

réelle, il faudrait que les râles s'entendissent seulement avant que l'expectoration sanglante ait eu lieu, et que, celle-ci ayant complètement cessé, ceux-là ne se retrouvassent plus. En dernière analyse, les signes stéthoscopiques de l'hémoptysie manquent absolument; ceux qui pourraient lui appartenir se rattachent aussi bien, et même plus encore, à la lésion pulmonaire dont elle dépend.

Généralement, à l'ouverture du cadavre des sujets qui ont succombé après avoir eu des hémorragies bronchiques, on ne trouve rien que la lésion pulmonaire propre à la phthisie, et une coloration rouge de la membrane muqueuse bronchique, qui n'est peut-être que de l'imbibition. S'il existe des cavernes, elles pourront contenir une certaine proportion de sang coagulé, principalement lorsque des ruptures vasculaires auront eu lieu dans de grandes cavités accidentelles; autrement on ne trouvera qu'un peu de sang accumulé dans les bronches.

Avant d'arriver à l'examen comparatif des crachats de l'hémorragie pulmonaire, disons un mot de cette affection, pour établir que c'est à tort, suivant nous, qu'on lui a donné pour synonyme la dénomination d'apoplexie pulmonaire.

Cette hémorragie survient, en général, dans le cours d'une affection du cœur. Lorsque l'on fait l'autopsie d'individus qui ont eu de semblables hémoptysies, on trouve, dans le poumon, des noyaux d'engorgement d'une couleur aussi foncée que celle de la rate, durs comme des noyaux de la pneumonie au deuxième degré. Le tissu du poumon se déchire sous les doigts, et présente l'aspect grenu du tissu hépatisé, avec cette différence, comme le fait observer Laennec, que, dans l'hépatisation inflammatoire, la couleur vermeille du tissu pulmonaire enflammé laisse distinguer les taches noires pulmonaires, les vaisseaux et les légères intersections celluleuses qui séparent les lobules du poumon; tandis que, dans l'engorgement hémoptytique, la partie endurcie présente un aspect tout à fait homogène dont la couleur, presque noire ou d'un brun rouge très-foncé, ne permet de distinguer autre chose de la texture naturelle du poumon que les bronches et les plus gros vaisseaux, dont les tuniques teintes et imbibées de sang ont même perdu leur couleur blanche. Vous avez pu voir, le mois dernier, deux de nos malades succombant à une affection du cœur, chez lesquels se retrouvaient tous ces caractères anatomiques. Dans ces cas, les lésions se sont manifestées, du vivant de l'individu, par des signes que l'on a assignés à l'apoplexie pulmonaire, dénomination vicieuse, comme je l'ai dit, et qui devrait être remplacée par celle d'infiltration sanguine. Cette lésion, en effet, ne rappelle en rien l'apoplexie cérébrale, dont on a voulu la rapprocher, ce terme d'apoplexie impliquant toujours une idée de soudaineté, de fluxion active, qui appartiennent bien plus à l'hémorragie bronchique qu'à l'hémorragie pulmonaire, laquelle est ordinairement passive dans une certaine mesure. On a pu, il est vrai, citer des cas de véritables apoplexies du poumon ayant occasionné la mort subite, et caractérisées

à l'autopsie par des épanchements plus ou moins considérables de sang au milieu d'un poumon dilacéré, à peu près comme le tissu cérébral dans une violente hémorragie. Ce terme d'apoplexie conviendrait beaucoup mieux à la congestion active du poumon, maladie qui n'est pas très-rare, mais qui, par contre, est bien rarement accompagnée d'hémorragie proprement dite. C'est encore parce que l'invasion de la maladie n'est souvent ni aussi subite, ni accompagnée de symptômes aussi rapidement funestes que ceux des apoplexies; c'est parce que les altérations de tissu diffèrent, sous plusieurs rapports, de celles que produit l'hémorragie encéphalique à laquelle on l'a comparée; c'est, en un mot, parce qu'on ne trouve pas dans cette dénomination une expression qui embrasse toutes les formes et tous les degrés de l'état pathologique, que M. Gendrin a préféré la remplacer par celle de *pneumo-hémorragie*, qui exprime sans ambiguïté qu'il s'agit d'une extravasation de sang dans le tissu des poumons (1).

Pour revenir plus spécialement à notre sujet, quels sont les caractères de l'hémoptysie dans ces cas d'infiltration sanguine pulmonaire?

