

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, pendant 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 avions-nous affaire? Nous étions au quinzième jour de la maladie. Les signes fournis par la percussion et par l'auscultation m'indiquaient une induration du parenchyme pulmonaire, mais cette obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, les râles humides, l'expiration prolongée, et même l'expectoration qui avait les caractères qu'elle présente chez les phthisiques, les crachats globuleux, nummulaires, naissant dans une sérosité à peine trouble; ces signes, dis-je, ne suffisaient pas pour que je pusse conclure à une lésion de nature tuberculeuse: cela me suffisait d'autant moins que la malade m'affirmait que, quinze jours auparavant, elle jouissait de la plénitude de sa santé, que jamais elle n'avait éprouvé le moindre accident du côté de la poitrine. J'inclinai donc à croire à une pneumonie du sommet droit, bien que les éléments de diagnostic fussent trop incomplets pour ne pas laisser des doutes dans ma pensée.

Cependant, auscultant attentivement chaque jour, je constatais que le souffle augmentait notablement au lieu de diminuer. Les râles muqueux se convertissaient en craquements; en examinant le côté gauche, je commençais à entendre, huit jours après l'arrivée de cette jeune femme dans nos salles, un peu d'expiration prolongée et quelques râles sous-crépitants; puis il arriva du côté gauche ce qui était arrivé du côté droit: l'expiration devenait de plus en plus soufflante, les râles se changeaient en craquements, et enfin nous entendîmes des gargouillements des deux côtés.

On assistait ainsi aux progrès du mal; on voyait le côté gauche, jusqu'à présent sain, se prendre à son tour, et se prendre, non comme dans la pneumonie, mais comme dans la tuberculisation: l'hésitation dans le diagnostic n'était plus possible. Il n'était que trop évident que nous avions affaire à une induration tuberculeuse occupant les deux sommets des poumons, à une phthisie qui, marchant avec une effroyable rapidité, menaçait de tuer cette jeune femme en un espace de temps très-court, peut-être en deux mois, six semaines ou moins encore.

Voilà, messieurs, un exemple de *phthisie rapide*. Un autre s'est offert dernièrement à notre observation, chez un jeune homme couché au n° 2 de notre salle Sainte-Agnès.

Chez ce jeune homme, qui, entré le 30 janvier à l'hôpital, n'avait dix jours auparavant, aucun accident du côté de la poitrine, et qui mourut le 25 mars suivant, nous constatons le 25 février, c'est-à-dire un mois environ avant sa mort, trente-cinq jours après le début de sa maladie, une complication des plus sérieuses, un hydropneumothorax; à l'autopsie, nous trouvons trois perforations siégeant à la partie antérieure et latérale du poumon droit, qui, ainsi que le poumon gauche, était farci de noyaux

tuberculeux de la grosseur d'un pois, sans qu'il existât d'ulcérations cavernueuses.

A la rapidité près de son allure, cette forme de la phthisie, qu'il faut appeler *phthisie rapide*, présente les mêmes phénomènes durant la vie, et après la mort les mêmes lésions anatomiques que la phthisie ordinaire, dont la marche est généralement chronique. C'est la même maladie dont les manifestations parcourent leur évolution dans un temps beaucoup plus court qu'elles ne le font habituellement; de même que, par opposition, dans d'autres cas, dans ce qu'on appelle la *phthisie latente*, ces manifestations restent obscures, masquées par des accidents qui les font méconnaître. Latente ou rapide, régulière ou irrégulière, c'est, je le répète, toujours la même maladie: mais il n'en est pas ainsi de la phthisie aiguë, que l'on désigne plus communément sous le nom de *phthisie galopante*.

Celle-ci a pour *caractère anatomique* la présence dans les poumons de *granulations*, d'un gris jaunâtre, demi-transparentes, criblant toute l'épaisseur du parenchyme, depuis le sommet de l'organe jusqu'à sa base. Ce caractère spécifique, reconnu par des hommes d'une grande autorité, par Rokitansky, entre autres, n'est aujourd'hui contesté par personne; mais on est loin d'être d'accord sur la nature de ces granulations.

