

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

sous le nom de forme latente. A bien prendre cependant, ce sont moins des formes latentes que des formes larvées, empruntant le masque d'une autre affection et pouvant facilement donner le change.

L'une des plus importantes de ces formes et des plus fréquentes chez les jeunes filles, est la forme chlorotique, identique dans tous ses caractères extérieurs à la véritable chloro-anémie, présentant les mêmes symptômes de faiblesse, des palpitations, de l'essoufflement facile et c'est tout au plus si chez ces tuberculeuses au début, on constate un peu d'amaigrissement, phénomène rare chez les chlorotiques qui sont de « fausses maigres ». Quant à l'état fébrile, aux changements de coloration des téguments, aux troubles de la menstruation, à l'état nerveux, aux souffles cardiaques et vasculaires, ils se présentent de part et d'autre avec des caractères exactement semblables. En réalité, il y a coïncidence de la tuberculose au début et d'un état anémique prononcé, sans qu'on puisse dire lequel de ces deux états est le premier en date. Il faut donc dans ces cas se tenir sur ses gardes et s'inquiéter des antécédents héréditaires et personnels.

D'autres malades, sans se plaindre davantage de phénomènes bronchiques, accusent au contraire des troubles dyspeptiques que vous connaissez déjà, sensation de pesanteur, gonflement, douleurs même surtout provoquées par l'ingestion des aliments. A ces phénomènes déjà signalés par Louis, on est tenté de reconnaître une affection de l'es-

tomac, sans qu'on rencontre à l'autopsie autre chose que les lésions déjà décrites par cet auteur et sur l'ancienneté desquelles il avait attiré l'attention. C'est sur l'examen de l'état général et de l'état local qu'il faudra baser son diagnostic ; les renseignements fournis par l'interrogatoire ne seront d'aucune utilité, à moins qu'il n'existe quelque trouble respiratoire. Peut-être, là la spirométrie pourrait-elle intervenir utilement en dénotant une diminution de la capacité respiratoire. C'est dans ces cas, en effet, qu'Hutchinson avait commencé à l'appliquer, mais seul l'examen du thorax permettra d'affirmer la cause véritable et déterminante de ces troubles digestifs. C'est là la forme dyspeptique, gastrique ou gastro-intestinale.

Il est encore une autre forme larvée entraînant facilement l'erreur, c'est la forme pleurétique. Dans certaines circonstances, on observe des pleurésies du sommet, sèches ou donnant lieu à un épanchement peu abondant, laissant après leur disparition un épaississement de la plèvre, des frottements à la partie supérieure de la poitrine, et qui, dès le premier abord, sont suspectées d'être de nature tuberculeuse. Mais il en est d'autres, et ce sont celles dont je veux m'occuper ici, où les malades arrivent avec tous les signes d'une pleurésie avec épanchement plus ou moins abondant, parfois assez considérable pour refouler le cœur si elles siègent à gauche, et qui diffèrent, vous le voyez, de la pleurésie tuberculeuse ordinaire. Même dans ces cas, le tableau clinique n'est pas absolument identique : elles surviennent

et se développent en général insidieusement, sans cause connue, ne provoquant que peu ou pas de douleurs et une gêne respiratoire à peine marquée, même dans les cas de grand épanchement. C'est que celui-ci s'est produit lentement; le poumon du côté malade s'est accoutumé à la compression; le poumon sain a pris l'habitude de le suppléer, voilà pourquoi les pleurésies lentes sont généralement peu dyspnéiques. Ce sont des cas à considérer comme suspects et à surveiller attentivement. Il se pourra que de longs mois s'écoulent entre la disparition du liquide et les premiers phénomènes sensibles de la tuberculose. Cependant, il est probable que l'épanchement pleural était symptomatique de la présence de granulations tuberculeuses développées sur la plèvre et l'on peut adopter cette opinion avec d'autant plus de raison que l'inoculation de ce liquide en a démontré souvent la nature bacillaire. Mais, je vous le répète, il ne faudrait pas aller trop loin et il faut se défier des exagérations commises autrefois et encore aujourd'hui. Il existe bien en réalité des pleurésies non tuberculeuses et il y aura moins à suspecter celles qui éclatent après un refroidissement, s'accompagnant d'une douleur intense et d'un épanchement rapide. Je n'ajouterai plus qu'un mot pour vous signaler la purulence possible des épanchements abondants symptomatiques de pleurésie tuberculeuse avec ou sans perforation pulmonaire.

