

s'amaigrir, se mettait à tousser et alors l'exploration physique permettait de constater les signes d'une induration du sommet.

Les *hémoptysies initiales* sont infiniment plus rares que chez l'adulte. Mais il est possible que cette rareté ne soit qu'apparente. Les enfants ne crachant pas, ils peuvent déglutir le sang qui vient des bronches, et on ne reconnaîtra l'hémoptysie que si on a l'idée d'examiner leurs selles, où le sang se montrera sous forme de melæna⁽¹⁾. Quoi qu'il en soit, j'ai vu exceptionnellement, au début de la tuberculose infantile, des hémoptysies très légères, peu abondantes, qui ne se répétaient pas; je n'ai pas rencontré le crachement de sang à flots, se répétant assez souvent pour être mortel, comme l'ont vu MM. D'Espine et Picot dans un cas.

La toux est peu marquée et elle ne s'accompagne presque jamais d'expectoration. Avant la huitième année, les enfants déglutissent habituellement leurs crachats. Après 8 ans, on trouve quelques sujets qui crachent comme les adultes; mais d'autres n'expectorent pas. Dans les cas où le diagnostic est difficile, cette absence d'expectoration est une circonstance fâcheuse, car elle ne permet pas de recourir à l'examen bactériologique des crachats, qui rend de si grands services chez l'adulte. On a cherché à tourner la difficulté, en cherchant les bacilles, soit dans les selles (Kossel, Zuber), soit dans les crachats extraits de l'estomac avec la sonde, le matin à jeun, peu de temps après le réveil (H. Meunier). Nous ne sommes pas encore fixés sur la valeur de ces procédés d'investigation⁽²⁾.

Les signes physiques se montrent au sommet comme chez l'adulte, soit dans la fosse sus-épineuse, soit dans la région sous-claviculaire. Il est rare que les premiers signes stéthoscopiques qui manifestent la lésion soient, comme chez l'adulte, l'inspiration rude, l'expiration prolongée, l'exagération de la bronchophonie normale. Les premiers signes d'auscultation qui décèlent la tuberculose sont le craquement sec et le râle humide à petites bulles, occupant le sommet du poumon avec une fixité remarquable.

Un point sur lequel nous devons encore appeler l'attention, c'est la fréquence des *poussées broncho-pneumoniques*. Des enfants phtisiques sont pris subitement d'une fièvre intense et d'une dyspnée très vive. L'auscultation permet alors de reconnaître, à côté des lésions anciennes, des foyers morbides nouveaux où l'on entend des râles secs ou humides, gros ou petits, et parfois de la respiration bronchique. L'idée qui vient alors à l'esprit est celle d'une tuberculose aiguë. Mais si cette idée est exacte dans quelques cas et s'il s'agit alors d'une broncho-pneumonie caséuse terminale, d'autres fois, il s'agit d'une broncho-pneumonie vulgaire qui peut entraîner la mort, mais qui peut guérir sans laisser aucune trace. Il est même des cas où ces poussées disparaissent très vite; c'est que la lésion était alors une simple pneumonie épithéliale avec congestion; elle répond à ce que les anciens auteurs appelaient « *poussées congestives* ».

M. Weil (de Lyon) a observé chez trois enfants phtisiques un *syndrome cyanotique intermittent* dont il donne la description suivante. Les phénomènes qui le constituent sont transitoires; leur durée varie de quelques minutes à quelques

⁽¹⁾ MANTEL, *Progrès médical*, 1887. — MEUSNIER, Hémoptysies chez les enfants. *Thèse de Paris*, 1892.

