

bronchite prédominant aux sommets, localisation qui a une grande valeur pour le diagnostic. L'hypostase, si commune chez le typhique, est ici exceptionnelle.

Le pouls est très accéléré, rarement dicrote. Les hémorragies sont souvent défaut, quoiqu'on ait signalé l'épistaxis, l'hémoptysie, le purpura, l'hémorragie intestinale; cette dernière est beaucoup plus rare que dans la fièvre typhoïde.

L'examen microscopique du sang permet parfois d'y déceler des bacilles; mais cette recherche est toujours longue et délicate. Les urines sont rares, foncées, souvent albumineuses. On a signalé, à titre d'exception, l'existence de taches rosées; mais cette éruption apparaît à une époque quelconque, contrairement à ce qui se passe dans la fièvre typhoïde où l'éruption se montre au début du deuxième septénaire. Enfin les troubles trophiques cutanés, les eschares en particulier, sont d'ordinaire défaut.

Deux bons signes différentiels sont fournis d'une part par l'amaigrissement et le dépérissement précoces et rapides (on sait que c'est surtout au moment de la convalescence que le typhique maigrit), d'autre part par la courbe thermique. La fièvre, en effet, dans la tuberculose miliaire, n'est pas très élevée et n'atteint que rarement 40 degrés; elle présente pendant la période d'état des oscillations considérables avec exacerbations vespérales, traduisant une sorte de fièvre hectique avec sueurs profuses; la courbe est essentiellement irrégulière; parfois on note des rémissions qui se prolongent pendant plusieurs jours; on a également décrit un type inverse dans lequel la température est plus élevée le matin que le soir, et même récemment on a signalé une forme apyrétique de la granulie.

La marche de la maladie n'offre rien de cyclique comme dans la fièvre typhoïde: elle est très irrégulière; la durée est variable à cause des rémissions, elle est rarement inférieure à cinq semaines. La terminaison est presque toujours la mort, quoique récemment on ait publié quelques faits montrant la curabilité de cette forme de l'infection tuberculeuse. La mort est le fait de l'intoxication, de l'adynamie, surtout de l'asphyxie causée par la congestion pulmonaire ou par l'abondance des granulations, à moins que quelque complication ou quelque nouvelle localisation bacillaire (méningite) ne vienne abrégier la durée de la granulie pulmonaire.

II. *Tuberculose aiguë miliaire à forme de pyrexie atténuée.* — Ici le tableau clinique est moins net; il présente de grandes analogies avec celui de la grippe ou de l'embarras gastrique; la fièvre est modérée, irrégulière, avec des accès irrégulièrement intermittents; au début, l'anorexie, l'amaigrissement, la perte des forces dominent; les symptômes fonctionnels sont peu accusés. A la période d'état, la

courbe thermique présente de grandes irrégularités; une dyspnée assez intense contraste avec des signes physiques peu marqués; la toux et l'expectoration n'ont pas de caractères bien précis; le malade dépérit et l'affection suit une marche traînante et aboutit à la phtisie chronique, si une asphyxie suraiguë, une hémoptysie foudroyante, une méningite ne viennent brusquement terminer la scène morbide.

Le diagnostic est souvent des plus difficiles, parfois impossible. Le caractère insidieux du début, l'amaigrissement rapide, l'accélération du pouls, l'irrégularité de la courbe thermique, la dyspnée qui n'est pas en rapport avec l'importance des signes physiques plaident en faveur de la tuberculose. Dans l'embarras gastrique simple, le début est plus brusque et l'atteinte à l'état général moins grave. Dans la grippe, le malade tousse et crache davantage, est souvent moins oppressé et présente en même temps des manifestations morbides du côté des autres muqueuses.

III. *Tuberculose aiguë à forme suffocante (asphyxie tuberculeuse aiguë de Graves).* — C'est une des modalités rares, mais typiques, de la phtisie aiguë; elle a été observée sous forme d'épidémies dans les hôpitaux militaires. Elle débute assez brusquement sans prodromes ou avec des prodromes mal caractérisés. Elle consiste avant tout en une dyspnée excessive, tout à fait hors de proportion avec les signes stéthoscopiques et se manifestant par des accès d'orthopnée. La toux est nulle ou légère, avec ou sans expectoration gommeuse ou spumeuse, rarement sanglante. L'auscultation ne révèle qu'une diminution, parfois une abolition du murmure vésiculaire et quelques râles de bronchite très peu nombreux. La fièvre est irrégulière, parfois peu élevée, mais peut atteindre 39 et 40 degrés. L'émaciation est précoce. La dyspnée, due à la confluence des tubercules ainsi qu'à la congestion pulmonaire et rebelle à toutes les médications, aboutit rapidement à l'asphyxie la plus typique. La durée varie de vingt à trente jours; on a toutefois signalé des cas presque foudroyants ayant entraîné la mort dès le troisième jour.

