

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

par intervalles; la respiration ne semblait pas notablement gênée, il n'y avait jamais eu d'hémoptysie; la fièvre hectique et toutes ses suites devaient être naturellement rapportées à l'affection abdominale, de telle sorte que la toux paraissait n'être causée que par une simple inflammation chronique des bronches. Le malade, parvenu au dernier degré du marasme, s'affaiblit graduellement, et succomba, sans agonie, le 20 avril.

A l'ouverture du cadavre, on trouva les intestins réunis entre eux par des fausses membranes noirâtres que parsemaient de nombreux tubercules. La membrane muqueuse du cœcum était rouge et ramollie. — Les deux poumons présentaient, dans un assez grand nombre de points de leur étendue, des portions de parenchyme en ramollissement rouge, d'autant plus apparentes que le tissu pulmonaire qui les entourait était d'un blanc fauve, et nullement engoué. Une seule de ces masses enflammées (c'était la plus volumineuse) aurait pu recevoir deux noix réunies; les autres égalaient, terme moyen, le volume d'une petite noix ou d'une noisette. Mais voici ce que ces pneumonies partielles offraient surtout de remarquable: plusieurs étaient parsemées de petites granulations rougeâtres, qu'on eût volontiers prises pour de très-petits ganglions lymphatiques, en raison de leur couleur, de leur forme et de leur consistance (1). Dans d'autres portions, également rouges et friables, ces corps étaient remplacés par des granu-

(1) C'étaient évidemment, comme nous l'avons établi plus haut, des portions de parenchyme plus engorgées que celles qui les environnaient. Ainsi, au milieu du tissu cellulaire enflammé s'observent souvent des bourgeons qui font saillie au-dessus d'une surface uniformément rouge, et qui ne sont formés, comme celle-ci, que par un tissu cellulaire, qui est seulement plus engorgé et plus dur.

lations, soit grisâtres dans leur totalité, soit d'un blanc mat en un ou plusieurs points de leur étendue, mais indifféremment à leur centre ou à leur périphérie. Dans d'autres masses, également en hépatisation rouge, on apercevait des tubercules mieux formés en quelque sorte, plus volumineux, arrondis ou oblongs. Ailleurs, enfin, on trouvait des portions de poumon enflammées comme les précédentes, mais qui différaient de celles-ci en ce qu'elles n'offraient aucune apparence de matière tuberculeuse à l'un ou à l'autre des degrés que nous venons d'indiquer. Là où il n'y avait pas de pneumonie, on ne trouvait point de tubercules, si ce n'est en un seul point, où, au milieu d'un tissu très-sain, existaient trois ou quatre tubercules miliaires agglomérés. — Les ganglions bronchiques étaient très-grands et tuberculeux.

—

Nous avons retrouvé plusieurs fois, dans des poumons de chevaux, ces mêmes pneumonies partielles avec développement de tubercules à divers degrés au centre de quelques-unes et absence complète de cette production accidentelle dans les autres. Nous en avons conclu, comme chez l'homme, que le dépôt de la matière tuberculeuse dans le poumon n'avait point précédé les nombreuses phlegmasies partielles que présentait ce viscère.

15. Parlerons-nous ici des cas nombreux dans lesquels, des tubercules venant à envahir le parenchyme pulmonaire pendant le cours ou vers le déclin d'autres maladies étrangères à l'appareil respiratoire, le début de la phthisie est très-obscur, de telle sorte que celle-ci peut être alors méconnue pendant un temps plus ou moins long? Mais ces cas rentrent dans les précédents, puisqu'en dernier résultat l'apparition des pre-

