

et l'embonpoint comme les forces reviennent ; de telle façon que la malade se lève, va au jardin, « mange extraordinairement pour son état », au dire de la religieuse ; dort très bien sa pleine nuit sans suer, et se croirait guérie, n'était sa toux et son expectoration. En réalité, elle est en voie de guérison de sa pneumonie caséuse par fonte purulente locale ; mais l'état général n'est plus à la phlegmasie et semble se désintéresser du travail de désorganisation. De sorte que, si cette jeune fille avait une nourriture de choix et la possibilité de résider dans un autre milieu que Paris, elle aurait grande chance de survivre, comme tant d'autres plus fortunés, à la destruction d'une portion de son poumon, et resterait ainsi indéfiniment tuberculeuse.

D'ailleurs, il faut bien se garder de confondre la pneumonie tuberculeuse ou caséuse avec toute pneumonie qui peut survenir chez un tuberculeux. Et, réciproquement, il ne faudrait pas croire que toute pneumonie qui se développe chez un tuberculeux ne puisse se résoudre et doive fatalement se terminer par la formation d'une caverne.

Comme un autre, et plus souvent même qu'un autre, un tuberculeux peut contracter une pneumonie. Ses organes respiratoires sont, pour ainsi dire, en état d'imminence morbide permanente. Les granulations qui les criblent sont un appel constant à la congestion péri ou paraphymique ; et cette congestion se traduit tôt ou tard par une hémorrhagie ou une phlegmasie. Or la phlegmasie peut frapper la membrane muqueuse, le parenchyme ou la séreuse d'enveloppe. D'où la fréquence des bronchites chez les tuberculeux et la fréquence aussi des pneumonies comme des pleurésies.

CINQUANTE-SIXIÈME LEÇON

Phthisie chronique. — Ses signes physiques et leur valeur. — Séméiotique de l'expectoration. — Respiration supplémentaire pouvant simuler le souffle bronchique. — Période de colliquation. — *Phthisie galopante* ; c'est la phthisie chronique moins la chronicité. — *Phthisie chronique fébrile continue.*

MESSIEURS,

C'est par une série de poussées successives de granulations autour desquelles se congestionne le parenchyme pulmonaire, — ou d'infiltrations qui se caséifient, se ramollissent et trouent plus ou moins le poumon ; — par une série successive d'inflammations du squelette fibreux à l'entour des granulations ou des masses caséuses (pneumonie interstitielle de certains auteurs), ou d'inflammations des bronches au voisinage de ces mêmes produits morbides (bronchite, broncho-pneumonie tuberculeuse), que, plus ou moins lentement, un grand nombre de tuberculeux arrivent à la phthisie proprement dite et par elle à la mort.

Chacune des phases anatomiques du mal se trahit par des signes et des symptômes obligés : dans la phase de granulations simples, sans hyperémie circonscrite, la toux indique le commencement de l'intolérance du poumon, elle est sèche alors, et nécessairement sèche, puisqu'il n'y a là qu'un corps étranger solide et nulle sécrétion à l'entour.

Dans cette phase, l'auscultation révèle aux sommets du thorax les modifications physiques du parenchyme pulmonaire : alors se produit cette perturbation du rythme respiratoire sur laquelle nous avons si spécialement insisté (1), la respiration devient *saccadée* ; en même temps ce rythme s'intervertit, l'expiration se

(1) Voir plus haut, p. 297 et suiv., la haute valeur séméiotique de la respiration saccadée.

prolonge et dure plus que l'inspiration. Puis le murmure vésiculaire passe successivement du moelleux à la sécheresse, de la sécheresse à la rudesse, et de la rudesse au souffle; ou, mieux, la respiration n'est encore que soufflante, mais il n'y a pas ce souffle intense et dur qu'on entendra plus tard, souffle tubaire, et qui tient à la condensation du parenchyme par l'inflammation et l'infiltration périphyriques.

A la percussion on trouve l'élasticité amoindrie, de la submatité et, çà et là, des îlots de matité.

Quand l'intolérance du poumon en arrive à produire l'hypérémie autour des granulations, la toux est sèche encore, car cette hypérémie ne provoque nulle sécrétion dans les vésicules ou les bronches, et par suite nulle sécrétion n'est possible. Mais alors apparaissent les bruits de l'hypérémie, à savoir les craquements secs, et, bien plus fréquemment que ceux-ci, les craquements humides, lesquels se mêlent aux bruits morbides précédents. En même temps la submatité devient de la matité et l'élasticité pulmonaire disparaît de plus en plus.

