

Les lésions nombreuses et diverses qu'on peut découvrir, à l'autopsie d'un phtisique, en dehors des voies respiratoires, seront étudiées dans le chapitre III.

CHAPITRE II

SYMPTÔMES DE LA PHTISIE CHRONIQUE

Au point de vue de l'évolution clinique, Laënnec admettait cinq groupes de phtisies : la phtisie aiguë, la phtisie chronique, la phtisie régulière manifeste, la phtisie irrégulière manifeste, la phtisie latente.

La phtisie chronique est *régulière manifeste* lorsqu'elle s'accuse dès le début par des signes thoraciques évidents; elle est *irrégulière manifeste* lorsque l'attention du médecin est détournée du siège principal de la maladie par la coïncidence d'autres états morbides d'abord plus évidents : tuberculose extra-pulmonaire (intestinale, ganglionnaire), anémie, dyspepsie, bronchite, emphyseme, etc. Elle est latente lorsque les signes thoraciques sont très atténués ou font défaut. Cette division de Laënnec correspond assez bien à celle qui est adoptée par les auteurs contemporains.

Dans le tableau symptomatique qui va suivre, nous décrirons surtout la *phtisie chronique régulière manifeste*; dans le chapitre IV, nous étudierons les formes chroniques irrégulières manifestes et les formes latentes. Quant à la phtisie aiguë, nous détachons complètement sa description de la phtisie chronique, ainsi que nous l'avons déjà indiqué.

L'évolution de la phtisie chronique vulgaire peut être divisée en trois périodes :

- 1° Une période de début, ou période de germination et d'agglomération des tubercules (période de crudité de quelques auteurs);
- 2° Une période d'état, ou période de ramollissement des tubercules;
- 3° Une période terminale, ou période d'excavation.

Cette division a été attaquée par Woillez. Elle renferme à coup sûr une part d'arbitraire; il est certain que, souvent, la ligne de démarcation entre deux périodes voisines est impossible à tracer avec précision. Mais nous gardons cette classification pour la commodité de la description; nous la gardons aussi parce qu'en somme elle s'adapte assez bien à la généralité des faits. Ce qui le prouve, c'est que, déjà avant Laënnec, avant l'auscultation, les anciens phtisiologues avaient divisé le cours de la phtisie en trois degrés : *phtisis incipiens*, *phtisis confirmata*, *phtisis desperata*.

PREMIÈRE PÉRIODE

PÉRIODE DE GERMINATION ET D'AGGLOMÉRATION DES TUBERCULES

Le début de la phtisie chronique ulcéreuse est le plus souvent insidieux. Même dans les formes typiques, les phénomènes peuvent être assez peu marqués pour ne pas attirer l'attention d'un observateur exercé; l'incertitude est plus grande encore lorsque, comme il arrive quelquefois, le début de la phtisie

est masqué par des symptômes étrangers en apparence au développement de la lésion pulmonaire.

Tantôt, en effet, la phtisie commençante revêt, chez les jeunes femmes surtout, le masque de la *chloro-anémie*; la pâleur des téguments et des muqueuses, l'essoufflement facile, les palpitations cardiaques, la dyspepsie, l'aménorrhée qui manque rarement, se réunissent pour réaliser un tableau clinique qui fait immédiatement penser à la chlorose et non à la phtisie.

Tantôt, c'est une *dyspepsie* particulière, à forme gastralgique avec hyperacidité, qui précède ou accompagne la localisation des tubercules au sommet du poumon, et qui peut égarer plus ou moins longtemps le diagnostic.

D'autres fois, c'est un *catarrhe chronique des bronches* ou *du larynx*, simple en apparence, et en réalité d'origine bacillaire, qui marque le début du mal.

Enfin, la phtisie peut débiter par une *pleurésie avec épanchement* qui se présente avec les allures d'une pleurésie vulgaire, mais qui est la préface d'une phtisie chronique; l'épanchement disparu, la toux persiste, l'amaigrissement survient, la santé générale reste débile et, après un temps plus ou moins long, les signes de l'induration du sommet apparaissent.

Nous étudierons plus tard en détail ces associations morbides initiales de la phtisie qui peuvent provoquer les longues hésitations du diagnostic.

