

une séroration positive en mélangeant à la culture du bacille de Koch, soit le sérum sanguin, soit le liquide pleural (mélanges à 1 pour 20, 1 pour 10, 1 pour 5). Le pouvoir agglutinant du sang et le pouvoir agglutinant de la sérosité ne sont pas d'ailleurs toujours égaux : celui du sang peut être, plus ou moins élevé et exister en l'absence de celui de la sérosité, et inversement. La séro-réaction positive est plus rare dans les pleurésies tuberculeuses secondaires, consécutives à des lésions très avancées du poumon. Elle est plus fréquente en cas de pleurésie tuberculeuse primitive, bénigne ; toutefois, d'après Courmont lui-même, la séroration pleurale peut être absente au début de la pleurésie et ne devenir positive qu'au bout d'un certain temps.

Cryoscopie. — La méthode cryoscopique a été appliquée par Castaigne à l'étude des liquides épanchés dans la plèvre. Mais elle n'a fourni jusqu'ici aucun renseignement sur leur nature ; elle permettrait seulement de reconnaître quand le processus pleurétique a terminé son évolution ascendante. D'après l'auteur précité, dans les pleurésies récentes, en voie d'augmentation, il existerait une légère différence entre les points de coagulation du sérum et du liquide pleural ; dans les pleurésies qui ne sont plus en voie d'augmentation, les points cryoscopiques du liquide pleural et du sérum seraient identiques.

Exploration de la perméabilité de la plèvre. — Ce procédé d'exploration, préconisé en 1900 par Ramond et Tourlat et par Castaigne, consiste essentiellement dans l'étude de l'élimination urinaire (quant à la quantité et quant à la durée) d'une substance (bleu de méthylène, iodure de potassium, salicylate de soude) injectée comparativement sous la peau et dans la plèvre.

Une perméabilité pleurale, restée normale, permet de penser qu'il ne s'agit pas de pleurésie tuberculeuse primitive.

Une perméabilité pleurale diminuée, observée au cours d'une pleurésie à évolution lente et insidieuse, doit faire penser à la tuberculose, mais ne permet pas de l'affirmer puisqu'elle

peut se rencontrer, rarement il est vrai, au cours d'épanchements pleurétiques, mécaniques et non tuberculeux (Widal et Ravaut).

Dans un cas de pleurésie pneumococcique, la perméabilité pleurale a été trouvée par Widal et Ravaut, normale au point de vue de la quantité éliminée, mais très ralentie au point de vue de la durée.

— Les injections de tuberculine sont susceptibles de fournir des renseignements d'une valeur incontestable, mais elles sont trop dangereuses pour être employées sans nécessité absolue.

BRONCHITES. — Elles présentent de nombreuses variétés :

1° La *Bronchite aiguë* débute par un sentiment de picotement et d'ardeur dans le larynx et la trachée, avec oppression ou constriction pénible derrière le sternum ou entre les deux épaules ; en même temps surviennent de la courbature, du mal de tête et une fièvre légère.

Le malade est atteint d'une toux, d'abord sèche, qui ne tarde pas à s'accompagner de crachats séreux, puis grisâtres et opaques ; toutefois la respiration reste assez libre.

Le thorax conserve sa sonorité. A l'auscultation on entend des râles d'abord secs (sibilants ou ronflants), puis humides (muqueux et sous-crépitants) ¹.

La bronchite aiguë guérit en quelques jours ; cependant elle peut passer à l'état chronique.

2° La *Bronchite chronique* se caractérise par une toux plus ou moins fréquente, revenant par quintes, surtout le matin, et accompagnée d'une expectoration abondante de mucosités verdâtres, blanchâtres, purulentes, ou d'un liquide filant, transparent, mousseux ².

1. Ces râles s'entendent surtout en arrière, de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau de la bifurcation des bronches ; mais si la bronchite est intense, ils peuvent exister dans presque toute l'étendue du poumon, surtout en arrière et à sa base.

2. Il est des malades qui ne rejettent que quelques crachats arrondis et nacrés : c'est le *catarrhe sec* de Laënnec.

La sonorité du thorax est normale, mais on entend une foule de râles muqueux, sibilants et ronflants, disséminés dans toute la poitrine; en général, il n'existe ni fièvre, ni amaigrissement notable.

