

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

granulation ; la forme symptomatique en peut être *typhoïde*, *suffocante*, ou *gastrique*. Au moins ces trois types ont-ils été décrits par les auteurs, suivant qu'il y avait prédominance d'accidents typhiques, dyspnéiques ou abdominaux ; bien qu'en réalité ces divers accidents soient ordinairement réunis chez le même malade, dont l'aspect général est typhoïde. Aussi le plus habituellement la méprise est-elle commise et croit-on avoir affaire à une dothiéntérie. Voici des exemples de cette erreur :

Le 16 mai, un homme de quarante ans, grand et maigre, faïencier et maniant journellement des préparations de plomb, entré dans mon service de la Pitié. Depuis un mois environ, sa santé, assez bonne jusque-là, avait commencé à s'altérer : « il se sentait mal à son aise », était plus fatigué que de coutume, et avait dû enfin interrompre son travail depuis trois jours. Il éprouvait des étourdissements fréquents, des douleurs crampeuses dans les jambes, des coliques assez vives, avec de la diarrhée. Son état de faiblesse était tel qu'il n'avait pu venir à pied à l'hôpital. Il éprouvait, dès qu'il voulait marcher, des vertiges et des bourdonnements d'oreilles. Il n'y avait pas d'épistaxis.

Le lendemain de son entrée, je constatai l'état suivant : pouls bondissant, dyspnée assez marquée, toux et crachats striés d'une petite quantité de sang. Cependant on ne trouve à l'auscultation qu'une obscurité notable de la respiration des deux côtés. La rate est volumineuse ; le ventre n'est pas ballonné, mais il y a un peu de douleur à la pression dans la fosse iliaque droite, ainsi qu'un léger gargouillement ; il y a eu de la diarrhée dans la nuit. L'intelligence est bien conservée, cependant le regard est un peu étonné ; les sourcils sont froncés en signe de souffrance. La tache cérébrale se développe rapidement par le frottement du dos de l'ongle sur la peau de l'abdomen.

Je diagnostique une fièvre typhoïde, avec quelques réserves toutefois et en faisant remarquer l'absence de râles sibilants dans la poitrine chez cet homme si oppressé, mais jugeant que peut-être la dothiéntérie était modifiée chez lui en raison de son âge déjà avancé.

Le pouls était, ce matin-là, à 84, et la température axillaire à 38°,8. Le soir il y avait 88 pulsations et 39°,8 dans l'aisselle. Le

lendemain, 18 mai, pouls à 84 ; température axillaire, 39°,2 ; la rate mesure 10 centimètres à 3 centimètres de son bord antérieur. Le soir, pouls à 92 ; température, 40°,6.

Le 19, pouls à 84, un peu irrégulier ; température, 39°,2. On aperçoit quelques petites taches roses sur le ventre ; pas de diarrhée. Le soir, pouls à 92 ; température axillaire, 40°,5.

Le 20, pouls à 92 ; température, 39°,2. On constate encore l'existence de gargouillements dans la fosse iliaque droite et de la douleur à la pression. Le pouls est très dicrote. Les taches roses ne persistent pas et ne deviennent pas lenticulaires. Soir, pouls à 104 ; température, 40°,7.

21 mai, pouls à 100 ; température, 39°,6.

22 mai, pouls à 92 ; température, 39°,8. La dyspnée augmente d'intensité. Cependant on ne trouve que *quelques râles aux deux bases*. La rate a toujours 10 centimètres. Le soir, pouls à 100 ; température, 39°,6 seulement, le malade ayant vomi et ayant eu des selles très abondantes, par le fait d'un ipéca que je lui ai ordonné ; il en est très fatigué.

23 mai, pouls à 100 ; température, 39°,6. La toux et la dyspnée persistent au même degré. La face ne présente pas d'hébétude, mais elle exprime la souffrance. La langue ne devient pas fuligineuse. Le soir, pouls à 108 ; température, 40°,5.

24 mai, pouls à 112 ; température, 39°,7 ; épistaxis assez abondante. La diarrhée continue. Le malade étouffe toujours, surtout le soir : il se lève alors sur son lit pour pouvoir respirer.

