

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-*

pillaire et la *broncho-pneumonie* non tuberculeuses est souvent fort difficile. Deux signes principaux permettent cependant de reconnaître que ces trois affections compliquent une granulie pulmonaire. C'est d'abord l'*expectoration*; sauf chez l'enfant, qui ne crache presque jamais, on constate ici des crachats muco-purulents ou purulents dans lesquels l'examen microscopique permettra de reconnaître le bacille spécifique; c'est ensuite la prédominance des signes d'auscultation au sommet ou dans un seul côté de la poitrine. « Toute bronchite qui n'est pas bilatérale et symétrique, disait Lasègue, n'est pas une bronchite simple. »

Tuberculose miliaire aiguë à forme pleurale (*Empis*). — Dans la granulie, un élément pleurétique se mélange souvent au complexe symptomatique; mais cet élément n'est pas en général assez prédominant pour modifier profondément le tableau clinique.

Cependant il est des cas où la pleurésie est la seule affection qui attire l'attention et qu'on a groupés sous la rubrique de granulie à forme pleurale.

Dans la granulie, la pleurite peut avoir deux origines: 1^o une éruption granuleuse se faisant abondamment sur la plèvre; 2^o une poussée congestive circonscrite autour de quelques granulations tuberculeuses développées dans la région sous-pleurale du poumon et donnant naissance à un exsudat, alors qu'il existe peu ou pas de granulations sur la plèvre.

La granulie à forme pleurale est souvent primitive; son début est insidieux et se caractérise par une fatigue inusitée, de l'anorexie, de la céphalalgie, de l'insomnie, un peu de fièvre et un peu de toux. Dans quelques cas, la maladie débute avec éclat par la douleur et la dyspnée caractéristiques de la pleurésie diaphragmatique.

Parfois la pleurésie est *sèche*, et se traduit par des frottements râpeux; elle peut même rester sèche jusqu'à la fin. Plus souvent il se produit, tôt ou tard, un épanchement remarquable par la faible quantité du liquide, la *bilatéralité*, et la mobilité des signes stéthoscopiques. Il est fort rare que l'épanchement devienne assez abondant pour nécessiter la ponction. Dans ce cas, on constate que le liquide est le plus ordinairement séreux ou séro-fibrineux; quelquefois séro-purulent, et quelquefois hémorragique. M. R. Moutard-Martin a soutenu que la granulie aiguë pleurale était la seule forme de tuberculose qui puisse donner naissance à l'hématome de la plèvre; mais Dieulafoy a montré que la pleurésie hémorragique peut s'observer au début ou pendant le cours de la phtisie chronique.

Pendant que se produit cette pleurésie, l'éruption granuleuse qui frappe le poumon en même temps que la plèvre peut ne se manifester par aucun signe. Parfois, cependant, la triade symptomatique de Grancher décèle la congestion du sommet et fera soupçonner la tuberculose (tympanisme sous-claviculaire, augmentation des vibrations thoraciques, diminution du murmure vésiculaire). Ailleurs, les signes non douteux d'une lésion tuberculeuse peuvent apparaître. Dans tous les cas, la rapidité de l'amaigrissement, la fièvre intermittente irrégulière, la dyspnée, en général plus vive que ne permet de le supposer un épanchement peu abondant, doivent attirer l'attention et faire penser à la granulie.

L'épanchement peut persister jusqu'à la fin de la maladie, qui aboutit à la mort ou qui passe à l'état chronique. La terminaison fatale peut être subite (*Empis*); habituellement, elle survient au milieu de phénomènes typhoïdes ou

méningitiques, ou asphyxiques. Parfois l'épanchement se résorbe et la maladie aiguë s'éteint, laissant comme reliquat une tuberculose pulmonaire chronique à évolution variable. La résorption spontanée de l'épanchement ou son évacuation par ponction ont été accusées par Litten de favoriser une éruption granulique confluyente sur le poumon; et il semble en effet que la transformation du type pleural en type asphyxique (catarrhal ou suffocant) s'opère surtout lorsque l'épanchement disparaît.

Le *diagnostic* de la nature de la pleurésie est facile lorsque le médecin sait déjà le sujet tuberculeux; en cas contraire, pour établir le diagnostic de pleurésie tuberculeuse, on mettra en œuvre tous les moyens que nous avons déjà indiqués à propos de la pleurésie initiale de la phtisie chronique.

