

cellules normales (cellules hépatiques, fibres musculaires cardiaques) dont le mécanisme est encore obscur.

IX. — APOPLEXIE PULMONAIRE

Signes étiologiques. — On appelle, improprement, *apoplexie pulmonaire*, tout épanchement de sang dans un nombre variable d'alvéoles pulmonaires, attribuable tantôt à une déchirure du parenchyme (effraction), tantôt à une infiltration résultant d'une oblitération vasculaire (infarctus).

L'*apoplexie par effraction* (Letulle), la plus rare, due à une déchirure spontanée du poumon intéressant quelquefois aussi la plèvre viscérale, se produit dans des conditions très diverses : *variations de la tension vasculaire* attribuables au coup de chaleur ou à l'insolation, au coup de froid, à l'abaissement brusque de la pression atmosphérique, aux brûlures étendues ou à l'alcoolisme aigu (coup de sang pulmonaire); *altérations du sang* de nature infectieuse (variole, grippe, diphtérie, choléra), toxique (phosphore) ou dyscrasique (mal de Bright, diabète, leucémie, scorbut); *troubles vasomoteurs* d'origine *trophique* provoqués par les lésions cérébrales en foyer (congestions pulmonaires apoplectiformes du côté paralysé, dans l'hémorragie ou le ramollissement cérébral), par la paralysie générale et même par la méningite tuberculeuse; *artérite pulmonaire*, athéromateuse ou par lésion de voisinage (cancer, tuberculose, gangrène, kyste hydatique), pouvant aboutir à la rupture d'une branche artérielle ou d'un anévrisme formé à ses dépens (*anévrisme de Rasmussen*).

L'*apoplexie par thrombose vasculaire* résulte toujours d'un infarctus consécutif à une *embolie pulmonaire*.

Symptômes. — Toute apoplexie pulmonaire se traduit essentiellement par une *hémoptysie* : *peu abondante* (40 à 50 grammes par jour au plus), *fractionnée* en petits crachats nummulaires, rouge foncé puis noirâtres, et *continue*, durant plusieurs jours, souvent une semaine ou deux. L'auscultation constate les signes d'une congestion pulmonaire préexistante ou concomitante, et d'un infarctus plus ou moins étendu (voy. *Embolie pulmonaire*). Il est aussi des apoplexies pulmonaires absolument latentes cliniquement.

Les *vastes apoplexies par déchirure* peuvent être foudroyantes, se traduisant par : le rejet d'un flot de sang, la suffocation, l'asphyxie; les signes des grandes hémorragies, et parfois ceux d'un épanchement pleural rapide.

Diagnostic. — L'hémoptysie de l'apoplexie diffère de celle qui vient des bronches, formée de sang abondant, rouge et spumeux, ou ne lui ressemble qu'en cas de déchirure; inversement, l'hémoptysie bronchique, à son déclin, se traduit par des crachats noirâtres, visqueux, assez comparables aux crachats hémoptoïques (commémoratifs). Le *diagnostic étiologique* de l'apoplexie pulmonaire, souvent fort délicat, ne peut être édifié que sur l'analyse minutieuse des signes concomitants.

X. — PHTISIE AIGUË

La tuberculose pulmonaire évolue, en certains cas, comme une infection aiguë. La phthisie chronique, il est vrai, présente à son début, dans son cours, ou près de son terme, des épisodes aigus qui en accélèrent plus ou moins la marche; mais il est des formes de tuberculose, à allure rapide d'emblée, frappant, soit des individus sains, infectés par inhalation massive de bacilles très virulents, soit des sujets déjà porteurs de foyers tuberculeux latents (dans les ganglions, un viscère ou une séreuse), qui, contaminant à un moment donné les voies lymphatiques ou sanguines, déclenchent brusquement une généralisation mortelle à bref délai. Dans le premier cas (inhalation) éclate une *phthisie aiguë caséuse* (pneumonie ou broncho-pneumonie caséuse). Dans le second (infection sanguine), survient la *tuberculose aiguë granulique* (*granulie* d'Empis).

