rieure : elle est élargie par la base au lieu de l'être en sa partie supérieure.

Chez l'homme sain on compte que le *périmètre thoracique*, mesuré au niveau de la sixième côte, un peu au-dessous du mamelon, doit être au moins égal à la moitié de la taille. Chez le prédisposé, il y a insuffisance du périmètre thoracique.

Le Dr Caudite et le Pr Gabbi ont noté un léger *déplacement cardiaque*.

Chez les individus sains, le choc du cœur est aperçu au niveau du quatrième ou du cinquième espace intercostal, jamais au-dessous, c'est-à-dire au niveau un peu au dedans du mamelon. Or, chez les prédisposés, MM. Caudite et Gabbi ont trouvé que le choc de la pointe est perçu bien plus en dedans de la ligne mamelonnaire, à peu près à mi-chemin entre cette ligne et la ligne médio-sternale qui représente l'axe du corps.

Le Dr Papillon a remarqué chez les chlorotiques en puissance de tuberculose les signes suivants :

1° Le rapport entre le poids du corps exprimé en kilogrammes, et la taille exprimée en centimètres, est inférieur à 3, chiffre normal ;

2° La capacité respiratoire est au-dessous de 3 litres ;

3° La tension artérielle est très basse. Elle se tient au-dessous de 15 centimètres de mercure, chiffre normal, et peut descendre à 0,10.

Cette hypotension artérielle serait, d'après son observation, un signe de grande valeur.

Nous reviendrons d'ailleurs sur quelques-uns de ces symptômes en étudiant le diagnostic précoce de la tuberculose.

CHAPITRE VIII

Diagnostic précoce de la tuberculose

De l'importance du diagnostic précoce. — Si la tuberculose est une maladie curable, la plus curable des maladies chroniques, c'est à condition qu'elle soit reconnue et soignée de bonne heure.

A la première période, on peut répondre, pour les trois quarts de malades, de la guérison.

A la seconde période, la moitié seulement sont améliorés ou guéris.

A la dernière période, un quart seulement sont susceptibles de régresser vers une amélioration durable ou peut-être même vers la guérison.

Il y a donc un très gros intérêt pour le malade à se faire soigner de bonne heure.

Et dans ce chapitre nous voudrions bien montrer que la science possède actuellement tous les éléments d'un diagnostic précoce certain et rapide.

Au malade qui vient consulter pour un rhume, une bronchite, pour une maladie des poumons ou des bronches qui traîne depuis quelques semaines et ne se guérit pas, comme on pouvait l'espérer, son médecin a tout ce qu'il faut pour

lui dire : « Méfiez-vous ; la tuberculose vous guette. Voilà ce qu'il faut faire pour l'éviter. »

Tout d'abord, il est une catégorie de malades chez qui, à propos d'une maladie des voies respiratoires, grippe, bronchite ou pneumonie, on redoutera l'éclosion de la tuberculose ; ce sont ceux que nous avons appelés les *prédisposés*, et dont nous avons fait l'étude au chapitre précédent. Nous avons dit en quoi consistait cette prédisposition, comment il fallait l'entendre, quels sont les signes distinctifs et les stigmates. Nous n'y revenons pas.

Mais il va de soi, par exemple, que si le malade auquel vous vous intéressez, parent, ami, ou camarade d'atelier, est un jeune homme que vous savez issu de source tuberculeuse, un peu déjà, sujet aux rhumes répétés, si vous entendez dire qu'il vient d'avoir une pleurésie, qu'il a eu deux ou trois fois quelques crachats sanguinolents, si enfin vous lui trouvez cet aspect débile et ce facies que nous avons décrit comme celui du tuberculeux, vous êtes en droit de penser que ce garçon prépare une tuberculose, et en devoir, s'il ne prend pas au sérieux sa maladie, de lui donner le conseil d'aller au plus tôt consulter un médecin.

Car sans émouvoir plus que de raison le malade, sans l'obséder de la vision décourageante de la tuberculose, il est souvent nécessaire, surtout au début, de lui ouvrir les yeux et de le forcer à regarder autrement que par le mépris, l'indisposition qui lui vaut les symptômes que nous venons de dire.

Deux dangers à ce point de vue menacent le tuberculeux ; deux illusions l'empêchent de porter un jugement sain sur son mal et de le considérer comme il doit l'être : sans faiblesse, sans mensonge, mais aussi sans peur.

Au début, alors que le malade a conservé une partie de sa santé, qu'il se sent peu affaibli encore, capable de suffire à son travail quotidien, et seulement gêné par un peu de toux, par une fatigue un peu plus rapide au travail, par un léger amaigrissement, le danger est que ce malade qui n'est encore peut-être que candidat à la tuberculose se fasse illusion sur son état, et ne veuille pas se croire malade. Et dans ce cas même, de nier toute maladie, de refuser le concours de son médecin, ou bien il est sincère, ou bien comme pris d'une vague appréhension, il cherche à se mentir à lui-même.

