de défaut d'expansion au sommet droit sont les seuls vestiges de son ancienne maladie. Pendant plusieurs mois j'ai fait prendre à ce malade de la solution de Fowler.

La dernière de ces observations a pour sujet une femme de soixante et un ans qui présentait des signes d'emphysème et de tuberculisation circonscrite. Elle avait eu des migraines, de fréquentes attaques de rhumatisme qui, depuis six mois, s'était localisé sous une forme chronique dans les pieds et dans les mains. Ses urines étaient habituellement sédimenteuses, on entendait dans la région précordiale deux bruits de souffle ayant tous deux leur maximum à la pointe du cœur (insuffisance et rétrécissement de la valvule mitrale). Les artères étaient athéromateuses. Les conditions hérédi-

taires étaient exprimées par deux faits qui, sans être insignifiants, fournissaient plutôt des présomptions que des données positives : son père était mort apoplectique, et elle avait eu un enfant qui avait succombé au carreau.

Ce que nous avons dit de l'influence réciproque de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire peut être généralisé, et appliqué aux deux diathèses qui produisent ces affections. Si ces deux diathèses ne s'excluent pas, en général elles se gênent, elles se modifient mutuellement, sous l'influence de la diathèse tuberculeuse, le rhumatisme tend à la chronicité; il n'a pas cette franche acuité qu'il présente quand il est libre de toute complication. Moins généralisée, moins mobile chez les strumeux, l'arthrite rhumatisale tend facilement et quelquefois très-rapidement à l'état fongueux : deux, trois semaines suffisent quelquefois pour accomplir cette transformation. C'est là un autre côté, très-curieux à étudier, de l'influence que les diathèses exercent les unes sur les autres. Leur rencontre dans le même organisme, au lieu d'amener un antagonisme qui les tient toutes deux en échec, ou qui fait triompher l'une aux dépens de l'autre, semble alors aboutir à une sorte de transaction; elles paraissent devenir les coefficients d'une même manifestation morbide, d'une même lésion, dont les caractères témoignent de cette double origine, dont la marche est modifiée par cette double influence. L'acné des strumeux n'est pas l'acné des arthritiques, et cependant il y a des formes intermédiaires qui conduisent de l'un à l'autre. Chez les scrofuleux, l'asthme est plus humide, l'élément catarrhal est beaucoup plus prononcé. Ces faits nous conduisent donc à admettre une action combinée des diathèses; mais peut-être cette alliance n'a-t-elle lieu qu'entre les manifestations secondaires ou affaiblies des diathèses, et non pas entre celles qui en sont pour ainsi dire la plus haute expression. Je doute qu'un vrai gouteux, tourmenté par de franches et vives attaques de goutte, devienne tuberculeux tant qu'il sera en plein développement, en pleine puissance de la goutte. Les diathèses sont des modalités de la vie; quand un organisme a pris une certaine manière de vivre, il en prend difficilement une autre. Les maladies aiguës elles-mêmes, qui ne sont que des modalités passagères, diminuent souvent l'appétit de l'organisme à subir d'autres impressions morbifiques. Ainsi il résultait d'une statistique, faite il y a quelques années à l'hôpital des Enfants, qu'un enfant, entrant dans cet hôpital pour une simple indisposition, contractait plus facilement les maladies

contagieuses qui y règnent habituellement, que celui qui y était admis pour une maladie vive et bien déterminée.

En résumant toutes ces considérations et les appliquant plus spécialement aux rapports de l'asthme et de la tuberculisation pulmonaire, nous dirons qu'il y a une sorte d'antagonisme entre ces deux maladies, qu'elles paraissent s'exclure mutuellement dans certaines races prédisposées à leur double atteinte : que, chez le même sujet, le développement de l'une semble enrayer ou affaiblir la marche de l'autre (1).

