

maladie. Les signes fournis par la percussion et par l'auscultation m'indiquaient une induration du parenchyme pulmonaire ; mais cette obscurité du son dans la fosse sus-épineuse, les râles humides, l'expiration prolongée, et même l'expectoration qui avait les caractères qu'elle présente chez les phthisiques, les crachats globuleux, nummulaires, nageant dans une sérosité à peine trouble ; ces signes, dis-je, ne suffisaient pas pour que je pusse conclure à une lésion de nature tuberculeuse : cela me suffisait d'autant moins que la malade m'affirmait que, quinze jours auparavant, elle jouissait de la plénitude de sa santé, que jamais elle n'avait éprouvé le moindre accident du côté de la poitrine. J'inclinai donc à croire à une pneumonie du sommet droit, bien que les éléments de diagnostic fussent trop incomplets pour ne pas laisser des doutes dans ma pensée.

Cependant, en auscultant attentivement chaque jour, je constatais que le souffle augmentait notablement au lieu de diminuer. Les râles muqueux se convertissaient en craquements ; en examinant le côté gauche, je commençais à entendre, huit jours après l'arrivée de cette jeune femme dans nos salles, un peu d'expiration prolongée et quelques râles sous-crépitaux ; puis il arriva du côté gauche ce qui était arrivé du côté droit : l'expiration devenait de plus en plus soufflante, les râles se changeaient en craquements, et enfin nous entendîmes des gargouillements des deux côtés.

On assistait ainsi aux progrès du mal ; on voyait le côté gauche, jusque-là sain, se prendre à son tour, et se prendre, non comme dans la pneumonie, mais comme dans la tuberculisation : l'hésitation dans le diagnostic n'était plus possible. Il n'était que trop évident que nous avions affaire à une induration tuberculeuse occupant les deux sommets des poumons, à une phthisie qui, marchant avec une effroyable rapidité, menaçait de tuer cette jeune femme en un espace de temps très-court, peut-être en deux mois, six semaines ou moins encore.

Voilà, messieurs, un exemple de *phthisie rapide*. Un autre s'est offert dernièrement à notre observation, chez un jeune homme couché au n° 2 de notre salle Sainte-Agnès.

Chez ce jeune homme, qui, entré le 30 janvier à l'hôpital, n'avait, dix jours auparavant, aucun accident du côté de la poitrine, et qui mourut le 25 mars suivant, nous constatons le 25 février, c'est-à-dire un mois environ avant sa mort, trente-cinq jours après le début de sa maladie, une complication des plus sérieuses, un hydro-pneumothorax ; à l'autopsie, nous trouvons trois perforations siégeant à la partie antérieure et latérale du poumon droit, qui, ainsi que le poumon gauche, était farci de noyaux tuberculeux de la grosseur d'un pois, sans qu'il existât d'ulcérations caverneuses.

A la rapidité près de son allure, cette forme de la phthisie, qu'il faut appeler *phthisie rapide*, présente les mêmes phénomènes durant la vie, et après la mort les mêmes lésions anatomiques que la phthisie ordinaire, dont la marche est généralement chronique. C'est la même maladie dont les manifestations

parcourent leur évolution dans un temps beaucoup plus court qu'elles ne le font habituellement ; de même que, par opposition, dans d'autres cas, dans ce qu'on appelle la *phthisie latente*, ces manifestations restent obscures, masquées par des accidents qui les font méconnaître. Latente ou rapide, régulière ou irrégulière, c'est, je le répète, toujours la même maladie : mais il n'en est pas ainsi de la *phthisie aiguë*, que l'on désigne plus communément sous le nom de *phthisie galopante*.

Celle-ci a pour caractère anatomique la présence dans les poumons de *granulations*, d'un gris jaunâtre, demi-transparentes, criblant toute l'épaisseur du parenchyme, depuis le sommet de l'organe jusqu'à sa base. Ce caractère spécifique, reconnu par des hommes d'une grande autorité, par Rokitanski, entre autres, n'est aujourd'hui contesté par personne ; mais on est loin d'être d'accord sur la nature de ces granulations.

