

## VINGT-CINQUIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Phénomènes généraux de la tuberculose chronique. — Fièvre, frissons, sudation, déchets organiques. — Amaigrissement. — Cachexie. — Anémie, diminution du nombre des globules sanguins. — Troubles de la menstruation. — Œdème. — Albuminurie. — Modifications de l'urine. — Altérations rénales. — Troubles digestifs, vomissements. — Diarrhée.

En tête des phénomènes généraux, nous trouvons la fièvre qui, variable dans son intensité et dans son mode d'apparition, se montre dès le début et se rencontre pendant toute la durée de la maladie, jusqu'aux phénomènes ultimes, mais avec des caractères différents. Elle est souvent très précoce; d'après la statistique de Louis, elle se rencontre dans un cinquième des cas ou, plus exactement, vingt et une fois sur quatre-vingt-quinze observations où ce phénomène a été soigneusement noté. Elle se présente, non pas avec la même intensité qu'à des périodes plus avancées, mais sous forme de petits accès fébriles, une sensation de frissonnements bien constatés par les malades, mais auxquels ils n'attachent que peu d'importance et qu'ils négligent de signaler, à moins qu'on n'ait le soin d'attirer leur attention sur ce point. C'est peut-être la raison du chiffre relativement si peu élevé de la statistique de Louis, en contradiction avec ce que j'ai observé en interrogeant soigneuse-

ment les malades. Ces frissons font bientôt place à une sensation de chaleur; mais l'élévation de la température est peu marquée et le thermomètre n'atteint guère que 38 degrés, 38° 5, ou 39 au maximum. Il faut en excepter les cas où la tuberculose chronique débute par une poussée aiguë: c'est là d'ailleurs un point important sur lequel je reviendrai. Quoi qu'il en soit, dans cette première période, la fièvre n'est pas continue; elle n'apparaît que dans la seconde moitié du nyctémère ou dans la soirée, vers quatre ou six heures et quelquefois plus tardivement et seulement après le premier repas. Cette particularité a été constatée de toute antiquité. Dans certains cas enfin, la sensation de chaleur n'apparaît que pendant la nuit et s'accompagne d'une tendance à la sudation, qui n'est cependant pas la règle dans la première période de la phthisie. Ces accès sont peu marqués et n'ont d'importance qu'au point de vue du diagnostic. Plus tard les accès deviennent plus intenses, et la fièvre hectique s'établit. Bien qu'elle ait été quelquefois observée d'une façon précoce, elle accompagne généralement des lésions plus avancées et répond à la période de ramollissement et surtout à la formation des cavernes; époque à laquelle elle ne manque jamais. Cette fièvre hectique, fièvre de suppuration ou de cachexie, présente donc des caractères spéciaux, sous la forme d'accès quotidiens, parfois très réguliers, atteignant 39, 40, 41 degrés sous l'aisselle; mais ici encore, tout élevée qu'elle soit, cette fièvre n'est pas continue et ne se montre que le soir. L'ac-

cès peut cependant se manifester aussi le matin, prenant le type bi-quotidien, avec une chute de la température au milieu de la journée. En même temps que l'élévation de température, s'observent d'autres phénomènes fébriles apparaissant dans la seconde moitié de la journée, et permettant ainsi de ne pas la confondre avec la fièvre intermittente paludéenne qui, dans nos pays du moins, se caractérise par un accès presque toujours matinal.

Aux mêmes périodes que la fièvre hectique correspond un symptôme important et qui manque rarement, je veux parler des sueurs si pénibles et si abondantes chez certains phtisiques. Bien qu'en réalité les sueurs, même profuses, ne soient pas une cause d'affaiblissement considérable, puisqu'elles sont constituées en grande partie par de l'eau et ne contiennent que peu de matières organiques, il n'en est pas moins vrai que ces sueurs considérables, surtout nocturnes, sont une cause de fatigue, d'insomnie et d'agacement pour les tuberculeux. Cette abondance de la transpiration tient d'une part à la gêne respiratoire et d'autre part à ce qu'elle correspond à la terminaison des accès fébriles et relève ainsi en partie de la fièvre hectique. Les sueurs se localisent à la tête, aux épaules, au thorax, et lorsqu'elles sont généralisées, elles prédominent toujours dans les régions supérieures du corps.