Le diagnostic offre de grandes difficultés. On rejettera celui d'asystolie en l'absence de lésion cardiaque, de phénomènes de stase (œdème, etc.), celui de bronchite capillaire en l'absence de signes stéthoscopiques pulmonaires. L'attaque d'asthme se réduit à une courte crise avec un type respiratoire spécial et sans fièvre. Enfin la carcinose miliaire du poumon s'observe chez des individus âgés et a une évolution moins rapide.

IV. *Tuberculose aiguë à forme catarrhale.* — Si dans la granulie les signes d'infection générale sont les plus marqués, si dans la forme suffocante ce sont les troubles fonctionnels qui dominent, dans la phtisie aiguë catarrhale les signes stéthoscopiques deviennent de plus

en plus nets ; ceux-ci sont, il est vrai, variables, puisqu'on observe des symptômes, soit de bronchite, soit de congestion pulmonaire, soit de broncho-pneumonie ; néanmoins ces diverses modalités se combinent entre elles et partant sont susceptibles d'être décrites ensemble. Après une période prodromique, parfois tellement insidieuse qu'elle passe inaperçue, ou pendant laquelle le malade maigrit, perd ses forces et tousse avec les signes d'une simple bronchite, les phénomènes thoraciques se dessinent graduellement ; la dyspnée, signe toujours important dans les diverses formes de la phtisie aiguë, est progressive, entrecoupée de temps en temps de crises d'orthopnée ; la toux est pénible, l'expectoration muqueuse ou muco-purulente, parfois sanglante ; la fièvre devient permanente avec des exacerbations vespérales ; enfin la note infectieuse s'accuse par la perte de l'appétit, l'adynamie, la mégalosplénie, souvent l'albuminurie et surtout l'amaigrissement.

Les signes physiques sont de plus en plus marqués et tendent même à se localiser ; la percussion, douloureuse surtout au niveau des sommets, dénote de la submatité en certains points, du tympanisme en d'autres ; le murmure vésiculaire est affaibli ; la respiration devient rude et saccadée. Dans la *forme bronchitique* il y a surtout des râles sibilants fixes et des râles sous-crépitanants fugaces et mobiles, dus à des raptus congestifs ; les signes physiques sont parfois limités à un seul poumon et l'on sait que toute bronchite unilatérale est suspecte de tuberculose. L'extension du processus aux bronchioles (*forme de bronchite capillaire*) se traduit par des râles plus fins et généralisés, auxquels s'ajoutent des râles secs, constituant le bruit de tempête. La *forme broncho-pneumonique* se caractérise par l'existence de foyers submats avec râles sous-crépitanants disséminés et respiration soufflante ; ces symptômes, variables et mobiles, tendent cependant à se localiser au sommet des poumons.

Pendant toute la durée de la période d'état, la fièvre persiste, irrégulière mais modérée ; le pouls est toujours rapide, plus fréquent même que ne le comporte la température. La phtisie aiguë catarrhale évolue en cinq ou six semaines et tue d'ordinaire par asphyxie ; elle peut aussi aboutir à la phtisie chronique.

On reconnaît la nature tuberculeuse des accidents par le début insidieux, la dyspnée intense, l'amaigrissement et surtout la durée de la maladie. La bronchite capillaire simple se juge au bout de deux semaines au plus par la mort ou par la guérison. La fièvre typhoïde à forme thoracique se caractérise surtout par de l'hyposése et la dyspnée y est peu intense. La grippe a un début plus franc et s'accompagne d'autres manifestations catarrhales. Néanmoins le dia-

gnostic est souvent des plus épineux ; parfois l'examen bactériologique des crachats permet d'établir la nature tuberculeuse de la maladie.

V. *Tuberculose aiguë à lésion massive circonscrite. Forme pneumonique (pneumonie caséuse)*. — La pneumonie tuberculeuse aiguë offre d'incontestables analogies cliniques avec la pneumonie franche, d'autant plus qu'elle frappe souvent des individus indemnes de tuberculose apparente, des convalescents de maladies infectieuses aiguës.

