

CINQUANTE-TROISIÈME LEÇON

Recherche de la tuberculisation commençante. — Minuties de percussion nécessaires. — Intolérance du pneumogastrique cardiaque chez certains tuberculeux et palpitations insidieuses. — Intolérance du pneumogastrique stomacal chez certains autres, et dyspepsie ou gastralgie. — Période d'intolérance du poumon; phlegmasie ulcéreuse périphymique. — Longue vie possible, néanmoins, avec des cavernes pulmonaires, mais un bon estomac et pas de fièvre. — Guérison possible des cavernes.

MESSIEURS,

Par cela qu'on peut médicalement davantage au début qu'à aucune autre période de la tuberculisation pulmonaire, il importe d'employer à la recherche des signes de la tuberculisation commençante les finesses, j'ai presque dit les minuties de l'investigation physique des poumons.

Nous venons de voir que l'auscultation attentive et soupçonneuse permet de découvrir la respiration saccadée, si facilement inentendue si l'on n'y prend suffisamment garde. Eh bien, la percussion méthodique vous révélera d'autres indices corroborants.

Pour bien percuter il faut, au préalable, dépouiller la poitrine de tout vêtement, et surtout ne jamais percuter sur une chemise empesée ni sur un gilet de flanelle. Au cas où les exigences de la pudeur s'opposeraient à la percussion sur la peau nue, pratiquez-la sur un tissu très mince et bien tendu. Le meilleur procédé de percussion est encore, le malade étant assis sur un tabouret, de se placer non pas à côté de lui, mais en face, pour percuter le devant de la poitrine, et en arrière, pour percuter la partie postérieure.

Il faut pratiquer la percussion de haut en bas, par zones horizontales et découper ainsi le poumon en tranches successives.

Vous pouvez percuter sur le doigt ou avec le plessigraphe; si vous percutez sur le doigt, il faut le placer *parallèlement* et non

pas perpendiculairement aux espaces intercostaux, et vous comprendrez sans peine qu'on doit agir ainsi : les granulations se développant successivement de haut en bas, au début de la tuberculisation les tranches supérieures sont seules malades; en percutant sur le doigt horizontalement placé, vous ne faites vibrer que les couches lésées et vous obtenez un son dont la matité est proportionnelle à leurs lésions; tandis que si vous percutez sur le doigt verticalement placé, vous mettez nécessairement en vibration des tranches saines en même temps que des tranches malades, de sorte que, le son ainsi obtenu étant mixte et très peu différent du son normal, la lésion peut vous échapper.

Si vous percutez sur le doigt il faut, en avant, percuter les espaces intercostaux de préférence aux côtes, en déprimant fortement les parties molles avec le doigt sur lequel on percute, de manière à le faire toucher presque le poumon; il faut, en arrière, placer le doigt parallèlement à la fosse sus-épineuse, puis parallèlement à la fosse sous-épineuse, et ainsi de suite de haut en bas.

L'idéal de la percussion étant de faire vibrer à la fois le moins possible de tissus, il faut percuter la moindre surface possible; si donc l'on percute sur le doigt, le mieux est de percuter sur l'ongle de celui-ci et à l'aide de la pulpe de l'index droit seulement, en parcourant successivement du bout du doigt tout l'espace intercostal, du sternum à la partie externe. Vous pouvez ainsi tomber sur de petits îlots de matité qui échappent à la percussion d'ensemble de tout l'espace percuté à l'aide de la totalité du doigt frappé, ainsi qu'on le fait habituellement, par deux ou trois doigts de l'autre main.

Ce mode de percussion suffit dans les cas les plus ordinaires, mais dans ceux où il y a doute et où la percussion absolue est de rigueur, il est mieux d'employer le plessigraphe (fig. 42); la surface de percussion de cet instrument étant de 3 millimètres carrés, on peut, par son intermédiaire, percuter, millimètre à millimètre, chaque tranche horizontale du poumon, et segmenter ainsi cet organe. Or, comme le plessigraphe renforce le son, la moindre différence de tonalité vous est révélée; et au cas de granulations disséminées, celles-ci ne peuvent vous échapper, car

dans votre percussion ambulante vous frappez nécessairement sur quelques-unes d'entre elles.