Les crachats sanglants sont, dit-on, abondants, aérés et visqueux, comme le sont les crachats péripneumoniques; mais ils ne sont pas spumeux.

En général, il en est ainsi. Les crachats de l'hémorragie parenchymateuse du poumon ont, en effet, ces caractères de viscosité et d'aération, mais leur coloration est tantôt rutilante, comme chez un malade que nous avons vu couché au n° 17 de la salle Sainte-Agnès, et qui, après avoir eu des hémorragies pulmonaires, a succombé aux progrès d'une maladie du cœur; tantôt ils sont noirâtres ou d'un rouge très-foncé, or nous avons dit que cette coloration se rencontrait également dans certains cas d'hémoptysie bronchique tuberculeuse.

L'expectoration sanglante de l'hémorragie parenchymateuse peut à son tour prendre le caractère de l'hémorragie bronchique, en ce sens qu'elle sera tout à fait spumeuse, ce qui dépendra de la quantité de sang expectoré. En effet, contrairement à ce que l'on a prétendu, si le sang s'échappe en petite quantité, s'il n'est rendu qu'après s'être lentement infiltré dans le parenchyme pulmonaire, il n'est pas spumeux, n'ayant pas été mélangé avec l'air. Mais si l'hémorragie se fait plus brusquement, si le sang est excrété avec assez d'abondance, s'il s'écoule vivement dans les bronches, il sera brassé avec l'air qui remplissait ces conduits, et l'expectoration sera spumeuse.

Chez l'homme dont je parlais tout à l'heure, l'hémoptysie présenta ce double caractère. Quelques crachats rutilants, écumeux, en tout semblables aux crachats hémoptytiques de la phthisie (l'autopsie nous démontra, comme nous l'avions jugé du vivant du malade, qu'il n'existait aucune trace de tubercules dans les poumons), étaient mêlés à d'autres crachats visqueux, d'une couleur plus foncée, à d'autres encore tout à fait noirs.

(1) Gendrin, *Traité de médecine pratique*, t. I, p. 638.

Les signes stéthoscopiques qui, dans ces cas d'hémorragie pulmonaire, pourraient aider au diagnostic, sont tellement incertains, les difficultés de ce diagnostic sont tellement grandes, qu'elles ont fait dire à M. le professeur Bouillaud que l'on peut deviner plutôt que diagnostiquer cette affection.

Si l'infiltration sanguine a été considérable, s'il existe des noyaux volumineux, vous aurez, en effet, des signes locaux analogues à ceux de la pneumonie (du souffle, des râles sous-crépitants, quelquefois crépitants) autour des points envahis par l'hémorragie. Le souffle manquera, les râles existeront seuls, si les noyaux, au lieu d'être un peu considérables, comme dans le premier cas, sont circonscrits et disséminés. Ces râles sont dus à l'exhalation sanguine qui s'est faite autour des noyaux hémorragiques et dans les radicules bronchiques avoisinantes. Comme les râles muqueux, ils sont produits par le passage de l'air à travers un liquide. On conçoit également que ces signes, qui d'ailleurs, on le comprend, appartiennent aussi bien à la congestion pulmonaire, à l'engouement, au catarrhe des petites bronches, pourront manquer totalement; si les noyaux d'hémorragie sont non-seulement petits, mais encore situés loin de la surface du poumon, on pourra tout au plus percevoir alors les gros râles muqueux qui se produisent dans les grosses bronches.

Les lésions du cœur sont les causes les plus fréquentes des hémorragies pulmonaires; celle de ces lésions qui y donne lieu le plus souvent est le rétrécissement avec insuffisance de la valvule mitrale. Cet accident arrive plus facilement encore, si, à cette lésion de l'orifice auriculo-ventriculaire, s'ajoute l'hypertrophie des ventricules, comme cela se rencontre le plus communément.

Ces hémorragies, quelquefois très-considérables, peuvent se répéter trois, quatre, six, huit, dix fois dans le cours de la maladie du cœur; d'autres fois, très-rarement il est vrai, elles sont peu abondantes et très-passagères, ou ne se reproduisent plus. Mais lorsque la lésion cardiaque est très-avancée, les individus pourront cracher du sang pendant un mois, deux mois, et quelquefois jusqu'à leur mort.