La pneumonie tuberculeuse s'annonce brusquement par un frisson intense, une fièvre élevée, un point de côté ; mais ce début brusque est précédé de prodromes, tels que courbature, perte des forces, anorexie, parfois frissonnements, dyspnée et toux légère : tous ces phénomènes traduisent déjà l'infection tuberculeuse.

A la période d'état, ce sont les phénomènes thoraciques qui dominent ; l'examen révèle un foyer de condensation pulmonaire, donnant de la submatité, puis de la matité avec augmentation des vibrations thoraciques ; ce foyer est d'ordinaire unique ; il siège au sommet. L'auscultation permet d'entendre à ce niveau des râles sous-crépitanants fins plutôt que crépitanants vrais, avec une respiration rude et soufflante ; mais le souffle, qui apparaît tardivement, n'est pas franchement tubaire et il y a peu de bronchophonie. D'ailleurs à mesure que le bloc caséux devient plus compact, c'est-à-dire imperméable à l'air, on a des signes de spléno-pneumonie : matité absolue, silence respiratoire, diminution des vibrations vocales.

Les troubles fonctionnels sont également très marqués ; l'oppression est intense, souvent hors de proportion avec l'étendue de la lésion ; dès le début, on note des crises paroxystiques d'orthopnée ; la toux est douloureuse, quinteuse ; l'expectoration muqueuse ou muco-purulente, parfois striée de sang ou franchement hémorragique, ne présente ni la teinte rouillée ni la viscosité des crachats pneumoniques ; au début le bacille de Koch fait défaut dans l'expectoration ; ce n'est que lorsque le foyer caséux se ramollit qu'il y apparaît, parfois même en grande abondance.

La tuberculose pneumonique étant une infection primitivement locale, on conçoit que les phénomènes généraux, l'état typhoïde surtout, soient moins accusés ; il existe un certain degré de prostration et d'émaciation ; la fièvre se traduit par une courbe thermique irrégulière à grandes oscillations, bien différente de la courbe de la pneumonie franche ; le pouls est rapide, mais il est moins plein, moins vibrant que dans l'inflammation franche du poumon.

L'évolution est parfois assez courte ; en trois ou quatre semaines le malade succombe soit aux progrès de l'asphyxie, soit au collapsus cardiaque ; d'autres fois elle est plus lente et la lésion arrive à l'exca-

vation; on constate alors des signes physiques cavitaires, des phénomènes d'hecticité et de cachexie.

Il est souvent difficile de distinguer la pneumonie caséuse de la pneumonie grippale, de la pneumo-typhoïde, de la pneumonie franche aiguë; cependant à la tuberculose appartiennent la phase prodromique, la courbe thermique irrégulière, l'absence de crachats rouillés, l'apparition tardive du souffle et surtout la marche plus lente entraînant une déchéance organique rapide. Le diagnostic est d'autant plus difficile que les crachats ne renferment le bacille de Koch qu'à une période déjà avancée de la maladie.

VI. *Tuberculose aiguë à lésions massives disséminées. Formes broncho-pneumoniques.* — Les formes broncho-pneumoniques correspondent plutôt aux phtisies rapides qu'à la phtisie aiguë proprement dite; elles servent de transition entre celle-ci et les formes chroniques, dont elles se distinguent par l'évolution rapide. A ce groupe appartient la phtisie subaiguë ou galopante de l'adulte¹ et les tuberculoses rapides de l'enfance.

Tantôt la *phtisie galopante* s'observe dans le cours d'une tuberculose pulmonaire chronique dont elle accélère la marche; elle se caractérise dans ce cas par l'intensité des phénomènes hectiques et par l'extension et l'évolution rapides des lésions; c'est une phtisie qui brûle les étapes (Grancher et Hutinel); tantôt elle s'observe comme la première manifestation de l'infection tuberculeuse et s'annonce par un malaise général, des troubles digestifs, des signes d'embarras gastrique, un mouvement fébrile et de la toux. Les symptômes fonctionnels sont des plus nets: la dyspnée est intense; la toux est quinteuse et provoque parfois des vomissements; l'expectoration est muco-purulente, constituée quelquefois par des crachats nummulaires, dans lesquels on trouve des fibres élastiques et une grande quantité de bacilles. A l'examen du thorax on ne tarde pas à constater des signes physiques, qui se localisent d'abord au sommet d'un poumon, puis qui s'étendent rapidement sous forme de foyers disséminés sans ordre dans les deux poumons. Ce sont des signes d'induration, puis d'excavation du parenchyme pulmonaire.