Suivant quelques anatomo-pathologistes, ces granulations ne diffèrent en rien des tubercules, dont elles présenteraient à l'examen microscopique les caractères ordinaires: « Globules à contours anguleux, ronds ou ovales, contenant une matière plus ou moins transparente et des granulations moléculaires; puis, ce qui se remarque surtout dans le tubercule grisâtre, demi-transparent, une substance interglobuleuse, d'un jaune grisâtre, assez ferme¹. » Ces auteurs admettent donc avec Laennec que ces granulations miliaires ne sont rien autre chose que des tubercules à un degré de développement moins avancé, et tout en reconnaissant que la tuberculisation pulmonaire galopante se présente surtout sous cette forme de granulations grisâtres, demi-transparentes ou à peine jaunâtres, ils admettent encore qu'il est tout à fait exceptionnel de ne pas rencontrer, en outre de ces granulations, les traces d'une évolution tuberculeuse plus avancée, et même l'ulcération cavernueuse. Enfin, selon ces mêmes anatomo-pathologistes, les granulations miliaires peuvent exister dans d'autres organes, dans les ganglions bronchiques, mésentériques, dans la rate, les reins, les méninges, absolument comme les tubercules jaunâtres de la phthisie ordinaire.

Mais en opposition à ces anatomo-pathologistes, d'autres, dont l'opinion est d'une valeur incontestable, soutiennent que ces granulations miliaires sont des productions morbides tout à fait différentes du tubercule.

1. E. Leudet, *Recherches sur la phthisie aiguë chez l'adulte*, thèse, Paris, 1851.

Permettez-moi messieurs, de reproduire à ce sujet les idées d'un homme dont le mérite vous est assez connu, de M. Ch. Robin.

Sous le nom de *tubercules miliaires*, dit mon savant collègue, dans une note manuscrite qu'il a eu l'obligeance de me communiquer à propos de pièces anatomiques prises sur un malade mort dans notre service, sous le nom de tubercules miliaires, on décrit quatre espèces de produits morbides.

Une première espèce est constituée par du *pus concret*, et c'était là le cas du malade auquel je fais allusion.

La seconde est formée par des *productions épidermiques du poumon*. Elles se rencontrent fréquemment chez les enfants, surtout chez les enfants à la mamelle, mais elles se trouvent aussi chez l'adulte. Tantôt éparpillées çà et là dans le parenchyme pulmonaire, tantôt rapprochées les unes des autres, et presque confluentes, elles ont pour point de départ l'épithélium du poumon, comme, dans le parenchyme des glandes, diverses affections ont pour lésion caractéristique une augmentation dans la quantité et dans le volume de l'épithélium de ces organes. Ces productions épidermiques sont toutefois les moins communes des quatre espèces de produits morbides dont il est ici question.

Une troisième espèce comprend les *granulations grises* ou *demi-transparentes*, isolées ou confluentes, constituant, dans ce dernier cas, ce qu'on a appelé l'*infiltration grise*. Elles ont une structure essentiellement différente des tubercules. Qu'elles se présentent sous forme de grains isolés, qu'elles se déposent sous forme de couches ou de masses non déterminées, les *granulations* sont une même chose.

Les granulations des méninges que l'on rencontre dans les méningites sont quelquefois des tubercules, mais le plus souvent elles sont de la nature des productions dont nous nous occupons: il n'en est plus de même des granulations de la plèvre et du péritoine. C'est là, messieurs, ce produit morbide qui a été confondu avec le tubercule, même par des personnes qui les ont examinées au microscope, soit que ces personnes aient été dominées (c'est M. Ch. Robin qui parle) par les anciennes idées de l'école dite *médicale d'observation*; soit que, faute d'employer les réactifs habituellement en usage, elles aient regardé comme étant le corpuscule du tubercule un élément particulier que je rappellerai tout à l'heure, mais qui existe dans un grand nombre de produits inflammatoires et autres, tels que les végétations qui se forment à la surface des plaies, les plaques muqueuses syphilitiques, etc., etc.

