

Une autre forme, irrémissible comme la phthisie galopante, mais plus longue en sa durée, est la phthisie, chronique par sa marche et fébrile par son type. En voici un exemple :

Le 7 juillet, entre dans notre service un jeune homme de vingt ans, de taille moyenne, de faible constitution, et de tempérament lymphatique; il présente même le type de *féminisme* signalé par Lorain, car il est imberbe encore et a de grands cils longs et recourbés. Depuis deux ans qu'il a quitté Barcelone pour venir à Paris, sa santé s'est altérée, surtout depuis trois mois qu'il a commencé à perdre l'appétit, qu'il a pâli, maigri et perdu ses forces au point de ne pouvoir continuer son travail; enfin depuis deux mois il tousse beaucoup et crache abondamment. Ses crachats, d'abord muqueux et aérés, n'ont pas tardé à devenir opaques et denses, c'est-à-dire purulents.

Le malade est très faible, très pâle, presque jauni; ses chairs sont flasques; son pouls est petit et fréquent; il y a de la matité aux deux sommets, en avant comme en arrière; du souffle et de la bronchophonie dans le tiers supérieur et antérieur droit; des râles cavernuleux et des craquements humides dans près de la moitié supérieure et antérieure gauche; en arrière enfin, il y a des craquements secs et humides dans les deux tiers supérieurs des deux côtés. A la base, la respiration paraît normale.

Ce malade est bien manifestement tuberculeux, et sa tuberculisation marche assez rapidement, puisque en trois mois les poumons sont envahis dans une telle étendue, et l'évolution tuberculeuse déjà si avancée. Néanmoins, pendant toute la durée du mois de juillet, les lésions ne semblèrent pas s'aggraver et la fièvre, car il y en avait une continue, diminua quelque peu, ainsi que l'indiqua l'abaissement de la température.

Voici, en effet, les températures du matin, les seules qui aient été prises :

7 juillet.	39°	17 juillet.	38°,6
8 —	39°,4	18 —	39°,6
9 —	39°,6	19 —	38°,2
11 —	39°,8	20 —	38°,4
12 —	38°,2	21 —	38°,6
14 —	40°,4	30 —	38°,2
15 —	39°	31 —	38°,2
16 —	39°,4		

Ainsi, dans les onze premiers jours de la résidence à l'hôpital, la température du matin dépassa presque toujours 39 degrés, et atteignit même parfois 40 degrés; ce qui est un chiffre excessif. Elle ne baissa d'un degré qu'à partir du douzième jour du traitement et resta aux alentours de 38 degrés jusqu'à la fin de juillet, où le malade, se sentant mieux, voulut s'en aller. L'amélioration était réelle quant à la fièvre, dont la rémission momentanée me semble due à l'emploi du sulfate de quinine et peut-être aussi à l'hygiène, devenue meilleure. Quoi qu'il en soit, ce malade est toujours fébrile et voilà bientôt quatre mois qu'il l'est, et il le sera probablement plusieurs mois encore, car sa maladie, dont il mourra, durera au moins ce temps-là.

Eh bien! ce malade vous présente un type de la tuberculisation pulmonaire chronique, à marche fébrile continue. On l'observe encore plus souvent à l'hôpital qu'en ville, chez les individus surmenés, épuisés; ou bien encore chez ceux qui sont devenus tuberculeux par le fait de leur chétive origine, ou qui sont issus de tuberculeux.

