

de courte durée et quelquefois avorte. Dans le cas contraire, la dyspnée et l'angoisse s'éternisent.

Entre ces deux extrêmes, et parmi toutes les formes intermédiaires qu'on peut observer, il est un catarrhe persistant, à exaspérations passagères, avec dyspnée intermittente qu'on est bien obligé de taxer d'*asthme catarrhal chronique*. Il ne s'installe pas d'emblée; presque toujours il vient après des crises que leur allure plus franche ne permet guère de méconnaître, et dont une enquête bien conduite autorise le diagnostic rétrospectif.

A l'inverse de cette variété dont le *catarrhe chronique* fait le fond, l'asthme est encore capable de se traduire par de véritables *congestions fébriles*. Les enfants surtout y sont sujets. La soudaineté de la crise qui est le plus souvent nocturne, l'intensité de la dyspnée qui est bruyante, courte et haletante, la difficulté et l'abondance de l'expectoration qui provoque une toux opiniâtre, l'encombrement général des bronches, l'élévation brusque de la température, les sueurs, l'angoisse, la cyanose même, tout annonce un catarrhe suffocant. Le danger est imminent. Une intervention énergique semble l'écarter. Tous les symptômes s'apaisent; la journée suivante se passe sans incident, avec une fièvre et une dyspnée supportables. Mais, la nuit venue, à la même heure, une recrudescence se produit, avec la même durée, avec la même accalmie, et le cycle se déroule ainsi, pendant quatre, cinq, six fois vingt-quatre heures, aboutissant à une guérison parfaite et presque sans convalescence. — Cet épisode, s'il n'avait lieu qu'une fois, n'aurait pas de signification pathologique précise. Mais il se répète. Sous des influences diverses — un léger coup de froid, un retour de saison, une émotion insignifiante — l'attaque d'asthme fébrile est facile à reconnaître, d'autant moins effrayante, d'ailleurs, qu'elle perd, chaque fois, de son intensité, jusqu'au jour où, la fièvre ayant disparu de ce bruyant cortège de symptômes, le type connu de l'asthme essentiel se trouve reconstitué dans sa pureté classique. Il est inutile d'ajouter que cette forme fébrile elle-même admet des variantes; et il nous semble permis de lui attribuer beaucoup de « congestions pulmonaires », d'« emphysèmes aigus » et de « bronchites à répétition ». Si les enfants sont, plus que les adultes, exposés au catarrhe asthmatique fébrile, ils ne sont pas moins sujets à l'asthme franc apyrétique; et, n'était la réaction générale plus vive à laquelle leur âge les prédispose, rien ne nous semblerait justifier ici un paragraphe spécial consacré à l'*asthme infantile*.

Formes irrégulières. — Dans ses manifestations atypiques, frustes ou larvées, l'asthme n'affirme pas moins que dans sa forme commune le caractère d'une névrose essentielle. Les retours paroxystiques le dénoncent toujours. Nous avons mentionné, chemin faisant, les crises atypiques (celles où l'évolution du syndrome est modifiée ou intervertie), les crises frustes (où le coryza, par exemple, résume en lui l'accès avorté), les crises irrégulières (où la fièvre intervient). Il nous reste encore à signaler les crises qu'on peut qualifier de *larvées*. Tel asthmatique attend à date fixe l'explosion de sa crise. Si, par hasard, elle n'a pas lieu, quelque chose la remplace; et, quelle que soit l'affection vicariante, elle emprunte à la névrose immanente ses attributs fondamentaux, se localisant de préférence dans une sphère d'innervation assez voisine de celle dont l'asthme vrai est tributaire. L'angine de poitrine, dite diathésique ou arthritique, remplit souvent cette suppléance.

Cela nous explique comment, au siècle dernier, l'asthme et l'angine de poitrine étaient la plupart du temps confondus.

