

grammes : par une singulière coïncidence, il y eut, le soir même, une recrudescence fébrile qui ramena le thermomètre au-dessus de 39° ; la dyspnée, ce jour-là, fut à son comble, la suffocation semblait imminente, le pouls était à peine perceptible ; dès le lendemain, il était un peu relevé, et la fièvre avait repris ses allures torpides, dépassant de peu le chiffre 38°. Vingt-quatre heures plus tard, la force du pouls était encore accrue, la récurrence radiale commençait à reparaitre, l'impulsion du cœur était plus sensible : il était certain que l'administration de la digitale avait été parfaitement opportune, et que le péril immédiat résultant de la parésie cardiaque était conjuré ; les lésions pneumoniques pourraient accomplir leur évolution complète. Au dix-huitième jour, la digitale fut supprimée : la fièvre était nulle, et elle demeura telle jusqu'au vingt-quatrième ; les contractions cardiaques étaient bonnes eu égard à l'adynamie de la malade, mais l'encombrement pulmonaire persistait, et les seules modifications notables, jusqu'au vingt-cinquième jour, furent l'augmentation de volume des râles sur certains points, et la purulence toujours plus marquée de l'expectoration. Depuis ce moment, ces caractères s'accrochèrent de plus en plus jusqu'au trente-troisième jour, et il y eut un retour de fièvre assez marqué ; dans les zones où les râles muqueux avaient acquis le volume le plus considérable, un certain nombre de cloisons alvéolaires avaient probablement disparu, de là le grossissement par fusion des bulles de rhonchus. Cette interprétation s'imposait vraiment à quiconque avait suivi la marche des phénomènes. Du reste, elle était corroborée par l'apparition d'un souffle cavitaire avec gargouillement à l'angle

de l'omoplate droite, dans une étendue égale à celle d'une pièce d'un franc environ. Je ne doutai pas dès lors que le caractère ulcératif du processus ne se manifestât sur d'autres points, et que la patiente ne fût bientôt dans un état de phthisie confirmée. L'événement a prouvé que ce jugement était prématuré.

Tandis que l'état local subissait les modifications que je viens de décrire, l'état général présentait une amélioration non douteuse : la régularisation de l'action du cœur avait dissipé la cyanose ; la respiration était un peu plus libre, et la faiblesse, bien qu'extrême encore, n'était plus la prostration profonde des premières semaines. Au trente-cinquième jour le changement de l'état général était vraiment très accusé, et il acquit à nos yeux une signification bien positive, lorsque je vis les jours s'écouler sans que je pusse constater de nouveaux désordres dans les poumons. A dater de ce moment, l'expectoration, toujours purulente, devint plus efficace au point de vue de l'élimination des produits ramollis, c'était la preuve que le processus était enrayé ; les râles commencèrent à disparaître sur quelques points, du quarante-cinquième au cinquantième jour il n'y eut plus vestige de l'encombrement des poumons, la perméabilité en était complètement restaurée. Au niveau de la petite cavité du côté droit, des modifications non moins considérables s'étaient produites : d'abord le gargouillement avait disparu, et le souffle à timbre cavitaire était resté seul avec une bronchophonie articulée de même caractère ; puis la zone soufflante s'était rétrécie, la bronchophonie avait cessé, et durant quelques jours il n'y eut plus en ce point qu'un souffle très restreint, quasi linéaire, sans timbre

caverneux, lequel finit par s'éteindre totalement. L'observation avec le thermomètre fut encore continuée jusqu'au cinquante-sixième jour ; puis je gardai la malade encore dix jours, pour être bien certain de la persistance de sa guérison, et au bout de ce temps elle partit pour la campagne en parfaite santé. Un dernier examen des poumons, pratiqué le matin même de son départ, nous fit constater une fois de plus l'absence de tout signe stéthoscopique, de tout reliquat morbide appréciable.

Voilà donc un processus pneumonique, bien certainement caséux et phthisiogène, qui a été curable à la période de ramollissement ulcératif. L'importance de ce fait est vraiment considérable, car les phthisies à marche aiguë sont loin d'être rares ; le succès est subordonné au mode de traitement, cela va sans dire, mais d'une manière générale, et la médication étant supposée convenable, cette forme de phthisie est plus facilement enrayée que la phthisie, également pneumonique, dont les allures sont d'emblée torpides. Mes observations m'ont convaincu, en outre, que cette forme, qui englobe, je vous le rappelle, toutes les phthisies dites aiguës, rapides ou galopantes, présente plus de chances de curabilité chez les individus qui ont dépassé l'âge de vingt ans.

