

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,

l'examen des organes abdominaux, du foie et de la rate en première ligne, par la percussion, et celui des organes thoraciques par l'auscultation fourniront des données utiles. Dans des circonstances, exceptionnelles il est vrai, l'existence de l'expectoration et la présence des bacilles prouvée par le microscope lèvera tous les doutes. Il ne faudra pas non plus négliger les renseignements qui résultent de la courbe de la température.

Ce sont là autant de points que nous utiliserons pour le diagnostic de la tuberculose miliaire aiguë d'avec la fièvre typhoïde; car cette dernière affection et ce qu'on nommait autrefois embarras gastrique fébrile, au début surtout, constituent sans conteste la principale cause d'erreur et sont, de toutes les maladies, celles qui peuvent le plus facilement se confondre avec la granulie. Si, pour établir une comparaison, nous prenons la forme moyenne de chacune de ces affections, nous reconnaissons au début des analogies nombreuses : de part et d'autre se rencontrent la même période traînante, les mêmes manifestations de fatigue et de prostration; puis les troubles gastriques, quelques vomissements, la céphalalgie, apparaissent et la fièvre s'installe mais non cependant sans quelques différences; la tuberculose miliaire aiguë s'accompagne d'une céphalalgie plus vague, l'état saburral si marqué dès le début de la fièvre typhoïde est moins accentué, la fièvre elle-même se montre avec quelques variations et ne reproduit pas dans la granulie l'évolution thermique si particulière de

la fièvre typhoïde. Non pas que je veuille nier la possibilité d'irrégularités dans la courbe de température de la dothiérientérie et prétendre qu'elle reproduit toujours les caractères classiques, mais d'une façon générale l'élévation se fait graduelle jusqu'au quatrième ou cinquième jour, où elle atteint son maximum, pour s'y maintenir quelque temps, tandis que dans la tuberculose miliaire aiguë la température atteint, dès le début, 40 degrés ou à peu près, reste stationnaire pendant deux ou trois jours et ne tarde pas à accuser une rémission souvent considérable. Je vous ai d'ailleurs déjà cité à ce sujet le résultat des statistiques dressées par Léon Colin et Jeannel de Montpellier. Ce qui domine ici ce n'est plus la tension de la courbe mais au contraire les rémissions et les intermittences, en un mot l'irrégularité.

Il est inutile de vous rappeler toute l'importance qu'il faut attacher à la constatation du type inverse; ajoutez à cela des sueurs abondantes et vous aurez des signes qui, sans être pathognomoniques, constituent au moins une probabilité.

Il est un autre point concernant la fièvre, bien étudié par Jeannel dans sa thèse, que j'ai contrôlé par mes recherches personnelles et qui est de nature à apporter une lumière de plus au diagnostic; je veux parler de l'action de l'antipyrine, peu efficace dans la fièvre typhoïde. A une dose assez élevée, deux ou trois grammes, elle détermine un abaissement considérable de la température chez les malades atteints de tuberculose miliaire aiguë, mais cette sédation est

de peu de durée, trois ou quatre jours au plus, l'influence du médicament s'use vite et il pourrait être alors remplacé par la phénacétine.

Le professeur Sée a indiqué également un signe différentiel des plus réels. Chez le tuberculeux en puissance de granulie, l'amaigrissement est rapide portant également sur le pannicule adipeux et sur les muscles, tous les tissus disparaissent, fondent en quelque sorte à vue d'œil et, dès le début, les globules sanguins diminuent et l'anémie est précoce. Chez le typhique au contraire l'amaigrissement est tardif, les muscles diminuent de volume dès le début sans que pour cela dans les premières semaines le tissu graisseux soit résorbé.

