plus tard cette idée de Dance (1), et je trouvai les conditions de la formation des bulles, même dans les cas où la fistule n'est pas submergée. C'est ainsi que le muco-pus qui se trouve dans la caverne perforée peut être soulevé, sous forme de bulle, à l'orifice pleural de la fistule. D'autres fois, il se formera des bulles par exhalation à la surface du liquide épanché, sans communication bronchique.

M. de Castelnau a cherché à démontrer : 1° que des bulles ne peuvent pas se former dans la cavité anormale douée de sonorité métallique; 2° que le tintement n'est autre chose qu'un râle muqueux ou caverneux ordinaire, voisin de la cavité anormale, et qui vient y produire un retentissement métallique (2). Je ne pense pas que M. de Castelnau ait réussi à démontrer l'impossibilité de la formation des bulles dans la cavité de l'épanchement; mais, d'un autre côté, il me semble qu'on ne peut lui refuser que du tintement tienne quelquefois au retentissement dans la cavité anormale des bulles dues à certains râles muqueux ou caverneux. Ce dernier genre de tintement serait donc bullaire comme l'autre. Toute la différence serait en ce que, dans un cas, la bulle se formerait dans le foyer même de la cavité métallique, tandis que dans l'autre cas la bulle tiendrait à un râle bullaire voisin du foyer.

On voit, comme conséquence générale de tout ce qui précède, que la sonorité métallique est moins un bruit anormal spécial qu'un timbre particulier que revêtent dans certaines circonstances les bruits normaux ou anormaux du système respiratoire : c'est ainsi que l'écho métallique et le bruit amphorométallique sont des résonnances particulières de la voix et du souffle glottique. Le tintement bullaire lui-même n'est autre chose qu'un râle à grosse bulle, dont la rupture, au lieu d'être insonore, comme cela a lieu dans les circonstances ordinaires, acquiert un timbre argentin par suite de la propriété particulière qu'a la cavité où elle retentit.

(1) *Archives*, mars 1834.
(2) *Archives*, octobre 1841.

Jusqu'à présent nous n'avons fait qu'une histoire, pour ainsi dire, isolée des bruits respiratoires, nous attachant seulement à montrer leur mode de production à chacun. Nous devons maintenant parler de leurs transformations diverses et de leurs combinaisons entre eux, telles qu'on les observe au lit des malades. Dans ce but, nous allons faire une revue succincte des différentes maladies du système respiratoire, et nous nous attacherons principalement à faire ressortir l'ensemble et la succession des différents symptômes que l'on perçoit au moyen de l'auscultation.

SECTION DEUXIÈME.

REVUE DES MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE ÉTUDIÉES SOUS LE RAPPORT DE L'AUSCULTATION.

Nous allons exposer ces maladies dans l'ordre suivant : nous commencerons par celles qui affectent les voies aériennes, puis nous passerons à celles du parenchyme pulmonaire, et nous terminerons par celles de la plèvre.

CHAPITRE PREMIER.

MALADIES DES VOIES AÉRIENNES.

§ I. — Laryngite.

Les symptômes que l'on assigne généralement à la laryngite sont les suivants : l'altération de voix; une douleur dans le larynx, soit spontanée, soit provoquée par la pression sur le larynx, par la déglutition, par l'action de parler ou de tousser; de la toux suivie ou non d'expectoration; des râles que l'on entend soit à distance, soit à l'aide du stéthoscope.

Tels sont les symptômes que l'on reconnaît généralement à la laryngite. Mais quelques-uns d'entre eux présentent des

circonstances qui demandent à être précisées. Sous ce rapport il faut distinguer dans la laryngite deux périodes, que les anciens médecins reconnaissaient dans la plupart des maladies, et qu'ils appelaient période de *crudité* et période de *coction* ou de *maturation*. Je n'adopte certainement pas la théorie sous l'influence de laquelle ils avaient créé ces deux expressions; mais je crois qu'à défaut d'autres, elles expriment assez bien l'ensemble des symptômes qui se succèdent non-seulement dans la laryngite, mais encore dans les autres phlegmasies de la membrane muqueuse des voies aériennes.