Tuberculose miliaire aiguë chez l'enfant et le vieillard. — La tuberculose miliaire aiguë est assez fréquente chez les *enfants*. Elle peut revêtir l'une des formes que nous venons de décrire, la forme pleurale étant toutefois assez rare. De 2 à 6 ans elle se complique souvent de méningite, et, à un certain moment, les symptômes de celle-ci prennent dans le tableau clinique la première place. Dans les deux premières années de la vie, la méningite fait défaut dans plus de la moitié des cas. Chez les enfants très jeunes, âgés de moins de six mois, la tuberculose miliaire aiguë revêt la forme d'une cachexie d'ordinaire apyrétique, mais à marche rapide, avec hypertrophie du foie et de la rate; ces faits sont souvent d'un diagnostic très difficile. De 6 mois à 2 ans, la fièvre est au contraire la règle et la maladie simule assez souvent la fièvre typhoïde; j'ai observé chez des nourrissons, des cas de granulie à forme typhoïde accompagnés de symptômes nerveux qui, à cette époque de la vie, peuvent compliquer tout état fébrile (sommolence, gémissements, contractures, convulsions), sans qu'à l'autopsie on trouvât trace de méningite; dans un de ces cas, l'absence de séro-réaction permit d'établir le diagnostic de tuberculose.

La phtisie aiguë granulique du *vieillard* est une cause fréquente de surprises d'autopsie; elle revêt les aspects symptomatiques les plus divers et les plus trompeurs. Dans la *forme latente*, le malade se plaint de céphalalgie et d'étourdissements; il maigrit, mais il n'a ni toux, ni fièvre, ni sueurs; et les signes physiques font le plus souvent défaut; le vieillard succombe brusquement, et à l'autopsie on reconnaît la granulie. Dans la *forme cardiaque*, il survient de l'œdème, de l'ascite, de la diarrhée, de l'oppression, de la cyanose; comme il n'existe ni fièvre, ni lésions pulmonaires appréciables à l'auscultation, on pense à une lésion du cœur, à une myocardite; la mort survient en quelques jours, et à l'autopsie on constate une granulie. Dans la *forme cérébrale*, c'est la démence et le gâtisme, avec rigidité de la nuque et hyperesthésie cutanée, qui sont les signes dominants. Dans la *forme fébrile*, la maladie simule la fièvre typhoïde. Dans la *forme catarrhale*, elle simule la bronchite capillaire. Le diagnostic de la maladie ne se fait le plus souvent, on le conçoit sans peine, qu'au moment de l'autopsie.

Formes rares de la tuberculose miliaire aiguë. I. Tuberculose miliaire pleuro-péritonéale subaiguë. — Cette forme a été décrite par Fernet (1) et son élève Boulland (2), qui la considèrent comme curable. Elle est caractérisée clini-

(1) FERNET, Tub. péritonéo-pleurale subaiguë; *Soc. méd. des hôp.*, 1884.

(2) H. BOULLAND, Tuberculose du péritoine et des plèvres chez l'adulte; *Thèse de Paris*, 1885. — Voir aussi : LASSERRE, *Thèse de Paris*, 1894, n° 158. — AUCLAIR, *la Presse méd.*, 2 mars 1898.

quement par les signes de la péritonite avec un peu d'ascite, associés à une pleurite ordinairement bilatérale. La granulie pleuro-péritonéale peut tuer assez rapidement comme toutes les phtisies aiguës. Mais elle peut se transformer en forme ulcéro-caséuse déterminant des foyers purulents isolés et des fistules diverses, et, sous cette forme, elle peut entraîner plus tard une cachexie mortelle ou rester stationnaire, ou guérir complètement. La granulie pleuro-péritonéale peut aboutir d'emblée à la tuberculose fibreuse, et ne plus se manifester alors que par les troubles qui résultent de la compression des viscères thoraciques et abdominaux par des brides fibreuses.

Godelier a formulé la loi suivante : « Quand il y a tuberculose du péritoine, il y a aussi tuberculose de l'une ou des deux plèvres. De leurs études sur la tuberculose pleuro-péritonéale, Fernet et Boulland ont conclu que cette loi est exacte. Mais, d'après une statistique de Kœnig, la tuberculose pleurale fait défaut dans la moitié des cas de péritonite chronique, ce qui démontre l'inexactitude de l'assertion de Godelier.

II. *Forme articulaire.* — Laveran a publié une observation dans laquelle la granulie fut confondue à son début avec un rhumatisme articulaire aigu; plusieurs synoviales présentaient des granulations tuberculeuses.

III. *Forme cérébrale apoplectique.* — Dans quelques cas exceptionnels, la tuberculose miliaire aiguë peut débiter brusquement par une perte de connaissance suivie de coma. Les phénomènes observés rappellent ceux qui ont été décrits autrefois sous le nom d'apoplexie séreuse; ils sont en effet causés par un épanchement séreux péri-encéphalique et intra-ventriculaire. A l'apoplexie succèdent des phénomènes méningitiques (1).