⁽²⁾ H. MEUNIER, Bacilloscopie chez l'enfant tuberculeux, *La Presse médicale*, 15 août 1898, n° 67. — BERTHERAND, Le diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants. *Thèse de Paris*, 1899.

heures; ils se produisent facilement à certaines périodes, ne se montrant pas à d'autres; ils se produisent tantôt par le passage de la station couchée à la station debout, tantôt par le passage d'un milieu à température chaude dans un milieu à température modérée ou froide. La crise est caractérisée essentiellement par une sensation de froid général et par de la cyanose de la face et des extrémités. La sensation de froid correspond à un abaissement réel de la température centrale (2° à 4°) et surtout de la température périphérique. Comme phénomènes concomitants, on note : 1° du spasme artériel appréciable à la radiale par l'amplitude beaucoup moindre des oscillations sphygmographiques et l'augmentation de la tension artérielle; 2° l'hyperglobulie constatée dans le sang recueilli par piqûre à un doigt cyanosé; la cyanose est produite par le sang veineux qui envahit les réseaux superficiels; or le sang veineux est plus riche en globules rouges, car il représente le sang artériel diminué d'une certaine quantité d'eau qui a servi aux mictions; 3° l'augmentation du volume de la rate; 4° une modification des urines émises après la crise : richesse en phosphate et en urée; albuminurie notable. La crise cyanotique survient brusquement, mais disparaît lentement.

Ce syndrome paraît indépendant de la forme clinique qu'affecte la tuberculose pulmonaire, de la prédominance de tel ou tel symptôme, de l'étendue et de la gravité des lésions. Il se montre au début de la tuberculisation aussi bien qu'aux périodes avancées de celle-ci. Il est indépendant du régime, des saisons, se montre en été aussi bien qu'en hiver. M. Weill a, sans le trouver, recherché ce syndrome dans la cyanose congénitale et dans divers états cachectiques. Il serait donc particulier à la tuberculose. Il n'est point non plus le fait d'un état asphyxique par des lésions anatomiques étendues, limitant le champ de la respiration pulmonaire. Il dépend donc probablement d'un trouble des centres vaso-moteurs, provoqué par des actions à distance venant des poumons tuberculeux.

Ces crises cyanotiques de la phtisie infantile doivent être fort rares; pour ma part, je ne les ai jamais rencontrées.

Dans la phtisie de la seconde enfance, l'appétit est souvent conservé; la dyspepsie et la gastrite font ordinairement défaut. Par contre, la tuberculose intestinale n'est pas rare.

La consommation peut être tardive. Certains enfants tuberculeux gardent longtemps un état général peu satisfaisant, ne s'amaigrissent pas, n'ont pas de fièvre tout en portant des lésions profondes. Le caverneux bien portant s'observe plus souvent dans l'enfance que dans l'âge adulte. Lorsque la cachexie survient, elle est marquée surtout par la pâleur et l'amaigrissement extrêmes qui s'observent dans toutes les régions du corps, sauf à la face qui est parfois bouffie et pâle, comme dans le mal de Bright.

Les causes de mort les plus fréquentes dans la phtisie chronique de l'enfance sont le pneumothorax, l'hémoptysie tardive par rupture d'un anévrysme caverneux (anévrysme de Rasmussen), la phtisie aiguë, granuleuse ou pneumonique. Dans la plupart des cas, la mort survient par les progrès de la consommation.

Phtisie des vieillards⁽¹⁾. — Il est à remarquer que, chez le vieillard, la

⁽¹⁾ LEUDET, Recherches sur la phtisie aiguë chez l'adulte; *Thèse de Paris*, 1851. — MOURETON, Tuberculisation des vieillards; *Th. Paris*, 1865. — COCATRICE, Tuberculisation aiguë des vieillards; *Th. Paris*, 1866. — JARDI, Phtisie pulmonaire des vieillards; *Th. Paris*, 1871.

tuberculose se localise d'ordinaire sur le poumon. Dans l'âge avancé, elle n'atteint presque jamais les ganglions, le péritoine, les os, les articulations, si souvent frappés dans l'enfance. Des divergences séparent les auteurs en ce qui concerne la fréquence et la gravité de la phtisie chez le vieillard. Pour les uns, la phtisie est fort rare après 65 ans; pour d'autres (G. Sée), elle est, au contraire, fort commune.

