

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-

vées ou exagérées au niveau d'une caverne; la valeur de ce signe n'est pas absolue, nous l'avons déjà dit; par le fait des adhérences, les vibrations vocales sont parfois conservées dans le pneumothorax; au niveau d'une caverne remplie de liquide, elles peuvent être abolies; mais ces éventualités sont rares, et le signe différentiel que nous venons d'indiquer n'en conserve pas moins une très grande valeur.

Il importe de signaler ici une autre cause d'erreur dans le diagnostic des cavernes : on peut percevoir les signes cavitaires alors qu'il n'existe pas d'excavations (*signes pseudo-cavitaires*). On peut entendre du souffle caveux et même des râles à timbre cavitaire dans les cas où une tumeur solide ou liquide (*adénopathie, anévrysme de l'aorte, néoplasme du médiastin*) entoure la trachée et les bronches et transmet à l'oreille en les amplifiant les bruits cavitaires normaux qui prennent naissance dans ces conduits. Un *épanchement pleural*, une *induration pulmonaire étendue*, particulièrement chez les enfants, peuvent produire des phénomènes analogues. On les entend aussi lorsque, à la suite d'une pleurésie, le thorax a subi une rétraction très considérable. Les signes pseudo-cavitaires seront reconnus à leur unilatéralité, à leur siège au niveau du hile du poumon, à l'intensité de la matité et à l'abolition des vibrations thoraciques.

**Diagnostic de la phtisie fibreuse.** — La phtisie fibreuse, en raison de son évolution lente, de l'intégrité relative de l'état général, et des modifications apportées à la symptomatologie par l'emphysème et la sclérose concomitantes, offre parfois des difficultés quant au diagnostic. Même, si l'on en croit certains auteurs, les difficultés ne pourraient pas toujours être résolues par la recherche des bacilles dans les crachats; les bacilles seraient ici peu nombreux ou absents. Mais cette assertion est probablement exagérée. La phtisie fibreuse peut être confondue avec l'emphysème et avec la *sclérose broncho-pulmonaire accompagnée de dilatation bronchique*.

Si, dans la phtisie fibreuse, il existe des signes stéthoscopiques d'emphysème, il est un caractère qui néanmoins inspirera des doutes quant au diagnostic d'emphysème simple : c'est l'absence fréquente de la déformation caractéristique du thorax. Loin d'avoir le thorax dilaté, le phtisique emphysémateux présente un rétrécissement plus ou moins considérable de la poitrine, avec une dépression en général très marquée [des creux sus et sous-claviculaires. Par suite, quand l'auscultation décèle des signes d'emphysème (inspiration courte et humée, expiration prolongée), et quand l'inspection montre un thorax étroit, ce résultat paradoxal doit faire penser que l'emphysème complique une sclérose broncho-pulmonaire.

Le diagnostic se trouve dès lors ramené à ceci : savoir si la sclérose accompagne la *tuberculose*, ou la *dilatation bronchique simple*, ou la *syphilis du poumon*, ou une *pneumokoniose*. En étudiant ces trois dernières affections, nous avons indiqué les moyens qui permettraient de les distinguer de la phtisie fibreuse.

**Diagnostic de la phtisie galopante.** — La phtisie galopante, commune chez les enfants et les adolescents, peut être confondue avec une *broncho-pneumonie simple*.

En général, l'étude des antécédents héréditaires ou personnels, les hémopty-

sies, la localisation au sommet, l'examen bactériologique des crachats, quand il est possible, permettent de lever tous les doutes.

Mais ces signes peuvent faire défaut. On doit alors établir le diagnostic sur des nuances délicates. La phtisie galopante se distingue de la broncho-pneumonie par son début insidieux, l'intensité de la dyspnée qui n'est pas en rapport avec l'étendue des lésions locales, la cyanose rapide, la toux coqueluchoïde, le spasme de la glotte, les caractères du tracé thermique qui est peu élevé, mais à grandes oscillations, la fréquence du pouls en désaccord avec le faible degré de la température, l'abondance des sueurs, le peu d'intensité du catarrhe bronchique.

Les caractères différentiels que nous venons d'indiquer permettent le plus souvent d'établir le diagnostic de la phtisie. Cependant, ils peuvent parfois laisser le médecin dans l'indécision. Aussi s'est-on attaché, dans ces derniers temps, à trouver d'autres moyens de la reconnaître sous ses formes les plus obscures. Mais, parmi les *nouveaux procédés de diagnostic*, les uns ne sont pas suffisamment étudiés, les autres sont infidèles et inférieurs aux précédents, les autres enfin sont dangereux.