La fièvre retentit aussi sur l'état de la circulation, mais pour être accéléré chez les tuberculeux, le pouls n'est pas toujours en rapport avec la température et suit

plutôt les variations de la dyspnée. Ces phénomènes fébriles ne se développent pas sans se traduire par des déchets urinaires et des modifications importantes dans la constitution chimique des urines. L'urée en premier lieu, n'est pas augmentée dans des proportions aussi considérables que semblerait le faire prévoir l'intensité des combustions résultant de la fièvre. Légèrement augmentée dans la première période, sa quantité ne tarde pas à diminuer, lorsqu'apparaît l'hecticité, et peut tomber au-dessous de la normale jusqu'à douze, huit et six grammes dans les vingt-quatre heures. Au début, l'acide urique est augmenté aussi légèrement. Quant aux chlorures, aux phosphates, ainsi que l'a montré Tessier, ils varient également selon la même règle, et Daremberg a montré que les crachats, dès le début, contenaient des proportions considérables de phosphates. Pour expliquer ce fait anormal en apparence, il faut admettre qu'au début ces malades brûlent leurs tissus et de plus s'alimentent encore dans une certaine proportion, mais qu'au moment où arrive la fièvre hectique, les troubles de nutrition sont tels qu'il ne reste plus dans l'organisme rien à consumer. En ce qui concerne la composition de l'urine, Ehrlich a signalé la réaction diazoïque que G. Sée dit avoir observée d'une façon constante quarante fois sur quarante malades.

La nutrition est donc profondément atteinte chez les phtisiques, et de là cet état d'amaigrissement se prononçant de plus en plus. Il faut noter que cet amaigrissement peut

apparaître dès le début, avant même qu'aucun signe physique ne révèle l'existence de la tuberculose pulmonaire. Bien qu'il fasse rarement défaut, vous pourrez voir certains malades atteints de phtisie chronique, porteurs de lésions arrivées à la période d'excavation et bien localisées, conserver leur embonpoint. Cette variété assez fréquente au début de certaines formes à noyaux broncho-pneumoniques et décrite sous le nom de phtisie floride, peut exister aussi au début des formes chroniques de tuberculose pulmonaire; mais, règle générale, à mesure que les lésions avancent et suivent leur évolution, les malades perdent leurs tissus, la dénutrition portant à la fois sur la graisse et sur les muscles, comme vous savez que cela s'observe dans la tuberculose miliaire aiguë. Tous les tissus participent à cette déchéance, la peau semble ratinée, atrophiée, le facies amaigri; les traits sont tirés, les os malaires font saillie sous les joues aplaties, les paupières sont amincies et les globes oculaires paraissent à fleur de tête, agrandis et brillant d'un éclat spécial. Le nez amaigri dessine les cartilages devenus visibles à travers ce qui reste des téguments, les sillons naso-labiaux sont très accusés, les oreilles amincies deviennent en quelque sorte transparentes, les lèvres maigries, rétractées, se moulent sur les arcades dentaires; lorsque le malade parle, elles semblent collées sur les dents qui proéminent dans leur intervalle. Tout rappelle l'aspect général de la cachexie. L'émaciation du cou n'est pas moins remarquable, les

muscles diminués de volume font saillie sous la peau: le sterno-cléido-mastoïdien ainsi que les muscles des couches profondes dessinent de véritables cordes, lorsqu'ils se contractent. Au niveau du thorax, les clavicules sont saillantes, le sternum proémine, les espaces intercostaux sont affaissés, les mamelles diminuent et deviennent tombantes chez les femmes qui ont nourri. Les épaules présentent une disposition particulière, sur laquelle les auteurs ont insisté, le scapulum est décharné, s'écarte du tronc, ce sont les *scapulæ alatae* décrites par Apulée. En arrière, tous les muscles sont également atrophiés et il est facile de s'en convaincre en examinant le rachis et les parties latérales. Tandis qu'à l'état normal les masses sacro-lombaires forment de chaque côté un relief dessinant une gouttière au fond de laquelle se trouve la ligne des apophyses épineuses, chez les phtisiques la colonne vertébrale devient saillante au contraire ainsi que les côtes. Les mêmes modifications s'observent du côté des membres, le tissu adipeux a disparu, les muscles sont atrophiés, les extrémités osseuses semblent plus volumineuses, particulièrement aux genoux, aux pieds et aux mains, où se rencontrent ces déformations si caractéristiques connues sous le nom de doigts hippocratiques.