Fonssagrives a dit : « Passé 45 ou 50 ans, il est à peu près indifférent d'être ou de ne pas être phtisique ». Cette opinion est exagérée; nous observons tous les jours, à l'hôpital, des vieillards qui succombent à la phtisie comme les adultes. Mais si l'on s'en tient à la clientèle de la ville, Fonssagrives pourrait avoir raison; car, d'après Peter, chez les vieillards riches, la phtisie évolue avec une remarquable lenteur. La phtisie des vieillards peut être d'origine récente, ou due aux progrès d'une infection bacillaire ancienne qui a présenté une longue rémission. Son développement paraît favorisé par le rétrécissement de l'œsophage, le cancer de l'estomac, la gastrite alcoolique, le cancer de l'utérus, le diabète, l'albuminurie et les affections chroniques du système nerveux central qui retiennent les sujets dans le lit. La phtisie des vieillards affecte la forme chronique ou la forme aiguë. Nous n'étudierons ici que la phtisie chronique.

La phtisie chronique des vieillards se présente ordinairement avec des symptômes très atténués. Si, chez l'enfant, rarement un organe souffre seul, chez le vieillard, les organes semblent souffrir et vivre isolément. Aussi la lésion locale se développe-t-elle sourdement, sans réactions vives, sans retentir sur l'état général; il y a désaccord entre les signes physiques d'une part, et d'autre part les symptômes fonctionnels et généraux ordinairement très peu marqués.

La maladie se développe à la suite d'une laryngite, d'une pleurésie, d'une bronchite. La toux est faible, l'expectoration presque nulle (car le vieillard, comme l'enfant, déglutit souvent ses crachats); l'hémoptysie est très rare. La dyspnée est plus objective que subjective; elle ne s'apprécie que si l'on compte le nombre des respirations. La fièvre peut manquer; quand elle existe, elle est en général assez modérée (38°, 38,5°). Les signes physiques sont ceux de la phtisie ulcéreuse commune ou de la phtisie fibreuse. La marche est traînante; ce n'est qu'au bout de plusieurs années que les malades se plaignent d'une grande faiblesse, qu'ils s'amaigrissent, que leur peau se dessèche et se plisse, ce qui les fait paraître encore plus vieux qu'ils ne sont. Ils finissent par s'éteindre sans bruit; quelquefois on les trouve morts dans leur lit sans qu'on puisse préciser la cause de cette terminaison brusque.

Cette forme latente chronique de phtisie est propre au vieillard; mais elle n'est pas la seule: on peut observer, même chez des sujets très âgés, des formes absolument analogues à celles qu'on observe chez l'adulte. La forme catarrhale ou bronchique et la forme fibreuse sont les plus communes. On évitera de confondre la phtisie chronique du vieillard avec la bronchite chronique, la bronchectasie et l'emphysème.

Phtisie arthritique. — Phtisie fibreuse. — Il n'y a pas lieu de décrire

— DURAND-FARDEL, *Traité des maladies des vieillards*. — PETER, *Leçons de clinique médicale*. — AUDOIN, De la phtisie aiguë chez les vieillards; *Thèse de Paris*, 1879. — M. MICHEL, Étude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards; *Thèse de Paris*, 1894. — E. BARIÉ, Recherches sur la tuberculose sénile; *Revue de médecine*, octobre 1895 et janvier 1896.

dans deux chapitres séparés la phtisie fibreuse et la phtisie arthritique. La phtisie arthritique de Morton (phtisie herpétique de Lancereaux), telle qu'on la décrit aujourd'hui, ne diffère pas de la phtisie fibreuse, dont nous avons exposé les caractères anatomiques si particuliers.

La phtisie fibreuse frappe, en effet, surtout les sujets que l'on désigne sous le nom de *neuro-arthritiques*; on les reconnaît à ce qu'ils sont migraineux, hémorroïdaires, asthmatiques, goutteux ou eczémateux. Ces sujets n'échappent pas à la phtisie; si l'on a soutenu qu'ils avaient une certaine immunité, c'est peut-être parce que ces sujets appartiennent le plus souvent à la classe riche, moins exposée, par son mode de vie, à la contamination tuberculeuse.