Je voyais dernièrement, à l'hôtel des Princes, un Américain de soixante-cinq ans qui, à la suite d'attaques répétées de rhumatisme articulaire, était affecté d'une endocardite chronique, avec rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire et insuffisance de la valvule mitrale. Il avait eu plusieurs hémoptysies qui n'avaient duré que quelques jours. Six semaines avant sa mort, ces accidents se sont reproduits, et, jusqu'à la fin, le malade rendit chaque jour quatre ou cinq grandes cuillerées de sang par la bouche. Chez lui, dès les premiers temps, les signes fournis par l'auscultation des poumons furent complètement nuls, puis nous entendîmes des râles sous-crépitants et un peu de souffle. Ces signes ne se manifestèrent que vers la fin de la vie; le souffle s'entendait du haut en bas de la poitrine, à droite.

A la même époque, je voyais encore en ville, avec un de mes confrères, un monsieur de soixante-quatre ans, qui était déjà venu me consulter dans mon cabinet. A la fin de l'automne dernier, et au commencement de l'hiver, il

avait été pris tout à coup, après une partie de chasse, d'oppression accompagnée d'une douleur assez vive dans la région du cœur. Le mal fut à peu près méconnu par le malade lui-même, qui s'en était médiocrement préoccupé. Cependant, les accidents s'aggravant, il vint me trouver: je n'eus pas de peine à reconnaître l'existence d'une péricardite, car l'épanchement dans le péricarde était tel, qu'approximativement on pouvait l'évaluer à un demi-litre, eu égard à la matité considérable de la région précordiale, à la voussure de la poitrine, à l'absence des bruits du cœur qui étaient fort éloignés de l'oreille. Sous l'influence d'émissions sanguines répétées, de vésicatoires volants, de préparations de digitale, la péricardite disparut.

A quelques mois de là, je ne constatai plus aucun signe de cette dernière affection; mais au premier et au second temps des battements du cœur, j'entendais, à la pointe, un bruit de souffle rude qui me révélait l'existence d'une lésion de la valvule auriculo-ventriculaire. Depuis plusieurs jours aussi, le malade avait des hémoptysies, et dans quelques parties de la poitrine, je percevais à l'auscultation des râles sous-crépitants et du souffle. Mon pronostic fut grave. Après quelques améliorations trompeuses, cet individu succomba comme l'Américain dont je vous parlais tout à l'heure.

L'allure de ces hémoptysies est, en effet, de devenir de plus en plus fréquentes, et d'autant plus abondantes que la maladie du cœur approche davantage du terme fatal.

Après avoir parlé de diverses espèces d'hémoptysies, de la difficulté que nous rencontrons souvent dans la pratique pour les distinguer les unes des autres, il me reste à vous dire quelques mots du *diagnostic différentiel entre l'hémoptysie et l'hématémèse*.

Il semble, messieurs, que ce diagnostic ne doive jamais être très-embarrassant. Il semble qu'à défaut des phénomènes précurseurs de l'hémorragie qui paraissent suffire à eux seuls pour faire reconnaître au médecin si le sang rejeté par la bouche provient des poumons ou de l'estomac, la manière dont ce sang est rejeté, ses caractères physiques, soient assez nettement tranchés dans les deux cas pour que l'erreur devienne impossible. L'hémoptysie, dit-on, arrive après des efforts de toux; le sang, provenant alors de l'appareil pulmonaire, est fluide au moment où il est expulsé, il est rouge et spumeux; tandis que dans l'hématémèse, ce sang, expulsé par des efforts de vomissement, est souvent pris en caillots, d'une couleur noire et non aéré. De plus, dans ce dernier cas, il est presque toujours mélangé avec des matières alimentaires, et enfin ce vomissement de sang est fréquemment suivi de garderobes noires, de ce qu'on appelle le *melæna*.

Il est vrai qu'en général le diagnostic différentiel entre l'hémoptysie et l'hématémèse offre assez peu de difficultés: mais cette règle comporte des exceptions, et dans quelques circonstances l'hésitation est permise.

Les caractères physiques du sang, la façon dont il a été expulsé, peuvent en imposer. J'ai déjà appelé votre attention sur ce point que, dans l'hémoptysie,

il pouvait être noir, ce qui arrive quand l'hémorrhagie est très-rapide et forte. Par opposition, vous verrez des individus affectés d'hématémèse rendre un sang parfaitement liquide, très-rutilant; cela dépendra de ce que l'hémorrhagie stomacale s'étant faite avec abondance, le sang n'aura pas séjourné dans l'estomac et n'y aura pas été altéré par son contact avec les sucs gastriques.

