

9° Les granulations pulmonaires de Bayle ne sont point des tubercules à l'état naissant.

10° Ces granulations sont rouges et molles avant d'être grises et dures.

11° L'apparence de granulations ne se manifeste qu'artificiellement, après l'incision ou la déchirure des lobules pulmonaires.

12° Ces granulations ne sont pas une production nouvelle.

13° Elles sont constituées par des portions de lobules, isolément enflammées.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

9. Nous les divisons en ceux qui marquent le début de la maladie et en ceux qui se manifestent pendant son cours.

ARTICLE PREMIER.

SYMPTÔMES QUI MARQUENT LE DÉBUT DE LA PHTHISIE PULMONAIRE.

10. L'étude des débuts variés qu'affecte la phthisie pulmonaire doit être considérée comme très-importante, puisque c'est surtout dans les premiers temps de la maladie, lorsqu'on peut plutôt en redouter l'invasion qu'affirmer son existence, qu'elle peut être surtout soit prévenue, soit même enrayée dans sa marche.

11. Avant que l'on observe les signes qui annoncent l'existence des tubercules pulmonaires, on remarque le plus ordinairement, mais avec des degrés variables de fréquence, l'un des trois états morbides suivants : 1° une simple inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes; 2° une ou plusieurs hémoptysies; 3° une inflammation du parenchyme pulmonaire ou des plèvres. Parlons tour à tour de ces diverses affections, en tant qu'elles se rattachent à ce qu'on pourrait appeler le prodrôme de la phthisie.

12. L'inflammation de la membrane muqueuse aérienne

sans complication de phlegmasie du parenchyme pulmonaire, qui soit appréciable par la percussion, l'auscultation et les crachats, est certainement l'affection que l'on observe le plus fréquemment chez les individus qui plus tard présenteront des signes de phthisie pulmonaire. Considérée sous le rapport de son siège, de son intensité, de sa durée, de ses symptômes, cette inflammation des bronches offre plusieurs variétés qu'il importe d'étudier.

Si nous la considérons d'abord relativement à son siège, nous verrons que la phlegmasie des voies aériennes, dont les symptômes précèdent ceux des tubercules, n'a pas toujours son point de départ dans les petites ramifications bronchiques, ni même dans les grosses bronches. Loin de là, nous l'avons vue plus d'une fois commencer par la partie supérieure du canal aérien, et, par exemple, ne consister d'abord que dans une simple laryngite. Les individus qui sont dans ce cas, et qu'il faut d'ailleurs distinguer de ceux chez lesquels la laryngite ne survient qu'à une époque plus ou moins avancée de la phthisie pulmonaire, n'ont encore présenté aucune espèce de symptôme qui puisse révéler chez eux l'existence d'une affection quelconque du poumon, lorsqu'ils sont atteints d'une angine qui ne présente d'abord rien de grave. Cependant la voix reste enrouée; le larynx est le siège d'un sentiment de gêne plutôt que d'une véritable douleur; au bout d'un temps plus ou moins long, la toux revient par quintes plus fatigantes; la sensation pénible, bornée d'abord au larynx, s'étend successivement à la trachée-artère et aux bronches; chaque quinte de toux détermine une sorte de picotement désagréable, une chaleur incommode, quelquefois même une véritable douleur derrière le sternum: ici on peut suivre en quelque sorte pas à pas les progrès de la phlegmasie, qui s'est successivement propagée des organes de la déglutition et de

la voix à la trachée-artère, aux bronches et à leurs ramifications. Alors seulement la maladie revêt un caractère plus grave: la circulation se trouble; la nutrition commence à s'altérer, et bientôt on ne peut plus douter que des tubercules n'aient pris naissance dans le parenchyme pulmonaire.

En observant attentivement cette succession de phénomènes, on est conduit à penser que dans de semblables cas la production des tubercules est consécutive à l'inflammation qui a frappé tour à tour la membrane muqueuse du larynx, de la trachée-artère et des bronches.