Nous rencontrons fréquemment les deux variétés de malades.

Les uns se considèrent comme invulnérables. Ils posent volontiers pour des colosses ; ils font l'étalage de leurs muscles et de leur résistance. Et si vous leur dites que toussant ils doivent se surveiller, qu'on en a vu d'aussi robustes devenir phtisiques, ils acceptent vos conseils en riant, et sceptiques, ils vous traitent de *rabat-joie* et de *médecin tant pis*. Ils continuent de se surmener, de s'alcooliser souvent : ils ne font rien de ce que vous leur avez conseillé, jusqu'au jour où ils ont un crachement de sang, qui leur met, comme on dit, « la puce à l'oreille » ; l'hémoptysie est, pour le malade, de tous les symptômes, celui qui a le don de le plus effrayer.

D'autres se doutent bien de quelque chose. Ils réfléchissent sur leur santé. Ils songent que depuis plusieurs mois elle n'a pas été brillante, qu'à la suite d'une bronchite, ils ont continué de tousser et de maigrir, et que, peut-être s'ils vont voir un médecin, celui-ci leur dira la sentence fatale. Et alors ils tâchent de se mentir à eux-mêmes, de se faire illu-

sion sur leur maladie : ils n'ont que le courage de l'autruche qui se cache la tête sous l'aile pour ne pas voir le danger. Ils sont déjà obsédés d'une appréhension qu'ils n'osent pas regarder en face, et quand enfin, malade moralement autant que physiquement, ils se décident à aller voir le médecin, leur premier mot est celui-ci : « Docteur, ne me cachez rien. Je sais que si je suis tuberculeux ; je suis perdu, mais je veux le savoir. »

A ceux-là qui, au fond, sont des découragés et des poltrons, le médecin se garde bien de dire brutalement la vérité, mais il les invite à se soigner, et quand ils sont guéris, il leur apprend de quoi ils viennent de se guérir.

Lorsqu'un malade croira qu'il commence une tuberculose, lorsque depuis quelque temps, sa santé lui aura donné quelques sujets de crainte à cet égard, il devra donc se garder de deux exagérations : au lieu de n'accorder aucune importance aux symptômes précurseurs du mal, de jouer au sceptique et à l'homme fort, ou bien de vouloir se mentir à lui-même, et de ne pas montrer le courage suffisant pour connaître la vérité et agir en connaissance de cause.

Ni trop confiant, ni trop méfiant, dirions-nous : voilà ce que doit être le malade qui a des raisons de se croire engagé dans la voie de la maladie.

Il doit donc, sans crainte, sans arrière-pensée aller consulter un médecin.

Car il faut qu'il sache qu'on est aujourd'hui infiniment mieux armé qu'autrefois pour dépister la maladie à son début.

Les marques de diagnostic, autrefois et aujourd'hui. — Il y a seulement vingt ans, avant la découverte du

bacille de Koch, le médecin n'était pas mieux outillé qu'au temps de Laennec pour diagnostiquer la tuberculose. Il avait, à vrai dire, un merveilleux outil à condition qu'il sût le manier en virtuose, celui même qu'avait forgé de toutes pièces Laennec, c'est à-dire l'auscultation.

Mais si, à notre gré, l'auscultation reste encore le plus sûr, le plus précoce moyen de diagnostic, il faut reconnaître qu'elle n'est cela que pour une oreille très exercée et rompue à l'examen des maladies de poitrine. Nous ne nous étonnons donc pas que naguère encore tant de cas de tuberculose confirmée aient été méconnus par d'excellents praticiens qui n'avaient qu'une expérience stéthoscopique peu développée, et dont l'ouïe n'était pas faite aux finesses de l'auscultation en tant que moyen d'investigation précoce. Beaucoup de cas de tuberculose n'étaient ainsi reconnus qu'à la fin de la seconde période, avec l'apparition des gros râles humides, et alors que le poumon est en voie de fonte complète. A cette date, il est rare que les symptômes généraux de déchéance, d'amaigrissement, et pour tout dire, de consomption et de phtisie, ne viennent pas confirmer un diagnostic trop tardif et rendre tout effort thérapeutique beaucoup plus aléatoire.

La difficulté de diagnostiquer au début une tuberculose pulmonaire fait qu'il court encore dans le public cette sorte d'axiome : « Quand on a reconnu la phtisie, il est trop tard pour la soigner. »

Non, du tout, mais l'essentiel est de la reconnaître tôt.

Et pour seconder l'auscultation qui, certes, n'a rien perdu de sa valeur, mais dont nous avons dit les difficultés, le praticien a aujourd'hui à sa disposition les moyens de contrôle les plus variés. Ils ne sont pas tous de valeur égale.