Quant à la façon dont le sang est expulsé, quant à la présence ou à l'absence de matières alimentaires, ce sont là des éléments de diagnostic sur lesquels on ne saurait toujours compter, puisque, d'une part, nous avons dit que de violentes hémoptysies se produisaient absolument de la même façon que des vomissements, sans efforts de toux préalable; que, dans ces cas même, il était très-fréquent de voir des malades rejeter les matières contenues dans l'estomac, un véritable vomissement étant déterminé par les efforts d'expectoration ou par la titillation de la luette provoquant sympathiquement les contractions de l'estomac. D'autre part, dans les hématémèses, le sang peut être versé parfaitement pur, sans être aucunement mélangé de matières alimentaires, de bile ou de mucosités. Et cela a lieu, non-seulement alors que la gastrorrhagie est consécutive à la rupture et à la perforation d'un vaisseau, mais encore alors que, symptomatique d'une affection organique, elle se fait indépendamment de toute lésion vasculaire appréciable.

Les selles sanglantes, le *melæna*, ne sont pas davantage des indices suffisants que l'hémorrhagie s'est faite par l'estomac; car si, dans l'hématémèse, il y a presque toujours des garderobes noires, ces garderobes peuvent encore s'observer, alors que le sang, primitivement fourni par l'appareil pulmonaire, est passé du pharynx dans l'estomac, ainsi que vous l'avez noté chez la jeune fille de notre salle Saint-Bernard, dont je vous parlais au commencement de cette conférence.

L'hémoptysie survient encore assez souvent dans des cas où il n'y a ni tubercules, ni maladies du cœur. J'ai insisté sur ce fait en vous parlant de la dilatation bronchique, que souvent le crachement de sang avait lieu sans que, à l'autopsie, on puisse constater l'existence des tubercules; et souvent aussi le même accident s'observe dans les hydatides du poumon, comme vous en voyiez un exemple dans le service, chez un jeune homme de dix-sept ans, couché au n° 9, salle Sainte-Agnès.

Je n'ai rien à vous dire du traitement de la pneumorrhagie ou hémorrhagie parenchymateuse du poumon, que je ne vous aie cent fois répété. Lorsqu'elle se lie, comme cela a lieu le plus souvent, à une affection du cœur, des émissions sanguines très-modérées, l'usage des préparations de digitale à doses élevées, celui des acides, de la ratania, rendent de véritables services. Il est d'autant plus essentiel de modérer ici la fluxion violente qui se fait vers le poumon, que, comme vous en avez vu un exemple au n° 22 de la salle des hommes, dans le courant du mois de juin 1863, l'apoplexie pulmonaire, lorsqu'elle forme des noyaux rapprochés de la surface de la plèvre, peut amener l'inflam-

mation de cette membrane, et devenir la cause d'un épanchement pleurétique qui constitue une grave complication dans une maladie du cœur (1).

Mais lorsque l'hémorrhagie parenchymateuse se reproduit avec une extrême opiniâtreté, il est une importante médication dont je veux vous entretenir, et qui manque bien rarement son effet; je veux parler de l'ipécacuanha donné comme vomitif, médication qui réussit encore bien plus souvent dans le traitement de l'hémorrhagie dite bronchique.

Vous vous rappelez un vieillard de soixante-deux ans, qui était couché au n° 7 de la salle Sainte-Agnès. Il était à l'hôpital depuis le commencement de l'année 1863, et déjà, l'année dernière, il avait réclamé notre assistance pour de graves accidents tuberculeux. Cet homme est phthisique depuis quelques années, et, de temps en temps, le lobe supérieur du poumon droit, où il y a de grandes excavations pulmonaires, se prend de phlegmasie aiguë qui met sa vie en grand danger. Deux fois, en cinq mois, il est survenu une épouvantable hémoptysie; deux fois elle a été instantanément arrêtée par 4 grammes de poudre d'ipécacuanha donnée dans l'espace d'une demi-heure, de manière à produire de violents vomissements. Le même résultat, vous vous en souvenez, a été obtenu sur un jeune homme couché au n° 8 de la même salle, et chez un autre que vous avez pu voir au n° 16.

Il y a quelques mois, j'étais mandé en consultation dans une ville de province, auprès d'un homme de quarante-deux ans, tuberculeux et atteint d'un crachement de sang qui durait depuis quarante jours.

Les médications les plus diverses et les plus rationnelles avaient été successivement et inutilement mises en usage. Je conseillai de donner 3 grammes d'ipécacuanha en quatre paquets administrés de dix en dix minutes. L'hémoptysie avait cessé avant que le dernier vomissement eût eu lieu; désormais elle fut insignifiante.

