

DIX-NEUVIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Forme thoracique. — Variété catarrhale ou bronchitique. — Particularités stéthoscopiques. — Expectoration. — Rareté des bacilles. — Forme asphyxique. — Forme pleurétique. Transformation des formes. — Formes cérébrales. — Formes péritonéales. — Formes atténuées. — Courbe de température. — Terminaisons. — Diagnostic.

Tout ce que je viens de vous décrire me dispense d'insister longuement sur les localisations prédominantes de l'appareil respiratoire et s'accompagnant de phénomènes congestifs : il est cependant deux variétés de la forme thoracique ou, pour mieux dire, trois qui méritent de nous arrêter.

La variété dite catarrhale ou bronchitique, se complique de troubles fonctionnels qui vous sont trop connus pour que je revienne sur leur description, mais il n'en est pas de même des phénomènes stéthoscopiques. Si en réalité on peut les ramener aux signes que l'auscultation révèle dans la bronchite vulgaire, ils s'en distinguent par quelques particularités : c'est surtout au niveau des petites bronches qu'ils siègent et ils consistent en râles plus fins mélangés à quelques râles muqueux et sous-crépitaux dus à la congestion pulmonaire ; on les entend des deux côtés, dans toute l'étendue de la poitrine, aussi bien au sommet qu'à la base ;

rarement en foyers, ils se font entendre par bouffées sans localisation prédominante et fixe, bien qu'en certains points ils puissent se manifester avec plus de fréquence ou de persistance, mais sans affecter aucune préférence pour le sommet.

S'il se trouve dans le thorax un point suspect, c'est au niveau de la région primitivement atteinte, au niveau d'un petit foyer caséux de date plus ancienne. Il n'en est donc pas de cette forme comme de la phtisie galopante : les signes les plus marqués se rencontrent dans quelque région que ce soit du poumon, tantôt variables et disparaissant par moments, tantôt au contraire persistants.

L'expectoration est quelquefois très abondante et le malade remplit dans les vingt-quatre heures un ou deux crachoirs d'un liquide séreux ou séro-muqueux, rarement mélangé de crachats muco-puriformes, qui n'existent que si la granulie est secondaire à une lésion pulmonaire plus ancienne et greffée sur un cas de tuberculose chronique dont elle vient hâter et terminer l'évolution.

Vous savez que du sang peut également se rencontrer dans les produits de l'expectoration, soit dilué et mêlé intimement aux crachats, soit sous forme de stries, et qu'il ne constitue que rarement une véritable hémoptysie déterminée par la congestion intense de tout le parenchyme pulmonaire : cette hémoptysie peut apparaître dans le cours de la tuberculose miliaire aiguë à forme bronchitique et éclater brusquement au milieu d'une dyspnée extrême : c'est ainsi que

j'ai vu le crachement de sang se produire chez une jeune fille au dix-septième jour de sa maladie et se continuer pendant trente-six heures ; l'autopsie montra, en même temps qu'une foule de granulations grises et jaunes disséminées, une hyperémie considérable de la totalité des deux poumons, état bien différent de ce qu'on constate dans les cas de phtisie chronique, lors même que celle-ci a donné lieu à des hémoptysies.

Le liquide sécrété par les organes respiratoires peut renfermer encore des bacilles, mais leur présence fait souvent défaut, à moins que la granulie ait succédé à la tuberculose chronique ou qu'il existe quelque noyau volumineux de broncho-pneumonie, et c'est probablement en raison de ces dernières conditions, qu'on les rencontre si fréquemment dans la broncho-pneumonie tuberculeuse rapide et à une époque aussi rapprochée du début de la maladie.

Malgré cette inconstance, il ne faut cependant pas négliger de les rechercher, car si leur absence ne permet pas d'écarter le diagnostic de tuberculose, leur constatation permet de l'affirmer. Hutinel et Grancher ont remarqué que lorsque les bacilles existaient, ils présentaient généralement des dimensions plus considérables et siégeaient de préférence dans de grosses cellules épithéliales : j'admettrais volontiers que dans ces cas ils proviennent de petits foyers caséeux préexistants : mais quelle que soit l'explication de leur origine, la présence au moins possible des bacilles dans cette expectoration est chose certaine.