Pour se servir de cet instrument, il faut le tenir de la main gauche entre le pouce, placé sur la virole, et l'index plus le médium; le solidement appliquer sur la peau et perpendiculairement à la surface percutée; enfin le frapper d'un coup sec, *légèrement et rapidement* avec l'index de la main droite: la vibration étant d'autant plus intense que le doigt qui percute reste moins de temps sur l'instrument.



FIG. 42.

Dans les cas douteux (et presque tous ceux de tuberculisation pulmonaire commençante le sont), il ne faut pas seulement percuter de place en place le même espace intercostal, il faut ensuite, un point mat, ou moins sonore, ou moins élastique, étant trouvé, percuter comparative-ment le point homologue du même espace intercostal du côté opposé.

Il faut encore y rechercher l'état de la *sensibilité*; or, le plessigraphe, frappant le poumon d'une façon plus directe et pour ainsi dire plus aiguë, provoque au point lésé une douleur très significative, aussitôt accusée par le malade, qui se plaint et se dérobe.

Qu'on se serve ou non du plessigraphe (fig. 42), il est nécessaire d'explorer par la pression à l'aide du doigt la sensibilité des deux premiers espaces intercostaux, ainsi que des fosses sus et sous-épineuses. Au cas de tuberculisation pulmonaire, le malade y éprouve le plus souvent spontanément une sensation douloureuse.

J'ai trop longuement insisté, dans d'autres leçons, sur l'importance des douleurs ressenties au sommet de la poitrine, comme signe de la tuberculisation pulmonaire, pour avoir à y revenir (1). Permettez-moi cependant de vous dire que ces douleurs « dans le dos ou

(1) Voir, t. 1^{er}, leçon XXV, *Points de côté de la tuberculisation pulmonaire.*

entre les deux épaules » rayonnent parfois jusque dans les pectoraux ou la partie supérieure du bras, dont elles gênent les mouvements, et sont souvent considérées alors comme de nature rhumatismale; — méfiez-vous-en; j'y ai été pris, et d'autres comme moi. — Une hémoptysie et les accidents ultérieurs de la tuberculisation évoluant, venaient plus tard me démontrer mon erreur.

C'est dans ces cas enfin que vous devez rechercher avec le plus grand soin, par l'auscultation, si la respiration est sèche, rude ou notablement affaiblie; si l'expiration est prolongée; si, enfin, la respiration est saccadée.

Je n'ai pas à vous décrire ici les signes classiques de la tuberculisation pulmonaire, vous les trouverez signalés dans vos traités de pathologie; ce que je veux, c'est vous mettre en garde contre certains cas insidieux de tuberculisation commençante, plus fréquents que vous ne pensez, et que vous ne pouvez observer à l'hôpital, où vous rencontrez la phthisie pulmonaire toute faite, et non pas se faisant, des tuberculeux déjà très malades, et non pas commençant à peine à l'être. Je n'insisterai donc pas sur la petite toux sèche due à la présence des granulations, ni sur la pâleur et la dyspnée, plus que proportionnelles au rétrécissement du champ de l'hématose par la présence des granulations; ce sont là des troubles fonctionnels nécessaires et qui se conçoivent.

Mais il est un trouble purement réflexe, évidemment dû à l'intolérance du pneumogastrique, très fréquent à la période latente de la tuberculisation pulmonaire, et bien fait pour vous induire en erreur: je veux parler des *palpitations*. Vous serez en effet souvent consultés par des gens qui viendront à vous ne se plaignant que de leurs palpitations, ne vous parlant que de leur cœur dont ils se disent malades, et qui ne sont autres que des tuberculeux. Trompés par leur récit, vous auscultez avec soin l'organe dont ils disent souffrir, et vous n'y constatez que des bruits éclatants, mais, à cela près, normaux; quelquefois un souffle au premier temps à la base, que j'ai vu attribuer à une lésion de l'orifice aortique et qui n'est qu'anémique, des battements trop fréquents, et un bondissement qui soulève le thorax.