Quand l'intolérance du poumon va de l'hypérémie à l'inflammation, les symptômes comme les signes physiques sont ceux de la bronchite de voisinage, ainsi que d'une pneumonie circonscrite, spéciale et très localisée; la toux est humide, c'est-à-dire avec expectoration; ou, pour mieux dire, il y a à la fois toux sèche provoquée par les granulations récentes et toux humide engendrée par l'inflammation bronchique ou pulmonaire autour des granulations plus anciennes. L'expectoration est alors des plus variées, et cela chez le même individu, qui rejette successivement, dans la même journée, des crachats salivaires produits par la simple irritation de la muqueuse bronchique, des crachats perlés (mucus coagulé des glandules du pharynx) fournis par l'angine glanduleuse (angine granuleuse des auteurs) qui coexiste si souvent avec les tubercules pulmonaires; et des crachats jaunes opaques, provenant de la bronchite symptomatique. (Pour la pneumonie circumgranuleuse, elle est incapable de fournir aucune expectoration spéciale, tant que le parenchyme n'est pas ulcéré — nous allons voir tout à l'heure ce qu'elle donne à la période d'ulcération.)

Aux craquements humides se mêle alors toute la série des râles bullaires de la bronchite: râles crépitants de la bronchite capillaire, râles sous-crémentés de la bronchite des tuyaux moyens, râles humides à bulles volumineuses de la bronchite des gros tuyaux.

La matité augmente encore et l'élasticité s'amoindrit davantage.

Enfin le tubercule se ramollit, l'intolérance du poumon a été de l'inflammation congestive à la phlegmasie ulcéreuse, et l'expectoration se modifie corrélativement; les crachats ne sont plus seulement jaunâtres, opaques, mucoso-purulents, ils sont nummulaires, c'est-à-dire pelotonnés, déchiquetés et nageant dans une « pituite diffuse ». Or, rien de plus probant que de tels crachats. En vain objecterait-on, avec Hérard et Cornil, qu'ils n'ont rien en soi de caractéristique, n'étant en réalité que des crachats de bronchite modifiés par la présence du liquide dans lequel ils nagent; qu'ainsi fait-on cracher un bronchitique quelconque non tuberculeux dans un vase contenant de l'eau, son expectoration prendra également la forme nummulaire. Cette expérience détermine seulement les conditions de production des crachats nummulaires et ne prouve rien contre leur valeur diagnostique, puisque le tuberculeux fait spontanément dans son crachoir vide ce que l'on obtient artificiellement en faisant cracher un bronchitique dans un vase plein d'eau. La vérité est donc que le rejet simultané de matières opaques et de « pituite incolore et diffuse, » comme dit Laennec, au milieu de laquelle la matière opaque s'isole spontanément en s'y pelotonnant, est propre à la phthisie pulmonaire à la période de bronchite et de pneumonie ulcéreuse. En vain objecterait-on encore avec Chomel qu'on observe également les crachats nummulaires dans le catarrhe morbilleux; car, puisqu'on ne les voit que dans la phthisie pulmonaire et dans la rougeole, la conclusion pratique est que qui n'a pas cette fièvre éruptive et rejette ces crachats est un phthisique. D'ailleurs, le travail ulcératif n'est point tel ni si complet qu'il détruit absolument le squelette fibreux du poumon; il le dissocie seulement de telle sorte que le malade rejette à la fois dans ses crachats opaques des cellules épithéliales et des fibres élastiques. Les cellules épithéliales, on les observe dans l'expecto-