I. Phthisie aiguë caséuse. — 1° *Pneumonie caséuse.* — Cette forme consiste, anatomiquement, dans l'infiltration gélatiniforme, puis caséuse rapide de tout ou partie d'un lobe, ou d'un poumon entier. En général la phase de ramollissement n'a pas le temps d'évoluer. Cliniquement, on observe : 1° des signes physiques, rappelant ceux de la pneumonie franche; 2° des signes fonctionnels proportionnés à l'étendue de la lésion pulmonaire; 3° des signes de toxémie rapide due au poison bacillaire.

Signes physiques. — On les constate d'un seul côté, plutôt à droite, pas nécessairement au sommet, parfois à la base ou dans la région scapulaire. La *percussion* relève une submatité puis une matité plus ou moins marquée et étendue, avec résistance au doigt; à la *palpation*, les vibrations sont quelquefois mais non toujours acérées. A l'*auscultation*, le murmure vésiculaire, diminué ou aboli, est remplacé par des râles sous-crépitaux fixes, plus rarement par des crépitaux vrais, plus ou moins mêlés à des râles sonores. Avec les progrès de la lésion, tantôt tout bruit respiratoire disparaît, tantôt se montre, après une quinzaine, un souffle rude, plus bronchique que tubaire, quelquefois à timbre cavitaire. Les signes cavitaires vrais ne surviennent qu'en cas de ramollissement.

Signes fonctionnels. — Ils consistent en point de côté, dyspnée, toux et expectoration. Le *point de côté* est léger, vague et inconstant. La *dyspnée*, précoce, souvent intense d'emblée, est sujette à des paroxysmes. La *toux* est quinteuse et continue. D'abord insignifiante, l'*expectoration* devient plus tard épaisse, visqueuse et purulente, distincte de celle des pneumoniques; elle peut contenir du sang, plus souvent sous forme de stries ou de taches, qu'à titre d'hémoptysie franche.

Signes généraux. — Ils ont une grande valeur diagnostique. Les *forces*, très vite abattues, permettent à peine au malade de rester sur son séant. Le cœur bat faiblement, le pouls est petit; il y a tendance à la cyanose. Coïncidant

ou non avec une *anorexie*, plus ou moins complète, l'*émaciation* est souvent extrêmement rapide.

La *fièvre*, qui peut manquer, est *irrégulière*, soit intermittente ou rémittente à grandes oscillations, soit subcontinue. Les accès, matinaux ou vespéraux, sont jugés par des sueurs profuses. Le *pouls* est faible et fréquent. On voit quelquefois la fièvre, après un début brusque, rester quelques jours continue, puis subir de grandes oscillations (entre 36°,5 et 40°). On observe aussi un délire calme, des rêvasseries, des vomissements, de la diarrhée. Peu à peu, la gravité de l'état général domine la situation.

Évolution. — Quoique le début semble parfois aussi brusque que dans la pneumonie; plus habituellement, on apprend que, depuis plusieurs semaines, le sujet, affaibli, amaigri, sans appétit, accusait un malaise vague, renseignements essentiels au diagnostic. Le début insidieux est plus fréquent, sans point de côté, ou même sans fièvre. Après quelques jours, le défaut de résolution de la lésion pulmonaire, plutôt prête à se ramollir, l'amaigrissement et l'anémie rapides, éloignent l'idée d'une pneumonie franche. L'évolution est variable. Dans une *forme toxique rapide* (Grancher et Barbier), la plus commune, la mort survient en 5 ou 4 semaines, dans l'adynamie, sans ramollissement des masses caséuses. Ailleurs, le ramollissement et l'excavation se produisent (*phtisie aiguë pneumonique ulcéreuse*), d'où : expectoration purulente riche en bacilles, hémoptysies parfois copieuses, fièvre hectique avec sueurs profuses, diarrhée, et parfois phlegmatia alba dolens; cette forme aboutit à la mort en un mois et demi ou deux. Exceptionnellement, la caséification se limite, et quelquefois, après fonte du bloc caséux, le processus passe à l'état chronique. Mais la mort est, de beaucoup, la terminaison la plus habituelle.

