

lose, restent encore un élément d'information plus précis que la radioscopie.

En France M. le professeur Bouchard, en Italie M. Maragliano, en Amérique le docteur Williams ont publié des observations dans lesquelles les signes physiques ne permettaient pas de porter un diagnostic certain et où la radioscopie, en montrant l'opacité du sommet du poumon permettait d'affirmer l'existence de la tuberculose confirmée postérieurement par l'évolution de la maladie.

C'est, en effet, là, nous semble-t-il le grand service que peut nous rendre actuellement la radioscopie.

La radioscopie peut-elle devancer l'auscultation au point de vue des lésions que n'accompagne aucune anomalie, aucun signe physique, aucune altération du murmure vésiculaire? Cela est loin d'être démontré, mais, par contre, ce qui est prouvé c'est qu'elle peut aider au diagnostic, en confirmant les signes douteux ou minimes donnés par l'auscultation.

Lorsque la tuberculose a fait des progrès suffisants pour que le diagnostic ne puisse plus hésiter, les signes physiques devenant non douteux, les bacilles apparaissant dans les crachats, etc., la radioscopie qui n'a plus grand intérêt au point de vue du diagnostic conserve toute son importance pour la délimitation des lésions et pour l'appréciation de leurs progrès ou de leur rétrocession.

La condensation du parenchyme pulmonaire qui s'établit autour des foyers tuberculeux se traduit par un défaut de transparence aux rayons X, qui peut aller, depuis un voile léger jusqu'à une opacité presque complète. Ces ombres ne se différencient pas du tissu voisin normal par une ligne nette de démarcation mais bien par une zone dégradée qui se confond insensiblement avec les parties claires.

Il en résulte que le sommet du poumon prend un aspect pommelé, selon l'expression de M. Béclère qui nous paraît des plus justes. La radiographie enregistre d'une façon durable, dans ce cas, ce que la radioscopie nous montre sur l'écran et le

sommet du poumon, au lieu de la clarté normale, nous donne une zone toute tachetée d'ombres.

« La grande utilité des rayons de Röntgen à cette période, dit M. Béclère, c'est que, le plus souvent ils renseignent mieux sur l'étendue des lésions que les autres modes d'examen.

Tantôt ils font découvrir que la tuberculose n'est pas limitée à un seul côté, tantôt ils révèlent dans l'un des poumons ou dans tous deux que les signes fournis par l'auscultation et la percussion ne correspondent qu'à une faible partie des lésions. »

Un signe précieux outre l'opacité est la diminution d'expansion pulmonaire : Le poumon du côté malade descend moins, dans l'inspiration, que la normale, il semble plus petit qu'un poumon sain, tandis que dans l'expiration il remonte aussi haut que le côté sain. Ce signe indique que le poumon a perdu en partie son élasticité au moins pour une partie de sa masse.

Dans un degré plus avancé de la phtisie pulmonaire, lorsque la période des cavernes a commencé, l'apparence des tissus malades change, la zone sombre d'infiltration pulmonaire s'éclaircit à son centre ou donne l'impression d'un espace clair environné d'un anneau sombre dont la circonférence se relie insensiblement au tissu voisin. Cependant ni l'écran fluorescent, ni les épreuves radiographiques ne montrent toujours cet aspect si caractéristique, quand il existe des cavernes (Béclère). Ce défaut de la clarté indiquant une cavité pleine d'air, n'a rien que de très compréhensible, lorsque la cavité est remplie de pus, on sait que les liquides sont opaques aux rayons X. Mais lorsque la vacuité de la cavité est certaine, l'explication de l'opacité aux rayons X est plus compliquée : elle semble être due à ce que les rayons traversent des couches alternatives de poumon condensé et caverneux et que la synthèse de ces clartés et de ces ombres donne comme résultante une opacité générale.

*Pleurésie.* — Dans la pleurésie sèche tuberculeuse, la radioscopie montre des opacités plus ou moins étendues qu'on

reconnait superficielles en faisant varier la position de l'écran et en examinant le malade un peu obliquement; la pleurésie