3° La *bronchectasie* ou *dilatation des bronches* ressemble beaucoup à la bronchite chronique, qui est d'ailleurs la cause habituelle de sa production; elle s'en distingue par la grande quantité de crachats puriformes, à odeur fétide, que le malade rend en masse, chaque matin, et parfois par des signes de cavertne.

4° *Bronchite capillaire*. — Ses symptômes sont une combinaison des symptômes de la bronchite aiguë avec ceux de l'asphyxie. Dans le cours d'une bronchite ordinaire, la fièvre s'élève, l'état s'aggrave, l'oppression augmente, et bientôt survient une dyspnée qui fait de rapides progrès, la toux est quinteuse avec rejet de matières visqueuses, filantes, etc., la sonorité est normale, l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants fins; bientôt se manifestent les symptômes de l'asphyxie, la respiration atteint une fréquence inouïe, la face est pâle, couverte d'une sueur visqueuse, le creux épigastrique est déprimé, le malade éprouve quelques convulsions, tombe dans le coma et meurt. Cependant la guérison n'est pas impossible, et alors l'état général s'amende, la toux devient grasse, humide, et les bronches reprennent leur perméabilité.

PHTISIE. — Le cours de la phtisie peut se diviser en deux périodes, l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation des tubercules¹.

1^{re} *Période*. — 1^{er} degré: l'individu pâlit, maigrit; il est pris d'une petite toux sèche, de sueurs nocturnes; il souffre de névralgies intercostales; il est essoufflé; parfois il a des hémoptysies.

Vous trouverez une diminution de sonorité et d'élasticité sous l'une des clavicules. A ce niveau, tantôt il existe une ins-

1. D'après Landouzy, l'asthme dit essentiel serait dû, le plus souvent, à la présence, dans le poumon, d'une épine tuberculeuse.

piration rude qui, lorsqu'elle existe d'une façon permanente chez un individu en mauvais état physiologique, doit faire craindre la tuberculose en l'absence de tout autre signe; tantôt le murmure vésiculaire est affaibli, l'expiration est prolongée, rude, parfois inégale et saccadée, la voix et la toux retentissent davantage.

2^e degré: Un peu plus tard vous entendez quelques bulles assez grosses, sèches (craquements secs) ou humides (craquements humides); il se produit aussi un léger mouvement fébrile.

— Certains arthritiques sont sujets à des poussées de congestion pulmonaire qui, lorsqu'elles siègent au sommet de l'un des poumons, peuvent se présenter avec tous les signes physiques d'une tuberculose au 1^{er} degré. Ces congestions arthritiques, signalées par Trousseau, par Bouchut, par Huchard, etc., se distinguent de la tuberculose par leur mobilité et surtout par l'absence de symptômes généraux ou tout au moins par leur insignifiance si on se rapporte à ce que sembleraient indiquer les signes locaux: la fièvre est nulle ou fugitive et les malades ont l'aspect de gens bien portants quoiqu'ils toussent et ayant un peu de dyspnée; ils ne maigrissent pas et même souvent continuent à engraisser sans rien faire pour cela. Inutile d'ajouter qu'on ne rencontre jamais le bacille spécifique dans leurs crachats. De tels malades se trouvent généralement fort bien de l'usage des eaux arsénicales et sulfureuses.

Soit au 1^{er} degré, soit au 2^e degré, il pourra être utile: 1° de rechercher le coefficient de déminéralisation (v. p. 165) et l'état du chimisme respiratoire (v. p. 301), ainsi que la séro-réaction de Arloing et Courmont; 2° d'avoir recours à la radiographie (v. p. 41), à l'épreuve de l'iodure de potassium ou de la tuberculine.

2^e *Période*. — La toux est beaucoup plus fréquente, les crachats sont verdâtres, opaques, striés de lignes jaunes, et on y trouve des fibres élastiques provenant de la destruction du tissu pulmonaire; la fièvre est à peu près continue, mais présente souvent un redoublement quotidien ou biquotidien.