Les éléments anatomiques de ces granulations sont les suivants: 1° ces petits corpuscules parfaitement sphériques dont je viens de parler; — 2° une assez notable quantité de substance amorphe, granuleuse, demi-solide, infiltrée dans les éléments du tissu pulmonaire, et remplissant les derniers canalicules des conduits respiratoires; — 3° quelques éléments

fibro-plastiques; — 4° quelques-uns des *corps granuleux* dits de l'inflammation; — 5° enfin, une petite quantité d'épithélium provenant des canalicules bronchiques.

Un fait essentiel à signaler, il est vrai, c'est que quelquefois, mais quelquefois seulement, soit dans les méninges, soit dans la plèvre, soit dans les poumons, on trouve du tubercule en petites masses au centre de ces productions morbides particulières. Le fait, je le répète, n'est pas commun, et s'observe surtout chez les sujets qui présentent des masses volumineuses d'infiltration grise. Quelque petits que soient ces tubercules, ils ont une teinte jaunâtre. On doit se hâter d'ajouter que toujours leur quantité est insignifiante comparativement à celle des granulations.

Il faut savoir le reconnaître et le dire, les micrographes ont, avec la bonne intention de l'éclairer, singulièrement obscurci la question de la tuberculose. Les points litigieux qui les divisent sont nombreux; je vais en exposer les principaux. Et d'abord la granulation et le tubercule sont-ils des produits pathologiques différents ou identiques, au volume ou à l'âge près? En réalité, pour la plupart des micrographes français et pour les micrographes allemands, la granulation grise est le type du tubercule, et elle subit, nécessairement, à une certaine période de son évolution, la transformation caséuse. Seulement, il s'en faut bien qu'elle soit la seule à subir une pareille transformation. Ainsi les tubercules morveux, les gommés syphilitiques, les tumeurs cancéreuses, les infarctus hémorrhagiques, etc., enfin tout ce qui cesse de vivre au sein de l'organisme, se transforme de la sorte. Le fameux globules tuberculeux que Lebert avait cru devoir donner comme caractéristique et critérium infailible du tubercule n'a rien qui soit spécifique, et nous ne possédons aucun signe qui nous permette de distinguer un tubercule parvenu à l'état caséux d'une nodosité miliare, également devenue caséuse, d'origine inflammatoire. Maintenant, comme tout ce qui est caséux et mort, doit être expulsé de l'organisme qu'il contamine, et disparaît en effet, il en résulte des pertes de substance plus ou moins considérables, ce qu'on appelle dans le poumon des cavernes. On trouve donc au sein de cet organe malade des granulations grises, des tubercules proprement dits, plus volumineux, gris encore ou caséux, des masses considérables également caséuses et des cavernes. Ces masses, que Laennec considérait comme les infiltrations tuberculeuses, grises ou jaunes, MM. Hérard et Cornil les appellent aujourd'hui des pneumonies caséuses, et l'on doit reconnaître que ce sont au moins de singulières pneumonies que celles-là, qui ne produisent aucun des symptômes de la pneumonie et entraînent ce que ne provoque jamais l'inflammation franche du poumon, à savoir la destruction complète et irrévocable du parenchyme envahi. Et comme d'ailleurs on trouve toujours, en même temps que ces pneumonies ou broncho-pneumonies caséuses, des granulations grises typiques, il s'ensuit qu'on est

