

l'année dernière, où il eut une affection aiguë des voies respiratoires sur les suites de laquelle il venait me consulter. » On entendait un souffle tubaire intense au sommet qui venait d'être pris de phlegmasie; autour de ce souffle perçu dans la fosse sous-épineuse et dépassant un peu le bord inférieur de l'omoplate, il y avait des craquements secs et humides; ces mêmes craquements existaient au sommet opposé, et c'était tout.

Les confrères du malade avaient très exactement reconnu une pneumonie tuberculeuse et l'avaient néanmoins assez énergiquement et fort heureusement traitée. L'embonpoint était conservé, l'aspect général restait celui de la vigueur; seulement la face était un peu pâle et il y avait des palpitations avec essoufflement à la suite d'une longue marche ou de l'ascension d'un escalier. L'appétit était excellent et les digestions se faisaient bien. Ce que ce confrère voulait savoir, c'était d'abord si, indépendamment de ses tubercules, il avait une maladie du cœur: c'était, d'autre part, s'il pouvait continuer l'exercice de sa profession. Il n'y avait pas d'affection cardiaque, mais des palpitations symptomatiques d'une tuberculisation momentanément aggravée; et il me sembla qu'avec plus de réserve qu'autrefois on pouvait reprendre les occupations médicales en s'abstenant des corvées obstétricales et des visites nocturnes. Je sais que la chose a été faite, et sans dommage pour la santé.

Vous pouvez rapprocher ce fait de celui de cet autre médecin, dont je vous ai parlé à propos de l'alcoolisme et de la tuberculisation, chez lequel un intervalle de vingt-deux ans sépara l'hémoptysie du début de la pneumonie tuberculeuse terminale (1).

J'ai rapporté à la granulation et à l'hypérémie du parenchyme les trois types que je viens de vous signaler.

Je les ai rapportés à la *granulation* parce qu'à l'autopsie on ne trouve que des granulations aux points des poumons où, pendant la vie, on n'entendait que des craquements; — dans le cas, par exemple, où l'un des poumons fait entendre les bruits des lésions les plus profondes (souffle caverneux, pectoriloquie et

(1) Voir plus haut, leçon XLI, p. 95, et leçon XLII, p. 101.

gargouillement), alors que l'autre poumon ne laisse percevoir que des craquements, celui-ci ne présente que des granulations, tandis que celui-là vous offre les ulcérations et les lésions congestives et inflammatoires les plus étendues du parenchyme. Dans le cas encore où la mort a lieu par le fait de la phthisie aiguë, ce ne sont que des granulations que l'on rencontre du haut en bas de ces poumons où partout on ne constatait que des craquements secs et humides.

J'ai rapporté ces trois types à l'*hypérémie* par cette raison également qu'à l'autopsie c'est de la congestion périphérique, de la congestion du parenchyme autour de chaque granulation, que l'on trouve dans les points où se percevaient les bruits de craquements pendant la vie.

Je n'ignore pas que mon ami le docteur Cornil a attribué les craquements pulmonaires à d'autres conditions anatomiques. L'explication physique qu'il en donne se rapproche de celle que le professeur Parrot a fournie du bruit de crépitation, à savoir le déplissement, par l'air inspiré, des parois alvéolaires aplaties par l'exsudat inflammatoire. Seulement je ne crois pas que l'explication de M. Cornil soit aussi exacte que celle de M. Parrot. M. Cornil, en effet, rapporte le bruit de craquement au déplissement des lobules sains comprimés par les lobules malades augmentés de volume: « l'air en pénétrant dans ces lobules comprimés les déplisse, ce qui produit le bruit de craquement. » Mais cette théorie explicative conduit à cette conclusion forcée et bien inattendue que *PLUS il y aurait de lobules malades, MOINS il y aurait de craquements*, puisque, par hypothèse, le nombre des craquements est en rapport avec celui des lobules restés sains et que ce nombre de lobules sains décroît proportionnellement avec les progrès du mal. Or cette conclusion est en complet désaccord avec les faits cliniques, attendu qu'à mesure que marche la maladie et que s'étendent les lésions, s'étendent parallèlement les bruits de craquements secs et humides, c'est-à-dire, en fait, que plus il y a de lobules malades, plus il y a de craquements; ce qui enfin est d'accord avec ce que nous voyons et ce que je vous dis, que le craquement a lieu par congestion du parenchyme autour des granulations. Il est bien évident, d'ailleurs, que, si

la durée de la vie le permet, aux craquements succéderont le souffle, dû à l'induration par hépatisation et infiltration, succédant à la congestion; et les râles cavernuleux, puis caverneux, dus au ramollissement et à l'ulcération, succédant à l'induration.

