

élastiques et musculaires n'offrent pas la même résistance et se laissent facilement dilater, d'où formation d'un anévrisme mixte dont la paroi constituée par les couches internes et externes de l'artère, par des tissus morbides, et n'étant pas soutenue du côté où le vaisseau est libre, se rompt facilement et détermine l'hémorragie. Ce processus s'observe surtout dans les cas où l'affection a marché avec une certaine rapidité, à la suite d'une fonte purulente précoce, et, comme le dit Pauli, si l'ulcération a marché plus vite que le travail d'oblitération vasculaire.

La rupture de l'anévrisme, peut se faire soit dans le calibre des bronches et amener une hémorragie foudroyante, soit dans une cavité dont il est alors intéressant d'examiner le contenu. Dans la plupart des cas, on n'y trouve pas du sang liquide ni un caillot, mais une mousse sanglante occupant la cavité, et encore l'arbre bronchique dans sa totalité. C'est qu'en effet si le sang est en grande quantité, il ne peut être expulsé complètement, à mesure qu'il s'épanche ; les bronches se remplissent, il en résulte de la dyspnée, le sang est battu avec l'air dans les efforts inspiratoires et envahit la totalité des poumons. La conséquence est une difficulté très grande dans la recherche du point précis où s'est faite l'hémorragie, et je crois que le meilleur procédé pour se rendre compte du siège de la lésion est celui que j'emploie et qui consiste à pousser dans l'artère pulmonaire une injection colorée. Le liquide injecté ressort

par l'orifice de l'anévrisme qu'une dissection minutieuse permet d'isoler.

Cette hémoptysie se caractérise par la brusquerie de son début; elle apparaît sans causes appréciables, sans aucun phénomène précurseur, sans rien qui puisse faire deviner son apparition. Il n'existe ni fièvre, ni douleur, et le premier signe consiste dans l'expulsion du sang. Cette hémoptysie est d'une abondance variable, tantôt constituée par quelques crachats, où bien le malade rend un demi-verre de sang, parfois même une cuvette. C'est, vous le savez, du sang artériel, spumeux et rutilant, que le séjour dans les cavernes n'a pas altéré, sauf dans deux cas: d'abord à la fin de l'hémorragie il reste dans les cavernes une certaine quantité de sang qui devient noirâtre, ou bien quand il n'existe encore qu'une éraillure à la poche anévrismale. L'hémoptysie ne se fait qu'en plusieurs fois, et le sang, noirâtre d'abord, reprend ensuite ses caractères habituels et devient vermeil quand la rupture s'agrandit et donne lieu à une hémorragie plus abondante. Ce sang est rendu facilement par expuition ou par expectoration, précédée parfois de quelques secousses de toux. La dyspnée inconstante et d'origine mécanique est parfois si considérable qu'elle suffit à entraîner la mort. Dans quelques-uns de ces cas, l'hémorragie est formidable d'emblée et le sang jaillit à flots par le nez et par la bouche. Le malade remplit une cuvette en quelques minutes et la mort survient non pas par anémie, avec pâleur de la face, comme le fait se

voit généralement dans les grandes pertes de sang, mais avec cyanose, signes d'asphyxie, anhématose déterminée par l'obstruction des bronches. Le plus souvent l'hémorragie est peu abondante au début, puis s'arrête, pour ne réapparaître que quelques jours après, et parfois même au bout de quelques années. Les hémorragies se répètent de plus en plus abondantes jusqu'à ce que l'une d'elles plus considérable vienne emporter le malade.

Bien que le pronostic de cette complication soit extrêmement sévère, l'anévrysme peut cependant guérir par la formation d'un caillot, suivant le mécanisme que je vous ai indiqué. La mort peut résulter de l'abondance de l'hémorragie, et quelquefois dès la première hémoptysie, soit par l'hémorragie elle-même, soit par l'état d'affaiblissement progressif et rapide qu'elle détermine.

Il est un autre accident qui peut traverser l'évolution normale de la tuberculose chronique, c'est la thrombose veineuse surtout localisée aux membres inférieurs, la *phlegmatia alba dolens*, que l'on observe rarement à la première période, plus souvent à la deuxième et surtout à la troisième.

