

de sa faiblesse. C'est alors qu'elle fut admise dans mon service de l'hôpital Saint-Antoine. Elle y est restée assez longtemps sans vomir, jusque vers la fin d'octobre, où les vomissements se reproduisirent, toujours à la suite de violentes attaques de douleurs et plusieurs heures après avoir mangé.

Dans le milieu de ce même mois d'octobre, la malade me dit qu'elle ne pouvait se coucher sur le côté droit, sous peine d'éprouver aussitôt de la douleur, de l'oppression et de la toux. Ce symptôme, signalé par Beau dans les affections tuberculeuses, et qui indique le côté de la lésion ou le côté le plus lésé, me fit aussitôt penser qu'il existait une lésion grave des voies respiratoires et spécialement du poumon droit ; aussi l'examinai-je incontinent avec le plus grand soin, et voici ce que je fis constater aux assistants : au sommet droit et en arrière, matité absolue, avec râles humides et même cavernuleux ; en avant, même matité et mêmes râles, surtout quand la malade tousse ; expiration soufflante plus marquée dans l'expiration et au voisinage de l'aisselle ; au sommet gauche, en arrière, submatité ; entre l'angle externe de l'omoplate et le rachis, inspiration rude, expiration prolongée et soufflante.

La malade tousse et rejette par la toux des crachats assez abondants, dont les uns sont aérés, tandis que les autres sont volumineux, purulents et recouverts par un liquide spumeux incolore et filant.

Il y a, de plus, un peu de fièvre le soir ; ainsi la température est alors de 38°,2 et le pouls à 120. Enfin la malade a des sueurs nocturnes.

Ces signes locaux et généraux (qui sont ceux de la tuberculisation pulmonaire, et que j'étudiais avec le plus grand soin, en raison même de l'étiologie toute d'inanition de cette tuberculose) ne firent que s'accroître davantage dans le cours du mois de novembre ; la température s'élevait parfois le soir à 39 degrés et le pouls à 132. L'émaciation, déjà considérable, devint excessive ; la faiblesse était telle, que la malade ne pouvait plus quitter son lit. Dans le mois de décembre, l'état s'aggrava plus encore : des cavernes se formèrent aux deux sommets ; l'expectoration purulente était des plus abondantes ; d'ailleurs, de

temps à autre il y avait des accès de douleur gastrique suivis de vomissements de matières alimentaires ; de sorte que, sous l'influence combinée de ces deux causes de dépérissement, le marasme devint excessif. La malade succomba enfin le 6 janvier 1874 (1).

A cette observation la sanction de l'autopsie fut refusée, les parents ayant fait à l'ouverture une résistance absolue ; mais, si nous n'avons pas eu les preuves anatomiques, on avouera que les évidences cliniques ne nous ont pas manqué. Et d'abord, troubles digestifs continuels et caractéristiques, vomissements de matières alimentaires, non pas avec secousses préalables de toux, ainsi qu'on l'observe alors qu'ils sont sympathiques de la tuberculisation pulmonaire (et par le fait d'un retentissement sur le pneumogastrique stomacal (2), mais vomissements précédés de violentes douleurs, comme on le voit au cas d'affection grave de l'estomac ; puis vomissements marc de café, enfin tumeur épigastrique, que mon distingué collègue M. Siredey avait avant moi considérée comme de nature cancéreuse. Plus tard, toux, et finalement signes physiques de tuberculisation déjà très prononcés quand je les constate pour la première fois en octobre, puis qui s'accroissent de plus en plus, en même temps que se développe rapidement le marasme à double origine, stomacale et pulmonaire. Il n'est donc pas douteux que la lésion des poumons ne fût chronologiquement consécutive à celle de l'estomac, et je n'hésite pas à croire qu'elle en a été pathogéniquement la conséquence.

De son côté, Lebert a observé la coïncidence de la tuberculisation pulmonaire 11 fois sur 57 cas de cancer de l'estomac, c'est-à-dire dans un cinquième des cas ; et dans 5 de ces 11 cas il est positivement noté que les tubercules étaient de date récente.

Maintenant, il est une affection de l'estomac qui porte à la nutrition une atteinte des plus graves ; qui procède ordinairement par attaques successives, avec périodes de rémission quel-

(1) Observation recueillie par M. Léon Andral, interne du service.

