

Le pouvoir que possède l'organisme, au moyen de la polypnée, de suppléer à la diminution de la capacité pulmonaire, est d'autant plus remarquable que le sang des phtisiques a un pouvoir d'absorption pour l'oxygène fort amoindri. Le pouvoir d'absorption du sang pour l'oxygène (capacité respiratoire du sang) diminue parallèlement au nombre des hématies et à leur valeur globulaire, c'est-à-dire à la teneur de celle-ci en hémoglobine. Quinquaud a montré que 100 centimètres cubes de sang d'un tuberculeux à la troisième période, agités à l'air, absorbent 14 centimètres cubes d'oxygène, au lieu de 20 à 24, chiffre normal. Quinquaud ajoute que si la capacité respiratoire s'abaisse jusqu'à 15 pour 100, le pronostic est des plus graves. Hénocque, par l'analyse spectroscopique, a également constaté une diminution de l'oxyhémoglobine d'autant plus marquée que la tuberculose est plus avancée et plus étendue; cette diminution de l'oxyhémoglobine est plus prononcée quand la phtisie a débuté par une chloro-anémie, ou quand elle se complique d'hémoptysie.

2° L'oxygène, fixé sur l'hémoglobine en quantité insuffisante, est d'ailleurs dépensé en excès dans les formes graves du mal; dans ces cas, Hénocque a constaté, au spectroscope, que l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine dans les tissus est augmentée; il en est de même dans les poussées aiguës ou après injection de tuberculine. Dans les phtisies en voie d'amélioration, Hénocque a observé que l'activité de réduction de l'hémoglobine était normale ou un peu diminuée.

3° Quinquaud a vu que la quantité de *glycose* diminue dans le sang avec les progrès de la cachexie; au lieu de 0,40 pour 100, on peut ne trouver que 0,15 pour 100; ce dernier chiffre marque une aggravation du mal sans rémission possible. Le taux de l'urée dans le sang, qui devrait être diminué, est parfois augmenté jusqu'au double de la normale; cette augmentation paraît être le fait d'une élimination incomplète, le chiffre de l'urée étant diminué en même temps dans l'urine.

4° La perversion des mutations désassimilatrices se révèle d'abord par les modifications qualitatives et quantitatives des éléments constitutifs de l'urine. Quand la dénutrition commence à s'opérer, l'analyse des urines montre une désassimilation excessive; on constate surtout une déminéralisation très active, c'est-à-dire une élimination exagérée des phosphates (J. Teissier) et des chlorures, et si l'on se rappelle qu'il se fait aussi une élimination des mêmes principes par les crachats, on en conclura que chez les phtisiques, les déperditions en phosphates et en chlorures sont considérables; on constate aussi, dans les périodes initiales du mal, de l'azoturie; mais l'excrétion de l'urée est peu augmentée; il y a plutôt augmentation de l'excrétion des corps moins oxydés, acide urique, leucine, tyrosine, résultats d'une combustion incomplète. Plus tard, quand la déchéance de l'organisme est très avancée, le chiffre de tous les éléments de l'urine, urée, phosphates, chlorures, diminue progressivement. Chiais a montré aussi qu'à la période consomptive la diffusion des liquides est lente et que les malades rendent toujours moins d'eau qu'ils n'ont ingéré de liquides. L'albuminurie, la peptonurie, la glycosurie, viennent joindre leurs effets à ceux de ces perversions désassimilatrices.

On a étudié aussi les troubles de l'exhalation de l'acide carbonique par les poumons; mais tandis que Régnard pense que le phtisique exhale peu d'acide carbonique, Quinquaud admet qu'à la troisième période de la phtisie, souvent à la deuxième, et parfois dès le début, l'exhalation d'acide carbonique par kilo-

gramme et par heure est augmentée, même lorsque la fièvre n'existe pas; plus rarement, avec de la fièvre, la quantité de CO² serait égale ou à peine supérieure à la normale. Tant que le phtisique n'exhale que 0 gr. 65 de CO² par kilogramme et par heure, le danger n'est pas pressant; mais lorsque l'exhalation s'élève à 0,80, le pronostic s'aggrave; si ce chiffre est dépassé d'une manière régulière, l'existence est menacée dans l'espace de quelques mois (Quinquaud).