Bien que chez les individus atteints de granulie les troubles intestinaux soient loin d'être rares, vous le savez, la diarrhée chez le tuberculeux n'a pas la même importance et ne présente jamais deux caractères constants dans la fièvre typhoïde et d'une grande portée diagnostique : la couleur ocreuse des selles et leur odeur infecte mais toute spéciale et vraiment *sui generis*. Je ne vous ai encore rien dit d'un symptôme que peut seule révéler l'analyse chimique des urines, symptôme important et bien mis en lumière par les travaux d'A. Robin : la tuberculose aiguë s'accompagne d'albuminurie, vous le savez : c'est là un caractère qu'elle partage avec la fièvre typhoïde ; aussi n'est-ce pas sur ce point que je veux attirer votre attention, mais les urines du malade atteint de granulie sont plus claires,

moins sédimenteuses, moins abondantes et il n'existe jamais de polyurie lors même que la fièvre vient à tomber, tandis que dans la dothiéntérie vous verrez toujours, soit au moment de la convalescence, soit même dans le cours de la maladie, la courbe des urines croître ou diminuer en raison inverse de la courbe de la température. Par contre elles sont plus chargées en matières colorantes dérivées du pigment sanguin que les urines des typhiques, mais inversement celles-ci contiennent une matière colorante que ne renferment pas les urines des granuliques, l'indican : l'acide azotique le révèle sous l'aspect d'un cercle bleuâtre lorsqu'on vient à verser cet acide le long des parois du vase dont il gagne le fond en raison de sa densité.

Enfin, quelle que soit la forme que revête la tuberculose miliaire aiguë, elle détermine toujours une hyperesthésie, une augmentation de la sensibilité prédominante au niveau du thorax et de l'abdomen ; elle peut aussi, je vous l'ai dit, se manifester par des altérations de la choroïde consistant dans la présence de granulations qui détruisent le pigment et s'accusent par des taches blanchâtres du fond de l'œil, qu'ont bien vues Mang, de Graefe et Bouchut.

Je dirai seulement quelques mots des affections organiques du cœur qui ne créent de difficultés que pour le diagnostic d'une seule forme de la maladie qui nous occupe. La forme suffocante, anhémosique, de la tuberculose aiguë présente seule des accidents qui permettent de la rapprocher de l'asystolie. Elle partage en effet avec elle la coloration

violacée et la tuméfaction de la face, le gonflement des extrémités, mais s'il est vrai que les affections cardiaques à la période d'asystolie ne déterminent plus la production d'aucun souffle valvulaire et ne présentent même pas parfois le souffle dit asystolique, leur existence se révèle cependant encore par des troubles circulatoires : réplétion des gros vaisseaux veineux, pouls veineux faux ou vrai, battements hépatiques, que ne provoque jamais la tuberculose aiguë dans laquelle ne se manifeste que l'insuffisance des échanges respiratoires et de l'oxygénation du sang, l'anhématose proprement dite.

Les commémoratifs et l'absence complète de fièvre lors de lésion du cœur rendront encore le diagnostic plus facile, l'élévation de température ne faisant jamais défaut dans la tuberculose, sauf lorsqu'il s'agira de manifestations méningitiques qui ne peuvent plus alors prêter à confusion.

Je serai bref sur différentes affections pulmonaires, telles que certaines broncho-pneumonies simples à marche subaiguë, certaines spléno-pneumonies, dont la nature constitue souvent un problème difficile à résoudre, surtout chez les enfants, mais dont le diagnostic est plutôt à faire avec la tuberculose pulmonaire rapide, la phtisie galopante ; je m'arrêterai cependant sur la pleurésie pour rechercher s'il est possible de distinguer d'un épanchement pleurétique simple, l'épanchement symptomatique de la tuberculose généralisée. Ici encore pour étayer le diagnostic il faudra se reporter aux antécédents héréditaires et personnels du

malade, à la marche de l'affection qui prendra un grand poids ; il importera de rechercher si le début peut se rapporter à une cause connue ou semble être né sans raison apparente. La pleurésie franche s'accompagne d'un point de côté plus accentué et moins fugace que celui de la pleurésie tuberculeuse, l'examen des divers organes, négatif dans la pleurésie simple, donnera des renseignements précieux dans le cas contraire et l'hypertrophie de la rate, caractéristique d'un état général infectieux, devra éveiller dans votre esprit les plus sérieux soupçons.