(2) Voir plus loin, leçon LIV, *Pneumogastriques et tuberculisation pulmonaire*.



quefois très prolongées ; de telle sorte que la vie est longtemps compatible avec cette affection, mais une vie misérable, minée par la souffrance, ruinée par l'alimentation insuffisante ; cette affection, c'est l'*ulcère simple* de l'estomac. Eh bien ! voulez-vous savoir combien de fois se trouvent des tubercules dans les poumons de ceux qui succombent à cette maladie ? Voici les chiffres de Jaksch, de Prague (1), et je n'en sais pas de plus intéressants, comme vous allez pouvoir en juger :

Le consciencieux médecin a divisé ses 155 cas d'ulcère de l'estomac en

20 cas d'ulcère rond proprement dit ;  
78 cas de cicatrices rayonnées ;  
57 cas d'érosion de la muqueuse.

Or, il a trouvé des *tubercules pulmonaires* :

7 fois sur 20 cas d'ulcère rond . . . . . c'est-à-dire dans 1/3 des cas.  
26 fois sur 78 cas de cicatrices rayonnées. c'est-à-dire dans 1/3 —  
18 fois sur 57 cas d'érosion . . . . . c'est-à-dire dans 1/3 —

Ainsi, résultat inattendu, les chiffres de Jaksch nous donnent la même proportion de tuberculeux, *un tiers*, au cas d'ulcère de l'estomac, et quelle qu'ait été la forme de la lésion ; je ne vois rien, pour mon compte, de plus probant quant à la relation causale qui relie la maladie de l'estomac à la tuberculisation pulmonaire.

En résumé, les chiffres de Lebert nous donnent les résultats suivants :

TUBERCULISATION PULMONAIRE AVEC

*Cancer de l'œsophage*, plus de . . . . . 1/2 des cas.  
*Ulcère simple de l'estomac* (et quelle qu'en soit la forme). . . . . 1/3 —  
*Cancer de l'estomac*. . . . . 1/5 —

C'est-à-dire que le nombre des cas de tuberculisation pulmonaire concomitante est d'autant plus grand que l'affection des voies digestives a permis, tout en portant à la nutrition une profonde atteinte, une plus longue durée de la vie ; ou, en d'autres

(1) Lebert, *Traité des maladies cancéreuses*, p. 532. 1851.

termes, l'affection qui tue le plus rapidement a moins souvent provoqué le développement des tubercules pulmonaires, par cela même qu'elle a trop tôt supprimé la vie.

Jusqu'ici il s'est agi de lésions matérielles graves de l'œsophage ou de l'estomac ; eh bien, nous allons voir une simple névrose de cet organe, mais une névrose persistante, allant jusqu'à produire l'inanition volontaire, entraîner également à sa suite la tuberculisation des poumons.

Sous le nom d'*anorexie hystérique*, M. Lasègue a décrit une forme de l'hystérie très intéressante et peu connue. Parce qu'elle souffre de l'estomac alors qu'elle a mangé, la jeune malade arrive graduellement et volontairement, pour éviter la douleur, à ne plus s'alimenter. « Les repas, dit l'éminent professeur, se réduisent de plus en plus ; en général, un seul peut être réputé alimentaire, que ce soit le déjeuner ou le dîner. Presque toujours la malade supprime successivement une des espèces de nourriture, le pain, la viande, certains légumes. Les choses se prolongent ainsi pendant des semaines et des mois sans que la santé générale paraisse défavorablement influencée : la langue est nette et fraîche, la soif nulle ; il n'y a pas d'amaigrissement, quoique la nourriture représente à peine le *dixième* du régime accoutumé de la malade. »

Cependant, « à la fin, ajoute M. Lasègue, la tolérance de l'économie, si merveilleuse qu'elle soit chez les hystériques, s'épuise, et la maladie entre dans une nouvelle phase. Les règles, jusqu'à insuffisantes, irrégulières, cessent de se produire ; il survient de la soif. Les parois abdominales se rétractent et perdent leur élasticité, ainsi qu'il arrive dans les inanitions prolongées. La région épigastrique devient douloureuse à la pression. La constipation, opiniâtre, ne cède plus aux purgatifs. La peau est sèche, rugueuse, sans souplesse ; le pouls fréquent. L'amaigrissement fait des progrès rapides, et avec lui s'augmente la faiblesse générale. »

