

embrocations d'huile de chloroforme, etc. Quand la *dyspnée* est forte, comme cela a lieu d'ordinaire dans les dernières phases de la maladie ou quand un pneumothorax s'est produit, les *narcotiques* (morphine) sont indispensables.

Le *traitement de l'hémoptysie intercurrente* a de l'importance. Considérant que de légères traces de sang dans les crachats annoncent souvent une hémoptysie plus considérable, la plus grande prudence est de rigueur dès que du sang apparaît dans l'expectoration. Les malades doivent garder le repos le plus absolu du corps, éviter les boissons chaudes et les alcooliques. Quand l'hémorragie pulmonaire est un peu forte, le *repos complet au lit* est de toute nécessité. On doit se garder d'explorer trop minutieusement le poumon, et surtout de trop percuter. On place sur le côté d'où l'on soupçonne que l'hémorragie dérive, une *vessie flasque de glace*, pas trop pesante. Le froid est d'ordinaire bien toléré. Il est rare qu'il provoque des accès de toux et dans ce cas on doit l'abandonner. On recommande en même temps de faire avaler de petits fragments de glace. Les *narcotiques* (morphine) conviennent le mieux de tous les remèdes internes, parce qu'en réprimant les forts ébranlements de la toux, ils favorisent l'arrêt de l'hémorragie. Parmi les médicaments qu'on prétend être hémostatiques, il faut citer avant tout l'*ergotine* (deux à trois pilules de 0,05 par heure), puis l'*acide sclérotinique* (2 à 3 seringues de Pravaz en 24 h. en injection sous-cutanée d'une solution à 4 %) et l'*acétate de plomb* (de deux en deux heures une poudre de 0,05 à 0,1, parfois associée à la morphine). Dernièrement on a aussi vanté l'*atropine* (en pilules de $\frac{1}{2}$ à 1 milligr.) contre les hémorragies pulmonaires graves. La *liqueur de sesquichlorure de fer* (2,0 sur 100 d'eau, d'heure en heure ou de 2 en 2 h. une cuill. à soupe) qu'on a également préconisée, est probablement tout à fait inactive sous cette forme. Un moyen qui paraît être souvent d'une utilité réelle et qu'on a d'ailleurs presque toujours sous la main, c'est le *sel de cuisine*. On en fait prendre une ou plusieurs cuillerées à thé dans un peu d'eau. Les acides (limonade au citron, élixir acide de HALLER) sont également des remèdes familiers dans les hémorragies pulmonaires.

En outre, quand l'hémorragie est suspendue, les malades doivent longtemps encore être d'une prudence extrême, puisque les récidives sont fréquentes.

La *fièvre hectique des phthisiques* se distingue par sa grande résistance vis-à-vis des moyens antipyrétiques. Il est d'ordinaire *parfaitement inutile* de vouloir la combattre par de grandes doses de quinine ou de médicaments analogues. L'*antipyrine* même ne donne qu'un bénéfice momentané. Mais

les *frictions froides* générales, surtout le soir à l'heure de la chaleur fébrile, méritent à un haut degré d'être recommandées. Ces frictions sont d'ordinaire bien tolérées et procurent au malade un rafraîchissement et un soulagement manifestes.

Les *sueurs accablantes* des phthisiques diminuent aussi parfois à la suite des lotions froides. Si malgré cela, elles ne cessent pas, on prescrit quelquefois avec avantage de l'*atropine* (le soir 0,0005 à 0,001). Cependant l'effet du remède ne se maintient d'ordinaire pas longtemps. Outre l'*atropine* on a préconisé contre les sueurs nocturnes des phthisiques l'*agaricine* en pilules de 0,005 à 0,01 et la *picrotoxine* (le soir 0,008 à 0,01 en solution ou sous forme pilulaire). On peut également recommander du saupoudrer le corps avec de la *poudre salicylée* (acide salicylique 5,0, talc de Venise 95,0). Le *thé de sauge* enfin est aussi un remède familier contre les sueurs (le soir deux ou trois tasses prises à froid), de même que du lait avec du cognac.

