

premier degré du frottement pleurétique; Andry, Bourgade, Hérard et Cornil, Peter, pensent que, par suite des modifications apportées à sa texture, le poumon a perdu sa souplesse ordinaire, et que, dans certains points, l'inspiration ou l'expiration éprouvent une gêne et un retard. La plupart des auteurs reconnaissent que la respiration saccadée est un des bons signes du début de la tuberculose; Peter va jusqu'à dire qu'il est le plus important. Mais ces assertions ont été contestées; la respiration saccadée peut s'observer chez les hystériques, a-t-on dit; elle accompagne les altérations les plus diverses des bronches, du poumon et de la plèvre; et, à l'état de santé, on la rencontre avec un rythme synchrone aux battements du cœur, quand ceux-ci sont énergiques et quand la respiration est haute. Cependant on ne peut méconnaître qu'elle est surtout fréquente au début de la phtisie, et qu'elle a, au point de vue du diagnostic de cette dernière, une très grande importance lorsqu'elle est limitée au sommet du poumon, à la région sous-claviculaire.

En résumé, les modifications du murmure vésiculaire du début de la tuberculose sont, par ordre d'importance :

(a) L'inspiration rude et basse avec expiration prolongée et haute aboutissant à la respiration soufflante.

(b) L'affaiblissement du murmure vésiculaire.

(c) La respiration saccadée.

Ajoutons à ces signes l'exagération de la bronchophonie normale et le retentissement de la toux, qui peuvent s'observer au niveau des foyers tuberculeux agglomérés dès que la respiration bronchique est établie.

Pendant que la germination des tubercules fait naître les modifications du murmure vésiculaire que nous venons d'énumérer, des bruits adventices ne tardent pas à être perçus, dont l'importance est considérable puisqu'ils lèvent tous les doutes.

Mais, avant l'apparition de ces bruits adventices, il y a une phase plus ou moins longue, où l'on peut être obligé d'établir le diagnostic uniquement avec les modifications du murmure vésiculaire. Pour bien apprécier leur valeur sémiologique, l'observateur doit d'abord se souvenir qu'à l'état normal, surtout chez les femmes, on peut percevoir au sommet droit du poumon un son plus obscur, une respiration plus rude, une expiration plus prolongée, des vibrations vocales plus intenses, une bronchophonie plus marquée qu'au sommet gauche. Ce n'est donc que lorsque les signes que nous venons d'énumérer s'entendent à gauche qu'ils pourront avoir une réelle valeur pour le diagnostic de la tuberculose commençante. Et comme la tuberculose pulmonaire débute plus souvent par le sommet gauche que par le sommet droit<sup>(1)</sup>, on a conclu que la connaissance des signes que nous venons d'étudier présente, dans la majorité des cas, une importance très grande pour un diagnostic précoce.

On nous pardonnera d'exprimer ici quelques réserves à ce sujet. Certes, la valeur de ces signes stéthoscopiques est très grande lorsqu'ils accompagnent soit la fièvre vespérale, soit quelques-uns des divers symptômes fonctionnels ou généraux que nous avons énumérés. Mais, lorsqu'ils sont isolés, nous n'oserions

(1) M. Lancereaux a soutenu que la tuberculose héréditaire débutait par le sommet gauche, et que la tuberculose acquise, particulièrement celle des alcooliques, commençait par le sommet droit. J'ai cherché à vérifier cette assertion; je n'ai pu y parvenir en raison de la difficulté qu'il y a le plus souvent à déterminer si une phtisie est héréditaire ou acquise.

pas affirmer, après leur constatation, l'existence de la tuberculose. On les trouve évidemment chez des sujets qui deviennent plus tard des tuberculeux avérés. Mais nous les avons trouvés aussi chez des malades que nous connaissons depuis 1885, et où nous les avons vus tantôt disparaître, et tantôt rester stationnaires. Nous les avons observés chez une jeune femme, atteinte d'ulcère de l'estomac, chez laquelle nous avons cru pouvoir affirmer, d'après ces signes, l'existence de la phtisie: elle mourut brusquement d'une hématomé, et l'autopsie ne décéla aucune trace de tuberculose pulmonaire.

Quoi qu'il en soit, dans la plupart des cas, le doute ne persiste pas longtemps; bientôt, aux simples modifications du murmure vésiculaire s'ajoutent des bruits adventices qui permettent d'établir l'existence de la tuberculose d'une manière indiscutable.

2° Les bruits adventices caractéristiques du début de la tuberculose sont les craquements. On peut entendre aussi des râles sous-crêpitants ou muqueux; mais, à cette phase de la maladie, ils sont dus, non aux tubercules eux-mêmes, mais aux lésions concomitantes.

