

pommelière beaucoup plus rarement que leurs congénères d'Europe. De même, les poules mises en expériences par MM. Straus et Würtz n'ont éprouvé aucun inconvénient de l'ingestion de quarante-cinq kilogrammes de crachats, et cependant les animaux succombent aux inoculations intrapéritonéales, à condition que les bacilles injectés soient en nombre suffisant. Vous voyez donc qu'il existe de véritables idiosyncrasies et toute une série de conditions qui mettent en jeu, vis-à-vis de l'infection bacillaire, certaines propriétés particulières inhérentes à chaque individu.

TREIZIÈME LEÇON

SOMMAIRE. — L'innéité (Lucas). — Le terrain. — Candidats à la tuberculose (Landouzy). — Micropolyadénie (Legroux). — Age. — Fréquence de la tuberculose infantile. — Fréquence relative des formes rapides chez le vieillard. — Sexe. — Grossesse. — Lactation. — Genre de vie. — Alimentation et aération.

De même que les espèces animales présentent de grandes différences au point de vue de leur aptitude à contracter la tuberculose, de même que quelques-unes constituent un terrain de prédilection, un vrai bouillon de culture, comme on disait autrefois alors que les milieux liquides étaient seuls connus, et que d'autres présentent une résistance considérable au moins à certains procédés expérimentaux, de même dans les espèces humaines se retrouvent des conditions analogues. Certains individus, le fait est incontestable, sont en quelque sorte marqués d'avance pour l'affection tuberculeuse, et c'est surtout dans le développement de la tuberculose acquise que se manifestent ces différences. En général des individus affaiblis, soit dès leurs premiers jours par une lactation mauvaise ou insuffisante, soit plus tard épuisés par les mauvaises conditions dans lesquelles ils vivent, par le surmenage, seront plus exposés à en subir les atteintes. Il est cependant des exceptions, et vous pourrez

voir des individus robustes, bien conformés, avec une musculature développée, devenir la proie du bacille malgré toutes les apparences d'une santé florissante. Mais soyez convaincus que dans ces cas il s'agit de phtisie acquise, très probablement par contagion. En tout cas, malgré les atteintes du mal qu'ils subissent, les phtisiques de cette catégorie seront dans des conditions encore supérieures et pourront lutter plus avantageusement et quelquefois victorieusement contre la maladie. Mais en réalité ce sont là des exceptions, et il est important de connaître les conditions inverses. Elles peuvent être dues, soit à l'hérédité et résulter de la tuberculose antérieure, ou simplement de la faiblesse générale des parents, soit à des dispositions spéciales apportées par l'individu en naissant, sans que la cause puisse en être déterminée, ce que Lucas avait appelé l'*innéité*.

En première ligne des conditions de terrain connues, il faut noter la conformation thoracique, sur laquelle je me réserve d'insister quand nous traiterons de la tuberculose pulmonaire, pour laquelle d'ailleurs cette déformation a seule quelque valeur. Il n'en est pas de même des tissus, dont le mauvais état peut jouer un rôle dans toutes les localisations de la tuberculose. C'est ainsi que chez les individus prédisposés, ils présentent une dénutrition marquée, pâleur des téguments, teinte anémique, amaigrissement, et vous connaissez cette absence du tissu adipeux, cette transparence de la peau que l'on a pu dire collée sur les os, cette apparence spéciale, cette expression du regard sur laquelle

les poètes ont tant insisté. Les muscles n'échappent pas à cette dénutrition et leurs saillies sont très peu marquées, surtout aux membres supérieurs et à la poitrine. Les os aussi subissent des troubles dans leur évolution; ils se développent en longueur, sans augmentation de leurs autres diamètres, et si parfois les articulations sont un peu grosses, le plus souvent les épiphyses participent à la faiblesse générale et à la gracilité de la diaphyse. En un mot, vous retrouvez tous ces caractères chez les hommes de haute taille, mais maigres et efflanqués, que nous appellerons des tuberculisables, ou des candidats à la tuberculose, suivant l'expression de Landouzy. Je n'insisterai pas davantage, car il ne me semble pas démontré qu'il faille ici complètement écarter le rôle de l'hérédité. Il est aussi vraisemblable de considérer ces troubles de nutrition comme les premières atteintes d'une maladie commençante et les premières manifestations de l'évolution des bacilles qu'aucun signe appréciable n'est encore venu révéler, réalisant ainsi les conditions du microbisme latent. On a également insisté sur le nombre, la longueur des poils et surtout des cils, mais ce sont là vraiment des détails d'une minutie exagérée.

