
TREIZIÈME LEÇON

TUBERCULOSE. — PHTHISIES PULMONAIRES.

(SUITE.)

Des phthisies à début aigu. — De la valeur diagnostique de ce mode de début. — Des conditions qu'il doit remplir pour prendre une signification précise. — Importance de l'état antérieur du malade. — Observations justificatives.

Du début aigu sans signes stéthoscopiques précoces. — Rapports de ce mode d'invasion avec la tuberculose miliaire aiguë. — Raisons anatomiques de ces rapports. — Observations. — Sur un cas de granulose aiguë pris pour une fièvre typhoïde. — Granulose aiguë compliquée de bronchite pseudo-membraneuse.

Du diagnostic des deux espèces de phthisie dans les cas où les malades ne sont pas suivis dès le début. — Observations. — Éléments du jugement.

MESSIEURS,

Dans les faits du genre de ceux que nous avons étudiés dans notre dernière réunion, le diagnostic de la pneumonie phthisiogène et de la phthisie caséreuse qui en est la suite, présente une netteté, une facilité relatives dont il importe de bien saisir les causes ; elles sont au nombre de deux. La maladie est suivie dès son début, voilà un premier point dont la réalisation est purement fortuite,

il n'y a rien de plus à en dire ; — le mode de début, voilà le second point ; le mal éclate avec la soudaineté et les symptômes qui caractérisent l'invasion des inflammations communes du poumon, et, durant les premiers jours, les indications thermométriques elles-mêmes sont semblables à celles qui sont observées dans ces conditions. Lorsqu'après un début de ce genre vous voyez apparaître quelque anomalie notable dans la marche de la maladie, notamment en ce qui concerne les caractères thermiques, lorsque les délais ordinaires de la résolution sont franchis sans que la réparation ait effectivement lieu, il est permis de songer à une pneumonie caséreuse, et il convient de prévoir, dès lors, la possibilité d'une phthisie consécutive.

Toutefois, pour éviter toute erreur d'appréciation, il faut préciser les limites dans lesquelles ce mode de début est vraiment significatif ; il s'agit ci, vous le pensez bien, de distinguer la pneumonie et la phthisie caséuses des manifestations vraiment tuberculeuses ; et non point du tout de différencier les pneumonies caséuses phthisiogènes et les pneumonies communes ; ce diagnostic-là ne peut être fourni que par le temps, c'est-à-dire par l'observation de la marche des symptômes et des lésions, une fois que l'époque ordinaire de la résolution a été dépassée, sans vestige de mutation favorable.

Cela dit et la question étant nettement posée, le début aigu par fièvre, point de côté, dyspnée et toux, n'est péremptoire et démonstratif d'une pneumonie caséreuse à l'exclusion d'une manifestation tuberculeuse, que s'il obéit aux deux conditions suivantes :

1^o Il faut qu'il soit observé chez un individu tout à fait

bien portant jusqu'alors et sans antécédents héréditaires suspects ;

2° Il faut que les symptômes brusques de l'invasion soient suivis dans les quarante-huit ou soixante-douze heures des signes physiques non douteux d'une maladie inflammatoire des poumons, soit pneumonie catarrhale, soit pneumonie lobaire.

Quelques développements vous feront comprendre les motifs de ces deux raisons, et vous en feront apprécier l'incontestable importance.

Lorsque le début aigu, que vous pouvez supposer d'ailleurs aussi net, aussi typique que possible, est observé chez un individu déjà souffrant de la poitrine, il perd, à vrai dire, toute valeur précise ; il n'a plus alors d'autre signification que celle d'une maladie aiguë intercurrente de l'appareil respiratoire, survenant dans le cours d'un état morbide préalable. Ce qui importe alors, pour l'appréciation générale que nous poursuivons, pour la distinction entre la tuberculose et les processus pneumoniques, ce n'est point la nature de l'épisode aigu brusquement surajouté, c'est la nature de cet état préalable ; voilà le vrai problème à examiner. Or, il n'est éclairé, en quoi que ce soit, par le fait de la complication aiguë, il ne peut être résolu que par l'étude des diverses sources de signes que je vous ai déjà énumérées, savoir : les antécédents, les symptômes et la marche.