Mais, lorsque les résultats qu'ils fournissent sont concordants, on est bien forcé de reconnaître qu'il y a là, dans leurs indications, un faisceau de probabilités qui équivaut à des preuves indubitables.

Voyons donc quels sont les moyens de diagnostic précoce.

La clinique, l'expérimentation et le laboratoire avec ses moyens physiques et chimiques, la bactériologie nous fournissent des procédés de diagnostic entre lesquels on a, on peut le dire, que l'embarras du choix.

Nous n'examinerons pas en détail tous ces moyens. Nous nous contenterons d'en donner un aperçu :

Ceux qui relèvent de la clinique ont été déjà en partie énumérés par nous au chapitre des symptômes de la prédisposition. Les premiers de ces signes sont ceux que le médecin emprunte à l'examen de la stéthoscopie de la poitrine, à la percussion et à l'auscultation : modifications de la sonorité à la percussion ; modifications de la transmission des ondes vibrantes à la palpation ; modifications du bruit respiratoire à l'auscultation, avec adjonction de bruits factices, etc... Ce sont là des signes que doit admirablement savoir reconnaître et interpréter le praticien, parce que encore un coup, il n'en est pas de plus constants ni de plus fidèles, mais leur étude est du ressort de la pathologie ; et nous ne les décrirons pas dans cet ouvrage de vulgarisation.

Les moyens de diagnostic précoce, empruntés à la clinique seule. — Nous avons assez parlé au chapitre précédent des autres signes fournis par la clinique (déplacement cardiaque, spirométrie, rapport entre le poids du corps et la taille, périmètre thoracique, mesure de la pression

artérielle, examen du facies, liseré gingival de Chamson, etc...), pour que nous jugions utile d'y revenir aussi. Il est bon d'ailleurs de ne pas accorder à aucun d'eux isolément une valeur pathognomonique. Chacun d'eux ne vaut que contrôlé par un ou plusieurs autres, et leur constatation a seulement pour but d'arriver à un ensemble de probabilités qui devra peser dans l'esprit du praticien pour établir avec certitude son diagnostic. Il est certain que la diminution de la capacité respiratoire, l'abaissement du poids du corps au dessous de la normale, la faiblesse du périmètre thoracique, la diminution de la tension artérielle, etc., sont d'excellents signes de probabilités; mais il est non moins certain que leur constatation isolée ou même collective ne suffit pas à affirmer la tuberculose.

La clinique, en dehors même de l'auscultation qui, elle, a une valeur positive vraiment inspensable, possède, d'ailleurs, d'autres éléments de diagnostic de plus de valeur.

Valeur de la température. — Nous voulons parler par exemple de l'étude de la température, et comme c'est là une étude à laquelle peut se livrer le malade lui-même, nous nous y arrêterons un moment.

Il convient d'étudier les températures générales, les températures locales, et les températures irrégulières et soumises à certaines influences.

Températures générales — Ces températures peuvent revêtir plusieurs types :

Chrétien, après Cuffier, a étudié un type qui se montre à la période initiale et qu'il appelle fièvre subjective. Les malades croient avoir la fièvre : ils éprouvent un certain malaise, de l'abattement; ils ont des sensations de chaleur

et de frisson ; et le thermomètre n'accuse aucune élévation de température. Ce même état revient tous les soirs vers quatre et cinq heures.

Un autre type, signalé par Strumpell, consiste en une élévation de quelques dixièmes de degré, et qui survient le soir sans cause apparente.

Landouzy a décrit une forme particulière de température à type continu et qu'il appelle fièvre bacillaire prétuberculeuse ou typhobacillaire. Cette forme, qui serait assez fréquente dans les formes aiguës et à évolution rapide, serait rare dans les tuberculoses chroniques.

A quelle heure le malade prendra-t-il sa température ?

Barbier s'élève avec raison contre la coutume qui consiste à prendre la température entre sept à neuf heures le matin et quatre à cinq heures le soir.

En prenant la température toutes les deux heures, Barbier a été amené à constater que chez les tuberculeux la température prenait souvent une forme intermittente caractérisée par deux sortes d'accès, un diurne, un nocturne. L'accès diurne commence vers huit heures du matin pour atteindre son maximum vers dix heures et se terminer vers deux heures de l'après-midi. L'accès nocturne, plus court, se montrerait entre neuf et onze heures du soir. Les deux accès se rencontrent souvent chez le même malade. Il est donc très important de prendre la température à plusieurs heures de la journée, si l'on ne veut pas s'exposer à prendre pour apyrétiques des malades qui ne le sont pas.

Températures locales. — Peter a signalé des différences de température appréciables, au cours de la tuberculose, entre certaines parties du corps. D'après Foret, elles permettraient

de distinguer la tuberculose vraie, au début, de la forme insidieuse de la chlorose.