Dans le fait que je viens de vous rapporter, les signes d'ulcération pulmonaire se sont montrés du trentième au trente-cinquième jour, le processus a donc été tout à fait rapide ; mais cette allure précipitée n'est point insolite, sachez-le bien. Chez l'homme de Saint-Jérôme, dont je vous ai présenté les pièces anatomiques, le caractère ulcéreux de la pneumonie n'a pas été plus tardif ; et j'ai vu un autre cas à terminaison encore incertaine, dans

lequel une caverne pneumonique a été produite avant le quarantième jour. L'ulcération a été plus rapide encore chez la jeune fille de Saint-Denis, dont les poumons étaient criblés de cavernes après un mois de maladie¹.

Je vous ai dit que la pneumonie caséuse à début aigu peut encore être guérie à la période d'excavation ; le fait suivant vient justifier ma proposition.

L'homme de quarante-deux ans, que vous voyez aujourd'hui au n° 5 de la salle Saint-Jérôme, est entré dans le service le 11 octobre 1871. Il n'y a chez lui aucun

1. Tout récemment (6 juillet), j'ai été mandé à Limoges auprès d'un jeune homme de dix-sept ans dont l'histoire est malheureusement trop démonstrative au point de vue de la rapidité d'allures que présentent parfois les pneumonies phthisiogènes. Ce malade, de constitution faible et lymphatique, a été pris le 25 mai 1872 d'une pneumonie catarrhale aiguë ; vers le 10 juin il présenta une amélioration assez marquée pour qu'il ait pu quitter sa chambre et reprendre pendant quelques jours sa vie ordinaire ; le seul phénomène morbide persistant était une toux assez fréquente et quinteuse. Peu après, vers le 20 juin, il est repris de fièvre ; il présente dans les régions supérieures des deux côtés les signes stéthoscopiques d'une nouvelle broncho-pneumonie, à laquelle s'ajoute bientôt une hépatisation de la base droite en avant et de la base gauche en arrière. L'organisme se détériore rapidement, l'amaigrissement apparaît, rapide et continu, avec des sueurs nocturnes profuses ; et quand je vois le malade le 7 juillet au matin, je constate, avec mes honorables confrères le docteur Ballet (d'Ambazac) et le professeur Bardinet (de Limoges), une excavation au centre de la partie hépatisée de droite, et un ramollissement cavernuleux de la base gauche. L'évolution de cette maladie avait été si habilement suivie par mes confrères, qu'il ne pouvait y avoir de doute sur la date et l'enchaînement des accidents, et les désordres que nous observions ensemble étaient le résultat d'un processus phthisiogène de vingt jours de durée. Nous avons, d'un commun accord, institué un traitement stimulant ayant l'alcool, le vin et le quinquina pour bases. Vingt jours plus tard, j'ai été rappelé auprès de ce malade, et j'ai eu la satisfaction de constater, dans l'état local et dans l'état général, une amélioration qui ne permet pas de douter d'une guérison complète dans un avenir prochain.

antécédent suspect, ni héréditaire ni individuel ; il jouissait habituellement d'une parfaite santé. L'hiver il s'enrhumait facilement, mais ces rhumes n'ont jamais présenté de gravité ni de durée inquiétante. La constitution de cet homme était primitivement assez robuste, mais elle a été grandement éprouvée pendant le siège de Paris et les événements qui l'ont suivi. Le père est mort à soixante-seize ans d'une affection qui n'a pu être définie ; la mère a succombé vers soixante ans à une pneumonie aiguë de quelques jours de durée. Quand cet individu nous est arrivé, il était au dixième jour d'une maladie dont le début avait été des plus aigus ; elle s'était affirmée subitement par un frisson violent, et par une fièvre qui avait été très vive dès le moment de son apparition. Il n'avait pas eu de point de côté, mais dès le premier jour était survenue, avec de la diarrhée, une hémoptysie de sang pur, qui avait été peu abondante et de courte durée, mais qui s'était répétée avec les mêmes caractères pendant six ou sept jours ; durant cette période, le sang avait toujours été rendu pur, il ne paraît pas qu'il y ait eu un seul crachat vraiment pneumonique. Vous trouvez dans ces hémoptysies initiales un trait de ressemblance avec l'observation de Frantzel, que je vous ai rapportée antérieurement comme un type de pneumonie caséuse à marche suraiguë. A partir du neuvième jour, il y avait eu une amélioration visible caractérisée par la cessation des crachements de sang et la chute de la fièvre ; mais l'état apparent du malade était devenu néanmoins plus inquiétant, parce qu'il avait été pris d'un délire tranquille mais continu, qui exigeait une surveillance non interrompue : c'est principalement en raison de ce nouveau

