

CHAPITRE VIII

MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

Ce chapitre contient vingt-quatre observations, concernant diverses affections des voies respiratoires.

Les immortels travaux de Laennec ont établi sur des bases solides, et la symptomatologie et l'anatomie pathologique de presque toutes les maladies du poumon. Nous assistons, actuellement, à un retour bien curieux, bien intéressant vers les idées de ce grand maître sur la tuberculose; on peut le dire, il a créé d'emblée, et la clinique et la maladie, et son histoire doctrinale.

Les études histologiques qui, pendant longtemps, ont été contraires aux vues de Laennec, paraissent aujourd'hui lui fournir un appoint puissant. Il importe d'enregistrer tous les faits de tuberculose, pouvant apporter un élément d'appréciation, si minime qu'il soit, à la discussion encore pendante; et, d'ailleurs, ces faits renferment quelquefois des détails cliniques intéressants, comme ceux des observations qui suivent.

— La première (obs. LXXV) est un cas de *goître ordinaire*, offrant cette particularité clinique, qu'il plongeait derrière

le sternum. Le corps thyroïde, dans son ensemble, était relativement assez développé, et son lobe moyen, surtout, présentait, à sa région inférieure, un volume considérable. Cette portion de la tumeur, dirigée de haut en bas, était en partie cachée à la base du cou, car le lobe hypertrophié pénétrait sous le sternum. Cette situation de l'organe tuméfié explique pourquoi il gênait la respiration, en comprimant la trachée. De temps à autre, sous certaines influences, le goître se congestionnait et l'augmentation très-rapide, presque soudaine, de son volume devenait le point de départ d'un accès de dyspnée. Parfois les accès, ainsi provoqués, duraient fort longtemps; quelques-uns, même, semblaient menaçants pour la vie.

J'ai vu, à Beaujon, l'an dernier, dans le service de M. le professeur Gubler, un malade de la salle Trabuchi, n° 32, mourir dans de semblables conditions: il avait un goître assez volumineux; le lobe moyen pénétrait profondément derrière le sternum; de temps à autre, il survenait de violents accès de suffocation. A part ces accès et la gêne continuelle de la respiration, la santé générale était bonne. Quand le malade toussait, ou quand la dyspnée s'établissait, on voyait, sous l'influence des efforts qu'il faisait, le corps thyroïde, en entier, remonter en haut, et accomplir ainsi un véritable mouvement ascensionnel, qui avait pour résultat de diminuer la compression de la trachée. Un après-midi, subitement, sans cause connue, le malade se met à suffoquer; le corps thyroïde reste en place: en un quart d'heure, cet homme mourait asphyxié. Je dois ajouter que ce malade était emphysémateux. On peut se demander jusqu'à quel point l'emphysème n'est pas, dans des cas de ce genre, la conséquence de la compression de la trachée, et le résultat des difficultés habituelles de l'inspiration, surtout de celles qui se produisent lors des accès de suffocation. Cette interprétation trouverait un appui dans

l'observation LXXV, car le malade qui en est le sujet était aussi légèrement emphysémateux.

Je ferai encore remarquer que chez ce jeune homme, on entendait un bruit de cornage très-net, comme signe de compression de la trachée; le maximum du bruit entendu à l'aide du stéthoscope, à la partie postérieure du cou, était, au niveau de la septième vertèbre cervicale, la proéminente.

— Les observations LXXVI, LXXVII, LXXVIII, sont des exemples classiques d'emphysème pulmonaire, avec ou sans bronchite concomitante. On sait combien il est fréquent d'observer, dans les cas d'emphysème un peu étendu, des accès d'asthme symptomatique, survenant, comme l'asthme essentiel, surtout la nuit. La malade de l'observation LXXVI présentait cette complication. En effet, la nuit, souvent elle était réveillée par une sensation de constriction à la ceinture, remontant en arrière dans le dos, jusqu'à la nuque : alors elle était prise d'étouffements; elle restait la bouche ouverte, cherchant à faire des mouvements respiratoires; elle courait à la fenêtre, et s'agitait beaucoup pour faire disparaître cet état dyspnéique. Après chaque accès, la malade était obligée d'uriner, et elle urinait, assez abondamment.

La polyurie se rencontre quelquefois chez les emphysémateux (obs. LXXVII), ainsi que l'albuminurie (obs. LXXVIII).