Chiais, qui a étudié récemment la nutrition des phtisiques, est arrivé à des résultats à peu près identiques à ceux qu'a obtenus Quinquaud; il a insisté sur ce fait que chez les phtisiques en voie de guérison, chez ceux dont la santé générale est bonne, la nutrition se fait suivant le type physiologique; tandis que, chez les autres, les troubles nutritifs présentent des variations fréquentes d'un jour à l'autre. D'après le même auteur, des troubles nutritifs analogues à ceux de la phtisie s'observeraient dans d'autres cachexies; le type de nutrition pathologique que nous venons d'étudier ne serait donc pas propre à la tuberculose.

CHAPITRE V

FORMES CLINIQUES DE LA PHTISIE PULMONAIRE CHRONIQUE

La phtisie pulmonaire peut revêtir des aspects symptomatiques variés; c'est ce que l'on comprend aisément par la lecture du chapitre précédent. L'association possible de la lésion pulmonaire avec des altérations des appareils les plus divers, altérations qui peuvent être prédominantes au point de masquer la présence des tubercules du poumon, est la cause principale de cette variabilité des formes cliniques. Nous allons indiquer les principales de ces formes cliniques; nous suivrons la classification de G. Sée, qui n'est du reste qu'une modification de celle de Laënnec, et nous décrirons: 1° les formes latentes; 2° les formes larvées initiales; 3° les formes avérées (1).

(1) La classification des formes de la tuberculose pulmonaire que j'ai adoptée est purement clinique; elle a pour but principal de faciliter le diagnostic. A l'heure présente, il ne me paraît pas possible de procéder autrement. Cependant M. Bard l'a tenté; au Congrès français de médecine interne, tenu à Montpellier en avril 1898, il a proposé une classification tirée de ses idées sur la complexité pathogénique des lésions de la tuberculose. Voici cette classification; sont indiquées en caractères italiques celles des formes classiques qui correspondent aux espèces établies par M. Bard.

I. **Formes parenchymateuses** (celles qui atteignent le lobule du poumon); elles se divisent en deux grands groupes:

A. **FORME ABORTIVE**: cicatricielle; lupus du poumon (*Tubercules de guérison trouvés dans les autopsies*).

B. **FORMES PROGRESSIVES**; avec trois variétés: 1° formes caséuses qui comprennent: (a) la forme lobaire ou pneumonie tuberculeuse (*phtisie aiguë pneumonique*); (b) la forme extensive (*phtisie galopante*); — 2° formes fibro-caséuses qui comprennent: (a) la forme extensive, forme commune (*phtisie ulcéreuse commune*); (b) la forme congestive (*spléno-pneumonie tuberculeuse* de GRANCHER); (c) la forme localisée cavitairé ulcéreuse; (d) la forme localisée cavitairé stationnaire; (e) la forme ulcéro-fibreuse cachectisante; — 3° les formes fibreuses qui comprennent: (a) pneumonie hyperplastique tuberculeuse, à évolution rapide; (b) sclérose dense ou phtisie mélanotique de BAYLE; (c) sclérose diffuse et emphysème; ces deux dernières formes correspondent à la *phtisie fibreuse*.