Des manifestations pulmonaires aiguës peuvent, au début,

masquer une phtisie commençante et revêtir la forme de pneumonie lobaire franche, comme chez le malade que je vous ai déjà cité et dont j'ai brièvement rapporté l'observation dans ma thèse. Bien que le début eût été celui d'une pneumonie ordinaire, ce que je savais déjà de la santé antérieure du malade et de sa famille qui comptait de nombreux tuberculeux, me l'avait fait tenir pour suspecte. La suite me donna raison, puisqu'après l'évolution normale de l'affection aiguë, se montra une tuberculose subaiguë et même presque chronique et le malade ne succomba que dix mois plus tard. Il en est de même de la broncho-pneumonie, suspecte toujours chez l'adulte, car à cet âge la broncho-pneumonie franche est rare en dehors de la grippe, de la coqueluche qui est exceptionnelle à cette période de la vie, ainsi que de la rougeole. Plus fréquente chez les enfants, elle doit être surveillée cependant et éveiller la défiance, comme nous le verrons plus longuement à propos de cette forme de la phtisie si bien nommée autrefois phtisie galopante.

En dehors des cas précédents, la broncho-pneumonie doit être tenue comme suspecte chez les adultes et même chez les enfants, car chez ces derniers la tuberculose pulmonaire chronique est également fréquente.

Il se peut encore qu'une granulie, dont la marche n'est pas toujours fatale, guérisse en apparence et laisse dans le poumon des granulations encore actives, ou que cette granulie s'étant présentée avec les allures d'une forme

gastrique ou méningitique légère, ne soit que le début d'une tuberculose chronique.

La tuberculose au début peut encore revêtir l'aspect d'affections où la toux tient une place importante : tel est le cas de la forme coqueluchoïde qui doit son nom à ce qu'elle se caractérise, dès le début, par une toux analogue à celle de la coqueluche.

Il existe alors des secousses de toux sèches, quinteuses, répétées, avec une inspiration rarement sifflante, suivie de cinq ou six expirations, le plus souvent avec reprises, mais s'accompagnant de dyspnée. De plus, le timbre de la voix est altéré; en effet, soit le matin, soit dans la journée, soit surtout le soir, elle devient plus aiguë, ou voilée, et parfois même absolument rauque. C'est surtout chez les enfants et les adolescents que cette forme doit inspirer des craintes. Peut-être faut-il tenir compte ici de l'engorgement des ganglions; car cette toux coqueluchoïde, vous le savez, est l'un des symptômes de l'adénopathie trachéo-bronchique, qui se caractérise par une tuméfaction des ganglions superficiels et des ganglions profonds, de la matité dans la région inter-capulaire et des signes de compression portant sur le pneumogastrique, tous signes qui ne se rencontrent pas dans la coqueluche. Enfin, l'auscultation révèle une respiration plus soufflante.

D'autres fois, la toux est le seul symptôme et se montre avec les caractères de la toux nerveuse. Il est souvent difficile de différencier de cette forme les accès de toux hys-

térique. Car, dans les deux cas, on est en présence de secousses spéciales se produisant sous forme d'accès paroxystiques, à rythme monotone et avec un timbre particulier. Cependant dans cette forme de début de la tuberculose, les accès ne sont pas aussi caractéristiques et n'apparaissent pas, comme peut le faire la toux hystérique, à la même heure, aussi régulièrement rythmée, et ne sont pas provoqués par la pression du pneumogastrique et de l'ovaire. D'ailleurs il ne faut pas oublier que des hystériques peuvent devenir tuberculeuses.