miers symptômes de la phthisie succède toujours ou à une simple bronchite, ou à une hémoptysie, ou à une pleuro-pneumonie. C'est ainsi que nous avons vu souvent des phthisies pulmonaires débiter pendant la convalescence de gastro-entérites plus ou moins graves. Avant l'invasion de la phlegmasie intestinale, les malades ne toussaient point, et aucun symptôme ne pouvait faire craindre chez eux l'existence d'une affection des poumons. Pendant le cours de l'affection abdominale, les uns avaient offert des signes de pneumonie; chez les autres on n'avait observé que les symptômes d'une simple bronchite. Mais déjà convalescents, ils ne reprenaient ni leurs forces, ni leur embonpoint, et ils continuaient à tousser. Le diagnostic des tubercules est alors difficile, parce que la toux, seul symptôme local qui existe du côté de la poitrine, ne suffit pas pour les caractériser, et que l'absence des forces, la persistance de la maigreur, sont regardées comme liées à la maladie antécédente; mais, pour peu que cet état persiste, il doit faire fortement soupçonner l'existence d'une lésion organique, et, si la toux ne cesse pas, il faut craindre le développement de tubercules pulmonaires. C'est assez dire que cette toux ne doit point être négligée, et qu'il faut se garder, comme on le fait trop souvent, d'en abandonner la guérison à la nature. On redoute alors d'employer un traitement antiphlogistique actif, parce que, dit-on, le sujet est faible et épuisé; mais cette faiblesse, cet épuisement, dépendent surtout de l'altération grave qui se forme dans les poumons, et ce n'est qu'en combattant celle-ci que vous pourrez redonner des forces au malade. Une convalescence bien franche ne s'accompagne presque jamais de cet état de faiblesse prolongé; et c'est une chose véritablement remarquable que la rapidité avec laquelle reviennent et l'embonpoint et les forces chez les individus qui ont été long-temps maintenus à une diète sé-

vère, pourvu que, chez eux, il n'y ait plus aucun organe malade.

16. Parmi les exanthèmes cutanés aigus, il en est un surtout à la suite duquel on voit assez fréquemment apparaître la phthisie pulmonaire; c'est la rougeole. On en concevra facilement la raison, si l'on réfléchit que dans la rougeole, beaucoup plus que dans la variole et dans la scarlatine, les bronches sont le siège d'une vive inflammation. Celle-ci se manifeste constamment plusieurs jours avant que ne se montre l'exanthème; si celui-ci ne *sort pas bien*, comme l'on dit, si, après s'être montré d'une manière partielle ou générale, il se flétrit prématurément, la congestion sanguine, qui cesse d'avoir lieu à la périphérie du corps, devient souvent très-forte sur la membrane muqueuse des voies aériennes; la bronchite prend une intensité de plus en plus grande, et, après qu'elle s'est prolongée pendant un temps plus ou moins long, les symptômes de phthisie pulmonaire apparaissent.

Chez d'autres malades, la rougeole parcourt avec régularité ses périodes accoutumées; mais, après qu'elle a disparu au bout du temps convenable, la bronchite, qui l'avait accompagnée dans son cours, ne disparaît pas avec elle; le poumon peut devenir le siège d'une assez forte congestion pour qu'une abondante hémoptysie se déclare; et soit à la suite de cette simple bronchite indéfiniment prolongée, soit à la suite du crachement de sang, les poumons se remplissent de tubercules. Nous avons surtout observé, d'une manière bien tranchée, ce mode de développement de la phthisie pulmonaire à la suite d'une rougeole chez M. B...., maître d'études dans un pensionnat de Paris. Connaissant ce jeune homme long-temps avant l'invasion de sa rougeole, j'avais pu me convaincre qu'il ne présentait aucune espèce de symptôme

qui pût annoncer chez lui l'existence de tubercules pulmonaires. Jamais il n'avait toussé, ni ressenti de dyspnée; il faisait de très-longues lectures à haute voix sans en éprouver la moindre fatigue. Une épidémie de rougeole règne dans l'institution de M. Lanneau, où il habitait; il en est atteint: cette rougeole parcourt régulièrement ses périodes; pendant son cours il est tourmenté d'une toux fatigante, qui persiste après que l'éruption a disparu; il sent un peu d'oppression et une sensation vague de chaleur profonde, de malaise indéfinissable en divers points du thorax, puis il est pris d'une abondante hémoptysie, que l'on combat, sans pouvoir l'arrêter, par plusieurs saignées; elle cesse au bout de trois semaines environ, mais le malade continue à tousser et à dépérir, et meurt en moins d'un an dans le dernier degré de la phthisie pulmonaire. Ce jeune homme avait la peau fine et blanche, les yeux bleus, de longs cils, et les pommettes habituellement colorées. Pendant l'année qui précéda sa rougeole, il avait éprouvé de profonds chagrins, et son peu d'aisance l'avait obligé de mal se nourrir.