Depuis plusieurs années, Landouzy a particulièrement mis en relief un autre caractère du système pileux auquel il attache une certaine importance. Il a remarqué qu'au moins à Paris, les gens dont les poils présentent cette coloration que les artistes qualifient de blond vénitien, étaient particulièrement prédisposés à la tuberculose. Cependant il ne

faudrait pas exagérer la valeur de ce caractère, et tandis que bien des gens de cette couleur restent indemnes, nombre de tuberculeux sont blonds ou même très bruns. Je dois encore noter un caractère signalé au Congrès de la tuberculose par M. Legroux. Il a remarqué à l'hôpital Trousseau qu'un grand nombre d'enfants présentaient des pléiades de ganglions, petits, durs et indolents, et que tous ces petits malades lorsqu'ils n'étaient pas atteints de tuberculose commençante, étaient en imminence d'une localisation tuberculeuse quelconque. M. Legroux a donné à ce symptôme le nom de micropolyadénie. Donc chez l'enfant, ce fait doit être pris en considération, qu'il soit un caractère du terrain ou qu'il soit une manifestation de la tuberculose au début.

Quant à la pigmentation de la peau, elle joue un rôle important, et à côté du blond vénitien nous pouvons citer les nègres, qui, de quelque contrée qu'ils soient originaires, des Antilles ou de l'Afrique, contractent fréquemment la tuberculose, surtout lorsqu'ils sont expatriés. Il est vrai qu'on peut faire intervenir dans ce cas le changement de climat et les modifications apportées dans leur manière de vivre, les exposant souvent à des affections thoraciques sur lesquelles viennent se greffer les bacilles.

Parmi les conditions inhérentes au terrain, une des plus importantes est celle de l'âge, non pas qu'une époque quelconque de la vie en soit exempte; mais il existe cependant des différences notables et des caractères variables, quant à sa fréquence aux diverses phases de la vie. C'est là une vérité

connue de toute antiquité et signalée déjà par Hippocrate et ses successeurs, sans qu'il se soit jamais élevé de contestation à ce sujet. Ici nous nous heurtons à une difficulté que nous retrouverons désormais dans toute cette étiologie, chaque fois qu'il s'agira de distinguer ce qui a rapport au développement de la tuberculose en général, de ce qui concerne la phthisie pulmonaire en particulier.

Les opinions des divers auteurs sont à peu près concordantes en ce qui concerne la période de prédilection de la tuberculose. Pour Hippocrate, elle s'étend de dix-huit à trente-cinq ans, pour Laënnec de dix-huit à trente ans; pour Lebert, c'est de seize à quarante ans qu'on la rencontre le plus souvent. Marc d'Espine la fixe de quinze à quarante ans; c'est l'opinion que professait aussi Briche-teau, s'appuyant sur une statistique de mille sept cent quatre-vingt-un faits observés à Necker. Tels sont les chiffres pris dans leur brutalité. Mais il vaut mieux les interpréter en tenant compte du nombre des vivants, comme l'a fait Würzburg qui calcula le nombre des décès par rapport à des groupes de dix mille individus. Remarquez bien qu'ici, il s'agit de mortalité et non pas du nombre de cas en évolution. C'est dans la vieillesse que la léthalité atteint le chiffre le plus élevé, soit d'après le tableau de Würzburg :

de 60 à 70 ans	=	93,18	pour	10 000
de 50 à 60 ans	=	67,94	—	—
de 70 à 80 ans	=	61,72	—	—

et les chiffres s'abaissent ensuite notablement dans la première moitié de la vie puisque nous trouvons :

de 30 à 40 ans = 41,12 pour 10 000

de 25 à 30 ans = 36,73 — —

soit presque le tiers.

C'est là un fait parfaitement exact et si vous rappelez vos souvenirs, vous vous apercevrez qu'un grand nombre d'individus âgés meurent tuberculeux.

La statistique de Sommerbrodt concernant les invalides de Berlin, donne une mortalité de 44 pour cent due aux manifestations tuberculeuses.

Ici ne pouvons-nous pas nous demander s'il n'y a pas lieu d'incriminer une installation vicieuse et la vie en commun facilitant la dissémination du bacille chez des individus affaiblis par l'âge et par les maladies? Il faut tenir compte des différences notables s'élevant jusqu'à plusieurs années, qui résultent de l'origine de la tuberculose héréditaire ou acquise.

La tuberculose héréditaire sévit sur les individus moins âgés, sauf les cas où il s'agit du réveil de lésions anciennes, tandis que la phtisie acquise et due à la contagion se manifeste généralement à un âge plus avancé.