Le malade qui est actuellement couché au no 6 de la salle Saint-Jérôme, établit de la manière la plus instructive la nécessité de la distinction sur laquelle je viens d'appeler votre attention. Si vous ne considérez que la maladie aiguë à invasion brusque dont cet homme a été

saisi sous vos yeux, puis l'évolution et les suites de cette maladie, vous n'hésitez pas à assimiler son histoire à celle que je vous ai racontée l'autre jour avec tant de détails, et vous vous croirez parfaitement autorisés à conclure qu'il s'est agi ici aussi d'une pneumonie caséuse pure avec ulcérations pulmonaires et phthisie consécutives. Eh bien ! oui, cet homme du no 6 a eu une pneumonie aiguë ; oui, cette pneumonie a été caséuse et ulcéralive, et pourtant il n'est point, selon moi, affecté de phthisie caséuse simple ; il est atteint d'une phthisie tuberculeuse. Pourquoi cette conclusion tout opposée avec des prémisses semblables en apparence ? Uniquement parce que le sujet de notre précédente leçon était en parfaite santé quand il fut pris de sa pneumonie, tandis que celui d'aujourd'hui était depuis un certain temps déjà sous le coup d'un état chronique, lorsqu'a éclaté, comme épisode intercurrent, sa maladie aiguë. Voici, du reste, en abrégé l'histoire de ce malade ¹.

Cet homme, âgé de cinquante ans, nous est arrivé le 5 novembre 1871 ; il entra à l'hôpital pour un rhume négligé ; vous savez la signification ordinaire de cet euphémisme. Les premiers renseignements qu'il nous donnait tendaient à faire remonter à trois mois seulement le début des accidents, mais un interrogatoire plus minutieux nous apprit ensuite que le mal datait, en réalité, d'une dizaine d'années. Dès ce temps-là, cet

1. Tous les malades dont il est parlé dans cette leçon ont succombé ; l'examen des pièces anatomiques successivement présentées au cours de mon enseignement a justifié de tous points les diagnostics formulés, sauf pour le cas de granulose miliaire, qui fut interprété à tort comme une fièvre typhoïde.

individu était sujet à une toux habituelle, que sont venus souvent exaspérer des rhumes remarquables par leur intensité et leur persistance ; l'état général de la santé restait satisfaisant, en apparence du moins, mais dans les deux ou trois dernières années, le malade avait acquis la conviction que ses forces allaient déclinant. Cependant tout alla assez bien et sans phénomène nouveau jusqu'au commencement d'août 1871 ; l'un des premiers jours de ce mois, cet homme, ayant été exposé plusieurs heures à la pluie, se sentit saisi par le froid, et, après deux ou trois jours de malaise, il fut pris d'un rhume violent, et pour la première fois il cracha un peu de sang ; il n'a pas eu alors d'état aigu qui l'ait obligé à prendre le lit, mais la diminution de ses forces a fait des progrès plus rapides que par le passé, il a commencé à maigrir, et a été, dès lors, tourmenté par d'abondantes sueurs nocturnes. A l'entrée du malade dans mon service, je constate, indépendamment des phénomènes précédents, une submatité notable aux deux sommets ; à gauche, elle existe en avant et en arrière ; à droite, elle occupe la région postérieure seulement ; dans tous les points où la sonorité normale est altérée, on perçoit un grand nombre de râles sous-crépitaux à bulles moyennes (craquements humides) ; la zone malade occupe à gauche une hauteur de deux travers de doigt au-dessous de la clavicule, et en arrière, elle est bornée à la fosse sus-épineuse ; à droite, elle descend un peu plus bas d'un travers de doigt environ. Dans tout le reste de leur étendue, les poumons sont sains, ou, pour être plus vrai, l'examen n'y découvre aucun signe suspect. La voix est rauque, et cette altération de timbre remonte à deux