Elle se présente chez les tuberculeux avec ses symptômes classiques; les douleurs au niveau du creux poplité, l'impotence fonctionnelle, le gonflement œdémateux, les modifications de la température locale et générale, sur lesquels je ne veux pas insister. Je me contenterai de vous signaler la guérison qui peut se faire par

deux modes différents, surtout chez les tuberculeux à une période peu avancée. Ou bien, la circulation se rétablit par les voies collatérales et le sang revient par les veines de petit calibre superficielles et profondes, ou bien, comme on l'a souvent observé et comme j'ai pu le voir moi-même, par une véritable canalisation se creusant dans l'intérieur du caillot et s'accompagnant d'une dilatation des *vasa-vasorum*. A côté de cette forme classique de la *phlegmatia*, il en est une autre très importante, facile à méconnaître et qui peut être la cause de graves erreurs de pronostic. C'est une forme fruste qui s'établit insidieusement, avec peu ou pas de douleur, sans gonflement notable : l'impotence fonctionnelle est incomplète, et les malades traînent simplement la jambe, ou ne présentent aucun symptôme. Puis, à la suite d'un mouvement, survient un accès de dyspnée qui peut guérir ou se répéter en s'aggravant et souvent même déterminer la mort subite. C'est qu'il s'agit d'une thrombose incomplète, de petites coagulations formées dans les nids valvulaires et qui, détachées et lancées dans le torrent circulatoire, déterminent des embolies pulmonaires peu considérables et parfois multiples, s'accompagnant d'accès de dyspnée successifs. Si le coagulum est plus considérable, il peut se détacher à l'occasion d'un effort ou lorsque le malade se lève et déterminer brusquement la mort, soit dans une syncope, soit avec une sensation d'étouffement considérable, avec la soif d'air, comme l'a appelée le professeur Ball. Lorsqu'au contraire le coagulum est

de petite dimension, le malade peut survivre, avec ou sans infarctus.

Parfois l'examen cadavérique le plus rigoureux ne révèle aucune embolie et ne nous montre que des lésions de thrombose développées au niveau de l'artère pulmonaire. Pour les expliquer, il faut abandonner la théorie de l'inoxipexie et les rapporter à des lésions endothéliales des parois vasculaires et peut-être à la présence de microorganismes, comme Widal l'a observé dans la phlébite puerpérale.

Le pronostic de la tuberculose pulmonaire chronique en général est d'une gravité extrême subordonnée à des conditions nombreuses. L'âge d'abord est d'une grande importance. Chez les enfants, la phtisie chronique, réelle bien que peu fréquente, est d'un pronostic très grave parce qu'elle évolue avec une certaine rapidité et les petits malades succombent toujours au bout d'un an ou deux. Chez les adolescents, le travail de développement qui se fait à cet âge contribue à aggraver le pronostic. Chez l'adulte, bien que très sérieux il est moins alarmant ; c'est surtout chez lui que l'on voit la tuberculose s'arrêter, sommeiller pendant un temps plus ou moins long et parfois même guérir. Quant aux vieillards, c'est à tort qu'on a voulu regarder la phtisie comme évoluant toujours chez eux avec lenteur, et il suffit de se reporter au travail de Mourreton pour constater la fausseté de cette assertion. Lorsque je vous ai entretenus de l'étiologie en général, je vous ai suffisamment fait connaître l'influence du sexe, de la grossesse, de l'allai-

tement, de l'hérédité, etc. Enfin le diabète, l'envahissement plus ou moins rapide des deux poumons, l'existence de poussées aiguës et les diverses complications que nous venons d'étudier viennent encore apporter des modifications au pronostic.

Le diagnostic est en général facile, et la tuberculose pulmonaire chronique se reconnaît aisément lorsqu'on a pu suivre l'évolution de la maladie, qu'on a vu dès le début, à ce qu'on appelle par euphémisme la bronchite du sommet succéder le ramollissement, enfin lorsque les bacilles ont été constatés dans l'expectoration. Mais il est des circonstances où ce diagnostic est plus difficile, surtout quand on se trouve en présence des formes larvées de la phtisie, empruntant le masque des autres affections, se manifestant surtout par des symptômes gastriques ou chloroanémiques ; c'est alors que seul l'examen consciencieux de l'appareil pulmonaire, en révélant les signes physiques de l'affection, permettra d'en affirmer l'existence.