Avant Parry, l'angine de poitrine s'appelait *pneumonalgie, asthme douloureux*. En somme, ces noms, en tant qu'ils s'appliquaient à des formes « mixtes » ou larvées, ne faisaient que traduire fidèlement la réalité des choses. Entre l'angine de poitrine et l'asthme, syndromes trop souvent schématisés pour les besoins de l'étude, il existe toute une série de manifestations interlopes, empruntant tantôt à l'asthme, tantôt à l'angine de poitrine, dans des proportions variables, tels ou tels symptômes n'ayant en soi aucune valeur pathognomonique, mais dont l'ensemble réalise les aspects cliniques les plus variés. L'analogie des deux névroses a été reconnue et affirmée par J. Franck, Trousseau, Anstie. Depuis longtemps Kneeland a démontré leur alternance et donné comme résultat de sa propre expérience que « l'asthme intense et chronique se complique presque toujours de symptômes, qui, tout en ne constituant pas ce qu'on appelle ordinairement l'angine de poitrine, appartiennent cependant à des affections du même ordre; trois fois, il a vu l'*asthme franc* mener directement à l'angine de poitrine franche ». C'est dans cet ordre de faits qu'on rencontre les variétés larvées de l'asthme. Alors il ne s'agit plus d'une violente attaque d'angine de poitrine survenant au lieu et place de l'asthme qui fait défaut; il s'agit d'un syndrome tout nouveau, en présence duquel le diagnostic hésite. John Forbes a été bien inspiré en disant qu'« il y a dans l'angine de poitrine quelque chose de *mental* qui distingue cette névralgie de toutes les autres ». Cette remarque s'adapterait aussi bien à l'asthme, lorsqu'il se manifeste par une *anxiété respiratoire où la dyspnée n'est pour rien*. Le malade croit qu'il va étouffer. Il a, dit le professeur Jaccoud, la *crainte* de la suffocation sans gêne réelle de la respiration. Les « pseudo-asthmes symptomatiques » dans les maladies du cœur se traduisent fréquemment par ces crises. Ainsi l'angoisse simple, toute seule, sans angine de poitrine, sans dyspnée, sans catarrhe, est encore une forme de l'asthme larvé. Nous l'avons appelée *anxiété paroxystique*. Celle-là n'est que mentale, du moins en apparence. Cependant il est probable qu'elle a son substratum dans quelque perturbation des noyaux du nerf vague, tout comme l'asthme le mieux caractérisé. Elle répond à cette détresse, avec affolement du rythme respiratoire, que François Franck a si bien étudiée chez les animaux dont on excite le pneumogastrique; comme si l'ébranlement du nœud vital, centre des fonctions respiratoires, évoquait instantanément le pressentiment d'un danger immédiat, d'une syncope fatale.

L'*anxiété paroxystique*, sensation indéfinissable, peut donc tenir lieu de l'asthme vrai. Elle est nocturne, réveille brusquement le sujet au plus profond d'un sommeil paisible, et le terrifie. Il blêmit, transi de sueurs froides; il a la conscience qu'il va mourir; c'est bien, selon la formule antique, « la méditation de la mort ». Mais sa respiration est libre, son cœur bat; les minutes passent, le temps le rassure; une émission d'urine abondante et claire vient prosaïquement lui annoncer le dénouement de ce drame, et il se rendort. Il a eu sa crise d'asthme.

On pourrait ranger encore, parmi les formes larvées de l'asthme, l'*angoisse laryngée* (qui affecte tant de rapports avec l'ictus laryngé essentiel), certains spasmes œsophagiens à retours périodiques, enfin des poussées congestives prurigineuses d'une violence extrême sur la conjonctive et les muqueuses des voies lacrymales. Mais dans ces déterminations de la diathèse, si éloignées de

leur lieu d'élection, l'asthme proprement dit est par trop méconnaissable pour que nous nous y arrêtions. Il nous suffira de les rappeler un peu plus loin, à l'occasion des transformations éventuelles de la névrose (1).

Durée. Terminaison. — Comme la goutte, comme la migraine, comme l'épilepsie, l'asthme est un mal intermittent dont les échéances plus ou moins espacées peuvent se renouveler de l'enfance à la vieillesse. Il se déclare, en général, plus tôt que la goutte, plus tard que la migraine, et, le plus souvent, comme l'épilepsie, il marque le début de l'adolescence. Il n'est donc pas possible de lui attribuer une durée même approximative; il fait partie de l'individu, il est fonction d'un tempérament. Cela n'implique pas d'une façon absolue qu'on soit asthmatique pour la vie. L'asthme infantile, comme l'épilepsie quelquefois, est susceptible de guérison. Celui des enfants peut disparaître à la puberté, celui des adolescents à la maturité. Si rien ne défend d'espérer cette guérison, rien non plus ne permet de la prévoir. Encore est-elle bien souvent décevante, car la névrose est toujours capable de prendre sa revanche sous une autre forme.

