CHAPITRE PREMIER

CONSTITUTION DU MALADE

En abordant l'examen d'un malade, il sera utile de commencer par tirer au clair la constitution ou les habitudes du patient, qui constituent, pour ainsi dire, le terrain sur lequel s'est développée la maladie. En règle générale, on est autorisé à conclure qu'un sujet a d'autant plus de chances de résister aux atteintes morbifiques que sa constitution est plus robuste. A vrai dire, il y a des exceptions à cette règle, et il n'est pas rare de rencontrer des ivrognes d'apparence robuste et pléthorique ainsi que des personnes obèses qui deviennent extrêmement pusillanimes dès qu'une maladie les attaque. Or, ainsi qu'il résulte de l'expérience des médecins et des chirurgiens, l'état d'âme du malade ne laisse pas que d'exercer une influence notable sur la marche d'une maladie.

La constitution d'un malade dépend *grosso modo* de trois facteurs, à savoir : de l'état de la structure osseuse, de la musculature et du panicule adipeux. Suivant le développement de ces trois tissus, on parle même dans la vie courante de constitution robuste, faible et moyenne. La constitution des sujets les rend évidemment aptes à s'adonner à telle ou telle profession ; aussi est-il aisé de comprendre que les personnes qui sont obligées d'accomplir des travaux exigeant des exercices musculaires violents (agriculteurs, serruriers, forgerons, bouchers, maçons, etc.), présentent, dans la majorité des cas, une constitution extrêmement robuste, tandis que les sujets qui ne sont pas astreints à des travaux pénibles et mènent une vie sédentaire (tailleurs) sont d'un habitus frêle ou gracile.

Commençons par rappeler les modifications de la constitution tellement accusées que, en raison de l'aspect frappant qu'offrent les sujets en question, il suffit d'un seul coup d'œil pour en conclure à l'existence de telle ou telle affection. C'est ce que l'on qualifie ordinairement d'*habitus*. Nous nous contenterons de décrire les habitus scrofuleux, phtisique et apoplectique.

L'*habitus scrofuleux*, qui se rencontre de préférence chez les enfants, est surtout caractérisé par la physionomie étrange des petits malades. Ce qui attire du premier coup le regard, ce sont les lèvres retroussées et le nez massif, qui rappellent par leur aspect une poire renversée. La partie inférieure du nez a été aussi comparée à une pomme de terre, d'où la dénomination de nez en pomme de terre. Les enfants qui pré-

sentent l'habitus scrofuleux, portent ordinairement d'autres signes de scrofulose ; c'est ainsi que l'on rencontre chez eux souvent des adénites cervicales et sous-maxillaires. Chez les sujets dont l'habitus scrofuleux persiste même à l'âge adulte, il importe parfois au plus haut degré, pour l'interprétation et le diagnostic de l'affection dont ils sont atteints, de savoir que pendant leur enfance ils ont subi les atteintes de la scrofulose.

Les sujets à l'*habitus phtisique* sont plus exposés à contracter la tuberculose pulmonaire. Spécifions maintenant les traits caractéristiques de cette constitution anormale. Les sujets ont le corps grêle, la face amaigrie, les yeux d'un brillant particulier, les dents d'un blanc bleuâtre, presque transparentes ; de plus, les malades se tiennent le corps penché en avant, le thorax est plat et peu profond, les omoplates se détachent du dos en forme d'ailes (scapulæ alatæ) ; quant à l'hyperexcitabilité des vaso-moteurs, elle se manifeste par la rougeur subite du visage alternant rapidement avec de la pâleur non moins brusque.

Les sujets à l'*habitus apoplectique* sont ce que l'on appelle ordinairement, dans la vie courante, des trapus, des carrés d'épaule (homines quadrati). Il s'agit généralement de personnes plutôt de taille au-dessous de la moyenne, au cou court, de sorte que la tête semble reposer directement sur les épaules, au pannicule adipeux épais, au visage coloré ; l'anhélation survient chez eux au moindre effort. Comme l'apprend l'observation clinique, conforme ici à la tradition populaire, ces sujets succombent souvent à une hémorragie cérébrale (apoplexie).

