

traction spasmodique des muscles inspirateurs. — A côté de l'asthme essentiel, il convient de placer l'asthme rénal. D'après Mac Ilwaine, tout asthme, qui débute après le milieu de la vie, serait, dans l'immense majorité des cas d'origine rénale et marquerait le stade préalbuminurique des néphrites¹.

La coqueluche semble due à une irritation du pneumogastrique, provoquée par l'agent pathogène de la maladie (voir t. I, p. 190) ou ses sécrétions, ou encore par l'adénopathie trachéo-bronchique, mais ici la contraction spasmodique porterait sur les muscles expirateurs.

C. LES MALADIES DU CŒUR. — On sait que la dyspnée est fréquente dans les affections du cœur. Elle résulte des désordres de la circulation cardio-pulmonaire, entraînant la congestion, l'œdème du tissu pulmonaire et l'insuffisance des échanges gazeux, d'où surabondance d'acide carbonique dans le sang. Dans la dyspnée cardiaque, l'hématose est incomplète, même si l'on donne aux malades de l'oxygène pur à respirer.

L'angine de poitrine est présentée par quelques auteurs comme s'accompagnant d'une dyspnée intense. Il est vrai que, pendant l'attaque, le malade est en proie à une angoisse qui lui fait craindre une suffocation imminente ; cependant, si l'angine est essentielle, les mouvements respiratoires présentent leurs caractères habituels ; ils ne sont troublés que lorsque l'angine est liée à une lésion du cœur ou de l'aorte, et la dyspnée est alors le fait de la maladie première et non de l'angine.

D. LES MALADIES QUI ENTRAVENT L'ACCÈS DE L'AIR DANS LES POUMONS, telles que les lésions organiques placées sur le trajet des voies aériennes : tumeurs de l'arrière-gorge, du cou ; corps étrangers introduits dans les voies aériennes ou l'œsophage ; œdème de la glotte, spasme de la glotte, croup ; polypes du larynx, etc. Dans la plupart de ces conditions on observe du tirage sus et sous-sternal.

1. Cependant l'asthme peut débiter tardivement chez la femme, comme conséquence de la ménopause ; il cède alors souvent à l'opothérapie ovarienne (C. H.).

E. LES AFFECTIONS FÉBRILES, car la fièvre, exagérant les phénomènes nutritifs, augmente la consommation d'oxygène et la production d'acide carbonique : l'échange gazeux doit donc être plus actif à la surface du poumon et il en résulte une plus grande fréquence dans la respiration. Les expériences de Fick ont montré, en outre, que l'hyperthermie excite le centre respiratoire.

F. LES INTOXICATIONS QUI AGISSENT SUR LE CENTRE RESPIRATOIRE BULBAIRE, OU QUI SONT EN RAPPORT AVEC UNE ALTÉRATION DES GLOBULES SANGUINS LES RENDANT INAPTES A ABSORBER L'OXYGÈNE, comme : — la forme spéciale de dyspnée, désignée sous le nom de *respiration de Cheyne-Stokes*, qu'on rencontre surtout dans l'urémie (indépendamment de tout œdème pulmonaire) et qui semble due à une diminution d'excitabilité du bulbe ; on voit le malade rester quelques secondes sans respirer, puis les mouvements thoraciques reparaissent faibles et superficiels d'abord, augmentant d'intensité, dépassant à fréquence normale, puis se ralentissant à nouveau et s'arrêtant ; — la dyspnée si spéciale de l'acétonémie : « Les malades sont pris tout d'un coup d'une angoisse terrible ; ils mettent en jeu tous leurs muscles inspirateurs ; le diaphragme se déprime, la poitrine se soulève avec force ; malgré sa faiblesse, sa prostration, l'acétonémique fait des efforts inouïs pour respirer, sans, pour cela, se soulever sur son lit, et cependant, malgré cet obstacle à l'hématose, l'auscultation ne révèle rien dans la poitrine : c'est là le caractère essentiel de cette dyspnée » (de Gennes).

G. La dyspnée, avec essoufflement dans la marche, difficulté à courir et à monter les escaliers, peut être due encore à de la *dyspepsie* ; elle présente alors ce caractère de disparaître quand l'estomac est vide.