Evidemment tout cela n'était pas d'une dothiéntérie sincère ; s'il y avait de la diarrhée, c'était sans ballonnement du ventre ; s'il y avait écart entre la température du matin et celle du soir, cet écart était trop fort, se trouvant d'un degré plus élevé au lieu de l'être d'un demi-degré ; s'il y avait des épistaxis, il n'y avait pas de taches rosées lenticulaires ; s'il existait de la prostration, elle ne s'accompagnait pas d'hébétude. D'ailleurs la dyspnée était hors de proportion avec les quelques râles qu'on avait jusque-là perçus aux bases et en arrière ; je résolus d'examiner à nouveau et à fond, comme j'aurais fait d'un inconnu, la poitrine de ce malade, et je constatai enfin, aux deux sommets (ce qui m'avait certainement échappé), non seulement des râles fins, véritables

craquements humides, mais de la submatité avec douleur à la percussion. Tout s'expliquait alors : il ne s'agissait pas d'une fièvre typhoïde, mais d'une phthisie aiguë. Ainsi se comprenaient les quelques phénomènes typhiques ; ainsi surtout la dyspnée excessive : — elle n'était pas due à un trouble de l'innervation, mais à une infiltration généralisée. Les râles des bases n'étaient pas le fait d'une pneumohémie hypostatique typhoïde, par simple atonie des vaso-moteurs, mais ils étaient dus à une congestion tuberculeuse. Seulement cette congestion, ainsi que je vous le fais souvent observer en pareil cas, est plus intense à la base du poumon qu'à la partie moyenne de cet organe, bien que les granulations soient plus abondantes à la partie moyenne qu'à la base ; ce qui démontre bien que l'*HYPÉRÉMIE en ce dernier point reconnaît* DEUX FACTEURS, l'un *tout local*, c'est la GRANULATION ; l'autre *général*, l'ÉTAT TYPHIQUE, avec sa parésie vaso-motrice et ses stases vasculaires facilement produites ; *état typhique réel*, dont la prostration du malade et son aspect général ne sont que l'expression extérieure. Etonnez-vous donc après cela qu'on se méprenne parfois à l'occasion de la phthisie aiguë, et qu'on croie d'abord à une dothiéntérie, l'une et l'autre affection ayant l'*état typhoïde en commun*, et celle-ci étant, heureusement, plus fréquente que celle-là !

Ainsi, indépendamment des râles des bases, mélange à la fois de congestion périphymique et de pneumohémie hypostatique, il y avait aux sommets des râles nombreux et plus durs, exclusivement dus à la présence des granulations et à la congestion qu'elles provoquaient ; et notre malade était simplement tuberculeux. C'est par les tubercules dont ses poumons étaient farcis que se produisait la dyspnée, comme s'expliquaient par eux les stries sanglantes de ses crachats. Je réformai donc aussitôt mon diagnostic en ce sens.

25 mai, pouls à 113 ; température, 39°, 8. Peu de diarrhée ; le malade a encore eu de légères épistaxis. Dyspnée intense, surtout le soir, où la face prend une légère teinte cyanique. La toux est fréquente ; les crachats, muqueux, sont mêlés d'un peu de sang. Soir, pouls à 120 ; température, 40°, 6.

26 mai, pouls à 132 ; température, 40 degrés. Le soir, pouls

à 120 seulement, plus facile à compter que le matin ; la température s'est élevée à 40°, 8, bien que le pouls ait baissé. La respiration est très anxieuse, à 56 inspirations par minute ; la face un peu cyanosée, les crachats mêlés d'un peu de sang. Sonorité presque normale et semblable dans la presque totalité des deux côtés de la poitrine, sinon aux sommets et aux bases, où il y a de la submatité, laquelle est plus dure aux sommets. Râles sibilants aux bases, où la respiration est un peu soufflante ; aux sommets, râles sous-crépitants peu nombreux. Diarrhée assez abondante ; on ne peut entendre qu'indistinctement les bruits du cœur, en raison des bruits pulmonaires des bases ; cependant il ne paraît pas y avoir de souffle cardiaque.

27 mai, pouls à 144 ; température, 40 degrés ; respiration à 56. Les bruits morbides se font entendre à la partie moyenne du poumon gauche, où il y a de la respiration rude et de la sibilance. Le soir, pouls à 136 ; température, 40°, 4 ; respiration à 48. Face cyanosée, gémissements continuels ; grande anxiété. Les bruits morbides sont d'accord enfin avec cet état fonctionnel : ils se sont généralisés, c'est un mélange de râles sibilants et sous-crépitants, mais surtout abondants aux bases.

28 mai, pouls à 144 ; température, 40 degrés ; respiration à 48. Cyanose marquée de la face ; anxiété excessive ; le malade divague. Les râles augmentent d'abondance. En avant, on entend aux deux sommets, dans l'inspiration, des bruits fins, surtout très abondants un peu au-dessous du sommet droit, où ils paraissent dus à la présence de fausses membranes récentes. En arrière, mêmes signes que la veille.

29 mai, le malade meurt dans un état asphyxique à cinq heures du matin.

