

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

décrite par M. Lallemand, sont une lésion assez commune chez le cheval. Or, plusieurs fois chez cet animal, au centre de ces engorgements pulmonaires, nous avons trouvé des tubercules plus ou moins nombreux, tels que ceux trouvés chez l'homme dont l'histoire vient d'être rapportée; et ce qui prouve que chez le cheval aussi la formation des tubercules est consécutive, dans plusieurs cas du moins, à la formation de l'engorgement sanguin, c'est que dans le même poumon nous trouvions plusieurs de ces engorgements parsemés de tubercules, et d'autres qui en étaient exempts.

On s'accorde généralement à admettre que l'hémoptysie est particulièrement suivie de la formation de tubercules pulmonaires chez les individus faibles, délicats, qui présentent les divers attributs du tempérament lymphatique, qui sont disposés aux scrophules, ou dont la poitrine est mal conformée. Il s'en faut que cette règle soit sans exceptions. Nous avons vu plus d'une fois des tubercules pulmonaires manifester leur existence à la suite d'une hémoptysie chez des individus très-fortement constitués en apparence, ayant une peau brune, des cheveux noirs, un système musculaire très-développé. Entre autres cas de ce genre, nous citerons celui d'un étudiant en médecine doué d'une constitution véritablement athlétique. Récemment arrivé de Limoges à Paris, il se livra avec ardeur, pendant un hiver rigoureux, aux travaux pénibles de la dissection, et il consacrait à l'étude une grande partie de ses nuits. Jusqu'alors il avait joui d'une très-bonne santé; il *ne se souvenait même pas*, suivant ses expressions, *d'avoir été enrhumé*. Après deux mois de séjour à Paris, il commença à ressentir un peu de dyspnée, ce que l'on attribua à une pléthore locale des poumons. Vers le troisième mois, cette légère dyspnée persistant, et sans avoir encore toussé, ce jeune homme fut pris tout-à-coup d'un abondant crachement de

sang. L'hémoptysie cessa bientôt, mais elle fut remplacée par une toux sèche et très-pénible; l'amaigrissement fit de rapides progrès, et une phthisie aiguë termina les jours de ce jeune homme, que sa constitution semblait devoir préserver d'une semblable maladie.

14. Il est une autre classe de malades chez lesquels la première origine des tubercules pulmonaires ne remonte pas, comme chez les précédents sujets, soit à une simple bronchite, soit à une hémoptysie. Chez eux, la phthisie s'est déclarée à la suite d'une pleuro-pneumonie. Déjà dans le précédent volume nous avons cité quelques cas de ce genre. Mais une importante distinction doit être ici établie: chez plusieurs malades, en effet, tout semble annoncer que des tubercules existaient déjà dans les poumons avant l'invasion de la pneumonie; mais ces tubercules, peu nombreux et ne faisant que des progrès très-lents, ne donnaient lieu qu'à des symptômes peu graves. La toux habituelle, l'oppression légère, la maigreur, ne pouvaient qu'en faire redouter l'existence. Du reste, les malades n'étaient point alités, ils continuaient à vaquer à leurs occupations; c'est dans cet état qu'une inflammation plus ou moins aiguë s'empare du parenchyme pulmonaire; elle exerce presque nécessairement sur les tubercules la plus funeste influence; elle favorise leur multiplication; elle hâte leur ramollissement; de telle sorte que, pendant la convalescence de la pneumonie, la phthisie, qui n'était jusqu'alors que soupçonnée, devient manifeste, et entraîne plus ou moins rapidement le malade au tombeau.

Chez d'autres individus, tout annonçait un état parfaitement sain des poumons, lorsqu'ils sont pris de pleuro-pneumonie. On voit peu à peu s'amender et disparaître les symptômes aigus de celle-ci; le malade semble déjà convalescent. Mais, si

on l'examine avec attention, on voit que les forces ne reviennent pas; que l'embonpoint, loin de reparaitre, ne fait que diminuer de plus en plus; la toux persiste sèche au accompagnée d'une expectoration catarrhale. Les inspirations profondes sont difficiles; le malade, suivant son expression, s'essouffle facilement. Cependant, dans un grand nombre de cas, le son mat a disparu, le bruit d'expansion pulmonaire est revenu à un état à peu près naturel. Où trouverons-nous donc la cause du dépérissement du malade, et de cet ensemble de symptômes qui annoncent que le poumon est encore gravement affecté? Cette cause, nous la trouverons dans le développement des tubercules qui, d'abord plus ou moins complètement latents, s'annoncent par des signes de plus en plus caractéristiques, à mesure qu'ils se multiplient. Voilà encore un cas où la formation des tubercules succède d'une manière non douteuse à un travail inflammatoire. D'ailleurs, chez ces malades, il est remarquable que le développement des tubercules ne s'oppose pas à la résolution de la phlegmasie du parenchyme, ainsi que le démontrent la percussion et l'auscultation. On peut soupçonner seulement que les tubercules commencent à naître dans un certain nombre de points où l'engorgement inflammatoire persiste. Mais il est aussi d'autres malades chez lesquels la pneumonie ne se résout pas; elle passe à l'état chronique: alors le son continue à être mat; le bruit respiratoire naturel continue à être nul, ou à être remplacé, soit par la respiration bronchique, soit par divers râles; et c'est au milieu du parenchyme pulmonaire induré que se développent les tubercules.

De ce que, pendant la vie, aucun signe n'a annoncé l'existence d'une pneumonie chez un individu dont les poumons contiennent des tubercules, faut-il en conclure que ceux-ci se sont développés au milieu d'un parenchyme exempt de tout

travail inflammatoire? Avant de répondre à cette question, rappelons-nous ces pneumonies circonscrites, lobulaires ou vésiculaires, dont nous avons déjà plusieurs fois signalé l'existence, et dont l'une des variétés constitue la phthisie granuleuse de Bayle; rappelons-nous combien est souvent obscur, impossible même à établir, le diagnostic de ces phlegmasies partielles. Eh bien! des tubercules peuvent se développer dans des portions de poumon ainsi isolément enflammées. Ce ne sont point ces tubercules qui, par leur présence, causent toujours l'inflammation qui existe autour d'eux; car, à côté de ces phlegmasies lobulaires, avec formation de tubercules, il y a d'autres points enflammés où l'on ne trouve aucune trace de cette production morbifique. Nous citerons en particulier le cas suivant, recueilli à la Charité pendant les mois de février et de mars 1825.

IV^e OBSERVATION.

Symptômes d'une simple inflammation chronique de la membrane muqueuse gastro-pulmonaire. Pneumonie partielle avec développement de tubercules au milieu d'elles.

Un passementier, âgé de vingt ans, présentait les symptômes d'une double inflammation chronique du péritoine et de la membrane muqueuse intestinale, lorsqu'il entra à l'hôpital. De plus, pendant les six dernières semaines de son séjour à la Charité, il toussa et expectora journellement une assez grande quantité de mucosités verdâtres et opaques (crachats de la bronchite chronique). D'ailleurs, la poitrine percutée résonnait bien partout; partout aussi le bruit respiratoire s'entendait avec netteté, ou tout au plus avec râle bronchique