

Clinique Médicale

Le diagnostic de la typho-bacilliose de Landouzy

Par Noel Fiessinger

En 1882, Landouzy décrivait une infection de tuberculose aiguë qui par son évolution rappelle au début bien des caractères de la fièvre typhoïde. Les symptômes en imposent tout d'abord pour un embarras gastrique fébrile, ou pour une infection adynamique. La température s'élève en même temps que s'accroissent les signes généraux de torpeur avec sub-fébrile. Seulement cette température, au lieu de présenter une marche régulière comme c'est la règle au cours de la fièvre typhoïde, dessine des irrégularités, qui associées à la rapidité du pouls, à la précocité de l'amaigrissement et de l'anémie doivent faire songer à la tuberculose. Ajoutons que le médecin distinguera cette affection de la fièvre typhoïde grâce à l'absence de diarrhée, de taches rosées lenticulaires et aussi de catarrhe broncho-pulmonaire. A cette époque l'infection générale domine, on ne retrouve rien ou presque rien au niveau des poumons, à peine vers la fin de la maladie les malades offrent-ils une toux sèche, brève, accompagnée de crachats muqueux. Après plusieurs semaines, durant lesquelles s'accroissent les phénomènes généraux, la température tend progressivement à céder et une défervescence survient. Les malades sont très anémiés, très faibles et amaigris. La convalescence qui débute, se manifeste dès le début comme une convalescence incomplète et traînante. Des poussées irrégulières de température accidentent la ligne thermique. L'appétit ne s'établit pas d'une façon franche, ce n'est pas l'appétit vorace de la fièvre typhoïde. Symptôme plus alarmant encore, la toux se fait plus fréquente mais sans s'accompagner d'expectoration. Auscultons-nous ces sujets, il n'est pas difficile de dépister à l'un de leurs sommets des signes évidents de tuberculose pulmonaire en évolution. Après quelques semaines ou quelques mois de cette fausse convalescence, la fièvre s'allume de nouveau mais cette fois d'une manière définitive, le malade commence alors une étape de tuberculose pulmonaire qui évolue avec d'autant plus de gravité qu'elle se développe sur un terrain favorable et peu résistant.

Ainsi décrite, l'évolution de notre maladie s'est faite en trois étapes: étape typhique, fausse convalescence, étape de tuberculose pulmonaire. C'est la première étape qui constitue la typho-bacilliose. Le Pr Landouzy a montré que dans cette première étape l'agent pathogène de l'infection était le bacille de Koch. Seulement le bacille ne donne pas naissance aux lésions granuliques, il touche l'organisme à titre d'agent septicémique sans provoquer de réaction histologique tuberculeuse. Il s'agit en somme d'une bacillo-tuberculeuse non folliculaire. Cette infection

septicémique par le bacille de Koch est susceptible d'améliorations qui peuvent rappeler presque une convalescence mais nécessairement le bacille tend à se fixer sur un organe et comme c'est sur le poumon le plus souvent, on voit se développer à la suite de la typho-bacilliose, une tuberculose viscérale qui y apporte la signature de la nature tuberculeuse.

Cette typho-bacilliose n'est pas seulement un type clinique. Elle a pu être reproduite expérimentalement. L'injection des bacilles de tuberculose aviaire au lapin provoque une infection généralisée mortelle, à bacilles de Koch, et l'on ne retrouve aucune granulation tuberculeuse. Gougerot (*Revue de médecine*, 10 juillet 1908) a reproduit chez l'animal, à l'aide de bacille humains homogénéisés, les types différents de typho-bacilliose sans tubercules que réalise la clinique. Il peut obtenir la typho-bacilliose rapidement mortelle, sans tubercules, et surtout la tuberculose curable, rémission, puis localisation tuberculeuse mortelle; il peut même réaliser une typho-bacilliose définitivement curable.

Ces faits démontrent nettement qu'il faut, tant au point de vue clinique qu'au point de vue expérimental, distinguer les tuberculoses aiguës granuliques, ou granulie d'Empis des tuberculoses aiguës septicémiques dont la typho-bacilliose de Landouzy constitue l'exemple le plus fréquent. Nous disons le plus fréquent, car Landouzy et Loederich (*Presse médicale*, 29 juillet 1908) ont décrit une septicémie à bacilles de Koch à évolution subaiguë avec multiples déterminations pulmonaires, pleurales, cutanées, périostées, articulaires, endocardiques. Cette septicémie avait duré plusieurs mois et son évolution irrégulière n'avait en rien rappelé la marche de la typho-bacilliose.

La marche de la typho-bacilliose est d'ailleurs passible de multiples variantes. Le Pr Landouzy a insisté sur la possibilité d'une guérison complète après la première atteinte infectieuse. Gougerot en rapporte un exemple (*Presse médicale*, 22 août 1908) dont le diagnostic se trouve confirmé par l'inoculation du sang du malade au cobaye. D'autre fois, la mort survient à la fin de la septicémie pseudo-typhique. Beaucoup plus souvent, l'évolution se fait en deux temps, comme nous l'avons signalé plus haut. Mais ce qui peut arriver alors, c'est la localisation de la tuberculose viscérale ultérieure. E. Weil et Mouriquand (*Lyon médical*, 26 décembre 1909) ont montré la fréquence, au cours des tuberculoses viscérales ou séreuses, d'une poussée d'infection antérieure ayant tous les caractères de la typho-bacilliose. Ils rapportent des observations très démonstratives de méningites tuberculeuses, de péritonites tuberculeuses, de pleurésies tuberculeuses; enfin de tuberculose pulmonaire comme localisations tardives de la typho-bacilliose.

Le diagnostic de la typho-bacilliose est, à cause de l'évolution ultérieure, très important à établir dès le début de l'infection. Ce n'est pas là chose facile. La clinique nous apprend bien que les signes de dothiénentérie ne sont pas au complet, mais quelle est la fièvre typhoïde qui se termine avec une symptomatologie entièrement au complet? C'est souvent affaire d'impression. L'amaigrissement rapide et l'amélioration précoce du pouls constituent des signes