Si l'*appétit manque*, de petites doses de *quinine* (teint. de quinq. composée, vin de quinquina) et autres moyens amers (teinture amère) agissent parfois avantageusement. Il est bon aussi de faire prendre un peu d'*acide chlorhydrique* (5 à 10 gts d'acide muriatique dilué) au repas. — La diarrhée des phthisiques est quelquefois très difficile à combattre. Le remède le plus efficace, c'est l'*opium* associé à du tannin ou à de l'acétate de plomb. V. pour plus de détails le chapitre de la tuberculose intestinale.

En vue d'améliorer l'*état général* et l'*anémie*, on donne fréquemment, surtout au début, des *préparations de fer* (quelquefois associé à la quinine ou à l'arsenic, v. plus haut). Cependant l'expérience enseigne qu'elles sont contreindiquées chez les malades qui ont de la fièvre ou de la tendance aux hémoptysies.

Le traitement *des complications* est décrit dans des chapitres spéciaux.

CHAPITRE SEPTIÈME.

TUBERCULOSE MILIAIRE AIGUË GÉNÉRALE.

Étiologie. La tuberculose miliaire constitue une forme de la tuberculose dont les particularités anatomiques aussi bien que la marche clinique spéciale demandent à être décrites à part. Cette maladie se caractérise anatomiquement par un *développement excessivement abondant et s'effectuant en un temps relativement court, de tubercules miliaires dans un grand nombre d'organes*. Nous ne pouvons nous figurer ce processus qu'en supposant qu'une nuée de bacilles se répande par tout le corps, et que ceux-ci, en pénétrant à la fois dans les différents organes, y donnent

naissance aux tubercules. Depuis longtemps BUHL avait posé en loi que, dans toute tuberculose miliaire aiguë, il devait y avoir en l'un ou l'autre recoin de l'organisme un foyer caséux d'où, par résorption de la matière caséuse dans le sang, était résultée l'infection générale. Au surplus des recherches récentes nous ont fourni sur la voie que suit cette infection générale, des données beaucoup plus précises. POFICK le premier trouva en quelques cas de tuberculose miliaire aiguë, une *tuberculose étendue du canal thoracique*, accompagnée d'une désagrégation de la néoplasie tuberculeuse. On comprend aisément que, à raison de la libre confluence du tronc lymphatique avec la veine sous-clavière, la matière tuberculeuse puisse directement pénétrer en grande masse dans la circulation, et dès lors se disséminer en peu de temps dans les organes les plus divers. Cependant la *tuberculose des gros troncs veineux*, découverte par WEIGERT, surtout celle des veines pulmonaires, paraît être plus fréquemment encore le point de départ de la tuberculose miliaire aiguë générale. Ce sont ordinairement des ganglions tuberculeux, parfois d'autres foyers de tubercules, qui se fusionnent avec une paroi veineuse avoisinante, l'imprègnent peu à peu jusqu'à ce qu'ils aient complètement pénétré dans la lumière de la veine. Si maintenant cet endroit vient à se caséifier et à s'ulcérer, il en résulte que la matière infectieuse est incessamment balayée par le courant sanguin, propulsée et entraînée dans les autres organes.

Comme ce genre de foyers, par exemple un ganglion bronchique tuberculeux, peut subsister longtemps sans provoquer le moindre symptôme, on s'explique que la tuberculose miliaire éclate parfois d'une manière soudaine, chez des personnes *jouissant auparavant des attributs d'une santé parfaite*. Dans d'autres cas, les malades souffrent depuis quelque temps déjà de telle ou telle affection tuberculeuse, quand tout à coup, dans l'un ou l'autre endroit du corps surgissent les conditions qui favorisent le développement de la tuberculose miliaire. C'est ainsi que nous voyons la maladie se déclarer chez des gens qui sont atteints d'une *phthisie pulmonaire commune*. Cependant dans la *phthisie avancée*, la tuberculose miliaire aiguë est une exception. Si l'on découvre à l'autopsie de la tuberculose miliaire aiguë générale, d'anciennes altérations phthisiques dans les poumons, ce qui n'est pas fréquent du tout, celles-ci ne sont d'ordinaire pas très prononcées et ne consistent qu'en quelques vieux foyers formés en partie de callosités, et qu'en indurations pigmentées, etc. On voit assez souvent la tuberculose miliaire se produire comme conséquence d'un *exsudat pleurétique*. Nous avons fait remarquer plus haut que dans ces cas la pleurésie elle-même était déjà de nature tuberculeuse. En outre, la tuberculose