La complication de ces deux affections fait subir à leur expression symptomatique certaines modifications que je dois signaler. L'asthme aboutissant presque inévitablement à l'emphysème, cette altération du parenchyme pulmonaire modifie les signes de la tuberculisation. Il ne faut pas s'attendre à ces matités, si caractéristiques des dépôts tuberculeux, quand elles existent au sommet des poumons; la distension, l'infiltration gazeuse des vésicules, restées saines, peuvent compenser l'obstruction et l'induration de celles que le tubercule a envahies. Mais, si la matité bien accentuée fait défaut, l'examen comparé des deux côtés de la poitrine fera percevoir des nuances de son et de tonalité surtout, qui, rapprochées d'autres symptômes, acquièrent un grande valeur diagnostique.

L'expiration prolongée pourra se perdre dans le sibilus expiratoire de l'emphysème. La faiblesse du bruit respiratoire est imputable à l'emphysème; mais, au lieu de cet affaiblissement qui peut aller jusqu'au silence du murmure vésiculaire, au lieu de cet effort d'inspiration brusquement interrompu, avec une sorte de clapotement, comme si une soupape venait obstruer tout à coup le tube aërifère, quand l'emphysème a acquis des proportions considérables, l'induration tuberculeuse substitue ordinairement au bruit d'expansion un bruit sec, rude, quelquefois saccadé.

Les râles muqueux peuvent être généralisés dans certaines formes de bronchites qui accompagnent les périodes avancées de l'asthme; et quand ils sont plus intenses, plus agglomérés à l'un des sommets, on

(1) L'antagonisme de l'asthme et du tubercule a été envisagé à un autre point de vue. Au lieu de placer dans l'asthme et dans la diathèse qu'il exprime la raison de cette opposition, on a cherché à l'expliquer par le changement de structure que l'emphysème fait subir au poumon; on a supposé que le produit morbide se propageait plus difficilement au milieu des vésicules dilatées ou rompues. Dans des leçons faites en 1860, à la Pitié, j'avais déjà discuté cette hypothèse fondée sur une donnée presque mécanique et peu en rapport avec les lois qui régissent les phénomènes vitaux.

peut se demander si des dilatations des bronches ne sont pas venues succéder à l'inflammation prolongée de ces conduits. Mais les craquements tuberculeux sont plus prononcés au sommet qu'à la base; leur timbre n'est pas en général celui du simple râle muqueux; et quant aux dilatations bronchiques, leur siège plus rare sous la clavicule, l'expectoration qui les accompagne, souvent fétide et amenée au dehors par une sorte de vomissement, l'absence de troubles graves de la nutrition dans un grand nombre de cas, permettront d'en soupçonner l'existence. Il y a là des difficultés réelles; mais une observation attentive et répétée parvient presque toujours à les résoudre.

En résumé: 1° il faut attacher une grande importance à la comparaison des résultats fournis par l'exploration des deux poumons; 2° on doit éclairer les phénomènes locaux par l'appréciation des troubles fonctionnels et de l'état général; 3° la localisation des râles au sommet, principalement sous la clavicule, jointe à une faiblesse relative de la sonorité et surtout à une *tonalité plus aiguë*, fera soupçonner des tubercules.

Si les bronches sont environnées d'une infiltration pneumophymique, si au sein du parenchyme induré se sont creusées de petites excavations, les râles muqueux y prennent un timbre éclatant, quelquefois presque métallique, tout spécial, et qui est pour les bruits muqueux ce que la bronchophonie est pour la voix et la toux. Ces deux actes respiratoires doivent aussi être étudiés avec soin; leur retentissement, leur tonalité, fournissent des indications sur l'état du tissu pulmonaire: souvent c'est dans l'inspiration qui précède une quinte de toux qu'éclatent des craquements inaperçus dans les inspirations ordinaires (1).

Enfin, chez les tuberculeux emphysémateux, il n'est pas rare de voir survenir des congestions ou des pneumonies du sommet; déjà suspectes par leur siège, elles peuvent apporter au diagnostic des données plus positives en modifiant la densité du tissu pulmonaire et lui permettant de transmettre à la surface du poumon les bruits profonds, masqués par l'emphysème.