Suivant quelques anatomo-pathologistes, ces granulations ne diffèrent en rien des tubercules, dont elles présenteraient à l'examen microscopique les caractères ordinaires : « Globules à contours anguleux, ronds ou ovoïdes, contenant une matière plus ou moins transparente et des granulations moléculaires ; puis, ce qui se remarque surtout dans le tubercule grisâtre, demi-transparent, une substance interglobuleuse, d'un jaune grisâtre, assez ferme (1). » Ces auteurs admettent donc avec Laennec que ces granulations miliaires ne sont rien autre chose que des tubercules à un degré de développement moins avancé, et tout en reconnaissant que la tuberculisation pulmonaire galopante se présente surtout sous cette forme de granulations grisâtres, demi-transparentes ou à peine jaunâtres, ils admettent encore qu'il est tout à fait exceptionnel de ne pas rencontrer, en outre de ces granulations, les traces d'une évolution tuberculeuse plus avancée, et même l'ulcération caverneuse. Enfin, selon ces mêmes anatomo-pathologistes, les granulations miliaires peuvent exister dans d'autres organes, dans les ganglions bronchiques, mésentériques, dans la rate, les reins, les méninges, absolument comme les tubercules jaunâtres de la phthisie ordinaire.

Mais en opposition à ces anatomo-pathologistes, d'autres, dont l'opinion est d'une valeur incontestable, soutiennent que ces granulations miliaires sont des productions morbides tout à fait différentes du tubercule.

Permettez-moi, messieurs, de reproduire à ce sujet les idées d'un homme dont le mérite vous est assez connu, de M. le docteur Ch. Robin.

Sous le nom de *tubercules miliaires*, dit mon savant collègue, dans une note manuscrite qu'il a eu l'obligeance de me communiquer à propos de pièces anatomiques prises sur un malade mort dans notre service, sous le nom de tubercules miliaires, on décrit quatre espèces de produits morbides.

Une première espèce est constituée par du *pus concret*, et c'était là le cas du malade auquel je fais allusion.

(1) Leudet, *Recherches sur la phthisie aiguë chez l'adulte*. Paris, 1851.

La seconde est formée par des *productions épidermiques du poulmon*. Elles se rencontrent fréquemment chez les enfants, surtout chez les enfants à la mamelle, mais elles se trouvent aussi chez l'adulte. Tantôt éparses çà et là dans le parenchyme pulmonaire, tantôt rapprochées les unes des autres, et presque confluentes, elles ont pour point de départ l'épithélium du poulmon, comme, dans le parenchyme des glandes, diverses affections ont pour lésion caractéristique une augmentation dans la quantité et dans le volume de l'épithélium de ces organes. Ces productions épidermiques sont toutefois les moins communes des quatre espèces de produits morbides dont il est ici question.

Une troisième espèce comprend les *granulations grises* ou *demi-transparentes*, isolées ou confluentes, constituant, dans ce dernier cas, ce qu'on a appelé l'*infiltration grise*. Elles ont une structure essentiellement différente des tubercules. Qu'elles se présentent sous forme de grains isolés, qu'elles se déposent sous forme de couches ou de masses non déterminées, les *granulations* sont même chose.

Les granulations des méninges que l'on rencontre dans les méningites sont quelquefois des tubercules, mais le plus souvent elles sont de la nature des productions dont nous nous occupons : il n'en est plus de même des granulations de la plèvre et du péritoine. C'est là, messieurs, ce produit morbide qui a été confondu avec le tubercule, même par des personnes qui les ont examinées au microscope, soit que ces personnes aient été dominées (c'est M. Robin qui parle) par les anciennes idées de l'école dite *médicale d'observation*; soit que, faute d'employer les réactifs habituellement en usage, elles aient regardé comme étant le corpuscule du tubercule, un élément particulier que je rappellerai tout à l'heure, mais qui existe dans un grand nombre de produits inflammatoires et autres, tels que les végétations qui se forment à la surface des plaies, les plaques muqueuses syphilitiques, etc., etc.