Méfiez-vous également des épanchements dont l'évolution se fait d'une manière anormale et dont la disparition trop rapide, loin d'être rassurante, est un symptôme alarmant. Ce ne sont là que des signes de probabilité et si, soupçonnant une lésion tuberculeuse derrière cette manifestation pleurétique, vous tenez à lever tous vos doutes, il vous reste un moyen sûr d'affirmer la nature de l'épanchement. Il suffit pour cela, avec une seringue de Pravaz ou mieux de Straus, après avoir soigneusement désinfecté l'instrument et pris les précautions antiseptiques les plus minutieuses, de retirer par une ponction capillaire quelques centimètres cubes de liquide que vous injecterez ensuite dans le péritoine d'un ou deux cobayes ; ces animaux, mis scrupuleusement à l'abri de toute autre cause de contagion et maintenus dans de bonnes conditions hygiéniques, montreront au bout de dix à douze jours, si le liquide injecté était de nature tuberculeuse, des altérations de même ordre, qui pour

être probantes, devront présenter leur maximum d'intensité dans le péritoine où se sera faite la localisation première de l'infection. Cette distinction de la nature de l'épanchement tuberculeux ou non est à faire, quoiqu'on ait pu prétendre et bien qu'on ait dernièrement nié l'existence de la pleurésie franche, allant trop loin dans une réaction juste d'ailleurs en principe. Il est indiscutable qu'on peut voir se développer un épanchement pleurétique chez des individus indemnes de toute tare tuberculeuse antérieure et n'ayant jamais dans la suite éprouvé un accident quelconque de cette nature. Je puis vous citer le cas d'un de mes clients, dont les antécédents de famille et personnels n'ont jamais rien présenté de suspect, d'un état de santé et d'un développement musculaire remarquables; sa femme est bien portante ainsi que ses deux filles, dont l'une est mariée et mère d'un enfant en bonne santé. Or, il y a quinze ans, il fut atteint d'une pleurésie droite avec épanchement abondant; je ne voulus pas évacuer le liquide par la thoracentèse, peu partisan d'ailleurs que je suis de cette pratique, lorsque la gêne respiratoire n'en fait pas une obligation. Le liquide ne disparut qu'au bout de six semaines et trois mois après persistaient du haut en bas de la poitrine des frotements d'une rudesse et d'une netteté remarquables.

Pendant un an les efforts respiratoires déterminèrent encore quelques tiraillements douloureux, qui finirent par disparaître sans que jamais depuis rien vint rappeler l'existence antérieure de cette pleurésie. Je crois diffi-

cile d'accuser une telle personne d'être tuberculeuse.

Nous arrivons maintenant à l'étude de la phthisie pulmonaire proprement dite, c'est-à-dire de la tuberculose pulmonaire dont la marche est essentiellement variable, ordinairement de longue durée mais revêtant quelquefois une allure rapide et aboutissant toujours à un état de consommation finale; c'est-à-dire encore de la phthisie dans sa double acception de consommation et de bacillose pulmonaire.

Au point de vue anatomique, ce qu'il faut noter c'est l'envahissement plus ou moins rapide du poumon, avec formation de masses plus ou moins volumineuses occupant d'une manière prédominante un ou plusieurs lobes du poumon, avec tendance à la destruction du tissu morbide et à la formation de cavernes. Ce qui est frappant encore c'est la localisation particulière, l'élection spéciale en quelque sorte que marque la maladie pour le sommet: c'est là que débute la lésion, là qu'elle présentera la phase la plus avancée de son évolution, tandis que les altérations se montreront de moins en moins profondes à mesure qu'elles se rapprocheront de la base qui pourra même être saine.

Il s'agit donc d'une maladie infectieuse mais développée dans un organe spécial avec plus ou moins de rapidité, affectant ordinairement une allure chronique ou subaiguë, pouvant rester limitée pendant une durée parfois fort longue, et même d'une manière presque définitive, mais soumise aux mêmes lois que toutes les tuberculoses locales et susceptible comme elles de devenir le point de départ d'une générali-