Vous apprenez alors que ces palpitations surviennent parfois sans cause appréciable, ou sont simplement provoquées par le moindre effort, une marche rapide, l'ascension d'une côte ou d'un escalier ; qu'elles augmentent par l'ingestion des aliments et deviennent alors extrêmement pénibles. Or, une chose déjà vous éclaire, c'est que de telles palpitations ne sont pas l'apanage d'une maladie du cœur commençante, et qu'une maladie du cœur ancienne et aggravée par son ancienneté même, ne produit pas de simples palpitations, mais des irrégularités du rythme et de l'ampleur, toutes choses qui n'existent pas chez ces malades. Examinez attentivement alors les sommets de la poitrine, et cherchez-y les légers indices, signalés tout à l'heure, de la tuberculisation latente encore. Cherchez-les non seulement chez les jeunes sujets, chez les jeunes filles qu'on prend alors pour des chlorotiques, mais chez les femmes âgées, arrivant à la ménopause, qui maigrissent, pâlisent et palpitent sans que rien vienne expliquer l'altération notable de leur santé ; qui sont oppressées au moindre effort, mais ne toussent pas ; qui ont la peau chaude et sèche, surtout à la paume des mains et le soir, sans avoir de fièvre à proprement parler ; qui sont agitées et dorment mal sans éprouver rien de local ni de précis qui motive leur agitation et leur insomnie ; cherchez, dis-je, aux sommets de la poitrine, et vous finirez par y découvrir la saccade respiratoire sous les clavicules ; réservez alors l'avenir, communiquez même vos appréhensions à qui de droit, et trois mois, six mois, un an plus tard, vous les verrez justifiées par l'apparition des signes désormais incontestables de la tuberculisation confirmée.

Vous devez également chercher ces signes de la tuberculisation pulmonaire commençante chez les jeunes gens qui, sans cause appréciable, perdent peu à peu l'appétit, ou du moins éprouvent un dégoût permanent pour les aliments solides et réparateurs tels que la viande ; digèrent mal ce qu'ils mangent et le digèrent avec douleur, alors qu'autrefois leur appétit était vif et leur digestion indolente. C'est pour de pareils troubles qu'on vous consultera. Ils vous seront alors présentés non pas comme des désordres symptomatiques, mais comme des maladies, nosologiquement classées sous le nom de *dyspepsie* et de *gastralgie*. Et

rien n'est plus naturel en pareil cas que l'erreur ; le malade ne vous parle que de son estomac et ne peut vous parler que de cela, qui seul le fait souffrir. Pendant des mois, plus d'une année parfois, ils sont considérés comme de simples dyspeptiques, jusqu'au jour où une hémoptysie, par exemple, vient dénoncer la maladie véritable (1).

Ainsi la granulation peut rester un assez long temps latente localement, n'éveillant que la sympathie réflexe du pneumogastrique cardiaque ou stomacal ; puis un jour elle se démasque et provoque une congestion circonférentielle. Nous avons vu, dans la précédente leçon, ce qu'il en était de cette congestion, soit qu'elle restât telle, soit qu'elle devînt hémorragique ou phlegmasique.

Au cas d'intolérance du poumon, la phlegmasie est rapidement ulcéreuse ; mais alors, s'il y a tolérance de l'organisme, c'est-à-dire absence de fièvre, ou fièvre légère et de courte durée, il en résulte une forme spéciale qui mérite d'être signalée.

Je vous ai déjà parlé, au début même de ces leçons (2), de cet architecte qui vit depuis plus de vingt ans avec des cavernes aux deux sommets, et qui vit bien, grâce à l'intégrité conservée de ses aptitudes digestives, grâce également à l'absence complète et constante de tout mouvement fébrile.

J'observe, depuis six ans, la mère d'un médecin des environs de Paris, asthmatique, emphysémateuse, qui est de plus tuberculeuse depuis longtemps, et dont le fils aîné est mort phthisique. Il y a huit ans, dans l'hiver de 1872, l'état de cette dame s'aggrava singulièrement ; une douleur vive se fit sentir sous la clavicule droite : bientôt on y entendit, au lieu des craquements d'autrefois, du souffle tubaire et, en deux mois, ce souffle devint caveux : on constatait sous la clavicule et jusqu'à la troisième côte les gargouillements les plus intenses. La situation semblait être des plus graves et la guérison très problématique : la dyspnée était excessive, la toux incessante et des plus pénibles ; l'expectoration très abondante et purulente. Cependant il n'y

(1) Voir, pour ces troubles des pneumogastriques cardiaque et stomacal, la leçon suivante : *Pneumogastriques et tuberculisation pulmonaire*.