1° La période de crudité de la laryngite comprend les symptômes les plus aigus de cette affection, soit que cette acuité soit primitive et qu'elle dure plusieurs jours, ou qu'elle soit éphémère et qu'elle se montre à titre de recrudescence passagère dans les laryngites anciennes.

Cette période est caractérisée par l'altération de la voix et par la douleur du larynx; mais elle l'est surtout par certaines circonstances assez précises de toux, d'auscultation et d'expectoration.

La toux est provoquée par une sensation de sécheresse et de titillation insupportable au larynx. Cette sensation est assez semblable à celle d'un véritable corps étranger que l'on sent le besoin impérieux d'expulser; et elle dépend soit de l'inflammation elle-même (1), soit de la présence du mucus épais et visqueux qui est sécrété par la membrane muqueuse enflammée, et qui produit alors l'effet d'un véritable corps étranger par le sentiment de gêne et d'irritation qu'il détermine.

Ce mucus, comme je viens de le dire, est visqueux, non fluide; il adhère assez fortement aux parois du larynx. Quand sa quantité est augmentée de manière à produire un léger obstacle au passage de l'air, on peut quelquefois entendre, soit à distance, soit à l'aide de l'auscultation du larynx, de faibles

(1) On se rappellera, à ce sujet, que l'inflammation de la conjonctive donne habituellement la sensation d'un grain de sable dans l'œil.

râles vibrants qui, d'un moment à l'autre, changent d'intonation et même disparaissent sous l'influence des différences si passagères de quantité, de siége et de forme que subit le mucus.

Ces râles vibrants caractérisent la période de crudité de la laryngite. Ils accusent nécessairement la présence d'un mucus visqueux et non fluide dans le larynx, et ne résultent par conséquent ni de l'état de sécheresse de la membrane muqueuse, ni de son gonflement. La chose ne peut pas rester douteuse, si l'on veut bien réfléchir à l'existence si passagère de ces râles, à leur dépendance des quintes de toux qui les font tantôt apparaître et disparaître, et surtout à leur cessation pour un temps assez long quand le mucus vient à être rejeté par l'expectoration.

Mais il importe extrêmement de remarquer que ces râles sont très légers, que le plus souvent ils n'existent pas, parce que la capacité du larynx est trop considérable pour que le mucus qui y a été sécrété puisse faire obstacle au passage de l'air.

Dans cette première période de la laryngite, les râles du larynx, quand ils existent, ne sont jamais bullaires. Les bulles sont alors impossibles, parce que le mucus épais de cette période, bien loin de se laisser pénétrer par l'air, fait au contraire vibrer l'air en remplissant l'office d'un obstacle solide.

Puisque le mucus laryngien est ainsi consistant pendant toute la période de crudité de la laryngite, il paraît s'ensuivre que la toux sans expectoration doit être un des caractères de cette période. Effectivement, tant que dure cette période, le mucus épais et visqueux du larynx est à peine expectoré, ou bien il l'est difficilement; mais à défaut de ce mucus, le malade expectore très fréquemment un autre produit sur lequel je dois appeler l'attention.