Chez d'autres individus, la phlegmasie muqueuse n'affecte pas, si je puis ainsi dire, cette marche descendante: le larynx reste sain, et l'on n'observe qu'une simple bronchite. Celle-ci, non plus que la laryngite dont il était question tout-à-l'heure, n'est d'abord accompagnée d'aucun symptôme grave; mais, après qu'elle a persisté pendant un temps plus ou moins long, soit qu'on ait négligé de la traiter convenablement, soit, ce qui n'est que trop commun, qu'elle ait résisté au traitement le plus rationnel, la respiration, libre jusqu'alors, devient gênée, un petit mouvement fébrile s'établit, l'embonpoint diminue, et tout annonce l'existence de tubercules pulmonaires. Ici encore ces tubercules paraissent ne s'être développés que consécutivement à la bronchite. Mais, ce qu'il ne faut jamais perdre de vue, c'est que, pour qu'une inflammation de la muqueuse aérienne soit suivie de la production de tubercules pulmonaires, il faut nécessairement admettre une prédisposition. Celle-ci étant admise, on concevra sans peine pourquoi chez les uns il suffit de la bronchite la plus légère pour produire des tubercules, tandis que d'autres individus ne deviennent pas phthisiques à la suite du catarrhe pulmonaire le plus invétéré et le plus intense. En quoi d'ailleurs consiste cette prédisposition? Nous l'ignorons totalement; nous savons seu-

lement qu'elle est plus marquée sous l'influence d'un certain nombre de conditions, telles que le jeune âge, la constitution dite scrophuleuse, l'habitation dans des lieux humides, la soustraction habituelle à l'influence solaire, etc. C'est, en effet, lorsqu'une ou plusieurs de ces conditions existent, qu'on voit les tubercules pulmonaires succéder plus souvent et plus facilement à une bronchite; ce qui ne veut pas dire que quelquefois aussi, et toujours consécutivement à une bronchite, des tubercules ne puissent envahir le poumon dans des conditions diamétralement opposées aux précédentes. Ainsi, par exemple, nous avons recueilli l'histoire d'un vieillard, âgé de soixante-huit ans, qui, pendant le cours de sa vie, avait été plus d'une fois atteint de bronchites assez intenses qui toutes s'étaient très-bien terminées. Cet individu avait joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de soixante-six ans. Alors il fut pris de nouveau d'un rhume qui, d'abord assez léger, prit bientôt un degré de gravité inaccoutumée; un an environ après l'invasion de ce catarrhe, il nous présenta tous les symptômes d'une phthisie confirmée, et après quelques mois de séjour à la Charité il succomba, dans le dernier degré du marasme. L'ouverture du cadavre démontra l'existence de nombreux tubercules dans l'un et l'autre poumon. Ainsi, chez ce vieillard, la prédisposition aux tubercules, nulle pendant la jeunesse, ne se développa qu'à une époque où cette prédisposition cesse le plus ordinairement d'exister.

Ce n'est pas toujours à la suite d'une première ou d'une seconde bronchite qu'on voit se développer les symptômes de la phthisie pulmonaire. Il est des individus qui, pendant un long espace de temps, souvent même pendant plusieurs années, contractent des bronchites avec une remarquable facilité. Chez eux une de ces inflammations est à peine terminée, que, sous l'influence de la cause la plus légère, une autre

recommence. Ces individus, ainsi sujets à *s'enrhumer* depuis un temps plus ou moins long, doivent être divisés en deux classes relativement aux symptômes qui accompagnent leur rhume, ou qui persistent dans l'intervalle. Dans la première classe, nous plaçons ceux qui, malgré les bronchites fréquentes dont ils sont affectés, conservent cependant un excellent état de santé; leur respiration en particulier n'est point gênée; leur nutrition proprement dite n'est pas altérée. Cependant il arrive une époque où une nouvelle bronchite s'établit, plus intense, plus longue que les précédentes; alors, pour la première fois, la santé commence à se déranger; l'inflammation bronchique se prolonge indéfiniment, et au bout d'un temps plus ou moins long on voit apparaître tous les symptômes de la dégénération tuberculeuse des poumons.