Degré de curabilité de la tuberculose aiguë. — Sans contredit, la granulie est de toutes les formes de la tuberculose de beaucoup la plus redoutable; elle tue en un petit nombre de semaines, voilà la règle. Pourtant M. le professeur Jaccoud n'hésite pas à déclarer que cette règle a ses exceptions, bien rares il est vrai, mais qui doivent être enregistrées, dans l'intérêt de la vérité d'abord, ensuite à titre d'encouragement. Ces exceptions ne concernent ni la forme suffocante ni la forme catarrhale de la maladie; elles appartiennent à la variété un peu plus longue, même dans les cas mortels, qui est connue sous le nom de forme typhoïde.

M. le professeur Jaccoud a fait le relevé des observations qui prouvent la guérison possible de cette affection. Il signale d'abord les quatre faits de Lebert dans lesquels la preuve anatomique a été fournie; dans quatre autopsies d'individus qui avaient succombé à d'autres maladies, Lebert trouva des traces d'une tuberculose miliaire disséminée guérie : les lésions qui constituaient les reliquats de la production granuleuse présentaient les caractères d'un processus complètement éteint. A côté de ces quatre faits, Lebert en cite deux autres dans lesquels il a observé cliniquement la guérison de la maladie, alors que les particularités et la marche des symptômes ne permettaient aucun doute quant à la justesse du diagnostic. Waller, Empis, Wunderlich, Sick et Anderson ont appelé l'attention sur des faits du même ordre, et M. Jaccoud rapporte un cas qui suffirait à lui seul pour établir la possibilité de la guérison de la tuberculose miliaire aiguë. Enfin, Ulacacis a observé une guérison de phtisie aiguë dia-

(1) L. DEMOUCHE, La tuberculose miliaire aiguë à forme cérébrale apoplectique; *Thèse de Paris*, 1878, n° 194.

gnostiquée par la présence des bacilles dans le sang et dans l'urine. L'ensemble de ces faits ne suffit pas pour autoriser de grandes espérances, mais il doit pourtant faire suspendre le jugement absolu qui a eu jusqu'ici force de loi.

A côté de la guérison complète, il est une éventualité favorable dont il faut aussi tenir compte : c'est la transformation de la phtisie aiguë granuleuse en phtisie chronique ulcéreuse; nous avons déjà signalé cette évolution dont tous les cliniciens ont observé des exemples.

Tous ces faits de guérison ou de passage à l'état chronique sont probablement identiques à ceux que Landouzy a étudiés sous le nom de typho-bacillose.

CHAPITRE II

PHTISIE AIGUË PNEUMONIQUE

SYNONYMIE : Infiltration tuberculeuse (LAËNNEC), pneumonie caséuse (REINHARDT), pneumonie scrofuleuse (VIRCHOW), pneumonie desquamative (BUHL), tubercule pneumonique (GRANCHER), nodules tuberculeux péribronchiques agglomérés (CHARCOT), tubercule massif ou géant (HANOT).

Vers 1850, Reinhardt affirma que l'infiltration tuberculeuse de Laënnec n'était qu'une variété de pneumonie : la *pneumonie caséuse*. Virchow admit de son côté que cette pneumonie s'observe surtout chez les scrofuleux et lui donna le nom de *pneumonie scrofuleuse*. Niemeyer se refusa même à admettre la nature tuberculeuse du mal et affirma que toute pneumonie ou toute broncho-pneumonie peut se terminer par la caséification. Jaccoud se fit, en France, le défenseur de ces idées. Cependant les médecins français restèrent attachés en majorité à l'opinion de Laënnec, pour qui la tuberculose est un processus un dans son essence, qu'elle se présente sous la forme de corps isolés ou sous la forme de masses infiltrées.

La discussion entre les unicistes et les dualistes a duré plus de vingt ans (1850 à 1872). La victoire appartient aujourd'hui aux partisans de Laënnec, à Villemin, à Grancher, à Thaon, à Charcot, qui, par des voies diverses, ont été conduits à admettre l'unité de la tuberculose. La victoire est même devenue tellement complète, grâce à la découverte de Koch et aux travaux bactériologiques qui l'ont suivie, que les anciennes discussions ne parviennent plus guère à nous intéresser. Il en est pourtant resté un type anatomo-clinique parfaitement caractérisé, la phtisie aiguë pneumonique.

Les masses caséuses infiltrées peuvent se rencontrer dans la phtisie chronique. Ce n'est donc pas uniquement par l'anatomie pathologique qu'on peut définir la phtisie aiguë caséuse; il faut joindre à la définition un autre élément : l'intensité de l'intoxication tuberculeuse qui tue le malade avant que la masse caséuse ait pu se ramollir et s'évacuer comme dans la phtisie ulcéreuse chronique.

Nous définirons la phtisie aiguë pneumonique : une affection caractérisée anatomiquement par une infiltration tuberculeuse du poumon, de forme massive, lobaire ou pseudo-lobaire; cliniquement par les signes physiques correspondant à cette condensation lobaire ou pseudo-lobaire du parenchyme, et par