Mais le début de la phtisie n'est pas toujours *latent* ou *larvé*; il est des cas où les phénomènes initiaux ne laissent guère de doute sur la prise de possession de l'organisme par le bacille de la tuberculose; chez l'un, c'est une *hémoptysie* qui ouvre la scène; le crachement de sang se répète et la phtisie s'établit; ou bien, après une ou plusieurs hémoptysies, le malade semble recouvrer la santé et il s'écoule des années avant que l'on perçoive les signes de l'induration du sommet. Dans le plus grand nombre des cas, ce qui attire l'attention de l'observateur, c'est une *toux persistante*, suivie de vomissements alimentaires (toux de Morton), accompagnée de fièvre vespérale, d'un amaigrissement rapide et de sueurs nocturnes.

L'hémoptysie et la toux sèche et persistante sont encore plus caractéristiques lorsqu'elles surviennent chez un sujet déjà porteur d'une *tuberculose extra-pulmonaire*, d'une tumeur blanche, d'une tuberculose des os, du testicule, etc.

Quel que soit le mode de début, même lorsque la maladie se développe sous sa forme latente ou sous sa forme larvée, il est un certain nombre de phénomènes cliniques qui manquent rarement, mais qu'il faut savoir chercher, et dont la constatation simultanée vient révéler la germination du bacille de la tuberculose dans les sommets du poumon.

L'*habitus extérieur* a d'abord une grande importance. Nous avons déjà décrit les attributs organiques des sujets prédestinés à la phtisie; ils sont grands et sveltes, ils ont des os grêles, le cou allongé (cou de cygne), les omoplates ailées, la peau mince, blanche, transparente, avec un réseau veineux très marqué, le visage amaigri, les pommettes saillantes, les yeux enfoncés dans l'orbite et entourés d'un cercle bleuâtre, les dents et les cheveux souvent très beaux, et les cils très longs. Leur thorax est étroit, les espaces intercostaux sont élargis et enfoncés, les fosses sous et sus-claviculaires très profondes.

Symptômes fonctionnels. — La *toux* ne manque presque jamais : « Un individu qui ne tousse pas n'est pas un phtisique », répétait Lasègue. Cet aphorisme a été contesté, mais nous croyons qu'il exprime une loi d'une vérité

presque absolue. Dès que les granulations tuberculeuses se développent dans le sommet du poumon, l'irritation des bronchioles se traduit par la toux. La toux initiale est brève, sèche, composée d'une seule saccade ou de deux tout au plus; elle se produit sans effort; elle survient dans la journée à intervalles plus ou moins éloignés, et pendant le premier sommeil; elle cesse au milieu de la nuit, et recommence vers le matin, à la *cinquième heure* environ, d'où le nom de *quinte* qu'on lui donnait autrefois et dont le sens s'est généralisé aux toux à saccades répétées et pénibles. Elle est très marquée et très persistante chez les névropathes. Très souvent, elle survient après le repas et semble causée par le contact des aliments avec la muqueuse gastrique (toux gastrique); elle provoque alors des vomissements alimentaires; elle est *émétisante* (toux de Morton). S'il existe de l'adénopathie trachéo-bronchique assez marquée pour que le pneumogastrique soit comprimé, elle revient par crises d'une intensité remarquable et s'accompagne de suffocation; ce qui lui fait donner le nom de toux *coqueluchoïde*.

L'*expectoration* est très peu abondante à cette période; les malades expulsent de loin en loin quelques crachats formés de salive mousseuse et d'un peu de mucus; cependant il est rare que, dans la totalité de la masse expectorée en vingt-quatre heures, on ne trouve pas une petite parcelle purulente dans laquelle l'examen bactériologique décèlera le bacille de la tuberculose, résultat d'une importance capitale pour le diagnostic précoce.

