

accompagnée d'une altération semblable dans l'intestin, dans le péritoine ou dans l'encéphale ; de là des groupes symptomatiques additionnels qui témoignent de la généralisation du processus, et qui sont totalement étrangers à l'évolution des pneumonies phthisiogènes. Tels sont les divers ordres de signes qui concourent au diagnostic de la phthisie caséuse à début aigu ; ils sont à la fois nombreux et précis, et la situation, je dois vous le dire, est beaucoup moins nette pour les formes à début chronique. La question n'est plus limitée ici entre la phthisie pneumonique aiguë et la tuberculose aiguë, c'est-à-dire entre une maladie à phthisie et une maladie non phthisiogène ; la question se pose entre les deux espèces de phthisie chronique, la caséuse et la tuberculeuse.

Le début chronique ou torpide, sans alitement, ne se montre pas toujours dans les mêmes conditions, et l'on peut à cet égard distinguer deux groupes de cas ; je ne prétends pas qu'ils épuisent à eux deux les éventualités infiniment changeantes et mobiles de la clinique, mais ils contiennent sans contredit le plus grand nombre des faits, et ceux-là qui se présentent le plus communément à l'observation. Je range dans une première classe les cas dans lesquels le début de l'affection pulmonaire, tout en étant apyrétique, est bruyamment accusé par le développement d'une bronchite plus ou moins intense. Je réunis dans la seconde classe les faits dans lesquels le début, moins précis au point de vue de la date, est simplement caractérisé par quelque modification locale insignifiante de l'appareil respiratoire, et par une altération lente mais continue de l'état général.

Le début net par une bronchite offrant tous les symp-

tômes de la bronchite commune n'est pas absolument démonstratif ; cependant il constitue une présomption en faveur de la phthisie caséuse ; cette présomption est presque une certitude, si la bronchite a été bien positivement provoquée par un refroidissement ; il s'agit alors d'une de ces bronchites nocives à extension plus ou moins rapide, que Graves avait signalées sous le nom de bronchites scrofuleuses, et qu'il déclarait déjà indépendantes de la tuberculose. La situation est bien moins nette si la bronchite initiale, apparue spontanément, n'est point imputable à l'influence accidentelle du froid ; en effet, il n'y a pas de relation démontrée entre le refroidissement et le début de la tuberculose vraie, tandis qu'il est parfaitement établi que la formation granuleuse lente peut déterminer, avant toute autre manifestation, un catarrhe bronchique plus ou moins étendu. Si je m'en rapportais uniquement à mes observations, j'irais jusqu'à dire que le début par bronchite sans cause occasionnelle appréciable indique, chez les sujets au-dessous de trente ans, l'existence de la tuberculose et de la phthisie tuberculeuse ; mais les faits que j'ai étudiés ne sont pas assez nombreux pour autoriser une proposition aussi absolue. Il convient donc de rester encore sur le terrain des probabilités.

La conclusion est analogue pour les cas à début silencieux. Lorsque l'invasion du mal est sourde et insidieuse, lorsqu'on ne peut lui assigner ni une date fixe, ni un phénomène révélateur éclatant, lorsqu'il n'y a pas eu soudainement chez le malade, à un jour donné, un état plus mauvais, lorsqu'enfin on ne peut saisir qu'une altération lente et graduelle de la santé, avec des accidents locaux peu ou point appréciables, alors il est fort à craindre qu'il

ne s'agisse vraiment de la tuberculose chronique, et la chose est quasi certaine, si cet état est observé chez un sujet débile qui n'a pas atteint l'âge adulte, et qui a présenté dans son enfance des manifestations scrofuleuses. Dans bien des cas, vous retrouvez chez ces individus un habitus extérieur caractéristique que j'ai décrit comme un des *signes présomptifs* de la tuberculose : « La taille est élancée, le thorax et le cou allongés et grêles ; les muscles, particulièrement cervico-thoraciques, sont peu développés ; en revanche, les cheveux et les cils présentent une croissance remarquable, et les dents sont souvent fort belles ; les yeux sont vifs, brillants et animés ; la peau, fine et rosée, laisse apercevoir par transparence un réseau veineux azuré ; mais les extrémités des doigts sont fréquemment déformées, elles sont aplaties, se terminent carrément, ou par un renflement en massue (doigts hippocratiques). Les sujets ainsi constitués sont impressionnables, leur caractère est mobile, facilement irritable. En outre, ils s'enrhument à tout propos ; il se peut que ces rhumes guérissent aisément, mais souvent aussi ils traînent un peu en longueur et fatiguent les malades plus que de raison ; d'autres individus sont prompts à s'essouffler, le séjour dans un endroit trop chaud, une conversation un peu animée, rendent leur respiration courte et difficile, ou bien altèrent le timbre de leur voix. Lorsque cet état constitutionnel coïncide avec des antécédents de famille suspects, lorsque l'enfance du malade a été entachée de quelque accident scrofuleux, alors l'habitue extérieur prend réellement toute la valeur d'un signe présomptif. La granulose chronique est proche, et l'avertissement ne doit pas être perdu ; il faut tenter de con-