aussi bien autorisé à les appeler pneumonies tuberculeuses que pneumonies caséuses. Ce n'est pas tout : afin de mieux préciser la question, Bouchard a donné comme caractéristiques de la granulation le groupement très-serré des noyaux qui la constituent, ainsi que leur tendance fatale et très-rapide à la mortification; au contraire, tout amas diffus de noyaux assez espacés les uns des autres, sans trace de régression caséuse vers le centre, serait un simple produit inflammatoire. L'erreur de Laennec consisterait à n'avoir pas su distinguer ces choses. Mais la grosse question est toujours de savoir si, au centre de toute pneumonie dite caséuse, il n'y a pas eu pour point de départ un certain nombre de granulations grises, et cela on ne peut pas plus l'affirmer que le nier. D'un autre côté, revenant aux granulations et aux nodules dits inflammatoires, qui ne différeraient des granulations que par un groupement moins serré de leurs noyaux, M. Villemin a trouvé dans ces nodules miliars des éléments absolument identiques par la forme, les dimensions et tous leurs autres caractères à ceux qui se développent dans la zone proliférante des tubercules des membranes séreuses ou muqueuses. Le même savant a démontré que ces nodules résultent de la prolifération des noyaux conjonctifs enchâssés dans la cloison alvéolaire des poumons, c'est-à-dire aux dépens des mêmes éléments anatomiques que les granulations dites tuberculeuses. De sorte qu'on peut anatomiquement considérer les nodules miliars et les granulations comme deux formes d'un seul et même travail pathologique. Une autre opinion a été émise, c'est qu'il y a une phthisie granuleuse, qui serait la vraie, et une phthisie épithéliale, qui serait la fautive, une sorte de tuberculidie; mais voici que l'épithélium même des alvéoles pulmonaires a été révoqué en doute par Bakody (de Pesth) et Villemin. — Vous voyez combien il est difficile de se faire une opinion au milieu de ces assertions anatomiques contradictoires. Ce n'est que par l'étude parallèle de la clinique et de l'anatomie pathologique de la tuberculisation pulmonaire qu'on arrivera à la connaissance approfondie de cette affection; et l'on doit reconnaître que la doctrine de Laennec, sauf pour quelques détails, est encore restée la plus conforme à l'observation. Ce n'est pas en tout cas Niemeyer qui la renversera, lorsqu'il vient proclamer ce paradoxe, que « le plus grand malheur qui puisse arriver à un phthisique est de devenir tuberculeux! » Voulant dire par là que la pneumonie dite caséuse peut être l'origine de tubercules, et que là est le péril. Ce qui est l'interversion de tout ce que l'on sait, et le contrepied de la vérité¹.

1. Comparez Lebert, *Maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, Paris, 1849; — le même, *De l'anatomie pathologique et de la pneumonie disséminée chronique et des tubercules pulmonaires* (*Gazette médicale de Paris*, juin et juillet 1867); — Hérard et Cornil, *De la phthisie pulmonaire*, Paris, 1867; — Villemin, *Étude sur la tuberculose*, Paris, 1868; — Ch. Bouchard, *Tuberculose et phthisie pulmonaire* (*Gazette hebdomadaire*,

Je vous devais tous ces détails, qui malheureusement ne vous éclaireront pas plus que moi. Revenons donc à la clinique.

Quelques-uns d'entre vous se rappelleront sans doute une jeune femme de vingt et un ans qui fut couchée au n° 10 de la salle Saint-Bernard; elle n'était malade que depuis trois mois. Habituellement bien portante jusque-là, elle quitta son pays à cette époque pour venir habiter Paris. A partir de ce moment, sa santé se déranger; son appétit avait diminué; elle perdait sensiblement de ses forces. Cependant elle continuait de se livrer à ses travaux de ménage, lorsque, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut obligée de s'aliter. Elle avait alors de la diarrhée accompagnée de coliques; cette diarrhée, revenant d'abord par intervalles assez éloignés, persista bientôt chaque jour, et devint très-considérable. En même temps, la malade était prise d'accidents du côté de la poitrine, de toux, d'expectoration abondante, sans avoir eu de crachements de sang; en même temps aussi elle avait une fièvre assez vive.

A son arrivée dans nos salles, nous fûmes frappés de son air d'abattement et de stupeur. La réaction fébrile était intense; la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, plein, sans irrégularité, sans microtisme. La diarrhée était abondante, et les évacuations étaient jaunes.