II. **Formes interstitielles ou granuliques**; elles comprennent: (a) la granulie généralisée

I

FORMES LATENTES

Phtisie latente bénigne ou curable. — Les tubercules peuvent se développer au sommet du poumon sans qu'aucun signe vienne en révéler l'existence. La preuve en est fournie par les autopsies; rien n'est fréquent comme de trouver, à l'ouverture d'un sujet qui a succombé à une autre maladie que la phtisie, soit quelques granulations fibro-crétacées ou caséuses, éparses dans les sommets du poumon, soit même de petites cavernules (Boudet, N. Guillot, Beau). Brouardel et Vibert ont noté la fréquence de ces lésions tuberculeuses dans les autopsies faites à la Morgue; et, récemment, F. Wolf a soutenu qu'on les trouvait dans presque la moitié des cadavres. A un moment quelconque de la vie, les individus qui portent de pareilles altérations ont-ils présenté des signes qui eussent permis d'établir le diagnostic? Nous l'ignorons; pourtant il est vraisemblable que certains rhumes persistants, mais finissant par guérir, se rapportent à ces tuberculoses latentes, bénignes ou curables. L'auscultation, la recherche des bacilles, pratiquées au moment de ce rhume, eussent-elles permis de reconnaître les tubercules? Cela est possible, mais n'est pas encore prouvé.

De l'existence de ces formes de tuberculoses on peut tirer un enseignement important: c'est que la tuberculose que nous diagnostiquons par les signes physiques, et que nous jugeons si grave avec raison, n'est peut-être pas la plus commune; qu'il existe aussi un grand nombre de tuberculoses bénignes ou curables, dont l'évolution cesse avant que nous puissions les diagnostiquer; d'où l'on peut d'abord conclure que l'organisme porte en lui de puissants moyens de défense contre l'infection bacillaire, ce qui doit être un encouragement pour la thérapeutique. On en peut conclure aussi que les phtisies que nous diagnostiquons par les signes physiques offrent déjà une gravité très grande et sont presque irréparables. Il serait donc fort intéressant de posséder un moyen sûr de reconnaître les phtisies latentes. Quelques faits nous portent à penser que l'examen bactériologique des crachats, pratiqué sur une large échelle, permettrait de découvrir des bacilles dans les crachats de certains sujets chez lesquels cette découverte serait une grosse surprise.

Phtisie latente grave. — On observe parfois des phtisiques qui toussent, qui maigrissent, qui présentent de la fièvre, mais chez lesquels les signes physiques se dérobent à l'examen pendant un temps plus ou moins long; c'est ce qui arrive lorsque les altérations siègent à la partie centrale des poumons, et

(phtisie aiguë granulique); (b) la granule pulmonaire suppurée (infection mixte); (c) la granule migratrice; (d) la granule discrète.

III. **Formes bronchiques;** elles comprennent: (a) la bronchite capillaire tuberculeuse (forme asphyxique de la phtisie aiguë granulique); (b) la broncho-pneumonie tuberculeuse des enfants; (c) la bronchite chronique profonde avec péribronchite et dilatations bronchiques; (d) la bronchite chronique superficielle avec emphysème.

IV. **Formes postpleurétiques;** elles comprennent: (a) les formes à lésions progressives localisées; (b) la pneumonie pleurogène tuberculeuse.

quand elles sont très petites ou très disséminées. Autrefois le diagnostic de ces formes était des plus obscurs; mais, aujourd'hui, les symptômes fonctionnels et les troubles de l'état général inciteront le médecin à rechercher le bacille dans les crachats, et les résultats de cette recherche leveront tous les doutes.

II

FORMES LARVÉES INITIALES

La tuberculose pulmonaire, lorsqu'elle a atteint la deuxième ou la troisième période, est rarement méconnue. Mais, à la phase du début, à l'époque où les signes physiques sont peu accentués, l'éclosion des tubercules peut être masquée par des troubles ou des altérations concomitantes; et le médecin peut ne pas reconnaître la tuberculose au milieu du complexe symptomatique. Ce sont ces *phtisies initiales larvées* que nous allons étudier ici.

Forme bronchitique ou catarrhale. — Certains phtisiques semblent d'abord n'être atteints que d'un simple *catarrhe chronique* des bronches; ils disent être sujets à s'enrhumer et se bien porter dans l'intervalle de leurs rhumes. On les ausculte, et, au premier abord, ils semblent bien atteints d'une simple bronchite chronique; on n'entend guère que des râles ronflants et sibilants dans une grande étendue de la poitrine. Cependant trois signes doivent donner l'éveil au médecin et l'engager à rechercher les bacilles dans les crachats:

1° Les râles de bronchite sont plus marqués et plus fixes dans les sommets du poumon.

