

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

importance considérable, masquant ou dénaturant l'évolution habituelle de l'affection. Enfin certaines maladies peuvent simuler la phtisie.

Il est vrai qu'aujourd'hui nous possédons, en cas de doute, un très sûr élément de diagnostic : la *recherche des bacilles dans les crachats*. Cette recherche permet de résoudre les problèmes de diagnostic les plus ardu; nous nous sommes efforcé de le montrer dans tout ce qui précède. Nous ajouterons que, par l'inoculation des crachats au cobaye et au lapin, on peut parfois acquérir des notions précieuses sur le degré de virulence du bacille et la gravité de la tuberculose pulmonaire; ce mode d'exploration, appliqué avec succès par Arloing, Lecour, Verneuil, aux tuberculoses chirurgicales, n'est peut-être pas assez employé pour la phtisie pulmonaire.

Mais il est des cas où la recherche des bacilles n'est d'aucun secours, soit parce qu'on ne peut la pratiquer, soit parce qu'il n'y a pas d'expectoration. Aussi ne devons-nous négliger aucun des caractères différentiels que nous offre l'observation clinique.

Nous étudierons les difficultés de diagnostic qui peuvent se présenter dans les trois périodes de la phtisie chronique et dans certaines des formes qu'elle affecte. Les détails dans lesquels nous sommes entré dans les chapitres précédents nous permettront d'être très brefs sur certains points.

Diagnostic de la phtisie à la période de germination et d'agglomération des tubercules. — C'est le diagnostic de la phtisie commençante qui offre les plus grandes difficultés. Il importe cependant de l'établir sur des bases solides, car la thérapeutique est d'autant plus efficace qu'elle est appliquée plus près du début.

A cette période initiale, la recherche des bacilles dans les crachats rend des services considérables, quoiqu'on ait soutenu le contraire; nous nous sommes expliqué sur ce point. Mais il est très vrai que parfois cette recherche est impossible parce que le malade ne crache pas. Il faut alors accorder une réelle valeur aux modifications du murmure vésiculaire perçues au sommet du poumon (inspiration rude et basse et expiration prolongée aboutissant à la respiration bronchique, — affaiblissement du murmure vésiculaire avec son tympanique et augmentation des vibrations vocales, — respiration saccadée); mais nous avons montré qu'il ne fallait pas exagérer l'importance de ces signes, dont la signification ne devient absolue que lorsqu'ils s'accompagnent de fièvre rémittente ou intermittente ou de quelques-uns des signes fonctionnels et généraux que nous avons énumérés.

Parmi les signes d'auscultation, il n'est guère que le craquement limité au sommet qui ait la valeur d'un signe pathognomonique. Mais on ne doit pas attendre l'apparition de ce phénomène pour établir le diagnostic.

La phtisie peut débuter par une *fièvre* le plus souvent du type *intermittent*, plus rarement du type *subcontinu* comme dans la fièvre typhoïde; nous avons déjà indiqué les moyens qui permettent d'établir le diagnostic de la fièvre tuberculeuse subcontinue et de la *fièvre typhoïde*. Quant à la fièvre tuberculeuse intermittente, elle est facile à distinguer de la *fièvre paludéenne*, dont les accès sont matinaux et non vespéraux et qui est toujours influencée favorablement par le sulfate de quinine; elle est plus difficile à distinguer quelquefois des *fièvres intermittentes symptomatiques* (fièvres hectiques) qui s'observent dans les suppurations viscérales (dilatation bronchique, pyélo-néphrite, angiocho-

lite suppurative, endocardite ulcéreuse, pyohémie, etc.); l'examen minutieux de tous les organes permettra seul de découvrir la vérité.

La tuberculose à début *chloro-anémique* se distingue de la chlorose vraie par l'amaigrissement, la toux, la teinte grisâtre et terne de la peau, bien distincte de la teinte verte des chlorotiques vrais, par l'absence des souffles anémiques, par la phosphaturie, par l'élévation de la température locale (Peter).

La tuberculose à début *dyspeptique* a déjà été étudiée au point de vue du diagnostic; la toux qui survient après l'ingestion des aliments (toux gastrique), le vomissement qui suit cette toux, sont d'excellents signes de la phtisie et devront toujours amener le médecin à pratiquer un examen attentif de la poitrine.

La phtisie pulmonaire peut débuter par une *hémoptysie*; nous avons indiqué déjà les moyens qui permettent de ne pas confondre l'hémoptysie avec une autre hémorragie. Dans l'immense majorité des cas l'hémoptysie franche est le symptôme de la tuberculose pulmonaire.