Cinq jours après survenaient du délire. La toux fréquente, des crachats mucoso-purulents que nous trouvions dans le crachoir, attirant notre attention plus spécialement du côté de l'appareil respiratoire, nous entendions en arrière, à l'auscultation, de gros râles muqueux, et d'autres sibilants, disséminés dans toute l'étendue des poumons. En avant, au niveau de la clavicule gauche, nous produisimes, par la percussion, un bruit de pot fêlé, et nous constatons une diminution de la sonorité thoracique; nous entendions en outre de gros râles muqueux, de véritables gargouillements, et, en un point, du souffle caverneux. Quelques jours plus tard la malade succombait, et nous constatons l'existence des lésions que je vous ai signalées tout à l'heure.

Quels sont donc, messieurs, les *symptômes de la phthisie galopante*?

Une femme jeune, car c'est principalement des femmes, et des femmes jeunes que j'ai vues atteintes de cette maladie, — une femme jeune, jusque-là bien portante, tombe sans cause appréciable dans un état de malaise difficile à définir; ses fonctions digestives sont troublées, elle perd l'appétit; ses forces languissent, et un mouvement fébrile plus ou moins prononcé témoigne de la perturbation survenue dans l'économie. Cet état de malaise et de langueur dure quinze jours, trois semaines, un mois quelquefois. La malade continue cependant de vaquer à ses occupations,

octobre 1867); — Bidlot (de Liège), *Études sur les diverses espèces de phthisie pulmonaire*, Paris, 1868; — Niemeyer, *Leçons cliniques sur la phthisie pulmonaire* (traduction par Culmann), Paris, 1867.

tout en se plaignant d'une faiblesse inaccoutumée, d'une inaptitude plus grande à tout travail qui demande une certaine application intellectuelle. En même temps, elle a des sueurs nocturnes, une petite toux sèche; si l'on ausculte la poitrine, on entend quelques râles sonores et disséminés. Lorsque les accidents ne se sont manifestés que depuis quelques jours, on les met sur le compte d'un rhume, d'une bronchite légère, et, en vérité, il semble qu'il n'y ait là rien dont on doive sérieusement se préoccuper. Mais ce rhume se prolonge, la fièvre persiste; l'examen de la poitrine permet de constater l'existence de râles devenus plus nombreux et plus humides, qui s'entendent dans toute l'étendue des poumons, du sommet à la base, en arrière comme en avant. Les jours s'écoulent, et l'état de choses empire au lieu de se calmer: la fièvre prend une plus grande vivacité; la malade perd le sommeil; la toux, de plus en plus fatigante, est accompagnée d'une expectoration de crachats d'abord muqueux, puis bientôt mucoso-purulents: les râles que l'on entendait plus fins, sous-crépitaux, en quelques points se mêlent à un bruit expirateur prolongé et même à du souffle. La résonnance thoracique, à la percussion, reste normale. La respiration est gênée, courte, fréquente, et la dyspnée devient telle, que la malade est forcée de garder la position assise. Ces accidents augmentent progressivement; les forces s'épuisent de plus en plus; la face devient anxieuse; à la décoloration des téguments succède une teinte asphyxique, et après cinq, six, sept ou huit semaines à partir du début des accidents, la malade succombe dans un état d'émaciation analogue à celui qui arrive dans le cours des fièvres graves, mais nullement comparable à cet amaigrissement qui accompagne la phthisie ordinaire.

Ce tableau rapidement esquissé de la phthisie galopante serait loin d'être complet, si je vous le présentais comme le type absolu de la maladie. Il ne vous en représente en effet qu'une forme, celle que l'on peut appeler la *forme catarrhale*; il en est une autre non moins importante à connaître, c'est la *forme typhoïde*.