Nous avons dit précédemment que la toux qui existe dans les premiers jours de la laryngite est provoquée par la sensa-

tion d'un corps étranger que le malade éprouve dans le larynx; et que cette sensation dépend soit de l'inflammation de la membrane muqueuse, soit du mucus qui est produit par la membrane enflammée. Mais cette sensation ne se borne pas à exciter ainsi la toux: elle provoque encore, chez certains sujets, et dans les moments où elle est portée à son plus haut degré, elle provoque, dis-je, le rejet d'un fluide aqueux, filant, semblable à une solution de gomme, et qui est rendu écumeux par les mouvements répétés de toux dont sa formation est accompagnée. Ce liquide est appelé *pituite* par les malades. Il peut être expectoré en grande abondance, sans calmer ce sentiment incommode de titillation qui existe au larynx, et il paraît dépendre d'une sécrétion extemporanée de ces petits grains glanduleux qui se trouvent en assez grande quantité sous la membrane muqueuse du larynx et de la trachée. Nous avons déjà parlé de la sécrétion extemporanée de cette matière pituiteuse, en traitant des râles (page 69). Nous n'y insisterons pas davantage ici.

Le produit de la matière pituiteuse dans la laryngite est donc, comme nous l'avons déjà démontré, un véritable larmoiement du larynx, qui est destiné, de concert avec la toux, à détacher et à entraîner le mucus demi-solide qui y est déposé par l'inflammation. Ce mécanisme de nature médicatrice peut s'apprécier assez facilement à la fin de la période de crudité de la laryngite, lorsque l'expectoration du mucus commence à se faire avec facilité. On sait qu'alors il s'accumule, surtout pendant la nuit, des quantités assez considérables de mucus épais sur la membrane muqueuse du larynx. Le matin, ce mucus détermine un sentiment de picotement qui provoque une toux quinteuse, et qui en même temps annonce la sécrétion d'une grande quantité de matière pituiteuse à la fin de chaque quinte de toux ; cela dure ainsi jusqu'à ce que le mucus, dont la présence est la cause de ces symptômes, soit expulsé et expectoré. Alors tout cesse ; il n'y a plus de sensation de titillation au larynx ; il n'y a plus ni toux, ni sécrétion de matière pituiteuse, jusqu'à ce qu'un nouveau mucus, étant reproduit, vienne reproduire la même manifestation de symptômes.

Ce qui porte à admettre que cette matière pituiteuse ne préexiste pas à la toux, et qu'elle est bien sécrétée dans le moment même où la titillation du larynx se fait sentir, et où la toux se fait entendre, c'est que la toux a un timbre sec et même sifflant au début des quintes, et que les râles que l'on peut entendre comme résultat et preuve de la présence du mucus dense ne cessent jamais d'être vibrants. Or, si le larynx contenait une accumulation notable de matière aussi liquide que la matière pituiteuse, conçoit-on que la toux ne fût pas *grasse*, et qu'il n'y eût pas production de râles bullaires ?

Cette production de matière pituiteuse n'a pas lieu invariablement chez tous les sujets affectés de laryngite. Il faut ici, comme en un grand nombre de cas, faire une juste part aux individualités et aux idiosyncrasies. De deux individus affectés également et éprouvant la même sensation de titillation au larynx, l'un aura une simple toux sèche et quinteuse, tandis que l'autre rendra à la fin de chaque quinte des flots de matière pituiteuse.

Maintenant que nous nous sommes étendu assez au long sur le mode de production de ces crachats pituiteux qui existent dans la laryngite, nous devons résumer les caractères suffisamment raisonnés de la période de crudité que présente cette affection. Ce sont : la douleur au larynx, l'altération de la voix, et une titillation qui se fait sentir de moment à autre, et qui provoque une toux à timbre sec, avec ou sans rejet de matière pituiteuse. Cette sensation de titillation est plus impérieuse encore quand la membrane muqueuse est recouverte d'un mucus visqueux et consistant, qui est la cause unique des quelques râles vibrants que l'on peut entendre dans cette période. Le mucus finit par être expectoré à la suite des quintes de toux et de la sécrétion de matière pituiteuse que sa présence provoque. Il présente en dehors de son état de consis-

tance des caractères assez variables de forme, de couleur, de nature, etc.