Hémoptysie. — L'*hémoptysie* est un des symptômes les plus importants du début de la phtisie. Très souvent elle est le phénomène initial, l'accident révélateur de la maladie. Elle peut se produire au milieu de la santé la plus florissante; d'autres fois elle survient chez des sujets qui ont depuis quelque temps une petite toux sèche. Tantôt elle se produit sans cause appréciable; tantôt elle semble provoquée par une émotion, une fatigue, un effort, par la défécation, par un bain, par une chaleur exagérée. L'*hémoptysie* est quelquefois annoncée par une période plus ou moins longue de malaise, de fatigue, de courbature, de frissons et de fièvre. Elle est immédiatement précédée d'une sensation de titillation du larynx et de la gorge; le patient tousse et il crache du sang. Tantôt l'*hémoptysie* est légère et le malade expectore simplement des parcelles de sang mêlé à de la salive ou à du mucus; tantôt elle est très abondante et constituée par le rejet de 50, 100 et jusqu'à 1000 grammes d'un sang rouge clair, spumeux et liquide; c'est l'*hémoptysie à flots*. L'accident peut se reproduire pendant plusieurs jours de suite ou cesser après une seule expectoration sanglante. Après chaque crachement de sang, le malade rejette pendant quelques jours de petits caillots de plus en plus noirs et mêlés intimement au mucus; c'est le sang resté dans les bronches après l'hémorragie qui s'est coagulé et qui s'évacue peu à peu. G. Sée, Hugué, Cochez, ont trouvé le bacille de la tuberculose dans le sang de ces hémoptysies précoces. La répétition des hémoptysies est la règle; mais les faits ne sont pas rares où le crachement de sang ne s'est produit qu'une seule fois. Les hémoptysies de la première période sont rarement assez abondantes pour entraîner la mort du phtisique (2 fois sur 151 cas, d'après Walshe). Elles ne paraissent pas, dans un certain nombre de cas, avoir d'influence sur la marche de la maladie. Dans d'autres, au contraire, elles sont suivies d'une aggravation et d'une extension du processus tuberculeux. En aucun cas, elles ne nous ont paru constituer une crise salutaire de l'hyperémie périphymique.

Un long intervalle s'écoule quelquefois entre les crachements de sang et

l'apparition des signes positifs de la phtisie, et c'est sur cette observation que Morton a édifié sa doctrine de la *phtisie ab hemoptoë*.

Parfois, des hémoptysies se reproduisant pendant de longues années sont l'unique symptôme d'une phtisie latente. Andral a rapporté le cas d'un vieillard qui eut des hémoptysies depuis l'âge de vingt ans jusqu'à celui de quatre-vingts. Il mourut d'une maladie étrangère à la phtisie, et l'autopsie fit découvrir des tubercules crétaqués dans son poumon. Tous ses enfants étaient déjà morts phtisiques.

Dans le plus grand nombre des cas, les signes physiques et les symptômes fonctionnels de la phtisie se développent immédiatement après le premier crachement de sang.

L'*hémoptysie* se rencontre chez les deux tiers des phtisiques. Elle ne s'observe presque jamais avant sept ans et elle est rare avant quinze ans. Elle est plus fréquente chez la femme que chez l'homme.

Chez les femmes phtisiques dont les règles se suppriment, parfois l'*hémoptysie* se reproduit tous les mois avec plus ou moins de régularité, réalisant ainsi une *hémoptysie complémentaire* ou *supplémentaire*. Neuf fois sur dix, les hémoptysies supplémentaires surviennent chez des femmes tuberculeuses; c'est une loi trop ignorée et dont la connaissance préservera le médecin de l'erreur trop commune qui consiste à passer, dans ces cas, à côté du diagnostic de tuberculose.

On a signalé des *hémoptysies tuberculeuses intermittentes*, se produisant toujours aux mêmes heures et cédant à l'usage de la quinine; tantôt le crachement de sang se produit la nuit au moment de la chute de la fièvre (Gerhardt); tantôt il éclate au moment de l'acmé fébrile (Brehmer).

Les hémoptysies initiales de la tuberculose sont le produit de plusieurs facteurs dont les influences s'ajoutent: 1° l'hyperémie bronchique ou pulmonaire péricuberculeuse; 2° la friabilité des petits vaisseaux altérés par l'envahissement bacillaire; 3° l'augmentation de la tension vasculaire qui succède à l'oblitération des artérioles par l'endartérite tuberculeuse, en raison de l'absence d'anastomoses entre les divers départements vasculaires (les dernières branches de l'artère pulmonaire sont des *artères terminales*). Ces divers facteurs pathogènes de l'*hémoptysie*, étudiés déjà avec l'anatomie pathologique, aboutissent plus souvent à la formation d'une thrombose qu'à la rupture du vaisseau; c'est ce qui explique que l'*hémoptysie* ne soit pas encore plus fréquente. Les conditions qui favorisent si puissamment la formation d'une thrombose interviennent aussi pour circonscrire et arrêter l'hémorragie.