La forme catarrhale de la tuberculose miliaire aiguë entraîne une mort rapide et quinze, vingt, trente jours au plus suffisent à son évolution, emportant le malade au milieu des phénomènes généraux ordinaires d'abattement, d'amaigrissement et de fièvre persistante.

On a confondu souvent avec cette variété la forme asphyxique, anhématosique, qui vient d'ailleurs quelquefois se surajouter dans les derniers jours et terminer la scène. Sauf l'état catarrhal, tous les troubles fonctionnels de la forme bronchitique se retrouvent dans cette seconde variété suffocante. Ce qui domine, c'est la dyspnée, plus profonde encore que précédemment, nécessitant le jeu de tous les muscles respiratoires accessoires, comparable à la gêne respiratoire des accès d'asthme, mais avec ce caractère aggravant qu'elle se prolonge pendant des jours entiers. La teinte asphyxique de la peau, la coloration bleuâtre des extrémités, des muqueuses et surtout des lèvres, accusent la difficulté des échanges respiratoires, l'anhématose est flagrante et doit réellement imposer son nom à ce tableau symptomatique ; elle est encore affirmée par le gonflement des membres, de la face, du cou et rappelle si exactement les troubles de l'asystolie que, sans la fièvre et l'absence des troubles cardiaques, on serait exposé à une confusion des plus faciles.

Le seul nom de pleurétique donné à la dernière variété de la forme thoracique suffit à indiquer le travail morbide dont la plèvre est le siège ; de toutes, c'est celle qui peut

se présenter avec le moins de fracas et revêtir même une marche insidieuse et presque latente, se traduisant par un épanchement souvent peu abondant. La douleur, qui malgré la présence de granulations dans la plèvre fait quelquefois défaut, est cependant la règle : elle est généralement vive et revêt les caractères de la douleur de la pleurésie diaphragmatique, avec le point spécial connu sous le nom de bouton et le maximum de sensibilité au niveau des attaches du diaphragme ; elle est de courte durée et ne persiste que pendant la phase de début. La dyspnée est plus ou moins forte et s'accompagne d'une toux sèche spéciale ; ces symptômes pénibles cèdent lorsque le liquide s'étale, formant non pas de vastes épanchements, comme dans certaines grandes pleurésies, mais une couche mince occupant la partie postérieure et remontant plus ou moins haut mais sans jamais acquérir une grande épaisseur.

La pleurésie, plus souvent double que simple, peut l'être d'emblée ou ne se développer qu'alternativement, apparaissant d'un côté alors que le liquide du côté opposé commence à se résorber, pour réapparaître de nouveau lorsque la seconde pleurésie entrera en résolution. Cette résolution peut s'opérer rapidement, mais tandis qu'on se félicite de cette guérison facile de la pleurésie qu'on considère comme rhumatismale, une évolution si courte et si bénigne est plutôt de nature à éveiller la défiance et à faire redouter l'action silencieuse d'une tuberculose encore latente.

La disproportion entre l'état général et les troubles

locaux est aussi frappante. Ce n'est pas que la température soit très élevée, elle oscille entre 38 et 39, mais la courbe est irrégulière, présente parfois le type inverse et Empis a bien signalé l'affaiblissement, la fatigue, l'amaigrissement, les troubles digestifs, l'hypertrophie de la rate, les douleurs abdominales, la céphalalgie, tous symptômes exagérés pour une lésion pleurale en apparence insignifiante.

D'autres fois la maladie évolue d'une façon toute différente, les phénomènes généraux s'accroissent et la forme pleurétique fait place à une forme catarrhale ou suffocante ou à la forme typhoïde.