2° La période de coction ou de maturation comprend moins de symptômes que la précédente. Il n'y a plus ici de douleur au larynx ni d'altération de la voix; le mucus, devenu plus fluide, ne produit pas de sensation aussi incommode dans le larynx, et par conséquent il ne provoque pas une toux fatigante ou quinteuse; il ne provoque pas non plus la sécrétion d'une matière pituiteuse. La toux est rare et fait expectorer facilement une quantité souvent considérable de mucus. Ce mucus, avant d'être expectoré, est assez fluide pour se laisser pénétrer par l'air, lorsqu'il est chassé vivement à travers le larynx par les mouvements de toux. Il en résulte la formation de grosses bulles, ou plutôt une espèce de gargouillement qui a fait donner à la toux de cette période le nom de toux *grasse*, par opposition à celle de la période précédente qui a un timbre sec et même sifflant. Cette différence de la toux tient donc, comme on le voit, à la consistance différente du mucus, qui est visqueux et dense dans le premier cas et fluide dans le second.

Quand la laryngite est très ancienne et qu'elle est passée à l'état d'habitude chez l'individu qui en est affecté, il y a fréquemment, sous l'influence des refroidissements les plus légers, des recrudescences brèves et éphémères, qui font repasser la maladie de la période de coction à celle de crudité. La voix devient rauque, il y a une douleur obtuse au larynx; le mucus, cessant d'être aussi fluide, détermine de petits râles vibrants; la toux devient quinteuse, sifflante; elle est accompagnée de matière pituiteuse, et l'expectoration du mucus ne s'effectue qu'à l'aide de quintes longues et répétées. Ces recrudescences disparaissent aussi vite qu'elles sont venues, après avoir duré une ou plusieurs heures, et les symptômes de la période de coction reparaissent tels que nous les avons exposés plus haut.

Le bruit de souffle est rarement exagéré dans la laryngite

catarrhale, parce que la muqueuse est rarement gonflée au point de diminuer notablement le diamètre du tube laryngien. Cette modification du souffle ne peut guère s'observer que dans les laryngites sous-muqueuses, qui présentent un obstacle plus ou moins difficile au passage de l'air. On conçoit même que, dans ces cas-là, l'étroitesse exagérée du calibre du larynx transforme le souffle en ronflement ou sifflement.

§ II. — Spasme glottique.

Le resserrement spasmodique des cordes vocales a pour effet nécessaire de rendre très difficile le passage de l'air à travers la fente glottique, et par conséquent de modifier les bruits qui se passent à la glotte. Quand le resserrement glottique est médiocre, le bruit de souffle est simplement exagéré; mais quand la constriction est extrême, il y a transformation du souffle en un sifflement qui présente un timbre éclatant. Le spasme glottique est une affection qui se montre isolée, comme chez les petits enfants, ou qui se combine avec d'autres maladies du larynx (1).

Corps étrangers dans le larynx. — Le spasme glottique est pour ainsi dire essentiel aux cas d'introduction de corps étrangers dans le larynx; on observe alors que l'inspiration est sifflante et que l'expiration est saccadée, répétée, comme pour expulser au dehors la cause matérielle du spasme des cordes vocales.

Coqueluche. — Le spasme glottique s'observe avec les mêmes caractères d'expiration saccadée dans la coqueluche. La ressemblance de ces deux variétés de spasmes est tout à fait exacte; c'est un fait dont on a souvent l'occasion de constater la vérité, lorsque quelqu'un, voulant boire trop précipitamment, ou buvant en riant, a avalé, comme on dit, *de travers*. On est témoin alors d'une quinte qui se termine ordinai-

(1) Voyez à ce sujet une thèse fort bien faite de M. Bacquias, sur le spasme de la glotte (*Thèses de Paris*, août 1853).

rement par des vomituritions, comme dans la véritable coqueluche.

Hystérie.—Le spasme glottique est habituel dans l'hystérie. L'inspiration est sifflante, souvent l'expiration l'est également; mais cette dernière n'est pas saccadée comme dans la coqueluche, ou dans les cas de corps étrangers introduits dans le larynx.

