

celle où dominent les phénomènes généraux, et celle où les symptômes thoraciques occupent le premier plan; chacune d'elles peut d'ailleurs offrir des aspects variés. En outre de ces deux formes communes, on distingue des formes plus rares. On peut représenter ainsi qu'il suit les divisions généralement adoptées :

Formes communes.	} Formes avec prédominance des phénomènes généraux.	} Forme typhoïde.
		Forme suffocante.
		Forme de bronchite, de bronchite capillaire ou de broncho-pneumonie (forme catarrhale).
		Forme pleurale.

Tuberculose miliaire aiguë à forme typhoïde. — Dans la forme typhoïde de la granulie, le tableau clinique ressemble beaucoup à celui de la dothiéntérie. Nous nous attacherons donc, dans la description suivante, à mettre en lumière les particularités qui peuvent permettre de distinguer la granulie de la fièvre typhoïde, et nous établirons chemin faisant le diagnostic différentiel. Nous prendrons pour type d'étude des cas de granulie primitive ou du moins survenant chez un sujet qu'on ne sait pas tuberculeux.

La granulie typhoïde débute par une **période d'invasion** qui dure une dizaine de jours; pendant ce laps de temps, le malade éprouve de la courbature, de la céphalalgie, de l'insomnie; à ces signes s'ajoutent de l'anorexie, des épistaxis, de petits frissonnements et parfois un peu de dyspnée. Le malade s'amaigrit très rapidement dès le début, alors que dans la dothiéntérie l'émaciation ne s'observe qu'à la période terminale et pendant la convalescence.

A la **période d'état**, le sujet offre le tableau complet de l'état typhoïde et ressemble à un dothiéntérique à la fin du premier septénaire. Les *troubles nerveux* font rarement défaut; mais l'adynamie et l'ataxie paraissent moins profondes que dans la dothiéntérie, la céphalée est moins prononcée, le délire moins violent et plus tardif. Empis a insisté sur une *hyperesthésie cutanée* qui indiquerait l'envahissement des méninges. « Cette hyperesthésie, dit-il, ne se rencontre guère dans d'autres maladies fébriles accompagnées d'état typhoïde que dans la granulie. Elle indique la poussée méningitique, et les malades la manifestent par une contraction grimaçante de la physionomie que je n'ai encore rencontrée nulle part ailleurs. » Pour Bouchut, l'hyperesthésie est surtout marquée sur les parois thoraciques. Dans la granulie, les bourdonnements d'oreilles et la surdité font défaut ou sont moins marqués que dans la dothiéntérie; par contre, les troubles de la vue, surtout la photophobie, y sont très accentués; ils sont dus à la tuberculose choroïdienne, dont l'existence, appréciable à l'ophtalmoscope, a une grande valeur pour le diagnostic (Bouchut). Très fréquemment, des signes de *méningite tuberculeuse* se joignent aux troubles nerveux que nous venons de citer.

Les *troubles respiratoires* peuvent manquer totalement si les granulations pulmonaires sont discrètes ou très disséminées. D'autres fois, on peut constater soit les signes d'une pleurésie sèche avec douleurs assez vives, spontanées ou à la pression, soit des signes de bronchite prédominants aux sommets avec submatité, expiration rude et prolongée, râles sous-crépitants ou craquements; mais, dans la granulie, les signes de bronchite ou de pleurésie sèche ne siègent pas toujours au sommet, ce qui diminue leur valeur diagnostique. On a noté

la rareté de la stase aux bases du poumon si commune dans la dothiéntérie. Aux signes objectifs se joignent, d'ordinaire, une toux plus ou moins intense, qui prend le caractère coqueluchoïde s'il existe de l'adénopathie bronchique; une expectoration muqueuse ou mucopurulente peu abondante, mais dans laquelle Cochez, Cornil et Babès, et Whipham, ont trouvé des bacilles. Les hémoptysies sont rares. La dyspnée est un des premiers signes de la maladie; elle est en général assez vive, sujette à des paroxysmes, et elle s'accompagne souvent de cyanose; elle fait contraste avec la faible intensité des signes physiques, souvent peu marqués.