miliaire se montre chez des personnes atteintes de vieilles *affections tuberculeuses des os et des articulations* (coxitis, carie vertébrale), *d'engorgements ganglionnaires tuberculeux* (au cou, aux aisselles), de *tuberculose des organes génito-urinaires*, etc. Cependant dans tous ces cas l'affection tuberculeuse constatée pendant la vie n'est pas toujours le point de départ de la tuberculose miliaire généralisée. Mais en tout état de choses, l'existence d'une pareille affection est de la plus grande importance diagnostique, en ce sens que, grâce à elle, l'attention est constamment tenue en éveil sur l'éventualité d'une infection tuberculeuse généralisée.

Parfois encore on a vu la tuberculose miliaire éclater à la suite d'autres maladies aiguës, comme par exemple, le typhus abdominal, la rougeole, etc.

Anatomie pathologique. Abstraction faite de la présence d'une ancienne affection tuberculeuse dans l'un ou l'autre organe et de la tuberculose d'une veine ou du canal thoracique, dont nous avons parlé dans le paragraphe précédent, et qui serait susceptible d'être découverte, les lésions anatomiques de la tuberculose miliaire aiguë consistent dans l'imprégnation d'un grand nombre d'organes par des tubercules miliaires. Les organes régulièrement atteints sont principalement les poumons, le foie, la rate; les reins, le corps thyroïde, la moelle osseuse, le cœur, la choroïde le sont à peu près toujours; les membranes séreuses et les méninges le sont moins souvent, mais assez fréquemment encore. Dans tous ces organes, les nodules miliaires peuvent se rencontrer en grand nombre. On peut en partie les reconnaître à l'œil nu et les sentir très nettement au doigt dans le poumon. Dans plusieurs organes, le foie notamment, souvent aussi dans la rate, ils sont difficiles à distinguer à la simple vue, mais faciles à découvrir à l'aide du microscope. Nous renvoyons au chapitre de la tuberculose pulmonaire pour ce qui concerne la structure histologique des tubercules miliaires et la démonstration des bacilles qu'ils renferment. Disons encore que dans quelques cas, à marche plus chronique, les nodules acquièrent la dimension de foyers tuberculeux plus considérables (de la grosseur d'une lentille jusqu'à celle d'un pois). Il y a aussi des cas de tuberculose miliaire moins prononcée, dans laquelle les organes sont atteints en moins grand nombre et en outre à un moindre degré.

Marche générale de la maladie. Les symptômes cliniques de la tuberculose miliaire dépendent de deux facteurs: d'abord de l'infection générale du corps, et secondement de l'affection tuberculeuse locale de certains organes. Tandis que dans beaucoup d'organes la tuberculose miliaire est absolument dépourvue de tout symptôme, comme par ex. dans le foie, les reins, le cœur, la moelle osseuse, etc., il y en a deux

où elle se traduit par des symptômes locaux les plus caractérisés ; le poumon, et surtout le cerveau. La tuberculose miliaire de la choroïde, découverte par COHNHEIM et MANZ, ne se révèle non plus par aucun symptôme, mais elle peut être directement décelée par l'ophthalmoscope et acquiert par là une grande valeur diagnostique.

D'après la prédominance de l'un ou de l'autre groupe de symptômes que nous venons d'indiquer, la tuberculose miliaire présente un tableau morbide complètement différent. Nous distinguerons les quatre formes qui suivent.