Dans une seconde classe, bien distincte de la précédente, doivent être rangés les individus qui, sujets, comme ceux dont il vient d'être question, à contracter de très-fréquentes bronchites, en diffèrent notablement par leur état valétudinaire habituel: ils ont ce qu'on appelle une *constitution délicate*. Le moindre excès les fatigue, les rend malade: ils ont ordinairement une grande susceptibilité nerveuse; leur pouls est souvent fréquent, sans que d'ailleurs la température de la peau soit en même temps élevée, si ce n'est toutefois à la paume des mains, qui est plus chaude qu'elle ne doit l'être dans l'état normal. Leur respiration paraît libre lorsqu'ils sont en repos et qu'ils ne parlent pas; et effectivement, plusieurs affirment ne ressentir aucune dyspnée; mais veulent-ils parler à haute voix, soutenir une conversation animée, on les voit *s'essouffler* avec une grande facilité; il en est de même s'ils marchent vite, ou s'ils montent sur un plan incliné. Il est remarquable que cette gêne de la respiration, si facilement appréciable pour un observateur attentif, sem-

ble ne point l'être pour un assez grand nombre de malades eux-mêmes, soit que l'habitude ait fait disparaître pour eux ce que cette gêne de la respiration a de pénible, soit qu'ils se dissimulent à eux-mêmes un symptôme qui pourrait les alarmer : combien de malades sont d'ailleurs dans ce dernier cas ! D'autres, plus attentifs ou plus sensibles, accusent une gêne plus ou moins grande de la respiration, soit continue, soit intermittente, et se disent asthmatiques. Enfin, chez tous on observe un état de maigreur qui indique la souffrance de quelque organe plus ou moins important à la vie. Cependant plusieurs individus restent dans cet état valétudinaire pendant plusieurs années; ils n'interrompent point leurs occupations habituelles; ils ne sont point encore décidément malades; ils ne sont véritablement encore que dans le prodrome de la phthisie. Nous avons vu des individus qui sont restés dans cet état, sorte d'intermédiaire entre la santé et la maladie, depuis la première enfance jusqu'à l'âge de plus de trente ou quarante ans; puis leur santé se détériorait tout-à-fait, de nouveaux accidents se manifestaient, et ils mouraient phthisiques.

A quelle époque ont commencé à se développer les tubercules dans les deux classes d'individus dont nous venons de parler? Chez les premiers, il est très-vraisemblable que plusieurs bronchites se sont succédé avant que les tubercules aient pris naissance. Chez les seconds, au contraire, ils paraissent s'être développés de bonne heure, et c'est à leur présence dans le poumon que doivent être rapportés les symptômes graves s'exaspérant au retour de chaque bronchite, et se mitigeant seulement, sans disparaître, dans l'intervalle de chaque rhume. Mais ces tubercules sont peu nombreux; ils ne s'accroissent que lentement, et de longues années peuvent ainsi s'écouler entre l'époque primitive de leur formation, et

celle où ils seront assez multipliés ou assez volumineux pour changer un simple état valétudinaire en une véritable maladie.