Dans ces conditions, la malade commence à s'émouvoir de son état et à désirer la guérison ; alors, ou bien « délivrée par la fièvre de sa préoccupation délirante, l'hystérique rentre dans la condition de tous les dyspeptiques et n'offre à la cure que les difficultés



auxquelles nous sommes accoutumés, » ou bien la névrose « devient la cause occasionnelle, indirecte, de maladies à terminaison fatale, et, *au premier chef*, de la *tuberculisation pulmonaire*. » A l'appui, M. Lasègue cite le cas d'une jeune femme mariée, hystérique de longue date et âgée de trente ans quand survint l'anorexie, et qu'il vit se tuberculiser de la sorte. « La répugnance à la nourriture s'était produite à la suite de chagrins plus imaginaires que réels, mais profondément ressentis, et la malade fit trop tard de vrais efforts pour se rattacher à la vie (1). »

Pensez-vous que tout ce que je viens de vous dire de la tuberculisation pulmonaire par troubles profonds et prolongés de la nutrition soit paradoxal ou nouveau ? Ce n'est ni l'un ni l'autre, en vérité, Dittrich et Niemeyer ayant vu les mêmes choses. « Les maladies chroniques de l'estomac, surtout les *ulcères simples*, finissent par être compliquées de tuberculose, » professe Dittrich. « Il en est de même du *rétrécissement de l'œsophage* et de certaines monomanies dans lesquelles les malades refusent de prendre des aliments, » ajoute Niemeyer. Eh bien, je dis que ces faits de tuberculisation pulmonaire consécutive à l'inanition par les voies digestives résultant d'un rétrécissement de l'œsophage, d'un cancer ou d'un ulcère de l'estomac, voire même d'une névrose hystérique de ce dernier organe, sont à la fois simples et excessifs ; et qu'ils prouvent fortement par leur excès même, car ils nous conduisent à comprendre les faits, bien autrement fréquents et souvent aussi méconnus, de tuberculisation par inanition lente, due à des troubles digestifs habituels, à une alimentation insuffisante par la qualité comme par la quantité.

On sait le rôle que Beau faisait jouer à la *dyspepsie* dans le développement de la phthisie pulmonaire (2). Ce rôle est souvent très réel, quoi qu'on en ait pu dire.

L'objection — et elle a été récemment faite par un très éminent phthisiologue (3), — c'est que « les dyspeptiques proprement dits — classe si nombreuse — ne sont pas plus phthisiques

(1) Lasègue, *De l'anorexie hystérique* (Arch. de médéc., avril 1873).

(2) Beau, *Traité de la dyspepsie*, p. 95. 1866.

(3) Pidoux, *Études générales et pratiques sur la phthisie*, p. 72. 1873.

que les personnes qui digèrent bien, et le sont peut-être moins. » Mais il y a dyspeptique et dyspeptique : il y a le dyspeptique qui se nourrit et celui qui ne se nourrit pas ; il y a le dyspeptique qui, en raison même de sa dyspepsie, ne vit que d'aliments de choix, bons potages, viandes d'élite, vins généreux et le reste ; ce dyspeptique-là n'a de souci que son estomac, de préoccupation, d'occupation, de culte, que sa digestion, laquelle est lente, pénible, laborieuse, mais enfin s'accomplit ; et les choses vont de la sorte dix, quinze, vingt, trente ans même, pendant lesquels ce dyspeptique digère, digérant se nourrit, et se nourrissant ne se tuberculise pas. Tandis qu'il y a, au contraire, le dyspeptique qui a l'ennui de sa dyspepsie, qui, parce qu'il est mal à l'aise après manger, mange à peine, fait repas de quelques cuillerées de soupe et d'un fruit, d'un gâteau ou d'une sucrerie ; celui-là — ou plutôt celle-là, car le plus habituellement c'est une femme, — s'affaiblit, maigrit, s'étiolé et se tuberculise. Voilà le vrai.

