

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

importe néanmoins, pour la clarté du sujet et la facilité de l'application pratique, de les diviser en les rattachant à un certain nombre de chefs distincts. Pour établir le diagnostic différentiel de la phthisie tuberculeuse et de la phthisie caséuse, il faut dans tous les cas interroger successivement : 1° les antécédents; — 2° le mode de début; — 3° la marche de la maladie.

Ces diverses sources de signes, nous allons le voir, ne sont pas également fécondes; les antécédents, entre autres, sont loin d'avoir la signification précise qui leur a été longtemps attribuée.

Lorsqu'un malade souffrant de la poitrine annonce qu'il y a eu des cas de phthisie dans sa famille, soit chez ses ascendants directs, soit chez ses frères et sœurs, il y a dans ce fait, messieurs, une présomption grave pour l'existence de la tuberculose. Mais, remarquez-le bien, je dis une présomption, non pas une certitude; c'est qu'en effet, toutes les données concernant la transmission héréditaire de la tuberculose doivent être soumises à une méticuleuse révision; et cette question qui, depuis Laennec et Louis, semblait définitivement résolue, est retombée, sous l'ébranlement des progrès contemporains, dans le domaine de la discussion et de l'incertitude. Ce qui reste acquis, c'est que la phthisie, ou plutôt la prédisposition à la phthisie, est dans un certain nombre de cas transmise par hérédité; sous l'empire de la doctrine unitaire de Laennec, cette proposition ne soulevait aucune équivoque; mais il n'en est plus de même aujourd'hui, et l'on doit se demander si la transmissibilité héréditaire appartient exclusivement à la tuberculose et à la phthisie tuberculeuse, ou bien si elle s'étend aux pneu-

monies phthisiogènes et à la phthisie pneumonique. Cette nouvelle position de la question, la seule vraie actuellement, diminue de beaucoup la valeur diagnostique des renseignements qui concernent la santé des parents; voilà un individu phthisique, vous le savez issu de parents tuberculeux, mais vous n'êtes point pour cela en droit d'affirmer qu'il est affecté d'une phthisie tuberculeuse, la chose est probable, et rien de plus. Comme, d'un autre côté, un sujet qui ne présente aucun antécédent héréditaire suspect peut être atteint de phthisie tuberculeuse, il est parfaitement évident que les notions de cet ordre n'ont pas une portée absolue; elles conservent toute leur valeur, dans les cas douteux, pour établir la nature phthisique d'une maladie des poumons, c'est-à-dire pour le diagnostic générique de la phthisie, mais elles n'apportent que des probabilités très-restreintes à la détermination *spécifique* de la phthisie.

Les antécédents personnels du malade ne sont guère plus utiles, parce qu'ils n'ont pas non plus une signification univoque. Je m'explique. Il y a un fait certain, c'est la relation qui existe entre la scrofule et le processus de caséification en général; à ne considérer que ce fait, il semblerait donc que, lorsqu'un phthisique a été antérieurement affecté de la maladie scrofuleuse, on peut, on doit admettre chez lui une phthisie caséuse; pourtant il n'en est rien, et cette conclusion *a priori* ne sera juste que dans un certain nombre, je crois même pouvoir dire dans le plus petit nombre des cas. Le rapport de la scrofule et de la caséification est un rapport anatomique qui concerne les lésions directement engendrées par la scrofule en évolution; mais à côté

de ce fait révélé par l'anatomie pathologique, l'observation démontre l'éclosion fréquente de la tuberculose vraie, à plus ou moins longue échéance, chez les individus qui ont été scrofuleux; plusieurs médecins, entre autres Buhl et Lebert, regardent même la présence de foyers caséux dans l'organisme comme une condition favorable au développement de la granulose, qui serait alors la conséquence d'une véritable auto-infection. Certes, je n'entends point, comme ces auteurs, ériger cette possibilité en loi, mais il y a là tout au moins une notion nouvelle dont il faut tenir compte. Si vous envisagez ainsi la question sous toutes ses faces, vous verrez se renverser la conclusion que dictait tout d'abord l'analogie anatomique : pour moi, l'existence d'une scrofule antérieure chez un phthisique ou chez un sujet menacé de le devenir, n'est point la preuve d'une phthisie caséuse, c'est au contraire une puissante présomption en faveur de la tuberculose. C'est dans ce sens seulement que ce renseignement peut concourir au diagnostic différentiel des deux espèces de phthisie.