Ici, comme dans beaucoup d'autres cas que nous pourrions citer, rien ne peut faire admettre, ce me semble, que des tubercules existaient déjà dans le poulmon avant l'invasion de la rougeole; nul doute qu'ils ne se soient développés consécutivement à un état d'inflammation, ou tout au moins de congestion de la muqueuse bronchique ou du parenchyme même du poulmon. Mais il faut aussi reconnaître que d'autres fois la rougeole, ou, pour mieux dire, la bronchite et la congestion pulmonaire qui l'accompagnent, ne font qu'activer le travail de tuberculisation dont les poulmons étaient déjà le siège avant l'invasion de l'exanthème. Ce travail était annoncé par un ensemble de symptômes locaux ou généraux plus ou moins tranchés; mais il marchait lentement, et il n'avait encore

exercé que peu d'influence sur la nutrition proprement dite. La rougeole survient-elle alors? elle ne se développe dans beaucoup de cas que d'une manière imparfaite; il semble que l'ancien travail pathologique fixé sur le poulmon s'oppose à ce que le nouveau travail qui tend à s'opérer sur la peau puisse avoir lieu complètement. Mais, dès ce moment, les tubercules se multiplient, se ramollissent avec rapidité, de telle sorte qu'une phthisie pulmonaire qui durait déjà depuis long-temps sans avoir produit de symptômes bien graves, peut se trouver ainsi tout-à-coup transformée en une véritable maladie aiguë. Nous ne répéterons donc point, avec plusieurs auteurs que les éruptions cutanées aiguës, et en particulier la rougeole, doivent être considérées comme exerçant une influence souvent favorable sur la phthisie pulmonaire, par l'espèce de travail de révulsion qu'elles déterminent. Je ne connais aucun fait bien recueilli qui puisse autoriser cette manière de voir. J'ai vu une fois, à la vérité, un épanchement pleurétique, qui durait depuis long-temps, et qui avait résisté à beaucoup de moyens mis en usage, être promptement résorbé, en même temps que s'établissait une éruption variolique; mais il est clair que le cas n'est plus le même.

17. Il est peu de maladies chroniques qui, pendant leur cours, n'aient été vues compliquées de tuberculeuses pulmonaires. L'époque où ceux-ci commencent à se développer est souvent alors fort difficile à saisir, parce que les symptômes locaux peuvent, dans le principe, se réduire à une simple toux qui n'a rien de caractéristique, et parce que, d'autre part, les symptômes de dépérissement qu'on observe sont naturellement rapportés à l'affection chronique primitive.

18. De l'ensemble des faits précédents il résulte que les

formes du début de la phthisie pulmonaire sont loin d'être identiques chez tous les individus. Mais, quel que soit d'ailleurs ce début, le point de départ de la formation des tubercules est-il toujours ou une inflammation proprement dite, ou un travail analogue, qui n'en diffère que par une intensité plus ou moins grande, telle que congestion sanguine active, irritation, etc. ? A cet égard, l'observation nous apprend que dans le plus grand nombre des cas l'inflammation simple des bronches, sans que le parenchyme pulmonaire paraisse être lui-même enflammé dans une grande étendue, de manière à ce que cette inflammation puisse être appréciée par la percussion et l'auscultation, que cette bronchite, dis-je, précède, dans le plus grand nombre des cas, l'apparition des tubercules; que d'autres fois ces derniers succèdent à une congestion sanguine pulmonaire, qui a pour symptôme une hémoptysie plus ou moins abondante; qu'ailleurs, enfin, ils se forment consécutivement à une inflammation du parenchyme même du poumon, à une véritable pleuro-pneumonie, soit que celle-ci soit générale ou lobulaire. Cela n'empêche pas qu'une fois que les tubercules se sont formés sous l'influence de l'une ou de l'autre de ces affections, ils ne puissent à leur tour les reproduire par l'irritation sympathique que détermine leur présence au milieu du parenchyme pulmonaire. Ainsi, par exemple, comme on peut facilement le démontrer (*voyez* l'article sur les signes fournis par la percussion et l'auscultation), l'hépatisation de ce parenchyme, dans un rayon étendu loin du point où existe le tubercule, suit la formation des tubercules plus souvent qu'elle ne la précède; il en est de même de l'hémoptysie, et l'on peut dire de chacun de ces phénomènes, qu'il est à la fois cause et effet.