Ce qui prouve bien, d'ailleurs, que les craquements sont dus à de la congestion périphérique, c'est l'action qu'a sur eux la révulsion. Un vésicatoire, des ventouses scarifiées en diminuent l'abondance et l'éclat, ou peuvent même pour un temps les faire disparaître; ce qui n'aurait pas lieu s'ils étaient dus au déplissement des vésicules restées saines.

Physiquement, ce que les granulations produisent et peuvent seulement produire alors qu'à leur origine elles siègent au sein d'un tissu pulmonaire non encore hyperémié (1), c'est la sécheresse du bruit respiratoire et sa rudesse presque soufflante (dans d'autres cas son obscurité); c'est l'expiration prolongée; c'est la respiration saccadée; et, dans tous ces cas, simultanément la diminution de la sonorité et de l'élasticité à la percussion.

Je ne m'arrêterai pas à vous expliquer comment la présence de granulations rend le déplissement pulmonaire sec, rude et presque soufflant, mais je crois devoir vous dire comment il se fait que parfois les granulations obscurcissent le murmure vésiculaire au lieu de l'exalter jusqu'au souffle; c'est alors qu'elles sont *disséminées* tout à travers un sommet et *non conglomérées*: chacune d'elles amoindrit d'autant le murmure des vésicules et contribue à diminuer la sonorité en même temps que l'élasticité du parenchyme; mais, étant distantes les unes des autres, elles ne peuvent donner au tissu pulmonaire cette densité locale, circonscrite, qui transforme le bruit respiratoire en bruit soufflant.

Physiquement encore, on conçoit que les granulations, diminuant l'élasticité des poumons, augmentent la durée de l'expiration, celle-ci s'effectuant par le retrait des poumons, et la rapidité de ce retrait étant proportionnelle à l'élasticité du tissu. Eh bien, le même fait, la présence de granulations, produit la *respi-*

(1) Voir, plus haut, p. 174, 220, 254 et 269.

*ration saccadée*. Alors, en effet, le poumon est devenu à la fois plus dense, moins souple et moins élastique: de la différence de souplesse des diverses tranches des poumons il résulte que, dans l'inspiration, les parties saines se déplissent les premières, les parties envahies par les granulations se déplissant ensuite et de telle façon que les plus malades d'entre elles se déplissent les dernières; d'où l'on a, au lieu d'une inspiration unique, une inspiration en deux temps, ou en trois temps, ou même une série de saccades inspiratrices qui rend la respiration comme ondulante. De la différence d'élasticité des diverses couches pulmonaires, il résulte également leur retrait successif et non simultané, d'où l'expiration saccadée. Et je suis heureux d'être ici d'accord, dans l'interprétation du phénomène, avec Audry, Bourgade, et surtout Hérard et Cornil.

Cette respiration saccadée, qui est le premier résultat physique nécessaire de la présence de granulations dans le poumon, est ainsi, cliniquement, le *premier indice dénonciateur* de leur présence. A ce titre, il mérite qu'on le connaisse à fond, qu'on le recherche et qu'on sache le découvrir; ce qui n'a pas toujours lieu, aucun signe n'étant plus souvent méconnu.

La saccade respiratoire est plus fréquente dans l'inspiration que dans l'expiration; l'inspiration en deux temps est plus fréquente que celle en trois temps ou davantage (respiration ondulante). On l'entend mieux dans l'inspiration de moyenne force que dans l'inspiration très énergique (la violence de l'effort surmontant l'obstacle au déplissement des parties malades), ou que dans l'inspiration faible (celle-ci ne faisant se déplisser que les parties saines et laissant les malades immobiles, d'où une inspiration en un seul temps). Quant à la moindre fréquence de la saccade dans l'expiration, elle me paraît due précisément à ce que ce temps de la respiration s'opérant par le retrait élastique des poumons, et produisant normalement un bruit moins intense que celui de l'inspiration, on n'entend dans les efforts respiratoires ordinaires d'un poumon envahi par les granulations que le bruit expirateur des parties saines, l'expiration retardée des parties malades se faisant avec une telle faiblesse qu'elle reste alors inentendue.