Il importe toutefois de recommencer le remède si l'hémoptysie récidive, et j'en hésite pas à y revenir deux et trois fois, sans que jamais j'aie vu le moindre inconvénient en être la conséquence.

Cette médication, messieurs, n'est pas nouvelle; la racine du Brésil avait été préconisée par les médecins des deux derniers siècles dans le traitement de toutes les hémorrhagies, et Baglivi, entre autres, ne dit-il pas: « *Radix ipécacuanhæ est specificum et quasi infallibile remedium in fluxibus dysentericis, aliisque hemorrhagiis.* »

Cependant, messieurs, la première fois que l'on use de ce remède dans le traitement de l'hémoptysie, la main tremble. Nous sommes habitués à prescrire aux malades la tranquillité la plus grande; nous leur recommandons le silence le plus absolu; nous leur demandons instamment de retenir le moindre effort de toux, c'est tout au plus si nous leur permettrions de respirer, tant nous

(1) Voyez, plus loin, cette observation détaillée dans la leçon sur la paracentèse de la poitrine.

redoutons la congestion, même passive, du poumon, tant il nous semble périlleux de laisser faire le moindre effort : et voilà que nous donnons un médicament qui va produire des efforts de vomissements, pendant lesquels le visage se gonfle, le sang s'arrête dans les veines qui apportent le sang aux oreillettes, et, par conséquent, remplit et distend les veines pulmonaires. Il semblerait que l'hémoptysie va reparaître avec une abondance bien plus grande ; pourtant elle s'arrête, sinon toujours, du moins dans la presque universalité des cas ; preuve nouvelle du peu de fond que nous devons faire sur les explications et sur les théories, et de la valeur des faits empiriques, sans lesquels la thérapeutique ne ferait rien.

XXX. — PHTHISIE PULMONAIRE.

PHTHISIE RAPIDE. — PHTHISIE AIGUË OU PHTHISIE GALOPANTE.

Ce sont deux maladies très-distinctes l'une de l'autre. — L'une, la phthisie rapide, n'est autre chose que la phthisie ordinaire accomplissant son évolution dans une période de temps très-courte. — L'autre, la phthisie galopante, est une espèce morbide à part. — Elle se présente sous deux formes : forme catarrhale, forme typhoïde.

MESSIEURS,

Vous avez vu, au n° 5 de notre salle Saint-Bernard, une jeune femme de vingt-quatre à vingt-cinq ans atteinte de *phthisie rapide*. Remarquez bien que je ne dis point *phthisie galopante* ; c'est à dessein. Ce n'est pas que je répugne à employer cette épithète universellement acceptée, mais c'est que cette épithète a dans l'esprit d'un grand nombre de médecins une idée toute différente de celle que comporte le mot *rapide*, et, à ce sujet, je vous dois des explications.

Mais d'abord permettez-moi de vous rappeler succinctement l'histoire de notre malade.

Cette jeune femme était accouchée le 14 mars. Lorsqu'à plusieurs reprises je l'interrogeai sur ses antécédents pour savoir si nous trouverions quelques symptômes passés d'une maladie de poitrine, elle me répondit qu'elle était aussi peu sujette que personne à s'enrhumer. De temps à autre elle prenait des rhumes de cerveau, mais jamais elle ne toussait.

Il y a onze mois, elle devint enceinte, et, durant toute sa grossesse, elle se porta merveilleusement bien. Les couches furent des plus faciles et des plus heureuses. Quelques jours plus tard, il y a de cela environ cinq semaines, c'était le 23 mars dernier, elle commença à tousser, et, dès le début, la toux fut assez vive, sans l'être cependant d'une façon exagérée.

Rien ne pouvait l'en débarrasser ; elle se décida à entrer à l'hôpital. Dès notre première visite, nous constatons à la percussion une diminution notable du son de la poitrine en arrière du côté droit, au niveau de la fosse sus-épineuse, principalement entre le scapulum et la colonne vertébrale. Là aussi nous entendions, à l'auscultation, du bruit expirateur prolongé, presque du souffle bronchique, mêlé de quelques râles humides. Du côté gauche, les bruits respiratoires et la sonorité thoracique ne présentaient aucune modification anormale. La malade avait de la fièvre, mais pas de sueurs nocturnes, pas d'accidents du côté du tube digestif, aucune tendance à la diarrhée, mais au contraire de la constipation.

A quelle affection avons-nous affaire ? Nous étions au quinzième jour de la