Le début en est souvent une pleurésie à marche peu franche, à fièvre peu accentuée, à point de côté mal accusé; et qui est remarquable néanmoins par la dyspnée qu'elle entraîne. On fait la ponction, en raison de la dyspnée et malgré la fièvre; on extrait un à deux litres de sérosité citrine (moins qu'on ne s'attendait à en avoir), et le soulagement n'est pas celui qu'on espérait de l'opération. La fièvre ne cesse pas et la température, toujours élevée, présente une courbe très irrégulière: les chiffres les plus hauts varient entre 38°,5 et 40 degrés, les plus bas entre 37°,5 et 38°,5. Chaque soir il y a une exacerbation, qui est parfois de plus de 2 degrés, la température allant de 37°,5 à 39°,8 ou 40 degrés. Il peut y avoir une rémission tous les deux ou trois jours, où, le matin, la température tombe à 37°,5 et même 37°,2, pour remonter à 38°,6, 38°,8 et même 39 degrés le soir de ce jour. On voit déjà que ce ne sont pas là les allures d'une pleurésie simple et franche. Et, ce qui n'est pas moins remarquable que cette marche de la température, c'est la fréquence du pouls, qui est toujours entre 110, 120 et 130.

On ausculte alors les sommets et l'on trouve du côté de l'épan-

chement des bulles que l'on peut prendre pour des râles de congestion, mais que leur siège et leur persistance vous font reconnaître pour des craquements humides. Il y a des granulations à ce sommet, et la pleurésie en était symptomatique. Pendant un, deux et même trois mois, les signes de la tuberculisation restent localisés à un côté; — mais enfin on arrive à entendre au sommet opposé de la respiration saccadée, démontrant l'apparition de granulations dans le poumon qui jusque-là paraissait intact.

Une particularité remarquable de ces cas, c'est que la fièvre semble s'être si bien incarnée à l'organisme, être si bien devenue comme une manière d'être naturelle au malade, qu'il n'a pas conscience de sa fièvre continue (alors qu'il y a cependant 38°,5 dans l'aisselle et 110 pulsations), et qu'il n'accuse guère de mouvement fébrile qu'à l'occasion de son exacerbation vespérale (ce qui semble indiquer que cet état fébrile lui cause un médiocre malaise). La raison en est la conservation d'un certain appétit comme de l'aptitude digestive : ces malades continuant de manger, au moins dans les premiers mois de leur fièvre, et de digérer parfaitement ce qu'ils mangent.

De pareils faits de pleurésie aiguë ou subaiguë commençant la série des accidents tuberculeux ne sont pas pour démontrer que tous ceux chez lesquels la tuberculisation se démasque à la suite d'une pleurésie ont la phthisie fébrile continue ; mais que cette forme de phthisie a fréquemment une pleurésie pour premier acte.

Chez d'autres malades c'est sous forme de bronchite aiguë ou de broncho-pneumonie que débute la phthisie chronique fébrile continue. Le mal commence comme une simple bronchite, laquelle est cependant loin d'être simple : d'abord les râles y sont humides d'emblée ; le plus souvent on ne les entend que d'un seul côté et, fait considérable, plus intenses au sommet ; ou bien, s'ils sont généralisés, ils prédominent toujours plus d'un côté que de l'autre. En dépit du traitement le plus rationnel comme le plus énergique, ces râles persistent, augmentent même, la toux est incessante et la fièvre ne discontinue pas. Au bout de plusieurs semaines, les bulles sont plus volumineuses, il

y a du souffle, les bruits deviennent gargouillants, et il n'y a plus à douter, si tant est que l'on doutât encore, de la nature tuberculeuse de l'affection.

J'appelle toute votre attention sur le fait de l'unilatéralité des râles, ou de la prédominance presque exclusive d'un seul côté, la bronchite simple n'ayant pas de semblables localisations. Ce n'est parfois que trois à quatre mois après le début de la maladie, alors que le poumon malade est, du haut en bas, en pleine désorganisation, que l'on commence à percevoir au sommet de l'autre poumon des craquements secs et humides.