La phtisie arthritique débute souvent par une pleurésie (Lancereaux); elle peut aussi débiter brusquement par une hémoptysie; parfois elle commence d'une manière sourde et insidieuse et prend le masque d'un catarrhe asthmatique; mais le sujet ne tarde pas à s'amaigrir, à présenter des troubles gastriques et à prendre l'aspect d'un véritable phtisique. Cependant, dans l'évolution du mal, on relève diverses particularités qui individualisent cette forme clinique.

Les *hémoptysies* sont très fréquentes; souvent elles cessent sous l'influence d'un flux hémorroïdaire. La *fièvre* manque rarement; mais elle présente un caractère remarquable, c'est qu'elle procède par crises qui durent quelques jours et disparaissent ensuite pour faire place à de longues périodes d'apyrexie. Les *sueurs* sont presque toujours la conséquence de la fièvre. La *dyspnée* est très vive; très souvent elle prend la forme de l'*asthme vrai* (*phtisie asthmatique* de G. Sée, de Pujade).

La phtisie arthritique débute, le plus souvent, par le sommet droit (Lancereaux). Les *signes physiques* sont très variables suivant le degré de la maladie et surtout la proportion relative des diverses altérations qui sont réunies dans le poumon malade (dilatation des bronches, sclérose, emphysème partiel, cavernes, foyers caséux ramollis). A l'inspection, il existe quelquefois un aplatissement plus ou moins marqué des creux sus et sous-claviculaires; mais la fréquence de l'emphysème dans la phtisie fibreuse masque le plus souvent ce signe. La palpation révèle une augmentation des vibrations thoraciques. Par la percussion, on perçoit ordinairement de la matité ou du moins de la submatité aux sommets; mais l'emphysème peut donner aux régions atteintes une sonorité voisine de la sonorité normale. Cependant il est exceptionnel que l'emphysème soit distribué d'une façon assez uniforme pour que d'un côté, soit en avant, soit en arrière, on ne trouve une modification pathologique du son. A l'auscultation, on est frappé, au début, par la sécheresse des bruits: râles sonores, craquements secs, frottements pleuraux. Plus tard, on perçoit des signes cavitaires, avec expectoration matinale abondante; et il est souvent fort difficile de savoir si ces signes dépendent d'une caverne ou d'une bronche dilatée; il existe aussi des zones de souffle bronchique qui dépendent de la sclérose et des zones d'obscurité respiratoire qui correspondent aux régions emphysémateuses.

Ce qui est remarquable encore dans la phtisie fibreuse, c'est la marche, qui procède par *poussées congestives* avec hémoptysies, flux hémorroïdaires, pouls vibrant et fort. Ces poussées sont séparées par des périodes de calme relatif pendant lesquelles l'état général s'améliore beaucoup; le patient ressemble alors à un emphysémateux: c'est simplement un tousseur « poussif ».

La phtisie fibreuse a généralement une *durée* beaucoup plus longue que la phtisie vulgaire, ce qui paraît tenir à la rareté des infections paraphtisiques; mais on commettrait une erreur si on la regardait comme une phtisie bénigne; même lorsque la marche de la maladie est très lente, les sujets qui en sont atteints sont ordinairement dans l'impossibilité de travailler. D'ailleurs, ils sont toujours sous la menace d'*accidents cardiaques graves*, qui finissent par se produire tôt ou tard et qui sont la cause habituelle de la mort; dans la phtisie fibreuse, par suite de la difficulté qu'éprouve le sang à pénétrer dans le poumon, il arrive un moment où le cœur droit se dilate et se laisse forcer; on constate alors tous les signes de l'insuffisance tricuspидienne avec stases viscérales et œdème des jambes. Dans d'autres cas, il se produit une poussée de granulie qui peut enlever le malade très rapidement. On a signalé aussi la transformation de la phtisie fibreuse en phtisie vulgaire à la suite de poussées de broncho-pneumonie. Plus rarement, des complications, telles qu'une pneumonie, une broncho-pneumonie, un pneumothorax, une diarrhée abondante, de l'albuminurie, emportent le malade en quelques jours.

Donc, le *pronostic*, pour être un peu moins grave que celui de la phtisie commune, n'en reste pas moins très fâcheux.