Tel était le cas, par exemple, d'une jeune dame de province, que je voyais récemment avec le professeur Potain. Six ans auparavant mon savant ami l'avait déjà vue et avait diagnostiqué une dyspepsie simple, sans lésion thoracique : ayant cherché, avec le soin et l'habileté qu'on lui sait, sans en trouver trace, les tubercules pulmonaires. Deux ans plus tard, cette jeune dame avait été soignée par le professeur Courty pour une affection utérine ; et, comme Potain, l'éminent médecin de Montpellier s'était préoccupé de l'état de la poitrine sans trouver plus que lui d'indice de tuberculisation. Comme Courty, comme Potain, le médecin ordinaire de la dame, homme des plus éclairés de Limoges, surveillait attentivement les organes respiratoires et les trouvait sans lésion, lorsque, cet hiver, il y eut des hémoptysies, la malade se prit à tousser et les signes de la tuberculisation apparurent, reconnus aussitôt par le médecin ordinaire, qui nous l'adressa. Il y avait quatre mois que ces choses avaient débuté, lorsque nous la vîmes avec Potain, et nous constatons l'existence, sous la clavicule gauche, de craquements humides limités aux deux premiers espaces. Il n'y avait que quelques craquements disséminés sous la clavicule droite. Ainsi tuberculisation peu étendue et peu avancée.

Je considère cette dame comme *tuberculisée* par l'inanition



dyspeptique. Je n'ignore pas qu'on peut renverser les termes du problème, et dire la dame dyspeptique parce que tuberculeuse ; mais alors que d'invéraisemblances ! Il faut admettre l'existence d'une diathèse de toutes pièces, sans antécédents héréditaires ; d'une diathèse en puissance, ne se manifestant pendant des années que par des troubles digestifs ; dérochant tout ce temps son seul signe matériel incontestable aux oreilles des plus compétents, et ne le démasquant tout à coup que lorsque l'organisme est atténué, amoindri, débilité par ces années de longs jeûnes : ce qui est, à proprement parler, la question par la question.

Je viens d'observer avec un médecin d'Anvers un fait analogue : une jeune dame qui était hystérique et spécialement par son pneumogastrique tout entier ; qui ne pouvait manger sans avoir aussitôt de la douleur épigastrique (pneumogastrique stomacal), des spasmes respiratoires (pneumogastrique pulmonaire), des palpitations et de l'accélération du pouls (pneumogastrique cardiaque), en vint à ne pouvoir qu'à peine se nourrir ; dans ces conditions d'affaiblissement progressif par alimentation de moins en moins suffisante, elle eut, dans l'hiver de 1879, des « bronchites », puis une « pleurésie » ; le tout symptomatique d'une tuberculisation pulmonaire en voie d'évolution. Le 25 septembre 1880, lorsque je la vis, elle revenait des Eaux-Bonnes avec sa tuberculisation désormais à marche aiguë, sa dyspepsie aggravée : elle avait des cavernules au sommet du poumon droit, une infiltration du reste de l'organe, et des granulations disséminées dans le poumon gauche, où s'entendaient des râles de bronchite ; mais elle avait surtout, — et c'était sa plus grande plainte, — une impossibilité de se nourrir : douleur stomacale, spasme respiratoire dès qu'elle a mangé, et alors aussi étouffements, angoisse cardiaque et crainte immédiate de la mort. En réalité, cette jeune dame se meurt par son estomac et par ses poumons ; mais c'est l'estomac qui a commencé.

Or, il est difficile de voir de plus beaux types de vigueur et de santé que ceux présentés par son père et sa mère, qui vont lui survivre. Il s'agit donc bien là d'une tuberculisation spontanée, et par inanition.

Un exemple encore : notre célèbre confrère de Londres, le

docteur Henry Bennet, a raconté comment il était devenu tuberculeux à la suite de jeûnes volontaires. Né d'un père goutteux, il avait la terreur de l'arthritisme, et « la peur d'un mal le fit tomber dans un pire. » Sa situation médicale à Londres était considérable, et il se prodiguait sans réserve. Une réparation proportionnelle à ses dépenses était d'absolue nécessité, mais le spectre de la goutte était là qui talonnait notre confrère ; et, théoriquement, méthodiquement, il mangeait le moins possible, se privant le plus qu'il pouvait d'aliments azotés, fabricateurs d'acide urique. A ce régime antigoutteux il dut de s'affaiblir, de maigrir et de pâlir. Enfin survint une abondante hémoptysie, et c'est alors qu'on reconnut que la toux qu'il avait n'était point, comme on le supposait, le fait d'une bronchite goutteuse, mais de la tuberculisation : la presque totalité du sommet du poumon droit était envahie par des masses tuberculeuses dont quelques-unes étaient ramollies !