2° La percussion d'un des sommets fournit un son tympanique, alors que de l'autre côté le son est normal. (Le tympanisme tient à la détente du tissu pulmonaire qui environne les tubercules naissants.)

3° L'absence d'emphysème généralisé, lequel est exceptionnel dans la phtisie, et commun dans la bronchite chronique.

De ces faits, nous rapprocherons trois cas observés par nous et auxquels nous donnerions volontiers le nom de *tuberculose pseudo-grippale curable*. Il s'agissait de sujets, bien portants jusque-là, qui semblaient atteints d'une grippe et par les signes locaux et par les symptômes généraux; mais la maladie avait une marche trainante; les malades ressentaient une fatigue inusitée et présentaient le soir un léger mouvement fébrile avec sueurs; pourtant leur appétit était conservé et ils accomplissaient leurs occupations journalières. En raison de la persistance de la fatigue générale et du catarrhe bronchique diffus, nous avons examiné les crachats dans ces trois cas, et nous y avons trouvé des bacilles de la tuberculose. Un de ces malades avait été ausculté par deux de nos maîtres, qui avaient conclu à l'absence de tubercules. Nous avons pu suivre deux de ces sujets, et nous avons constaté la disparition de tous les signes locaux et de tous les symptômes généraux, et la disparition parallèle des bacilles dans les crachats, chez l'un quatre mois, et chez l'autre six mois après le début des accidents. Sans la recherche des bacilles, nous pouvons affirmer que, chez ces malades, la tuberculose eût certainement passé inaperçue.

Forme à début pleural. — La phtisie pulmonaire peut débiter par une

pleurésie d'apparence simple; nous avons déjà assez insisté sur ce point pour qu'il soit inutile d'y revenir.

Phtisie à début chloro-anémique. — La phtisie commençante peut se traduire uniquement par la chloro-anémie, surtout chez les jeunes femmes, plus rarement chez les hommes.

Les femmes ainsi atteintes deviennent chlorotiques sans motif appréciable, sans qu'on puisse invoquer ni la puberté, ni le mariage, ni les infractions à l'hygiène; elles deviennent pâles, d'une pâleur terne ou jaunâtre, d'un teint terreux qui diffère de la décoloration verdâtre des vraies chlorotiques (G. Sée); elles se fatiguent avec facilité, elles ont des palpitations presque incessantes qui s'exagèrent au moindre effort. Il est exceptionnel d'entendre dans la chlorose tuberculeuse des bruits de souffle cardiaques ou vasculaires; ce caractère a une grande importance pour le diagnostic.

Celui-ci est d'autant plus difficile, que des névralgies, de la mélancolie, des troubles de la menstruation et des troubles dyspeptiques s'associent ordinairement à l'anémie et augmentent encore la ressemblance du tableau clinique avec celui de la chlorose vraie.

Mais, au bout d'un certain temps, une petite toux sèche dont l'intensité augmente tous les jours vient donner l'éveil au médecin.

Ces troubles chloro-anémiques persistent rarement jusqu'à la fin de la maladie; habituellement ils disparaissent à mesure que la tuberculose se confirme; la phtisie prend dès lors son aspect habituel, et l'examen du sang montre que l'anémie symptomatique vulgaire s'est substituée à la chlorose.

Phtisie à début dyspeptique. — Le début de la tuberculose peut être caché plus ou moins longtemps par des troubles gastriques.

Nous les avons déjà décrits longuement. Nous indiquerons ici leur importance au point de vue du diagnostic précoce de la tuberculose.

Les troubles gastriques, lorsqu'ils sont pré-tuberculeux ou initiaux, peuvent d'abord donner lieu à des erreurs de diagnostic. Le sujet en puissance de phtisie peut être regardé comme un dyspeptique, et il est des cas où, avec des lésions minimales du poumon, cette dyspepsie est tellement accentuée que le malade ne se plaint que de son estomac et que le médecin ne songe pas à rechercher les lésions pulmonaires.