La situation est beaucoup plus nette en présence de quelques autres antécédents pathologiques. Les phthisies qui prennent naissance, après un court intervalle, à la suite de la rougeole, de la fièvre typhoïde, en un mot, à la suite des pyrexies à détermination pulmonaire, celles qui se développent après la coqueluche, dans le cours du diabète sucré, sont presque toujours des phthisies pneumoniques caséuses. Cette proposition est précisément l'inverse de celle qui a été enseignée jusqu'en ces derniers temps; néanmoins c'est la plus solide, la moins aléatoire de toutes les conclusions que j'ai à vous présenter.

L'âge des malades n'indique rien de précis; on a dit que c'est surtout après trente ou trente-cinq ans qu'on observe la phthisie pneumonique, tandis que la tuberculose appartient aux années antérieures; il y a du vrai dans cette assertion, cependant elle ne doit pas être appliquée aux phthisies secondaires dont il vient d'être question, puisque pour le plus grand nombre d'entre elles, les maladies génératrices sont des affections de l'enfance et de la jeunesse.

Vous le voyez, messieurs, la doctrine nouvelle de la phthisie a grandement modifié la valeur des antécédents envisagés comme éléments de diagnostic; la considération de l'hérédité et de l'âge est devenue stérile à force d'incertitudes; en revanche, la signification des maladies antérieures est devenue plus précise, la scrofule étant le plus souvent liée à la tuberculose, les pyrexies et le diabète, au contraire, indiquant presque à coup sûr une phthisie caséuse.

Le mode de début que nous allons maintenant étudier est une des bases les plus solides du diagnostic; pour bien vous en faire saisir l'importance et le mode d'appréciation, je vous demande la permission d'ajouter aux expressions début aigu et début chronique quelques mots d'explication, qui préciseront nettement le sens que j'entends leur attribuer. Au point de vue de leurs commencements, tous les cas de phthisie peuvent être rangés en deux groupes: dans l'un, l'invasion n'est pas seulement soudaine, mais elle est assez violente pour contraindre l'individu à s'aliter durant un temps plus ou moins long, de sorte que d'un jour à l'autre, il passe de l'état de santé à l'état de maladie aiguë, exactement comme s'il était

pris d'un rhumatisme articulaire, d'une fièvre éruptive ou d'une pneumonie franche. C'est là ce que je veux signifier par l'expression abrégative de début aigu. — Dans le second groupe de cas, qui est le plus nombreux, les choses se passent tout autrement : l'invasion peut bien être soudaine, mais qu'elle soit brusque ou non, ce qui est caractéristique, c'est le fait que l'individu n'est point obligé de s'aliter : il n'est pas pris de ces phénomènes fébriles éclatants qui révèlent le développement d'une maladie aiguë ; sa santé est lentement, sourdement altérée, et il peut arriver à une dégradation organique profonde avant d'être constitué malade au lit. Bien souvent, il arrivera que cet état de maladie, relativement latente, soit interrompu par des manifestations aiguës temporaires, mais par cela même qu'elles sont tardives, elles ne changent point la signification des allures initiales du mal. C'est ce commencement insidieux que je désigne par l'appellation de début chronique.

La question étant ainsi portée sur le véritable terrain de la pratique, voyons ce que la considération attentive du mode de début peut fournir de lumières au diagnostic différentiel, dont nous recherchons les moyens.

