

poumons, avec noyaux de pneumonie catarrhale en voie de caséification; en outre, une éruption abondante de granulations dans le péritoine (sans péritonite) et à la surface de la muqueuse intestinale. Il n'y avait pas de lésions dans l'encéphale.

Ici, comme chez le malade de Cotton, les signes physiques sont survenus très-tardivement, et l'autopsie a clairement prouvé que ces signes ont été produits par les lésions secondaires de la granulose, et non point du tout par les granulations elles-mêmes. Tandis que dans le cas précédent l'absence des phénomènes stéthoscopiques a fait croire à une fièvre typhoïde, dans le mien, elle m'a confirmé dans le diagnostic granulose aiguë, parce que l'ensemble des symptômes et le mode de leur invasion ne permettaient pas de douter d'une maladie aiguë de l'appareil respiratoire.

Le fait dont je vais maintenant vous entretenir a donné lieu à une erreur d'interprétation, mais il n'en est pas moins démonstratif, eu égard à la valeur du nouveau principe de diagnostic que je vous ai indiqué. Le 27 septembre 1870, entré dans cette même salle Saint-Jérôme, au n° 9, un garçon de vingt et un ans, qui nous donnait sur le début de sa maladie des renseignements assez précis pour que nous puissions la considérer comme étant parvenue au cinquième jour. Quatre jours avant, ce jeune homme, récemment arrivé à Paris, avait été pris soudainement, le matin au réveil, d'un saignement de nez et d'un état fébrile qui, dès le second jour, s'était accompagné de diarrhée. A son entrée, nous lui trouvons de la prostration, le ventre un peu ballonné, une légère dyspnée, une toux peu fréquente, une fièvre oscillant entre 38° et

39°; la diarrhée persiste, l'examen de la poitrine ne révèle rien, pas le moindre rhonchus. Vous présentez mon diagnostic; j'admets une fièvre typhoïde. Un peu plus tard, vers le huitième ou le neuvième jour de la maladie, je me trouvais moins satisfait de ce jugement; la température n'était pas conforme au type du typhus abdominal grave; non-seulement elle n'était pas assez élevée le soir, mais, du sixième au huitième jour, elle n'avait pas présenté de rémission le matin; en revanche, je voyais, au matin du neuvième jour, une chute momentanée qui amenait le chiffre normal 37°,5 (voy. fig. 5). Malgré la persistance du météorisme et de la diarrhée, malgré la constatation d'une tumeur notable de la rate, je me serais décidé à revenir sur mon premier diagnostic si, le dixième jour, je n'avais observé, pour la première fois, des taches rosées lenticulaires éparses sur l'abdomen et la poitrine, en assez grand nombre pour représenter une éruption typhique de moyenne intensité; le soir de ce même jour, éclatait un délire violent qui ne devait plus cesser. Chaque matin, j'examinais attentivement l'appareil respiratoire, et, le quatorzième jour seulement, j'entendis les râles secs et humides caractéristiques du catarrhe bronchique.

Le jour suivant, à ma grande surprise, je trouve le malade en opisthotonos avec trismus des plus accusés; la température qui, ce matin-là, s'était abaissée à un chiffre voisin de celui du neuvième jour, remonte, le soir, au maximum observé depuis le début du mal; le lendemain, dix-huitième jour, des spasmes tétaniformes généralisés sont joints au trismus, le délire subsiste avec toute sa violence, et la température, prenant dès lors une ascension continue, arrive, le vingtième jour, à cinq heu-

res du soir, au chiffre de 41°; le malade meurt à une heure du matin.