Les éléments anatomiques de ces granulations sont les suivants :

- 1° Ces petits corpuscules parfaitement sphériques dont je viens de parler;
- 2° Une assez notable quantité de substance amorphe, granuleuse, demi-solide, infiltrée dans les éléments du tissu pulmonaire, et remplissant les derniers canalicules des conduits respiratoires;
- 3° Quelques éléments fibro-plastiques;
- 4° Quelques-uns des *corps granuleux* dits de l'inflammation;
- 5° Enfin, une petite quantité d'épithélium provenant des canalicules bronchiques.

Un fait essentiel à signaler, il est vrai, c'est que quelquefois, mais quelquefois seulement, soit dans les méninges, soit dans la plèvre, soit dans les poulmons, on trouve du tubercule en petites masses au centre de ces productions morbides particulières. Le fait, je le répète, n'est pas commun, et s'observe surtout chez les sujets qui présentent des masses volumineuses d'infiltration grise. Quelque petits que soient ces tubercules, ils ont une teinte jaunâtre. On doit se hâter d'ajouter que toujours leur quantité est insignifiante compa-

rativement à celle des granulations; que ces tubercules n'ont aucune analogie, quant à leur disposition, avec ceux qui constituent l'élément caractéristique de la phthisie ordinaire, et l'on aurait tort d'admettre, comme on l'a fait, que les premiers sont un degré moins avancé des seconds. Jamais ceux-ci ne succèdent à ceux-là, la phthisie galopante entraînant toujours la mort bien avant que ces dépôts tuberculeux soient abondants.

Ainsi, messieurs, trois espèces de productions morbides peuvent constituer ce qu'on a appelé à tort le *tubercule miliaire* : du pus concret, des productions épidermiques, des granulations grises. La quatrième, que signale M. le docteur Robin, ne serait qu'une variété de cette dernière.

Parmi les productions dites tubercules miliaires, il se trouve quelquefois réellement du tubercule. Quelque petits que soient alors les produits morbides qui renfermaient ces corpuscules tuberculeux, toujours, dit le savant auquel j'emprunte ces intéressants détails, ils ont la teinte blanc jaunâtre ou gris jaunâtre, propre aux masses tuberculeuses, et jamais la teinte grise des produits qui caractérisent anatomiquement la phthisie galopante. A l'œil nu, on pourrait les confondre avec les productions de la première espèce constituées par du pus concret, mais avec celles-là seules; cependant le microscope permet de les distinguer facilement les unes des autres.

Relativement à la disposition générale de ces productions morbides, il faut remarquer, et c'est là ce que m'ont appris les autopsies que j'ai eu occasion de faire, que, si l'on trouve dans les poulmons des excavations, ces excavations ne sont autre chose que de petits abcès; que d'ailleurs jamais on ne rencontre de ces cavernes tant soit peu considérables divisées par des espèces de brides, de colonnes formées par des débris de tissu cellulaire. De plus, et c'est là un point important à connaître, les ganglions ne sont pris que très-exceptionnellement.

Ainsi, à ne tenir compte que de la lésion anatomique dont la nature est très-discutable, la phthisie galopante proprement dite différerait déjà de la phthisie ordinaire à marche soit rapide, soit chronique. Nous allons voir qu'elle en diffère bien plus encore par ses manifestations symptomatiques.

Quelques-uns d'entre vous se rappelleront sans doute une jeune femme de vingt et un ans qui fut couchée au n° 10 de la salle Saint-Bernard; elle n'était malade que depuis trois mois. Habituellement bien portante jusque-là, elle quitta son pays à cette époque pour venir habiter Paris. A partir de ce moment, sa santé se déranga; son appétit avait diminué; elle perdait sensiblement de ses forces. Cependant elle continuait de se livrer à ses travaux de ménage, lorsque, trois semaines avant son entrée à l'hôpital, elle fut obligée de s'aliter. Elle avait alors de la diarrhée accompagnée de coliques; cette diarrhée, revenant d'abord par intervalles assez éloignés, persista bientôt chaque jour, et devint très-considérable. En même temps, la malade était prise d'accidents du côté de la poitrine, de toux, d'expectoration abondante, sans avoir eu de crachements de sang; en même temps aussi elle avait une fièvre assez vive.