jurier le péril par un traitement prophylactique sagement conduit ¹. »

Quant aux phénomènes pathologiques qui signalent cette période initiale, ils ne sont pas toujours les mêmes ; souvent c'est un affaiblissement graduel sans cause saisissable, ou bien un amaigrissement notable qui frappe d'autant plus qu'il coïncide avec la persistance de l'appétit, et l'intégrité apparente des fonctions digestives ; dans d'autres cas, au contraire, ce sont des symptômes dyspeptiques dont ne peut triompher aucune médication, une susceptibilité intestinale qui se traduit par une tendance continuelle à la diarrhée, ou bien des désordres graves de la menstruation. Parfois on observe des modifications d'un ordre plus élevé : les dispositions morales et affectives changent peu à peu, le caractère devient irritable, fantasque, ou bien il est morose et taciturne, et chez un jeune sujet ce changement contre nature est plus propre encore à éveiller la sollicitude.

Lorsque, dans cette situation pleine d'incertitudes, vous voyez survenir quelque symptôme léger mais persistant vers le larynx ou la poitrine, le jugement est plus certain encore : il s'agit d'une tuberculose à évolution lente, et non pas de processus pneumoniques. Les premiers phénomènes directs qui concentrent l'attention sur l'appareil respiratoire sont extrêmement peu prononcés ; c'est l'altération de la voix propre au catarrhe laryngé subaigu ou chronique, et, dans les poumons, ce sont de simples modifications de la sonorité, si peu marquées parfois que, lorsqu'elles sont bilatérales, on

1. Jaccoud, *Traité de pathologie interne*.

reste forcément dans le doute ; dans le cas contraire, la possibilité d'un examen comparatif facilite l'appréciation ; ces signes de percussion doivent être recherchés avant tout dans les régions sus-claviculaires et dans les fosses sus-épineuses, ou bien, selon mon éminent collègue Gueneau de Mussy, dans le sillon pectoro-deltaïdien. Ce symptôme est bien léger, et pourtant il peut être fort tardif ; il manque, en effet, tant que les tubercules restent isolés et entourés d'un tissu perméable à l'air ; la sonorité normale, je vous l'ai dit déjà, ne peut être altérée qu'autant que les granulations sont conglomérées, ou compliquées d'infiltration pneumonique. Dès que la percussion fournit quelque signe positif, l'auscultation fait percevoir une altération du rythme ou du timbre du bruit respiratoire : l'expiration est longue, l'inspiration est saccadée, phénomène sur lequel mon savant et digne ami, le professeur Bourgade (de Clermont-Ferrand), a le mérite d'avoir appelé l'attention ; puis la respiration, dans son ensemble, devient rude et élevée, et il peut y avoir un retentissement exagéré de la voix. Remarquez, Messieurs, que ces signes stéthoscopiques ne sont, en définitive, que ceux d'un catarrhe bronchique à la période de siccité ; ils ne sont point l'expression immédiate de la granulose ; par eux-mêmes ils n'indiquent rien de plus que l'existence d'un état catarrhal persistant de la muqueuse bronchique, et ils ne deviennent un signe indirect de la tuberculose que dans les cas où ce catarrhe réalise certaines autres conditions : il faut qu'il ait pris naissance, sans cause occasionnelle saisissable, dans le cours de l'état maladif insidieux que nous venons d'étudier ; il faut qu'il reste pendant un certain temps limité au sommet ; il faut qu'il

ne soit pas compliqué, dès son apparition, de foyers pneumoniques ; il faut que, malgré l'exigüité, l'insignifiance du processus local, l'état général de l'organisme soit visiblement altéré ; ce contraste est un des meilleurs signes de la tuberculose commençante ; enfin, si le catarrhe suspect est d'emblée bilatéral, c'est une raison de plus et une raison puissante de le rattacher à la granulose. L'absence de ces conditions enlève au catarrhe limité des sommets toute signification positive, et le diagnostic entre le tubercule et la caséification simple doit être demandé à d'autres considérations.