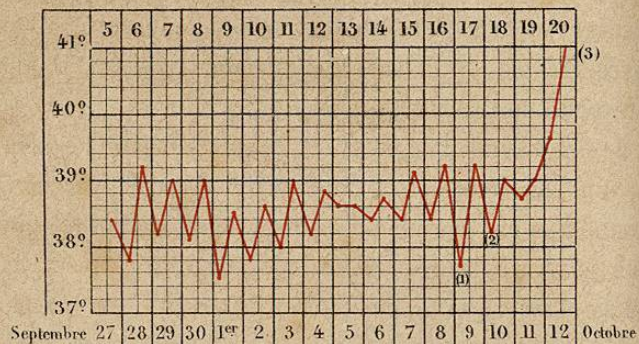
A l'autopsie, nous constatons d'abord l'absence de toute lésion intestinale et mésentérique; la rate est grosse et ramollie, il y a une tuberculisation granuleuse généralisée des deux poumons, avec catarrhe peu étendu des extrémités bronchiques, mais sans infiltration pneumonique. Voilà donc encore un cas de granulose aiguë, qui, avec un début soudain et éclatant, marche pendant quinze jours sans produire aucun phénomène stéthoscopique, parce que les granulations évoluent sans catarrhe initial, sans lésions pneumoniques. — Les phénomènes convulsifs, en raison de l'élévation considérable de température dont ils avaient été accompagnés, avaient été attribués à une méningite; elle existait, en effet, limitée à la région cérébelleuse et cérébrale postérieure, mais elle était due à une lésion qui n'avait aucun rapport avec la maladie granuleuse; il y avait à la face inférieure de la tente du cervelet, du côté gauche, un fungus de la dure-mère, ayant le volume d'une grosse aveline; cette tumeur s'était creusé une loge dans la face supérieure du lobe cérébelleux.

Bien que je m'occupe ici du diagnostic de la granulose aiguë seulement dans ses rapports avec les pneumonies phthisiogènes, je ne veux pas omettre d'appeler votre attention sur l'éruption rosée type que nous avons observée chez ce malade; le fait est rare, mais il ne l'est pas assez pour trancher le problème diagnostique; cet exemple est le quatrième que je vois, d'autres ont été signalés; de là résulte que, dans les cas douteux, c'est encore l'étude de la température qui est le plus sûr moyen de jugement.

Figure 5.

Granulose pulmonaire aiguë.

Homme de 21 ans, Salle St Jérôme N° 9.

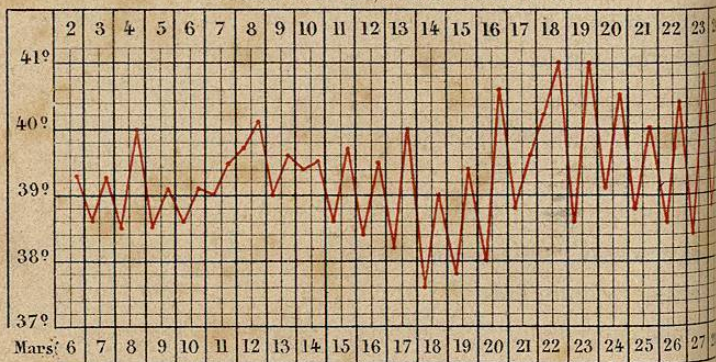


(1) Trismus. — (2) Spasmes tétaniques généralisés. —  
(3) Mort à une heure du matin.

Figure 6.

Granulose pulmonaire aiguë  
avec bronchite pseudo-membraneuse.

Homme de 27 ans, Salle St Jérôme N° 27.



Du 6 au 28 Mars 1872, époque de la mort, à 8 heures du soir.

Ici, il n'y en avait pas d'autre, puisque nous constatons le météorisme, la diarrhée, la tumeur splénique, l'exanthème, tous ces phénomènes en un mot qui donnent à la granulose miliaire la signification d'une maladie infectieuse. J'ai eu le tort d'attacher trop d'importance à l'arrivée récente du malade à Paris, à l'épistaxis et à la précocité de la diarrhée.

Je suis tellement désireux, en raison de son importance, de vous convaincre de ce fait : que la tuberculose aiguë ne donne lieu par elle-même à aucun signe stéthoscopique, que je vous demande la permission de vous rappeler une autre observation, dont l'intérêt, d'ailleurs, est considérable à divers points de vue.