19. Enfin, existe-t-il des cas dans lesquels il soit possible de

démontrer que la formation des tubercules pulmonaires n'a été précédée d'aucune irritation, congestion ou inflammation, soit des bronches, soit du parenchyme pulmonaire? Nous avons déjà dit ce que l'on devait penser des observations dans lesquelles on assurait avoir trouvé des tubercules pulmonaires chez des individus qui n'avaient jamais présenté la moindre irritation du côté des poumons. Sans doute il est très-possible que plusieurs de ces individus n'aient eu jamais ni inflammation du parenchyme du poumon appréciable par les symptômes, ni même bronchite intense. Mais pour le poumon comme pour tous les autres parenchymes, pour la muqueuse bronchique comme pour tous les autres tissus membraneux, n'existe-t-il pas des irritations latentes? Dans combien de circonstances, et sous l'influence de combien de causes, ne voit-on pas le poumon devenir le siège de congestions sanguines fort remarquables, sans que ces congestions produisent d'ailleurs actuellement un véritable état pathologique? Mais, chez des individus prédisposés à la modification de nutrition qui constitue le tubercule, ces irritations, ces congestions, quel que soit d'ailleurs leur peu d'intensité, ne pourront-elles pas déterminer la sécrétion de la matière tuberculeuse? N'est-ce pas ainsi qu'à l'extérieur le développement de cette matière dans les ganglions lymphatiques est précédé de l'engorgement, de l'hypertrophie de ces ganglions? N'est-ce pas encore ainsi que des abcès peuvent se former, chez certains individus, sans avoir été précédés d'aucun signe d'inflammation, de telle sorte qu'on n'est averti de la formation du pus que lorsque la collection existe déjà sous la peau. Cependant, comme dans l'immense majorité des cas la production du pus est précédée d'un travail inflammatoire évident, les chirurgiens n'hésitent pas à regarder comme étant également le résultat d'une phlegmasie les abcès dont il s'agit ici; le même raisonnement peut s'ap-

pliquer à la question du développement des tubercules pulmonaires. En résumé, je ne pense pas que ces tubercules succèdent toujours à une véritable inflammation ; mais je crois qu'on doit admettre qu'ils sont produits d'une manière le plus souvent évidente, et quelquefois latente, par un travail qui diffère de l'inflammation proprement dite, non par sa nature, mais par son degré, si je puis ainsi dire. Sans doute, dans la théorie, il est facile d'établir une ligne de démarcation bien tranchée entre ce qu'on appelle une congestion sanguine active et une inflammation. Mais examinez les symptômes que produisent et la congestion et l'inflammation ; étudiez les lésions qu'elles impriment à nos organes, et vous serez obligé d'avouer que si, dans un certain nombre de cas, une facile distinction peut être établie entre l'une et l'autre, dans d'autres cas aussi cette distinction n'est plus possible, de telle sorte que la congestion et l'inflammation ne paraissent plus être que des degrés différents d'un même mode de travail pathologique.

Mais si l'inflammation, ou un travail analogue, est la cause des tubercules, pourquoi ne les produit-elle pas chez tous les individus ? Cette question peut se réduire à celle-ci : Pourquoi l'inflammation se termine-t-elle tantôt par induration, tantôt par suppuration, tantôt par gangrène ? Pourquoi les phlegmasies séreuses donnent-elles lieu à des produits qui tantôt peuvent s'organiser, et tantôt n'offrent rien de semblable ? Pourquoi les phlegmasies des membranes muqueuses déterminent-elles dans un cas des ulcérations qui peuvent s'étendre en largeur ou profondeur ; dans un second cas, des végétations ? Pourquoi ces mêmes membranes s'indurent-elles chez les uns, se ramollissent-elles chez les autres, etc. ? Certes, nous ne concevons pas mieux comment toutes ces altérations peuvent être le résultat d'un travail inflammatoire, que nous ne le concevons pour les tubercules. Que si nous interrogeons les symptômes, nous verrons, pour plusieurs de ces altéra-

tions, comme pour les tubercules, les signes de l'inflammation manquer complètement : c'est le cas d'un certain nombre d'adhérences des membranes séreuses, de végétations et d'ulcérations des muqueuses, etc. Si donc l'observation vous conduit à admettre plusieurs espèces d'inflammations, non-seulement sous le rapport de leur nature, mais encore sous le rapport de leurs résultats, ainsi que l'avait fait Hunter, lorsqu'il distinguait une inflammation adhésive, ulcérate, suppurative, l'analogie la plus sévère vous conduira à admettre une espèce d'inflammation, ou autre travail, qui n'en différera que du moins au plus, et dont le résultat sera la formation de la matière dite tuberculeuse. (*Voyez*, chap. 1, ce qui a été dit sur la nature même de cette matière.)

Ici donc, comme dans une foule d'autres cas, il faut admettre une prédisposition sans laquelle les tubercules ne se formeront pas, tandis que, si elle existe à un haut degré, le plus léger dérangement dans le travail nutritif habituel d'un tissu suffira pour les produire (1).