Au point de vue restreint que nous envisageons, diagnostic spécifique de la phthisie, le début aigu n'appartient qu'aux processus pneumoniques et à la tuberculose miliaire aiguë. Les analogies sont assurément fort étroites, pas assez pourtant pour constituer une identité, et à côté du trait commun fondamental, l'acuité initiale, nous pourrions saisir des nuances qui ont toute la valeur d'éléments distinctifs. Et d'abord, il est vraiment exceptionnel, s'il s'agit d'une granulose miliaire, que l'invasion ait la brus-

querie réelle, absolue, qu'elle présente dans les pneumonies ; l'apparition du frisson et de la fièvre peut bien être soudaine, mais cette explosion qui confine le malade au lit est précédée pendant un temps plus ou moins long de phénomènes prodromiques, symptômes vagues et mal définis par eux-mêmes, qui suffisent cependant pour révéler l'imminence d'une altération profonde de la santé.

Puis, lorsque l'état aigu éclate, et que le malade prend le lit, les caractères de la fièvre ne sont pas les mêmes dans les deux cas, et c'est justement durant la période initiale que les dissemblances sont le plus accusées. Pour la pneumonie lobaire avec son cycle si démonstratif, il n'est pas besoin d'insister ; mais cette pneumonie est la plus rare des pneumonies caséuses, et le vrai débat clinique s'élève entre la pneumonie lobulaire, le processus phthisiogène par excellence, et la granulose miliaire. Eh bien, les caractères de la fièvre ne sont point semblables dans ces deux conditions. Le fait dominant, dans la pneumonie catarrhale, c'est la rémittence du matin qui peut ramener des chiffres très-voisins du degré normal ; de plus, les maxima de la température vespérale sont presque toujours limités entre  $39^{\circ}$  et  $39^{\circ},5$  ; enfin, le cycle fébrile dans son ensemble est irrégulier, en ce sens que d'un jour à l'autre le thermomètre présente des oscillations notables en plus ou en moins, oscillations spontanées dont aucune action thérapeutique ne peut rendre compte.

Dans la granulose les choses vont tout autrement : l'ascension thermique est à la fois plus précoce et plus accentuée ; elle arrive d'emblée à  $40$  degrés ou même au

delà ; il y a bien chaque matin une rémission, mais elle ne dépasse pas quelques dixièmes de degré, et par suite elle n'a rien de commun avec la chute profonde des phlegmasies catarrhales. Les différences sont telles, que l'examen d'un tracé comprenant seulement les quatre ou cinq premiers jours de la maladie suffit pour révéler le diagnostic.

C'est aussi à la période d'invasion qu'appartient le signe différentiel sur lequel j'ai si longuement insisté dans notre précédente réunion, savoir : la date de la première apparition des phénomènes stéthoscopiques. Lorsqu'il s'agit d'un processus pneumonique, soit lobaire, soit lobulaire, l'examen de la poitrine révèle l'existence de ces signes physiques quarante-huit heures, soixante-douze heures au plus tard après le développement de la fièvre ; dans la granulose, au contraire, ces symptômes sont perçus beaucoup plus tardivement. Je vous ai donné les raisons de ce fait, et je vous ai cité avec autopsies à l'appui des observations qui ne laissent pas le moindre doute sur la vérité de cette proposition et sur son utilité pratique ; vous vous rappelez, je pense, que parmi les cas que je vous ai exposés, il en est quelques-uns dans lesquels les phénomènes d'auscultation n'ont été perceptibles que peu de jours avant la mort.

Vous le voyez, lorsqu'on sait en recueillir les enseignements, la période de début, dans les cas à invasion aiguë, donne à elle seule des signes caractéristiques, lesquels sont bientôt corroborés par la marche même des accidents. Dans les pneumonies, quelque nocive, quelque précipitée que soit leur évolution vers la phthisie constituée, la maladie garde les caractères d'une affection localisée dans

l'appareil respiratoire ; dans la granulose, le mal revêt dès les premiers jours les traits cliniques d'une fièvre grave, avec détermination sur les poumons ; c'est précisément pour cela que le diagnostic de la tuberculose aiguë et de la fièvre typhoïde présente tant de difficultés, et, disons-le, tant d'erreurs. A côté de cette présomption tirée de la physionomie générale de la maladie, la marche étudiée en elle-même fournit des signes différentiels véritablement caractéristiques ; je vous prie de redoubler d'attention.