(1) J'ai remarqué que chez certains sujets la toux fait quelquefois écho sous l'oreille; elle se dédouble alors en bruit buccal et en bruit thoracique profond, en général plus aigu que le premier. Cet écho de la toux, quand il existe loin de la racine des poumons, m'a paru lié à une induration du tissu pulmonaire autour de tuyaux bronchiques d'un certain calibre, et ce signe m'a permis quelquefois de diagnostiquer, à l'origine, des indurations phymateuses qui se sont manifestées plus tard par des symptômes plus accusés.

Si les considérations que nous venons d'exposer sont fondées, elles éclairent le pronostic de la tuberculisation pulmonaire compliquée d'asthme; elles peuvent ajouter aussi quelques indications thérapeutiques utiles à celles qui sont tirées des deux maladies.

Si l'élément arthritique ou névropathique domine, les calmants, les antispasmodiques, devront avoir une grande part dans la médication; les climats doux, comme ceux de Pau, de Pise et de Rome, seront préférés en général à l'atmosphère stimulante des villes méditerranéennes. Je dis en général, parce que dans l'asthme, comme dans toutes les névroses, il n'y a pas de règle absolue, et que certaines conditions individuelles peuvent modifier les indications communes. C'est dans ce cas aussi que, parmi les eaux minérales, les eaux arsenicales, comme celles de la Bourboule ou du Mont-Dore, pourront être préférées aux eaux sulfureuses. Celles-ci, au contraire, seraient plus efficaces si l'élément strumeux était l'élément principal de l'état morbide, si le catarrhe était abondant et persistait entre les accès, si la constitution, peu excitable ou profondément débilitée, ne devait pas faire craindre l'action des stimulants. Alors des climats comme ceux de Madère ou de Menton pourront offrir ce double avantage de relever le ton de l'organisme sans le soumettre à cette stimulation excessive qu'un air trop vif lui fait éprouver.

APPENDICE.

Les observations recueillies cette année (1863) dans mon service viennent à l'appui des propositions que je viens d'énoncer: 17 malades y ont été admis accusant des accès d'asthme ou en ayant été affectés antérieurement.

Sur ces 17 cas, 6 fois l'asthme était héréditaire: 4 fois dans la ligne paternelle, avec cette particularité qu'une fois le père et l'aïeul en avaient été successivement atteints; 2 fois il avait été transmis par les mères, et une de celles-ci avait eu des rhumatismes, des migraines, des hémorroïdes, et avait succombé à une hémiplégie.

2 de ces 6 asthmatiques avaient été affectés de rhumatisme articulaire, 2 de rhumatisme musculaire, 1 autre était hémiplegique.

5 fois nous avons constaté une lésion grave du cœur: hypertrophie avec insuffisance mitrale, 3 fois; avec insuffisance aortique, 1 fois; hypertrophie simple, 1 fois.

Dans 5 de ces 6 cas, les artères, trouvées athéromateuses, l'ont été 4 fois au degré le plus avancé.

D'autres phénomènes, qui se montrent souvent sous la dépendance de l'arthritisme, comme des hémorroïdes, de la gastralgie, des vertiges, ont été observés chez 2 malades.

Des 11 autres asthmatiques, pour lesquels on ne peut pas établir une transmission héréditaire directe, 2 ont subi plusieurs attaques de rhumatisme articulaire, 2 autres ont souffert de rhumatismes musculaires. Avec ces manifestations, on a observé, chez l'un d'eux, des migraines; chez 2, des vertiges, des crampes, de la gastralgie. Ces derniers symptômes, accompagnés une fois de varices et de migraine, ont été dans 2 autres cas les seuls phénomènes qu'on puisse attribuer à la diathèse arthritique.

9 fois le cœur était malade, hypertrophié, avec rétrécissement mitral dans 4 cas, avec insuffisance mitrale dans 3.