Asthme aigu, Millar; *angine striduleuse*, Bretonneau; *pseudo-croup*, Guersant. — Les descriptions que donnent ces auteurs de chacune de ces affections se ressemblent singulièrement et présentent la répétition des mêmes symptômes. Ce spasme si diversement dénommé est le même que celui de l'hystérie. C'est ainsi que Millar (1) dit que « dans l'asthme aigu l'inspiration et l'expiration se succèdent rapidement et avec le même bruit qu'on entend dans les accès hystériques (page 7). » Plus loin (page 13), il revient sur cette ressemblance pour nous apprendre « qu'il est quelquefois difficile de le distinguer de la boule hystérique. »

M. Bretonneau, dont l'autorité est si imposante, surtout dans le sujet qui nous occupe, ne pense pas que les symptômes de l'angine striduleuse, de l'asthme aigu, etc., proviennent du spasme de la glotte (2). Quant à l'explication des symptômes si fugaces de cette affection, il la trouve dans une simple tuméfaction catarrhale des replis muqueux des ventricules du larynx, tuméfaction qui produit une sorte d'enchifrènement de la glotte (page 141). « Car, dit-il, aucune constriction ne peut resserrer ni diminuer le calibre des narines, et cependant l'enchifrènement cesse et augmente plusieurs fois dans la même heure. » (Page 111.)

Je ferai remarquer d'abord qu'il n'est pas sûr que l'enchifrènement intermittent des fosses nasales tienne uniquement à un gonflement intermittent de la pituitaire. Il est bien plus probable qu'il est dû à la présence momentanée d'un mucus visqueux dans les voies étroites des cavités nasales; car on peut, en soufflant vivement, déplacer ce mucus et rétablir immédiatement la liberté du passage de l'air. De plus, on sait qu'après l'éternument, qui a pour but de débarrasser la surface de la pituitaire, on peut respirer facilement par le nez; or, comme on le sait aussi, l'éternument a lieu surtout quand le gonflement inflammatoire est porté au plus haut degré.

(1) *Observations sur l'asthme et le croup.* Paris, 1808.
(2) *Traité de la diphthérite*, Paris, 1826, p. 267.

Je ferai observer ensuite que la comparaison que M. Bretonneau établit entre la difficulté du passage de l'air du coryza et celle qui a lieu dans l'angine striduleuse ne suffit pas pour prouver que le gonflement de la muqueuse en est la cause dans les deux cas. En effet, dans le coryza, il y a bien quelques râles vibrants qui résultent du passage difficile de l'air à travers les voies nasales obstruées par le mucus; mais ces râles sont bien différents, pour l'intensité et la forme, du sifflement aigu qui forme pour ainsi dire le caractère essentiel de l'asthme glottique, de l'angine striduleuse, etc. Ce sifflement a un timbre vocal; il indique dès lors que les cordes vocales sont tendues et rapprochées l'une de l'autre, comme toutes les fois qu'il y a émission de sons aigus. Du reste, ce sifflement vocal ou glottique se montre ici avec les mêmes caractères que dans l'hystérie, où personne n'a jamais songé à nier le spasme de la glotte.

§ III. — Angine œdémateuse.

L'œdème de l'orifice supérieur du larynx rétrécit beaucoup le diamètre de cet orifice et y rend difficile le passage de l'air, tant à l'inspiration qu'à l'expiration. Mais si l'on considère que dans le temps d'inspiration l'air rapproche encore l'un vers l'autre les replis aryténo-épiglottiques œdématiés, en les abaissant comme deux soupapes, tandis qu'à l'expiration il les relève en les écartant, on concevra que le passage de l'air inspiré sera plus difficile, plus long et plus bruyant que celui de l'air expiré.

