

fièvre hectique, presque constante, à la suite de cavernes, serait due aux toxines des pyogènes qui végètent dans les poumons tuberculeux.

La connaissance de cette fièvre initiale, souvent méconnue si on ne la recherche pas avec soin au moyen du thermomètre, est d'une extrême importance. La plupart des phtisiologues, Jaccoud, Pidoux, Peter, entre autres, ont établi qu'au point de vue du pronostic et de la thérapeutique, il fallait diviser les phtisiques en deux catégories : ceux qui ont de la fièvre et ceux qui sont apyrétiques. Chez les premiers le mal est grave et rebelle au traitement; chez les seconds, au contraire, la phtisie est relativement bénigne et susceptible de guérison.

Quelques auteurs ont prétendu qu'il pouvait y avoir dans la phtisie pulmonaire une accélération notable du pouls sans élévation appréciable de la température, et, reléguant au second plan la signification de la fièvre, ils ont affirmé que la tachycardie, avec ou sans fièvre, était le véritable élément du pronostic : la fréquence habituelle du pouls accompagnerait généralement les phtisies à évolution rapide. Il ne faut accepter qu'avec réserve l'existence de ce défaut de parallélisme entre le degré de la température et la fréquence du pouls; les recherches de M. Barbier montrent qu'on peut facilement se tromper et déclarer à tort apyrétique une phtisie fébrile, si on prend la température vespérale de trois à neuf heures.

Peter a montré que la *température locale* s'élève dans tous les points où existent des tubercules et dès qu'il en existe; il insiste sur l'importance diagnostique de ce fait dans les cas douteux, dans ceux où la phtisie commençante pourrait être prise pour une chlorose, pour une dyspepsie; cette élévation thermique est surtout significative quand elle est inégale en des points homologues des sommets thoraciques. L'hyperthermie locale dépend sans doute de l'hyperémie qui accompagne le processus tuberculeux.

À l'amaigrissement et à la fièvre, se joignent quelques troubles qui achèvent de donner à l'état général de la tuberculose commençante une physionomie tout à fait caractéristique. C'est d'abord la *dyspepsie*, que nous étudierons plus loin en détail; l'appétit est irrégulier, capricieux, les digestions sont pénibles, l'estomac est un peu dilaté; la toux survient après l'ingestion alimentaire et provoque des vomissements. Chez les femmes, une *anémie* plus ou moins profonde, semblable à la vraie chlorose, se produit dès le début; elle s'accompagne ordinairement d'*aménorrhée*, et la suppression des règles est un des symptômes les plus constants de la tuberculose féminine commençante.

La toux, l'hémoptysie, les douleurs thoraciques, la dyspnée légère, lorsque ces symptômes sont persistants et associés à l'émaciation rapide, à la fièvre vespérale, aux troubles dyspeptiques, à la chloro-anémie avec aménorrhée, forment un tableau clinique qui ne laisse guère de doute dans l'esprit de l'observateur sur le diagnostic de phtisie pulmonaire. Dès qu'on constate un pareil syndrome, on doit immédiatement passer à l'examen des signes physiques, et celui-ci viendra confirmer la présomption issue de la recherche des signes fonctionnels et des troubles de l'état général.

**Signes physiques. — Inspection.** — La poitrine des phtisiques est ordinairement *déformée*; nous avons indiqué déjà les divers caractères de cette déformation, qui a été considérée comme antérieure à la phtisie. Chez les phtisiques avérés, ces modifications s'accusent avec les progrès du mal; le rétrécissement

devient de plus en plus marqué; chez certains, la poitrine se rétrécit à sa base et devient cylindrique; chez le plus petit nombre, la poitrine est plus rétrécie à la partie supérieure qu'à la base (Serrailler).

Les *déformations partielles* peuvent se montrer dès le début; les plus importantes sont les *dépressions des creux sus et sous-claviculaires*, plus marquées du côté par où débute la tuberculose.

**Palpation.** — La *palpation* permet de reconnaître quelquefois une mobilité moindre d'un des côtés de la poitrine, une diminution de tonicité et même de volume des muscles thoraciques.