Les craquements consistent en une crépitation irrégulière analogue à celle qu'on obtient en insufflant une vessie sèche; ils ne s'entendent souvent que pendant l'inspiration, et, par ce caractère, ils doivent être rapprochés du râle crêpitant vrai. Le propre des craquements, d'après Lasègue, est d'être un composé de bruits inégaux et dissemblables; « absolument hasardeux, ils n'obéissent à aucune règle: tantôt plus pressés, tantôt ralentis, tantôt forts, tantôt faibles, tantôt gros, tantôt extrêmement ténus, au cours de l'auscultation d'un seul acte respiratoire. On les trouve avec leurs irrégularités caractéristiques aussi bien à l'expiration qu'à l'inspiration; ils dépendent ou ne dépendent pas de l'effort respiratoire; ils cessent ou se continuent après un effort de toux; autant leurs formes sont variables, autant leur fixité est habituelle. Éléments symptomatiques précieux, dans les cas de tuberculose sèche et circonscrite, ils se constatent, mais ne s'analysent pas » (Lasègue). Le craquement est tellement caractéristique de la tuberculose que quelques auteurs lui ont donné le nom de râle tuberculeux.

Dans la période du début, les craquements sont secs, fins, dispersés; à mesure que la maladie progresse, ils deviennent humides, plus gros, plus nombreux, et se transforment finalement *in situ* en râles caverneux ou gargouillements. Cette évolution nous paraît jeter un certain jour sur la genèse du craquement, encore assez discutée. Il ne paraît pas possible de leur attribuer avec quelques auteurs une origine pleurale. Hérard, Cornil et Hanot le considèrent comme une variété du râle crêpitant; comme celui-ci, il serait dû au déplissement exagéré des alvéoles voisins des lésions (Cornil et Grancher). Pour Barth et Roger, pour Faisans, ils constituent une variété du râle sous-crêpitant; ils indiquent que le ramollissement des tubercules commence seulement en quelques points circonscrits et isolés; et c'est là, étant donnée l'évolution précédemment décrite, leur signification la plus probable.

Le râle crêpitant vrai pourrait s'entendre, d'après Hérard et Cornil, dès le début de la phtisie, au point où germent les tubercules, lorsque cette germination s'accompagne de congestion et d'inflammation. On pourrait ensuite suivre *in situ* les transformations de ce bruit en râle muqueux et en râle caverneux.

Dans la période initiale, on peut entendre aussi des râles muqueux ou sous-

*crépitants*; alors ils ne sont pas liés aux lésions tuberculeuses, mais aux lésions concomitantes. Les *hémoptysies* qui surviennent dans les périodes de début de la phtisie peuvent, au moment où elles se produisent et dans les heures ou les jours qui suivent, donner lieu à des râles muqueux abondants; les *états congestifs périphériques* peuvent se révéler par les mêmes signes; dans les hémoptysies, les râles sous-crépitants sont moyens ou gros, à bulles inégales; dans l'hyperémie, ils sont généralement très fins. Enfin, à toutes les périodes de la maladie, on peut voir se développer de la *bronchite* qui donne naissance à des râles muqueux. Voilà donc trois phénomènes concomitants de la tuberculose: hémoptysie, hyperémie, bronchite, qui peuvent se développer avant le ramollissement et donner naissance à des râles sous-crépitants. Quand les résultats négatifs de la percussion et de la palpation démontreront qu'il n'existe pas encore de masses conglomérées, on pourra conclure que les râles sous-crépitants n'indiquent pas le ramollissement (Faisans). Ajoutons que les râles sous-crépitants liés au ramollissement des tubercules forment des foyers d'une fixité très grande, tandis que les râles sous-crépitants de l'hémoptysie, de la congestion, de la bronchite, sont passagers et mobiles.

Lorsque les bruits adventices sont très développés, il est parfois difficile de reconnaître les caractères de la respiration sous-jacente. En auscultant attentivement, surtout après avoir fait tousser le malade, on arrive cependant à les percevoir; on s'assure alors que le murmure vésiculaire est remplacé par une des respirations anormales que nous avons étudiées (respiration rude ou soufflante avec expiration prolongée, respiration affaiblie, respiration saccadée).

Tous ces signes physiques sont en général concentrés dans les sommets du poumon; on les perçoit dans les régions sous-claviculaires et dans les fosses sus- et sous-épineuses. Les régions moyennes et inférieures peuvent n'offrir aucune modification; assez souvent cependant on y perçoit un son exagéré et une respiration puérile ou complémentaire.