Mais outre ces symptômes, qui sont persistants et continus, comme la lésion qui les produit, il en est d'autres qui sont intermittents et qui consistent dans une exagération de la dyspnée, avec production d'un sifflement aigu à l'expiration, mais surtout à l'inspiration. La nature de ce dernier bruit annonce qu'une constriction intermittente de la glotte en est la cause, et qu'elle est cause également de l'exagération intermittente de la dyspnée.

§ IV. — Croup.

Quand le larynx est affecté de produits pseudo-membraneux, leur présence dans le tube laryngien donne lieu à différentes modifications de bruit. Ainsi la toux est rauque, métallique; il en est de même de la voix, qui présente des caractères analogues : c'est pour cela qu'on leur a donné à l'une et à l'autre le nom de *croupales*. Mais on a peut-être exagéré leur signification séméiologique, en voulant que la toux et la voix croupales fussent propres à l'existence des fausses membranes dans le larynx. On les rencontre quelquefois l'une et l'autre avec des caractères exactement semblables chez les personnes affectées de phthisie laryngée, ou même simplement de laryngite aiguë.

Le degré de rétrécissement que les fausses membranes amènent dans le calibre laryngien fait varier l'intensité et la nature du souffle. Ainsi, dans les commencements de la maladie, lorsque le rétrécissement est médiocre, le souffle est simplement exagéré; plus tard, quand le rétrécissement est très marqué, le souffle se transforme en ronflement ou sifflement continu. D'autres fois, si les fausses membranes sont flottantes, il résulte de leur agitation saccadée un bruit particulier que M. Barth a observé le premier (1).

On voit, d'après cela, que le croup donnera lieu à différentes formes de bruit, suivant l'étendue, l'épaisseur, le degré

(1) *Loc cit.*, p. 277.

d'adhérence des fausses membranes, et dès lors on voit que l'existence du souffle glottique, et du murmure vésiculaire qui en est le retentissement, n'est pas incompatible avec le croup. J'insiste sur ce fait, car c'est faute d'y avoir suffisamment réfléchi, que M. Hache a cru que certains faits de croup qu'il avait observés étaient contraires à ma théorie des bruits respiratoires (1). Ces cas de croup existaient avec conservation du murmure vésiculaire, et M. Hache ne peut pas « concevoir que (d'après cette théorie) ce murmure puisse s'entendre avec ses caractères normaux quand la partie supérieure des conduits respiratoires a éprouvé de si notables modifications (page 14). » Cela est pourtant bien concevable : si les altérations croupales du larynx ont laissé persister, ou même ont augmenté le souffle laryngien, il est tout naturel que le murmure vésiculaire conserve ses caractères normaux.

Il y a dans le croup, comme dans l'angine œdémateuse, des accès de dyspnée qui sont dus au spasme intermittent de la glotte, et qui s'accompagnent d'un sifflement glottique considérable. Dans cette circonstance, il n'y a plus de murmure respiratoire normal dans le poumon, puisqu'il n'y a plus de souffle dans la partie supérieure de l'arbre bronchique. M. Hache a bien observé cette absence de murmure normal pendant les accès, sans en connaître la raison (page 14).

La plupart des auteurs qui ont écrit sur le croup, et notamment les concurrents les plus distingués de ceux qui entrèrent en lice pour le prix impérial de 1809, ont reconnu que le spasme était la cause des accès de dyspnée que l'on remarque dans le croup, et ils ont rapporté ce spasme, non pas à la glotte, mais à la trachée. Cette opinion était partagée par la commission elle-même, qui s'exprimait ainsi par l'organe de son rapporteur. « La véritable cause de cette gêne extraordinaire de la respiration est le spasme de la trachée-artère, spasme qui est lui-même produit, ou par l'inflammation de la membrane

(1) *Thèse sur le croup.* Paris, 1835, n° 360.

muqueuse de cet organe, ou par la présence de la lymphe plastique qui s'y épanche, ou enfin par l'un et l'autre de ces agents réunis (1). »

Nous répéterons ici, avec MM. Trousseau et Belloc, que la constriction spasmodique de la trachée et des bronches n'a jamais été vue par qui que ce soit, et qu'il est impossible de la déterminer, soit dans les vivisections, soit dans les opérations que l'on pratique sur la trachée (2). Si, dès lors, dans le croup il y a spasme, ce spasme ne peut être que le résultat de la constriction de la glotte, qui est le seul point contractile de tout l'arbre laryngo-bronchique.