Il ne faudrait cependant pas croire que la terminaison fatale soit absolument inévitable et Empis a bien montré que la forme pleurale est, de toutes, relativement la plus curable et que le malade peut entrer en convalescence confirmée. Il rapporte à ce sujet une observation publiée dans la thèse de Négrié, où la mort, survenue accidentellement, a permis le contrôle anatomique de la guérison des lésions pleurales : ce malade atteint de pleurésie, d'abord d'un seul côté, puis, plus tard, de l'autre côté, au moment où les deux épanchements étaient en résolution, succomba à une embolie partie d'une thrombose des veines du membre inférieur ; on put alors se convaincre que malgré la présence de nombreuses granulations grises, le liquide avait complètement disparu de l'une des plèvres où se formaient des adhérences, et que l'autre plèvre n'en contenait plus que fort peu, bien qu'elle fût hérissée de granulations.

La guérison peut être définitive en apparence, mais à un moment donné, l'affection tuberculeuse se réveille brusquement et éclate de nouveau sous forme de broncho-pneumonie ou affectant une autre localisation, attaquant rarement la plèvre une seconde fois; enfin, après un certain nombre de poussées aiguës on peut voir s'installer la phtisie chronique.

Quelquefois aussi la guérison est réelle et lorsque plus tard une autre cause a déterminé la mort du malade, on trouve, comme le fait m'est arrivé pour un goutteux, et comme vous le pourrez constater dans d'autres autopsies, une transformation fibreuse des tubercules dont presque tous les éléments constitutifs ont disparu.

Sans vouloir aborder ici l'étude de la méningite tuberculeuse dont l'importance comporte un chapitre spécial, je veux vous dire quelques mots de certaines formes cérébrales et vous décrire quelques accidents de cet ordre qui peuvent venir compliquer d'autres formes et imprimer un cachet spécial à leur dernière phase.

Le malade, jusque-là sous le coup d'un état fébrile intense, avec quelques symptômes typhoïdes, surtout d'adynamie, parfois d'ataxo-adynamie, tombe dans un état de prostration de plus en plus marqué, aboutissant bientôt à un coma plus ou moins profond avec perte de connaissance, respiration stertoreuse, insensibilité de la pupille, et succombe rapidement dans ces conditions ou avec quelques convulsions finales.

Ou bien, chez un phtisique chronique, l'affection suit sa marche ordinaire jusqu'aux derniers jours, mais alors la température s'exagère, la courbe est tendue, on apprend que le sommeil du malade est agité, que ses nuits sont moins bonnes et tout à coup le délire éclate, précédant la mort de trente-six à quarante-huit heures. L'examen des centres nerveux montre alors la présence de granulations dans les méninges, surtout le long des vaisseaux, ou plus rarement de tubercules dans la substance cérébrale, mais sans lésions inflammatoires. Vous reconnaissez là ce qu'on appelait autrefois la méningite des tuberculeux.

A ces phénomènes cérébraux, on peut comparer ce qui s'observe dans la cavité abdominale, également sans péritonite proprement dite. Chez un individu malade depuis quelque temps, en proie à l'infection tuberculeuse et à ses accidents fébriles avec prédominance du côté de l'abdomen, on voit apparaître de la tuméfaction du ventre qui devient plus sensible; en examinant de plus près on reconnaît que cette augmentation de volume n'est pas seulement le fait du météorisme et que dans les parties déclives la percussion révèle la présence d'un peu de liquide; le malade meurt et l'autopsie montre, comme nous l'avons constaté déjà pour la plèvre, les granulations sur l'intestin ou sur la séreuse péritonéale avec un léger épanchement séreux ou même parfois fibrino-séreux.

Il me reste à vous décrire les formes atténuées de la tuberculose miliaire aiguë, souvent méconnues et dont on