1. *Tuberculose miliaire avec prédominance de symptômes d'infection générale. Forme dite typhique.* Cette forme peut présenter une grande analogie avec le typhus abdominal. Des personnes parfaitement saines en apparence ou quelque peu entachées de tuberculose, tombent malades avec des symptômes généraux graduellement croissants, de la prostration, de l'anorexie, de la céphalalgie et de la fièvre. Comme aucune affection locale appréciable ne rend compte de cet appareil morbide, la maladie peut, au début, être très bien prise pour un typhus. L'état général devient de plus en plus grave, la fièvre est intense, se rapprochant du type continu, et il se déclare des symptômes cérébraux. Dans quelques cas même, un exanthème roséoliforme peut encore augmenter la ressemblance avec un typhus abdominal. Cependant en y regardant de plus près, on voit presque toujours dans les phases subséquentes se produire des phénomènes qui, jusqu'à un certain point, sont caractéristiques de la tuberculose miliaire et qui relèvent soit de la tuberculisation des poumons, soit de celle du cerveau. Le faciès du malade est d'une *pâleur particulière* et en même temps manifestement *cyanoisé*. La *respiration* devient excessivement *profonde* et *dyspnéique*. Quelquefois ce sont les signes d'une *méningite tuberculeuse* (raideur de la nuque, perte de conscience, troubles dans l'innervation des muscles de l'œil, etc.) qui apparaissent et auxquels le malade succombe. La durée de ces cas, à partir du début des symptômes graves, est d'une semaine et demie à trois semaines.

2. *Tuberculose miliaire avec prédominance de symptômes pulmonaires.* Ces cas peuvent se déclarer assez subitement, à peu près comme une pneumonie croupale aiguë, ou ne se développer que peu à peu à la suite d'un stade prodromique d'assez longue durée. Dès le début, les symptômes indiquent qu'il s'agit surtout d'une maladie des poumons ou de la plèvre. Les malades se plaignent de points de côté, de toux, de gêne respiratoire, etc. En même temps il y a une profonde faiblesse générale et de la fièvre. Dans la suite les symptômes pulmonaires s'accroissent de plus en plus. Les malades éprouvent une *dyspnée excessive*, et le plus souvent on constate objectivement une

bronchite diffuse intense. Le faciès du malade est d'une pâleur cyanotique et anxieux. La mort arrive avec tous les signes de l'insuffisance respiratoire. La marche est d'ordinaire un peu plus longue que dans la forme typhique et peut s'étendre à trois ou quatre semaines et au delà.

3. *Tuberculose miliaire avec prédominance de symptômes cérébraux dépendant de la méningite tuberculeuse.* La tuberculose des méninges n'est pas un élément constant de la tuberculose miliaire générale. D'après notre estimation, elle ne se produit que dans la moitié des cas. Mais quand elle se développe, elle imprime presque toujours à l'ensemble du tableau clinique le cachet caractéristique de la méningite tuberculeuse qui efface complètement les autres phénomènes morbides. La céphalalgie, la fièvre, l'obtusion portée jusqu'au coma, la raideur du dos et de la nuque, les troubles d'innervation des muscles oculaires en sont les symptômes les plus saillants. Dans ces cas on porte souvent le diagnostic de méningite tuberculeuse, et presque jamais celui de tuberculose miliaire généralisée. Dans les exemples qui nous sont personnels, il n'y avait pour tout caractère indiquant la tuberculose miliaire simultanée du poumon, que la respiration remarquablement profonde et précipitée qui persistait nonobstant le coma le plus profond.

Les symptômes de la méningite tuberculeuse prédominent en beaucoup de cas dès le début dans le tableau morbide. Dans d'autres circonstances, ils se déclarent seulement au cours de la tuberculose miliaire et en forment la dernière période. De là résulte que la durée totale de la maladie est très variable.