Les processus pneumoniques phthisiogènes, sous quelque forme anatomique qu'ils se présentent au début, suivent toujours l'une des deux marches que voici : 1° la pneumonie évolue sans arrêt, sans interruption du mouvement fébrile et de l'état aigu, pour aboutir à l'ulcération du poumon et à la phthisie ; — 2° après une période initiale aiguë, la fièvre cesse d'être continue : une détente a lieu, l'état général devient meilleur, à ce point que l'on ose espérer une guérison complète ; mais il n'y a pas d'amélioration parallèle dans l'état local, le processus est devenu simplement chronique, et après un temps plus ou moins long, qui ne peut être précisé, il amène lui aussi le ramollissement ulcératif et la phthisie. Ces deux modes sont également démonstratifs : le second appartient exclusivement et sans réserve aux pneumonies phthisiogènes, la granulose primitive à invasion aiguë gardant jusqu'à la mort une imperturbable acuité. Le premier mode d'évolution, par la persistance non interrompue de l'état aigu, semble commun aux deux espèces morbides ; mais il est nettement rattaché aux pneumonies par les signes du ramollissement et de

Pulcération du poumon; la granulose tue par suffocation, par asphyxie lente, par adynamie (forme typhoïde), sans produire les lésions ulcéreuses qui sont la base de l'état de consommation; elle tue sans cavernes et sans phthisie.

Il ne sera pas hors de propos de nous arrêter ici quelques instants sur une question de terminologie qui a donné lieu à d'interminables et stériles discussions, lesquelles n'avaient pas même le mérite de l'opportunité.

Lorsque après Laennec on étudia les formes de la phthisie pulmonaire, on se soumit, je crois vous l'avoir dit maintes fois, à la synonymie fautive que cet illustre médecin avait établie entre les termes phthisie et tuberculose; de là vint tout le mal. On savait que certaines phthisies tuent rapidement, au lieu d'embrasser, par une évolution chronique, une période de plusieurs années; puis on constatait à l'autopsie que ces phthisies à marche rapide ne présentent pas toujours les mêmes lésions; on trouvait dans certains cas de simples granulations plus ou moins confluentes infiltrées dans le parenchyme; on rencontrait dans d'autres des foyers de ramollissement et des cavernes, ni plus ni moins que dans les formes les plus prolongées. Alors surgit le débat auquel j'ai fait allusion: ces phthisies furent appelées, les unes aiguës, les autres galopantes, et l'on discuta sans s'entendre pour déterminer l'attribution respective de ces deux épithètes aux deux groupes de phthisies rapides; les uns voulant qualifier d'aiguës celles que les autres prétendaient appeler galopantes. On peut s'étonner aujourd'hui que tant de travaux aient été consacrés à l'examen de ces subtilités, car la question n'en était pas une, elle était née d'une erreur.