Diagnostic. — Le début peut en imposer pour une pneumonie franche; l'irrégularité de la courbe thermique, l'absence de frisson et de crachats rouillés, l'apparition tardive du souffle, sont contraires à cette hypothèse. Ensuite apparaissent les signes d'imprégnation tuberculeuse, et, dès le 9^e jour, on peut trouver des bacilles dans les crachats. Chez les cachectiques, les vieillards, au cours de la grippe, la distinction est encore plus difficile. Chez un tuberculeux avéré, le diagnostic peut hésiter entre une congestion pulmonaire péri-tuberculeuse, une pneumonie vraie et un foyer de pneumonie caséuse secondaire.

2° *Broncho-pneumonie caséuse ou phtisie galopante.* — Plus commune dans l'enfance et l'adolescence, cette forme est caractérisée par la fonte rapide de foyers caséux lobulaires qui envahissent progressivement les deux poumons. C'est une phtisie vulgaire ulcéreuse qui brule les étapes et aboutit, en quelques mois, à la consommation. Elle éclate, soit d'emblée, soit au cours d'une tuberculose chronique. D'abord apparaissent : de la courbature, des frissonnements, de l'asthénie générale, de la pâleur, de la tachycardie avec hypotension artérielle, des sueurs et de l'amaigrissement, puis les signes physiques se démasquent. A la *percussion*, la matité n'apparaît que si les noyaux caséux sont confluents, ou la congestion, qui les entoure, intense. A

l'*auscultation*, on entend d'abord des râles de bronchite mêlés à des râles sous-crépitants disséminés, puis de la respiration soufflante, et assez rapidement, du souffle cavitair, des râles humides cavernuleux et du gargouillement (ramollissement). Ces signes, constatables, non seulement au sommet, mais dans toutes les régions du poumon, présentent, quand ils ne ressortissent pas à la congestion péri-tuberculeuse, une fixité remarquable qui les distingue de ceux de la broncho-pneumonie vulgaire, toujours très mobiles.

L'*expectoration* consiste : soit en crachats, d'abord visqueux rouge brun, contenant déjà des bacilles, puis purulents, épais, bourrés de bacilles; soit en un mucus abondant où nagent des fragments caséux farcis de bacilles. Des hémoptysies très abondantes sont possibles.

La *toux*, incessante, entraîne quelquefois des vomissements. Les malades, de plus en plus opprèsés, sont cyanosés.

Les signes généraux s'accroissent. La *fièvre* procède par violents accès (40°, 40°,5, 41°), débutant par des frissons, suivis de sueurs profuses, répétés plusieurs fois par jour, séparés par des rémissions incomplètes.

Des digestions à peu près normales diffèrent l'amaigrissement extrême, mais le teint devient terreux. Ailleurs, les vomissements et la diarrhée amènent une cachexie très rapide. Suivant les cas, dominent les accidents toxémiques ou les accidents de caséification pulmonaire. Des phases de rémission sont possibles, mais toujours courtes.

La mort survient d'habitude au bout de 2 à 5 mois. Quand le processus est greffé sur une phtisie chronique, il peut tuer en 4 à 5 semaines. Des hémoptysies répétées, des poussées de congestion aiguë ou de granulie, des accidents méningés hâtent quelquefois la fin. Exceptionnellement, un amendement passager permet le passage, au moins temporaire, à l'état chronique.

Diagnostic. — La confusion avec la broncho-pneumonie simple est possible pendant la première semaine, mais ne dure guère en présence des signes locaux et généraux. Cependant, certaines *broncho-pneumonies grippales*, avec crachats purulents abondants, simulent à s'y méprendre la phtisie galopante, d'autant que les lésions occupent souvent le sommet. La grippe se dénoncera par la brusquerie du début, la purulence passagère des crachats, la courbe thermique. Mais, plus trompeurs sont les cas où la grippe se greffe sur une phtisie chronique; car, alors, la présence des bacilles dans les crachats n'offre qu'une valeur relative. Il arrive aussi que la phtisie galopante éclate à l'occasion d'une grippe. Du reste entre le type schématique précédent et la phtisie chronique, on observe, en pratique, tous les intermédiaires.