4. *Tuberculose miliaire à marche lente et à détermination symptomatique tardive. Forme intermittente.* Indépendamment des formes mentionnées jusqu'ici, il se présente des cas à allures traînantes qui peuvent avoir une durée totale de huit à dix semaines et en même temps revêtir une physionomie si peu précise que le diagnostic demeure longtemps douteux, si tant est qu'il soit possible. Les malades se plaignent de symptômes généraux de tout genre, de douleurs de tête, d'abattement, parfois aussi de douleurs thoraciques dont il n'y a pas moyen de découvrir de raison objective satisfaisante. Presque toujours il y a de la fièvre, pas très forte d'ordinaire, et d'un type tout à fait irrégulier. Dans quelques cas cependant nous avons observé pendant un certain temps des accès de fièvre à retour presque périodique et précédés d'un *frisson* assez intense, de sorte qu'au début on aurait pu croire à une fièvre intermittente irrégulière (*forme intermittente*). Dans la suite, les manifestations s'accroissent de plus en plus. L'anéantissement inexplicable des forces, l'amaigrissement et l'anémie sont des signes décisifs et importants pour le diagnostic. A la fin, les symptômes pulmo-

naires ou les signes d'une méningite tuberculeuse se prononcent davantage et les malades y succombent.

Il importe de faire remarquer que les quatre formes de tuberculose miliaire que nous venons d'établir ne sont que des cadres typiques. Dans tel cas donné on notera fréquemment une déviation de forme ou une transition d'un type à l'autre.

Symptômes en particulier. 1. *Phénomènes généraux.* Dans tous les cas de tuberculose miliaire aiguë, l'état général des malades est très grave. La plupart sentent qu'ils sont profondément atteints, quoique, par suite de l'absence de douleurs, ils ne se plaignent pas de malaises particuliers. La maladie prenant de l'extension, ils éprouvent souvent, indépendamment de la dyspnée, un grand *sentiment d'angoisse et d'oppression*. Toute la surface cutanée, et notamment la face, revêt une *pâleur* spéciale, propre à la maladie et qui s'allie à une *cyanose* prononcée des lèvres et des joues.

2. *Fièvre.* La tuberculose miliaire aiguë est presque toujours accompagnée d'une fièvre plus ou moins intense. Ce n'est que chez un petit nombre de malades que la marche de l'affection est apyrétique. Il arrive plus fréquemment que dans les cas à marche lente la température se rapproche de temps en temps de la normale ou n'est que faiblement élevée. Le cours fébrile n'a rien de caractéristique en lui-même ou de typique. Dans les cas à manifestations typhiques, la fièvre est d'ordinaire assez forte, oscillant entre 39°,5 et 40°,5, et se rapprochant de la fièvre continue, de manière que la courbe thermique est parfaitement semblable à celle d'un typhus abdominal. Dans les autres formes de tuberculose miliaire, la fièvre est irrégulière, interrompue par des rémissions fréquentes, et parfois, pendant un certain temps, assez régulièrement rémittente ou intermittente. La terminaison mortelle a lieu par une température fébrile modérée ou dans le collapsus. Quand il y a en même temps tuberculose méningée, il se présente aussi des ascensions terminales considérables, portées jusqu'à 42°,0 et au delà.

3. *Appareil respiratoire.* On comprend facilement que l'examen physique du poumon ne peut fournir des données décisives. Parfois il ne livre presque aucun résultat positif, et c'est précisément le *contraste qui existe entre la respiration laborieusement dyspnéique et l'insignifiance des symptômes objectifs pulmonaires, qui constitue un signe diagnostique important*. En général, l'auscultation décèle les caractères d'un catarrhe bronchique intense : des râles bronchiques secs, disséminés dans les deux poumons, ou des râles sous-crépitaux multiples à petites et moyennes bulles. Le murmure vésiculaire lui-même est ordinairement puéril ; en beaucoup de cas cependant il est indistinct, rude ou aspiratif. Chez un de nos malades, il existait au niveau

de parties limitées du poumon, un bruit à l'inspiration, âpre, humant, tout à fait particulier, tel que nous ne l'avons jamais perçu dans d'autres circonstances. JURGENSEN décrit un bruit de frottement doux qui serait produit par la tuberculose miliaire de la plèvre. La *percussion* ne révèle presque pas d'altération objective. Parfois le son est légèrement tympanique ou un peu mat en quelques endroits.