10 fois les artères étaient plus ou moins athéromateuses, et, dans le seul cas où je ne les ai pas trouvées altérées, il y avait un rétrécissement mitral.

L'examen des antécédents héréditaires, malgré les lacunes inévitables qu'il laisse regretter, nous donnera des résultats encore plus significatifs. Sur ces 11 malades, 6 avaient eu des parents atteints de goutte ou de rhumatisme, et, parmi ceux-ci, 3 seulement avaient présenté des manifestations analogues; chez les 3 autres, l'asthme avait été le seul témoignage de l'héritage arthritique. En les ajoutant aux 4 rhumatisants dont nous avons fait mention plus haut, il en résulte que, dans 7 de ces 11 cas d'asthme, l'arthritisme et le rhumatisme se sont manifestés, avec des caractères incontestables, soit chez les malades eux-mêmes, soit chez les ascendants.

Des 4 autres malades, l'un qui ignorait ses antécédents, avait des varices; un autre, qui en était également affecté, se rappelait que sa mère avait des varices et des hémorroïdes; la mère du 3^e était morte subitement; celle du 4^e souffrait d'une dyspnée dont nous n'avons pu déterminer la nature.

Pour contrôler ces résultats, en étudiant la question sous une autre face, il faut rechercher comment l'asthme exprime son influence sur la génération, alors qu'il ne se transmet pas sous sa forme propre; ou, en d'autres termes, chez les enfants des asthmatiques, qui ne le deviennent pas eux-mêmes, quels sont les états morbides qu'on observe le plus souvent et qu'on peut attribuer à une origine diathésique commune?

J'ai observé 10 malades qui se trouvaient dans cette condition.

Dans 5 cas, le père était affecté d'asthme 2 fois compliqué de goutte; 3 fois la mère était sujette à la migraine, affection qui, le plus souvent *au moins*, relève de la même diathèse.

Une fois l'aïeul était asthmatique et le frère hémorroïdaire.

Chez les 4 derniers malades, l'asthme existait chez la mère, une fois accompagné des symptômes de la goutte.

Je ferai remarquer en passant que voilà encore 3 cas dans lesquels l'asthme et la goutte ont été observés chez les mêmes sujets.

Examinons maintenant ce qui s'est passé chez leurs descendants: 3 d'entre eux ont eu des rhumatismes articulaires, auxquels s'ajoutèrent, chez l'un d'eux, des céphalalgies fréquentes et de la gastralgie; un autre, après avoir souffert de céphalalgie, de crampes, de douleurs erratiques, devint hémiplégique.

3 autres se plaignaient de rhumatismes musculaires; une des femmes qui composent ce groupe avait été affectée d'hémiplégie faciale, d'hémorroïdes et de céphalalgie; une autre avait des crampes, spasme tonique très-commun chez les arthritiques.

Ainsi donc, 6 fois sur 10, le rhumatisme articulaire ou musculaire a été la descendance de l'asthme.

Deux autres malades avaient des migraines très-intenses, accompagnées chez l'une de vertiges, d'hémorroïdes et de varices, chez l'autre de gastralgie et d'hypochondrie. Ces deux malades étaient des femmes, et je ferai remarquer que si leur sexe est moins exposé à la goutte *articulaire*, la migraine est beaucoup plus commune chez elles que chez les hommes (1).

Celui dont l'aïeul était asthmatique et le frère hémorroïdaire était hémorroïdaire lui-même. Le dixième n'accusait d'autres phénomènes