Il est certain qu'une *différence de densité* d'origine quelconque

BIBLIOTHÈQUE  
FAC. DE MÉD. U. A. N. E.

dans les diverses couches du poumon peut entraîner le déplissement successif de ces couches et, par suite, produire la respiration saccadée. Ainsi je vous l'ai fait constater dans certains cas de pneumonie en voie de résolution ; on peut même l'entendre au cas d'adhérences pleurales, comme l'ont justement dit Colin, J. Arnoult et H. Roger ; mais au sommet des poumons, mais chez un jeune sujet où l'on constate la respiration saccadée dans les conditions que nous venons de déterminer, tenez pour assuré qu'elle signifie « tuberculisation pulmonaire ».

Chaque jour vous pouvez avoir cliniquement la preuve que la respiration saccadée est un des premiers signes de la tuberculisation pulmonaire ; ainsi, dans un même poumon on peut percevoir au sommet des bruits cavernuleux ou caverneux, plus bas des craquements, et plus bas encore de la respiration saccadée ; c'est-à-dire des bruits qui décroissent comme les lésions et, là où nous les savons être le plus récentes et le moins étendues, la respiration saccadée seulement ; — ou bien encore, alors que la lésion n'est pas symétrique dans les deux poumons, d'un côté de la poitrine les signes les plus éclatants du ramollissement et de l'ulcération du parenchyme, et, de l'autre côté, longtemps après la constatation des signes précédents, l'apparition de la respiration saccadée.

Chronologiquement, vous pouvez constater qu'à cette respiration saccadée succèdent les craquements, puis les autres bruits des lésions plus profondes de la tuberculisation qui évolue, c'est-à-dire que ces autres bruits se substituent à la respiration saccadée à mesure que l'hypémie périphérique remplace l'anémie ; l'irritation du parenchyme, sa tolérance ; la régression du produit morbide, sa période de début et d'état. Chronologiquement encore, vous pouvez constater que des tranches inférieures des poumons qui naguère respiraient normalement respirent avec saccades, et suivre ainsi de l'oreille l'invasion successive du parenchyme.

Eh bien, ce signe de la récente invasion du parenchyme par la granulation naissante, que la clinique vous démontre ne pouvoir correspondre qu'à cette lésion récente, l'anatomie pathologique vous fait voir qu'il se produit au milieu d'un tissu pulmo-

naire envahi par des granulations grises, demi-transparentes, et *non hypérémié*, ou l'étant à peine.

On entend parfois la respiration saccadée chez les *hystériques* ; mais la chose est éphémère et semble due à une certaine émotion de la respiration ; car la saccade respiratoire cesse dans le cours d'une exploration, même peu prolongée, ou à la suite d'un effort de toux ; enfin la même personne peut la présenter un jour et ne la présenter plus le lendemain. D'ailleurs, cette saccade nerveuse de la respiration a un caractère de douceur que ne possède pas la respiration saccadée d'origine tuberculeuse. Celle-ci, en effet, n'est pas seulement permanente, pendant toute la durée d'un examen, comme à tous les examens successifs, elle est encore sèche, rude et parfois soufflante ; enfin elle est parfois aussi accompagnée de bruits nettement tuberculeux, tels que craquements secs ou humides.

On pourrait prendre, et je l'ai vu faire, pour de la respiration saccadée, le frottement de deux étoffes l'une sur l'autre ; par exemple, dans un cas où le diagnostic avait la plus haute importance, j'ai constaté une *fausse respiration saccadée* par le fait du frottement (pendant les mouvements respiratoires) de l'étoffe d'une camisole *sur sa doublure* ; comme il n'y avait aucune modification plessimétrique, je pensai qu'il y avait erreur, et cela dû au frottement des deux étoffes, j'auscultai à nu, la respiration était pure. Il faut donc toujours ausculter le sommet de la poitrine sur la peau nue ou recouverte d'une *seule* étoffe, mouchoir ou serviette fine. Encore une minutie de grande importance.

Dans tous les cas que nous venons de voir, l'hémoptysie a dénoncé la tuberculisation et donné avec éclat la date probable de l'affection ; au moins est-ce là un point de départ irrécusable pour ceux qui jusqu'à cet accident n'avaient pas examiné les malades et ne sont consultés qu'à son sujet. Pour quelques-uns même nous savons que cette hémoptysie serait la cause de la tuberculisation (1), parce que, à partir de là, ils ont entendu des craquements humides, et n'avaient pas su peut-être, chez

(1) Voir plus haut, leçon L, *Qu'il n'y a pas de « phthisis ab hæmoptoe »*, p. 248 et suiv.

temps aux deux sommets, mais plus intense à gauche ; il n'y avait d'ailleurs ni toux ni oppression. Le jeune homme passe les hivers à Menton, les étés à la campagne ; il a fait l'année dernière une cure aux Eaux-Bonnes ; il est toujours pâle, mais n'a pas maigri ; et il persiste à ne pas tousser, bien qu'on le surveille à ce sujet de la façon la plus scrupuleuse. La respiration saccadée ne s'est pas étendue en dix-huit mois ; parfois même ce signe s'affaiblit au point d'être difficilement perçu ; puis d'autres fois on l'entend plus facilement.