(2) Voir, plus haut, leçon XXXVII, p. 6.

avait pas de fièvre : tout au plus le thermomètre marqua-t-il 38 degrés sous l'aisselle pendant les premiers jours de cette période d'inflammation périphymique; quant à l'estomac, il resta bon : malgré les secousses de la toux, il n'y avait pas de vomissements, la malade avait conservé l'appétit, se nourrissait bien et digérait parfaitement. Nous soutenions ses forces par d'excellent laitage, de la viande rôtie ou grillée, des huîtres, du vin de Bordeaux et des grogs, en même temps que nous combattons le mal local par de petites quantités de kermès, l'application répétée de vésicatoires, suivie de celle d'un cautère sous la clavicule, qu'on laissa suppurer plusieurs mois. Au bout de quatre mois, les gargouillements cessèrent, ainsi que l'expectoration purulente; le souffle, toujours caverneux, était presque sec, et il n'était pas douteux que la malade ne fût en voie de guérison.

Elle s'est, en effet, parfaitement rétablie. J'ai l'occasion fréquente de l'ausculter, et je constate seulement sous la clavicule, en même temps qu'une matité permanente, un souffle aspiratif très voisin de l'oreille, et tel qu'on l'observe dans les cavernes vidées : il y a également une pectoriloquie typique. Presque chaque hiver, cette dame, qui n'est rien moins que prudente, qui va volontiers en soirée ou au spectacle, a des attaques de bronchite sans fièvre, pendant le cours desquelles on entend des craquements humides aux deux sommets et surtout à l'entour de sa caverne; puis le rétablissement a lieu et les craquements deviennent à la fois et moins étendus et moins abondants, sans néanmoins cesser complètement de se faire entendre. La dame reprend alors ses occupations de maîtresse de maison, et à part l'oppression qui tient à l'emphysème et aux tubercules, elle vit de la vie ordinaire et ne semble pas près de succomber. Elle a maintenant plus de soixante ans, mais son existence se passe à la campagne et dans des conditions de grand confort.

De tels faits sont loin d'être rares, au moins dans la pratique civile. Pollock a raconté dans son livre (1) l'intéressante histoire d'une jeune femme observée à maintes reprises par les hommes les plus compétents, et qui, s'étant tuberculisée à l'âge de treize

(1) Pollock, *The Elements of Prognosis in Consumption*, Londres, 1865, p. 218.

ans, se régla nonobstant six mois plus tard, grandit, de jeune fille devint femme, et femme très active, car, d'abord sous-maîtresse, elle fut plus tard maîtresse d'une école nationale et pouvait remplir seule, à l'âge de vingt-cinq ans, après douze années de tuberculisation, ces fonctions si pénibles.

Deux ans après le début de sa maladie, elle présentait sous la clavicule gauche une matité considérable avec *gargouillement*, *pectoriloquie* et *léger aplatissement* de la région, tandis qu'elle n'avait au sommet droit, et depuis peu, que de l'expiration prolongée. Dans le cours de la troisième année de la maladie, des *craquements secs* se firent entendre à ce sommet droit; en même temps qu'à gauche l'excavation s'étendait en arrière comme en bas, de telle sorte que le cœur était attiré en haut et qu'on en percevait les battements dans le troisième espace intercostal; de telle sorte aussi que l'aplatissement de la région sous-clavière était plus prononcé. Or, malgré cette aggravation de la lésion locale, à l'exception, dit l'auteur, de crachements de sang de temps à autre, il n'y a pas grand'chose à noter, si ce n'est une *amélioration graduelle de la santé*. La jeune fille avait alors seize ans.

Six ans plus tard, Pollock notait l'état suivant : « toux très peu fréquente, expectoration le matin, mais rare, embonpoint, teint coloré, menstruation régulière, digestion excellente, pas de diarrhée depuis des mois. A eu parfois des hémoptysies, alors qu'elle se fatiguait démesurément. Dirige seule l'école nationale depuis deux ans. Vient à l'hôpital une fois par mois et a pris de l'huile de foie de morue depuis dix ans, ne la cessant qu'à de rares intervalles, quand elle causait trop de dégoût. A gauche, il y a une dépression profonde de la paroi thoracique sous la clavicule; matité et craquements secs après la toux jusqu'à la quatrième côte; légère crépitation au-dessous et jusqu'à la base en avant. Souffle et craquements secs dans la fosse sus-épineuse; respiration rude jusqu'à la base en arrière; à droite, légère crépitation sèche, mais non constante, et quelques bruits de souffle jusqu'à l'épine de l'omoplate. »

Au bout de deux ans, Pollock retrouvait cette jeune femme exactement dans le même état; c'est-à-dire que depuis quatre