A son arrivée dans nos salles, nous fûmes frappés de son air d'abattement et de stupeur. La réaction fébrile était intense; la peau chaude et sèche, le pouls fréquent, plein, sans irrégularité, sans dicrotisme. La diarrhée était abondante, et les évacuations étaient jaunes.

Cinq jours après survenait du délire. La toux fréquente, des crachats mucoso-purulents que nous trouvions dans le crachoir, attirant notre attention plus spécialement du côté de l'appareil respiratoire, nous entendions en arrière, à l'auscultation, de gros râles muqueux, et d'autres sibilants, disséminés dans toute l'étendue des poumons. En avant, au niveau de la clavicule gauche, nous produisimes, par la percussion, un bruit de pot fêlé, et nous constatons une diminution de la sonorité thoracique; nous entendions en outre de gros râles muqueux, de véritables gargouillements, et, en un point, du souffle caverneux. Quelques jours plus tard la malade succombait, et nous constatons l'existence des lésions que je vous ai signalées tout à l'heure.

Quels sont donc, messieurs, les *symptômes de la phthisie galopante?*

Une femme jeune, — car c'est principalement des femmes, et des femmes jeunes que j'ai vues atteintes de cette maladie, — une femme jeune, jusque-là bien portante, tombe sans cause appréciable dans un état de malaise difficile à définir; ses fonctions digestives sont troublées, elle perd l'appétit; ses forces languissent, et un mouvement fébrile plus ou moins prononcé témoigne de la perturbation survenue dans l'économie. Cet état de malaise et de langueur dure quinze jours, trois semaines, un mois quelquefois. La malade continue cependant de vaquer à ses occupations, tout en se plaignant d'une faiblesse inaccoutumée, d'une inaptitude plus grande à tout travail qui demande une certaine application intellectuelle. En même temps, elle a des sueurs nocturnes, une petite toux sèche; si l'on ausculte la poitrine, on entend quelques râles sonores et disséminés. Lorsque les accidents ne se sont manifestés que depuis quelques jours, on les met sur le compte d'un rhume, d'une bronchite légère, et, en vérité, il semble qu'il n'y ait là rien dont on doive sérieusement se préoccuper. Mais ce rhume se prolonge, la fièvre persiste; l'examen de la poitrine permet de constater l'existence de râles devenus plus nombreux et plus humides, qui s'entendent dans toute l'étendue des poumons, du sommet à la base, en arrière comme en avant. Les jours s'écoulent, et l'état de choses empire au lieu de se calmer: la fièvre prend une plus grande vivacité; la malade perd le sommeil; la toux, de plus en plus fatigante, est accompagnée d'une expectoration de crachats d'abord muqueux, puis bientôt mucoso-purulents: les râles que l'on entendait plus fins, sous-crépitaux, en quelques points se mêlent à un bruit expiratoire prolongé et même à du souffle. La résonnance thoracique, à la percussion, reste normale. La respiration est gênée, courte, fréquente, et la dyspnée devient telle, que la malade est forcée de garder la position assise. Ces accidents augmentent progressivement; les forces s'épuisent de plus en plus; la face devient anxieuse; à la décoloration des téguments succède une teinte asphyxique, et après cinq, six, sept ou huit semaines à

partir du début des accidents, la malade succombe dans un état d'émaciation analogue à celui qui arrive dans le cours des fièvres graves, mais nullement comparable à cet amaigrissement qui accompagne la phthisie ordinaire.

Ce tableau rapidement esquissé de la phthisie galopante serait loin d'être complet, si je vous le présentais comme le type absolu de la maladie. Il ne vous en représente en effet qu'une forme, celle que l'on peut appeler la *forme catarrhale*; il en est une autre non moins importante à connaître, c'est la *forme typhoïde*.

