

cède à l'antipyrine. En outre, on ne constate ni diarrhée, ni taches rosées, ni catarrhe broncho-pulmonaire. En effet, l'auscultation reste négative, et, à peine observe-t-on, à la fin de la maladie, une toux sèche, suivie de quelques crachats muqueux. La *durée* est très variable : quelques semaines, un mois; dix, douze, quinze semaines ou plus, en certains cas. Pendant ce temps se précisent les signes physiques de tuberculose. La convalescence, trainante, dure des mois, coupée d'accès fébriles irréguliers. La guérison n'est qu'apparente; un an ou deux après, ou davantage, on peut constater des signes positifs de tuberculose chronique (du poumon, des séreuses ou de l'intestin), d'emblée ou à la suite d'une nouvelle phase fébrile.

Sous l'étiquette de *bacillémie tuberculeuse* (Debove⁽¹⁾, Scharodt) on a groupé des états infectieux vagues, caractérisés cliniquement par : une fièvre, intense ou légère (Debove), une cachexie rapide avec sueurs profuses, anorexie, céphalée, signes de bronchite, torpeur, courbature, foie et rate tuméfiés et sensibles, diarrhée, albuminurie, endocardite (Debove). Ces cas, mortels, se distinguent, anatomiquement, par la présence, dans la rate seule et non dans le poumon, de nombreux tubercules miliaires péri-vasculaires, et par celle de bacilles dans le sang et sur l'endocarde (Debove). La nature de ces septicémies bacillaires ne peut être reconnue, pendant la vie, que grâce à la recherche des bacilles dans le sang, suivant le *précédé inoscopique d'André Jousset*.

Tuberculose miliaire aiguë. Granulie. — Des signes, les uns, généraux, dépendent de la toxi-infection; les autres, locaux, d'éruptions granuliennes plus ou moins confluentes, se traduisent, suivant leur siège, par des syndromes variables.

Les symptômes toxi-infectieux sont ceux de toute bacilliose aiguë : fièvre capricieuse, pouls petit et rapide, sueurs, anémie. Les symptômes dus à la présence des granulations constituent, suivant leur groupement, diverses formes cliniques. Lorsqu'elles occupent les *enveloppes de la moelle* et les *racines rachidiennes*, les granulations déterminent, sur la peau et les masses musculaires profondes de l'abdomen et de la poitrine surtout, des *zones hyperesthésiques* déjà signalées par Empis et qui subsistent, même malgré une stupeur marquée.

L'intelligence est presque intacte; les malades accusent un mal de tête intermittent, diffus, occipital ou frontal; le délire est rare, toujours nocturne.

L'anorexie est habituelle, mais non constante; les vomissements s'observent, en cas de *granulie méningée*; la constipation est la règle; le ventre est sensible, le plus souvent rétracté. La *granulie intestinale* peut déterminer une diarrhée catarrhale ou dysentérique. Le foie et la rate sont tuméfiés. Inconstants, les *signes thoraciques*, de haute valeur quand ils existent, consistent en une dyspnée continue ou à paroxysmes nocturnes, en une cyanose, parfois très marquée, en une toux quinteuse suivie du rejet de crachats aérés, striés de sang ou sanglants, ne renfermant qu'exceptionnellement des bacilles. Les *signes d'auscultation* font souvent défaut, mais sont, quand ils apparaissent, très significatifs, consistant en : râles de bronchite localisés au sommet;

(1) Voy. DEBOVE, *Gaz. des Hôp.*, 10 mars 1905.

signes de congestion, de pleurésie sèche, en foyers circonscrits; diminution du murmure vésiculaire, avec augmentation des vibrations thoraciques.

Les *urines*, peu abondantes, claires, quelquefois albumineuses, sont riches en urée et en acide urique, contenant de l'hémaphéine et de l'uro-hématine.

Les *altérations sanguines* peuvent se traduire par des épistaxis, du purpura, des hémorragies intestinales, de l'hématurie. La fièvre, l'amaigrissement précoce, commençant par le thorax, les sueurs profuses, complètent le syndrome.