§ V. — Phthisie laryngée.

Dans cette affection, la toux est rauque et insonore ; la voix est plus ou moins altérée dans son timbre ; elle est quelquefois nulle, de telle sorte que l'exercice de la parole n'a plus lieu qu'au moyen de l'articulation du souffle glottique. Lorsque le mal est devenu plus considérable, et qu'il y a tuméfaction des parois du larynx capable d'en rétrécir le calibre, on perçoit alors dans le point rétréci un bruit analogue au souffle glottique ordinaire ; à mesure que le rétrécissement augmente, l'intensité de ce souffle augmente aussi ; il acquiert peu à peu de la rudesse, et finit par se transformer en *ronflement* ou en un *sifflement* sourd.

Quand le passage de l'air est rendu ainsi difficile dans le larynx, il y a une dyspnée continue, et puis chez quelques individus il se présente de temps en temps des accès d'une suffocation considérable, avec production d'un sifflement éclatant. Ces accès ne peuvent provenir ici, comme dans l'œdème des replis aryténo-épiglottiques, que d'une tension des cordes vocales, avec constriction de la fente glottique. Quelques médecins ont cherché à s'en rendre compte au moyen d'un spasme de la trachée et des bronches ; mais MM. Trousseau et Belloc démontrent très bien (1) que cette hypothèse ne s'appuie sur rien de solide, car jamais on n'a pu constater par l'inspection le spasme de la trachée ou des bronches, soit dans les vivisections, soit dans les différentes opérations que l'on pratique sur le tube trachéal. Bien au contraire, comme le remarquent les observateurs que je viens de citer, l'opération de la trachéotomie fait cesser immédiatement les accès de suffocation intermittente ; or, si ces accès dépendaient effectivement du spasme de l'arbre trachéo-bronchique, on ne voit pas pourquoi le spasme et la suffocation qui en serait la suite, ne continueraient pas encore après l'ouverture artificielle de la partie supérieure de la trachée.

(1) *Rapport sur les ouvrages envoyés au concours sur le croup*, p. 78.

(2) Puisque la contraction des fibres de Reissessen n'est pas démontrée, on est forcé de conclure que ces fibres ne sont pas musculaires, mais simplement élastiques ; et l'on comprend que des organes d'*élasticité* étaient nécessaires aux parois de la trachée et aux bronches, pour que ces tubes, après avoir été plus ou moins dilatés par la toux, les efforts, etc., pussent revenir sur eux-mêmes.

MM. Trousseau et Belloc expliquent ces accès de suffocation par un gonflement de la muqueuse ; et, à l'objection si naturelle que ce gonflement est continu, et que pourtant les accès sont intermittents, ils répondent en rappelant « une loi de l'organisme qui n'est que la conclusion formulée des faits : un cancer est inamovible, les douleurs sont intermittentes ; un calcul demeure dans la vessie, les accidents ne sont pas continus, etc. »

Il est impossible de décliner la vérité de cette loi de l'organisme, seulement il faut bien remarquer que cette loi n'est pas une explication, mais seulement l'expression pure et simple d'un fait. Cette loi, appliquée au fait dont il s'agit, nous apprend par analogie qu'à l'occasion d'une altération continue de la muqueuse il peut y avoir des accès de suffocation intermittente ; mais elle ne nous donne nullement la raison physique de ces suffocations intermittentes.

(1) *Traité de la phthisie laryngée, de la laryngite chronique et des maladies de la voix*. Paris, 1837, p. 194.