phénomène que cet homme avait été apporté à l'hôpital. Quand je le vis au matin du onzième jour, l'état aigu était complètement tombé, l'expectoration était nulle, le *subdelirium* persistait. D'après son caractère et les conditions dans lesquelles il avait tardivement pris naissance, j'attribuai ce délire à l'inanition, et j'eus en effet la satisfaction de le voir disparaître en quarante-huit heures sous l'influence d'une alimentation légère et du vin.

A ma grande surprise, cet amendement ne fut suivi d'aucune amélioration dans l'état général ; au contraire, l'abattement, la prostration, allaient croissant, et cependant la diarrhée avait cessé, l'hémoptysie n'avait pas reparu, et les résultats fournis à ce moment par l'examen de la poitrine ne pouvaient rendre compte de cette situation. Voici, en effet, ce que nous constatons. A droite, dans une étendue correspondant à la moitié inférieure du lobe supérieur et à la partie supérieure du lobe moyen, nous trouvons les signes ordinaires d'une induration avec imperméabilité du tissu ; dans le reste du lobe moyen, il y avait des râles sous-crépitaux fins semblables au *crepitus redux* qui date déjà de deux ou trois jours. Dans les parties indurées, le souffle bronchique prenait pendant les secousses de la toux un timbre creux et résonnant tout particulier. L'interprétation de ces phénomènes éclairée par la notion des antécédents ne présentait aucune difficulté ; nous avions là le résidu d'une pneumonie aiguë dont le processus aigu était éteint, et qui, entrée en résolution dans les parties inférieures, persistait à l'état d'induration dans le reste de son étendue. — Le côté gauche n'était pas intact ; on y entendait dans

toute la hauteur des râles humides caractéristiques d'un catarrhe broncho-pulmonaire. — Il y avait bien là, vous le saisissez vous-mêmes, quelque chose d'insolite : c'était le défaut de résolution après la terminaison de l'état aigu ; mais cette anomalie, qu'il convenait de noter, ne pouvait jusqu'alors inspirer de bien vives inquiétudes.

Il en fut bientôt autrement. Malgré un traitement tonique et stimulant, malgré une alimentation aussi riche que pouvait le permettre une anorexie quasi absolue, l'état général s'altérait de plus en plus ; la pâleur était blafarde, l'amaigrissement faisait des progrès sensibles ; des sueurs fréquentes ajoutaient à la faiblesse, et l'expectoration prenait des caractères significatifs. Dans les premiers jours, elle était muco-purulente et de médiocre abondance ; puis elle était devenue tout à fait purulente, et avait graduellement augmenté de quantité, à ce point qu'à la fin d'octobre, c'est-à-dire vingt jours après l'entrée du malade, nous trouvions tous les matins auprès de lui tantôt quatre, tantôt cinq crachoirs remplis de crachats puriformes tout à fait homogènes, sans aucun mélange de liquide séreux ; *les produits expectorés ne présentaient d'ailleurs aucune odeur spéciale.* — Vers ce temps-là, du 30 octobre au 3 novembre, les modifications que nous suivions depuis quelques jours dans les phénomènes stéthoscopiques devinrent assez nettes et assez stationnaires pour permettre un jugement positif. Après un ramollissement dont nous avons observé les progrès, une portion de la zone indurée et soufflante de droite était manifestement excavée ; au niveau de l'angle du scapulum, et dans la gouttière scapulo-vertébrale à la même hauteur, existaient persistants des signes cavitaires