La broncho-pneumonie caséuse aiguë est le plus commun mode de tuberculisation des enfants de 2 à 6 ans, très souvent frappés à l'occasion d'une rougeole ou d'une coqueluche, très insidieusement, parfois lors de la convalescence. L'enfant, encore pâle, est repris de fièvre (quelquefois insignifiante), et d'oppression avec légère cyanose; on constate, pas toujours aux sommets, un ou plusieurs foyers, submat et très fixes, de râles sous-crépitants et de souffle; pendant 8 à 10 jours, la nature bacillaire des accidents est très douteuse et ne peut être soupçonnée que si le sujet présente une hérédité suspecte ou des tuberculoses locales anciennes (osseuse, articulaire, ganglionnaire).

Elle ne s'affirme qu'au bout d'une douzaine de jours : par du souffle rude ou caverneux, des râles humides cavernuleux, des gargouillements ; par les grandes oscillations thermiques, la pâleur et la cachexie. M. Grancher signale également la distinction difficile entre la phtisie galopante et certaines broncho-pneumonies infantiles à foyers successifs, aboutissant à une suppuration rapide et abondante, se traduisant à l'auscultation par des signes de ramollissement : bruit de friture, râles humides, gargouillement, souffle caverneux. Dans ces cas, les crachats purulents, très abondants, ne contiennent pas de bacilles.

La forme broncho-pneumonique rapide est exceptionnelle chez les vieillards ; en dehors de la présence des bacilles dans les crachats, il n'est pas, à cet âge, de signe clinique capable d'en faire reconnaître la nature tuberculeuse.

II. Granulie ou infection bacillaire tuberculeuse. — Ces formes impliquent le passage des bacilles dans le sang. Offrant l'aspect non de la phtisie, mais d'une fièvre infectieuse généralisée, elles comportent habituellement la diffusion, dans le poumon et les autres viscères, de néoplasies spéciales appelées *granulations grises*. Certains auteurs (Landouzy, Kiener, etc.) admettent même une *fièvre infectieuse bacillaire simple* précédant l'éclosion de toute granulation (*typho-bacillose*) et curable. Les granulations, quand elles existent, tantôt se dispersent dans tout l'organisme, tantôt prédominent dans les poumons ou la plèvre, d'où trois formes principales :

- 1° La *fièvre bacillaire aiguë ou typho-bacillose* ;
- 2° Les *tuberculoses miliaires généralisées* ;
- 3° Les *tuberculoses miliaires broncho-pulmonaires et pleurales*.

L'anatomie pathologique et l'expérimentation ont prouvé dans ces formes l'invasion du milieu sanguin par les bacilles, tantôt directe, tantôt par l'intermédiaire des voies lymphatiques. Le plus souvent, le sang est contaminé par un foyer caséux ancien, latent ou avéré. La possibilité d'une infection sanguine primitive est encore discutée. Elle semble en tout cas exceptionnelle. Habituellement (*loi de Buhl*), l'ensemencement sanguin a pour origine : des noyaux caséux, fibro-caséux ou même crétacés, pulmonaires ou extra-pulmonaires ; une tuberculose osseuse (mal de Pott), articulaire (tumeur blanche), cutanée (lupus), ganglionnaire ou testiculaire. La pré-existence d'une tuberculose, atténuée, semble d'autre part, l'expérimentation le montre, diminuer la résistance de l'organisme à l'égard de l'infection sanguine. Le passage du bacille dans le sang est favorisé par diverses conditions : certaines infections : grippe, rougeole, coqueluche, diphtérie traitée par le sérum ; alcoolisme, diabète, grossesse, allaitement, et surtout, surmenage, aération et alimentation insuffisantes. La rupture brusque d'un foyer tuberculeux (résorption rapide, spontanée ou provoquée, d'un épanchement pleural) ; l'exérèse chirurgicale d'un foyer de tuberculose locale peuvent, dans certaines conditions, avoir le même résultat.