n'apprécie pas suffisamment l'importance, tant au point de vue du diagnostic actuel que du pronostic et aussi du traitement; vous les rencontrerez souvent et surtout dans votre clientèle de ville, là où le pronostic tient une si grande place. On les voit dans les familles de phtisiques, le plus fréquemment chez les enfants déjà porteurs d'une lésion tuberculeuse connue, pulmonaire ou osseuse, mal de Pott, ganglions strumeux, en un mot d'un foyer caséux quelconque, ou encore chez des tuberculeux pulmonaires avérés. Chez un individu de cet ordre éclate, tout à coup sans raison, sans qu'on puisse arguer d'une imprudence, un état fébrile sans frisson, mais intense, la température monte à 39 ou 40 degrés, il n'existe que quelques troubles gastriques peu importants, de la soif, de l'inappétence, un malaise léger. Souvent on s'inquiète d'autant moins de ces accès qu'ils se renouvellent assez fréquemment et sont parfois qualifiés d'intermittents et rattachés à l'impaludisme; aucune localisation appréciable ne s'accuse. Ces accidents évoluent rapidement et durent deux, quatre, six jours au plus; mais si on suit attentivement le malade on est frappé des traces profondes laissées par une indisposition aussi passagère: il existe un état d'abattement allant parfois jusqu'à la prostration, l'inappétence persiste. La peau conserve une teinte grisâtre, la fatigue et l'essoufflement sont faciles et la convalescence est aussi pénible qu'à la suite d'une maladie importante. Ce sont autant de particularités qui doivent vous mettre en éveil et rappeler à votre esprit la possibilité

des formes atténuées de la tuberculose miliaire aiguë.

Au point de vue de la marche de cette affection, quelle que soit la forme qu'elle revête, les antécédents tiennent une place considérable: en effet, si j'en crois mes recherches, il n'existe pas, ou du moins pour ma part, je n'ai jamais vu un seul malade atteint de granulie qui ne fût porteur de quelque lésion tuberculeuse plus ancienne, de siège variable, méconnu peut-être par tous, mais dont l'autopsie est venue prouver l'existence.

Deux symptômes des plus importants à connaître annoncent généralement le début de la maladie: d'une part l'état de déchéance marqué avec amaigrissement, pâleur, mauvaise disposition générale, lassitude facile, sommeil agité, perte d'appétit; d'autre part les changements qui surviennent dans le caractère des malades, surtout s'ils sont jeunes. Le plus souvent ils deviennent irritables, et tristes: mais quelquefois aussi ils semblent plus gais, déploient une activité plus grande et montrent une sorte d'excitation, à laquelle se trompent rarement les mères qui ont déjà vu succomber l'un de leurs enfants à la tuberculose aiguë et surtout à la méningite tuberculeuse.

Dans ces conditions, tantôt le mal éclate d'une façon soudaine avec frisson, fièvre intense, phénomènes généraux réactionnels, céphalalgie, soif, troubles digestifs et nerveux et tout le cortège ordinaire d'une affection aiguë. C'est là plutôt l'exception mais cependant d'après Gerhardt, Fränkel l'aurait observé quelquefois chez les enfants. Tan-

tôt et c'est la majorité des cas, le début se fait gradué et s'annonce par du malaise, de l'abattement et de la fatigue, la perte progressive des forces, de l'amaigrissement, de la pâleur, qui, comme l'a dit Empis, sont non pas les prodromes mais les premières atteintes de la maladie, puis la fièvre s'allume et suit son évolution particulière, atteignant rapidement le maximum auquel elle se maintient comme l'a montré Colin. Cette loi souffre cependant des exceptions admises surtout par Jeannel de Montpellier : dans nombre de cas, d'après cet auteur, la température après s'être élevée à 40 degrés dès le premier ou le deuxième jour, s'abaisserait le troisième ou le quatrième jour. Quoi qu'il en soit pendant la période d'état, des oscillations marquées se manifestent, accusant des rémissions qui impriment à la courbe une grande irrégularité : tantôt elles sont quotidiennes et on constate des variations de 1 ou de 2 degrés, à quelques heures d'intervalle ou du matin au soir. Mais dans cette fièvre toute d'infection, il existe un point important, l'apparition des sueurs du matin que vous retrouverez chez les tuberculeux, absolument comme chez les paludiques ainsi que l'a fait remarquer Jeannel.

Tantôt les oscillations ont moins d'amplitude, ou la rémission se fait sentir sur un laps de temps plus long et la température descend pendant quelques jours à 38 degrés ou même s'abaisse jusqu'à la normale, pour bientôt reprendre son ascension avec de nouveaux accès.

Enfin on peut observer dans certaines conditions ce que

Brünnich a appelé le type inverse, la rémission étant reportée à la fin de la journée et non plus matinale.