Il est rare qu'on perçoive les signes de la tuberculisation commençante à un sommet sans que l'autre sommet soit bientôt envahi à son tour. Alors les phénomènes stéthoscopiques sont bilatéraux; et ils ont souvent leur maximum d'un côté en avant sous la clavicule, tandis que de l'autre côté le maximum est en arrière au niveau de la fosse sous-épineuse. Ces *signes croisés* ont une réelle importance, car on ne les retrouve guère que dans la phtisie pulmonaire.

La *durée* de la période de germination et de conglomération des tubercules est très variable. Dans la plupart des cas, au bout d'un temps assez court, un mois ou deux mois, les signes du ramollissement peuvent être perçus et le patient entre dans la seconde phase de son mal. Mais c'est surtout à cette première période que la phtisie est susceptible de s'arrêter, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement. Alors on peut voir les craquements et les râles disparaître, la toux cesser, l'expectoration se tarir, la fièvre s'apaiser, l'appétit revenir, l'état général s'améliorer; seules, les respirations anormales persistent, témoignage indélébile de la première poussée tuberculeuse. Cette rémission peut être définitive ou temporaire. Quand, après des examens réitérés, on constate la disparition complète des bacilles dans les crachats, le pronostic est favorable et l'on peut espérer que l'amélioration (nous n'osons dire la guérison) se maintiendra; si ces examens permettent de découvrir quelques bacilles, c'est que l'amélioration ne sera que temporaire; le malade est en imminence perpétuelle d'une nouvelle poussée tuberculeuse. La rechute peut se faire attendre plus ou

moins longtemps. Il est des sujets chez lesquels une première atteinte s'est produite vers l'âge de 20 ans, qui paraissent guérir et qui meurent phtisiques 20 ou 30 ans après.

Enfin, dans certaines phtisies à marche lente, où l'état général est peu altéré, des craquements secs peuvent s'entendre au même point pendant de longues années, sans qu'on puisse constater les signes du ramollissement de la matière tuberculeuse.

## DEUXIÈME PÉRIODE

### PÉRIODE DE RAMOLLISSEMENT

Le ramollissement des tubercules s'opère d'une manière insensible, et la limite qui sépare la première de la seconde période est ordinairement impossible à préciser. Quand ce travail de ramollissement s'effectue dans des masses tuberculeuses d'un certain volume, trois grands faits viennent le révéler: la transformation des signes physiques, l'expectoration qui s'établit avec ses caractères particuliers, et enfin l'aggravation de l'état général et des divers troubles fonctionnels.

*Signes physiques.* — Le phénomène en quelque sorte caractéristique de cette période, c'est le *râle sous-crépitant* ou *muqueux à fines bulles* qui succède habituellement au craquement sec. C'est un râle bullaire à timbre éclatant et humide. En le percevant, l'oreille a la sensation d'un liquide que traverse l'air en formant des bulles. Le phénomène est le même, quel que soit le liquide accumulé dans les bronchioles (sang, pus, bouillie caséuse). Mais le plus ou moins de densité et de viscosité des liquides amène quelques différences appréciables pour une oreille exercée (Hérard, Cornil et Hanot). Ces râles sous-crépitants humides sont tantôt à bulles régulières, égales, homogènes, et réalisent ainsi le vrai râle muqueux; d'autres fois les bulles sont irrégulières, inégales, et constituent le *craquement humide*. Les foyers de râles sous-crépitants ou de craquements humides s'entendent d'abord en un point limité et ont une grande fixité; chaque jour, l'auscultation les laisse percevoir avec les mêmes caractères, dans la même région, le plus ordinairement sous la clavicule et au niveau des fosses sus- et sous-épineuses. Après quelques semaines, les bulles deviennent plus grosses et plus humides, et le râle prend alors le nom de *râle cavernuleux* (Hirtz). A mesure que la fonte tuberculeuse progresse, le râle devient plus gros, plus bruyant, et prend peu à peu le caractère du *râle caverneux* ou du *gargouillement*.

La respiration sous-jacente à ces bruits adventices est tantôt *soufflante*, tantôt *affaiblie*. A ce niveau, le son est tout à fait mat, les *vibrations vocales* augmentées, la *bronchophonie* exagérée et la *toux* retentissante.

Pendant que l'on constate les signes locaux qui annoncent le ramollissement des masses caséuses du sommet primitivement atteint, les parties moyennes du poumon subissent les lésions correspondantes au premier degré, révélées par les signes physiques que nous avons mentionnés plus haut. La partie inférieure est saine ou n'en est encore qu'à la période de congestion avec ou sans granulations miliaires. Quant au poumon du côté opposé, il est le plus ordinairement respecté, ou si des altérations tuberculeuses se sont déjà montrées, elles