Parmi les hémoptysies non tuberculeuses, il en est qu'il est facile de rapporter à leur véritable cause : celles qu'on observe dans l'*apoplexie pulmonaire* des cardiopathies, des intoxications, des infections à tendances hémorragiques, des lésions cérébrales, et que nous avons déjà décrites en étudiant l'embolie et l'apoplexie pulmonaires, se distingueront par leurs caractères propres et par les symptômes concomitants; les hémoptysies de la *gangrène pulmonaire* seront reconnues par les signes qui accompagnent cette affection. Les hémoptysies qui s'observent parfois dans la *dilatation des bronches* ne peuvent guère être rapportées à leur cause qu'après examen bactériologique des crachats; il en est de même des hémoptysies *arthritiques* (niées d'ailleurs par quelques médecins), des hémoptysies *hystériques* (Debove) et des hémoptysies *supplémentaires* des règles, des hémorroïdes, de la grossesse, de la lactation; nous avons déjà indiqué les caractères de ces hémoptysies en étudiant la congestion pulmonaire; rappelons ici que neuf fois sur dix les hémoptysies supplémentaires s'observent chez des sujets tuberculeux. Enfin, le *rétrécissement mitral pur* des jeunes filles peut s'accompagner d'hémoptysies dont la cause est quelquefois difficile à saisir; ces hémoptysies peuvent être dues à un infarctus embolique, à une hyperémie pulmonaire intense, à une tuberculose concomitante; l'examen attentif de la poitrine et du cœur et l'examen bactériologique des crachats permettront seuls de résoudre la question.

La phtisie peut débuter par une *toux sèche* sans signes stéthoscopiques nets ou accompagnée d'un *catarrhe des bronches* d'apparence simple.

La toux sèche, quinteuse, qui existe parfois seule au début de la phtisie, peut être la cause de diverses erreurs. Cornil, Hérard et Hanot rapportent l'observation d'un jeune homme atteint d'une toux sèche, opiniâtre, avec amaigrissement, et chez lequel l'expulsion d'un *tenia* fit cesser la toux. La *toux hystérique* se distingue en ce qu'elle survient chez un hystérique avéré, en ce qu'elle est continue et irrésistible pendant le jour et qu'elle cesse toujours pendant la nuit, qu'elle est très aigre, à tonalité très élevée, enfin qu'elle peut durer des mois entiers sans troubles de la santé générale ni modifications pulmonaires (G. Sée). On doit néanmoins se méfier toujours de cette toux persistante et surveiller avec le plus grand soin l'état des sommets.

La *bronchite* aiguë due à la grippe ou à l'action du froid, la bronchite chronique, quelle que soit sa cause, peuvent être confondues avec la phtisie à début

bronchitique; nous en avons cité des exemples; tant qu'il n'existe que des râles sonores ou sous-crépitaux disséminés dans les deux poumons, surtout aux deux bases, le diagnostic ne peut guère être établi, à moins que l'on ne songe à examiner les crachats. Mais en général le doute ne persiste pas longtemps, et le diagnostic finit par s'imposer en raison de la localisation ou de la prédominance des signes à un sommet.

Il est fort rare qu'un *emphysème généralisé* coexiste avec la tuberculose; lorsqu'une pareille coexistence se réalise, le diagnostic de l'induration du sommet est fort difficile si l'on ne recherche pas les bacilles dans les crachats; car les tubercules sont alors peu nombreux, n'évoluent pas vers le ramollissement, et leurs signes sont masqués par ceux de l'emphysème. D'autre part, un *emphysème partiel*, limité au sommet du poumon, doit toujours faire penser à la tuberculose, et la recherche des bacilles confirme le plus souvent cette prévision.

La phtisie peut débuter par une *pleurésie*; il est inutile de revenir sur les signes à l'aide desquels on peut découvrir la nature tuberculeuse d'une pleurésie; nous avons déjà suffisamment insisté sur ce sujet.

Nous avons étudié ailleurs le diagnostic du *cancer* et des *kystes hydatiques du poumon* avec la tuberculose; nous indiquerons plus loin les moyens de distinguer la phtisie des *adénopathies* et des *tumeurs du médiastin* (voyez : *Maladies du médiastin*).

Diagnostic de la phtisie à la période de ramollissement. — A cette période, le diagnostic est généralement facile; l'ensemble des symptômes généraux et des symptômes fonctionnels, les craquements humides, les râles sous-crépitaux fixes occupant les sommets du poumon, ne laissent guère de doute. Cependant quelques difficultés peuvent surgir.

Les *congestions broncho-pulmonaires* des cardiopathies et du mal de Bright donnent naissance à des foyers de râles sous-crépitaux qui se distinguent en général par leur mobilité, leur siège indifférent à la base, à la région moyenne ou au sommet, et que l'examen du cœur et des urines permettront de rapporter à leur véritable origine. Cependant, lorsque ces congestions s'accompagnent d'hémoptysies, la recherche des bacilles est nécessaire pour établir solidement le diagnostic. D'autre part, il peut arriver qu'une poussée congestive avec râles humides se développant autour d'un foyer d'induration tuberculeuse fasse croire à un ramollissement qui n'existe pas; mais les râles de la congestion sont plus fins, moins éclatants, plus mobiles que ceux du ramollissement; de plus, ils disparaissent en quelques jours, point essentiel pour le diagnostic; les crachats congestifs sont séro-muqueux, mousseux, un peu rosés, tandis que les crachats du ramollissement sont jaunes, épais, riches en bacilles.