J'ai eu l'occasion de soigner, avec mon ami le docteur Firmin, un jeune officier qui, en pleine santé apparente, fut pris à son régiment d'accidents aigus des voies respiratoires. Le médecin du corps considéra d'abord le mal comme une broncho-pneumonie du côté gauche et le traita en conséquence avec une suffisante énergie ; mais l'impuissance de la médication, l'altération générale de la santé, l'amaigrissement rapide le conduisirent à reconnaître une tuberculisation pulmonaire. Il y avait déjà trois mois que cet homme était malade lorsque je le vis ; et le mal semblait toujours exclusivement localisé au poumon gauche, qui était envahi dans toute son étendue ; au sommet, il y avait des râles sous-crépitanants et cavernuleux ; à la partie moyenne, on entendait de gros râles caverneux, gargouillants, avec matité considérable ; enfin, jusqu'en bas se percevaient des râles fins crépitants et sous-crépitanants : ce poumon était absolument perdu pour l'hématose. Au contraire, le poumon droit paraissait intact, à peine y découvrait-on un peu de sécheresse du bruit vésiculaire au sommet. Notez bien qu'en pareil cas l'intégrité n'est qu'apparente : la lésion tuberculeuse est toujours bilatérale, seulement l'envahissement tuberculeux n'a pas été symétrique ni l'évolution des tubercules parallèle, et c'est ce qui peut causer l'erreur.

La dyspnée du malade était très grande, la faiblesse excessive et la fièvre intense. Tel était déjà le dépérissement général qu'on aurait pu supposer que la mort ne tarderait pas ; eh bien, il vécut encore plus de trois mois, malgré sa fièvre persistante, sa toux quinteuse, son expectoration abondante et son indescriptible fai-

blesse. Ce ne fut qu'au milieu du cinquième mois de la maladie que des craquements humides apparurent au sommet du poumon droit, et en six semaines tout le tiers supérieur fut envahi, ou du moins présenta les signes de la congestion périphérique, alors que du côté opposé existaient depuis si longtemps les lésions de la phlegmasie ulcéreuse la plus avancée.

Ainsi mourut dans un état squelettique un homme jusque-là très robuste et dont la maladie avait commencé comme une simple broncho-pneumonie. Il eut pendant près de sept mois une fièvre sans répit, avec exacerbation vespérale constante que rien ne put modifier. La seule chose où nous réussîmes, ce fut d'amoinrir la violence de la toux, à l'aide de la morphine et de l'eau de laurier-cerise.

Pendant de tels malades étaient tuberculeux avant l'explosion des accidents aigus — mais leurs granulations n'avaient encore éveillé aucune réaction périphérique, jusqu'au jour où, tout à coup, le poumon devenant intolérant, le parenchyme s'enflamma à l'entour, les bronches se prirent, et la maladie revêtit la forme de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie.

D'autres fois enfin, cette forme fébrile succède à la forme hyperémique sans fièvre, laquelle avait laissé de longs répits au malade, et tout à coup, brutalement, précipite sa marche impitoyable.

Pendant de longs mois, des années même, comme chez la femme du n° 22, il y a, le matin, une petite toux sèche. On entend à l'auscultation de la respiration saccadée, puis des craquements, mais l'appétit et les forces se conservent et l'embonpoint n'est pas notablement amoindri ; enfin, brusquement, apparaissent les symptômes d'une affection aiguë qui n'est autre que la phthisie rapide. Un type de cette forme de la tuberculisation vous est offert par la malade du n° 22. Elle est âgée de quarante-cinq ans, petite, maigre, à teint jaunâtre. Née en Italie, où elle vivait à la campagne et se portait admirablement, elle n'était que depuis huit ans à Paris, où elle a commencé à dépérir. Il y a plus de deux ans qu'elle toussait et s'essouffait facilement ; mais, à cela près, la santé paraissait bonne, quand, tout à coup, il y a six semaines, elle a été prise de frissons, suivis d'une fièvre persis-

tante, avec toux fatigante, pénible, plus fréquente et plus forte la nuit. Elle a beaucoup maigri durant ces six semaines, et a constamment gardé le lit depuis lors. Elle s'est mise à cracher, ce qui ne lui était encore jamais arrivé pendant le long temps qu'elle toussait, et son expectoration était visqueuse et difficile à détacher. Enfin, phénomène des plus caractéristiques et sur lequel j'ai déjà longuement insisté, elle a commencé de vomir soit en toussant, soit peu de temps après avoir mangé.