Or, si l'on considère que, pendant ces accès, le passage de l'air dans le larynx est tout à la fois plus bruyant et plus difficile ; que les deux temps de la respiration sont plus allongés, on doit admettre que ces symptômes tiennent à un obstacle placé momentanément dans le larynx. Si l'on réfléchit ensuite au renforcement du bruit qui accompagne la dyspnée, on doit trouver la cause de ce bruit et de la dyspnée intermittente dans un spasme de la glotte.

S'agit-il maintenant de comprendre pourquoi, à l'occasion de l'altération continue du larynx, il y a des accès de spasme glottique? Il faut alors recourir à la loi de l'organisme précitée, c'est-à-dire qu'il faut se borner à reconnaître purement et simplement le fait, et il n'est pas plus difficile d'admettre un spasme intermittent dans la phthisie laryngée que dans l'œdème de la glotte, ou dans les cas de corps étrangers introduits dans le larynx.

§ VI. — Trachéite.

L'inflammation pseudo-membraneuse, les ulcérations de la trachée existent rarement sans être accompagnées de lésions semblables du larynx; elles donnent lieu aux mêmes symptômes d'auscultation que ceux que présente ce dernier organe dans les mêmes circonstances: il est donc inutile de le reproduire. Nous parlerons seulement de la trachéite simple.

Ce que nous avons dit plus haut de la phlegmasie catarrhale du larynx s'applique pour la plus grande partie à celle de la trachée. La seule différence consiste en ce que dans la trachéite il n'y a pas altération de la voix comme dans la laryngite, et que la douleur se fait sentir le long de la trachée, au lieu de siéger au larynx. Partant de là, nous fixerons ainsi les symptômes qui caractérisent la trachéite à l'état de crudité et de coction.

A l'état de crudité, il y a : sentiment de douleur variable le long de la trachée ; toux quinteuse, à timbre sec, sifflante ; quelques râles vibrants, fugaces, intermittents, que l'on perçoit avec le stéthoscope ou à distance ; le plus souvent ces râles ne sont pas produits ; expectoration difficile de mucus épais, avec ou sans matière pituiteuse.

A l'état de maturation : absence de douleur à la trachée ; absence de râles vibrants; toux peu fréquente, non quinteuse, accompagnée de grosses bulles, de gargouillement, qui lui ont fait donner le nom de toux *grasse ;* absence de matière pituiteuse, expectoration facile de mucus verdâtre peu consistant, qui est souvent d'une grande abondance.

Enfin nous ajouterons que, lorsque le catarrhe trachéal existe depuis longtemps, il subit, comme celui du larynx, de fréquentes recrudescences qui le font passer de l'état de coction à celui de crudité, non-seulement sous l'influence du froid, mais encore à la suite de l'ingestion des alcooliques, de la respiration de poussières irritantes, d'une cause morale, d'une indigestion, etc.

Ce qu'il importe maintenant de faire par-dessus tout, c'est de fixer le degré de fréquence de la trachéite. Cette fixation est du plus haut intérêt.

Si nous consultons les auteurs les plus modernes au sujet de la trachéite, nous voyons avec étonnement qu'on ne la mentionne, à vrai dire, que pour mémoire, quand on veut bien la mentionner. On ne dit pas si c'est une affection rare ou commune. Bref, la trachéite est admise plutôt théoriquement que pratiquement. On l'admet parce qu'on ne voit pas pourquoi la membrane muqueuse de la trachée ne s'enflammerait pas comme celle du larynx et des bronches. Mais quant à fixer les différences qui la séparent nettement de la laryngite et de la bronchite ; quant à signaler son degré de fréquence relativement aux deux affections que je viens de nommer, on passe silencieusement sur toutes ces questions.

Enfin, ce qui prouve bien que la trachéite n'est mentionnée dans nos ouvrages pathologiques, quand elle l'est, que comme un résultat de pure induction et par analogie, c'est qu'il n'est