Par contre, la connaissance de la dyspepsie pré-tuberculeuse ou initiale est d'un grand secours pour le diagnostic. Si l'on est prévenu de la fréquence avec laquelle la phtisie débute par des troubles gastriques, on dépistera la nature du mal avec beaucoup plus de facilité. On doit toujours soupçonner la phtisie chez un sujet qui s'amaigrit et qui souffre de l'estomac; on peut presque l'affirmer à coup sûr lorsque le sujet tousse après avoir mangé et vomit après avoir toussé. Cela se comprend aisément; la toux gastrique, telle que nous l'avons définie, et le vomissement qui suit cette toux, ne se produisent que lorsqu'il existe une souffrance simultanée du poumon et de l'estomac, double condition qui est plus souvent réalisée dans la phtisie que dans toute autre maladie.

Phtisie à début diarrhéique. — On voit des malades qui présentent, au début de la phtisie, quelquefois même avant que la tuberculose soit manifeste, une

diarrhée chronique. D'après Louis, qui a insisté sur ces diarrhées prémonitoires, il faut en distinguer deux variétés : 1° Les diarrhées intenses, avec évacuations nombreuses, parfois sanglantes, avec coliques vives, sont dues à des ulcérations tuberculeuses de l'intestin; cela s'observe lorsque la tuberculose intestinale, qui est habituellement consécutive à la phtisie pulmonaire confirmée, est primitive ou du moins très précoce. 2° Les diarrhées légères, interrompues par des périodes de constipation, caractérisées par des évacuations liquides, peu nombreuses, non sanglantes, non douloureuses, sont dues à un catarrhe simple de l'intestin. Ces diarrhées peuvent précéder de longtemps l'apparition des signes manifestes de la lésion pulmonaire. Elles sont probablement du même ordre que la dyspepsie pré-tuberculeuse ou initiale dont nous avons déjà discuté la pathogénie.

Phtisies larvées à début fébrile. — La fièvre peut se manifester avec une grande intensité dès le début de la maladie. Cette fièvre initiale offre les caractères de la fièvre de tuberculisation tels que nous les avons déjà décrits. Elle s'accompagne ordinairement d'une toux sèche et répétée; elle peut néanmoins induire en erreur lorsque les signes stéthoscopiques ne sont pas nets; et l'on a pu la confondre quelquefois avec une *fièvre intermittente*. Mais le doute ne persiste pas longtemps; car, en général, les lésions ne tardent pas à progresser et à devenir appréciables par l'auscultation.

Landouzy a soutenu qu'il existait aussi une *fièvre bacillaire pré-tuberculeuse à forme typhoïde*, c'est-à-dire une fièvre due à la dissémination dans l'organisme du bacille de Koch et se développant avant l'éclosion des néoplasies tuberculeuses. C'est ce qu'il appelle la *typho-bacillose*. Cuffer a décrit le même type morbide sous le nom de *fièvre d'incubation* ou *prégranulique de la tuberculose*. Le tableau clinique serait analogue à celui de la fièvre typhoïde vraie; cependant certaines nuances symptomatiques permettraient de distinguer la fièvre pré-tuberculeuse de la dothiéntérie :

1° Le tracé thermique offre dans la fièvre d'incubation tuberculeuse des oscillations plus considérables, plus irrégulières, et, d'après Cuffer, le mouvement fébrile s'accompagne d'une sensation de chaleur extrême, plus accusée que ne le comporte l'élévation réelle de la température.

2° Dans la fièvre typhoïde, le pouls est en général parallèle à la température; dans la fièvre prégranulique, il est toujours proportionnellement plus élevé que la température, dont il ne suit pas les fluctuations.

3° L'absence ou le faible degré du catarrhe intestinal, pharyngé, laryngé et bronchique, de l'albuminurie, est le propre de la fièvre prégranulique. Billet ajoute que dans celle-ci on ne constate pas non plus d'épistaxis, ni de bourdonnements d'oreilles.