La phtisie galopante évolue en trois à six mois, déterminant une hecticité et une cachexie précoces; elle peut aussi passer à l'état chronique; parfois une complication, telle qu'une poussée de congestion pulmonaire ou une hémoptysie foudroyante, abrège la durée de la maladie.

Le diagnostic de la phtisie subaiguë est beaucoup plus facile à

1. Contrairement à l'usage qui a prévalu, Trousseau donnait le nom de phtisie galopante à ce qu'on appelle aujourd'hui la phtisie granuleuse.

établir que celui de la phtisie aiguë et, si au début l'hésitation est permise entre une grippe ou une bronchite et la tuberculose, le doute ne saurait être de longue durée.

La tuberculose à foyers disséminés s'observe aussi dans la seconde enfance, surtout à la suite de la rougeole, de la coqueluche; pour certains auteurs les associations microbiennes favoriseraient la marche rapide du processus tuberculeux. La tuberculose broncho-pneumonique de l'enfance offre tous les signes physiques de la broncho-pneumonie simple, dont elle ne se distingue que par l'atteinte profonde de l'état général et surtout par la marche de la maladie, qui procède par poussées successives, séparées par des périodes d'accalmie.

VII. *Tuberculose de la première enfance.* — La tuberculose, quoique rare dans la première enfance, est plus fréquente qu'on ne l'avait cru jusqu'ici; elle présente tous les caractères d'une maladie aiguë et se traduit surtout par les symptômes d'infection: fièvre intense, mégalosplénie, adénopathies multiples et avant tout par un dépérissement rapide, qui simule l'athrepsie. Les signes physiques intéressant l'appareil respiratoire sont réduits à leur minimum; aussi conçoit-on la difficulté de diagnostiquer la tuberculose à cette époque de la vie; d'ailleurs dans l'enfance les manifestations méningées sont beaucoup plus bruyantes que les phénomènes pulmonaires.

Traitement. — La gravité de la phtisie aiguë est telle que le plus souvent la thérapeutique est réduite à l'impuissance. Comme il n'existe pas de traitement spécifique de la tuberculose, on ne saurait employer que des moyens palliatifs. Les médicaments, tels que l'iodoforme et la créosote, qui dans la phtisie chronique donnent parfois d'heureux résultats, sont peu indiqués et souvent mal tolérés dans les formes aiguës de la tuberculose; seul le tannin à hautes doses (1 à 3 grammes par jour) jouit d'une certaine faveur dans la thérapeutique de la tuberculose à lésions massives.

Le traitement symptomatique s'adresse surtout à la dyspnée, à la fièvre, à l'état général. La dyspnée de la phtisie aiguë est rebelle à toutes les médications; elle ne cède guère ni aux révulsifs (sina-pismes, ventouses), ni même au meilleur des eupnéiques, à la morphine.

La fièvre n'est pas moins tenace; cependant l'antipyrine, au dire de certains auteurs, serait un véritable spécifique de la fièvre tuberculeuse, tandis que son action est beaucoup moins nette dans la fièvre typhoïde; il y aurait même là, suivant ces auteurs, un caractère différentiel entre ces deux affections. C'est encore aux sels de quinine, administrés à hautes doses, qu'il faut donner la préférence; ils combattent à la fois la fièvre, l'infection et l'élément congestif, dont

l'importance est considérable dans certaines formes de phtisie aiguë. A la médication quinique on joindra les toniques (alcool, vins, kola), sans jamais négliger l'alimentation. Néanmoins, il faut le reconnaître, la thérapeutique a peu de prise sur la phtisie aiguë, affection qui ne pardonne guère.

I. BRUHL.

PHTISIE CHRONIQUE

Historique. — L'étude historique de la phtisie chronique se relie d'une façon tellement étroite à celle de la tuberculose en général qu'il est presque impossible de l'en séparer complètement. Cependant la notion de phtisie en tant que maladie consomptive est bien plus ancienne que celle du tubercule en tant que lésion, et déjà Hippocrate et les anciens connaissaient cliniquement la phtisie pulmonaire; mais ils confondaient sous le nom de *φύμα* des lésions très disparates. Le premier, Arétée donna une description clinique détaillée de l'évolution de la phtisie. Le moyen âge se contenta de copier les anciens, et il faut arriver au dix-septième siècle pour voir poindre les premiers efforts vers la connaissance des lésions anatomiques.