Je vous dirai plus tard, à propos du traitement, comment, « changeant de tactique, diminuant l'exercice, adoptant un régime plus azoté, passant les nuits à la campagne et l'hiver dans le midi de l'Europe, » mon éminent ami obtint sa guérison. En ce moment nous voyons l'influence tuberculisante de l'inanition ; nous verrons bientôt la contre-épreuve, le triomphe possible de l'hygiène au cas de tuberculisation confirmée.

Ce n'est pas par l'estomac mais par l'intestin que d'autres peuvent se tuberculiser ; et la tuberculisation ne vient pas alors par inanition seulement, mais aussi et surtout par spoliation continue et affaiblissement progressif. Tels sont les faits de tuberculisation pulmonaire consécutifs aux diarrhées indéfiniment persistantes, qu'elles soient dues à la dysentérie chronique ou à l'affection dite « diarrhée de Cochinchine ». De savants médecins, Damaschino (1), Delieux de Savignac (2) ont signalé la relation causale entre la dysentérie chronique et la tuberculisation pulmonaire consécutive ; d'autres, M. Antoine (3), M. Orellana (4),

(1) Damaschino, *Leçons sur les maladies des voies digestives*, p. 333.

(2) Delieux de Savignac, *Traité de la dysentérie*, p. 178.

(3) Antoine, *Sur la diarrhée endémique de Cochinchine*, thèse de Paris, 1879.

(4) Orellana, *De l'influence des maladies chroniques des voies digestives sur le développement de la tuberculose pulmonaire*, thèse de Paris, 1880.



cette même relation entre la diarrhée de Cochinchine et la tuberculisation des poumons. Or, ces derniers faits me semblent manifestement probants, car la diarrhée endémique de Cochinchine est absolument indépendante de toute tuberculisation intestinale et l'on ne peut pas y voir, comme pour certains cas obscurs d'entérite chronique, une manifestation primitive de la tuberculose.

Voici, entre autres, un fait de tuberculisation pulmonaire où la diarrhée de Cochinchine et les troubles gastriques ont été les phénomènes initiaux et générateurs, fait que je dois à l'obligeance de mon ami, M. le docteur Hallopeau :

« M. E. D., ancien sergent-major, a contracté en Cochinchine une diarrhée chronique ; il avoue y avoir commis des excès alcooliques ; il s'en félicite même : « si j'ai résisté au climat, dit-il, alors que beaucoup de mes camarades y ont succombé, c'est parce que j'ai soutenu mes forces en buvant beaucoup d'eau-de-vie ! » De retour à Paris dans l'été de 1870, il reprend du service au commencement de la guerre comme capitaine de mobiles et fait partie à ce titre de l'armée de Paris ; il continue à boire avec excès ; nous constatons chez lui la dyspepsie particulière aux alcooliques ; la diarrhée, combattue par le diascordium et le bismuth, reparait incessamment, elle s'aggrave à la fin du siège sous l'influence du pain noir pour depuis lors ne plus jamais cesser complètement. Nous avons soigné M. D. jusqu'à l'époque de son décès, en octobre 1873. Nous l'avons considéré comme atteint d'une entérite chronique contractée en Cochinchine et considérablement aggravée par les excès alcooliques et surtout par la mauvaise alimentation du siège. Pendant longtemps l'examen de la poitrine n'a donné que des résultats purement négatifs ; en 1873 seulement, trois ans après le début des accidents, il est survenu de la toux, et l'exploration attentive du thorax y a révélé les signes d'une tuberculisation pulmonaire qui a fait dès lors des progrès rapides et a contribué à amener la mort.

« Le mode de succession des phénomènes morbides nous paraît indiquer clairement que le fait initial a été l'entérite chronique et que la tuberculose est survenue consécutivement. »

Je le répète, les faits de tuberculisation consécutifs au rétrécis-

sement de l'œsophage, aux maladies graves et prolongées de l'estomac, comme à ses troubles fonctionnels, permettent de comprendre les faits d'inanition lente, les faits observés dans nos villes, dans nos casernes, nos pensions, nos ateliers, faits d'ailleurs complexes, où concourent des causes multiples, et, en particulier, l'aération insuffisante. Nous voici, de la sorte, amenés à étudier l'inanition par les voies respiratoires ; ce sera l'objet de la leçon suivante.