Dans plusieurs des cas que nous venons de passer en revue, nous avons pu nous convaincre que les tubercules pulmonaires ne s'étaient développés que consécutivement à une inflammation de la membrane muqueuse des voies aériennes, et qu'ils étaient véritablement le produit de cette inflammation. Mais dans le dernier cas dont nous venons de parler, la question de l'origine des tubercules n'est pas aussi aisée à résoudre, et l'on peut se demander si les bronchites que contractent si facilement plusieurs individus, loin de causer les tubercules, n'en sont point un effet; ceux-ci ne peuvent-ils point agir, dans le poumon, à la manière de corps étrangers qui, par leur présence, irriteraient sympathiquement la muqueuse bronchique? Il faut avouer qu'ici le point de départ est fort difficile à saisir. Cependant, si dans un grand nombre de cas on ne peut douter que le développement des tubercules dans le poumon ne soit consécutif à une bronchite soit simple, comme nous l'avons déjà vu, soit compliquée d'hémorrhagie ou d'inflammation du parenchyme, comme nous le verrons plus bas, l'analogie doit nous porter à admettre que, dans le cas où nous voyons exister simultanément une bronchite et des tubercules, sans qu'il soit possible de décider laquelle de ces deux affections a précédé l'autre, c'est, comme dans les autres cas, l'inflammation des bronches qui a produit les tubercules. Un cas qui militerait certainement beaucoup contre cette manière de voir serait celui dans lequel on trouverait des tubercules encore crus et peu nombreux dans le poumon d'un individu qui, pendant sa vie, n'aurait jamais toussé; mais, pour qu'une observation de ce genre fût valable, il faudrait que non-seulement on eût constaté que l'individu ne

toussait point peu de mois avant sa mort, mais encore qu'il fût prouvé qu'il n'avait point eu de rhume depuis l'instant de sa naissance. Or, je ne connais encore aucune observation de ce genre. On conçoit très-bien, en effet, qu'après la cessation plus ou moins prompte de la bronchite qui a causé la formation de quelques tubercules, ceux-ci peuvent rester indéfiniment stationnaires. Dans l'hypothèse, au contraire, où l'on admet que les tubercules préexistent à la bronchite et la causent, on concevrait plus difficilement comment les tubercules ont pu ainsi naître et se développer sans produire quelque irritation des bronches, et par conséquent de la toux.

N'oublions pas d'ailleurs que, sous le rapport des symptômes, les engorgements partiels des lobules pulmonaires (pneumonies vésiculaires), que nous avons décrits précédemment, et au centre desquels nous avons vu naître des tubercules, ne sauraient être distingués le plus souvent d'une simple bronchite.

13. D'abondants crachements de sang peuvent avoir lieu à différentes époques de la phthisie pulmonaire : plus tard, nous en parlerons avec détail. L'espèce d'hémoptysie qui doit seulement nous occuper en ce moment est celle qui, chez plusieurs individus, marque en quelque sorte le début de la phthisie. Symptomatique de l'existence des tubercules dans un nombre de cas, ici, au contraire, elle semble en précéder la formation; c'est ce qu'avait fort bien vu Morton, qui désignait une de ces espèces de phthisies sous le nom de *phthisis ab hæmoptoe*.

Parmi les phthisiques dont nous avons recueilli l'observation à l'hôpital de la Charité, plusieurs nous ont raconté de la manière suivante le début de leur maladie. Ils avaient toujours joui d'une bonne santé; leur constitution était forte; ils ne tous-

saient point avant leur hémoptysie : tout-à-coup, au milieu d'un état de santé très-bon jusqu'alors, ils avaient été pris d'un abondant crachement de sang; celui-ci avait cessé au bout d'un temps plus ou moins long; mais ils avaient continué à tousser, et peu à peu tous les symptômes de la phthisie s'étaient déclarés. Chez d'autres individus, cette première hémoptysie, survenue dans les mêmes circonstances, n'avait pas eu des suites aussi fâcheuses; après la cessation du crachement de sang la toux n'avait pas persisté, et ils étaient à peu près revenus à leur premier état de santé; mais, au bout d'un temps plus ou moins long, et toujours sans rhume antécédent, une seconde, puis une troisième hémoptysie étaient survenues; et enfin, à la suite de l'un de ces crachements de sang réitérés, la toux avait persisté, et le malade était tombé dans la phthisie.