Quoi qu'il en soit, l'étude quotidienne des phénomènes stéthoscopiques du poumon s'impose. Mais telle n'est pas la règle générale et, d'une manière commune, la tuberculose débute de la façon suivante : chez un individu prédisposé, à un moment donné, sans causes connues, une bronchite peu ou pas fébrile apparaît. La toux n'est pas très fréquente; on croit avoir affaire à un rhume sans importance qui cependant au bout de quelques semaines, de quelques mois, ira en s'accroissant peu à peu. Ou bien, vers la fin de l'hiver le malade prend un rhume qui disparaît au moment où la belle saison le met dans des conditions hygiéniques plus favorables. L'hiver suivant, ce rhume réapparaît plus intense, s'accompagnant d'expectoration et la tuberculose pulmonaire s'affirme. Ou bien encore au lieu de se reproduire, durant plusieurs hivers de suite, il existe une série de rhumes durant quelques jours avec intervalles de santé florissante; c'est ce que l'on appelle vulgairement un rhume né-

gligé et qui n'est autre chose que la première manifestation de la tuberculose. Au bout d'un temps variable, ce rhume devient permanent; l'expectoration est abondante, il existe de la fièvre, des troubles digestifs et chez les femmes des modifications de la menstruation, dysménorrhée d'abord, bientôt aménorrhée. Si, à une période quelconque, on vient à ausculter le malade, les signes stéthoscopiques, quels qu'ils soient, s'observent non pas à la base mais au sommet et vont en s'accroissant de plus en plus; la fièvre apparaît alors, si elle n'existait pas déjà.

Cette fièvre se présente sous des aspects variables: tantôt extrêmement régulière durant des semaines et des mois, affectant le type quotidien ou bi-quotidien, à midi et le soir d'après Jaccoud, tantôt presque franchement intermittente, avec sensation de chaleur dans l'après-midi, élévation de la température le soir et sueurs vers la fin de la nuit. Quant à l'accès tierce il est exceptionnel. Mais en général la durée n'est pas aussi considérable et la marche est plus irrégulière; la fièvre s'accuse par des séries d'accès se prolongeant dix ou quinze jours. Ces alternatives dans l'élévation de la température tiennent à ce qu'il est commun de voir, dans la tuberculose pulmonaire, des poussées successives se produisant dans deux conditions distinctes: ou bien il se fait autour des lésions préexistantes des noyaux de broncho-pneumonie qui amèneront l'extension graduelle; en un point limité du sommet par exemple, près d'un foyer ancien, se feront des poussées subaiguës avançant chaque fois et

finissant par envahir tout le lobe supérieur. Mais pour atteindre ce résultat, une longue série de mois sera nécessaire et les lésions tout en étant progressives resteront localisées, n'entamant pas largement le parenchyme pulmonaire. Ou bien au contraire, chez un malade porteur d'une lésion circonscrite, aucune modification ne se sera manifestée dans le point primitivement atteint; mais au moment où la fièvre apparaît, on constatera dans une autre région, dans la fosse sous-épineuse par exemple, l'existence d'un nouveau foyer, véritable foyer erratique, large au plus parfois comme une pièce de deux francs, mais qui deviendra un nouveau point de départ, un centre d'inoculation et de propagation nouvelle. A cinq ou six reprises différentes, le même phénomène se reproduira dans un même lobe ou dans un même poumon, et bientôt le poumon du côté opposé sera lui-même atteint. La dimension des lésions rend cette forme une des plus graves en précipitant l'envahissement de tout l'organe; ce sont d'ailleurs des formes sur lesquelles nous reviendrons.

Quelquefois, ces accès irréguliers, lors même que les lésions sont plus avancées, répondent seulement à quelques signes bronchitiques surajoutés. A ces accès quotidiens ou bi-quotidiens ou survenant tous les deux jours, a succédé un état fébrile persistant et grave. C'est la fièvre hectique, fièvre de consommation, marquant une étape importante. Jusque-là, si vous le voulez, le malade n'était qu'un tuber-

culeux, de ce jour il devient un phtisique; c'est dire à quel point son état général est affecté.