Le nombre des attaques, leurs dates et leurs causes occasionnelles dont il sera question plus loin, varient suivant les sujets, en toutes proportions. Tel n'en subit que cinq, quatre, trois même, au cours d'une longue existence. Tel autre, en butte à des assauts incessants et sans trêve, succombe asystolique avant d'avoir atteint la quarantaine. Nous ne signalerons qu'à titre de complication exceptionnelle la rupture des alvéoles d'où résulte un pneumothorax aigu.

Quoiqu'il n'ait pas de durée précise, l'asthme a une *évolution*. Sous ce rapport, les différences sont subordonnées à l'âge de la maladie autant qu'à l'âge du sujet. Lasègue disait de l'asthme : « Il vieillit à la longue ». Cela signifie que ses atteintes deviennent, avec le temps, de moins en moins redoutables. Elles s'usent, en quelque sorte. N'en est-il pas ainsi de toutes les manifestations de la vie nerveuse, bonnes ou mauvaises? L'hyperexcitabilité de la périphérie s'émousse, l'énergie réflexe des centres s'amointrit. Le tout est que les organes essentiels n'aient pas encore périclité avant l'âge critique de la névrose. Or, il est bien rare qu'un asthme d'une certaine intensité n'entraîne pas après lui l'emphysème. Il en est du poumon dans l'asthme comme du cœur dans les palpitations essentielles. Le surmenage du cœur, même en l'absence de lésions organiques, conduit à l'asystolie. Le surmenage du poumon conduit à l'emphysème. Comme il y a un « cœur forcé » dans le premier cas, il y a un « poumon forcé » dans le second. Il est dans la destinée de l'asthmatique de devenir emphysémateux, si le retour d'âge de la maladie se fait attendre; car les alvéoles du poumon perdent, de jour en jour, un peu de leur élasticité; l'action mécanique de la dyspnée les distend outre mesure; l'action physiologique de la stase sanguine est plus pernicieuse encore. L'état asphyxique dans les crises prolongées entrave la nutrition des parois lobulaires, facilite leur rupture, et, lorsque les crises se font plus rares, lorsque les paroxysmes nerveux s'atténuent, il est trop tard. Le malade est condamné, à perpétuité, à l'emphysème catarrhal et à toutes ses conséquences, y compris l'asystolie.

(1) Consulter les deux mémoires suivants : ARTHAUD et BUTTE, *Du nerf pneumogastrique*, 1892, et RESCOUSSIE, *Essai sur les névroses du nerf vague*, Paris, 1892.

Nous n'entamerons pas ce nouveau sujet qu'on trouvera traité ailleurs dans le chapitre relatif aux bronchites chroniques.

Asthme et tuberculose. — Toutefois, parmi les accidents auxquels sont exposés les sujets atteints de bronchite chronique, il en est un qui mérite ici même une mention spéciale; nous voulons parler de l'infection tuberculeuse. On a longtemps admis l'*antagonisme de l'asthme et de la tuberculose*. L'asthme, disait-on, est un brevet de longue vie; c'est une maladie d'un autocratie absolu, qui ne supporte les empiétements d'aucune autre. Il y a du vrai dans cette métaphore, mais les faits lui donnent de nombreux démentis. Assurément certains sujets semblent réfractaires à la tuberculose; si les asthmatiques sont de ceux-là, le mélange héréditaire des deux diathèses diminue leur résistance. Guéneau de Mussy, le premier, l'a démontré par de frappants exemples. Tantôt l'asthme préexiste et la tuberculose suit; tantôt la tuberculose commence et l'asthme vient s'y ajouter. Dans le premier cas, l'accès en s'effaçant laisse toujours quelques vestiges de son passage; une dyspnée régulière accompagnée de poussées fébriles inaugure les symptômes de phtisie. Dès lors les crises asthmatiques se font plus rares et elles perdent de leur franchise. Dans le second cas, les paroxysmes modifient la marche progressive de la tuberculose pulmonaire locale; elle s'arrête ou se ralentit dans son évolution. Guéneau de Mussy se demande si l'emphysème qui complique l'asthme n'est pas la véritable cause de cette détente. L'asthme, dans cette hypothèse, n'exercerait pas une influence directe sur la phtisie.