Il est impossible, à l'heure présente, de porter un jugement sur le séro-diagnostic proposé par Arloing. L'instabilité de la température, c'est-à-dire les écarts de 7 à 8 dixièmes de degré que l'on constate fréquemment quand on prend la température buccale toutes les deux heures, a été indiquée par Daremberg et Choquet comme un bon signe de début de la phtisie; il faut attendre encore avant de se prononcer sur la valeur de ce phénomène.

Dans une note présentée le 14 décembre 1896 à l'Académie des Sciences, sous le titre de *Les rayons de Röntgen appliqués au diagnostic de la tuberculose pulmonaire*, M. Bouchard s'exprimait ainsi : « Chez tous les tuberculeux que j'ai examinés à l'aide de l'écran fluorescent, j'ai constaté l'ombre des lésions pulmonaires (à la place de la transparence normale); son siège était en rapport avec les délimitations fournies par les autres méthodes de l'exploration physique, son intensité était en rapport avec la profondeur de la lésion. Dans deux cas, des taches claires apparaissant sur le fond sombre ont marqué la présence de cavernes vérifiées par l'auscultation. Mais, dans d'autres cas où l'auscultation faisait connaître l'existence d'excavations, celles-ci n'ont pas été vues à l'examen radioscopique. Chez un malade, les signes généraux et la toux faisaient soupçonner un début de tuberculisation, mais l'examen de l'expectoration ne montrait pas de bacilles et les signes physiques ne permettaient pas de poser un diagnostic certain. La radioscopie a montré que le sommet de l'un des poumons était moins perméable et quelques jours après, l'auscultation, comme l'examen bactériologique, ne laissaient pas le moindre doute »<sup>(1)</sup>. Quel que soit l'intérêt de ces constatations, on ne peut s'empêcher de remarquer que la radioscopie et la radiographie exigent des appareils coûteux et compliqués. D'ailleurs, pour ma part, jusqu'ici, les rayons X ne m'ont presque jamais rien montré que les procédés usuels d'investigation ne m'eussent révélé avec plus de netteté.

La tuberculine de Koch sert aujourd'hui de réactif usuel pour le diagnostic

<sup>(1)</sup> Voir à ce sujet les rapports de BECLERE et de CLAUDE, *Les rayons de Röntgen et le diagnostic de la tuberculose. Quatrième Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1898, Paris, Masson. — Voir aussi M. MIGNON, *Étude anatomo-clinique de l'appareil respiratoire et de ses annexes par les rayons de Röntgen. Thèse de Paris*, 1898, n° 598

de la tuberculose des bovidés; on l'injecte sous la peau de l'animal; s'il est tuberculeux, il se produit, 12 à 15 heures après, une poussée fébrile qui élève la température de 1 à 5 degrés; si l'animal n'est pas tuberculeux, l'injection de tuberculine ne provoque aucune réaction fébrile appréciable. Il ne semble pas que cette pratique puisse prendre place dans la clinique humaine. Elle ne peut s'appliquer avec certitude aux cas qui s'accompagnent de fièvre; dans les autres, elle ne paraît pas donner toujours de résultats; et enfin, la tuberculine, même maniée avec prudence, n'est pas sans danger. En somme, les critiques adressées par Straus et Grancher à ce procédé de diagnostic gardent encore toute leur valeur (1).

M. Hutinel a remarqué que, chez les tuberculeux, les injections sous-cutanées de *sérum artificiel* étaient capables d'élever la température, comme les injections de tuberculine. M. Sirot (de Beaune) a proposé de les employer couramment pour le diagnostic de la tuberculose. Mais il paraît certain que le procédé est infidèle et non exempt de dangers (2).

G. Sée, Landouzy et Sticker ont recommandé d'administrer à l'intérieur l'iodure de potassium à la dose de 0,20 centigrammes, pour diagnostiquer la tuberculose. L'emploi de cette substance révélerait les foyers latents en déterminant autour d'eux des phénomènes congestifs et une expectoration dans laquelle on peut trouver le bacille de Koch. Mais, ici encore, on peut dépasser le but et, dans un cas que j'ai observé, l'usage de l'iodure aggrava certainement la situation.

## CHAPITRE VII

### MARCHE, DURÉE, TERMINAISON, PRONOSTIC ET CURABILITÉ DE LA PHTISIE CHRONIQUE

La phtisie ulcéreuse commune aboutit, dans la majorité des cas, à la consommation et à la mort. Telle est la règle, dont la rigueur n'est malheureusement tempérée que par un petit nombre d'exceptions.