Signes essentiels. — Le diagnostic est souvent très délicat, l'attention étant accaparée par des symptômes pulmonaires, ou infectieux généraux, qui ne présentent pas l'allure des accidents bacillaires, et derrière lesquels il s'agit de reconnaître les *signes* typiques, mais plus effacés, de l'imprégnation tuber-

culeuse. Ces signes révélateurs consistent surtout en : amaigrissement précoce, anémie, asthénie générale et cardio-vasculaire ; accélération du pouls par hypotension artérielle, disproportionnée avec l'élévation thermique ; quelquefois, cyanose. La *fièvre* procède par accès (un, deux ou trois par jour), dans l'intervalle desquels la température descend aux environs de 37°, quelquefois au-dessous (36°, 35°), réalisant des crises de collapsus léger et fugace succédant à des poussées de sueurs profuses. Les maxima thermiques se produisent surtout à midi, à trois heures et de neuf heures à minuit. Pour les constater, on doit prendre la température toutes les deux heures. Le pouls est faible, mou, accéléré. Ce syndrome spécial est commun à la plupart des formes de tuberculose ; il est habituellement précédé, durant une ou plusieurs semaines, d'indices tels que : malaise vague, courbature, diminution ou suppression de l'appétit, digestions laborieuses, caractère irritable, agitation nocturne, céphalée, frissons, amaigrissement progressif, teint plombé, qui, pour un observateur averti, laissent deviner la *germination tuberculeuse*. Bientôt apparaissent : une *toux* sèche, quinteuse, suivie rarement de l'expectoration d'un mucus aéré ne contenant pas de bacilles ; une *dyspnée* permanente avec respiration courte et accélérée, parole entrecoupée que n'explique l'état ni du poumon, ni du cœur, ni des reins. Le doute n'est, en général, plus permis quand se montrent les signes plus bruyants qui distinguent entre elles les formes cliniques classiques.

Formes cliniques. — On distingue : 1° des formes à signes généraux infectieux prédominants et 2° des formes à symptômes pulmonaires prédominants. Les *granulies* : *méningée, pleurale, péritonéale* créent des syndromes spécialisés qui seront étudiés à part. Dans tous les cas, ces types nosologiques, répondant aux besoins de la description, ne sont pas, en réalité, assez tranchés pour ne pas se confondre souvent en pratique. Aussi, l'essentiel est-il de savoir reconnaître de bonne heure les signes d'imprégnation tuberculeuse ; d'autant que l'existence avérée de formes atténuées et curables de la bacillose, aboutissant à une guérison plus ou moins durable, permet de se fier à l'efficacité d'une cure hygiéno-diététique prescrite en temps utile. Ces formes atténuées, souvent méconnues, prennent le masque d'une infection mal définie : fièvre muqueuse, fièvre typhoïde, embarras gastrique (*typho-bacillose* de Landouzy), et aboutissent à une guérison relative, laissant les malades exposés à une reprise de tuberculose franche.

1° *Tuberculose aiguë à forme d'infection généralisée.* — L'éruption granulique est tantôt franche, diffuse, tantôt discrète ou presque nulle ; en ce dernier cas, on a affaire à une *fièvre bacillaire pré-tuberculeuse* ou *typho-bacillose* ou *septicémie bacillaire tuberculeuse* ou *bacillémie tuberculeuse* (Debove).

Septicémie bacillaire. — Les symptômes de cette forme rappellent ceux : soit de l'embarras gastrique fébrile, soit de la fièvre typhoïde. C'est un état infectieux léger ou un état adynamique sévère, avec stupeur, délire, lèvres fuligineuses, etc. Mais la fièvre, irrégulière, procède par accès, avec pouls petit et rapide, sueurs, anémie et amaigrissement ; elle est rebelle à la quinine et