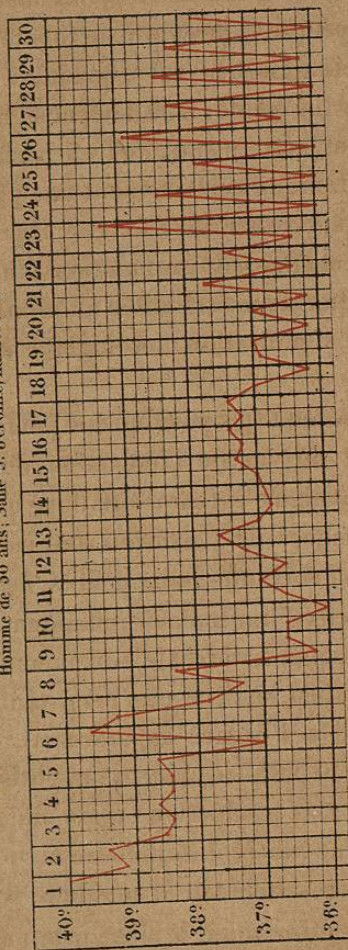
mois environ. — Les conditions de famille de cet individu sont déplorables ; de son père et de sa mère il ne sait rien de précis, mais il a eu deux frères et une sœur qui sont morts phthisiques avant quarante ans ; quant à lui, il a eu dans son enfance des ophthalmies à répétition, des engorgements glandulaires sous la mâchoire, en un mot, diverses manifestations scrofuleuses. Me fondant sur ces commémoratifs, sur l'altération de la voix, sur la limitation parfaite des lésions aux deux sommets, sur l'absence de toute maladie antérieure aiguë de l'appareil respiratoire, je fis le diagnostic : tubercules en voie de ramollissement et catarrhe des sommets, chez un individu entaché de scrofulose dans son enfance.

Pendant trente-cinq jours, la situation reste la même, les lésions ne s'étendent pas ; le 10 décembre, au matin, nous trouvons cet homme en proie à une dyspnée voisine de la suffocation ; il souffre de vives douleurs dans le larynx, la voix est éteinte, il y a un tirage inspirateur des plus pénibles ; ces phénomènes, indicateurs d'une ulcération laryngée en voie de formation, étaient un argument de plus en faveur de la tuberculose pulmonaire. Lors donc que, six jours plus tard, le malade nous présenta, après un frisson violent, une température de 40 degrés, un point de côté, et les signes stéthoscopiques d'une pneumonie catarrhale généralisée, nous savions parfaitement que cette détermination aiguë n'avait point la signification d'une pneumonie caséuse primitive, et qu'il fallait y voir un processus pneumonique secondaire venant compliquer une tuberculose préalable. Mais, et ceci nous ramène à notre point de

départ, notre conclusion était basée non sur l'épisode aigu qui, vu les conditions de son développement, ne pouvait nous éclairer en rien, mais sur la connaissance que nous avons de l'histoire antérieure de cet homme.

Ce fait porte en lui un autre enseignement, qui est digne de toute votre attention : lorsque la pneumonie intercurrente fut entrée dans la phase relativement torpide de la caséification, vous avez pu juger de l'effroyable extension qu'elle avait apportée dans les lésions premières ; au 10 décembre, jour du début, le malade ne présentait que les craquements humides dont je vous ai indiqué les limites, et au 5 janvier nous avons les signes d'un ramollissement cavernuleux de tout le côté gauche, et d'une induration compacte du lobe inférieur droit. Simplement tuberculeux jusqu'au début de sa pneumonie, le patient était par elle constitué phthisique ; pendant les cinq semaines durant lesquelles il avait été soumis à notre observation avant l'explosion des accidents aigus, il avait eu constamment une température normale ; mais dès le 5 janvier, après une apyrexie d'une dizaine de jours, qui avait suivi la défervescence fébrile du processus pneumonique, nous avons constaté une fièvre intermittente vespérale du caractère de l'hectique, avec une température presque toujours sous-normale le matin. Il est bon de remarquer, en outre, que, malgré son évolution nocive et malgré la persistance définitive des lésions, cette pneumonie a présenté, du septième au neuvième jour, une défervescence thermique des mieux accentuées. C'est ce que vous pouvez constater sur ce tracé qui vous représente en son entier la courbe de la

Planche 4.
Pneumonie aiguë dans le cours d'une tuberculose chronique.
Homme de 50 ans, Salle St. Jérôme, numéro 6.



phlegmasie, l'apyrexie consécutive et le début de la fièvre hectique (voy. fig. 4).