Un homme de vingt-sept ans, remarquablement robuste, entre dans mon service (salle Saint-Jérôme, n° 27), il y a quelques semaines; atteint d'une fièvre intense, de douleurs thoraciques bilatérales, il était en proie à une dyspnée considérable, et je m'attendais à constater le jour même ou le lendemain les signes d'une pneumonie; il n'en est rien : les choses restent en cet état avec aggravation de la dyspnée, pas un râle n'est saisissable dans la poitrine. Le septième et le huitième jour, la fièvre augmente; le soir, on perçoit enfin quelques râles sibilants aigus, la gêne respiratoire atteint le degré de l'orthopnée; le lendemain matin, il y a un mieux relatif, et le crachoir contient des fausses membranes ténues et ramifiées, dont l'origine bronchique est certaine au premier coup d'œil; cette expectoration continue sans interruption durant plusieurs jours avec une abondance variable, et vous vous souvenez sans doute que je vous ai, à plusieurs reprises, montré ces produits caractéristiques de

la bronchite pseudo-membraneuse, si rare chez l'adulte, en dehors de la laryngite de même nature. Après une expulsion plus copieuse qui a lieu le treizième jour, une amélioration notable se produit, la fièvre tombe au point que, le quatorzième et le quinzième jour au matin, la température est à peine supérieure à la normale; mais ce n'est là qu'un répit momentané: le seizième jour ramène des chiffres thermiques excessifs (voy. fig. 6), en même temps la dyspnée reparaît; jusqu'au dix-neuvième jour, elle peut encore être imputée à une nouvelle formation de fausses membranes, car ces produits ont reparu dans l'expectoration muqueuse, devenue d'ailleurs plus abondante; mais, à dater de ce moment, on n'en trouve plus de traces; les signes de bronchite généralisée tendent à s'effacer; le vingtième jour au matin, nous percevons, en revanche, les phénomènes d'une induration du lobe inférieur droit; la dyspnée persiste avec une telle violence que le nombre des respirations oscille depuis le seizième jour entre 68 et 80, et le vingt-quatrième jour, à huit heures du soir, le patient succombe après une horrible agonie.

Les premiers signes stéthoscopiques appréciables ont été contemporains de la première expulsion de fausses membranes; il est donc certain qu'ils doivent être imputés à la bronchite membraneuse. Or, que dit l'autopsie? Elle nous montre cette bronchite, ou plutôt quelques reliquats de cette bronchite, elle nous montre l'infiltration pneumonique compacte du lobe inférieur droit, mais elle nous révèle aussi une granulose miliaire au maximum de généralisation. Or, comme bon nombre de ces granulations sont déjà opaques et jaunâtres, il est bien évident

que la poussée granuleuse a été le processus initial, qu'elle a existé seule pendant les sept ou huit premiers jours de la maladie, et qu'elle est restée silencieuse aussi longtemps qu'elle a été isolée. — Vous noterez, comme un fait bien remarquable, la complication de la granulose aiguë par une bronchite pseudo-membraneuse étendue et persistante, chez un individu qui n'a été affecté ni d'angine ni de laryngite. La constitution vigoureuse du malade, sa bonne santé habituelle, l'absence de tout antécédent suspect sont encore des particularités qui doivent fixer votre attention.

Tels sont, messieurs, les principes et les faits que j'avais à vous exposer relativement au diagnostic différentiel des pneumonies phthisiogènes et de la tuberculose aiguës, et aux indications générales que peut fournir le début aigu, soit par lui-même, soit par les conditions dans lesquelles il est observé. Je dois envisager maintenant une autre face de la question.

Nous n'avons examiné jusqu'ici que les cas remplissant les deux conditions suivantes: 1° le malade est observé dès le commencement; 2° le début du mal est aigu. Ces faits, relativement rares à l'hôpital, le sont infiniment moins dans la pratique privée; la situation est précisément inverse pour les cas du second groupe: le malade n'est vu qu'à une période plus ou moins avancée d'un état chronique; quand il est observé il est déjà phthisique, ou bien près de l'être. La phthisie imminente ou confirmée est-elle tuberculeuse ou caséuse? Voilà comment la question se présente; elle ne le cède point en intérêt à celle qui nous a précédemment occupés. L'appréciation diagnostique est, sans contredit, plus difficile, mais elle n'est