L'amaigrissement entraîne assez souvent à sa suite un changement de la constitution. C'est ce qui arrive à la suite du cancer, du rétrécissement de l'œsophage, des maladies gastro-intestinales et en général des affections chroniques de nature quelconque. Ce sont surtout la musculature et le pannicule adipeux qui souffrent le plus dans ces cas ; quant aux os, leur aspect extérieur se modifie à peine, mais la moelle osseuse subit des altérations. Les muscles diminuent de volume et, à la palpation, on les sent mous et flétris. Le pannipule adipeux cutané disparaît, les plis cutanés interdigitaux, soulevés, semblent moins épais et prennent un aspect granuleux particulier. L'atrophie du pannicule adipeux est parfois si accusée que les plis cutanés soulevés en deviennent transparents ou, comme l'on dit en exagérant la chose, sont minces comme du papier à lettres. On désigne sous le terme d'*émaciation* tout amaigrissement non compliqué, tandis que la dénomination de *cachexie* ou de *marasme* s'applique à tout amaigrissement accompagné d'asthénie. C'est ainsi que l'on parle de cachexie cancéreuse, syphilitique, malarique, etc. L'absence ou la présence d'amaigrissement peut devenir de la plus haute importance au point de vue du diagnostic. Ainsi, dans des cas douteux, il est peu probable que des sujets de nutrition normale soient atteints de cancer ou de phtisie pulmonaire. C'est ici le lieu de rappeler une observation ingénieuse de Traube. Dans quelques cas, il est très difficile de se prononcer entre la dilatation des bronches (bronchectasie) ou la phtisie pulmonaire. Or, Traube attire l'attention sur ce fait

que l'amaigrissement, en cas de phtisie, survient ordinairement en très peu de temps, tandis que dans la bronchectasie l'amaigrissement peut faire défaut pendant longtemps. Il en résulte que, dans les cas douteux, l'embonpoint plaide en faveur d'une bronchectasie (1).

Point important à noter : les altérations du pannicule adipeux et l'état de la musculature ne vont pas toujours de pair : dans certaines conditions c'est tantôt l'un, tantôt l'autre qui subit des modifications.

Comme phénomène presque physiologique, le *développement excessif du pannicule adipeux* a lieu chez les femmes après la ménopause. En revanche, la surcharge graisseuse chez les hommes adultes robustes ne se rencontre qu'en cas d'obésité ou chez les *ivrognes*. Or, il arrive presque toujours (ce qui est tout à fait naturel) que les ivrognes tâchent de cacher au médecin leur penchant pour l'alcool ; il est donc très heureux que le développement excessif du pannicule adipeux nous fournisse un signe positif d'alcoolisme. A plusieurs points de vue le médecin est très intéressé à savoir si le malade traité par lui s'est adonné ou non à l'abus de l'alcool ; en effet, d'une part, les maladies fébriles sont, chez les alcooliques, accompagnées très souvent de délires violents et de signes menaçants de faiblesse cardiaque ; de plus, en raison de la paralysie cardiaque menaçante, le pronostic est toujours plus grave chez les alcooliques ; enfin, pour prévenir les délires et le collapsus, le médecin devra administrer aux alcooliques l'alcool à doses élevées, et cela même s'il est nécessaire de recourir à la force.

L'*atrophie unilatérale* ou l'*hypertrophie des muscles* est, dans la majorité des cas, d'origine myopathique. La paralysie des muscles consécutive à une lésion des nerfs périphériques amène très rapidement l'atrophie des muscles atteints. En cas d'*hypertrophie musculaire vraie* (affection très rare), le volume des muscles est augmenté. Ce même phénomène a lieu dans l'*atrophie pseudo-hypertrophique* ; mais, dans ce cas, on a affaire à l'atrophie de la substance musculaire proprement dite, et l'augmentation de volume est attribuable au développement excessif du tissu adipeux intramusculaire. Les muscles qui ne travaillent pas ou ne fonctionnent que d'une manière défectueuse, par exemple, en cas de paralysie, de raideur articulaire (ankylose), subissent une émaciation progressive (atrophie par défaut d'activité) ; au contraire, les muscles travaillant avec excès s'hypertrophient (hypertrophie par excès d'activité).

Les paralysies musculaires sont-elles causées par des altérations des cellules ganglionnaires des cornes antérieures de la moelle (*poliomyélite antérieure*), les muscles paralysés peuvent maigrir en peu de temps (atrophie musculaire dégénérative), tandis que le pannicule adipeux augmente de volume. Ce phénomène se rencontre assez souvent dans la paralysie infantile.

(1) Pour très exacte que soit cette règle dans la majorité des cas, il ne faut pas oublier que la tuberculose peut quelquefois ne pas déterminer d'amaigrissement, et s'accompagner d'un état général d'apparence satisfaisante (*tuberculose floride*).

La constitution du corps est en relation intime avec le *poids du corps* ; il est superflu d'insister sur le fait que, chez une personne robuste, celui-ci présente des chiffres plus élevés que chez les sujets débiles. Aussi, dans chaque examen détaillé, n'oubliera-t-on pas de peser le malade. Dans les cliniques bien installées les malades sont habituellement pesés toutes les semaines.

Pour que ces pesées aient de la valeur, il faut prendre quelques mesures de précaution. Même avec une balance juste, il n'est évidemment pas indifférent que les malades soient pesés à jeun ou après un repas copieux, avant ou après être allés à la garde-robe, nus ou habillés et ainsi de suite. On fera bien de pratiquer la pesée le malade étant à jeun, après miction et défécation préalables. Si possible, le malade n'aura qu'une chemise pour tout habillement. Si, pour une cause ou une autre, le malade ne peut être pesé que complètement habillé, on tiendra la main à ce que, en cas de pesées répétées, il porte à chaque pesée les mêmes vêtements : c'est seulement de la sorte que l'on sera à même de se faire une idée claire sur les changements de poids au cours de la maladie. Le poids d'un costume complet s'élève en moyenne à 3-4 kilogrammes pour les vêtements d'été et à 6-7 kilogrammes pour les vêtements d'hiver ; pour avoir au juste le poids du corps, il sera nécessaire de défalquer ces chiffres de celui donné par la balance.

