

VINGT-NEUVIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — Diagnostic (*suite*). — Impaludisme — Dilatation bronchique. — Gangrène pulmonaire. — Pneumothorax. — Pleurésie interlobaire. — Bronchite chronique et emphysème. — Phtisie galopante. — Evolution des lésions. — Trois formes. — Broncho-pneumonie lobulaire. — Broncho-pneumonie pseudo-lobaire caséuse. — Pneumonie caséuse lobaire aiguë. — Etiologie. — Anatomie pathologique. — Symptômes.

Le diagnostic des formes larvées n'est pas seul entouré de difficultés, et certaines affections, quoique entièrement différentes, pourront néanmoins reproduire, dans une certaine mesure, le cortège symptomatique de la tuberculose pulmonaire chronique.

Telle est la fièvre intermittente, lorsqu'elle a déterminé la cachexie palustre. Dans ces conditions, la fièvre peut affecter une marche à peu près analogue ; je dis simplement analogue, parce qu'il existe en réalité quelques différences. S'il est de règle, de règle même absolue, dans nos contrées, que la fièvre paludéenne se manifeste par des accès éclatant dans la seconde moitié de la nuit ou dans la matinée, il n'en est pas partout ainsi.

Dans d'autres régions, la Roumanie, la Grèce, l'Algérie, et dans tout l'Orient, c'est l'inverse que l'on peut obser-

ver et il est très fréquent de constater des accès dans l'après-midi et dans la soirée. C'est là une difficulté de plus apportée au diagnostic, le moment où apparaît le frisson dans ces cas coïncidant avec l'heure où se montre d'ordinaire la fièvre des tuberculeux. Heureusement la fièvre n'est pas l'unique symptôme du paludisme ; le volume de la rate, parfois considérable, sa dureté caractéristique viendront en aide au diagnostic. L'importance de la mégalosplénie dans ces cas sera d'autant plus grande que souvent le foie ne présente aucune augmentation de volume, faisant écarter ainsi l'idée de la dégénérescence amyloïde de ces deux organes, fréquemment observée chez les phtisiques. Mais plus important encore sera l'examen des poumons qu'il faudra explorer dans toute leur étendue avec un soin scrupuleux.

Il ne faut pas oublier que la coïncidence est possible, que le paludisme n'exclue pas la tuberculose et que l'existence d'accès intermittents, même bien caractérisés, ne devra pas vous faire négliger l'exploration du poumon.

Quelle que soit l'importance des signes stéthoscopiques, la constatation des lésions pulmonaires qu'ils révèlent ne peut suffire à entraîner le diagnostic de tuberculose. Il est en effet d'autres altérations chroniques du poumon qui peuvent donner naissance à des bruits anormaux, identiques de tous points à ceux de la tuberculose, et il est nécessaire de distinguer de cette dernière, certaines affections de la poitrine dont le pronostic est tout différent. C'est

ainsi que certaines dilatations bronchiques seront parfois difficiles à différencier des lésions tuberculeuses.

S'il est vrai que, dans les deux cas, les signes cavitaires s'accusent de la même manière, avec les mêmes caractères, ils affectent une différence de siège, qui sans être pathognomonique, offre cependant une certaine importance. La dilatation bronchique se rencontre surtout à la base et à la partie moyenne du poumon, tandis que vous connaissez la prédilection des cavernes pour le sommet. Il est vrai cependant, que de même qu'on observe dans quelques cas des cavernes à la base du poumon, on peut aussi constater une dilatation des bronches occupant la partie supérieure. Si donc le siège occupé par ces lésions ne suffit pas par lui-même à entraîner la conviction, il est encore d'autres points sur lesquels peut s'étayer ce diagnostic délicat. La connaissance des commémoratifs sera d'un certain secours ; l'existence d'une bronchite chronique de longue durée, ou d'une ancienne pleurésie sèche, de même que la rétraction étendue du thorax, faisant pencher en faveur de la dilatation bronchique. De plus, bien que les signes stéthoscopiques au niveau de l'ectasie bronchique soient les mêmes qu'au niveau des cavernes pulmonaires, les lésions du parenchyme voisin seront de beaucoup plus manifestes dans le cas de tuberculose, l'auscultation révélant l'infiltration progressive du poumon.

Enfin vous connaissez l'expectoration si spéciale de la dilatation des bronches, se produisant par vomiques, et

constituées par un liquide qui, recueilli dans un verre, se divise en trois couches : la supérieure, spumeuse et séreuse ; la moyenne, muqueuse ; et la dernière, muco-purulente. Tous les doutes seront levés par l'examen microscopique des crachats et la constatation de la présence des bacilles dans le cas de cavernes. Mais ici encore, la coïncidence des deux affections est possible et l'on voit souvent sur la dilatation bronchique se greffer la tuberculose pulmonaire.