Une particularité très remarquable chez ce jeune homme est la basse température constante des extrémités inférieures et supérieures ; les mains ne sont pas seulement froides, elles sont souvent en même temps légèrement humides, de façon à donner au contact la sensation de la peau de grenouille. C'est là un fait que j'ai rencontré chez quelques tuberculeux et spécialement dans un cas dont je vais vous parler tout à l'heure.

Ces faits où la tuberculisation serait peut-être pour quelques-uns contestable et discutée s'éclairent par ceux où, après une longue période de respiration saccadée, survient l'hémoptysie ; par ceux encore où, à la suite d'une hémoptysie, on n'entend que de la respiration saccadée ; par ceux enfin où, après l'hémoptysie ou en même temps qu'elle, il y a de la respiration saccadée, puis des craquements, puis toute la série des accidents stéthoscopiques de la tuberculisation.

Dans le premier ordre de faits je vous citerai le suivant : une jeune demoiselle, type de fraîcheur et de beauté, très active, très mondaine, et qui semblerait encore pour tous pleine de santé (n'était pour le médecin la plus grave perturbation des menstrues, qui manquent parfois plusieurs mois de suite), tousse continuellement depuis quatre ans, tantôt sous la forme de « hem ! » et par le fait d'une angine pharyngée glanduleuse, tantôt de la façon ordinaire aux affections catarrhales, qu'elle contracte avec la facilité que nous avons vue être propre aux tuberculeux. Son angine glanduleuse a résisté à toutes les cures thermales les mieux dirigées, comme ses désordres menstruels, aux préparations ferrugineuses les plus diverses et à l'alimentation la plus réparatrice ; angine et dysménorrhée tenant à la diathèse

tuberculeuse en puissance. Jamais cependant, même au moment des manifestations catarrhales intercurrentes, je n'avais pu entendre que les quelques râles propres au catarrhe bronchique, lorsqu'il y a un an je perçus pour la première fois de la respiration saccadée des deux côtés, dans les fosses sus-épineuses et sous les clavicules, plus manifeste à gauche où la sonorité était amoindrie. Six mois plus tard, cette jeune fille eut une hémoptysie qui persista trois jours et fut très abondante pendant vingt-quatre heures. Elle a un peu pâli depuis lors, mais n'a encore rien perdu de son embonpoint. Elle n'a toujours que de la respiration saccadée.

Une autre jeune demoiselle encore au couvent, également rose, fraîche et potelée, ayant cette riche chevelure châtain cendré aux reflets chatoyants et dorés, dont Trousseau me disait qu'elle était « une menace de tuberculisation », m'est adressée pour dire ce que je pensais de sa santé générale (il s'agissait d'un mariage projeté). De chaque côté j'entends de la respiration saccadée en deux temps dans l'inspiration, et je déclare à qui de droit ce qu'il en fallait craindre. Jusque-là cependant il n'y avait rien eu, me dit-on, du côté de la poitrine, et la demoiselle dansait, courait, sans paraître en éprouver de malaise. Huit jours plus tard, j'apprenais qu'à peine rentrée au couvent, à la suite de fatigue par une « journée très chaude », elle avait une hémoptysie considérable et prolongée.

Dans d'autres cas, une hémoptysie se produit, on est consulté pour la première fois à ce sujet, et alors, comme longtemps après cet accident, c'est seulement de la respiration saccadée que l'on perçoit. Il y a un an que je vois à des intervalles d'un à deux ou trois mois une dame de trente-huit ans qui eut tout à coup une hémoptysie très abondante, à la suite de fatigues, de veilles prolongées auprès d'un malade et d'un grand chagrin de la mort de celui-ci. Il y avait à ce moment quelques bulles de craquements humides qui disparurent après l'application de vésicatoires volants répétés, et depuis lors je n'entends plus que de la respiration saccadée. Ce n'est nullement de la poitrine que se plaint cette dame, mais de l'estomac : elle est atteinte en effet de dyspepsie symptomatique très douloureuse.