Lorsqu'un sujet est frappé par une hémoptysie, il importe avant tout de ne pas confondre ce symptôme avec une *autre hémorragie*. Parfois, les malades se plaignent d'avoir craché du sang, alors qu'en réalité il s'agit d'une épistaxis dont le sang est tombé dans l'arrière-gorge, ou d'une stomatorragie; l'examen du nez et des gencives lève facilement tous les doutes. L'hématémèse est quelquefois plus difficile à distinguer; lorsque le sang vient de l'estomac, il est expulsé par le vomissement; il est noir, digéré, acide, non spumeux, et parfois rejeté en même temps avec les matières alvines sous forme de melæna; dans l'*hémoptysie*, le sang est expulsé par la toux; il est rouge, aéré, et l'auscultation laisse entendre des râles sous-crépitaux dans le territoire pulmonaire qui saigne.

D'autres causes d'erreur proviennent de ce que, dans l'*hémoptysie*, il arrive

parfois que le sang, rejeté à flots, passe par les narines, ou est dégluti et rendu ensuite par vomissement ou par melaena. C'est grâce à l'auscultation du poumon et à l'examen attentif du patient que l'on écartera toutes ces causes d'erreur.

Dyspnée. Spirométrie. — La *dyspnée* est souvent minime et ne devient appréciable que sous l'influence de la toux, des efforts, de la réplétion de l'estomac; elle est plus marquée chez les sujets nerveux et chez les femmes chlorotiques; elle peut prendre le type de la *dyspnée asthmatique nocturne* (*phtisie asthmatique* de G. Sée et Pujade). Chez les enfants où, dès le début, les ganglions bronchiques s'altèrent et compriment le pneumogastrique, on peut observer des crises violentes d'orthopnée avec toux coqueluchoïde.

Si la dyspnée subjective est en général minime, à l'aide du *pneumographe* on peut cependant relever certaines anomalies dans les mouvements respiratoires (Hirtz, Brouardel, Regnard). Les appareils enregistreurs permettent de constater la fréquence exagérée des mouvements respiratoires, la diminution de leur amplitude, et l'inégalité du rythme, les mouvements respiratoires étant irrégulièrement superficiels ou profonds, l'inspiration étant plus courte et l'expiration plus longue.

L'*exploration pneumatométrique* permet de constater que les pressions inspiratoires et expiratoires sont diminuées.

Hutchinson et les médecins qui après lui se sont servis du *spiromètre* ont établi que la diminution de la capacité respiratoire est un des premiers signes de la tuberculisation. Aussi, sous l'influence de Lasègue, qui vulgarisa leurs travaux, on chercha à utiliser la spirométrie pour le diagnostic de la tuberculose commençante. A ce point de vue, la spirométrie n'a pas rendu tous les services qu'on en attendait, et on l'a peut-être trop délaissée.

A mesure que la phtisie progresse, la capacité respiratoire diminue; et G. Sée pense qu'on devrait utiliser la spirométrie comme indice de l'amélioration ou de l'aggravation des lésions.

Les *douleurs thoraciques* sont très fréquentes pendant que la tuberculose se développe; elles siègent sous la clavicule, ou dans la région scapulaire, ou entre les deux épaules (*points de côtés des sommets* de Peter); elles sont intermittentes ou permanentes, et augmentées par la pression, par la percussion, par les mouvements, par la toux et les inspirations profondes. Souvent elles sont dues à la pleurésie sèche du sommet, si commune dans la tuberculose chronique (Peter). Parfois, si l'on comprime le pneumogastrique à la base du cou, on provoque une douleur très vive (Peter); d'après Filleau, cette compression du nerf vague éveille aussi une douleur aiguë, circonscrite, au siège de l'induration pulmonaire (*clou phtisique*). D'après Boulland, cette douleur du pneumogastrique est un phénomène de début; elle s'atténue et disparaît avec les progrès de la phtisie, ce qu'il attribue à la destruction des extrémités nerveuses au niveau des cavernes.

Très souvent, dès le début, la *voix* s'altère; elle devient enrouée et bitonale, soit parce que les nerfs récurrents sont comprimés par des ganglions bronchiques, soit parce que la tuberculose du larynx se développe en même temps que celle du poumon.