Les *troubles digestifs* sont très variables. Tantôt l'anorexie est absolue, tantôt l'appétit est plus ou moins conservé. Ici, la langue est nette et humide; ailleurs elle est saburrale; ailleurs, sèche, rôtie, fuligineuse. Les vomissements sont plus fréquents dans la granulie que dans la dothiéntérie, et la diarrhée est beaucoup moins constante; celle-ci n'existe guère que s'il y a des ulcérations tuberculeuses de l'intestin; alors les matières fécales peuvent renfermer du sang, mais elles ne présentent pas les caractères des déjections typhiques; parfois même, dans la tuberculose aiguë, il existe de la constipation. Le ventre est tantôt souple, tantôt rétracté en bateau, sous l'influence de l'irritation méningée; il n'est météorisé que s'il existe une péritonite tuberculeuse. L'hyperesthésie abdominale n'est pas localisée au cæcum. La rate et le foie sont parfois augmentés de volume.

La *fièvre* existe à peu près constamment dans la forme typhoïde de la granulie. Elle affecte plusieurs types; dans l'un, le tracé thermique est *continu*, sans rémission matinale bien marquée; dans un autre, qui est plus fréquent, l'évolution fébrile se compose d'*accès irréguliers* dans la durée et leur retour, mais avec un maximum thermique vespéral. A côté de ces deux types, distincts du type dothiéntérique, qui est subcontinu et dont le cycle est régulier, on peut observer une forme *nettement intermittente*; tantôt l'accès vient le soir, comme c'est la règle dans toutes les fièvres tuberculeuses; tantôt il survient le matin (*type inverse* de Brünniche), comme dans le paludisme. On voit que les divers types fébriles observés dans la granulie ne ressemblent guère au cycle thermique de la forme typhoïde, et la courbe de température est souvent le meilleur élément de diagnostic différentiel. Le *pouls* est très accéléré, et cette accélération est proportionnellement plus élevée que le chiffre thermique, tandis que, dans la dothiéntérie, il arrive souvent, au contraire, que le pouls est médiocrement fréquent et la température très élevée; le dicrotisme est moins marqué dans la granulie que dans la fièvre typhoïde.

L'*albuminurie* est presque constante; elle n'est point toujours liée à la présence de tubercules dans les reins; il n'en est pas de même de l'*hématurie*, qui indique à coup sûr le développement de granulations dans le parenchyme rénal.

L'absence des *taches rosées lenticulaires* a été notée par la plupart des auteurs, et l'on comprend aisément la valeur de ce signe négatif pour le diagnostic différentiel. Cependant Jaccoud et Collin ont constaté des taches rosées lenticulaires dans trois cas de granulie à forme typhoïde; malgré ces exceptions à la règle, il n'en reste pas moins certain que l'existence de cet exanthème est, avec les caractères du cycle thermique, le meilleur signe de probabilité en faveur de la fièvre typhoïde. On note constamment dans la granulie l'existence de la *raie vaso-motrice* (raie méningitique). Le *sudamina* et la *miliaire rouge*

s'observent à la suite des crises sudorales. Le *purpura avec hémorragies multiples* a été noté par Waller, Charcot, Leudet, Laveran.

La *phlegmatia alba dolens* et la *thrombose des sinus cérébraux* ont été observées dans quelques cas de phtisie aiguë granulique.

Les *eschares de décubitus* sont moins fréquentes dans la granulie que dans la dothiéntérie.

L'ensemble des phénomènes précédents s'observe, sans modifications bien marquées, pendant un laps de temps qui varie entre une et cinq semaines. La mort est la terminaison habituelle de la maladie; elle peut être la suite des progrès de l'adynamie, du coma méningitique, d'une asphyxie rapide, d'une hémoptysie ou d'une hémorragie intestinales foudroyantes. Une évolution plus favorable peut cependant se produire: nous voulons parler de la transformation de la phtisie aiguë en phtisie chronique.

La granulie se distingue donc par la précocité de l'amaigrissement, l'irrégularité de la courbe thermique, l'absence de taches rosées lenticulaires, l'inconstance de la diarrhée, et parfois par quelques signes qui lèvent tous les doutes, tels que la tuberculose choroïdienne découverte à l'ophtalmoscope, ou la présence de bacilles dans l'expectoration, mais ces signes de certitude font souvent défaut et le diagnostic resterait souvent très incertain, si nous n'avions désormais la *séro-réaction* de Widal qui permet sûrement d'écarter la fièvre typhoïde.

Tuberculose miliaire aiguë à forme de septicémie atténuée ou à forme latente.

— En outre de la dénomination que nous adoptons, cette forme a reçu diverses appellations: *Forme gastrique* (Waller, Empis). — *Forme latente* (Leudet). — *Forme à type de fièvre saisonnière* (Mairet). — *Phtisie aiguë à forme d'embarras gastrique ou de fièvre synoque* (Hanot). — *Tuberculose infectieuse à forme atténuée* (Grancher et Hutinel).