Bien qu'ici nous retrouvions encore les accidents thoraciques dont je viens de vous parler et les signes sur lesquels j'appelle votre attention, c'est l'état général qui caractérise surtout la maladie, et quelquefois cet état général simule, à s'y méprendre, la fièvre typhoïde. Les symptômes accusés par le sujet, les phénomènes observés par le médecin, sont une céphalalgie intense, un air de stupeur, du subdelirium qui se change plus tard en un délire plus ou moins violent: il y a aussi souvent des soubresauts de tendons. La face, au lieu d'être pâle, est injectée, mais n'offre pas cette coloration rouge par plaques, limitée aux pommettes, que l'on remarque chez les individus atteints de phthisie ordinaire, principalement dans les recrudescences du soir de la fièvre hectique. Le mouvement fébrile est très-prononcé, et la chaleur de la peau, non accusée

par le malade, est en rapport avec l'accélération des battements du pouls. Le ventre garde sa souplesse et sa tension normales : la pression dans la fosse iliaque droite ne détermine pas de gargouillements; il n'y a point de diarrhée; enfin, et c'est là un fait essentiel à noter, jamais on n'a rencontré les véritables taches rosées lenticulaires de la dothiëntérie. Dans cette forme typhoïde de la phthisie galopante, l'invasion de la maladie est généralement plus brusque que dans la forme catarrhale, et son début est marqué par des frissons plus ou moins violents. Sa marche est aussi plus rapide, et sa terminaison a lieu par des accidents asphyxiques ou par des accidents nerveux.

Dans les cas où la phthisie galopante simule la fièvre typhoïde, l'examen de la température nous fournit un précieux moyen de diagnostic. Ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement que la tuberculisation aiguë atteint la température de la fièvre typhoïde; d'un autre côté, les oscillations entre le soir et le matin sont plus considérables : ainsi, dans la phthisie galopante, la température du soir diffère de celle du matin de 1 et même 2 degrés, tandis que, dans la fièvre typhoïde, la différence entre la température du matin et celle du soir est très-rarement de 1 degré.

Ni dans la forme catarrhale, ni dans la forme typhoïde de la phthisie galopante, vous ne retrouvez, messieurs, les symptômes de la phthisie ordinaire, alors même que celle-ci prend les allures d'une excessive rapidité. Il est cependant un point par lequel ces deux maladies, phthisie galopante et phthisie ordinaire, semblent avoir un lien de parenté : c'est que la première comme la seconde attaquent, en un grand nombre de circonstances, des individus chez lesquels existent des antécédents héréditaires tuberculeux; je me hâte d'ajouter, il est vrai, que souvent aussi ces antécédents n'ont pu être retrouvés.

Pour toutes les raisons que je viens de vous dire, M. Empis s'est décidé à considérer la phthisie galopante comme une maladie distincte de la tuberculisation, puisqu'elle en diffère non moins par la nature des lésions que par celle des symptômes. Pour bien consacrer cette distinction, il a désigné sous le nom de *granulie* cette affection qui se caractérise anatomiquement par la production de granulations, soit dans les parenchymes, soit sur les membranes séreuses. Dans cette doctrine, la phthisie galopante dont je viens de vous parler, est la forme thoracique de la granulie, laquelle peut affecter la forme cérébrale (fièvre cérébrale ou méningite tuberculeuse), et la forme abdominale à symptômes typhoïdes¹.

Le pronostic de la phthisie galopante est fatal. La mort en est la conséquence invariable et arrive dans un temps plus ou moins rapproché. Jusqu'ici, messieurs, l'art est malheureusement sans ressources pour combattre une aussi redoutable maladie; chose plus décourageante en-

1. Voy. G. S. Empis, *De la granulie ou maladie granuleuse*, Paris, 1865.

core, c'est que nous sommes impuissants à apporter quelque soulagement aux malheureux qui nous appellent à leur secours.

Je veux vous en donner un triste et dernier exemple : Le 2 février 1861, M. Barth et moi nous étions mandés au couvent des Oiseaux pour voir une jeune Espagnole âgée de seize ans. Son médecin ordinaire, M. Vosseur, nous racontait que cette jeune fille avait, il y a quinze jours, commencé à éprouver un peu de malaise et de fièvre, sans troubles locaux autres qu'une oppression assez notable. Les accidents continuant, M. Barth avait été appelé, il y a huit jours, et il avait été frappé de la lividité des lèvres et du visage. Cette lividité s'étendait aux deux mains. Il y avait beaucoup d'oppression, une fièvre très-vive. L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne permit de rien constater d'anormal : pas un râle, pas de bruit expirateur prolongé. Les fonctions gastriques ne laissaient rien à désirer.