Mais la question vaut la peine que nous entrions dans quelques détails.

D'abord, dans la première enfance nous retrouvons la

tuberculose et non seulement sous forme de lésions pulmonaires mais encore sous d'autres aspects et particulièrement la méningite tuberculeuse, comme vous pouvez le voir dans la thèse de Bosselut qui rapporte cent vingt-quatre cas de méningite tuberculeuse au-dessous de deux ans. Trousseau, du service duquel dépendait la crèche de Necker, avait été également frappé de la fréquence de la phtisie à cet âge.

Gerhardt, dans des leçons publiées par Fränkel, cite le chiffre donné par Neureuter qui, ayant observé deux cent dix cas de tuberculose infantile, en a rencontré dix-huit chez des sujets âgés de moins d'un an.

Landouzy et Queyrat et moi-même arrivons à des conclusions identiques. Non contents des faits de tuberculose avérée, granulie, phtisie chronique, méningite, etc., Landouzy et Queyrat, se sont attachés à démontrer la nature tuberculeuse des broncho-pneumonies succédant à la coqueluche ou à la rougeole. Indépendamment des cas où ils ont pu constater le bacille dans les affections de cet ordre, ils ont supposé, qu'en l'absence même de ce microbe, on pouvait admettre la nature tuberculeuse de ces lésions. C'est aller certainement trop loin. Il est vrai que le bacille peut se développer plus tard, concurremment avec un autre microorganisme, réalisant ainsi un fait de microbisme mixte.

Dans la seconde enfance, toutes les formes se rencontrent également sans différences notables avec ce que nous venons de voir. Il n'existe de particularités que pour les tu-

berculoses ganglionnaires, osseuses, ou frappant les articulations, surtout celle de la hanche, comme l'ont bien démontré les travaux du professeur Lannelongue. De plus, ici encore, nous retrouvons la granulie, la méningite, la phtisie chronique ou à forme broncho-pneumonique.

Sa fréquence augmente dans l'adolescence avec quelques modifications dans les formes. La forme chronique est encore rare. Ce que vous rencontrerez surtout, c'est la broncho-pneumonie rapide, la phtisie galopante. Le travail de développement qui se produit à cet âge diminue la résistance de l'individu et favorise l'évolution des maladies consomptives. Aussi, en pratique, lorsque vous verrez les premières atteintes de la tuberculose apparaître chez un adolescent vous aurez à redouter une marche rapide.

A l'âge adulte, toutes les formes se retrouvent, s'attachant soit aux poumons, soit aux organes génito-urinaires soit au système osseux, soit aux séreuses. Ce qui prédomine cependant, c'est la phtisie pulmonaire chronique dont la lenteur est en rapport avec l'origine acquise de l'affection.

Quant à la vieillesse, elle est sujette aux mêmes formes, avec une fréquence un peu plus grande des manifestations à marche rapide. Il semble en effet que bon nombre de ces cas soient dus au réveil d'un foyer bacillaire ancien, d'une lésion peu importante du poumon ou des os n'ayant fait que peu ou pas de progrès et qui éclate tout à coup. Ce sont là des faits bien décrits en 1862 dans la thèse de Moureton.

Mais au point de vue étiologique, il n'est pas moins important de tenir compte du siège que de la forme de la lésion. On a pu noter que la localisation affectait certains rapports avec l'intensité du travail accompli par l'organe ou avec son développement. Telle est, par exemple, la fréquence des accidents osseux chez les enfants où ce système est en pleine évolution, et ceux qu'on observe du côté des organes génitaux au moment de la puberté. C'est là un point qu'il ne faudrait cependant pas exagérer; j'ai fait remarquer moi-même, dans ma thèse d'agrégation, la fréquence relative des lésions pulmonaires au moment de l'établissement de la menstruation, bien qu'alors en réalité le travail d'échange pulmonaire soit moins considérable. Il faut donc apporter une certaine réserve dans les conclusions à tirer du fonctionnement des organes; cette explication physiologique mérite quelques réserves.

L'influence du sexe a été diversement interprétée par les auteurs. Tandis qu'autrefois on admettait généralement la plus grande fréquence de la tuberculose chez la femme, que seul Clark avait cru devoir nier, plus récemment les statistiques ont conduit à des conclusions contraires.

Bricheteau, dans la statistique de Necker, notait mille quatre-vingt-onze femmes contre sept cent cinq hommes, soit le tiers environ.

La statistique de la ville de Paris pour 1833 donne mille quatre cent quarante-huit femmes contre mille cent