La fièvre hectique se montre avec le type de la fièvre continue rémittente; l'état fébrile persiste sans interruption, la température s'abaisse le matin sans atteindre la normale, avec exacerbation vespérale, à moins qu'il n'existe ce que je vous ai déjà fait connaître sous le nom de type inverse de la fièvre. La fièvre hectique peut également être intermittente. Quelle que soit sa forme, elle se caractérise par une chaleur intense, une sensation brûlante aux extrémités et à la face, la rougeur des pommettes, des bouffées de chaleur, en même temps que la dyspnée devient plus considérable; celle-ci d'ailleurs augmente toujours avec la température, quelle que soit la cause de son élévation. Si les lésions sont plus avancées, à tous ces phénomènes peuvent venir s'ajouter la teinte violacée des lèvres et des extrémités, des sueurs abondantes, non plus limitées à la tête et aux épaules, mais inondant tout le corps, et assez profuses parfois pour traverser les couvertures et les matelas. A cette période, l'affaiblissement fait des progrès, l'amaigrissement est considérable, et l'on peut observer la déformation des doigts connue sous le nom de doigts hippocratiques, caractérisée par le gonflement régulier de la phalange unguéale qui peut être aplatie en même temps et prendre ainsi la forme spatulée ou la forme en baguette de tambour. Ces déformations se rencontrent également dans quelques autres affections pulmonaires, dans la dilatation

bronchique par exemple, et aussi dans les cas de communication anormale des cavités cardiaques.

En même temps que la fièvre hectique, la cachexie se prononce, la diarrhée s'établit parfois colliquative, et plus ou moins persistante. C'est une nouvelle source de déperdition et d'affaiblissement. On peut voir également des vomissements tardifs déterminés par des secousses de toux et empêchant toute alimentation.

La pathogénie de ces différentes formes de fièvre n'est pas mieux connue, pour les accès relevant de la broncho-pneumonie ou de poussées granuliennes pouvant survenir à tout moment, que pour la fièvre hectique. Quant à celle-ci, il nous faut avouer que ses causes sont complexes et encore mal connues. On peut l'expliquer par des phénomènes d'inflammation broncho-pulmonaire apparaissant autour des lésions déjà existantes, ou beaucoup mieux par les modifications que subissent les cavernes. Elle serait ainsi en rapport avec leur suppuration et l'élimination de fragments de tissus caséux, travail morbide qui donne le tissu de granulation. En effet, dans les crachoirs des phtisiques avancés, vous voyez une masse puriforme que le microscope montre presque uniquement constituée par des globules blancs, mais au milieu desquels il est facile de reconnaître la présence de microorganismes. Ce sont d'abord des bacilles, puis une foule d'autres variétés, parmi lesquelles dominent les microcoques de la suppuration, le *tetragenus* dont je vous ai déjà parlé,

et aussi, dans certains cas, les microbes de la putréfaction.

En général on considère la fièvre hectique, surtout quand elle s'accompagne de diarrhée comme le fait d'une résorption septique de produits liquides sécrétés sans doute par les microbes. Mais ce n'est là encore qu'une hypothèse que prouvera sans doute la science de demain.

## VINGT-SEPTIÈME LEÇON

SOMMAIRE : Forme commune (*suite*). — Trois périodes dans son évolution. — Durée et pronostic. — Guérison possible de la tuberculose à toutes ses périodes. — Réveil d'anciennes lésions. — Poussées aiguës. Forme laryngée. — Complications. — Pneumothorax.

Avec les phénomènes fébriles et la fièvre hectique apparaît un état d'anémie extrême, symptôme de la cachexie ultime, de l'état de consommation, et le chiffre des globules s'abaisse aux limites les plus inférieures que l'on ait jamais constatées. On observe également des modifications de l'urine, la phosphaturie des premières périodes n'existe plus et l'urée diminue notablement ; les muqueuses sont pâles, la peau est décolorée, atrophiée, et, en l'examinant de près, on la voit parsemée de taches de chloasma, de *pityriasis versicolor*, éruptions plus ou moins irrégulières sous forme de petites plaques disséminées sur le thorax et dues à la présence d'un parasite, le *microsporion furfur*. Ce n'est pas là d'ailleurs le seul parasite qu'on puisse constater chez les tuberculeux, et dans la bouche, dans le pharynx, quelquefois primitivement dans celui-ci, on voit se développer l'*oidium albicans* ou muguet, consécutif, comme vous le savez, à l'acidité de la salive.