pas impossible, si vous en recherchez les éléments là où vous avez vraiment quelque chance de les rencontrer. Eh bien, ce n'est pas l'état du poumon que vous devez interroger dans ce but ; vous comprenez sans peine que vous y trouverez, dans l'un et l'autre cas, les signes du catarrhe, du ramollissement ou de l'ulcération, et que ces signes, traduisant des conditions physiques toujours semblables, seront eux-mêmes parfaitement identiques. Ils ne vous apprendront rien autre chose que ceci, à savoir : que le poumon, dans une étendue plus ou moins considérable, est pénétré d'un exsudat, qu'il est ramolli lui-même, et qu'il est creusé déjà de cavernules ou de cavernes. Cette constatation vous démontre, par la voie anatomique, que l'état de phthisie est bien réellement constitué ; elle ne vous dit rien, elle ne peut rien vous dire de la nature de cette phthisie. On a prétendu que les vastes cavernes, les grands délabrements du poumon appartiennent à la pneumonie ulcérationnelle plutôt qu'à la tuberculose ; il y a quelque chose de vrai dans cette assertion, mais ce ne peut être qu'une présomption et non pas un signe ; d'ailleurs le phénomène indiqué est tellement tardif, qu'il convient peu de l'attendre pour formuler un jugement. Mais si la similitude des signes physiques est complète, il n'en est pas de même, messieurs, des autres symptômes ; vous pourrez trouver là des caractères différentiels dont la valeur devient considérable, lorsqu'il vous est possible d'y joindre les notions anamnestiques.

Au numéro 9 de la salle Sainte-Claire vous avez une femme de trente-neuf ans, qui nous est arrivée le 17 janvier dernier. Depuis six mois elle est malade d'un rhume ; mais, jusqu'au moment où les accidents ont débuté, elle a

toujours joui d'une santé excellente : elle n'a pas d'antécédents de famille fâcheux ; son père et sa mère sont morts de vieillesse ; elle a une sœur plus âgée qui est parfaitement portante ; elle n'a pas d'enfants. Il y a six mois, c'est à la suite d'un refroidissement qu'elle a commencé à tousser ; elle n'a pas été obligée de s'aliter, la marche des phénomènes a été tout à fait graduelle, il n'y a pas eu de fièvre, pas de point de côté au début, jamais d'hémoptysie ; pourtant ce rhume a eu la plus fâcheuse influence sur l'état des forces, il a résisté à tous les traitements, et, en six mois, cette femme a été réduite à l'état que vous voyez aujourd'hui, lequel peut être ainsi résumé : cavernes aux deux sommets, ramollissement cavernuleux du poumon gauche dans sa plus grande partie, emphyseme compensateur dans la moitié inférieure du poumon droit. Avec cela une expectoration purulente, de la fièvre le soir, de l'amaigrissement malgré la conservation de l'appétit, des sueurs nocturnes ; la malade est bien et dûment phthisique ; de plus, elle a depuis quelques jours de l'œdème du visage et de l'albumine dans l'urine.

Dans ce cas, j'ai repoussé l'idée d'une phthisie tuberculeuse, et j'ai fait le diagnostic phthisie pneumonique ou caséuse, en me fondant sur l'absence de tout antécédent suspect, sur l'absence de troubles digestifs, enfin sur le défaut d'accidents laryngés et intestinaux ; en un mot, j'ai basé mon jugement sur ce fait : que la maladie, quoique bien avancée déjà au point de vue pronostique, est bornée aux désordres pulmonaires. Il est vrai qu'il y a eu, dès le mois de septembre 1871, un arrêt définitif de la menstruation ; mais ce phénomène ne saurait ébranler ma conclusion, l'observation m'ayant appris qu'il est commun

aux deux espèces. En résumé, j'ai eu égard pour le diagnostic à l'absence de certains symptômes, de certaines conditions propres à la tuberculose, et à la localisation rigoureuse du mal dans l'appareil respiratoire.