La détermination du poids du corps importe aussi bien au point de vue du diagnostic qu'à celui du pronostic.

Ainsi, par exemple, l'expérience clinique nous apprend que, en cas de cancer, le poids du corps diminue rapidement et d'une manière continue. Si donc, dans un cas douteux, on ne constate aucune diminution du poids ou si, par un traitement convenable, on réussit à obtenir une augmentation persistante du poids, il est très improbable que l'on ait affaire à un cancer.

A-t-on à traiter des sujets atteints d'une affection ayant entraîné une diminution du poids du corps, on peut considérer comme d'un pronostic favorable l'arrêt de la diminution du poids, et, plus encore, l'augmentation du poids du corps, obtenue par les moyens mis en œuvre.

Le propre de toute maladie est de provoquer presque toujours la *diminution du poids du corps*. Les maladies ne diffèrent entre elles que par le degré de cette diminution. C'est ainsi, par exemple, que le cancer a pour conséquence une diminution de poids très rapide et considérable. Le même phénomène s'observe dans le rétrécissement de l'œsophage et les maladies de l'appareil digestif. Lorsque les sujets atteints de choléra asiatique présentent des évacuations alvines profuses, le poids du corps s'abaisse parfois chez eux de 19 p. 100 dans la durée d'une seule heure. Les diminutions quotidiennes du poids du corps sont plus élevées dans la pneumonie que dans la fièvre typhoïde : en moyenne de 500 à 1.000 gr. dans celle-là et seulement de 450 grammes dans celle-ci (Cohin). J'ai observé dans la fièvre intermittente la diminution très rapide du poids du corps ; c'est ainsi qu'un de mes malades, à la suite de cinq accès de

fièvre intermittente, a perdu 3 kg. 25. Détail très caractéristique pour le diabète sucré : malgré la quantité énorme des aliments ingérés, le poids du corps diminue d'une façon ininterrompue.

L'*augmentation morbide du poids du corps* survient en cas d'obésité. Les chiffres rapportés sont parfois fantastiques : c'est ainsi que d'après Wadd, un Américain obèse aurait pesé 1.100 livres.

Dans le cours d'affections ayant jusqu'alors amené de l'amaigrissement et la diminution du poids du corps, il arrive assez souvent de voir le poids des malades s'élever par suite du développement de l'œdème sous la peau et dans les cavités séreuses. Réussit-on à faire disparaître rapidement l'œdème, on note alors l'abaissement parallèle du poids du corps. Il est tout à fait superflu d'insister sur ce que, immédiatement après la ponction d'une ascite, le poids du corps est diminué exactement de celui du liquide retiré par la ponction de la cavité abdominale.

Les données sur le poids moyen du corps suivant l'âge et la taille ne sont que d'une valeur limitée pour la clinique, le nombre des écarts individuels étant par trop considérable. Mais pour que le lecteur ne soit pas obligé de chercher ces données dans d'autres livres, nous rapportons ci-dessous un tableau de Quetelet emprunté au *Traité de physiologie* de Landois :

AGE EN ANNÉES	TAILLE EN CENTIMÈTRES		POIDS DU CORPS EN KILOGRAMMES	
	HOMMES	FEMMES	HOMMES	FEMMES
Nouveau-né	49,6	48,3	3,20	2,91
1	69,6	69,0	10,00	9,13
2	79,6	78,0	12,00	11,40
3	86,0	85,0	13,21	12,45
4	93,2	91,0	15,07	14,18
5	99,0	97,0	16,70	15,50
6	104,6	103,2	18,04	16,74
7	111,2	109,6	20,16	18,45
8	117,0	113,9	22,26	19,82
9	122,7	120,0	24,09	22,44
10	128,2	124,8	26,19	24,24
11	132,7	127,5	27,85	26,25
12	135,9	132,7	31,00	30,54
13	140,3	138,6	35,32	34,65
14	148,7	144,7	48,50	38,10
15	155,9	147,5	46,41	41,30
16	161,0	150,0	53,39	44,44
17	167,0	154,4	57,40	49,08
18	170,0	156,2	61,26	53,10
19	170,6	—	63,32	—
20	171,1	157,0	65,00	54,46
25	172,2	157,7	68,29	55,08
30	172,2	157,9	68,90	55,14
40	171,3	156,5	68,81	56,65
50	167,4	153,6	67,45	58,45
60	163,9	151,6	65,50	56,73
70	162,3	151,4	63,03	53,72
80	161,3	150,6	61,22	51,52