Elle permet surtout de saisir, dans les fosses sous-claviculaires, au niveau des régions envahies par les tubercules, une *augmentation des vibrations vocales*. C'est là un signe important, mais dont la valeur a besoin d'être précisée. D'une façon générale, les vibrations vocales varient en plus ou en moins, suivant le volume et la force de la voix : ainsi, chez la femme et chez l'enfant, elles sont moins nettes que chez l'homme. D'autre part, chez les femmes et chez les enfants qui ont une voix de tête et des vibrations thoraciques moins fortes, le foyer maximum des vibrations vocales occupe le sommet du thorax, région sus-épineuse et sous-claviculaire, tandis que chez l'homme, doué d'une voix forte et grave, il est à la base du poumon. Entre ces deux extrêmes, tous les types de transition se rencontrent (Grancher et Hutinel). De plus à l'état normal, les vibrations vocales sont plus marquées au sommet droit qu'au sommet gauche. La notion de quantité, en matière de vibrations vocales, n'est donc pas suffisante; il convient d'y ajouter l'étude *maxima et minima* et de leurs déplacements : « Par exemple, un homme d'une corpulence moyenne, doué d'une voix grave et bien timbrée, se présente avec les signes rationnels de la tuberculose pulmonaire. Toutefois, ni l'auscultation, ni la percussion ne donnent des signes suffisants, et l'on cherche dans les deux fosses sus-épineuses l'état des vibrations vocales. On constate que leur rapport normal persiste, qu'elles sont au sommet droit un peu plus fortes qu'à gauche et l'on reste hésitant. Eh bien, chez ce malade, si la fosse sus-épineuse donne une sensation de frémissement égale ou supérieure à celle de la partie moyenne ou de la base, cela n'est pas normal, et l'on peut conclure à une induration pulmonaire, cause de l'augmentation relative des vibrations vocales de la partie supérieure du poumon » (Grancher et Hutinel). Enfin, parfois les vibrations vocales sont augmentées dans les régions saines du pou-

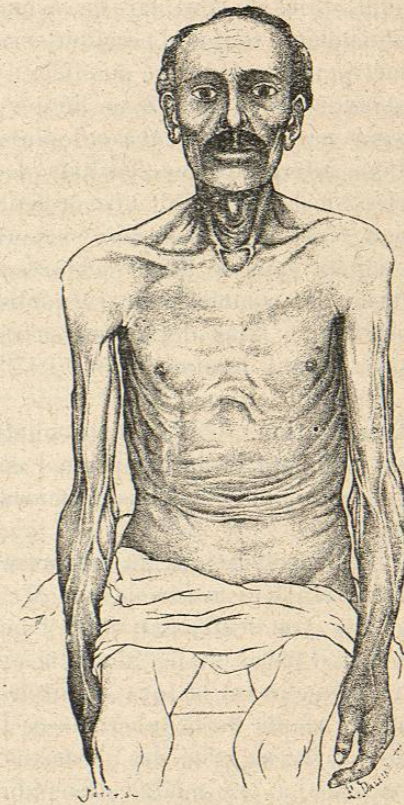


FIG. 22. — Thorax de phtisique.  
(D'après une photographie.)

mon; cette augmentation est *supplémentaire* et associée à la respiration puérile.

**Percussion.** — Au début de la phtisie, la percussion n'est pas d'un grand secours; il faut que les tubercules soient déjà confluents pour que l'on puisse constater un *son obscur, submat*, particulièrement au niveau des fosses sous-claviculaires; en arrière, au niveau des fosses sus- et sous-épineuses, en raison de l'épaisseur de la couche musculo-osseuse, les phénomènes de percussion ont moins de valeur. Il ne faut pas oublier non plus, pour apprécier exactement les modifications du son, d'autres caractères normaux; le son normal est plus clair chez l'enfant dont le thorax est moins rigide, et chez le vieillard dont les muscles sont atrophiés; chez les femmes et les sujets gras ou bien musclés, il est obscur; dans le premier cas, une percussion faible suffira pour saisir les modifications du son; dans le second, il faudra user d'une percussion forte. Il faut d'ailleurs toujours percuter successivement et comparativement les régions symétriques; autant que possible, il faut percuter au niveau des espaces intercostaux et dans une zone limitée; à ce dernier point de vue, la *percussion linéaire*, particulièrement avec le plessigraphe de Peter, rendra de grands services.

Pour interpréter les résultats de la percussion, il faut savoir qu'on perçoit parfois de la matité au niveau des sommets des poumons sans qu'il existe de lésion. C'est ce qui s'observe surtout chez les sujets cachectiques, condamnés au séjour dans le lit, et cela résulte de l'aération insuffisante et de l'atélectasie des sommets. On rencontre aussi l'absence du son en cas de thorax asymétrique, l'une des fosses sus-épineuses étant plus petite, plus étroite que l'autre, ce qui diminue la sonorité<sup>(1)</sup>.

**Auscultation.** — C'est l'auscultation qui fournit les meilleurs signes physiques indiquant le développement des tubercules dans les sommets. Ces signes consistent en modifications du murmure vésiculaire normal et en bruits adventices.