Quelquefois on observe dans la tuberculose miliaire aiguë des *infiltrations pneumoniques* circonscrites qui peuvent même faire prendre la tuberculose miliaire pour une pneumonie croupale, par suite de la matité considérable, de la crépitation et du souffle bronchique auxquels elles donnent lieu.

Rappelons enfin que, dans une partie des cas, l'exploration objective fait découvrir de vieilles altérations pulmonaires, une affection phthisique du sommet, les reliquats d'une pleurésie, etc. La découverte certaine d'une ancienne altération tuberculeuse de cette nature peut avoir une grande valeur diagnostique dans des cas douteux.

Parmi les autres symptômes pulmonaires, la *dyspnée* a été mentionnée à diverses reprises. La respiration est très accélérée d'ordinaire, principalement dans les phases avancées de la maladie, de manière que les adultes mêmes peuvent avoir de 40 à 60 et jusqu'à 70 mouvements respiratoires par minute. De plus, la respiration est remarquablement profonde et souvent accompagnée d'un fort bruit qui frappe l'oreille. En général, il y a de la *toux* qui cependant ne devient fatigante qu'en cas de bronchite étendue. Communément elle est d'une bénignité étonnante. Les *crachats* sont d'ordinaire rares et leur aspect n'a rien de caractéristique. Disons surtout que les bacilles tuberculeux y *font défaut*, à moins qu'il n'y ait en même temps d'anciens foyers tuberculeux ulcérés.

4. *Appareil circulatoire.* Le *pouls* est fréquent (environ 100 à 120 pulsations à la minute), souvent faible et petit, parfois irrégulier, surtout quand il y a de la méningite tuberculeuse concomitante. Les tubercules miliaires qu'à l'autopsie on découvre presque toujours dans le cœur (notamment dans l'endocarde), ne donnent lieu à aucun symptôme. Quant aux *bacilles tuberculeux* qui existent dans le sang, v. plus bas.

5. *Appareil digestif.* Les *vomissements* se produisent parfois au début de la maladie. Les *selles* sont retardées, mais souvent il existe une diarrhée modérée. L'anorexie, la soif, la sécheresse de la langue dépendent de l'affection générale et de la fièvre. La *rate* est d'ordinaire un peu gonflée, rarement d'une façon considérable.

6. *Système nerveux.* Dans beaucoup de cas à symptômes pulmonaires prédominants, le *sensorium* reste libre jusqu'à la fin. D'autres fois il se pro-

duit de bonne heure des symptômes cérébraux qui relèvent de l'infection générale — céphalalgie, vertiges, obtusion, délire. Les symptômes nerveux occupent le tout premier plan, comme nous l'avons dit, du tableau morbide, quand il y a simultanément de la *méningite tuberculeuse*. Dans tel cas particulier, il peut être difficile de décider si les manifestations nerveuses dépendent de la méningite ou sont simplement de graves symptômes généraux d'ordre nerveux.

7. *Yeux.* L'examen ophthalmoscopique du fond de l'œil a une importance diagnostique prééminente, puisque la découverte positive de *tubercules miliaires dans la choroïde* donne une certitude absolue au diagnostic. Le résultat négatif de l'examen n'autorise cependant pas à poser un diagnostic contraire, attendu que les tubercules manquent souvent ou ne s'y montrent qu'en nombre excessivement restreint. La recherche en est presque toujours ardue et exige beaucoup d'exercice et de méthode d'investigation. Dans la méningite tuberculeuse on rencontre parfois de la *névrite optique*.