La lenteur de la phase prémonitoire, coupée de rémissions apparentes, est également assez typique. La mort, terme presque fatal de la granulie, survient au bout de quelques semaines, dans des conditions variables : par toxi-infection pure; par asphyxie due à la confluence des granulations pulmonaires, avec dilatation du cœur droit plus ou moins prédominante; par accidents méningés ou péritonéaux; plus rarement, par hémoptysie ou embolie. La *forme d'embaras gastrique* n'est qu'un type atténué de la *forme typhoïde*. Celle-ci diffère de la fièvre typhoïde par les particularités suivantes : pâleur et amaigrissement précoces, fièvre à recrudescences irrégulières, sueurs, pouls très rapide, signes de congestion et de bronchite du sommet, qui, toutes, constituent des symptômes positifs de tuberculose. La constatation d'une adénite cervicale, d'une adénopathie trachéo-bronchique, d'un foyer de tuberculose osseuse ou testiculaire; d'une hérédité suspecte est encore en faveur de la granulie. La *tuberculose atténuée* réalise un syndrome analogue, mais plus effacé, souvent traité d'embaras gastrique fébrile, d'état muqueux, de bronchite ou de congestion pulmonaire trainantes, derrière lequel la bacilliose se trahit par : la durée exagérée des accidents, l'asthénie, l'amaigrissement, l'anémie, la fièvre à allures spéciales, la dyspepsie. Les autres signes : céphalée, malaise, courbature, anorexie, constipation sont d'ordre banal. Les troubles respiratoires sont insignifiants ou nuls; la toux, inconstante, est quinteuse et sèche; les crachats, muqueux, ne renferment pas de bacilles. L'auscultation, tantôt ne constate rien, tantôt révèle : des modifications légères du murmure vésiculaire, des frottements, des signes de congestion ou de bronchite en foyers circonscrits, un épanchement léger. La marche, le défaut de résolution en temps normal sont surtout significatifs. Tantôt, une amélioration relative est suivie d'une rechute, tantôt se déclare une tuberculose chronique ou une granulie à forme suffocante.

Le *diagnostic*, fort important, est en général facile, grâce à la constatation des stigmates indiqués. La confusion est pourtant à éviter avec la *fièvre paludéenne*, dans les régions où elle sévit (pratiquer l'examen du sang); avec la *grippe* dont certaines formes comportent des accès de fièvre irréguliers, des sueurs nocturnes, la congestion pulmonaire du sommet, et qui, du reste, peut s'associer à la tuberculose pour la rallumer.

Les localisations anormales des granulations peuvent se traduire par des signes inattendus : tuméfaction et hydarthrose du genou, polyarthrite douloureuse rappelant le rhumatisme, mais à topographie fixe (*rhumatisme tuberculeux*); symptômes méningitiques; rarement perte de connaissance et coma, par épanchement subit dans les cavités arachnoïdiennes.

2° *Tuberculose aiguë avec accidents pulmonaires prédominants.* — *Bacillose à forme broncho-pneumonique.* — Landouzy admet une tuberculose aiguë revêtant, au début, la forme d'une broncho-pneumonie simple. Dans cette forme, presque exclusive à la première enfance (avant deux ans), les signes d'irritation bronchique et alvéolaire prédominent.

Les symptômes sont ceux de la broncho-pneumonie vulgaire : toux sèche, fièvre irrégulière, dyspnée parfois très disproportionnée avec les signes locaux ; zones de submatité où l'on relève : la diminution du murmure vésiculaire, des râles crépitants et sous-crépitaux, quelquefois du souffle (congestion pré-tuberculeuse) ; pouls rapide, *cyanose précoce*. Celle-ci, jointe à l'intensité de l'oppression, à la splénomégalie, aux facteurs d'hérédité ou de contagion doit faire suspecter la tuberculose, surtout si la broncho-pneumonie n'est pas imputable à une cause évidente : rougeole, grippe ou coqueluche. L'évolution est encore plus significative ; après huit à neuf jours, les signes d'auscultation persistent ou font place à des râles humides éclatants ; dès le début, les enfants pâles, cyanosés, bouffis, oppressés, maigrissent beaucoup, en peu de jours, sont pris de diarrhée et de vomissements, puis, au bout de trois à six semaines, succombent, malgré une rémission passagère, vers le huitième ou dixième jour. On trouve quelquefois des bacilles dans les mucosités pharyngées recueillies avec un tampon de coton. Jusqu'à la fin, le diagnostic peut hésiter avec la broncho-pneumonie aiguë, et encore plus, avec la broncho-pneumonie chronique consécutive à la coqueluche, à la grippe ou à la rougeole. La cyanose précoce, très marquée, est un bon signe révélateur.