Mais ce ne sont pas là les seuls signes de cachexie que l'on puisse constater, et l'anémie toujours de règle se manifeste parfois de très bonne heure. Très près du commencement de l'affection, les globules diminuent, comme l'ont

montré les recherches de Malassez, et cette diminution va en augmentant à mesure que l'affection progresse. En effet d'après les recherches de l'auteur que nous venons de citer, tandis que le chiffre normal est chez l'homme bien portant de 4,500,000 par millimètre cube, et de 3,500,000 chez la femme, chez les phthisiques il s'abaisse à 4,000,000 chez l'homme et à 2,560,000 chez la femme, pour arriver aux périodes ultimes à n'être plus que de 2,560,000 chez l'homme et de 960,000 chez la femme. De cette diminution du nombre des globules, résulte une moins grande quantité d'hémoglobine, et par là même, comme l'ont montré Quinquaud et Regnard, une diminution de la capacité respiratoire ou pouvoir d'absorption du sang pour l'oxygène, qui, de 27 à 30 à l'état physiologique, tombe dans la tuberculose à 24, 23, 22 et même 20 centimètres cubes pour cent.

Une des premières conséquences de cette anémie consiste dans les troubles apportés à la menstruation, troubles importants au point de vue du diagnostic et aussi du pronostic. Le sang est d'abord pâle, moins abondant, il ressemble à de l'eau rousse, puis les règles deviennent irrégulières, avec des retards plus ou moins prolongés; parfois une époque, puis deux ou davantage sont supprimées et, à la fin, l'aménorrhée devient complète. A cette même cause se rattachent certaines hydropisies, certains œdèmes dits cachectiques, œdème des jambes apparaissant le soir, œdème de la face, qui tiennent pour une part à l'altération sanguine et dont il faut aussi rechercher l'explication

dans l'action de la pesanteur et surtout des lésions rénales qui se traduisent fréquemment par de l'albuminurie.

En effet, si nous consultons les statistiques, nous trouvons que sur cent quatre-vingt-six phthisiques observés par Finger, quarante-six présentaient ce symptôme, et que sur quarante-six malades de J.-B. Gauché (de Bayonne) neuf étaient albuminuriques, soit donc un cinquième des phthisiques. Cette albuminurie plus ou moins abondante se montre à une période généralement tardive.

Les urines chez ces malades présentent des caractères variables, suivant les modifications des reins. Tantôt elles sont diminuées, de couleur foncée, chargées de dépôts, dans lesquels on retrouve des cylindres et des épithéliums, et fortement albumineuses. C'est qu'il y a néphrite parenchymateuse, mais c'est là le cas de beaucoup le moins commun et souvent les urines sont plus abondantes que normalement, il y a une véritable polyurie atteignant quatre et cinq litres d'après J.-B. Gauché; les urines sont alors claires, ne contenant que peu d'albumine et de rares dépôts, en rapport avec l'existence d'une néphrite mixte, c'est-à-dire à la fois parenchymateuse et interstitielle, déterminant la sclérose du tissu conjonctif et pouvant aboutir à la formation du petit rein contracté. Les urines peuvent être aussi fréquemment très claires, assez abondantes, contenant peu ou pas d'albumine, et doivent ces caractères à la dégénérescence amyloïde seule ou compliquée d'un très léger degré de néphrite. La dégénérescence amyloïde portant surtout

sur les artères, détermine rarement en effet de l'albuminurie. Enfin, les urines peuvent présenter des caractères absolument différents et se montrer troubles, opalescentes, laissant déposer au fond du vase une matière muco-purulente parfois mélangée de sang, et résultant d'une suppuration de nature tuberculeuse dont le rein est devenu le siège, et due non pas à l'existence de granulations telles que celles que je vous ai déjà décrites dans cet organe, mais à la production de dépôts caséux et de cavernes rénales. Ainsi que les uretères, la vessie peut participer également aux altérations bacillaires, qui déterminent de la dysurie. Si vous examinez le rein en pratiquant le ballotement recommandé par le professeur Guyon, vous le trouvez douloureux, augmenté de volume et souvent la tuberculose génitale s'associe aux désordres des organes urinaires.

Il est un point d'une grande importance pour le diagnostic et pour le pronostic de la phtisie, qu'on rencontre chez les deux tiers environ des sujets malades, et quelquefois si précoce qu'il se montre avant toute autre manifestation de la tuberculose, je veux parler des troubles dyspeptiques, dont Bourdon avait marqué l'apparition hâtive en l'appelant dyspepsie pré-tuberculeuse. C'est à ces mêmes accidents que Marfan a donné le nom de syndrome gastrique initial. Parmi ces troubles gastriques un des phénomènes les plus précoces, c'est l'inappétence ou même le dégoût, la répugnance pour les aliments solides, qui d'ailleurs ne sont pas supportés ; pour les malades, c'est un véri-

table supplice de manger, tandis que la soif est très marquée, quelquefois excessive et, comme l'ont montré Louis et Gueneau de Mussy, en rapport avec l'intensité des phénomènes fébriles.