Oubliez la synonymie étrange de Laennec, conservez au mot phthisie son sens traditionnel et clinique, et vous voyez s'effacer ces apparentes difficultés. L'une des maladies dont l'appellation est en litige produit, en un temps plus court que d'ordinaire, les lésions et les symptômes de l'état de phthisie; dénommez-la indifféremment phthisie aiguë ou phthisie galopante, vous êtes certains d'être dans le vrai, car vous conformez les mots à la réalité des faits; l'autre maladie tue rapidement aussi, mais elle ne détermine ni les désordres matériels, ni les phénomènes cliniques de la phthisie; pourquoi, je vous le demande, la dénommerait-on phthisie? Cette conclusion vraiment choque le sens commun: il y a ici une tuberculose, ou une granulose aiguë, comme vous voudrez, mais il n'y a pas de phthisie. En conséquence, messieurs, la seule forme morbide qui doit être appelée aujourd'hui phthisie aiguë ou phthisie galopante, c'est la pneumonie phthisiogène à début aigu, qui aboutit par une acuité non interrompue à l'excavation du poumon et à la phthisie. En d'autres termes, la seule phthisie aiguë ou galopante est la phthisie pneumonique à marche aiguë; quant à la tuberculose aiguë (phthisie granuleuse de Bayle), elle ne donne pas lieu à la phthisie et partant elle ne doit pas en porter le nom. Il y a des années que j'ai signalé cette erreur, et je l'ai plus d'une fois combattue, mais je ne cesserai de m'élever contre elle, tant que je la verrai subsister, consacrée par un langage irréfléchi.

Dans bon nombre de cas, la marche de la tuberculose aiguë apporte encore au diagnostic d'autres éléments de jugement. Bien souvent, surtout chez les sujets jeunes, la détermination granuleuse sur l'appareil respiratoire est

accompagnée d'une altération semblable dans l'intestin, dans le péritoine ou dans l'encéphale ; de là des groupes symptomatiques additionnels qui témoignent de la généralisation du processus, et qui sont totalement étrangers à l'évolution des pneumonies phthisiogènes. Tels sont les divers ordres de signes qui concourent au diagnostic de la phthisie caséuse à début aigu ; ils sont à la fois nombreux et précis, et la situation, je dois vous le dire, est beaucoup moins nette pour les formes à début chronique. La question n'est plus limitée ici entre la phthisie pneumonique aiguë et la tuberculose aiguë, c'est-à-dire entre une maladie à phthisie et une maladie non phthisiogène ; la question se pose entre les deux espèces de phthisie chronique, la caséuse et la tuberculeuse.

Le début chronique ou torpide, sans alitement, ne se montre pas toujours dans les mêmes conditions, et l'on peut à cet égard distinguer deux groupes de cas ; je ne prétends pas qu'ils épuisent à eux deux les éventualités infiniment changeantes et mobiles de la clinique, mais ils contiennent sans contredit le plus grand nombre des faits, et ceux-là qui se présentent le plus communément à l'observation. Je range dans une première classe les cas dans lesquels le début de l'affection pulmonaire, tout en étant apyrétique, est bruyamment accusé par le développement d'une bronchite plus ou moins intense. Je réunis dans la seconde classe les faits dans lesquels le début, moins précis au point de vue de la date, est simplement caractérisé par quelque modification locale insignifiante de l'appareil respiratoire, et par une altération lente mais continue de l'état général.

Le début net par une bronchite offrant tous les sym-

ptômes de la bronchite commune n'est pas absolument démonstratif, cependant il constitue une présomption en faveur de la phthisie caséuse ; cette présomption est presque une certitude, si la bronchite a été bien positivement provoquée par un refroidissement ; il s'agit alors d'une de ces bronchites nocives à extension plus ou moins rapide, que Graves avait signalées sous le nom de bronchites scrofuleuses, et qu'il déclarait déjà indépendantes de la tuberculose. La situation est bien moins nette si la bronchite initiale, apparue spontanément, n'est point imputable à l'influence accidentelle du froid ; en effet, il n'y a pas de relation démontrée entre le refroidissement et le début de la tuberculose vraie, tandis qu'il est parfaitement établi que la formation granuleuse lente peut déterminer, avant toute autre manifestation, un catarrhe bronchique plus ou moins étendu. Si je m'en rapportais uniquement à mes observations, j'irais jusqu'à dire que le début par bronchite sans cause occasionnelle appréciable indique, chez les sujets au-dessous de trente ans, l'existence de la tuberculose et de la phthisie tuberculeuse ; mais les faits que j'ai étudiés ne sont pas assez nombreux pour autoriser une proposition aussi absolue. Il convient donc de rester encore sur le terrain des probabilités.