Tuberculose aiguë suffocante. — Cette forme répond à l'éruption, dans le poumon, d'une profusion de granulations grises ; elle fut isolée surtout par Andral, Graves et Jaccoud sous le nom de *forme asphyxique* de la tuberculose aiguë ou d'*asphyxie tuberculeuse aiguë* ; la congestion pulmonaire, l'emphysème, la broncho-pneumonie prennent aussi une grande part aux accidents. Les enfants de deux à cinq ans, les adolescents, les jeunes soldats sont surtout frappés, mais les vieillards le sont aussi. Cette forme, souvent secondaire à la phtisie chronique ou à une tuberculose locale, semble pourtant quelquefois primitive. Le signe prédominant est une *dyspnée* progressive à début subit ; effrayante, inexplicable par les signes d'auscultation, souvent sans toux, ni point de côté, ni expectoration, rappelant tout à fait celle de l'asystolie. Elle est, tantôt continue, tantôt paroxystique à la manière de l'asthme. A l'*auscultation*, on trouve le murmure vésiculaire affaibli, et, en quelques points, aboli, sans aucun signe de condensation ; mais seulement avec quelques râles vibrants disséminés. La *percussion* donne un son normal ou exagéré. L'*expectoration* est nulle, muqueuse, parfois striée de sang. Ici aussi, se retrouvent : les accès de fièvre, le pouls faible et rapide, l'amaigrissement, la cyanose précoce. Souvent aussi, pendant les semaines précédentes, on note des prodromes révélateurs. Ces indices permettent d'éviter la confusion avec : l'œdème aigu du poumon, la bronchite capillaire, une crise d'asthme ou d'asystolie, la carcinose miliaire aiguë ; une poussée congestive ou broncho-pneumonique étendue, au cours de la phtisie.

Tuberculose aiguë à forme catarrhale. — Dans cette forme, les phénomènes d'inflammation broncho-alvéolaire occupent le premier plan et leur nature tuberculeuse n'est pas toujours évidente. On reconnaît pourtant d'habitude une phase prodromique (pâleur, amaigrissement, neurasthénie), à moins que les accidents n'éclatent, soit au cours d'une phtisie confirmée, soit au déclin de la grippe, de la rougeole, de la coqueluche, ou, après un refroidissement, chez des enfants débiles, à hérédité suspecte.

D'abord sèche, la toux est bientôt suivie d'une expectoration muqueuse, muco-purulente, puis purulente et visqueuse. La dyspnée vive, les points de côté, l'hyperesthésie thoracique, aux sommets surtout, indiquent plus qu'une bronchite simple. A la *percussion* (douloureuse), la sonorité est tantôt normale, tantôt tympanique (emphysème) ou obscure (congestion ou infiltration). L'*auscultation* révèle une respiration faible par places, surtout aux sommets, souvent masquée par de nombreux râles ronflants et sibilants, ou par des bouffées de râles sous-crépitaux (poussées congestives ou irritatives) mêlés parfois à des frottements (pleurite). Bientôt, les signes généraux s'aggravent, la dyspnée devient extrême, et, la cyanose, parfois même le gonflement des veines du cou, le pouls filiforme, l'œdème des membres inférieurs font songer à l'asystolie. Certaines variétés de cette forme comportent des rémissions plus ou moins longues quelquefois répétées ; d'autres versent dans la phtisie chronique. Ces diverses conditions font varier beaucoup la durée. Les formes progressives aboutissent à la mort en cinq à six semaines.