Symptômes généraux. — La plupart des phtisiques, dès le commencement de leur mal, subissent un *amaigrissement rapide* que n'expliquent d'une façon satisfaisante, ni les déperditions par diverses voies, ni l'exagération des

combustions organiques. Cette émaciation est un des phénomènes les plus frappants de la phtisie. Mais, chez quelques sujets, elle ne se produit qu'à une période avancée de la maladie.

Dès le début de la phtisie, on peut observer une déformation des doigts qui s'exagère à mesure que la maladie progresse et que l'on désigne sous le nom de *doigts hippocratiques*; la pulpe de la dernière phalange s'élargit, les ongles se recourbent sur la face palmaire et les doigts prennent la forme d'une baguette de tambour. Laënnec attribue cette déformation à l'amaigrissement et à la disparition du pannicule adipeux de la pulpe des doigts. Elle n'est pas propre à la phtisie; on l'observe dans toutes les maladies qui troublent l'hématose.

A la période initiale de la tuberculose, la fièvre manque quelquefois; le plus souvent, la température s'élève au-dessus de la normale. Rarement, la fièvre affecte le type subcontinu; en général, elle est rémittente ou intermittente et survient par véritables accès, qui se produisent de préférence le soir. D'après M. Barbier⁽¹⁾, la température atteint son maximum soit entre une heure et trois heures de l'après-midi, soit, plus souvent, entre neuf et onze heures du soir; nombre de phtisiques passent à tort pour apyrétiques parce qu'on prend leur température entre trois heures et neuf heures du soir. Les accès vespéraux ou nocturnes sont suivis d'un abaissement de la température qui peut aller jusqu'au-dessous de 37° (fièvre hectique); le minimum est atteint entre six heures et huit heures du matin. L'accès est rarement précédé d'un frisson; il s'accompagne, en général, d'une notable accélération du pouls et d'un malaise parfois très vif qui ne sont pas en rapport avec l'élévation thermique, souvent peu marquée. L'accès fébrile, vespéral ou nocturne, se termine habituellement durant la nuit par des sueurs parfois très abondantes et qui sont très marquées sur la poitrine⁽²⁾, où elles semblent faire pousser des poils (Pidoux). Ces sueurs constituent le dernier stade de l'accès fébrile; elles sont l'ébauche des grandes poussées sudorales de la période confirmée. La fièvre devient plus intense quand il se fait une nouvelle éclosion granuleuse; elle s'apaise si le processus reste stationnaire. Elle est remarquable en ce que le fébricitant garde toujours une langue nette et humide, et en ce qu'elle est compatible avec la conservation de l'appétit (Lasègue). La fièvre tuberculeuse est causée probablement par la résorption de certaines toxines pyrétogènes élaborées au niveau du foyer bacillaire du poumon⁽³⁾. On a supposé, sans preuves certaines, que les toxines tuberculeuses provoquent la fièvre subcontinue ou rémittente, tandis que la

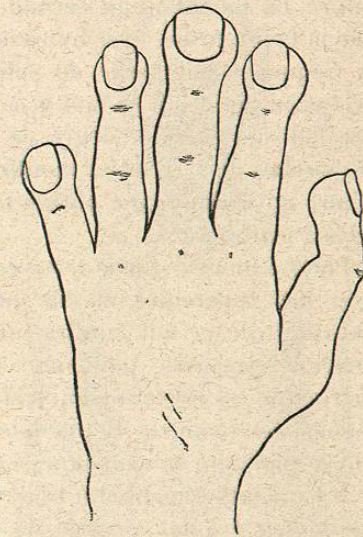


FIG. 21. — Doigts hippocratiques dans la phtisie. (D'après Richer.)

⁽¹⁾ BARBIER, Recherches thermométriques sur la tuberculose. *Société méd. des hôpitaux*, 10 nov. 1899, p. 844.

⁽²⁾ *Ubi sudor, ibi malum* (HIPPOCRATE).

⁽³⁾ E. CHRÉTIEN, Essai clinique et expérimental sur la fièvre des tuberculeux (Toxicité des crachats, toxicité des urines). *Thèse de Paris*, 1896. — MANGIN-BOCQUET, La fièvre dans la tuberculose. *Thèse de Paris*, 1896.