A huit jours de là, nous nous trouvions réunis. Alors la fréquence du pouls et de la respiration était extrême, la lividité de la peau avait augmenté dans une effrayante proportion; il y avait de l'insomnie et quelques rêvasseries pendant la nuit. Nous entendions des râles sous-crépitaux très-fins dans toute l'étendue du poumon gauche; des râles sous-crépitaux gros, mêlés de râles muqueux, dans tout le poumon droit, sans expectoration. Il nous semblait peu probable que la vie pût se prolonger au delà de trois ou quatre jours.

La malade mourut le 4 février, après dix-sept ou dix-huit jours de maladie.

TUBERCULISATION PULMONAIRE ET CATARRHE PÉRIPNEUMONIQUE CHRONIQUE CHEZ L'ENFANT.

Maintenant, messieurs, permettez-moi de fixer un instant votre attention sur un petit malade que vous avez vu couché au n° 13 de la crèche, dans la salle Saint-Bernard. Sa situation est depuis quelque temps assez inquiétante, et le diagnostic de sa maladie fort embarrassant.

Cet enfant, âgé de sept à huit mois, a, depuis trois mois environ, un gros rhume accompagné de fièvre qui n'a pas cessé depuis le début des accidents; cependant il a continué de teter, et c'est assurément à la conservation de son appétit qu'il doit de ne pas être encore mort. On nous l'a apporté il y a quinze jours, et alors, indépendamment de la toux considérable dont il était affecté, nous trouvions une oppression des plus vives.

En examinant la poitrine, nous constatons, à gauche, à partir de la fosse sous-épineuse jusque vers la base du thorax, l'existence du souffle tubaire, du retentissement, je ne dirai pas de la voix, mais du cri; ce retentissement et ce souffle étaient très-prononcés, surtout dans l'expi-

ration. Par intervalles éclataient sous l'oreille des bulles de râle muqueux sous-crépitant, quelques-unes très-fines. La percussion, pratiquée comparativement des deux côtés en arrière, donnait également à gauche une matité très-évidente.

Il y avait de la fièvre. En présence des symptômes généraux, en présence des signes physiques dont il vient d'être question, nous pensâmes à une pneumonie, ou plutôt à une pleuro-pneumonie; nous eûmes l'idée qu'il existait des fausses membranes à la surface du poumon, que celui-ci était induré. Mais restait une question à résoudre : quelle était la nature de cette induration? Était-elle de date récente ou de date ancienne? Était-ce une induration franchement inflammatoire, ou était-elle liée à la présence de productions accidentelles dans le parenchyme pulmonaire? Enfin avions-nous affaire à une pneumonie aiguë, à une pneumonie chronique, ou à une pneumonie tuberculeuse? La solution de ce problème présentait plus d'une difficulté.

Chez les enfants, surtout chez les enfants à la mamelle et dans les trois premières années de la vie, la pneumonie a des allures qui ne ressemblent pas à celles qu'elle prend chez les adultes. Chez eux, la pneumonie lobaire telle qu'on l'observe chez l'adulte est fort rare, et peu grave d'ailleurs, tandis que le catarrhe péripneumonique ou la broncho-pneumonie est, dans le bas âge, une des maladies les plus sérieuses que l'on connaisse, car on peut dire qu'alors elle est presque toujours mortelle.

Or, si vous étudiez le catarrhe, vous reconnaîtrez qu'il n'est pas de maladie plus incertaine dans sa marche. Sans limites fixes, il durera quelquefois trente-six, quarante-huit heures; d'autres fois il durera deux, trois mois à l'état aigu ou subaigu. Jamais vous ne pouvez annoncer à l'individu qui prend un rhume quand il en sera débarrassé, tandis que pour une pneumonie il est permis de se prononcer plus facilement. En général, au bout de neuf, dix à douze jours, ou bien la mort a terminé la lutte, ou bien les accidents généraux s'amendent, et la convalescence arrive. Et ne croyez pas que cette incertitude dans la marche du catarrhe soit spéciale à celui qui occupe les bronches; ce que j'en dis ici s'applique au catarrhe en général, qu'il affecte la membrane muqueuse pulmonaire ou celle de l'intestin, qu'il affecte la vessie ou les organes génitaux chez l'homme comme chez la femme.