Enfin on a vu alterner les périodes de l'asthme et de la tuberculose, chacune des deux maladies dominant la scène à tour de rôle. Tous les médecins ont observé des faits de ce genre. Mais Potain, qui les a récemment étudiés de plus près, nous met en garde contre une erreur facile à commettre. En dehors des cas où l'asthme vrai et les poussées tuberculeuses se succèdent ou se suppléent, il en est d'autres dans lesquels l'asthme proprement dit ne joue aucun rôle, malgré les apparences. Il s'agit de tuberculeux chez lesquels une dyspepsie, entretenue par une suralimentation intempestive, détermine un syndrome pseudo-asthmatique revenant à heure fixe.

Transformations de l'asthme. — Déjà nous avons signalé les liens d'étroite parenté qu'on a reconnus de tout temps entre l'asthme et la goutte, l'urticaire, la sciatique, la migraine. Non seulement ces affections coexistent dans les mêmes familles, mais elles peuvent se suppléer et même se supplanter chez le même sujet. Il faut que le tempérament neuro-arthritique, — herpétique, pour employer le mot de Bazin, — se traduise par l'une quelconque de ces grandes manifestations diathésiques.

La transformation de l'asthme essentiel en goutte articulaire n'est pas très commune. Elle est possible néanmoins. Celle-ci succède à l'autre, tantôt à bref délai, tantôt et le plus ordinairement lorsque les crises d'asthme ont déjà disparu depuis assez longtemps.

Pour l'urticaire, c'est bien autre chose. Ici l'alternance de l'asthme et de l'éruption est chose tellement commune qu'il devient tout à fait impossible d'y voir un phénomène de hasard. Trousseau, Weber, Störck, Andrew Clark et tant d'autres ont relaté des faits qui ne laissent aucun doute sur la parenté de la dermatose avec l'énanthème bronchique. On a appelé l'asthme « urticaire

des bronches ». Qui sait si cette formule n'exprime pas une vérité absolue? L'urticaire cutanée qui remplace l'urticaire interne devient alors un mal chronique; mais, « en réalité, elle n'est chronique que par la répétition incessante, pendant des mois et des années, d'une série de poussées éruptives et non par la persistance de ses éléments en particulier » (1).

Griesinger, Clouston, Graves, Salter, Eulenburg, Anstie ont publié des observations où l'on voit l'asthme non pas coïncider, mais alterner avec les formes cliniques les plus variées de névroses: l'épilepsie, l'angine de poitrine, la sciatique, le tic douloureux de la face et surtout la migraine. La substitution définitive de celles-ci à la première est même relativement fréquente. Nous avons vu cette « guérison » de l'asthme réalisée par la « maladie des tics ». André Petit l'a vue réalisée par une ophtalmoplégie totale. Mais c'est dans l'histoire des vésanies qu'on trouverait les transformations les plus étonnantes. Les faits dont il s'agit avaient été brièvement signalés par Trousseau. Nous les connaissons mieux aujourd'hui, grâce aux travaux de Kelp (2), Savage (3), Conolly-Norman (4). Le trouble mental n'est pas la simple hypocondrie dont les exemples abondent dans les observations de Ferrus, Ettmüller, Rhodius, Rivière, Guislain. L'asthmatique devient un aliéné, dans toute la force du terme. Il est vrai que les crises d'excitation maniaque auxquelles il est sujet peuvent avoir une durée assez courte. Mais elles ont une tendance presque fatale à récidiver; et, quelquefois subintrantes comme l'asthme lui-même, elles constituent une véritable folie chronique sans grand espoir de guérison.

Diagnostic. — Le diagnostic de l'asthme serait généralement facile, si l'on n'avait désigné un certain nombre de dyspnées sous le nom de *pseudo-asthmes*, pour le plaisir de rappeler l'ancienne erreur nosographique grâce à laquelle on prétendait les distinguer de l'asthme vrai. Ces dyspnées revêtent le type de l'asthme essentiel, à s'y méprendre. Le problème est donc de remonter à leur cause. Or l'asthme proprement dit relève d'une cause générale, qui nous échappe en grande partie, mais où la diathèse acquise ou héréditaire exerce de haut sa suprématie. En dehors de cette influence indéniable, tout est mystère; et c'est pour cela que la maladie est qualifiée d'*essentielle*. L'asthme vrai, semble-t-il, est par lui-même et pour lui-même. Ses attaques, comme celles de l'épilepsie ou du tic facial, ne dépendent en quelque sorte que de son bon plaisir. Les pseudo-asthmes, au contraire, sont des formes de dyspnée dont la cause prochaine nous est accessible; tantôt c'est une bronchite, tantôt c'est un trouble cardiaque, une insuffisance rénale, etc. En un mot, ce sont des *asthmes symptomatiques*. Nous sommes relativement en mesure de les faire disparaître et de prévenir leurs retours si nous pouvons supprimer leur cause occasionnelle. De même, nous guérissons quelquefois l'épilepsie symptomatique ou le tic symptomatique. L'épilepsie essentielle, comme le tic essentiel, comme l'asthme essentiel, ne cèdent qu'imparfaitement aux moyens thérapeutiques.