Il reste encore à distinguer des signes cavitaires de la tuberculose, ceux qui peuvent résulter d'une perte de substance consécutive à la gangrène pulmonaire, signes d'ailleurs complètement identiques. Les phénomènes aigus du début de la gangrène, la gravité d'emblée des symptômes généraux, en même temps que la fétidité si caractéristique de l'expectoration devront être tenus en grande considération.

A propos d'un cas observé dans le service de mon ami le D^r Ferrand, je vous ai rappelé toute la difficulté du diagnostic entre le pneumothorax et les grandes cavernes superficielles. Bien que parfois ce diagnostic soit presque impossible, la dilatation de la cage thoracique dans le cas de pneumothorax, sa rétraction dans le cas de cavernes, les différences qu'offre la percussion, la succussion hippocratique extrêmement rare et le bruit d'airain de Trousseau que je n'ai jamais constaté dans les grandes cavernes, enfin la persistance des vibrations thoraciques au niveau des cavernes, seront du plus grand secours.

A côté de la dilatation bronchique et du foyer de gangrène, nous signalerons encore les cavités qui succèdent aux vomiques donnant issue au pus d'une pleurésie interlobaire. Dans ce cas le liquide évacué présente une odeur différente de celle de la gangrène, odeur alliacée spéciale.

Enfin dans un cas douteux où des quintes de toux avaient provoqué une abondante vomique, l'examen bactériologique m'a permis de reconnaître, non pas des bacilles, mais les pneumocoques encapsulés.

Il me reste à dire quelques mots du diagnostic de la tuberculose avec la bronchite chronique et l'emphysème. Ce diagnostic s'appuiera surtout sur l'examen minutieux des phénomènes généraux et particulièrement des troubles fonctionnels et physiques. Dans ces cas on observera des accès paroxystiques pendant la nuit, la respiration sifflante s'entendant à distance, la dyspnée sonore, le tout se prolongeant plusieurs jours en une suite d'accès caractéristiques. L'auscultation fera constater, avec les signes de bronchite vulgaire et les sibilances, l'expiration prolongée et les symptômes classiques de l'emphysème pulmonaire. Il est des cas dans lesquels l'examen bactériologique sera nécessaire, la bronchite et l'emphysème coexistant avec la tuberculose.

Nous en arrivons maintenant à l'étude de l'une des formes les plus intéressantes de la tuberculose pulmonaire, la phtisie galopante. Certains auteurs l'ont appelée phtisie

aiguë, dénomination réservée maintenant à la granulie. Il s'agit, en réalité, d'une forme spéciale de phtisie pulmonaire à marche rapide, rappelant par ses lésions anatomo-pathologiques celles de la tuberculose chronique, tandis que ses caractères cliniques rappellent de bien plus près ceux de la granulie.

Tandis que, dans la granulie, les altérations se bornent à une véritable éruption généralisée de granulations grises, dans quelques cas à peine jaunâtres, n'ayant point le temps d'évoluer jusqu'au ramollissement et encore moins jusqu'à la formation des cavernes, dans la phtisie galopante, au contraire, la production des tubercules reste localisée aux poumons. Ces granulations subissent avec la plus grande rapidité toutes leurs transformations successives, arrivent rapidement à la production de masses caséuses qui, bientôt éliminées, laissent à leur place des excavations.

On peut ramener à trois les formes par lesquelles se traduisent ces lésions anatomiques :

- 1° Broncho-pneumonie lobulaire ;
- 2° Broncho-pneumonie pseudo-lobaire caséuse ;
- 3° Pneumonie caséuse lobaire aiguë.

Quant aux causes de *cette forme galopante de la phtisie*, je vous rappellerai qu'elle est fréquente dans la première enfance, succédant à une bronchite aiguë, à la coqueluche, à la rougeole, et s'observant aussi à la suite de la diphtérie, surtout chez les sujets très jeunes. Elle s'observe moins souvent chez l'adolescent et chez l'adulte, reprend sa fré-

quence chez les vieillards et affecte alors de préférence la forme de pneumonie caséuse lobaire.

C'est surtout à la suite des fièvres éruptives et de la puerpéralité chez la femme, que l'on voit la tuberculose prendre cette allure chez les adultes.

Considérée au point de vue anatomo-pathologique, la première forme ou broncho-pneumonie lobulaire ressemble *a priori* à s'y méprendre à la broncho-pneumonie simple. Au milieu d'un parenchyme sain ou congestionné ou bien emphysémateux, on observe des lobules envahis par la tuberculose, plus ou moins éloignés les uns des autres, formant des noyaux de la grosseur d'un pois, d'une noisette ou même d'une orange, tantôt tout à fait isolés, tantôt cohérents ou réunis en groupes. Lorsque dans ces conditions ils atteignent un volume considérable, ils réalisent la forme pseudo-lobaire de la broncho-pneumonie simple ; mais tout semblables que ces lobules puissent paraître à première vue à ceux de la broncho-pneumonie vulgaire, ils s'en distinguent cependant lorsqu'on vient à les étudier de plus près.