non douteux. Il ne s'agissait pas de quelques petites cavernules contestables, mais d'une excavation unique, de l'étendue d'une grosse noix au moins, sur laquelle on percevait une respiration et une toux caverneuse types, de la pectoriloquie à voix haute et à voix basse, et cet autre signe, enfin, auquel j'attache encore plus d'importance, du gargouillement à grosses bulles dans les inspirations fortes et pendant la toux. — Le côté gauche, en revanche, s'était modifié dans un sens favorable : dans les parties supérieures et à la base, les râles avaient diminué au point que parfois on n'en entendait plus un seul ; mais à la partie moyenne était apparu un foyer d'induration limitée caractérisé par du souffle bronchique et de la bronchophonie. La comparaison des signes perçus en ce point avec ceux que fournissait l'auscultation de la caverne en faisait ressortir aussitôt les différences, et apportait au diagnostic physique une entière confirmation. La résolution de la pneumonie catarrhale dans la plus grande étendue du poumon gauche, la nécrobiose ulcéreuse du foyer de droite, rendaient un compte satisfaisant des caractères de l'expectoration. Cette évolution mauvaise n'avait du reste rien d'étrange chez un individu de constitution délabrée par les privations et la misère, et elle était bien en rapport avec la persistance de la lésion pneumonique après l'extinction du processus aigu. La pneumonie caséuse était arrivée à la période d'excavation, l'état de phthisie était constitué dans sa forme chronique, la fièvre ne s'était pas rallumée un seul instant.

Les choses allèrent ainsi jusqu'à la fin de novembre, et pendant ce long espace de temps nous avons pu nous assurer chaque jour de la persistance et de la netteté des

phénomènes cavitaires ; bien plus, mon interne d'alors, M. Labadie-Lagrave, qui suivait cette observation avec une sollicitude dont je ne puis assez le remercier, consignait, à la date du 15 novembre, la mention suivante : « L'excavation pulmonaire du côté droit semble s'accroître. » L'état de consommation était alors voisin du marasme, et il était bien évident que si le malade avait pu se soutenir jusque-là, c'était uniquement grâce au traitement alcoolique. — Dans les premiers jours de décembre, l'expectoration, sans changer de nature, commença à diminuer : ce fut là le signal d'une amélioration qui devait être définitive ; l'alimentation put dès lors être un peu plus abondante, et, au milieu de ce mois, l'état général, bien que fort grave encore, n'était plus du moins de nature à faire craindre une mort prochaine. Un peu plus tard il fallut bien se rendre à l'évidence, et reconnaître que les signes de caverne n'occupaient plus une aussi grande étendue. Ces modifications successives sont ainsi résumées par M. Labadie-Lagrave dans l'observation que j'ai sous les yeux : « Du 20 au 26 décembre, la caverne pulmonaire semble s'être un peu rétrécie. » Depuis ce jour, le processus réparateur n'a cessé de marcher de pair avec l'amélioration de l'état général ; la caverne est devenue graduellement plus étroite, jusqu'à ce qu'enfin, du 12 au 15 janvier de cette année, il n'a plus été possible de retrouver aucun phénomène cavitaire. Vous pouvez encore aujourd'hui (6 février) vous assurer du fait, et constater que le malade ne présente plus au niveau de la région qui a été ulcérée que des signes d'induration simple, c'est-à-dire de la respiration soufflée avec retentissement bronchique de la voix, et cela dans une

étendue moitié moindre au moins que celle qu'occupaient primitivement les phénomènes caverneux. — A gauche, le petit foyer d'induration persiste sans changement.

Malgré mes représentations, cet homme, qui se sent bien portant, ne veut pas prolonger son séjour à l'hôpital, et il nous quitte demain. Il est guéri, mais son état n'est point aussi parfait que celui de la femme de Sainte-Claire ; l'induration cicatricielle de la caverne ne m'inspire aucune inquiétude pour l'avenir, mais il n'en est pas de même du foyer caséux qui subsiste dans le poumon gauche : c'est un terrain tout prêt pour la fonte nécrobiotique, au cas où surviendrait une nouvelle pneumonie ; et, d'un autre côté, ce sont des foyers de ce genre qui, d'après les observations de Buhl et de Lebert, sont souvent le point de départ d'une granulose ultérieure. Quoi qu'il en soit, et pour nous en tenir au moment présent, il est certain que cet homme, à la suite d'une pneumonie à évolution mauvaise, a présenté, avec une caverne volumineuse dans le poumon droit, tous les symptômes de la phthisie torpide, et qu'il est aujourd'hui parfaitement guéri et de sa consommation et de son ulcération pulmonaire, transformée en une petite zone d'induration.

Soyez-en donc certains, Messieurs, et retenez le fait comme une des acquisitions les plus précieuses pour la pratique, les processus pneumoniques phthisiogènes à début aigu sont curables, soit à la période de ramollissement ulcératif, soit à la période d'excavation, de phthisie confirmée. Je n'éprouve aucune hésitation à formuler cette proposition, parce que je l'affirme avec cette confiance absolue que donne l'expérience. Je voudrais pouvoir ajouter à cette conclusion quelques données sur la