toration d'une inflammation bronchique quelconque, laquelle produit une desquamation incessante et prématurée; mais les fibres élastiques ne peuvent être ainsi rejetées que par suite de la rupture et de la désorganisation du squelette fibreux; c'est-à-dire par le fait d'un travail d'ulcération qui, dans l'espèce, ne peut être que tuberculeuse. D'où la valeur absolue de la présence dans les crachats de ces fibres élastiques. Elles sont ordinairement petites, minces, isolées, reconnaissables à leur double contour, à leur direction sinueuse en vrille et à leur résistance à l'action de l'acide nitrique. Quelquefois, ainsi que l'ont vu Georges Daremberg et Coyne (1), au lieu d'être isolées, et le fait est alors plus probant encore, les fibres élastiques sont réunies en faisceau et conservent la forme alvéolaire qu'elles présentent dans le poumon, de façon qu'on a dans le crachoir le squelette d'un alvéole pulmonaire. Enfin Ern. Schutzemberger dit avoir trouvé deux fois des alvéoles complets tapissés de leur épithélium. En même temps que ces fibres élastiques, se voient des débris de vaisseaux oblitérés, des fragments de tissu nerveux; c'est-à-dire, en somme, tous les éléments constitutifs du poumon; une autopsie avant la mort!

La lésion ne saurait dès lors échapper à l'investigateur, tous ses sens y concourent: à l'auscultation se perçoivent les bruits les plus variés comme les plus significatifs, — souffle tubaire et bronchophonie aux points infiltrés; souffle cavernuleux et caverneux, suivant le diamètre de l'excavation, aux points ramollis et ulcérés, où s'entendent simultanément les gros râles caverneux ou gargouillements, et, quand le malade parle, la voix caverneuse ou pectoriloquie; — à l'entour et plus bas, dans les zones récemment envahies, tous les autres bruits des périodes moins avancées de la tuberculisation. — Ainsi se perçoivent de haut en bas et d'étage en étage, indices de lésions de moins en moins avancées, les râles muqueux, les craquements, la respiration soufflante, rude, prolongée, saccadée: un seul phthisique vous offrant parfois de la sorte la presque totalité des bruits morbides de la tuberculisation pulmonaire.

(1) Georges Daremberg, *De l'expectoration dans la phthisie pulmonaire*, p. 22. 1876.

De même pour la percussion: matité absolue au niveau des points d'infiltration et des cavernes; matité moindre et submatité à mesure que l'on descend d'étage en étage, suivant l'agglomération ou la dissémination des granulations, comme aussi suivant l'intensité de l'hypérémie périphérique.

Chez de tels tuberculeux la question n'est plus de savoir s'ils ont des tubercules et à quel degré, mais de déterminer ce qu'ils ont encore de surface respirante. Eh bien, j'ai souvent vu commettre cette erreur, contre laquelle je veux vous prémunir, de prendre pour du souffle morbide la respiration puérile ou supplémentaire, et de considérer comme malade la partie du poumon où on l'entendait, et qui était la seule valide et fonctionnante au milieu de portions de l'organe perdues pour la fonction. Il arrive fréquemment, en effet, que la colonne d'air inspiré, pénétrant mal ou ne pénétrant plus dans les points du poumon infiltrés, ramollis ou détruits, s'engouffre dans les seules parties perméables, et que le murmure vésiculaire s'y produit au maximum, comme l'hématose, — d'où ce bruit respiratoire intense, qu'on a désigné sous le nom de respiration *supplémentaire*, et qui semble être du souffle. Or, vous éviterez facilement l'erreur en percutant soigneusement ces points, car la sonorité y est conservée, ce qui ne serait pas s'ils étaient tuberculeux.

Ces minuties d'investigation ne sont pas affaire de séméiotique pure, mais de pronostic: on en est à disputer centimètre à centimètre le terrain à la maladie, et à calculer ce qui reste de jours à vivre par ce qui reste de surface hématosante.

Il n'est pas davantage indifférent, dans ces cas de pénurie vitale, de savoir si le souffle est tubaire ou caverneux, s'il y a infiltration ou excavation; car si, de part et d'autre, la partie lésée a cessé de respirer, il y a en plus, au cas de caverne, sécrétion purulente, et par suite spoliation. Vous distinguerez la caverne de l'infiltration en recherchant s'il y a pectoriloquie et non bronchophonie; si, par le fait de la toux, il se produit des gargouillements. L'existence de ces râles vous permettra également de juger si vous avez affaire à une caverne sèche ou sécrétante; ce qui n'est pas non plus sans importance.

Pardon de ces détails, mais vous verrez, à l'œuvre, qu'ils ne sont pas inutiles.

A chacune des poussées tuberculeuses, la santé s'altère habituellement — entre chacune elle peut se rétablir plus ou moins incomplètement — la chose dépendant de la tolérance ou de l'intolérance de l'organe et de l'organisme.