Bien qu'ici nous retrouvions encore les accidents thoraciques dont je viens de vous parler et les signes sur lesquels j'appelle votre attention, c'est l'état général qui caractérise surtout la maladie, et quelquefois cet état général simule, à s'y méprendre, la fièvre typhoïde. Les symptômes accusés par le sujet, les phénomènes observés par le médecin, sont une céphalalgie intense, un air de stupeur, du subdélirium qui se change plus tard en un délire plus ou moins violent; il y a souvent aussi des soubresauts de tendons. La face, au lieu d'être pâle, est injectée, mais n'offre pas cette coloration rouge par plaques, limitée aux pommettes, que l'on remarque chez les individus atteints de phthisie ordinaire, principalement dans les recrudescences du soir de la fièvre hectique. Le mouvement fébrile est très-prononcé, et la chaleur de la peau, non accusée par le malade, est en rapport avec l'accélération des battements du pouls. Le ventre garde sa souplesse et sa tension normales: la pression dans la fosse iliaque droite ne détermine pas de gargouillements; il n'y a point de diarrhée; enfin, et c'est là un fait essentiel à noter, jamais on n'a rencontré les véritables taches rosées lenticulaires de la dothiéntérie. Dans cette forme typhoïde de la phthisie galopante, l'invasion de la maladie est généralement plus brusque que dans la forme catarrhale, et son début est marqué par des frissons plus ou moins violents. Sa marche est aussi plus rapide, et sa terminaison a lieu par des accidents asphyxiques ou par des accidents nerveux.

Dans les cas où la phthisie galopante simule la fièvre typhoïde, l'examen de la *température* nous fournit un précieux moyen de diagnostic. Ce n'est, en effet, qu'exceptionnellement que la tuberculisation aiguë atteint la température de la fièvre typhoïde; d'un autre côté, les oscillations entre le soir et le matin sont plus considérables: ainsi, dans la phthisie galopante, la température du soir diffère de celle du matin de 1 et même 2 degrés, tandis que, dans la fièvre typhoïde, la différence entre la température du matin et celle du soir est très-rarement de 1 degré.

Ni dans la forme catarrhale, ni dans la forme typhoïde de la phthisie galopante, vous ne retrouvez, messieurs, les symptômes de la phthisie ordinaire, alors même que celle-ci prend les allures d'une excessive rapidité. Il est cependant un point par lequel ces deux maladies, phthisie galopante et phthisie ordinaire, semblent avoir un lien de parenté: c'est que la première comme la seconde attaque, en un grand nombre de circonstances, des indi-

vidus chez lesquels existent des antécédents héréditaires tuberculeux ; je me hâte d'ajouter, il est vrai, que souvent aussi ces antécédents n'ont pu être retrouvés.

Pour toutes les raisons que je viens de vous dire, un de mes bons élèves, aujourd'hui mon collègue à la Faculté et dans les hôpitaux, M. le docteur Empis, s'est décidé à considérer la phthisie galopante comme une maladie distincte de la tuberculisation, puisqu'elle en diffère non moins par la nature des lésions que par celle des symptômes. Pour bien consacrer cette distinction, il a désigné sous le nom de *granulie* cette affection qui se caractérise anatomiquement par la production de granulations, soit dans les parenchymes, soit sur les membranes séreuses. Dans cette doctrine, la phthisie galopante dont je viens de vous parler, est la forme thoracique de la granulie, laquelle peut affecter la forme cérébrale (fièvre cérébrale ou méningite tuberculeuse), et la forme abdominale à symptômes typhoïdes (1).

Le pronostic de la phthisie galopante est fatal. La mort en est la conséquence invariable et arrive dans un temps plus ou moins rapproché. Jusqu'ici, messieurs, l'art est malheureusement sans ressources pour combattre une aussi redoutable maladie ; chose plus décourageante encore, c'est que nous sommes impuissants à apporter quelque soulagement aux malheureux qui nous appellent à leur secours.

Je veux vous en donner un triste et dernier exemple :

Le 2 février 1861, mon collègue M. le docteur Barth et moi nous étions mandés au couvent des Oiseaux pour voir une jeune Espagnole âgée de seize ans. Son médecin ordinaire, M. le docteur Vosseur, nous racontait que cette jeune fille avait, il y a quinze jours, commencé à éprouver un peu de malaise et de fièvre, sans troubles locaux autres qu'une oppression assez notable. Les accidents continuant, M. Barth avait été appelé il y a huit jours, et il avait été frappé de la lividité des lèvres et du visage. Cette lividité s'étendait aux deux mains. Il y avait beaucoup d'oppression, une fièvre très-vive. L'auscultation, pratiquée avec le plus grand soin, ne permit de rien constater d'anormal : pas un râle, pas de bruit expirateur prolongé. Les fonctions gastriques ne laissaient rien à désirer.