1° Les **modifications du murmure vésiculaire** de la période de germination ont été étudiées avec soin par M. Grancher; d'après cet auteur, on peut les constater non seulement avant l'apparition des bruits adventices, mais encore avant qu'il existe de la submatité ou de l'augmentation des vibrations vocales, voire même avant la toux et avant qu'il soit possible de déceler dans les crachats le bacille de la tuberculose. L'opinion de Grancher est partagée aujourd'hui par la majorité des médecins. Avec raison, on accorde une très grande importance à ces modifications du murmure vésiculaire pour le diagnostic précoce de la tuberculose. Mais cette importance ne doit pas être exagérée; car il n'est pas prouvé que ces modifications ne s'observent que chez des tuberculeux; nous allons revenir sur ce point.

On peut percevoir au début de la phtisie :

(a) La rudesse de l'inspiration avec expiration prolongée, c'est-à-dire la respiration bronchique.

(b) L'affaiblissement du murmure vésiculaire.

(c) La respiration saccadée.

Le premier de ces phénomènes stéthoscopiques, perçu au sommet du poumon,

(1) HEITLER, Matité aux sommets pulmonaires sans lésions. *Revue de la tuberculose*, 1895, p. 222. — KERNIG, Matité des sommets sans altérations pathologiques. *Zeitsch. f. klin. Med.*, t. XXXIV, 1898, p. 522.

serait presque caractéristique de la tuberculose commençante. L'affaiblissement du murmure vésiculaire et la respiration saccadée peuvent se produire sous l'influence des causes variées; aussi leur valeur séméiologique est-elle jugée moins considérable. Cependant tous ces signes acquièrent une réelle importance lorsqu'ils sont persistants et limités aux sommets du poumon, soit dans la région sous-claviculaire, soit dans la fosse sus-épineuse.

(a) Le premier signe est la *rudesse de l'inspiration*, qui devient râpeuse, granuleuse, au lieu d'être légère, moelleuse et caressante à l'oreille. Les tubercules, nous l'avons vu, se développent d'abord dans le vestibule des acini; ils rétrécissent le conduit broncho-alvéolaire directement, et aussi par la congestion qu'ils provoquent autour d'eux; c'est à cette diminution de calibre de la bronche acineuse et des alvéoles qu'il faut rapporter probablement la rudesse de l'inspiration. L'inspiration, en même temps qu'elle devient rude, devient aussi plus basse; elle prend un timbre grave et donne la même note que l'expiration.

La note de l'expiration tend au contraire à s'élever de façon à atteindre ou à dépasser la note de l'inspiration. Les rapports de tonalité entre les deux temps de la respiration sont donc renversés. Les rapports de durée le sont également, et l'expiration haute est en même temps *prolongée*. Ainsi l'inspiration est rude, basse et courte, l'expiration haute et prolongée. L'expiration devient bientôt *soufflante*; l'inspiration elle-même ne tarde pas à prendre le caractère bronchique; alors le murmure vésiculaire normal a disparu; il est remplacé par le *souffle*; le son devient obscur, les vibrations vocales augmentent; à la période de germination des tubercules a succédé l'agglomération des nodules bacillaires. L'expiration prolongée est due aux obstacles accumulés sur le trajet des bronchioles par la germination des tubercules; la respiration bronchique totale indique la condensation progressive du parenchyme pulmonaire où l'air ne pénètre plus et qui devient meilleur conducteur du son.

(b) Dans d'autres cas, au début de la phtisie, le seul signe que l'on constate, c'est l'*affaiblissement du murmure vésiculaire* aux sommets du poumon. Il peut présenter tous les degrés, depuis la simple faiblesse relative jusqu'à l'absence complète du murmure vésiculaire; il peut porter sur les deux temps de la respiration, mais il est surtout appréciable à l'inspiration. Ce signe est souvent dû à des causes multiples; d'abord à la présence des tubercules qui diminuent l'aire et la perméabilité des vésicules pulmonaires; ensuite à l'emphysème périphérique (Jaccoud), à la pleurésie du sommet, plus rarement à la compression des tuyaux bronchiques par des ganglions hypertrophiés (Barth et Roger). En raison des causes multiples qui peuvent engendrer l'affaiblissement du murmure vésiculaire, ce signe a, pour le diagnostic précoce de la tuberculose, une valeur moins grande que la rudesse inspiratoire avec expiration prolongée.

(c) On peut aussi percevoir au début de la tuberculose une altération du rythme respiratoire qui a une réelle importance, la *respiration saccadée* dont la découverte est attribuée par les uns à Raciborsky, par les autres à Théophile Thompson. C'est un mode de respiration dans lequel l'inspiration, et plus rarement l'expiration, au lieu de se faire en une seule fois, s'accomplissent en plusieurs temps séparés (2 à 5); la respiration saccadée s'entend bien dans les régions sous-claviculaires, elle disparaît souvent dans une forte respiration. Elle est attribuée à plusieurs causes: Colin et Roger la considèrent comme le