Elle nous paraît beaucoup plus commune que la précédente; c'est celle que nous avons observée le plus souvent. Dans les cas que nous avons rencontrés, le tableau a presque toujours été le même: après une phase souvent apyrétique pendant laquelle on ne constate que des signes d'embarras gastrique, la maladie se termine brusquement par des phénomènes de méningite ou par du coma.

Nous résumerons ici deux observations personnelles qui donneront une idée de cette forme. — 1° Un homme d'une trentaine d'années entre à l'Hôtel-Dieu, se plaignant seulement d'être fatigué et d'avoir complètement perdu l'appétit; la langue est recouverte d'un enduit blanchâtre très épais, et elle porte sur ses bords l'empreinte des dents. *La fièvre est nulle. Le malade tousse à peine.* L'examen des viscères ne révèle rien d'anormal. On découvre par hasard une hydarthrose du genou gauche. Le diagnostic écrit en tête de l'observation fut celui-ci: *Hydarthrose. Embarras gastrique sans fièvre.* Au bout de quelques jours, l'état étant le même, le malade est soupçonné d'exagérer ses souffrances, et l'on se décide à le renvoyer. Mais la religieuse fait remarquer qu'il ne se lève jamais, qu'il faut le secouer pour le faire sortir de son lit, qu'il est très fatigué; et sur cette observation, on envoie le patient à l'asile des convalescents de Vincennes. Pendant son séjour dans cet asile, il maigrit considérablement; il déclare que la fatigue qu'il ressent l'empêche de se lever, et on le renvoie à l'Hôtel-Dieu. Quand nous le revoyons, son état est à peu près le même; la langue est toujours saburrale; l'anorexie absolue; le malade vomit souvent ce qu'il ingère; la température oscille de 37° à 37° $\frac{1}{2}$; l'hydarthrose persiste tou-

jours; le patient se plaint de céphalalgie. Alors on le considère comme un simulateur et l'on se dispose à le renvoyer lorsque, trois semaines environ après le début de son mal, il est pris la nuit d'un délire qui dure quelques instants, puis il tombe dans le coma et meurt en quelques heures. A l'autopsie, on trouve un foyer caséux ancien, gros comme une noisette, au sommet du poumon, et une éruption de granulations miliaires sur les méninges, le péritoine, le péricarde, la synoviale du genou gauche et dans le poumon, la rate et les reins. Toute l'évolution du mal avait été silencieuse et apyrétique.

2° Un cocher âgé de trente ans entre à l'hôpital Necker; il est franchement alcoolique et le médecin qui nous l'envoie attribue à l'alcoolisme l'embarras gastrique et les insomnies avec hallucinations qu'il présente. Comme le malade a de la diarrhée et qu'il est très abattu, nous pensons à la fièvre typhoïde; mais la *température est normale et elle reste telle jusqu'à la mort.* L'examen physique des viscères ne révèle aucune altération. Nous acceptons donc le diagnostic de gastrite alcoolique. Mais, après quelques jours, le malade est pris de délire, puis il tombe dans le coma; la nuque est raide, les pupilles inégales, le pouls ralenti (55 à 60) et la mort survient en 48 heures. A l'autopsie, nous trouvons de nombreuses ulcérations tuberculeuses de l'intestin, et une éruption granulique d'origine récente sur le poumon et les méninges.

Quelquefois la maladie évolue d'une façon encore plus insidieuse. Leichtenstein cite le cas d'un vieillard chez qui la granulie était restée absolument latente; il dépérissait, mais se sentait à peine malade et jouait encore aux cartes la veille de sa mort survenue subitement.

Dans les faits que nous venons de citer, ce qui frappe le plus, c'est l'*apyrexie*. La tuberculose miliaire aiguë peut évoluer sans fièvre; outre nos cas personnels, Eichhorst, Lange, Hager, Leichtenstein, Reinhold et Joseph ont rapporté des cas de granulie apyrétique. Mais l'apyrexie ne constitue certainement pas la règle; parfois la maladie affecte la forme de l'embarras gastrique fébrile. La fièvre peut d'ailleurs revêtir les mêmes types irréguliers que dans la forme typhoïde.