Doit-on admettre, dans les cas dont il vient d'être question, qu'avant que l'hémoptysie se manifestât, des tubercules existaient déjà dans le poumon à l'état latent? Je conçois difficilement, je l'avoue, que des tubercules, auxquels on accorde le pouvoir d'irriter assez fortement le parenchyme pulmonaire ou les bronches pour déterminer d'abondantes hémoptysies, aient pu, avant l'apparition de ces hémoptysies, exister pendant long-temps sans produire même une toux légère. Je conçois fort bien, au contraire, que sous l'influence de causes plus ou moins appréciables, quelques portions du poumon deviennent le siège d'une congestion sanguine (apoplexie pulmonaire de Laennec), d'où résulte la production d'une hémoptysie. Si cette congestion persiste en un ou plusieurs points du poumon, et si en même temps le sujet est prédisposé aux tubercules, ceux-ci pourront naître très-facilement, et se multiplier avec rapidité au milieu d'une partie dont la nutrition se trouve modifiée par suite du travail pathologique qui s'y

est établi. Cette succession de phénomènes étant admise, on comprend combien fréquemment une hémoptysie peut être suivie de tous les symptômes de la phthisie pulmonaire; mais on comprend aussi comment, à l'aide d'un bon traitement, on peut espérer de prévenir cette funeste terminaison; on comprend enfin comment cette terminaison n'a pas lieu lorsque la prédisposition n'existe pas. Beaucoup de personnes ont eu effectivement, dans le cours de leur vie, un ou plusieurs crachements de sang, et elles ne sont pas devenues phthisiques.

Non-seulement l'examen des symptômes doit conduire à regarder un certain nombre d'hémoptysies, ou plutôt la lésion organique qui produit ces hémoptysies, comme la cause et non comme l'effet des tubercules pulmonaires, mais encore l'ouverture des cadavres fournit quelques faits en faveur de cette manière de voir; nous citerons le suivant:

III. OBSERVATION.

Tubercules prenant naissance au milieu d'une portion de poumon frappée d'apoplexie.

Un homme, atteint d'une péritonite chronique, était depuis près de deux mois à l'hôpital, et n'avait encore présenté aucun phénomène morbide du côté des organes de la respiration; il ne toussait pas et respirait librement. Un matin, nous trouvâmes son crachoir plein d'une grande quantité de sang vermeil et écumeux qu'il avait expectoré pendant nuit (la veille, pour la première fois, il avait ressenti de la dyspnée). Les quinze jours suivants, l'hémoptysie continua très-abondante, puis elle diminua peu à peu, et se tarit enfin; mais le malade continua à tousser et à respirer difficilement. Quelque

temps après, le crachement de sang reparut; le malade, déjà épuisé par sa péritonite chronique, ne tarda pas à succomber. L'ouverture du cadavre démontra dans le poumon droit l'existence de rondelles ou masses d'un rouge brunâtre, exactement circonscrites, constituant la lésion décrite et désignée par Laennec sous le nom d'*apoplexie pulmonaire*. Une de ces rondelles était parsemée d'un assez grand nombre de granulations, d'un blanc jaunâtre, présentant tous les caractères des tubercules miliaires à l'état naissant. D'autres étaient formées par une matière plus liquide qui ressemblait à une gouttelette de pus. Dans deux autres masses apoplectiques, il n'y avait qu'un bien plus petit nombre de ces grains blancs; dans les autres, enfin, on n'en apercevait plus du tout. Dans le reste des deux poumons on ne découvrait aucune trace de tubercules; mais il en existait déjà une grande quantité dans l'épaisseur des fausses membranes du péritoine.

Chez ce sujet, n'assistons-nous pas en quelque sorte à la naissance des tubercules dans le poumon? Ce ne sont point eux qui causèrent les engorgements sanguins partiels dont le poumon droit était rempli, puisque dans la plupart de ces engorgements on ne trouva aucune trace de tubercule. D'une autre part, leur existence semblait liée à celle des engorgements, puisqu'on n'en rencontra qu'au centre de quelques-uns de ceux-ci. La formation des tubercules fut donc ici consécutive à la congestion sanguine pulmonaire. Ils se développèrent dans le poumon, là où existait un excès de vitalité, comme ils avaient pris naissance au sein du péritoine chroniquement enflammé.

Les engorgements sanguins circonscrits du poumon, plus ou moins semblables à l'infiltration sanguine du cerveau, si bien