La durée de la maladie dépend de sa forme clinique et des complications qui peuvent surgir et abrégier la vie du patient. La phtisie galopante entraîne la mort au bout de trois à six mois. La phtisie fibreuse peut durer une vingtaine d'années. Entre ces deux termes extrêmes, il existe une série d'intermédiaires. D'après les calculs de Louis, la *durée moyenne* de la maladie est de un à trois ans.

**De la mort chez les phtisiques.** — La mort est due le plus souvent à la septicémie consomptive; il suffit d'avoir suivi les derniers jours d'un phtisique pour se convaincre que l'impossibilité de vivre est créée par des causes multiples, par des lésions de tous les appareils, des adynamies ou des ataxies de toutes les fonctions.

D'autres fois la mort est due à une complication qui survient plus ou moins

(1) BERTHERAND, Diagnostic de la tuberculose pulmonaire des jeunes enfants, *Thèse de Paris*, 1899, décembre, p. 51.

(2) BERTHERAND, *loco citato*, p. 61.

brusquement. Tantôt il se produit une généralisation granuleuse et le malade succombe à la phtisie aiguë; tantôt une pneumonie, une broncho-pneumonie, une bronchite capillaire, un œdème de la glotte, une pleurésie purulente, un pneumothorax, surtout s'il est double, un emphysème sous-cutané généralisé, une gangrène pulmonaire viennent hâter la terminaison fatale; tantôt c'est une complication plus ou moins éloignée de l'appareil respiratoire, de nature tuberculeuse ou non (méningite, otite et ses complications, péricardite, péritonite, urémie, purpura avec hémorragies multiples), qui entraîne rapidement la mort. Dans la phtisie fibreuse, c'est l'asystolie qui termine ordinairement la scène.

Le phtisique peut mourir subitement et la *mort subite* peut être due : 1° à la rupture d'un anévrisme de Rasmussen suivie d'une hémoptysie foudroyante; 2° à une embolie pulmonaire consécutive à une phlébite; 3° à une thrombose de l'artère pulmonaire qui a les mêmes effets que l'embolie, ou à une thrombose des veines pulmonaires qui peut donner naissance à une embolie cérébrale; 4° à une vomique qui étouffe le malade; 5° à une syncope dont la cause est mal connue et qui a été attribuée : (a) à une action réflexe (Perroud); (b) à l'anémie bulbaire; (c) à la dégénérescence graisseuse du myocarde (Vinay); (d) à ces deux dernières causes combinées (Huchard); (e) à l'exquise sensibilité du nerf laryngé supérieur en cas de phtisie du larynx; ce nerf hyperexcitable peut devenir le point de départ d'une action réflexe cardiaque qui aboutit à la syncope mortelle (Ramey)(1); (f) à une lésion des capsules surrénales sans syndrome addisonien.

**Les trêves de la phtisie.** — Le pronostic de la phtisie est d'une exceptionnelle gravité. Mais il n'est pas absolument inexorable. D'abord la maladie peut subir des temps d'arrêt. Il n'est pas de médecin qui n'ait observé ces trêves de la tuberculose.

La tuberculose peut s'arrêter à toutes ses périodes; les trêves sont plus fréquentes et plus longues dans les premières; mais elles peuvent se produire même chez un phtisique à la phase caverneuse et consomptive. On peut voir s'améliorer, quelquefois même très rapidement, des phtisiques avérés, fébricitants, qui vomissent et présentent d'abondantes sueurs nocturnes, de la diarrhée, un amaigrissement très prononcé. La toux devient alors moins intense; l'expectoration diminue; l'appétit renaît; les vomissements, les sueurs et la fièvre disparaissent; l'embonpoint revient, et le malade peut, dans une certaine mesure, reprendre ses occupations. Certes, il n'est pas guéri; car si on l'ausculte, on perçoit nettement les signes de la tuberculose, peut-être avec un peu moins d'humidité des bruits adventices; et si l'on examine les crachats, on y constate des bacilles en plus ou moins grand nombre. Mais la trêve peut durer longtemps; parfois elle dure des années.

Ces temps d'arrêt peuvent être obtenus par la thérapeutique; ils sont le plus souvent l'œuvre de la nature; et nous connaissons fort mal encore les causes qui les font naître et les moyens de prévoir leur durée et leur cessation. Cependant les causes prédisposantes qui favorisent une première infection semblent avoir aussi une action puissante sur la rechute; une phtisie au repos se réveille sous l'influence du surmenage, de la vie dans un air confiné, de l'alcoolisme, de l'accouchement, etc.

(1) A. Moussous, De la mort chez les phtisiques; *Thèse d'agrégation*, Paris, 1886. — Ch. Dupuy, De la mort subite dans le cours de la phtisie pulmonaire; *Thèse de Paris*, 1895, n° 220.