Chez les uns, l'intolérance de l'organe, c'est-à-dire l'inflammation du parenchyme au voisinage des tubercules, éveillé à peine un léger mouvement fébrile, à accès diurnes caractérisés par un peu de frissonnement suivi de chaleur, surtout à la paume des mains, et sans trouble appréciable des fonctions digestives ou même diminution de l'appétit. Chez d'autres, la fièvre est plus prononcée, l'accès complet, avec frisson, chaleur et sueur; le malaise plus général, mais sans qu'il y ait de relation nécessaire entre l'étendue ou la gravité du mal local et l'intensité des troubles généraux.

Plus tard enfin cesse la tolérance de l'organisme, l'appétit se perd, la diarrhée survient, résultant d'un simple trouble fonctionnel ou d'ulcérations tuberculeuses de l'intestin; la faiblesse, comme la maigreur, est extrême, et le malade est vraiment phthisique, c'est-à-dire *desséché*. La colliquation de l'organisme se fait alors, dit Morton, par toutes les portes fournies par la nature : par les poumons, sous la forme d'expectoration excessive; par l'intestin, c'est la diarrhée; par la peau, ce sont les sueurs profuses, véritablement colliquatives alors, et qu'il faut bien distinguer des sueurs du sommeil ou plutôt *du réveil*.

Celles-ci, en effet, se produisent pour peu que le malade s'endorme, et ne sont pas liées à la profondeur du sommeil, car il suffit parfois d'une somnolence de quelques instants pour qu'elles se manifestent. C'est au réveil qu'elles ont lieu; en quelques secondes, le corps se couvre alors de sueurs; d'autres fois, c'est sur la tête seule, ou le cou, ou la partie antérieure de la poitrine que ces sueurs apparaissent. Elles sont accompagnées d'une sensation de malaise, proportionnée à leur abondance même. Elles se montrent parfois dès le début de la tuberculisation, mais sont plus fréquentes comme plus abondantes à la période avancée de la maladie. Elles ne sont cependant pas directement liées à

l'existence des tubercules, mais au mauvais état général qui accompagne et engendre ceux-ci, car on peut les observer chez tout individu affaibli, soit accidentellement et d'une façon fugitive, par le fait d'une débauche de table, par exemple, soit d'une façon plus profonde, ainsi à l'occasion d'une pleurésie avec épanchement excessif qu'on tarde à ponctionner et qui épuise par hématoze incomplète, soit fondamentalement par suite d'une grave maladie, ainsi un cancer de l'utérus à sa période ultime. Elles ne sont pas davantage un phénomène de la nuit, car elles se produisent également le jour, dès que le malade se laisse aller au sommeil; elles ne sont donc ni des sueurs *tuberculeuses*, ni des sueurs *nocturnes*, mais des sueurs immédiatement dépendantes du sommeil, et médiatement de l'altération générale de l'organisme, qu'elles contribuent à augmenter encore.

C'est cet ensemble de troubles généraux et locaux qui constitue la *phthisie chronique* des auteurs, maladie banale par sa fréquence dans les hôpitaux des grandes villes, qui peut durer plusieurs mois ou plusieurs années, et dans le cours de laquelle vous avez le pouvoir de lutter avec un avantage d'abord incontestable, puis de moins en moins prononcé, par la révulsion contre le mal local, par l'hygiène surtout contre le mal général.

Il n'en saurait être ainsi dans la *phthisie galopante*, où, sans rémission, les accidents locaux et généraux se tassent, s'accroissent en un petit nombre de semaines ou de mois tout au plus. La *phthisie galopante* est la *phthisie chronique* raccourcie, condensée; la *phthisie chronique* moins la durée. Les cavernes se creusent avec rapidité; de même les sueurs nocturnes, la diarrhée apparaissent dès le début, et la colliquation générale ne tarde pas. Le malade est phthisique d'emblée. Parfois le temps manque au marasme, et le malade meurt sans avoir sensiblement déperdi. A l'autopsie, on trouve toutes les lésions de la *phthisie chronique*: cavernes, infiltrations, tubercules caséeux et granulations, avec de l'hypérémie à tous ses modes. Cette forme diffère anatomiquement de la *phthisie aiguë*, également très rapide en son évolution, mais où l'on ne trouve que des granulations avec hypérémie, et dont je vous parlerai un peu plus tard.