Parmi les asthmes symptomatiques, celui des maladies du cœur est le plus

(1) Voir THIBIERGE.

(2) *Zeitschrift für Med.*, XXIV, 4.

(3) *Insanity and allied Neuroses*, p. 400.

(4) *Journal of Mental Science*, XXX, avril 1885.

fréquent et parfois cependant le plus difficile à reconnaître. La *dyspnée cardiaque*, qui annonce si souvent et si longtemps à l'avance une asystolie de cause organique, n'est pas toujours, tant s'en faut, un phénomène banal; c'est fréquemment un asthme complet, à grandes crises nocturnes, à retours périodiques, affectant tantôt la forme sèche, tantôt la forme humide ou catarrhale. La conclusion à tirer de là est que, même dans les cas où l'asthme est héréditaire et en quelque sorte prévu, il faut chercher la lésion d'orifice, ne fût-ce que pour l'éliminer, s'il y a lieu. Dans ces conditions, le diagnostic de l'insuffisance aortique, par exemple, ne présente pas de difficultés. Il en est autrement, à une période plus avancée, lorsque le cœur droit fonctionne mal, lorsque l'asystolie va se confirmer. Alors les signes stéthoscopiques sont malaisés à percevoir, et le problème, comme le fait observer G. Sée, est presque insoluble. Les commémoratifs, malheureusement peu précis dans certains cas, permettent seuls un diagnostic (1).

Toutes les maladies cardiaques sont capables de provoquer l'asthme symptomatique; mais les affections mitrales et celles du myocarde sont loin d'intervenir aussi efficacement que celles de l'*orifice aortique*, de l'*aorte* ou des *coronaires*. L'athérome des coronaires détermine souvent les crises d'asthme et d'angine de poitrine simultanés dont il a été question antérieurement.

Le *mal de Bright*, qui donne lieu à la dyspnée rythmée de Cheyne-Stokes, peut aussi produire — mais moins fréquemment — l'asthme symptomatique. G. Sée fait mention de l'*asthme albuminurique*. En revanche les bronchites albuminuriques de Lasègue, avec leurs recrudescences nocturnes et leur abondante sécrétion, simulent, à première vue, l'asthme catarrhal. Ici les commémoratifs, l'évolution de la maladie, la coïncidence de l'anasarque, les signes physiques fournis par l'examen du cœur et des artères, sont les éléments du diagnostic différentiel.

Certaines affections du larynx, caractérisées par le spasme ou la paralysie de la glotte et survenant souvent par accès, pourraient être quelquefois confondues avec l'asthme vrai. L'erreur, toutefois, est facile à éviter, si l'on tient compte des circonstances où ces phénomènes se produisent. Ce qui en a été dit déjà au chapitre des maladies du larynx nous dispense d'entrer dans le détail. Les désignations surannées d'*asthme thymique*, *asthme de Kopp*, *asthme de Millar* ont souvent contribué à égarer le diagnostic.

Les dyspnées consécutives à la *compression trachéo-bronchique*, dans les cas de tumeurs cervico-médiastines (adénopathies, goitre, anévrisme, etc.) n'empruntent guère le mode spasmodique qui appartient à l'asthme. Il ne faut pas cependant négliger de parti pris l'influence de ces causes, car elles sont capables de servir de provocation chez les asthmatiques en puissance, et spécialement ceux qui deviennent tuberculeux (Potain).

Quant à l'asthme symptomatique des lésions nerveuses centrales et en particulier bulbaires, on ne l'observera que très rarement. Nous l'avons vu cependant survenir chez un homme atteint de *sclérose en plaques*. Mais presque toujours, la dyspnée bulbaire n'a pas la franche allure du paroxysme que nous venons de décrire.

Enfin on devra toujours songer à l'asthme, chez les enfants qui sont sujets à ces congestions broncho-pulmonaires répétées, dont nous avons signalé les

(1) G. SÉE, *Maladies simples du poulmon*, 1886.