A huit jours de là, nous nous trouvions réunis. Alors la fréquence du pouls et de la respiration était extrême, la lividité de la peau avait augmenté dans une effrayante proportion ; il y avait de l'insomnie et quelques rêvasseries pendant la nuit. Nous entendions des râles sous-crépitaux très-fins dans toute l'étendue du poumon gauche ; des râles sous-crépitaux gros, mêlés de râles muqueux, dans tout le poumon droit, sans expectoration. Il nous semblait peu probable que la vie pût se prolonger au delà de trois ou quatre jours.

La malade mourut le 4 février, après dix-sept ou dix-huit jours de maladie.

(1) Voy. G. S. Empis, *De la granulie ou maladie granuleuse*. Paris, 1865.

TUBERCULISATION PULMONAIRE ET CATARRHE PÉRIPNEUMONIQUE CHRONIQUE
CHEZ L'ENFANT.

Maintenant, messieurs, permettez-moi de fixer un instant votre attention sur un petit malade que vous avez vu couché au n° 13 de la crèche, dans la salle Saint-Bernard. Sa situation est depuis quelque temps assez inquiétante, et le diagnostic de sa maladie fort embarrassant.

Cet enfant, âgé de sept à huit mois, a, depuis trois mois environ, un gros rhume accompagné de fièvre qui n'a pas cessé depuis le début des accidents ; cependant il a continué de teter, et c'est assurément à la conservation de son appétit qu'il doit de ne pas être encore mort. On nous l'a apporté il y a quinze jours, et alors, indépendamment de la toux considérable dont il était affecté, nous trouvions une oppression des plus vives.

En examinant la poitrine, nous constatons, à gauche, à partir de la fosse sous-épineuse jusque vers la base du thorax, l'existence du souffle tubaire, du retentissement, je ne dirai pas de la voix, mais du cri ; ce retentissement et ce souffle étaient très-prononcés, surtout dans l'expiration. Par intervalles éclataient sous l'oreille des bulles de râle muqueux sous-crépitaux, quelques-unes très-fines. La percussion, pratiquée comparativement des deux côtés en arrière, donnait également à gauche une matité très-évidente.

Il y avait de la fièvre. En présence des symptômes généraux, en présence des signes physiques dont il vient d'être question, nous pensâmes à une pneumonie, ou plutôt à une pleuro-pneumonie ; nous eûmes l'idée qu'il existait des fausses membranes à la surface du poumon, que celui-ci était induré. Mais restait une question à résoudre : quelle était la nature de cette induration ? Était-elle de date récente ou de date ancienne ? Était-ce une induration franchement inflammatoire, ou était-elle liée à la présence de productions accidentelles dans le parenchyme pulmonaire ? Enfin avions-nous affaire à une pneumonie aiguë, à une pneumonie chronique, ou à une pneumonie tuberculeuse ? La solution de ce problème présentait plus d'une difficulté.

Chez les enfants, surtout chez les enfants à la mamelle et dans les trois premières années de la vie, la pneumonie a des allures qui ne ressemblent pas à celle qu'elle prend chez les adultes. Chez eux, la pneumonie lobaire telle qu'on l'observe chez l'adulte est fort rare, et peu grave d'ailleurs, tandis que le catarrhe péripneumonique ou la broncho-pneumonie est, dans le bas âge, une des maladies les plus sérieuses que l'on connaisse, car on peut dire qu'alors elle est presque toujours mortelle.

Or, si vous étudiez le catarrhe, vous reconnaîtrez qu'il n'est pas de maladie plus incertaine dans sa marche. Sans limites fixes, il durera quelquefois trente-six, quarante-huit heures ; d'autres fois il durera deux, trois mois à l'état aigu ou subaigu. Jamais vous ne pouvez annoncer à l'individu qui prend un