La conclusion est analogue pour les cas à début silencieux. Lorsque l'invasion du mal est sourde et insidieuse, lorsqu'on ne peut lui assigner ni une date fixe, ni un phénomène révélateur éclatant, lorsqu'il n'y a pas eu soudainement chez le malade, à un jour donné, un état plus mauvais, lorsqu'enfin on ne peut saisir qu'une altération lente et graduelle de la santé, avec des accidents locaux peu ou point appréciables ; alors il est fort à craindre qu'il

ne s'agisse vraiment de la tuberculose chronique, et la chose est quasi certaine, si cet état est observé chez un sujet débile qui n'a pas atteint l'âge adulte, et qui a présenté dans son enfance des manifestations scrofuleuses. Dans bien des cas, vous retrouvez chez ces individus un habitus extérieur caractéristique que j'ai décrit comme un des *signes présomptifs* de la tuberculose : « La taille est élancée, le thorax et le cou allongés et grêles ; les muscles, particulièrement cervico-thoraciques, sont peu développés ; en revanche, les cheveux et les cils présentent une croissance remarquable, et les dents sont souvent fort belles ; les yeux sont vifs, brillants et animés ; la peau, fine et rosée, laisse apercevoir par transparence un réseau veineux azuré ; mais les extrémités des doigts sont fréquemment déformées, elles sont aplaties, se terminent carrément, ou par un renflement en massue (doigts hippocratiques). Les sujets ainsi constitués sont impressionnables, leur caractère est mobile, facilement irritable. En outre, ils s'enrhumant à tout propos ; il se peut que ces rhumes guérissent aisément, mais souvent aussi ils traînent un peu en longueur et fatiguent les malades plus que de raison ; d'autres individus sont prompts à s'essouffler, le séjour dans un endroit trop chaud, une conversation un peu animée, rendent leur respiration courte et difficile, ou bien altèrent le timbre de leur voix. Lorsque cet état constitutionnel coïncide avec des antécédents de famille suspects, lorsque l'enfance du malade a été entachée de quelque accident scrofuleux, alors l'habitus extérieur prend réellement toute la valeur d'un signe présomptif. La granulose chronique est proche, et l'avertissement ne doit pas être perdu ; il faut tenter de con-

jurier le péril par un traitement prophylactique sagement conduit (1). »

Quant aux phénomènes pathologiques qui signalent cette période initiale, ils ne sont pas toujours les mêmes ; souvent c'est un affaiblissement graduel sans cause saisissable, ou bien un amaigrissement notable qui frappe d'autant plus qu'il coïncide avec la persistance de l'appétit, et l'intégrité apparente des fonctions digestives ; dans d'autres cas, au contraire, ce sont des symptômes dyspeptiques dont ne peut triompher aucune médication, une susceptibilité intestinale qui se traduit par une tendance continuelle à la diarrhée, ou bien des désordres graves de la menstruation. Parfois on observe des modifications d'un ordre plus élevé : les dispositions morales et affectives changent peu à peu, le caractère devient irritable, fantasque, ou bien il est morose et taciturne, et chez un jeune sujet ce changement contre nature est plus propre encore à éveiller la sollicitude.

Lorsque, dans cette situation pleine d'incertitudes, vous voyez survenir quelque symptôme léger mais persistant vers le larynx ou la poitrine, le jugement est plus certain encore : il s'agit d'une tuberculose à évolution lente, et non pas de processus pneumoniques. Les premiers phénomènes directs qui concentrent l'attention sur l'appareil respiratoire sont extrêmement peu prononcés ; c'est l'altération de la voix propre au catarrhe laryngé subaigu ou chronique, et, dans les poumons, ce sont de simples modifications de la sonorité, si peu marquées parfois que, lorsqu'elles sont bilatérales, on

(1) Jaccoud, *Traité de pathologie interne*.