Vous le voyez donc, Messieurs, pour distinguer entre une phthisie caséuse et une phthisie tuberculeuse, le fait d'une pneumonie aiguë à invasion soudaine et franche ne prouve rien par lui-même ; il ne devient significatif que si l'individu atteint était jusqu'alors en parfaite santé, et dans ce cas il indique certainement une phthisie pneumonique. Si la survie est assez longue, il pourra se faire une éruption secondaire de granulations, mais ce phénomène, dont l'importance est limitée au pronostic, ne doit pas modifier la signification nosologique des accidents initiaux.

J'arrive à la seconde proposition que j'ai formulée. J'ai dit qu'au point de vue de l'indication de l'espèce de phthisie, le début aigu n'est caractéristique que lorsque les symptômes brusques de l'invasion sont suivis, dans les quarante-huit ou soixante-douze heures, des signes physiques non douteux d'une maladie inflammatoire des poumons, soit pneumonie catarrhale, soit pneumonie lobaire. S'il n'en est pas ainsi, si l'état aigu persistant, les jours se passent sans que ces signes apparaissent, ce mode de début ne dénote ni phthisie caséuse ni phthisie tuberculeuse ; il est lié à la production rapide de granulations confluentes, à une tuberculose miliaire aiguë. La raison, la voici : c'est un simple fait d'anatomie pathologique. Quel est le siège primordial, le siège originel des granulations tuberculeuses ? Ce sont, vous le savez, les corpuscules du tissu conjonctif interstitiel et la paroi des vaisseaux ; et même les travaux de Colberg tendent à établir que la vraie granulation naît toujours des vaisseaux, que

le processus ne gagne que secondairement le tissu interstitiel, et que l'épithélium alvéolaire est tout à fait passif ; il est bien atrophié finalement par les éléments de nouvelle formation, mais il ne fournit aucun élément cellulux aux nodules tuberculeux. Pour ne laisser aucun doute sur ses conclusions, Colberg formule la proposition suivante : le processus qui naît principalement des vaisseaux est le seul qui provoque au début la formation du vrai tubercule (granulation miliaire grise) ; les processus nés de l'épithélium ou du tissu conjonctif donnent assez souvent lieu à une phthisie pulmonaire, mais ils doivent être séparés de la tuberculose vraie. Admettons que l'exclusion de Colberg soit trop absolue, il n'est pas moins établi que la genèse des granulations a lieu dans les parois des capillaires et dans les corpuscules conjonctifs interstitiels. Eh bien ! je vous le demande, qu'y a-t-il dans cette formation qui puisse au début produire des bruits anormaux perceptibles par l'auscultation ? Plus tard, quand le catarrhe que provoque toujours ce processus sera développé, vous aurez les signes physiques ordinaires de cette altération, mais jusque-là vous ne devez attendre rien, absolument rien de l'auscultation. Tout au plus pourrez-vous saisir, au préalable, quelques modifications de la sonorité à la percussion, dans le cas où, sur un point d'une certaine étendue, les granulations seraient tout à fait confluentes. Conséquemment, je le répète, lorsque, avec les symptômes caractéristiques d'une affection aiguë des poumons, vous voyez se passer plus de trois ou quatre jours sans découvrir les signes physiques d'une pneumonie lobulaire ou lobaire, vous devez rejeter l'idée d'une maladie phthisiogène (dans le sens clinique du

mot phthisie), et admettre une granulose ou tuberculose miliaire aiguë. Il y a plus ; dans bon nombre de cas, les granulations ne sont jamais assez confluentes pour produire de la submatité, et il se peut aussi que le catarrhe broncho-pulmonaire soit très faiblement accusé ou très tardif ; or, dans ces conditions qui n'ont rien d'hypothétique, le malade peut être tué par la tuberculose, sans avoir présenté à l'examen le plus minutieux aucun phénomène notable d'auscultation.