Au cours d'une phtisie non douteuse, la *pleurésie* peut, elle aussi, faire croire à un ramollissement qui n'existe pas; c'est ce qui arrive lorsque les frottements simulent des râles; l'analyse des caractères de ces frottements, l'étude de l'expectoration et de l'évolution du mal, permettront de ne pas conclure à tort à un ramollissement.

La *pneumonie du sommet*, qui survient en général chez des sujets épuisés, offre parfois des difficultés. Lorsque la lésion tarde à se résoudre, lorsqu'il persiste des râles crépitaux ou sous-crépitaux, l'examen bactériologique des crachats viendra lever tous les doutes. Nous avons pratiqué cet examen assez

souvent, et nous sommes arrivé à cette conclusion que la pneumonie du sommet est rarement tuberculeuse. Nous verrons d'ailleurs, en étudiant la phtisie aiguë, que la pneumonie caséuse n'a pas son siège de prédilection au sommet et qu'elle semble même plus fréquente dans les régions inférieures. L'introduction de *corps étrangers* dans les voies aériennes peut déterminer de la toux persistante, de l'expectoration purulente, des hémoptysies, de l'oppression, de l'amaigrissement et des signes de ramollissement du poumon. Lorsque les commémoratifs font défaut, lorsque le début n'a pas été marqué par des accidents aigus, le diagnostic peut rester en suspens si l'on ne recherche pas les bacilles, à moins que le sujet ne rejette le corps étranger.

Diagnostic à la période des cavernes. — Diverses maladies peuvent creuser dans le poumon des excavations qui se traduisent par des signes physiques toujours les mêmes : les *signes cavitaires*; dans toutes ces maladies, les signes cavitaires peuvent être associés à des phénomènes de septicémie consomptive qui achèveront la ressemblance avec la phtisie caverneuse.

Parmi les maladies à signes cavitaires, citons d'abord la *bronchiectasie*, d'autant plus difficile à diagnostiquer qu'elle coexiste parfois avec la tuberculose. Nous avons déjà indiqué les moyens de distinguer la dilatation des bronches de la phtisie pulmonaire. Nous ne faisons que signaler aussi les *cavernes hydatiques*, *syphilitiques* et *cancéreuses* dont le diagnostic a déjà été étudié ailleurs. Il est relativement facile de distinguer une caverne tuberculeuse d'une *caverne gangreneuse*; la gangrène pulmonaire siège rarement au sommet; elle débute comme une pneumonie ou une pleurésie, et présente des symptômes et une évolution caractéristiques; toutefois lorsque la paroi d'une caverne tuberculeuse vient à se sphacéler, ou lorsque la phtisie se complique de bronchite fétide, l'examen bactériologique sera souvent nécessaire pour établir le diagnostic. La cavité qui résulte de l'évacuation d'un *abcès du poumon*, terminaison fort rare de la pneumonie, celle qui résulte du ramollissement d'un *infarctus*, ne seront pas confondues avec une caverne tuberculeuse en raison de leur évolution spéciale.

Les signes cavitaires peuvent être produits par une *caverne ganglionnaire* ou un *abcès froid d'origine médiastine ou vertébrale ouvert dans les bronches*; le siège du foyer cavitaire vers le hile du poumon et l'évolution spéciale du mal permettront quelquefois de soupçonner le diagnostic.

Le *pneumothorax partiel*, limité par des adhérences, est fort difficile à distinguer d'une caverne tuberculeuse, surtout lorsqu'il siège au sommet de la poitrine; en effet, le son métallique, la respiration amphorique, le bruit de succussion hippocratique, peuvent s'entendre au niveau d'une caverne de dimensions considérables. 1° Le pneumothorax partiel peut être la conséquence d'une pleurésie purulente enkystée non tuberculeuse, qui se détermine par la perforation bronchique et par *vomique* consécutive; dans ce cas, les signes cavitaires sont précédés de l'expulsion brusque d'une grande quantité de pus bien lié, sans mélange d'air et de mucus, et l'on ne trouve pas le bacille dans les crachats. 2° Mais lorsque le pneumothorax partiel survient au cours de la tuberculose, causée par elle au moyen de la perforation pleurale, on trouve des bacilles dans les crachats, et le diagnostic avec une caverne est extrêmement difficile; le meilleur caractère différentiel est alors fourni par la recherche des *vibrations thoraciques*, généralement abolies dans le pneumothorax et conser-