L'ingestion est suivie de pesanteur, s'accompagne fréquemment d'une sensation de chaleur, de brûlure, de crampes extrêmement pénibles, et qui contribuent encore à la dénutrition. Parfois, tous les accidents coïncident avec le gonflement et la dilatation de l'estomac, que trahissent facilement l'intumescence de la région épigastrique et le clapotement. Ce sont là des phénomènes tantôt de début, tantôt tardifs, mais il se peut faire que des malades soient atteints de dilatation gastrique et j'en ai pu suivre deux pour ma part dans ma clientèle qui soient devenus tuberculeux seulement au bout de plusieurs années et finissent par succomber aux progrès de l'affection tuberculeuse.

Un autre symptôme résulte de la lenteur et de la difficulté de la digestion qui se prolonge pendant des heures et se complique parfois de vomissements. Ceux-ci peuvent survenir à la suite de sensations douloureuses et constituent une crise faisant cesser le travail digestif qui n'a pu aboutir à son terme. D'autres fois, de même que dans la coqueluche, ils succèdent aux secousses de toux, comme l'a montré Morton, d'où le nom de signe de Morton qui leur a été donné. C'est encore ce que Marfan a dénommé « toux émétisante ». Peter et G. de Mussy avaient cherché l'explication de ce phénomène dans l'augmentation de volume des

ganglions bronchiques déterminant la compression et l'irritation du pneumogastrique. Mais les recherches de Marfan sont venues confirmer ce que Louis avait décrit bien des années auparavant. Parmi les altérations vues par Louis, quelques-unes étaient produites après la mort, mais Marfan se mettant à l'abri de ces causes d'erreur, en pratiquant des autopsies peu de temps après la mort, a pu constater par l'étude microscopique les altérations tuberculeuses ou non de la muqueuse gastrique.

L'intestin vient aussi apporter sa part aux troubles digestifs et ce que vous savez de la fréquence de ces lésions doit vous en faire comprendre l'importance.

La diarrhée apparaît parfois dès le début et se prolonge jusqu'à la mort de l'individu, constituant ainsi ce que Louis appelait la diarrhée de long cours. D'autres fois on observe des alternatives de diarrhée et de constipation avec prédominance de l'un ou de l'autre de ces états. Mais, comme phénomène tardif, la diarrhée est presque constante et n'a manqué que cinq fois sur cent douze, dans les relevés de Louis, en rapport alors avec des lésions intestinales. Quant aux matières excrétées elles sont composées de sécrétions muco-purulentes, quelquefois striées de sang, et l'examen bactériologique y révèle la présence des bacilles aussi bien que dans l'urine, et si vous les trouvez moins abondants que dans les crachats c'est qu'ils sont mélangés avec des masses de matières considérables.

## VINGT-SIXIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Formes larvées. — Forme chlorotique. — Forme gastrique. — Forme pleurétique. — Forme pneumonique. — Forme broncho-pneumonique. — Forme coqueluchoïde. — Forme commune.

La manière dont se groupent les différents symptômes et l'ordre suivant lequel ils évoluent, constituent les formes et la marche de la maladie qu'il nous faut confondre dans une même étude. Les différences les plus marquées peuvent accompagner le début qui se présente avec un aspect tout à fait anormal et ne rappelant en rien les symptômes de la phtisie ordinaire. Il est un certain nombre de cas où, dans les premiers temps, rien n'attire l'attention du côté des voies respiratoires, et dans lesquels la dyspnée et la toux font défaut ou ne se montrent que très atténuées, soit la nuit, soit au réveil, sans que les malades s'en inquiètent, et sur lesquels ils gardent le silence à moins d'être minutieusement interrogés dans ce sens. C'est tout au plus s'ils se plaindront d'avoir légèrement maigri, d'avoir perdu leurs forces, ou d'éprouver quelques mouvements fébriles. Ce sont là des formes singulières, sur lesquelles les auteurs du *Compendium* avaient depuis longtemps attiré l'attention et que Louis désignait dans l'ouvrage que je vous ai déjà souvent cité