

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

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

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

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

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

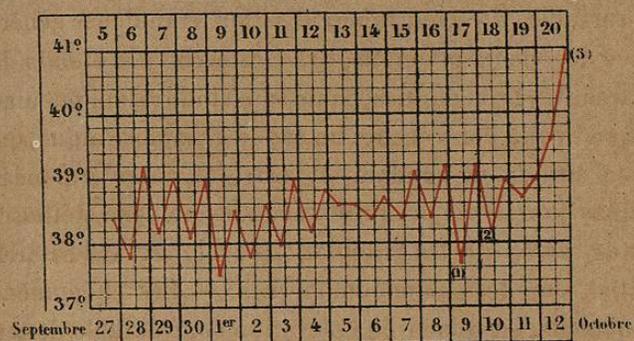
res du soir, au chiffre de 41° ; le malade meurt à une heure du matin.

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

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

Figure 5.

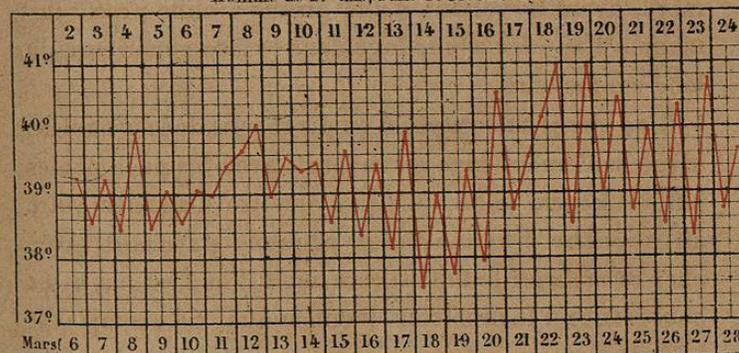
Granulose pulmonaire aiguë.
Homme de 21 ans; Salle St. Jérôme N° 9.



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

Figure 6.

Granulose pulmonaire aiguë
avec bronchite pseudo-membraneuse.
Homme de 27 ans; Salle St. Jérôme N° 27.



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

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

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

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

FAC. DE MED., U. A. N. L.

FAC. DE MED., U. A. N. L.

FAC. DE MED., U. A. N. L.

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE

FAC. DE MED., U. A. N. L.

FAC. DE MED., U. A. N. L.

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

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

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

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

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