Quelques lits plus loin, au numéro 16 de cette même salle Sainte-Claire, est couchée une jeune femme de vingt-trois ans qui est entrée dans notre service le même jour que sa voisine dont je viens de vous parler ; certes, il y a de bien nombreuses, de bien frappantes analogies entre ces deux malades, et pourtant ma conclusion pour cette fois est toute différente. L'âge de la maladie est à peu près le même, sept mois ; il n'y a pas d'antécédents mauvais ; le début a été graduel, il n'y a pas eu d'hémoptysies, et aujourd'hui le poumon droit présente de haut en bas des signes de ramollissement, tandis qu'à gauche nous trouvons sous la clavicule le gargouillement et la pectoriloquie aphonique liés à l'existence d'une caverne, et un peu plus bas des râles cavernuleux de volume variable. Les raisons multiples qui me font admettre ici une tuberculose ulcéreuse, une phthisie tuberculeuse sont les suivantes : apparition de la fièvre, le soir à quatre heures, pendant le premier mois de la maladie ; amaigrissement et dyspepsie presque immédiats ; sueurs nocturnes et diarrhée dès le second mois, et dans le cours du troisième, altération persistante du timbre de la voix. Ce n'est pas tout : depuis son arrivée ici, cette femme présente un phénomène notable qui, bien interprété, fournit, selon moi, de vives lumières au diagnostic. Le jour même de son entrée, 17 janvier, nous avons constaté chez elle une fièvre continue quant à la durée, avec exaspération vespérale ; cette fièvre se maintient dans les degrés élevés, entre

39° et 40° ; aujourd'hui, 27 janvier, c'est-à-dire après onze jours, elle persiste avec les mêmes caractères, et pourtant je ne puis saisir aucune modification dans les signes physiques, et je suis obligé de conclure que l'état du poumon, en tant qu'appréciable par l'auscultation et la percussion, est exactement le même que le jour de mon premier examen. Il est impossible en cette situation, vous le concevez, de rapporter le mouvement fébrile à un processus pneumonique actuel ; d'une autre part, en raison de sa continuité, cette fièvre ne peut être considérée comme une hectique pure, et je suis ainsi conduit à y voir l'expression d'une poussée granuleuse. Pour ces motifs, tirés et de la présence de certains symptômes qui manquent chez l'autre malade, et du défaut de parallélisme entre les caractères de la fièvre et les lésions saisissables du poumon, je conclus à une phthisie tuberculeuse, dont la terminaison est notablement hâtée par la granulose aiguë qui est actuellement en évolution.

La femme de vingt-quatre ans qui occupe le lit n° 14 de la même salle depuis le 26 octobre 1871, est arrivée au terme d'une phthisie qui a évolué jusqu'ici sans aucun épisode aigu, et qui offre par sa marche un type parfait de la forme commune ; malgré l'absence d'antécédents héréditaires, malgré le bon état de la santé jusqu'à l'apparition des premiers accidents, je crois pouvoir admettre encore ici une phthisie tuberculeuse en me fondant sur la précocité d'une diarrhée incoercible, sur la rapidité de l'affaiblissement et de l'émaciation, sur l'altération de la voix qui, après avoir présenté pendant longtemps la raucité bitonale, est aujourd'hui complètement éteinte, sur la marche de la maladie, qui n'est jamais sortie un

instant des allures torpides qu'elle a eues dès le début. Je ne dis rien du développement d'une thrombose crurale, parce que j'ai observé ce phénomène dans les deux espèces de phthisie; il n'a donc aucune valeur comme signe différentiel.

Dans certaines circonstances, c'est un symptôme d'un tout autre ordre qui vient éclairer le diagnostic : je vous le signale d'autant plus volontiers qu'il peut à lui seul fixer le jugement et dissiper les incertitudes.

Étudiez le jeune homme de vingt-quatre ans qui est actuellement au n° 22 de la salle Saint-Jérôme; il est phthisique, ce premier point est bientôt acquis, soit que vous examiniez l'état général, soit que vous teniez compte des ulcérations du poumon; il n'a aucun antécédent de famille fâcheux; il n'a pas, il n'a jamais eu d'accidents gastro-intestinaux; sa voix ne présente pas la moindre altération, et en se reportant aux cas précédents, il semble qu'on doive admettre ici une phthisie caséuse. Pourtant j'affirme une phthisie tuberculeuse, et de ce diagnostic je suis plus sûr encore que de tous ceux que je vous ai exposés jusqu'ici; ma raison, c'est que ce malade souffre de douleurs assez vives dans les deux hypochondres; ce symptôme n'est ni accidentel ni temporaire; il y a plusieurs mois que ces douleurs se sont manifestées, elles ne sont pas continues, mais même lorsqu'elles semblent absentes, elles sont aussitôt réveillées par la pression sur la région de la rate et du foie, et par les grands mouvements respiratoires. Existe-t-il des granulations sur les séreuses, ou bien s'agit-il simplement d'une phlegmasie lente et circonscrite? Je n'oserais me prononcer sur ce point, mais ce que je puis affirmer, c'est que jusqu'ici je