Depuis un an également nous n'entendons que de la respiration saccadée et sèche chez un malade que soigne le docteur Ramlow, que mon ami le docteur Léon Andral a l'occasion de voir, et qui n'a consulté qu'à cause de son hémoptysie. Ce jeune homme est également dyspeptique, surtout depuis le siège de Paris, où il a eu à subir de nombreuses privations malgré sa richesse. Il a les mains froides et visqueuses comme le jeune garçon de tout à l'heure (1).

Enfin une hémoptysie se produit, on entend à peine, en cherchant bien, de la respiration saccadée ; tout semble rentré dans l'ordre et le médecin ne perçoit toujours que de la respiration saccadée, puis, deux ans ou trois ans plus tard, se déroule la série des signes de la tuberculisation. Ainsi, il y a cinq ans, en septembre 1871, un jeune homme est opéré de la fistule à l'anus, la cicatrisation est à peine obtenue, qu'il est pris d'une hémoptysie formidable qui dure quatre jours. La question était de savoir si l'accident était d'origine tuberculeuse ; or, après la disparition des râles humides qui accompagnent l'hémoptysie abondante, je découvre dans la fosse sus-épineuse gauche, de la respiration saccadée en deux temps, assez faible pour que le chirurgien ne l'entende que par politesse. Pendant près de trois ans on put douter ainsi de l'existence de tubercules chez ce jeune homme ; puis survint à la suite de débauches nocturnes une nouvelle hémoptysie, et cette fois les craquements secs et humides persistèrent ; le malade a pâli depuis lors, il commence à présenter l'aspect d'un phthisique et l'on constate à ses deux sommets, surtout à gauche, des râles cavernuleux mélangés aux craquements humides (2).

Dans ce cas, comme dans tous ceux que je viens de vous rapporter, il n'y a jamais eu un moment de fièvre ; et la tolérance des pneumogastriques est remarquable : sauf dans deux cas où il y a de la dyspepsie, le pneumogastrique stomacal reste indiffé-

(1) Un an plus tard, ce malade du docteur Ramlow succombait à la phthisie pulmonaire la plus évidente ; l'affection avait pris, dans les quatre derniers mois de la vie, la forme *fébrile continue*. (Voir, sur cette forme, la leçon LVI.)

(2) Voir plus loin (leçon LIX) comment a fini ce jeune homme à la respiration saccadée, si peu accentuée et tellement significative néanmoins.

rent et la digestion parfaite ; chez tous, le pneumogastrique cardiaque présente la même indifférence, et il n'y a ni fréquence nerveuse du pouls ni palpitations ; chez tous enfin, le pneumogastrique pulmonaire est aussi des plus patients, de sorte que la toux est nulle ou n'a lieu qu'autant qu'il est nécessaire à l'expulsion des crachats perlés de l'angine glanduleuse, pour ceux qui en sont affectés, ou des crachats muqueux ou purulents de la phlegmasie périphymique, chez notre dernier jeune homme.

C'est grâce à cette indifférence du pneumogastrique stomacal que l'appétit et les forces se conservent et que la lésion tuberculeuse reste un long temps comme isolée dans l'organisme. Si, dans de telles conditions, le malade peut, à l'exemple de tous ceux dont je vous parle, fournir à son estomac les aliments les plus réparateurs, à ses poumons l'air le plus pur et à sa peau la température la moins rude : aller l'hiver à Menton, à Cannes ou à Pau, l'automne à Arcachon ou à Biarritz, et l'été à la campagne, ne séjournant à Paris qu'au printemps ; il peut espérer, comme ces malades, de rester longtemps avec ses granulations sommeillantes.

La thérapeutique générale de la tuberculisation est l'hygiène, mais c'est chez des tuberculeux de cette espèce qu'elle est surtout triomphante. Aux aliments ordinaires il faut associer les corps gras et en particulier l'huile de foie de morue, le laitage ou le koumys ; les vins généreux, la bière et le vin de quinquina. La thérapeutique spéciale est anticongestive ; c'est ici à prévenir la congestion périphymique qu'il se faut attacher : révulsion par les mouches de Milan, puis par la teinture d'iode ou le coton iodé ; dérivation par un vésicatoire permanent au bras ou un cautère (cela, vous ne pourrez l'obtenir d'une jeune fille).

BIBLIOTHÈQUE  
FAC. DE MED. V. G. N. S.