Elle avait, au moment de son entrée, la peau sèche, chaude, presque brûlante ; le pouls petit, régulier, très fréquent, à 128 ; la température axillaire atteignait le chiffre excessif de 40 degrés le soir. Elle avait perdu tout appétit, était très affaiblie et ne dormait pas.

Au sommet droit, on trouvait, en avant, près du sternum, de la matité avec douleur à la percussion ; un souffle très intense, à timbre presque caverneux pendant la toux, et des râles cavernuleux. Au sommet gauche, les lésions étaient moins avancées, on constatait seulement de la submatité, avec obscurité du murmure vésiculaire et quelques craquements humides. En arrière, les deux sommets étaient mats, il y avait des deux côtés de la respiration soufflante et des râles fins disséminés. Dans le reste de la poitrine quelques râles muqueux, surtout aux bases.

Pendant toute la durée du séjour de la malade, la fièvre se maintint au même degré, et souvent le soir la température dépassa 40 degrés. La malade ne prenait presque aucun aliment, et, le plus souvent, en rejetait une partie par des vomissements que provoquait sa toux quinteuse. Les lésions pulmonaires marchèrent avec une grande rapidité ; les sommets se creusèrent de cavernes dont on pouvait pour ainsi dire chaque jour constater les progrès ; et la malade succomba le 8 juin, dans le dernier degré du marasme.

A l'autopsie, on trouva, d'une part, les deux sommets pulmonaires fortement adhérents à la plèvre pariétale, ramollis et creusés de cavités du volume du poing à celui d'une noix ; et, d'autre part, le reste du parenchyme fortement congestionné et infiltré de granulations.

Ainsi, en moins de trois mois, une tuberculisation qui datait

de plus de deux ans détermina la destruction d'une partie considérable des poumons et entraîna la mort de la malade : la tuberculisation chronique était devenue la phthisie rapide ou galopante. Or, pareille chose arrive assez fréquemment aux tuberculeux chétifs et misérables ; ce qui rend souvent le pronostic si chanceux et si difficile.

CINQUANTE-SEPTIÈME LEÇON

INTOLÉRANCE ABSOLUE DES POUMONS ET DE L'ORGANISME : *phthisie aiguë*. — Trois formes classiques de phthisie aiguë, la *typhoïde*, la *suffocante* et la *gastrique*. — Réunion fréquente, chez un même sujet, de la forme typhoïde et de la forme suffocante. — Valeur diagnostique de la dyspnée sans signes physiques suffisants pour l'expliquer. — Il existe au moins une quatrième forme de phthisie aiguë, la forme *hémoptysique*, la plus fréquente et la plus lamentable de toutes. — Délire possible dans ces cas.

MESSIEURS,

Nous ne passerons pas un long temps à l'étude de cette forme lamentable entre toutes, et heureusement la plus rare, de tuberculisation pulmonaire qu'on a nommée la *phthisie aiguë*. Comme alors, en effet, il y a intolérance égale, parallèle et simultanée de l'organisme et de l'organe ; du grand sympathique vasculaire et du pneumogastrique ; de celui-ci dans son triple département pulmonaire, cardiaque et stomacal ; — comme tout ce qui reste de force dans l'organisme semble conspirer contre lui ; — que la fièvre est ardente et inextinguible ; ce qu'on pourrait dire de plus court et de mieux d'un tel état de choses, c'est qu'il n'y a rien à y faire.

Cependant l'étude n'en est pas sans intérêt — ainsi que vous allez voir — bien qu'on y ait peut-être un peu trop insisté dans ces derniers temps et que précisément cette étude ait passablement obscurci, au moins pour certains médecins et dans certains pays, la question si claire de la phthisie. Le fait est pourtant bien simple, et il n'y avait pas à tant distinguer : la phthisie aiguë est une forme de la tuberculisation pulmonaire et n'est pas une maladie différente de la tuberculisation.

La lésion anatomique, univoque, de la phthisie aiguë est la