Il y a même lieu de se demander si, dans le cas spécial de la phtisie fibreuse, la fibro-formation abondante représente une réaction de guérison ou un mode particulier de réaction pathologique.

Dans la phtisie fibreuse, la fibro-formation s'accompagnant souvent de calcification, c'est surtout dans cette forme qu'on peut observer l'expectoration de *calculs* composés de phosphate et de carbonate de chaux, de graisse, de cholestérine, d'albumine et de mucus (*phtisie calculeuse* de Bayle).

La phtisie fibreuse paraît répondre à ce que quelques auteurs ont appelé *phtisie éréthique*; la phtisie scrofuleuse, que nous allons décrire, paraît répondre à ce qu'on a appelé *phtisie torpide*.

Phtisie des scrofuleux. — Nous avons montré que les sujets atteints d'écrouelles ou de lupus deviennent rarement phtisiques. Lorsqu'ils le deviennent, la maladie est chez eux bénigne, silencieuse, lente dans son évolution, presque toujours apyrétique. « Comparez, dit Bazin, le scrofuleux et le véritable phtisique : le poitrinaire non scrofuleux va chaque jour en se détériorant, en s'émaciant davantage, sans repos ni trêve; le maigre fait de continuel progrès et ne subit aucune interruption dans sa marche; le marasme est chaque jour plus prononcé qu'il ne l'était la veille. Il n'en est pas ainsi du scrofuleux poitrinaire, chez lequel l'amaigrissement a une marche saccadée, ne va en quelque sorte que par sauts et par bonds. Rien de plus ordinaire que de voir chez le scrofuleux le maigre s'arrêter tout à coup après avoir fait d'abord d'assez notables progrès, l'embonpoint et les forces revenir.... » Souvent, les scrofuleux poitrinaires meurent d'une autre maladie que la phtisie.

Phtisie des diabétiques. — La phtisie pulmonaire est très fréquente dans le diabète sucré; elle s'observe dans la moitié des cas de diabète. Elle frappe surtout les diabétiques *pauvres* et les diabétiques *jeunes* , mais âgés de plus de seize ans; on a remarqué, en effet, que le diabète sucré des jeunes enfants ne s'accompagne que rarement de phtisie.

D'après Pidoux, « la phtisie diabétique est une phtisie sèche, froide et sans

réaction; on dirait que les matériaux de combustion, de phlegmasie et de pyrexie sont enlevés à l'organisme en général et aux poumons en particulier par la glycosurie ».

Le début est lent et insidieux. La phtisie des diabétiques est une affection qu'il faut chercher et que l'on découvre souvent alors qu'aucune réaction n'en indique encore l'existence. Elle se révèle quelquefois par une toux, tantôt sèche et fatigante, tantôt humide.

L'*expectoration est insignifiante*, ou du moins les crachats, analogues à ceux de la phtisie commune, n'apparaissent que tardivement. Ces crachats sont, en général, peu abondants. Ils renferment du sucre en plus ou moins grande quantité et empèsent le linge. Les hémoptysies peuvent se produire, mais elles sont beaucoup plus rares que dans la phtisie ordinaire. Il en est de même des sueurs; celles-ci apparaissent seulement à la période terminale; pendant le cours de la maladie, la peau reste sèche et écaillée.

La fièvre est, en général, très peu prononcée. C'est à peine si elle s'élève de quelques dixièmes de degré le soir. Il existe toujours un amaigrissement extrême qui contraste avec la conservation d'un appétit parfois très prononcé (Lécorché).

À la période terminale, on a signalé une diminution dans la quantité d'urin rendue chaque jour, ainsi qu'une diminution, quelquefois même une disparition complète du sucre; mais il existe presque toujours de l'albuminurie.

Les signes physiques n'offrent rien de particulier.

La marche de la maladie est rapide surtout chez les jeunes gens. Elle procède quelquefois par poussées successives, se produisant à intervalles très rapprochés. Sa durée dépasse rarement 4 ou 5 mois. La mort se produit le plus souvent par une complication : congestion pulmonaire, bronchite capillaire, pneumonie, gangrène. Dans ce dernier cas, les crachats ne présentent pas, suivant la remarque de Monneret, l'odeur repoussante de la gangrène pulmonaire commune.