= Est-il besoin d'ajouter que plusieurs de ces causes se réunissent souvent pour produire la dyspnée ?

= La dyspnée ne constitue pour le diagnostic et le pronostic qu'un élément sans très grande valeur. Cependant, pour ne

citer que les cas les plus remarquables, nous dirons que — une dyspnée intense, survenant brusquement chez un phtisique, doit faire craindre un *pneumothorax*; — la fréquence de la respiration jointe aux frissons et aux grandes oscillations de la température doit, chez un opéré ou une femme en couches, faire craindre le développement d'une *infection purulente*; — survenant dans le cours d'une maladie septique ou d'une albuminurie, une dyspnée intense est toujours d'un fâcheux présage; lorsqu'elle s'accompagne de tirage sus et sous-sternal elle indique un obstacle laryngé à la respiration: œdème de la glotte, croup, faux croup. — D'autre part, la cessation de l'orthopnée est, au même titre que celle de la toux et de l'expectoration, d'un mauvais présage au cours de la pneumonie, lorsque la fièvre et les signes locaux persistent.

— Les maladies du poumon et de la plèvre s'accompagnent encore de plusieurs **symptômes généraux** ou de **manifestations éloignées**, de nature diverse, qui ne se prêtent pas à une étude sémiotique spéciale.

Ce sont: la *fièvre* indiquant un travail phlegmasique;

Des *désordres circulatoires* divers, dont les uns se rattachent à la gêne de la circulation pulmonaire, les autres à l'appauvrissement du sang;

Des *troubles nutritifs* exprimant la souffrance des divers organes qui ne reçoivent plus la ration d'oxygène nécessaire à l'accomplissement régulier de leurs fonctions, etc., etc.

Diagnostic des maladies du poumon et de la plèvre.

Les lésions primitives ou secondaires du poumon et de la plèvre sont si fréquentes, l'état de ces organes peut être apprécié d'une façon si facile et si précise, que, alors même qu'aucun signe rationnel (douleur de côté, toux, dyspnée, crachats, etc.) n'appellerait votre attention de ce côté, vous devrez toujours procéder à leur examen¹. Bien souvent votre diagnostic se fera rapidement, car vous constaterez un de ces sym-

ptômes éclatants et significatifs qui ne se prêtent guère à de fausses interprétations, mais ne vous prononcez pas à la hâte, que la découverte de ce signe guide seulement vos recherches, car, outre que cette précipitation serait une preuve d'inexpérience, votre diagnostic doit encore indiquer le siège, l'étendue de la lésion, la période à laquelle elle est arrivée, etc., toutes choses qui ne peuvent être précisées que par un examen méthodique et complet.

Rappelons-nous aussi que, malgré les immenses progrès que Laënnec a fait faire au diagnostic des maladies de la poitrine, il est encore bien des cas embarrassants.

Après avoir rapidement retracé les traits caractéristiques sous lesquels se présentent ordinairement les maladies de poitrine, nous indiquerons les principaux caractères de chacune d'elles.

Caractères indicatifs. — Voici une personne, quel que soit son âge, qui tousse depuis quelques jours: elle a, au début, éprouvé un peu de fièvre, de malaise, d'anorexie, des douleurs sternales s'exaspérant par la toux; vous entendez, surtout en arrière et vers la partie moyenne des poumons, des râles secs, vibrants ou muqueux; vous diagnostiquez une *bronchite*. Si la bronchite s'accompagne d'une grande dyspnée, il y a lieu de craindre qu'elle ne soit *capillaire*.

Les quintes de toux avec inspiration sifflante révèlent la *coqueluche*.

Un vieillard, qui tousse depuis de longues années et expectore d'abondantes mucosités, est très probablement atteint de *catarrhe bronchique* et peut-être de *broncheclatie*.

Voici un adolescent pâle, amaigri, qui tousse, crache le

1. Vous y trouverez fréquemment des lésions inattendues qui vous donneront la clef d'un état morbide dont, au premier abord, vous ne saisissiez pas la signification. Cela est surtout fréquent chez les vieillards qui, habituellement bien portants, sont pris de fièvre, de malaise, d'un peu de toux; ils se plaignent à peine, auscultez-les, vous reconnaissez souvent une pneumonie très grave qui s'est installée sournoisement.