(1) Quand on examine avec attention les faits dans lesquels on prétend que *la goutte saute une génération*, on reconnaît le plus souvent que cette interruption dans la transmission n'est qu'apparente; la goutte, au lieu de se transmettre sous sa forme *articulaire*, peut revêtir une de ces nombreuses transformations qui naissent de la même racine diathésique et qui la font méconnaître. La fille d'un goutteux peut n'avoir pas d'arthrite, mais elle a des coliques hépatiques, de la gravelle, de l'asthme, des migraines, des névropathies opiniâtres; son fils est arthritique. On reconnaît sous sa forme typique la maladie de l'aïeul, et on la lui attribue; on oublie cet anneau intermédiaire, dans la chaîne de l'hérédité, qui en établit la continuité. Si l'on ne voit dans la goutte que l'arthrite goutteuse, on a raison de dire qu'elle est rare chez les femmes; mais rien n'est plus faux, si l'on rattache à cette maladie les nombreuses manifestations morbides sous lesquelles elle se larve, et qui ne lui appartiennent pas moins que l'affection articulaire, regardée avec raison comme son expression la plus caractéristique.

morbides que ceux qui dépendaient de l'affection grave du cœur dont il était atteint.

Si maintenant nous dirigeons notre attention sur l'appareil cardio-vasculaire, si souvent touché par la diathèse arthritique, nous trouvons sept fois le cœur hypertrophié, avec insuffisance aortique dans un cas, dans trois cas avec insuffisance mitrale, dans deux avec rétrécissement mitral.

Chez ces dix malades, les artères étaient athéromateuses, sept fois elles l'étaient au degré le plus avancé et entre autres chez un sujet de 29 ans qui ne présentait aucun signe de lésion cardiaque.

Ici, j'ai hâte de faire une réserve : ces observations, ayant été recueillies dans l'intention d'éclairer l'histoire de l'athérome et presque exclusivement sur des sujets atteints de cette affection, ne peuvent nous donner la proportion véritable des lésions cardio-vasculaires chez les asthmatiques, et chez leurs ascendants ; mais, si je m'en rapportais à mes souvenirs, tout en admettant que cette proportion peut être ici exagérée, je dirais qu'elle est néanmoins très-considérable.

DES CAUTÉRISATIONS DU LARYNX

DANS CERTAINES MALADIES (1).

Sommaire. — Manuel opératoire. — De divers caustiques liquides ou pulvérulents. Cautérisation dans la laryngite tuberculeuse, — dans la laryngite varioleuse, etc. Observations.

MESSIEURS,

Au numéro 3 de notre salle Saint-Bernard est une malade que nous avons trouvée dans le service au mois de janvier. Deux ordres de manifestations morbides attiraient tout d'abord l'attention ; notre visite provoquait chez elle, par l'émotion qu'elle lui causait, cette respiration haute, haletante, tumultueuse, habituellement costale supérieure, plus rarement diaphragmatique, que je vous ai signalée comme un des premiers signes extérieurs ou au moins comme une présomption de l'hystérie. En effet, cette femme nous assurait qu'elle était sujette à des *attaques de nerfs*, et la pression de la région ovarienne gauche, en même temps qu'elle éveillait une vive sensibilité, fit éclater sous nos yeux une de ces attaques. Mais, en même temps, cette femme était aphone ; on pouvait se demander si cette aphonie, qui durait depuis cinq mois, n'était pas de nature hystérique. Le timbre éraillé du chuchotement qui remplaçait la voix, la toux rauque et catarrhale, l'expectoration opaque jaunâtre qu'on trouvait dans son crachoir, me firent rejeter cette supposition, et l'obscurité relative du son, l'inspiration saccadée, l'expiration prolongée, l'écho de la toux, que je constatai dans les régions sus- et sous-claviculaire droites, me firent admettre une complication tuberculeuse qui devait, au bout de quelques semaines, se révéler par des phénomènes plus accentués. La malade nous raconta qu'elle avait eu, pendant son enfance, des engorgements ganglionnaires ; elle toussait habituellement pendant l'hiver. Depuis quatre ans, elle n'avait presque jamais cessé de tousser à la suite d'une bronchite plus intense que les précédentes ; depuis la même époque, elle a une otorrhée habituelle, qui a succédé à un abcès du conduit auditif. Son visage est pâle et son embonpoint blafard accuse une disposition lymphatique.

(1) Leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu et publiée dans le *Bulletin général de Thérapeutique*, 15 mai 1867.