Quoi qu'il en soit, avec ou sans fièvre, l'état gastrique traîne ainsi pendant deux ou trois semaines. Parfois il s'y joint des phénomènes bronchitiques ou broncho-pneumoniques qui font penser à la forme thoracique de la grippe. Mais on ne pense presque jamais à la tuberculose, et l'on porte un pronostic bénin, quand brusquement la maladie revêt un caractère de gravité considérable; et une complication imprévue (des accidents méningés le plus souvent) éclaire la situation. Alors « la tuberculose jette le masque, disent Dreyfus-Brisac et Bruhl, et peut entraîner parfois à très brève échéance un dénouement fatal. C'est ainsi que le malade peut être emporté en quelques heures par une asphyxie suraiguë, ou en quelques minutes par une hémoptysie soudaine, ou qu'on assiste à l'éclosion inattendue de manifestations méningées, dont la nature bacillaire est indéniable. Tel fut le cas pour un de nos malades que plusieurs médecins avaient jugé atteint de grippe infectieuse et qui succomba en trois jours à une méningite tuberculeuse caractérisée par des symptômes ataxo-dynamiques ». D'autres fois, ce sont les lésions pulmonaires qui se développent et deviennent appréciables. Alors la maladie peut se transformer en une phtisie chronique ou subaiguë. Enfin il peut arriver qu'après des rémissions trompeuses, le malade dont la « gastrite » paraissait guérie présente brusquement des phénomènes typhoïdes comme dans la forme précédente.

Ainsi, dans cette forme, le mal parcourt d'ordinaire son évolution en deux temps : 1^o une période latente plus ou moins longue, où l'on fait presque fatalement le diagnostic d'embarras gastrique; 2^o une période terminale, très courte, où éclatent des accidents manifestement tuberculeux qui emportent le malade.

Pendant la première phase, le *diagnostic* est à peu près impossible; on pense à l'embarras gastrique, au surmenage, à la grippe, mais non à la tuberculose. A la seconde, au contraire, le diagnostic est évident, car il est éclairé par une complication dont la nature ne laisse aucun doute, une méningite ou une hémoptysie, par exemple.

Tuberculose miliaire aiguë à forme suffocante. — Cette forme a été décrite par Andral sous le nom de *forme asphyxique de la phtisie aiguë* et par Graves sous le nom d'*asphyxie tuberculeuse aiguë*. Elle est fréquente de 2 à 6 ans; elle est rare dans la grande enfance; elle est très fréquente de 20 à 50 ans, et se montre alors à l'état épidémique chez les militaires, surtout sous l'influence de la grippe, qui, d'après Laveran, accélère la marche d'une tuberculose préexistante. Elle est exceptionnelle dans la vieillesse. Elle peut survenir d'emblée, mais plus souvent elle éclate au cours de la phtisie chronique. Son caractère clinique fondamental, c'est une dyspnée suraiguë; et ce qui la distingue anatomiquement, c'est une éruption confluyente de granulations grises dans le poumon, qui ne provoque presque aucune réaction, c'est-à-dire qui ne s'accompagne ni de bronchite, ni de broncho-pneumonie, ni de congestion. La description que Jaccoud a donnée de cette forme est devenue classique : « Sans prodromes, ou après ces prodromes mal caractérisés qui appartiennent à toutes les maladies fébriles, l'individu est pris d'une fièvre subcontinue, dont le degré thermique ne dépasse guère 39,5 et dont la rémission matinale peut atteindre 1 degré et même 1 degré et demi; puis, dès les premiers jours, sans point de côté, sans toux, sans expectoration, il est atteint d'une dyspnée violente qui arrive bientôt à l'orthopnée avec menace de suffocation. Sauf la fièvre, cet état ressemble de tous points à celui qui est produit par une maladie organique du cœur à la phase d'asystolie, ou encore à une attaque d'asthme aigu (Andral); mais la durée de ces accidents, qui persistent non interrompus, et les résultats négatifs de l'examen du cœur, éloignent cette idée. On croit alors à une bronchite capillaire; mais, contrairement à toute attente, l'auscultation de la poitrine ne révèle que quelques râles insignifiants, ou même simplement une diminution générale du bruit respiratoire. Ce fait négatif doit éclairer le diagnostic; car une bronchite capillaire ne pourrait produire une semblable dyspnée qu'à la condition d'être générale, et l'on percevrait, dans ce cas, des râles aigus en grand nombre dans toute l'étendue des poumons. Ce jugement par exclusion est le seul possible; il est parfois corroboré par l'habitus extérieur du malade et ses antécédents héréditaires. A la dyspnée s'ajoutent, au bout de quelques jours, les phénomènes de cyanose résultant de l'insuffisance de l'hématose, et le malade succombe, selon l'expression de Graves, à une asphyxie tuberculeuse aiguë. La durée varie de vingt à trente jours. » Ajoutons que la fièvre n'est pas constante; Hérard et Cornil, Joseph, Marfan ont observé des cas de granulie à forme suffocante sans fièvre.