Malgré sa gravité habituelle, la phtisie des diabétiques serait susceptible de rétrocéder lorsque, dès le début, on applique rigoureusement le traitement antidiabétique.

Phtisie des alcooliques. — L'alcoolisme est une des causes prédisposantes de la phtisie. D'après Lancereaux et ses élèves, la phtisie des alcooliques se distingue par quelques particularités.

Elle débute presque constamment par la partie postérieure du sommet droit. Cette localisation initiale n'appartiendrait, d'après Lancereaux, qu'à la phtisie arthritique et à la phtisie alcoolique. Les hémoptysies sont remarquables par leur fréquence. Elles surviennent dès le début, se renouvellent ensuite plusieurs fois et mettent le médecin sur la voie de l'affection; car elles se produisent souvent alors que le malade paraît jouir de la meilleure santé. Le même amaigrissement et la perte des forces peuvent se montrer avant que les lésions tuberculeuses soient appréciables à l'auscultation.

D'une manière générale, chez l'alcoolique phtisique, l'état général est beaucoup plus grave que ne semblerait l'indiquer l'état des lésions locales. C'est ainsi que la fièvre, les sueurs profuses, les douleurs thoraciques, la toux, l'insomnie, le marasme, apparaissent beaucoup plus tôt et sont plus prononcés que chez les phtisiques ordinaires.

La tuberculose intestinale est fréquente au cours de la phtisie des alcooliques; souvent elle est très précoce et semble être la manifestation initiale; cela tient peut-être à ce que la gastrite alcoolique a facilité la contamination de l'intestin. Enfin, ce qui achève d'individualiser le tableau clinique, c'est l'association de la phtisie avec les signes de l'alcoolisme: tremblement des mains et des lèvres, rêves professionnels et zoopsiques, pituite, douleurs des mollets.

Il n'est pas rare d'observer chez les alcooliques la phtisie subaiguë galopante et la phtisie aiguë miliare. Dans la forme chronique, la marche est rapide, la consommation est progressive et ne subit aucun arrêt. La durée moyenne de la phtisie des alcooliques ne dépasse pas quelques mois. Le pronostic est fatal dans presque tous les cas.

Phtisies hémoptoïques. — Nous avons déjà dit que certaines phtisies étaient remarquables par la fréquence des hémoptysies, et qu'il fallait distinguer deux variétés de phtisies hémoptoïques: 1^o la *phtisie hémoptoïque apyrétique*, bénigne, à longue durée, dont les arthritiques offrent quelquefois un exemple; 2^o la *phtisie hémoptoïque fébrile*, grave, rapide, à marche subaiguë, qu'on observe particulièrement chez les alcooliques et les adolescents.

Phtisies associées. — On peut donner ce nom aux phtisies dont le tableau clinique est modifié plus ou moins profondément par l'association de la lésion pulmonaire avec une lésion, tuberculeuse ou non, d'un autre appareil. Tout ce que nous avons dit dans le chapitre précédent laisse pressentir les nombreuses variétés de ces formes. Nous n'y insisterons pas.

Nous nous bornerons à attirer l'attention sur ce qu'on pourrait appeler les *formes addisoniennes* de la phtisie. Dans la véritable maladie d'Addison, les lésions tuberculeuses du poumon sont presque constantes; mais elles sont souvent latentes, peu étendues, et ne prennent qu'une part médiocre au complexe symptomatique. D'autre part, dans certaines formes de phtisie chronique vraie, on a remarqué une tendance à la pigmentation qui a été attribuée à une participation plus ou moins marquée des capsules surrénales au processus; il s'agit de sujets qui, au niveau d'une cicatrice de vésicatoire, de furoncle, d'acné, dans les points soumis aux frottements, comme la région de la ceinture, offrent une pigmentation parfois extrêmement prononcée.