L'asystolie pulmonaire, par emphysème, n'est pas absolument rare, et l'une des conséquences ordinaires de l'état asystolique, est souvent une anasarque généralisée. J'ai vu, en pareil cas, employer avec succès la diète lactée. Comme M. Vulpian me l'a, bien des fois, fait remarquer, il faut, pour qu'elle réussisse : 1° qu'elle soit très-sévère; que le malade ne mange rien, et ne boive pas autre chose que le lait; 2° que la quantité de lait, donnée chaque jour, soit relativement considérable, 4, 5 à 6 litres. Lorsqu'au

bout de sept à huit jours de ce traitement, la diurèse n'était pas établie, M. Vulpian ajoutait, à la diète lactée, de la macération de digitale. Nous avons obtenu ainsi de remarquables succès chez plusieurs malades qui paraissaient désespérés, tellement l'anasarque était intense et généralisée, la respiration gênée, l'asphyxie imminente.

— L'observation LXXIX est un cas de *pneumonie lobulaire* chez l'adulte; le fait n'est pas très-rare, bien que la pneumonie lobulaire soit bien plutôt une maladie des deux périodes extrêmes de la vie. Chez l'adulte et chez le vieillard, assez souvent la pneumonie lobulaire devient cohérente : des lobules voisins, ou plutôt des portions voisines d'un lobe se prennent par poussées inflammatoires successives, et une région plus ou moins étendue de l'organe peut se trouver ainsi envahie par la pneumonie lobulaire. On voit alors, à l'autopsie des malades qui succombent sous l'influence de cette variété de pneumonie, et pour peu qu'on y prête attention, le dessin des parties qui ont été successivement prises, comme on voit sur des cartes de géographie coloriées, les diverses provinces, ou les divers départements d'un pays se distinguer les uns des autres, par leurs teintes différentes. Il est facile de reconnaître, dans cette sorte de pneumonie, les îlots les plus récemment envahis; ils sont généralement plus rosés, moins anémiés que les autres : ceux-ci sont blancs jaunâtres ou grisâtres. C'est cette pneumonie qui porte le nom de pneumonie pseudo-lobulaire. On trouve toujours ou presque toujours des îlots de pneumonie lobulaire bien isolés dans d'autres régions du même poumon et dans l'autre poumon. Dans certains cas, chez l'adulte surtout, la multiplication de l'épithélium, son gonflement, les épanchements fibrineux intra-alvéolaires, la prolifération des éléments du tissu intra-alvéolaire, de ceux des parois vasculaires, le processus morbide en un mot, tout se fait avec une grande

rapidité et une grande intensité. Par suite de ces modifications, tous les éléments se trouvent réciproquement comprimés dans les alvéoles; la nutrition intime y languit, y devient insuffisante : de là une caséification plus ou moins prompte, d'une étendue plus ou moins grande, des tissus altérés. M. Vulpian nous a dit, à diverses reprises, qu'il avait observé dans un petit nombre de cas, mais d'une façon qui ne lui avait laissé aucun doute, ce mode de caséification pulmonaire chez des individus dont les poumons ne présentaient aucune lésion tuberculeuse ancienne, et sans qu'on pût alléguer une influence héréditaire. Pour lui, il n'hésite pas à admettre, à titre d'exception il est vrai, la pneumonie caséuse simple, sans origine tuberculeuse.

Chez notre malade de l'observation LXXIX, les lésions n'ont pas été jusque-là. C'est la pneumonie lobulaire ordinaire que l'on a constatée chez lui : c'est du moins ce qu'il est permis d'inférer de la marche de la maladie et de ses symptômes. La pneumonie pseudo-lobulaire se révèle toujours à un certain moment de son évolution et de sa marche envahissante, par une matité plus ou moins étendue et du souffle tubaire au niveau de cette matité. Or, il est noté dans l'observation LXXX que la percussion ne faisait rien constater d'anormal.

On doit encore remarquer que, chez ce malade, il y a eu un point de côté assez violent. Ce phénomène avait certainement pour cause une pleurésie localisée, produite dans la région de la plèvre qui confinait à un des îlots de pneumonie lobulaire. Cet îlot devait être en effet superficiel, comme le sont si souvent, presque toujours, les îlots des pneumonies lobulaires. D'ailleurs l'existence d'une respiration soufflante, vers la partie moyenne et postérieure des deux côtés du thorax, indiquait le siège qu'occupait un des îlots hépatisés.

Ajoutons que ce malade était franchement alcoolique ;

on sait que, chez les sujets alcooliques, la bronchite, compliquée de pneumonie lobulaire, n'est pas absolument rare.