A l'autopsie, nous trouvons les deux poumons farcis, du haut en bas, de granulations grises, très petites et excessivement nombreuses. Le parenchyme est congestionné à l'entour. Adhérences fines au bord antérieur du poumon droit ; adhérences en avant et au sommet du poumon gauche. Ainsi les granulations sont partout restées à l'état naissant : elles ne se sont ni caséifiées ni ramollies ; il n'y a pas d'infiltration et, par suite, pas de masse caséuse ; et cependant la congestion périphymique a été en cer-

tains points jusqu'à la phlegmasie non seulement du parenchyme pulmonaire, mais de la plèvre, puisqu'il y a des fausses membranes pleurétiques.

Le cœur est flasque, mais malheureusement altéré par la putréfaction.

Le foie est également très altéré par la même cause; on n'y aperçoit pas de granulations.

Comme dans les maladies infectieuses, la rate est volumineuse (ainsi qu'on l'avait constaté pendant la vie), et de plus diffuente; de sorte que l'état typhique, qui s'était manifesté pendant la vie par l'aspect général, par les râles hypostatiques des bases, se retrouvait après la mort caractérisé par l'état de la rate.

Les reins présentent à la coupe deux ou trois petites granulations grises le long des trabécules.

On ne rencontre dans les intestins ni ulcérations ni granulations. Les plaques de Peyer sont saines et sans injection (1).

Remarquez, je vous prie, que ce malade présenta réunis les deux types classiques de la phthisie aiguë, le type typhoïde et le type suffocant: que si, au début, domina le premier, ce fut le second qui régna dans les derniers jours de la maladie. De sorte que, s'il avait été possible de prendre d'abord l'affection pour une dothiéntérie, il l'eût été vers la fin de la confondre avec une bronchite capillaire. Remarquez d'ailleurs que ces deux erreurs possibles et successives sont motivées et justifiées par l'ensemble des symptômes, comme par l'état des organes. Que si la prostration, les épistaxis et la tuméfaction de la rate révèlent un état infectieux et font songer à la dothiéntérie, les râles sont ceux de la bronchite capillaire. Mais remarquez d'autre part que les granulations étaient restées à leur première période, puisqu'elles étaient partout petites et grises; que ce n'était donc pas leur altération intrinsèque qui, par irritation de voisinage, avait déterminé l'altération concomitante du poumon; que vous les voyez maintes fois, en même nombre et à la même période anatomique, au sein d'un parenchyme semblant parfaitement sain

(1) Cette observation a été recueillie par mon savant ami M. Reverdin, alors mon interne, aujourd'hui professeur à la Faculté de médecine de Genève.

d'ailleurs, plutôt anémié qu'hypérémié, chez des individus qui ne souffraient pas, ne paraissaient pas oppressés ou du moins ne se plaignaient pas de dyspnée, et que la mort a brusquement saisis dans cet état de leur poumon (au cas, par exemple, de méningite tuberculeuse); qu'ainsi dans certains cas et sous certaines conditions, indéterminées encore, le parenchyme pulmonaire peut tolérer la granulation grise, non ramollie; tandis que dans certains autres cas et sous certaines autres conditions, tout aussi indéterminées, le même parenchyme peut ne pas tolérer cette même granulation, restée au même stade de son évolution; que c'est donc bien enfin par le fait d'une intolérance de ce parenchyme que celui-ci s'hypérémie à l'entour et même au loin de la granulation, puisque l'hypérémie rayonne jusqu'à la muqueuse bronchique, qui n'est cependant pas tuberculeuse, voire jusqu'à la muqueuse pituitaire, qui ne l'est pas davantage. Eh bien, comment comprendre autrement que par un mode différent dans la vitalité de l'organe sa patience dans un cas, son impatience dans l'autre, au contact de la même offense? et comment qualifier autrement que par le mot de *tolérance* ou par celui d'*intolérance* ces deux modes différents de sa vitalité?

Mais il n'y a pas ici que l'organe qui soit intolérant, il y a l'organisme. Que si, en effet, la fièvre intense peut être à la rigueur rapportée à la phlegmasie tuberculeuse, comme la dyspnée à l'abondance des granulations ainsi qu'à l'hypérémie circonferentielle, il n'est guère possible d'attribuer à cette seule phlegmasie l'aspect typhique, la prostration du malade, sa diarrhée sans ulcérations intestinales, ainsi que parfois ses taches rosées. Il y a là comme une révolte de l'organisme entier succédant à sa tolérance.

C'est ce que vous avez pu observer dans le cas suivant, où l'erreur fut encore commise de prendre la maladie pour une fièvre typhoïde.

Le 4 mai de l'année suivante, entrant dans notre service, au n° 35, un homme de trente-huit ans qui nous racontait que trois semaines auparavant il avait eu « un chaud et froid », à la suite duquel il souffrait et avait perdu ses forces; qu'à cette époque aussi, et depuis lors, il avait des vertiges et de la titubation dans