4° L'absence de taches rosées lenticulaires est la règle dans la fièvre prégranulique.

5° L'hypertrophie de la rate serait plus constante et plus marquée dans la fièvre prégranulique que dans la fièvre typhoïde.

6° L'anémie globulaire est extrêmement marquée dans la fièvre prégranulique (Cuffer).

7° Le sulfate de quinine, efficace contre la fièvre de la dothiéntérie, n'a pas d'action sur la fièvre prégranulique, qui ne cède qu'à l'antipyrine (Kiener et Jeannel).

Nous devons ajouter que désormais le *séro-diagnostic* de Widal permettra sûrement de distinguer la fièvre prégranulique de la fièvre typhoïde.

Après quelques semaines, la fièvre prégranulique à forme typhoïde se termine de différentes manières. Le plus souvent, le malade succombe; à l'autopsie, on est frappé de ne trouver que des lésions minimales, une grosse rate, *quelques rares granulations grises*, jeunes, disséminées au sommet du poumon, sur la plèvre ou sur les méninges. D'autres patients guérissent comme s'ils avaient eu une dothiéntérie; mais, après un temps plus ou moins long, ils peuvent mourir d'une méningite tuberculeuse, d'une phtisie pulmonaire ulcéreuse à marche chronique ou subaiguë, ou bien ils ont une récurrence de l'état typhoïde et finissent par succomber soit à la fièvre pré-tuberculeuse, soit à une localisation quelconque de la bacillose. Enfin, Landouzy, Cuffer, Billet, croient que la fièvre prégranulique peut guérir; l'antipyrine et le tannin pour Cuffer, l'antipyrine, le tartre stibié et l'antisepsie intestinale pour Billet, permettraient d'obtenir ces guérisons.

Tel est l'exposé des idées de Landouzy, idées confirmées par Coustan, Cuffer, Dreyfus-Brisac et Billet. N'ayant pas observé de cas semblables à ceux qui leur servent de fondement, nous ne leur adresserons aucune objection; mais nous nous permettrons de faire remarquer que le mot *fièvre pré-tuberculeuse* ou *prégranulique* est mal choisi, puisque à l'autopsie on trouve des granulations tuberculeuses; que le mot *typho-bacillose* ne convient pas non plus, car il est probable que ce sont les toxines et non le bacille de Kock qui envahissent l'organisme; que l'assimilation de ce processus avec la tuberculose expérimentale dite du type Yersin n'est pas acceptable, s'il est vrai, comme le soutiennent Straus et Gamaleia, que ce type ne puisse être obtenu qu'avec le bacille aviaire et non avec le bacille humain; que des faits analogues à ceux de Landouzy se retrouvent dans les anciennes descriptions de la granulie⁽¹⁾; enfin que, très souvent, l'infection tuberculeuse généralisée est apyrétique; les cinq derniers cas de granulie que nous avons observés se sont présentés d'abord sous la forme d'une gastrite bénigne, puis se sont terminés très vite par méningite, sans que la température ait jamais été au-dessus de la normale.

Phtisies consécutives à d'autres localisations de la tuberculose. — Dans l'immense majorité des cas, la tuberculose se localise d'abord dans le poumon. On se rappelle la seconde loi de Louis: « Après quinze ans, il n'y a pas de tubercules dans un organe, s'il n'y en a pas dans les poumons. » Cette loi est vraie pour la généralité des faits, mais elle souffre des exceptions; on peut même dire que ces exceptions sont plus nombreuses que Louis ne le supposait; ainsi la méningite tuberculeuse peut s'observer, même chez l'adulte, sans lésion pulmonaire. De plus, à l'époque où Louis a formulé ses lois, on ne savait pas d'une manière précise que beaucoup de suppurations chroniques d'ordre chirurgical appartiennent à la tuberculose.