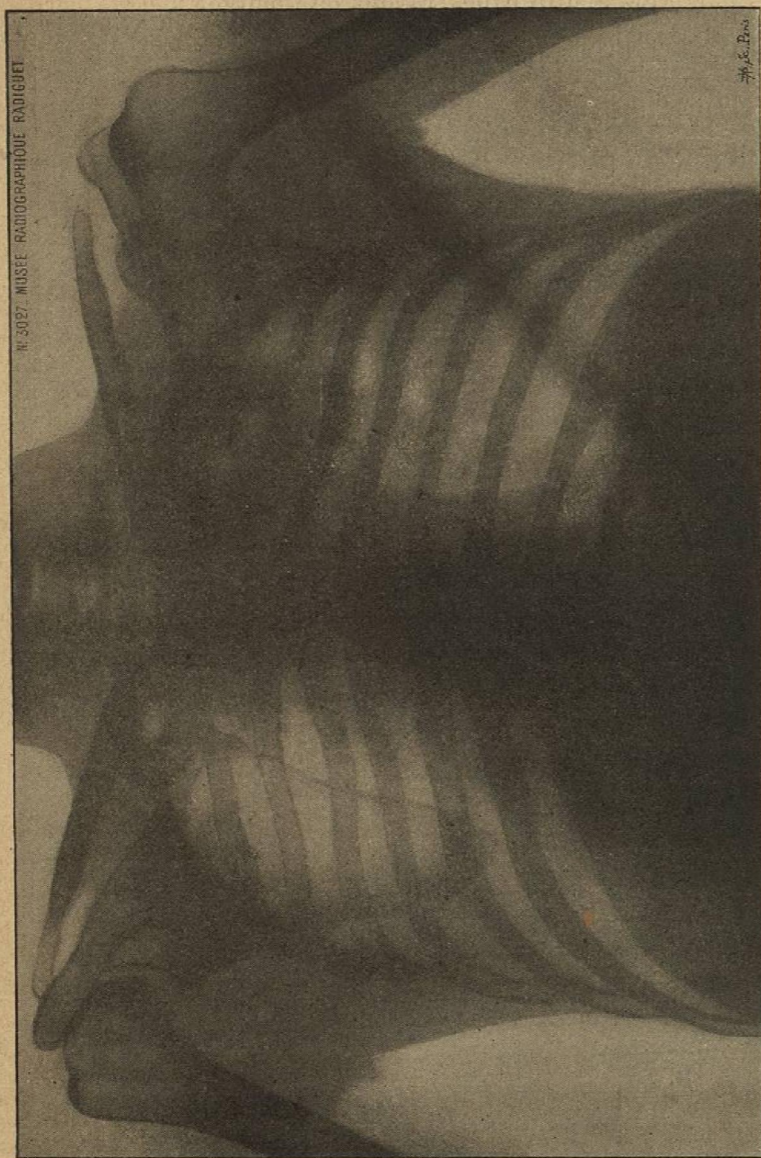


Fig. 86. — Thorax. — Homme 40 ans atteint de tuberculose du sommet du poumon droit, vue de des.

diaphragmatique avec peu ou pas d'épanchement dont le diagnostic est parfois si difficile et si incertain, les rayons X nous viennent en aide en indiquant l'immobilité et une augmentation notable de l'opacité normale du diaphragme du côté malade.

Mais c'est surtout pour la pleurésie avec épanchement que la radioscopie fournit des indications d'une précision extraordinaire. Le niveau du liquide s'apprécie avec la plus grande netteté tranchant par une ombre opaque sur la clarté pulmonaire. Dans certains cas, en produisant la succussion du malade on perçoit l'agitation du liquide comme si on secouait un vase rempli d'eau. En faisant coucher le malade on voit le liquide onduler ou son niveau rester horizontal. En outre, on constate le déplacement du cœur refoulé dans un sens ou dans l'autre, selon l'emplacement de l'épanchement. Il est ainsi facile à l'œil le moins exercé de suivre l'évolution de la maladie et de noter jour par jour le retrait ou l'augmentation du liquide.

*Congestion pulmonaire.* — L'ombre donnée par la congestion pulmonaire n'est pas très accentuée, mais elle a pour caractère de s'effacer presque complètement dans les inspirations profondes et de varier considérablement d'un jour à l'autre.

*Pneumothorax.* — Le côté de la poitrine qui est le siège de cette complication, apparaît, dit le docteur Williams, comme un vase à moitié plein d'encre; à la zone claire correspond la cavité pleurale distendue par l'air, à la zone sombre l'épanchement séreux ou purulent accumulé dans la partie déclive. Le poumon ratatiné, refoulé en haut, se montre sous forme d'une ombre dans la partie supérieure de la zone claire.

« Des examens répétés du même malade, à plusieurs jours d'intervalle, permettront de mesurer tous les changements qui se produisent dans la forme et la dimension du poumon. Quand un nouvel examen radioscopique fera constater une augmentation du volume de cet organe, c'est que la perforation pulmonaire sera fermée, puisqu'à cette condition seulement l'air contenu dans la cavité pleurale aura pu se résorber et le pou-