— Les observations LXXX, LXXXI, sont deux cas de *pleuro-pneumonie aiguë*. La particularité clinique intéressante, dans le premier cas, est l'hémoptysie, plusieurs fois répétée, qui s'est montrée deux ans avant le début de la maladie actuelle. Il est difficile de se faire une idée très-nette de la cause de cette hémorrhagie, car, ni dans les renseignements antérieurs, ni dans l'étude de l'état présent du malade, on ne trouve de symptômes pouvant faire penser à la tuberculose, ou à toute autre affection chronique de l'appareil respiratoire. Dans le second cas, l'hémoptysie s'est produite au début de l'affection aiguë, alors que la congestion pulmonaire, qui précède l'inflammation, était à son maximum ; il est à remarquer que ces cas de pneumonie, avec hémoptysie, s'observent surtout lorsqu'il existe une complication de pleurésie.

Le malade de l'observation LXXXI avait eu, plusieurs années auparavant, des fièvres intermittentes de longue durée, lesquelles, depuis, se sont plusieurs fois reproduites. Or, chez lui, la fièvre cyclique de la pleuro-pneumonie n'a pas été influencée par l'intoxication palustre, comme cela arrive assez souvent, de véritables accès de fièvres intermittentes éclatant à propos d'une maladie aiguë quelconque.

Le tableau qui suit l'observation montre la courbe de la quantité d'urée rendue chaque jour ; elle a été constamment, à part une seule fois, au-dessous du chiffre moyen de l'état normal.

— L'observation LXXXII est un exemple de pleurésie aiguë, *passée à l'état chronique*, et ayant résisté à tous les moyens de traitement médicaux ; il a fallu la thoracothèse pour guérir la maladie. Il faut noter, en passant, que ce malade, à un moment donné de sa convalescence, a été

pris de sueurs nocturnes extrêmement abondantes ; il en a été débarrassé très-vite par l'emploi de pilules de sulfate d'atropine de 1/2 milligr. ; je reviendrai plus loin sur ces faits.

— Les observations LXXXIII, LXXXIV, concernent deux cas de *pleurésie traumatique*. Je ferai remarquer, à propos de la première, la violence du point de côté, sans *fractures de côtes* ; il s'est agi, dans le cas particulier, d'une pleurésie sèche. Chez le second malade, au contraire, il s'est agi d'une pleurésie avec épanchement ; il est vrai que cet épanchement a été fort peu considérable.

— L'observation LXXXV est un exemple de *pleurésie aiguë* chez un malade atteint de tuberculose pulmonaire, à marche extrêmement lente. La pleurésie, caractérisée par un épanchement de moyenne abondance, *siégeait à gauche*, et occupait la base de la poitrine ; elle a duré plus de trois semaines. La tuberculose pulmonaire était une tuberculose acquise, à phénomènes physiques et fonctionnels très-peu accentués, à lente évolution ; il faut ajouter que le malade était un alcoolique avéré. A l'âge de 34 ans, il a eu un abcès froid symptomatique d'une maladie de l'os iliaque ; la lésion osseuse était vraisemblablement de nature tuberculeuse ; aujourd'hui, il n'existe plus que la trace de la cicatrice résultant de la plaie de la peau, plaie faite pour la ponction de l'abcès.

— L'observation LXXXVI concerne un cas de *granulie aiguë* ou plutôt de tuberculisation granuleuse aiguë, appartenant à la variété dite *forme suffocante ou asphyxique*. Les phénomènes dominants, en effet, ont été au point de vue physique, comme au point de vue fonctionnel, ceux de la bronchite capillaire. Il faut ajouter, toutefois, que l'on a constaté, en outre, un état typhoïde très-marqué, avec stupeur, fuliginosités des gencives, langue sèche, etc. Peut-être, dans l'espèce, faudrait-il admettre une combinaison

des deux formes de la tuberculisation granuleuse aiguë, à savoir la forme asphyxique et la forme typhoïde.

L'autopsie de cette malade nous a montré toute l'exactitude du diagnostic posé par M. Vulpian. En effet, M. Vulpian ne s'était pas borné à dire qu'il s'agissait d'une tuberculisation granuleuse aiguë ; il avait affirmé que nous avions sous les yeux un cas de tuberculisation granuleuse aiguë généralisée, et il avait annoncé que l'on trouverait des granulations semblables à celles des poumons, dans les principaux viscères abdominaux, mais en plus petit nombre. Suivant lui, il en est presque toujours ainsi dans la vraie tuberculisation granuleuse à marche rapide, dans celle qui est caractérisée anatomiquement par des granulations d'un volume moindre que les granulations tuberculeuses ordinaires. Ces tubercules, à demi transparents ou tout à fait transparents, sont rarement marqués au centre d'un point jaunâtre. Leur présence est traduite symptomatiquement, soit par une bronchite capillaire aiguë, suffocante, soit par des phénomènes généraux typhoïdes.