Au point de vue du diagnostic, la description précédente indique comment on peut distinguer la granulie asphyxique des accidents asystoliques, de la bron-

chite capillaire, de l'accès d'asthme. La carcinose miliaire aiguë du poumon est prise souvent pour une phtisie aiguë; mais elle frappe des individus âgés; elle évolue moins vite et elle s'accompagne parfois de signes révélateurs tels que l'adénopathie indolente et ligneuse du creux sus-claviculaire gauche, l'expectoration gelée de groseille, etc.

Tuberculose miliaire aiguë à forme catarrhale. — Sous cette appellation employée par Leudet, Empis, Jaccoud, nous réunissons en un seul groupe, à l'exemple de Dreyfus-Brisac et Bruhl, diverses formes décrites séparément par quelques auteurs sous les noms de phtisie aiguë à forme de *bronchite*, à forme de *bronchite capillaire*, à forme de *broncho-pneumonie*. La caractéristique de l'asphyxie tuberculeuse aiguë, c'était, nous venons de le voir, une éruption granuleuse confluyente sans réactions hyperémiques ou phlegmasiques, se traduisant cliniquement par la dyspnée avec un minimum de signes stéthoscopiques. Dans le type que nous étudions maintenant, ce qui est caractéristique, c'est qu'à l'éruption granuleuse se joignent de l'hyperémie et des inflammations bronchiques ou broncho-pulmonaires dues sans doute à des infections secondaires, et c'est aussi qu'à la dyspnée s'ajoutent des phénomènes stéthoscopiques trahissant les lésions associées à la granulie pulmonaire.

La phtisie aiguë catarrhale est le plus ordinairement secondaire; elle survient au cours de la phtisie chronique; ou elle se développe après la grippe, après la rougeole, après la coqueluche. Son apparition semble souvent provoquée par un refroidissement. La *toux* et la *dyspnée* acquièrent rapidement une grande intensité; la *fièvre*, du type intermittent, a un maximum vespéral qui s'élève tous les jours; et quelquefois un état général d'apparence *typhoïde* se joint aux troubles respiratoires; mais ceux-ci restent prédominants, et par conséquent l'attention de l'observateur est immédiatement appelée du côté de la poitrine. La percussion, souvent fort douloureuse, donne un son très variable suivant les régions: ici, de la submatité (à cause des foyers congestifs); là, du tympanisme (à cause de l'emphysème). A l'auscultation, il peut arriver qu'on perçoive, au sommet du poumon, des signes indiscutables de lésion tuberculeuse, auquel cas le diagnostic devient facile; mais ces signes peuvent manquer, chez l'enfant surtout; chez l'adulte, ils peuvent être masqués par les phénomènes dus aux lésions concomitantes. Alors on ne perçoit que des râles ronflants et sibilants très fixes, et des foyers, très mobiles au contraire, de râles sous-crépitaux fixes (foyers congestifs): c'est la *forme bronchitique*. D'autres fois, on observe les signes d'une *bronchite capillaire*: râles gros et fins, généralisés à tout l'arbre respiratoire (bruit de tempête), dyspnée suraiguë et cyanose; la marche est souvent très rapide. Enfin, surtout chez les enfants, on peut percevoir les signes d'une *broncho-pneumonie*: foyers disséminés où l'on perçoit de la submatité, parfois de la respiration rude ou bronchique, et des râles sous-crépitaux; aux foyers broncho-pneumoniques se joignent ordinairement des raptus congestifs remarquables par leur mobilité, et quelquefois un petit épanchement pleural, se développant symétriquement aux deux bases et indiquant la pleurite tuberculeuse.

Au bout de cinq ou six semaines, beaucoup moins dans la forme de bronchite capillaire, la mort survient avec tous les signes de l'asphyxie; plus rarement, elle est due à une hémoptysie foudroyante, à une méningite ou à l'infection typhoïde. Chez les enfants, la maladie aiguë peut s'atténuer et l'on peut observer le passage à l'état chronique.

Le *diagnostic* de la phtisie aiguë catarrhale avec la *bronchite*, la *bronchite ca-*