Phtisie ulcéreuse galopante ou subaiguë. — On donne le nom de *phtisie galopante* ou *subaiguë* à une forme de la tuberculose pulmonaire dans laquelle le processus parcourt avec une extrême rapidité les étapes qui conduisent à l'ulcération; c'est une phtisie ulcéreuse qui brûle les étapes (Grancher et Hutinel). Elle est bien distincte des phtisies aiguës que nous décrirons plus loin et dont la caractéristique est de ne point aboutir à l'ulcération. A l'autopsie, les lésions observées sont celles de la phtisie vulgaire; mais on constate que les cavités se sont creusées dans des foyers d'infiltration caséuse, disséminés dans le poumon et disposés comme des foyers broncho-pneumoniques. Aussi a-t-on donné à cette forme le nom de *broncho-pneumonie tuberculeuse subaiguë* ou de *phtisie broncho-pneumonique*. Quelques auteurs pensent que, dans la phtisie galopante, des broncho-pneumonies, simples, non tuberculeuses, se sont développées chez un sujet atteint d'une tuberculose latente, silencieuse, limitée, et que chaque

foyer broncho-pneumonique a été envahi secondairement par le bacille de la tuberculose. C'est ce qui expliquerait la forme particulière des lésions anatomiques et aussi la symptomatologie de l'affection.

La phtisie galopante est le propre *des grands enfants et des adolescents*; on l'observe surtout chez les collégiens et les jeunes filles qui quittent la campagne pour venir habiter la ville; elle est fréquente à la suite de la rougeole, de la coqueluche, de la grippe. Elle débute souvent brusquement comme une broncho-pneumonie aiguë, et l'état général et les signes locaux portent à penser qu'il s'agit en effet d'une broncho-pneumonie simple; mais quelques nuances symptomatiques attirent l'attention: la toux est très intense; la fièvre, en général très vive, offre des oscillations très marquées; les sueurs sont extrêmement abondantes. De plus, la maladie ne se résout pas; elle se prolonge, et, au bout d'un temps relativement court, les signes du ramollissement et de la formation cavitaires apparaissent. Parfois la phtisie galopante est une phtisie *hémoptoïque*; parfois elle s'accompagne de phénomènes typhoïdes.

Cette forme morbide peut se développer au cours d'une tuberculose confirmée dont elle hâte la terminaison fatale.

Dans tous les cas, la marche de l'affection est très rapide; elle dure de 5 à 6 mois; cet espace de temps lui suffit pour détruire le poumon et pour amener la mort. Cependant Hérard, Cornil et Hanot ont rapporté un cas où la phtisie galopante s'était transformée en phtisie ulcéreuse à évolution lente.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Dans la majorité des cas le diagnostic de la phtisie chronique n'offre pas de sérieuses difficultés. Parfois même un interrogatoire sommaire et un simple regard jeté sur le malade permettent de la reconnaître. Un patient se présente au médecin; il se plaint de tousser; il raconte qu'il a craché du sang, qu'il a le soir un léger mouvement fébrile se terminant par des sueurs plus ou moins abondantes, qu'il a perdu l'appétit et que souvent il vomit après avoir toussé, qu'il a maigri et qu'il a perdu ses forces; le médecin est frappé par son habitus extérieur; la face est pâle et amaigrie, les joues et les tempes sont creuses, les pommettes saillantes et rouges, le cou est long, la poitrine étroite, les doigts hippocratiques. Dans ce cas, l'examen de la poitrine laisse percevoir les signes d'une induration, d'un ramollissement ou d'une excavation au sommet du poumon; le diagnostic de phtisie est établi; il se fait presque à première vue.

Mais, si un examen sommaire permet de faire le diagnostic, on ne peut apprécier l'étendue des ravages du mal et l'atteinte portée à tout l'organisme; on ne peut établir le pronostic et tracer les règles d'un traitement convenable qu'après un examen détaillé et minutieux du malade, dans toutes ses fonctions et dans tous ses organes.

D'autre part, il est des cas où le diagnostic présente de très grandes difficultés. Certains symptômes peuvent manquer; d'autres peuvent prendre une