A la coupe, ces noyaux sont remarquables par leur sécheresse ; loin de laisser transsuder, comme dans la broncho-pneumonie ordinaire, cette pulpe demi-liquide, purulente, que vous connaissez, ils montrent un centre caséux gris jaunâtre, accusant la transformation destructive rapide qui va aboutir au ramollissement et à la caverne. Ces noyaux quelquefois arrondis et formant des

sortes de marrons, lorsqu'ils occupent toute l'étendue d'un lobule, sont quelquefois anguleux, aspect qui résulte de l'envahissement partiel d'un plus ou moins grand nombre de lobules voisins.

La densité du parenchyme pulmonaire, à ce niveau, est très accrue et les parcelles plongées dans l'eau gagnent rapidement le fond du vase.

Si l'on cherche à insuffler le poumon, on constate que l'air ne pénètre pas dans les alvéoles, ce qui fait tout naturellement conclure à la présence d'un exsudat adhérent et remplissant les alvéoles. L'examen minutieux du parenchyme voisin, sain en apparence, y révèle la présence de granulations typiques. Il y a coïncidence *constante* de la tuberculose miliaire aiguë et de la broncho-pneumonie chez l'enfant et chez l'adulte.

A l'examen microscopique, on constate les lésions d'une broncho-pneumonie tuberculeuse, c'est-à-dire que les alvéoles sont remplis de leucocytes et de cellules épithéliales entrant presque d'emblée en voie de dégénération granulo-graisseuse et surtout granuleuse. Ces éléments se soudent facilement entre eux, tandis que dans la broncho-pneumonie vulgaire, la tendance à la désagrégation est de règle ; la fibrine qu'on observe dans la broncho-pneumonie tuberculeuse augmente encore la cohésion. Il n'existe pas toujours de cellules géantes et de follicules tuberculeux, mais cependant la nature de ces lésions est rendue indiscutable par la présence de bacilles qu'il est facile de cons-

tater; de plus ces matières inoculées déterminent des lésions tuberculeuses.

L'aspect des noyaux de broncho-pneumonie et des granulations voisines est identique, affectant exactement la même structure que les tubercules développés par inoculation chez le cobaye.

Cette absence de cellules géantes et de follicules tuberculeux s'explique par le siège initial des lésions. Les follicules et les cellules géantes, en effet, appartiennent surtout aux lésions du tissu conjonctif tandis qu'ici c'est particulièrement l'épithélium qui est mis en jeu. Bien que la broncho-pneumonie tuberculeuse lobulaire constitue en réalité une forme distincte de la tuberculose pulmonaire, elle se rencontre fréquemment dans la granulie, prenant son point de départ autour des bronches.

La deuxième forme, ou broncho-pneumonie pseudo-lobaire caséuse, se traduit par des masses en voie de ramollissement, reproduisant la pneumonie caséuse proprement dite, si longtemps décrite comme complètement indépendante. En réalité ce n'est pas autre chose qu'une broncho-pneumonie pseudo-lobaire étendue. Un lobe presque entier est transformé en un bloc consistant, homogène à la coupe en apparence, et constitué en réalité par des lésions de même âge, tandis que dans la vraie forme lobaire la totalité des parties malades a subi les mêmes altérations, moins avancées à la périphérie et simplement à l'état gélatiniforme, ayant abouti au contraire au centre à la caséifi-

cation. C'est là sur une grande échelle la reproduction de ce que je vous ai décrit à propos de la granulation, moins le travail de sclérose réparatrice qu'on peut observer dans la phtisie chronique.

Il y a ici agglomération de lobules tuberculeux et, dans cette forme au début, le travail morbide doit retentir sur le tissu conjonctif interlobulaire et, par la nature même de ce tissu il doit avoir une tendance à la formation des véritables granulations. Les cloisons sont épaissies, la plèvre dont nous n'avons pas constaté d'altérations dans la première forme est mise ici en cause et nous observons de la pleurésie avec exsudat gélatiniforme, exsudat en rapport avec la rapidité de l'évolution. De même les ganglions et les autres organes, à condition qu'on les observe de près, se montrent fréquemment le siège de granulations.

Parfois presque tout le poumon est transformé en un bloc consistant qui, au premier abord, ressemble à de la pneumonie lobaire proprement dite, mais, en regardant de plus près, vous verrez des altérations, dissemblables suivant les points où vous les observerez, se bornant pour certains endroits à des lésions congestives. Examinées à un grossissement suffisant, les coupes d'un poumon atteint de cette forme de broncho-pneumonie pseudo-lobaire permettent de reconnaître nettement la forme des lobules, des alvéoles remplis d'exsudat et des parois distinctes sans être épaissies.

La pneumonie tuberculeuse ou caséuse lobaire aiguë a été entrevue par Laënnec, puis étudiée par Ribes et par