« Dans la chlorose, la température locale des espaces intercostaux est sensiblement égale à la moyenne, tandis que partout où il y a tuberculisation il y a hyperthermie locale.

« Dans certains cas de chlorose, s'il y a hypothermie générale, il y a aussi hypothermie locale, tandis que dans la tuberculose, la température des premiers espaces intercostaux est toujours supérieure à la moyenne.

« Dans certains cas de tuberculisation commençante, la température locale n'est pas seulement plus élevée que la température normale de la région, elle l'est plus que la température de l'aisselle, ce qui n'a jamais lieu dans la chlorose.

Fièvres irrégulières. — Il y a chez les tuberculeux, même au début, des poussées fébriles qui surviennent à propos du moindre effort et du plus léger exercice.

Le travail de la digestion est souvent chez lui l'occasion d'une montée de chaleur. Les fonctions gastriques sont, en effet, très souvent perturbées au commencement de la tuberculose, et l'on a même décrit une forme dyspeptique de tuberculose, laquelle débute par des phénomènes gastriques et intestinaux, masquant le travail qui s'accomplit de façon latente dans les poumons. C'est donc une sorte de dyspepsie prétuberculeuse. Lorsqu'on la rencontre chez un sujet jeune, il faut toujours y faire grande attention et songer que les phénomènes digestifs ne sont souvent que le prélude d'une tuberculose insoupçonnée. Chaque fois qu'un individu, surtout un adolescent, après ses repas, a les pommettes colorées, une sensation de chaleur, une poussée congestive du

côté de la face ; si surtout cet individu tousse un peu après le repas, ayant ce qu'on appelle de la toux gastrique, il faut penser que ces symptômes, purement dyspeptiques en apparence, peuvent masquer momentanément quelque chose de plus grave.

A côté de cette fièvre gastrique et de la dyspepsie prétuberculeuse, il convient de citer les perturbations thermiques que présentent les individus en puissance de bacillose à propos de la moindre fatigue. Darembert et Chuquet, qui ont fait une étude complète de ces perturbations, appellent ces malades des *déséquilibrés de la température* : «Diverses influences physiologiques, écrivent-ils, fatigues, digestions, menstruation, produisent des réactions thermiques, plus délicates et plus difficiles à enregistrer que celles produites par des liquides divers, mais néanmoins importantes pour le diagnostic précoce. Le tuberculeux est en état d'instabilité thermique ; c'est-à-dire que son organisme est incapable de se maintenir à une température constante dans les diverses conditions physiologiques..... Pour que les résultats soient convaincants, il faut que les observations thermométriques soient faites pendant une dizaine de jours. En conséquence, chaque fois que le médecin est en présence d'un cas douteux de tuberculose pulmonaire, il doit prescrire au malade de marcher tous les jours de 3 à 4 heures de l'après midi, de prendre sa température buccale ou rectale immédiatement après en rentrant, de la reprendre une heure après, lorsqu'il se sera complètement reposé, et de répéter cette expérience pendant dix jours de suite. Si, chaque jour, l'écart entre les températures du repos et de la marche atteint quatre à cinq dixièmes de degré ; si, d'autre part, la température de 4 heures est plus forte les jours où

il a marché que les jours où il s'est reposé, le malade est tuberculeux.

Pour les mêmes auteurs, les fièvres éphémères de 39 ou 40° que l'on observe souvent sans motif doivent éveiller l'attention.

L'étude de la température et de ses diverses modalités offre donc le plus grand intérêt clinique pour le diagnostic précoce d'un cas de tuberculose. C'est un procédé simple, aussi bien à la portée du malade que de son médecin. C'est pourquoi nous y avons insisté.

Autres symptômes précoces. — Il y a encore beaucoup d'autres signes cliniques que nous ne ferons qu'énumérer, en ayant déjà parlé ailleurs : le côté du tube digestif :

La dyspepsie prétuberculeuse : l'état de la langue, généralement rouge et humide, d'après Lasègue ; le liseré gingival de Frédériq et Thomson ; l'hypertrophie des amygdales et des amas de tissus adémoïdes, de la région naso-pharyngée, avec envahissement des ganglions cervicaux, rétro-maxillaires. En présence d'une hypertrophie des amygdales, surtout chez l'adolescent et chez l'adulte, où la prolifération du tissu lymphoïde s'explique moins que chez l'enfant, il y a tout lieu de rechercher le bacille de Koch.

Les troubles de l'appétit constituent un des signes les plus fréquents puisque Marfan les a observés 23 fois sur 25 cas.

La gastrite post-digestive ; la toux gastrique avec ou sans rejet des aliments, la splénomégalie prétuberculeuse, c'est-à-dire l'hypertrophie de la rate, etc., tous ces signes sont d'une grande importance, surtout s'ils s'associent chez le même malade, dans la recherche précoce de la bacillose.