Or chez cette malade (LXXXVI), on a trouvé des granulations tuberculeuses, non-seulement dans les poumons, mais encore dans les reins et le foie. Ces granulations étaient un peu plus grosses qu'elles ne le sont d'ordinaire dans les cas auxquels nous venons de faire allusion. Il y avait, dans un des lobes supérieurs, un amas de matière caséuse crayeuse, mollasse comme du mortier, indice d'une ancienne lésion tuberculeuse.

On doit noter aussi la grande quantité d'albumine trouvée dans l'urine : c'est là un fait assez rare, même dans les cas où, comme dans celui-ci, les reins contiennent des granulations tuberculeuses.

Chez la femme de l'observation LXXXVII, ce n'est plus d'une véritable tuberculisation granuleuse aiguë (*granulie* de M. Empis) qu'il s'agit, mais d'une tuberculose pul-

monaire à marche rapide. Chez cette femme, la maladie a commencé par des troubles névropathiques, par de l'affaiblissement général, etc. Un médecin de la ville, se croyant en présence de manifestations hystériques, ordonna des douches froides. Le traitement fut rigoureusement suivi pendant quelques jours; il eut pour conséquence, à n'en pas douter, de précipiter l'évolution de la phthisie pulmonaire dont les premières atteintes s'étaient traduites par les symptômes d'affaiblissement, d'anémie, de névropathie, que nous venons de mentionner. L'autopsie n'a pas pu être faite, mais le diagnostic ne présentait réellement aucune difficulté. On aurait trouvé chez cette femme les poumons parsemés d'innombrables tubercules, les uns encore grisâtres en partie, les autres plus ou moins jaunâtres, caséifiés; de plus, aux sommets, on aurait constaté des cavernes en voie de formation, et çà et là des îlots de pneumonie tuberculo-caséuse. Peut-être eût-on rencontré aussi des ulcérations tuberculeuses de l'intestin, en voie de production.

— L'observation LXXXVIII est un exemple de tuberculose chronique, à marche très-lente, sans grande réaction générale, tuberculose dont les débuts ont été surtout caractérisés par des troubles dyspeptiques.

Toute jeune, la malade a eu des manifestations de la diathèse scrofuleuse; plus tard une attaque de rhumatisme articulaire aigu, puis une pneumonie; peut-être une pleurésie. Elle s'était à peu près remise de ces diverses maladies et de la fièvre typhoïde qu'elle a eue à 15 ans, lorsque subitement, dans la nuit, elle fut prise de nausées, de vomissements; elle dit même avoir vu du sang dans les matières vomies. Puis elle eut une douleur vive, continue, au creux de l'estomac, douleur avec irradiations multiples; les digestions étaient toujours pénibles; elle maigrit beaucoup.

Le jour de son entrée, on constata les signes évidents d'une bronchite du sommet droit; mais il n'existait pas de râles humides; après deux mois de séjour à l'hôpital, les signes de tuberculisation s'étaient affirmés, et, à son départ, la malade avait une petite caverne au sommet du poumon droit.

On a beaucoup insisté sur ces formes de tuberculose pulmonaire, à lente évolution, qui commence ainsi par des troubles dyspeptiques très-accentués.

— L'observation LXXXIX est un cas de *tuberculose chronique* développée chez une malade qui avait eu autrefois des *fièvres intermittentes*, ayant duré assez longtemps. Je rapporte cette observation parce que l'on a soutenu que l'organisme, en puissance de la malaria, ne pouvait être atteint de la phthisie pulmonaire. Cette doctrine de l'incompatibilité entre l'impaludisme et la phthisie, a d'ailleurs été déjà combattue par divers auteurs.

— L'observation XC contient des détails cliniques des plus intéressants; le diagnostic, à propos de ce malade, a été longtemps en suspens; il a été oscillant entre le *cancer du poumon* et la *tuberculose chronique localisée*.