Diagnostic. Le diagnostic de la tuberculose miliaire aiguë générale est à juste titre considéré comme très difficile. Cela n'a rien d'étonnant, puisque à l'autopsie on constate assez souvent une tuberculose miliaire à laquelle on n'avait pas songé pendant la vie. A posteriori cependant, on doit le plus souvent convenir qu'on aurait très bien pu en ces cas porter son attention du côté d'une tuberculose aiguë. Par conséquent, si l'on a soin, du vivant du malade, de tenir compte de la possibilité d'une tuberculose miliaire aiguë, on pourra, dans une série de cas, en poser le diagnostic avec assez de certitude.

D'abord, il faut redouter tout état général grave, communément associé à de la fièvre, et dont on ne parvient pas à découvrir de cause locale. A cet état viennent le plus souvent se joindre des symptômes pulmonaires, surtout cette dyspnée particulière qui ne s'explique pas suffisamment par les altérations objectives qu'on constate. Les soupçons nés de cette considération se confirment à un haut degré, quand on découvre une prédisposition marquée à la tuberculose, une tendance héréditaire ou constitutionnelle, une affection tuberculeuse antécédente (surtout la pleurésie, les affections chroniques des os, etc.). On considère comme caractéristique la pâleur cyanotique particulière des malades.

C'est sur les éléments dont nous venons de parler que se base le diagnostic différentiel entre la forme « typhique » de la tuberculose miliaire et le typhus abdominal. Les taches rosées véritables plaident évidemment en faveur du typhus, bien qu'elles se montrent aussi parfois dans la tuberculose miliaire ; de même les manifestations intestinales caractéristiques du

typhus (météorisme, selles). Cependant il ne faut pas oublier que les roséoles, tout comme les symptômes intestinaux, peuvent aussi manquer dans le typhus. La marche de la fièvre est toujours à envisager quand il s'agit du diagnostic différentiel. Elle est beaucoup plus souvent irrégulière et atypique dans la tuberculose que dans le typhus. Toutefois le tracé thermique ne décide pas souverainement. Nous avons parlé plus haut de l'argument décisif fourni par l'inspection du fond de l'œil.

Dans beaucoup de cas, les symptômes méningitiques viennent affirmer le diagnostic. Mais quand les malades ne sont soumis à l'observation que dans la période ultime de la méningite, le diagnostic, surtout quand le commémoratif est incomplet, est en réalité souvent impossible.

Parfois on confond la tuberculose aiguë avec la bronchite diffuse grave, surtout chez les vieillards qu'on considère comme emphysémateux. Dans ce cas, il n'y a qu'un état général d'une gravité exceptionnelle, la pâleur, la chute rapide des forces et la fièvre qui éveillent le soupçon de la tuberculose et rendent de la sorte le diagnostic possible.

Enfin la plus grande valeur diagnostique revient à la démonstration des *bacilles tuberculeux dans le sang*, laquelle est certainement difficile, mais a pourtant déjà parfaitement réussi à diverses reprises (WEICHSELBAUM et divers).

Pronostic. Les cas de « guérison de tuberculose miliaire » signalés dans les ouvrages sont d'un diagnostic si douteux qu'ils ne peuvent pas être considérés comme acquis. Nous devons en conséquence envisager le pronostic de tuberculose miliaire comme *absolument* défavorable. Nous avons parlé plus haut des variétés dans la marche de la maladie.

Traitement. Bien que la thérapeutique soit complètement impuissante, il faut pourtant, dans les circonstances susdites, intervenir quand même, attendu que le diagnostic ne peut être posé avec une certitude absolue. Le traitement est alors purement symptomatique. Les cas à aspect typhique doivent être traités tout comme un typhus (bains, excitants, etc.). Quand les symptômes thoraciques prédominent, les bains tièdes, les applications locales sur le thorax, les expectorants et les narcotiques sont indiqués. Si des symptômes méningitiques se déclarent, on essaiera la glace, éventuellement une soustraction sanguine locale et à l'intérieur l'iodure de potassium.

CHAPITRE HUITIÈME.

GANGRÈNE PULMONAIRE.

Étiologie. L'unique cause de la gangrène, c'est-à-dire de la mortification et de la putrescence du parenchyme pulmonaire, c'est la pénétration