La durée est généralement assez courte et la granulie met de trois à six semaines pour compléter son évolution, quelquefois moins; alors huit ou quinze jours suffisent à amener la terminaison fatale : c'est que la forme aiguë a succédé à la forme chronique de la tuberculose ou que les symptômes graves n'ont éclaté que tardivement chez des individus déjà affaiblis et dont la déchéance marquait le premier stade latent de la maladie, ou qu'une complication inflammatoire, méningite par exemple, a précipité le dénouement.

La mort est en effet la terminaison la plus habituelle de la tuberculose miliaire aiguë. Elle survient soit avec une élévation considérable de la température, soit au contraire avec un abaissement, fréquent dans le cas de manifestations cérébrales même non inflammatoires, abaissement dû peut-être à l'action exercée par la présence des granulations sur les centres vaso-moteurs. L'affection peut aussi se restreindre à un foyer limité et passer ainsi à l'état chronique. Je vous ai dit enfin que la guérison était possible et le fait de Négrié que je vous rappelais à l'instant en est une preuve, de même que les lésions anciennes trouvées dans nombre d'autopsies de vieillards.

Mais lors même que l'attaque guérit, le pronostic reste toujours sombre, le point primitif d'où est partie la première généralisation persiste et reste une menace constante d'une nouvelle poussée aiguë.

Avant d'entreprendre l'étude du diagnostic différentiel avec la fièvre typhoïde, diagnostic si délicat et si difficile, je veux vous rappeler les caractères principaux sur lesquels vous pourrez asseoir votre opinion et vous signaler sans m'y appesantir quelques affections dont le tableau symptomatique peut se confondre avec certaines formes de granulie.

Vous devrez tenir grand compte des antécédents héréditaires du malade et aussi de ses antécédents personnels, dans lesquels vous pourrez trouver la trace d'une atteinte antérieure de tuberculose sous quelque forme que ce soit. Vous devrez aussi attacher une grande importance au début, à la marche de la courbe de la température et à l'examen des organes. Mais certaines variétés cliniques peuvent être confondues facilement avec la fièvre continue, typhoïde, sur laquelle nous reviendrons, ou gastrique avec embarras gastrique fébrile, avec la grippe qui présente de nombreuses analogies avec la forme catarrhale. D'autres fois les premières manifestations de la tuberculose miliaire aiguë seront prises pour de la toux nerveuse ou de simples convulsions chez les jeunes enfants ; on méconnaîtra la valeur bacillaire d'une pleurésie, d'une congestion pulmonaire et je ne veux pas insister sur certaines spléno-pneumonies bien décrites par Grancher qui en a montré le caractère granulique. La présence d'albumine dans les urines permettra aussi quelquefois de confondre la tuberculose aiguë à son début avec une néphrite aiguë : ce sont là autant de causes d'erreurs que je me contente de vous signaler rapidement.

VINGTIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Diagnostic de la granulie et de la fièvre typhoïde par la température, l'action de l'antipyrine, l'amaigrissement, l'anémie rapide, les caractères de la diarrhée, la polyurie critique, l'abondance des matières colorantes, la présence de l'indican dans les urines, l'hyperesthésie.

Diagnostic de la forme suffocante de la granulie et des affections cardiaques, de la granulie et des affections pulmonaires.

Formes pulmonaires. — Etiologie et anatomie pathologique de ces formes. Professions à poussières, dilatation bronchique, traumatisme chronique, froid. Prédominance au sommet. Conformation thoracique.

C'est toujours chose délicate que de poser le diagnostic de granulie, quelle que soit la forme qu'elle affecte, en raison de l'inconstance des symptômes qui la décèlent, variables par eux-mêmes, par leur agencement et par leur évolution. Ce diagnostic peut se baser cependant sur un certain nombre de caractères, qui sans être décisifs pour la plupart, peuvent par leur réunion constituer une probabilité.

L'étude des antécédents héréditaires du malade, des affections qui l'ont frappé lui-même à une époque antérieure, les traces manifestes, ou qu'il faut parfois rechercher, des lésions dites autrefois strumeuses et reconnues maintenant comme tuberculeuses, feront soupçonner la nature de la maladie actuelle ; d'autre part, la manière dont auront débuté les accidents et l'évolution qu'ils auront suivie,