n'ai observé ces phénomènes que dans la phthisie tuberculeuse.

Il peut arriver que ces douleurs des hypochondres coïncident avec un autre symptôme qui parle dans le même sens, savoir : avec l'existence de frottements pleuraux à la base de la poitrine, soit d'un seul côté, soit des deux à la fois. Lorsque ce phénomène est transitoire et rapidement remplacé par les signes d'un épanchement liquide, il n'a pas de signification précise, parce que ces pleurésies secondaires appartiennent aux deux espèces de phthisie; mais lorsque les frottements persistent sans épanchement, ou avec une effusion liquide si peu abondante qu'elle n'empêche pas la perception des bruits secs, alors ils révèlent presque à coup sûr une granulo-pleurale, et ce fait constitue une forte présomption en faveur de la phthisie tuberculeuse. Cette conclusion devient même certaine si la maladie a suivi dès son début une évolution torpide, sans aucune période d'acuité.

Chez le jeune homme du n° 22 dont je vous ai parlé en dernier lieu, le diagnostic de la tuberculose chronique tire une preuve additionnelle d'une autre circonstance qu'il faut toujours rechercher avec soin : vous trouvez chez lui l'un des épидидymes notablement tuméfié et douloureux à la pression, et comme d'après ses renseignements il n'a jamais eu de blennorrhagie ni aucune maladie de l'appareil testiculaire, vous êtes autorisés à rattacher ce gonflement chronique et persistant de l'épididyme à un dépôt tuberculeux. Chez les femmes phthisiques, la même signification peut être attribuée à la pelvi-péritonite à marche lente; ici cependant les causes d'erreur

sont plus nombreuses, et la conclusion par suite est moins nettement assise.

Tels sont, dissociés par l'analyse qui est la conséquence d'une étude purement clinique, les éléments de diagnostic entre les deux espèces de phthisie. Il y aura, je pense, une réelle utilité à les grouper maintenant dans un résumé dogmatique; nous courrons ainsi le risque de quelques redites, mais l'importance du sujet me paraît en fournir une justification suffisante.

---

## QUATORZIÈME LEÇON

### TUBERCULOSE. — PHTHISIES PULMONAIRES.

(SUITE.)

---

**Diagnostic** de la phthisie tuberculeuse et de la phthisie caséuse. — Des diverses sources de signes. — Des signes fournis par les antécédents héréditaires et individuels.

Des signes fournis par le mode de début. — Du début aigu. — Pneumonie phthisiogène et tuberculose miliaire aiguë. — Caractères de la fièvre. — Signes fournis par les phénomènes stéthoscopiques. — Signes tirés de la marche. — Ce qu'il faut entendre par phthisie aiguë et phthisie galopante.

Du début chronique ou torpide et des signes qu'il fournit. — Signes présumptifs de la tuberculose chronique. — Du catarrhe limité des sommets. — Rapports entre l'état général et les altérations locales.

Des poussées aiguës dans la phthisie confirmée. — De leurs causes et des moyens de les reconnaître.

Présentation de pièces anatomiques. — Un exemple de pneumonie caséuse lobaire.

MESSIEURS,

Ainsi que je vous l'ai annoncé, je veux vous présenter aujourd'hui, sous la forme d'un résumé plus dogmatique, les conclusions qui me paraissent se dégager de l'examen des faits que j'ai analysés avec vous dans notre dernière réunion. Les éléments de diagnostic que je crois pouvoir signaler à votre attention sont peu nombreux, mais il