Les signes physiques n'indiquent qu'une *bronchite simple*, mais, les signes prodromiques, la dyspnée intense, la cyanose contredisent cette hypothèse. Quant à l'examen bactériologique des crachats, il est le plus souvent négatif. La distinction avec une *bronchite capillaire* est bien plus difficile ; on n'est souvent fixé qu'après quinze jours ou trois semaines, par la gravité de l'état général, la localisation des signes aux sommets, une hémoptysie, ou l'apparition de bacilles dans les crachats. La *bronchite grippale*, celle du sommet surtout, avec suppuration précoce, ou celle qui éclate chez un tuberculeux sont d'une interprétation encore plus malaisée ; la grippe se distingue alors par la brusquerie du début et de l'évolution. Chez l'adulte et le vieillard, le cancer du poumon peut donner le change.

Granulie pleurale. — La granulie peut envahir la plèvre, seule ou avec le poumon. La séreuse réagit par une pleurite sèche ou par un épanchement. Celui-ci, uni ou bilatéral, variable d'un jour à l'autre, est séreux, séro-purulent, séro-hémorragique ou hémorragique, et se reproduit rapidement, après ponction. On note, en même temps, le syndrome d'intoxication tuberculeuse (fièvre, amaigrissement, etc.) ; la mort arrive en cinq à six semaines ou moins. Il arrive aussi que, sous la pleurésie, se cache une granulie pulmonaire. Le début de la forme pleurale peut revêtir celui d'une pleurésie franche aiguë : frisson, point de côté, dyspnée ; ailleurs, il est insidieux et lent, mais avec des troubles généraux caractéristiques. En d'autres cas, c'est une pleurésie diaphragmatique qui se déroule. La marche est progressive, le péritoine peut être envahi. La mort résulte, soit d'une granulie généralisée

avec état typhoïde, soit d'une granulie pulmonaire confluente, asphyxique, succédant parfois à des ponctions répétées. Rarement, la maladie tourne à la phtisie chronique.

La nature tuberculeuse de la pleurésie sera soupçonnée : à l'état général spécial concomitant, à la dyspnée disproportionnée avec les signes physiques, au schéma de congestion (Grancher) sous-claviculaire (sonorité et vibrations exagérées, avec respiration diminuée). Il est souvent fort difficile de prédire l'évolution probable d'une pleurésie tuberculeuse aiguë, et surtout, l'état du poumon sous-jacent.

XI. — PHTISIE CHRONIQUE

Les signes fournis par l'examen physique classique (submatité, craquements, etc.), faisant défaut à l'éclosion des lésions tuberculeuses, ne peuvent servir au diagnostic à cette période; un foyer tuberculeux n'est alors soupçonné que sur la constatation de signes : de pleurésie, d'adénopathie bronchique ou de congestion péricuberculeuse. Or, il est essentiel de reconnaître au plus tôt la germination tuberculeuse, à certains signes locaux ou généraux, puisque les chances de guérison augmentent avec la précocité du traitement.

Grancher reconnaît à la phtisie chronique quatre phases : *germination, conglomération, ramollissement, excavation*. La germination, répondant à la *phtisie occulte de Bayle*, est diagnostiquable, grâce à une auscultation avertie, en l'absence de matité, de submatité et de crépitation, d'après les seules anomalies du murmure vésiculaire, surtout de l'inspiration. Elle l'est aussi, grâce à la constatation de troubles généraux propres dont l'ensemble est assez typique.

I. Phase de germination tuberculeuse. — Signes généraux de l'imprégnation tuberculeuse. — Ces signes, résultant du passage dans le sang des toxines tuberculeuses, consistent avant tout en : *anémie, amaigrissement, troubles de la nutrition et fièvre*.