Sylvius a tenté la première explication anatomo-pathologique de la phtisie : pour lui les tubercules sont des glandes scrofuleuses du poumon qui se ramollissent et se vident. Morton (1689) généralise la conception de Sylvius et fait de la phtisie une *dépendance de la scrofule*. Au dix-huitième siècle, les observateurs (Boerhaave, Hoffmann, Lieutaud) s'en tiennent aux idées de Sylvius, mais petit à petit, les observations s'ajoutant et se complétant, l'idée de phtisie se lie à celle de lésions ulcéreuses du poumon.

Avec les premières années du dix-neuvième siècle, l'histoire de la phtisie pulmonaire fait un grand pas sous l'impulsion de Bayle et surtout de Laennec.

Bayle distingue six espèces de phtisie : 1° phtisie tuberculeuse; 2° phtisie granuleuse; 3° phtisie avec mélanose; 4° phtisie ulcéreuse; 5° phtisie calculeuse; 6° phtisie cancéreuse. On voit par l'énumération qui précède l'erreur consacrée par cette division, qui range encore le cancer du poumon et certaines pneumonies chroniques à côté de la phtisie par tuberculose pulmonaire.

Le génie de Laennec fait disparaître toutes ces divisions; l'illustre médecin proclame l'unité de la phtisie et il donne des lésions anatomiques une description admirable, à laquelle sans doute on a pu

ajouter quelques détails, mais dont aujourd'hui encore on ne peut rien retrancher. L'histologie a conservé les divisions que Laennec avait établies et les recherches ultérieures n'ont été qu'une éclatante confirmation de son œuvre. Pour lui les formes anatomiques de la phtisie ne sont que des variétés d'une seule et même production, le tubercule, ce dernier étant, non pas un produit d'inflammation banale, mais une substance étrangère à l'organisme, une sorte de néoplasie. L'œuvre de Laennec ne se borne pas à ces données anatomiques; grâce à l'auscultation, il a fait connaître un certain nombre de signes physiques qui sont de la plus grande valeur, et partant il a contribué à édifier l'histoire clinique de la phtisie.

La conception lumineuse de Laennec rencontra bientôt de violents contradicteurs, en tête desquels était Broussais; à sa suite Cruveilhier, Lallemand, Graves cherchèrent à renverser l'édifice élevé par Laennec. Cependant l'étude clinique de la phtisie ne fut pas négligée en France; les noms de Louis, Andral, méritent à ce point de vue une mention spéciale.

Mais ce fut surtout sur le terrain anatomique que des discussions sans fin s'engagèrent. La doctrine uniciste fut principalement combattue par les histologistes allemands, Reinhardt et Virchow. Suivant Virchow, seule la granulation grise est du tubercule; la matière caséuse n'est qu'un produit inflammatoire et n'est pas spéciale à la phtisie. Avec les travaux de Grancher et de Thaon (1872), les idées de Virchow furent battues en brèche; les leçons du professeur Charcot (1877) consacreront l'unité de la phtisie qui, dès lors, était constituée pour toujours; car bientôt la découverte de la véritable nature de la tuberculose venait mettre un terme aux discussions entre dualistes et unicistes en donnant à ces derniers un argument irréfutable en faveur de leur doctrine.

En 1865, Villemin publiait des expériences démontrant que la matière tuberculeuse était inoculable et qu'on pouvait expérimentalement produire la phtisie chez les animaux. Malgré de nombreuses contradictions, la question une fois posée demandait une solution définitive. Les recherches de H. Martin, de Klebs, de Toussaint, etc., mirent hors de doute la nature infectieuse de la phtisie. En 1882, R. Koch trouva et cultiva le microbe de la tuberculose. Cette découverte terminait à jamais les discussions sur la nature de la phtisie et elle est aujourd'hui acceptée sans conteste.

Anatomie pathologique¹. — Rien n'est plus variable que l'aspect général du poumon chez les sujets qui ont succombé à la

1. Voir, pour plus de détails : H. DUBIEF, *Anatomie pathologique de la phtisie pulmonaire*, 1 vol. (Pour paraître prochainement dans la Bibliothèque médicale Charcot-Debove.)