Cela posé, vous comprendrez pourquoi, le catarrhe étant le point de départ de la pneumonie chez l'enfant, vous retrouverez dans celle-ci les mêmes difficultés de pronostic que dans la bronchite, puisque, comme la bronchite, elle gardera des allures indéterminées, avec des tendances aux retours auxquelles vous ne sauriez assigner un terme.

Un enfant est atteint d'un gros rhume avec fièvre : au bout de quatre à cinq jours vous avez entendu, en auscultant la poitrine, des râles sous-crépitants disséminés, puis du souffle, et vous avez légitimement conclu

à l'existence d'une broncho-pneumonie. Pour la combattre, vous avez eu recours aux médications les plus énergiques, elles sont restées impuissantes; car, à quelques jours de là, ces râles, ce souffle, qui auront pu disparaître un instant, se seront manifestés de nouveau. Vous les retrouverez dans un autre point que celui qu'ils occupaient auparavant, soit dans une autre partie du même poumon, soit dans l'autre poumon; puis bientôt, sans quitter les points nouvellement envahis, ils pourront occuper ceux où ils s'entendaient au début. Telle est l'évolution de la maladie, dont vous reconnaîtrez les signes par l'auscultation bien plus qu'à l'aide de la percussion, qui ne vous apprendra rien qu'autant qu'un lobe entier, ou tout au moins une grande partie d'un lobe sera envahie.

Ainsi le catarrhe péripneumonique peut, dans l'espace de quelques jours, non-seulement abandonner les points qu'il avait d'abord occupés pour en occuper d'autres, mais encore disparaître entièrement, en tant que péripneumonie, pour reparaitre un peu plus tard, et ainsi de suite, pendant un, deux et jusqu'à trois mois. Ces affections successives ne sont pas des rechutes, des retours d'une maladie qui aurait guéri : c'est toujours le même catarrhe; cette longue série d'accidents interrompus et repris qui le caractérisent est le résultat de l'action de la même cause.

Dans la pneumonie franche de l'adulte les choses se passent d'une tout autre manière. Un lobe est frappé; l'inflammation se propage aux alentours de la partie primitivement et principalement affectée, mais elle ne saute pas d'un point à un autre, comme le fait le catarrhe péripneumonique; elle reste dans les limites où elle s'est d'emblée circonscrite, ou bien elle s'étend de proche en proche.

Or, on comprend sans peine que, dans la broncho-pneumonie, sous l'influence de ce travail morbide dont il est à différentes reprises le siège, le parenchyme pulmonaire finisse par conserver un degré plus ou moins prononcé d'induration. Il est alors impossible de ne pas admettre que le catarrhe bronchique soit bientôt accompagné de pneumonie chronique; aussi la pneumonie chronique est-elle un peu moins rare chez l'enfant qu'elle ne l'est chez l'adulte.

Chez l'adulte, la pneumonie chronique est tellement rare, que son existence, vous le savez, a été longtemps contestée, et qu'un certain nombre de médecins se refusent à l'admettre. Toutefois la majeure partie des cliniciens, tout en signalant son extrême rareté, professent aujourd'hui que, vers le dixième ou le douzième jour d'une pneumonie franche, les phénomènes généraux peuvent disparaître et les accidents locaux persister. La fièvre est tombée, les crachats ont repris leur coloration naturelle et leur aspect normal, l'appétit est revenu. Cependant, à la percussion, on a toujours de la matité; à l'auscultation, on entend le souffle bronchique, les râles crépitants, la bronchophonie, dans une étendue quelquefois considérable, ou bien, comme on en a cité quelques