Ces principes de diagnostic, déduits du siège primordial des granulations et de ce fait trop méconnu, qu'elles ne peuvent donner lieu à aucun bruit anormal tant qu'elles existent seules, ces principes, dis-je, sont parfaitement justifiés par l'observation clinique, et je vais vous signaler à ce sujet quelques cas d'autant plus significatifs, qu'ils ont été étudiés à un tout autre point de vue. Cotton a publié en 1869 l'histoire d'un menuisier de quarante-deux ans, qui entra à l'hôpital après avoir éprouvé pendant trois semaines un peu de toux et une certaine gêne respiratoire, de la fièvre et un affaiblissement constant. L'attention avait été appelée par ces symptômes sur l'appareil pulmonaire, mais on n'avait pu y découvrir aucune altération, aucun phénomène stéthoscopique. Du reste, si les symptômes vraiment aigus dataient de trois semaines, il n'en était pas de même du trouble initial de la santé : les renseignements obtenus apprenaient qu'avant cette période de trois semaines, cet homme toussait un peu depuis trois mois, et s'était plaint dès lors d'avoir la poitrine comme serrée, et de sentir des douleurs assez vives dans l'hypochondre droit. Dans ce temps déjà la poitrine avait été plusieurs fois examinée sans nul résultat. Lors

de l'entrée de cet homme à l'hôpital, le 28 septembre, on constatait simplement une prostration très marquée, une chaleur et une sécheresse notables de la peau, et quelques troubles cérébraux ; un peu plus tard, il y eut de la surdité, mais, même alors, l'auscultation la plus attentive ne révélait qu'un peu de rudesse du bruit respiratoire sous la clavicule droite. L'état demeura le même, notamment en ce qui concerne les phénomènes fébriles et adynamiques, jusqu'au 9 octobre, c'est-à-dire pendant douze jours pleins à compter de l'arrivée du malade à l'hôpital ; ce jour-là, pour la première fois, on réussit à entendre dans la région sous-claviculaire droite des râles à bulles fines et de la respiration bronchique ; dans les points correspondants du côté gauche, on trouvait à peine quelques bulles de râles ; il n'y avait pas, il n'y eut jamais de matité. Quatre jours plus tard, le 13, survient une diarrhée profuse, et le 14 le malade succombe aux progrès de l'adynamie. — A l'autopsie, on a constaté une tuberculose miliaire aiguë des deux poumons, *sans infiltration pneumonique* ; le sommet droit présentait une ou deux nodosités caséuses anciennes ; il y avait quelques granulations dans le foie et dans les reins ¹.

Dans ce fait, les granulations sont restées isolées sans pneumonie, sans catarrhe, jusqu'aux quatre derniers jours de la vie, et par suite l'auscultation a été silencieuse ; on ne saurait trouver une meilleure justification de la règle diagnostique que j'ai formulée.

Cette observation est encore fort instructive à un autre

1. Cotton, *Acute pulmonary tuberculosis simulating typhoid fever* (*The Lancet*, 1869).

point de vue, en nous montrant une granulose aiguë chez un individu âgé de quarante-deux ans ; cette condition d'âge est tout à fait exceptionnelle.

L'an dernier, nous avons eu au numéro 34 de la salle Saint-Jérôme un jeune homme de dix-neuf ans, dont l'histoire présente avec l'observation précédente de nombreuses analogies. Ce garçon nous est arrivé avec les symptômes non douteux d'une maladie aiguë grave des poumons, fièvre intense, douleurs thoraciques diffuses, dyspnée ; ces phénomènes, qui n'avaient que quelques jours de date, s'étaient développés subitement dans un parfait état de santé. En raison même des difficultés du diagnostic dans tous les cas de ce genre, nous avons jour par jour examiné la poitrine avec le plus grand soin : recherche inutile ; et quinze jours, à dater de l'entrée, se sont passés de la sorte ; l'état général allait s'aggravant sans cesse, les signes d'auscultation et de percussion faisaient invariablement défaut ; dès le début, en me fondant précisément sur l'absence des signes physiques, j'avais diagnostiqué une tuberculose miliaire aiguë, et la persistance de ce phénomène négatif était pour moi une confirmation de jour en jour plus certaine de mon jugement. C'est que le seizième jour que nous avons saisi quelques râles indicateurs du catarrhe lié à la granulose ; peu après, ces râles ont été mêlés de souffle disséminé avec retentissement vocal et submatité dans les points soufflants, signes qui annonçaient des infiltrations lobulaires diffuses ; puis sont apparus des accidents graves du côté de l'abdomen, diarrhée incoercible et ascite, et le malade a succombé après deux mois de séjour dans notre service. — L'autopsie a montré une granulose miliaire généralisée dans les deux