La phtisie peut succéder: à une pleurésie tuberculeuse; à une péritonite tuberculeuse ou à une entérite tuberculeuse; à une laryngite tuberculeuse; à une tuberculose des organes génito-urinaires; à une tuberculose des gan-

⁽¹⁾ BONNEMAISON, *Essai de clinique médicale*, Toulouse, 1874, p. 104, 105 et suivantes; p. 110 et 111; p. 115 et suivantes (dans une leçon intitulée: *De certaines formes de début de la phtisie*).

glions lymphatiques; à une tuberculose des os et des articulations; à une tuberculose de la peau, de l'œil, etc.

À l'époque de Louis, il n'est pas douteux que l'écllosion de la phtisie consécutive à une tuberculose extra-pulmonaire risquait de passer inaperçue, masquée par l'affection première dont la nature spécifique n'était pas soupçonnée. Aujourd'hui, on peut dire que ces phtisies secondaires sont le contraire d'une phtisie larvée; on redoute le développement de la phtisie — et partant on dépiste la maladie plus facilement — chez les sujets porteurs des lésions énumérées plus haut. Le nom que Laënnec donnait aux phtisies secondaires: *Phtisies irrégulières manifestes*, est donc excellent et doit être conservé.

III

FORMES AVÉRÉES⁽¹⁾

Il est certains cas où l'existence de la phtisie ne laisse aucun doute dans l'esprit du médecin, mais où la maladie avérée revêt, en raison d'une circonstance particulière, une forme spéciale. Tantôt la modalité clinique résulte des qualités propres à l'organisme sur lequel la phtisie s'est développée: telles la phtisie des enfants, la phtisie des vieillards, la phtisie des diabétiques, des alcooliques, des scrofuleux, des arthritiques, etc.; tantôt elle résulte de la prédominance d'un symptôme, comme la phtisie hémoptoïque; tantôt de l'association avec une lésion particulière, telle la phtisie des addisoniens; tantôt enfin de sa marche particulière, comme la phtisie galopante.

Tuberculose des enfants. — La tuberculose est très fréquente chez les enfants, surtout chez ceux qui appartiennent aux familles pauvres des grandes villes. À l'encontre de ce que l'on pensait auparavant, M. Landouzy et ses élèves Queyrat et Aviragnet⁽²⁾ ont montré que les nourrissons n'en sont pas plus exempts que les enfants plus âgés. De 1 jour à 2 ans, on rencontre des lésions tuberculeuses dans un cinquième des autopsies. Le chiffre devient plus élevé de 3 à 5 ans; il diminue ensuite un peu, mais reste encore très élevé. Le tableau de Boltz, reproduit plus haut, donne une idée du nombre d'autopsies dans lesquelles on constate la tuberculose aux diverses périodes de l'enfance.

La tuberculose des enfants est congénitale ou acquise. Mais nous savons combien est rare la tuberculose congénitale. La tuberculose acquise, de beau-

⁽¹⁾ BOLLINGER a dressé une échelle montrant le degré de prédisposition des divers organes à contracter la tuberculose:

a. *Tuberculose spontanée de l'homme.* — 1° Poumon; 2° ganglion lymphatique; 3° muqueuse intestinale; 4° séreuses; 5° larynx; 6° rate; 7° articulations; 8° os; 9° foie; 10° reins; 11° organes génitaux; 12° peau; 13° système nerveux; 14° muscles (presque réfractaires).

b. *Tuberculose expérimentale.* (Voie sous-cutanée ou péritonéale.) — 1° Ganglion lymphatique; 2° rate; 3° poumon; 4° séreuses; 5° foie; 6° reins; 7° organes génitaux; 8° peau; 9° articulations; 10° os.

Bollinger remarque que les organes les plus prédisposés à la tuberculose sont précisément ceux qui en guérissent le plus souvent. On rencontre des tubercules guéris ou en voie de guérison dans les tuberculoses locales des poumons, des ganglions lymphatiques, plus rarement dans les articulations, dans les os et dans les séreuses. — Cette dernière remarque peut être contestée.

⁽²⁾ AVIRAGNET, De la tuberculose chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1892.