Les signes précédents permettent par leur réunion une appréciation d'une précision satisfaisante, mais il faut reconnaître, pour ne pas perdre de vue la réalité pratique, que le médecin ne dispose pas toujours de ces éléments de jugement ; il s'agit ici, non de symptômes grossiers, mais de nuances délicates qui ne peuvent être saisies que par une observation soucieuse et prolongée, et par conséquent, si l'on n'a pas assisté à l'évolution initiale des accidents, il y a peu à compter, en général du moins, sur les renseignements donnés par le malade ; ils peuvent avoir une utilité réelle, mais ils ne sauraient suppléer à l'étude directe des phénomènes.

En tout état de cause, la marche de la maladie vient révéler un signe différentiel de majeure importance : l'extension des lésions au delà de l'appareil respiratoire est la règle pour la phthisie tuberculeuse ; la circonscription des désordres dans les poumons est la règle pour la phthisie pneumonique. Lors donc que vous observez chez un phthisique les symptômes des ulcérations laryngées ou intestinales, des signes de péritonites partielles, tels

que les douleurs dans les hypochondres, dont je vous ai parlé précédemment, ou bien des phénomènes encéphaliques imputables à la méningite ou à l'hydrocéphalie, vous pouvez attribuer à la tuberculose l'ensemble du processus, et affirmer la nature tuberculeuse de la phthisie. Il faut toujours tenir grand compte aussi de l'état des organes génitaux; je vous ai signalé déjà l'importance que présentent à ce point de vue les indurations de l'épididyme chez l'homme, les pelvi-péritonites chroniques chez la femme; on peut ajouter à ce groupe de symptômes l'hypertrophie de la prostate qui, chez des hommes jeunes, a une signification des plus précises, et les pertes séminales involontaires qui sont souvent le seul signe de la tuberculose des vésicules.

Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, des troubles visuels conduisent à pratiquer l'examen ophtalmoscopique, qui révèle l'existence de granulations choroïdiennes.

En résumé, déterminations diffuses dans la phthisie tuberculeuse, lésions bornées à l'appareil broncho-pulmonaire dans la phthisie pneumonique: voilà l'un des caractères différentiels les plus positifs; si vous y joignez ce fait que dans la tuberculose la détérioration générale de l'organisme est souvent hors de proportion avec l'exiguïté des altérations locales, tandis que dans la phthisie caséuse il y a toujours un parallélisme parfait entre la gravité de l'état général et l'étendue des désordres pulmonaires, vous aurez les plus importants des signes diagnostiques fournis par la marche de la maladie.

Je ne puis accepter l'opinion de Grossmann, qui affirme que dans la pneumonie caséuse il n'y a jamais

qu'un seul poumon de pris, et que c'est principalement le droit. Les deux parties de la proposition sont démenties par mes observations; mais je saisis cette occasion pour vous signaler l'œuvre trop peu connue de Grossmann: c'est faire acte de justice; les éléments du diagnostic sont incomplets, ils sont loin de la précision des signes que je vous ai fait connaître, mais il faut savoir que Grossmann a eu l'incontestable mérite de traiter le premier *in extenso* le diagnostic différentiel des deux phthisies¹.

Il est un autre signe dont la valeur, selon moi, n'est pas contestable, mais malheureusement il est inconstant, et il ne permet qu'un jugement très tardif. La tuberculose, je parle de celle qui est chronique et conduit à la phthisie, a toujours un début lent; j'ai insisté sur ce fait, mais ce n'est pas tout: elle conserve dans certains cas ces allures torpides jusqu'à une période très avancée; elle est alors longtemps apyrétique, et quand enfin elle devient fébrile, elle ne provoque pas une fièvre continue ou rémittente, elle ne donne lieu qu'à l'intermittente quotidienne vespérale qui est le type de la fièvre hectique. Lorsque les choses se passent ainsi, la question est jugée; il s'agit d'une phthisie tuberculeuse; cette marche est étrangère à la phthisie caséuse. Il peut bien se faire que les processus pneumoniques phthisiogènes s'établissent et gagnent peu à peu sans fièvre notable; mais bientôt la fièvre s'allume infailliblement, et elle présente des caractères qui n'ont rien de commun avec l'hectique pure;

1. Grossmann, *Miliartuberkulose und käsiges, pneumonisches Exsudat*. Mainz, 1863.