Plusieurs raisons plaidaient en faveur de l'hypothèse du cancer: 1° l'état général: le malade était pâle, anémié, cachectique; il présentait une teinte jaunâtre, ayant beaucoup de rapport avec celle que l'on observe chez les cancéreux; 2° l'âge: le malade avait 58 ans; 3° l'expectoration, qui n'offrait pas les caractères de celle des phthisiques; longtemps le malade n'a eu que des crachats aérés, muqueux; ce n'est que tard qu'il a expectoré des crachats purulents; 4° les signes physiques: le côté droit du thorax était déformé, de telle sorte que, de ce côté, la poitrine avait subi une ampliation extrêmement prononcée. La cage thoracique, bombée, saillante; les côtes, presque immobiles, donnaient à cette partie du thorax un aspect tout

particulier. Il existait, dans toute la partie soulevée, une matité absolue, complète; les vibrations thoraciques étaient conservées; sur le pourtour de la partie mate, on entendait de gros râles muqueux; ceux-ci se montraient surtout abondants en avant de la poitrine, tandis que, du côté gauche, la respiration avait un timbre à peu près normal; on entendait simplement quelques râles de bronchite; 5° parfois le malade éprouvait des douleurs très-vives dans le thorax, au niveau du 9° espace intercostal, ou bien, suivant la ligne axillaire, de haut en bas, dans une étendue de 5 à 6 centimètres; ces douleurs s'irradiaient quelquefois dans le bras droit; 6° les ganglions du creux sus-claviculaire droit étaient un peu engorgés, durs, roulant sous la peau, légèrement douloureux; 7° un jour, à la suite d'applications de ventouses sèches, faites sur le côté droit, on vit se développer les ganglions lymphatiques de la région; ils devinrent durs, douloureux à la pression, et on sentait facilement les cordons noueux dessinés par les lymphatiques enflammés; ils reliaient entre eux les divers ganglions engorgés; ces phénomènes ont persisté plus de quinze jours.

Le diagnostic : tuberculose chronique localisée, a été cependant celui que M. Vulpian a définitivement adopté, en se basant sur les signes suivants : le malade n'a jamais eu de crachats jus de groseille, si caractéristiques et si fréquents dans le cas de cancer du poumon; en outre, après cinq mois de traitement, il est sorti *très-amélioré*, et de son état général, et de son état local; de plus, pendant le dernier mois de son séjour à l'hôpital, il a eu des crachats purulents, déchiquetés (il est vrai que l'examen microscopique de ces crachats n'y a jamais montré de fibres élastiques : fait qui se présente quelquefois, même dans les tuberculoses pulmonaires dont le diagnostic est le plus sûrement établi); enfin, sa maladie a commencé d'une

façon aiguë; au début, il paraît bien, d'après les renseignements qu'il donne, avoir eu une pleurésie.

Telle est l'histoire clinique de ce malade. On peut voir, par cette observation, à quelle difficulté de diagnostic on est exposé en pareil cas.

— L'observation XCI est un exemple de plus de la tuberculose, chez les individus de la race nègre. Ce qui a dominé longtemps chez la malade, ce sont les troubles gastriques. Je ferai remarquer, en outre, qu'elle a succombé, dans le cours d'une tuberculose avec caverne, par le fait d'une hémoptysie foudroyante. L'autopsie n'a pu être faite, le corps ayant été remis entier à M. le professeur Broca pour des études anthropologiques. Peut-être l'hémorragie, qui a été mortelle, dépendait-elle d'un de ces anévrysmes dont on s'est occupé dans ces dernières années, anévrysmes qui se développent dans les cavernes, aux dépens des vaisseaux des parois.

— L'observation XCII présente un certain intérêt clinique. On a depuis longtemps signalé la difficulté que peut parfois présenter le diagnostic entre les grandes cavernes, creusées au sein du parenchyme pulmonaire, et le pneumo-thorax. Tous les signes physiques, en effet, sont parfois les mêmes, dans l'un et dans l'autre cas : sonorité exagérée à la percussion; souffle amphorique, tintement métallique, bruit d'airain, etc.; c'est un exemple de ce genre que nous avons eu sous les yeux, chez la malade de l'observation XCII. M. Vulpian n'a cependant pas hésité à formuler le diagnostic : vaste caverne adossée à la paroi thoracique antérieure, et n'étant plus séparée de cette paroi que par une couche plus ou moins altérée de tissu pulmonaire, ou même simplement par la plèvre épaissie. Il s'est fondé sur ce qu'à aucun moment de l'évolution de la maladie, il n'y avait eu de signes de pénétration brusque d'air et de matière pultacée dans la plèvre; sur le siège