Anémie. — C'est un des signes les plus précoces de l'intoxication; elle se traduit par une *pâleur* plutôt terreuse et jaunâtre; par de la *dyspnée d'effort*, des *palpitations*, spontanées et nocturnes, ou attribuables à la digestion, quelquefois par un souffle systolique de la base, mais sans souffles vasculaires. L'anémie prédomine dans la *phtisie à début chlorotique*, plus commune chez la femme, accompagnée d'aménorrhée plus ou moins absolue, et aussi d'autres signes d'imprégnation tuberculeuse. L'anémie tuberculeuse abaisse la *valeur globulaire* et parallèlement l'absorption d'oxygène. Le *poids du corps* et le *périmètre thoracique* (inférieur à la demi-taille) sont diminués comparativement à la taille. La *capacité respiratoire* tombe au-dessous de 5 litres (sujets de moyenne taille) ou de 2 litres et demi (sujets de petite taille), la *tension artérielle est abaissée* (Papillon).

Amaigrissement. — Même atténué, ce signe est de haute valeur; l'amaigrissement porte sur la graisse et les masses musculaires; quoique accéléré par la dyspepsie, il n'est pas sous sa dépendance nécessaire et directe. Les résultats de l'analyse des *urines* (A. Robin), indiquant une élimination excessive des phosphates terreux (5 à 4 grammes par litre), des chlorures (16 à 18 grammes), de la chaux, de l'urée, de l'acide urique, de la créatine, de la tyrosine, de la leucine, dénoncent la dénutrition. Le syndrome urinaire est d'autant plus significatif que l'alimentation est insuffisante.

Fièvre. — La *température* subit des oscillations anormales, mais le *pouls* est constamment accéléré (90 à 120 pulsations), même quand celle-ci est normale, grâce à l'abaissement de la tension artérielle. Non constante, la *fièvre*, est, quand on l'observe, *intermittente*, s'allumant l'après-midi pour tomber le soir ou dans la nuit, montant soit à 37°,5 seulement, soit au delà de 38°; se montrant un ou plusieurs jours de suite, pour cesser ou reprendre, sans règle ni raison; réveillée parfois par l'approche des règles, la fatigue, les soucis; apaisée par le repos, l'hygiène. Subjectivement, la fièvre se traduit souvent, vers 5 ou 4 heures, d'abord par une certaine sensibilité au froid, du frissonnement, de la pâleur, du refroidissement des extrémités; puis, au bout de 2 ou 5 heures, par la rougeur, l'éclat du regard et une chaleur excessive; quelquefois, dans la nuit, par des sueurs plus ou moins profuses, baignant surtout la poitrine. Cette fièvre laisse la langue nette, et, respecte relativement l'appétit. L'accès n'est pas toujours aussi complet, pouvant se réduire à du malaise et à de la sensibilité au froid. Une fois la tuberculose confirmée, l'accès peut devenir uniquement nocturne ou n'attirer l'attention du malade que par des sueurs très copieuses, l'obligeant à changer de linge.

Signes fonctionnels du début de la tuberculose. — Les uns ressortissent à la toxémie générale, les autres au développement de tubercules dans le poumon.

Symptômes fonctionnels généraux. — Dyspepsie. — La dyspepsie est imputable soit à l'*atonie gastrique*, soit à des *troubles du pneumogastrique* que compriment parfois des ganglions trachéo-bronchiques. Indépendante de la fièvre qui l'influence peu, elle accompagne ou précède l'infiltration tuberculeuse, consistant d'une part en *dyspepsie atonique banale* : anorexie, malaise, pesanteur, météorisme après le repas, signes de stase tels que éructations fétides, clapotage; cela avec *chimisme variable, hypochlorhydrie*, ou, bien plus rarement, *hyperchlorhydrie* et pyrosis; d'autre part, en signes plus graves et plus typiques d'origine nerveuse, dus à l'*irritation du nerf pneumogastrique*, tels que vomissements provoqués par les quintes de toux (*toux émétisante*). Très peu après le repas, ou, en cas de stase, le matin à jeun, les malades, secoués de quintes convulsives, évacuent le contenu gastrique (aliments à peu près intacts) sans nausées, malgré une langue normale; la région gastrique, en général, n'est pas sensible, mais on constate, un peu à droite de la ligne blanche, sur une ligne réunissant les extrémités des neuvièmes côtes, un point douloureux à la pression (répondant au tronc cœliaque