Qu'est-ce, d'ailleurs, que cette prédisposition ? Nous ne pouvons la saisir d'une manière approximative que dans un certain nombre de cas.

(1) J'ai déjà dit, dans une note précédente, qu'il me semble que ce dérangement de nutrition ou de sécrétion peut exister et avoir pour résultat une formation de tubercules, sans qu'un travail d'irritation l'ait nécessairement précédé.

(Note de la troisième édition.)

Plus j'avance dans la carrière de l'observation, et plus je me convaincs du peu de fondement qu'il y a à rapporter à une inflammation, ou, si l'on veut, à une irritation, le développement des produits accidentels ; je me suis expliqué à cet égard dans mon *Précis d'Anatomie pathologique* ; là j'ai essayé de faire ressortir tout le vague et toute l'insuffisance de ces expressions métaphoriques dont un inconvénient, entre plusieurs autres, est d'arrêter toute recherche ultérieure sur les causes des divers produits accidentels, parce qu'elles font supposer que cette étiologie est connue.

(Note de la quatrième édition.)

20. On a regardé la mauvaise conformation de la poitrine, en particulier la petitesse de son diamètre transversal, et surtout antéro-postérieur, comme prédisposant singulièrement à la phthisie. De nombreuses observations ont constaté l'exactitude de cette remarque; il est d'ailleurs facile de se rendre compte comment, dans une poitrine étroite, doivent facilement naître des tubercules pulmonaires. A l'époque de la puberté, par suite du rapport qui lie le développement de l'appareil générateur à celui de l'appareil respiratoire, les poumons doivent prendre dans un court espace de temps un grand accroissement de volume, et les parois thoraciques doivent nécessairement suivre cet accroissement. Si cela n'a pas lieu, si en même temps que les poumons tendent à s'agrandir, leur enveloppe osseuse n'acquiert pas une capacité proportionnée, les vésicules pulmonaires ne pourront que se dilater imparfaitement pour recevoir l'air; le sang ne traversera lui-même qu'avec une certaine difficulté les différents vaisseaux du poumon, l'acte de l'hématose n'aura lieu que d'une manière incomplète; de là résultera d'abord, comme conséquence nécessaire, une gêne habituelle de la respiration, et une disposition à l'anévrysme des cavités droites du cœur. Cette gêne de la respiration deviendra bien plus considérable, si, sous l'influence d'une cause quelconque, soit émotion morale, soit exercice forcé, soit irritation bronchique, etc., plus de sang dans un temps donné afflue vers le parenchyme pulmonaire. Une cause mécanique, résidant dans l'étroitesse de la poitrine, s'oppose alors à ce qu'une plus grande dilatation s'opère à mesure que plus de sang arrive dans le poumon. Qui ne voit dès lors que des congestions générales ou partielles tendent sans cesse à s'effectuer dans le parenchyme pulmonaire? De là modification de la nutrition de ce parenchyme, et, pour peu que l'individu y soit prédisposé, formation de tubercules.

Nous admettrons donc comme un fait donné par l'observa-

tion, et dont la physiologie peut facilement rendre compte, que l'étroitesse de la poitrine, dans un ou plusieurs de ses diamètres, prédispose à la phthisie. Ce fait, mille observations l'ont prouvé; mais ce qu'il ne faut pas non plus oublier, et ce que l'observation a également bien souvent révélé, c'est que fréquemment aussi des tubercules pulmonaires prennent naissance chez des individus à poitrine large, très-bien conformée, et que des muscles vigoureux peuvent dilater avec énergie.

21. En résumé, les faits consignés dans cet article tendent à confirmer les opinions que nous avons émises dans le premier chapitre; ils nous montrent toujours les tubercules comme un produit de sécrétion que précède souvent un travail d'hypérémie, infiniment variable sous le triple rapport de son siège, de son intensité et de son étendue. Des combinaisons variées de ces trois conditions, il pourra résulter que tantôt l'hypérémie qui précède la sécrétion tuberculeuse sera appréciable à la fois et par les symptômes et par l'ouverture des cadavres (apoplexie pulmonaire, pleuro-pneumonie); que tantôt cette hypérémie ne sera plus appréciable que par une seule de ces voies d'investigation (bronchite par les symptômes, pneumonie lobulaire, vésiculaire, granulations de Bayle, inflammation du tissu cellulaire interlobulaire, par l'autopsie cadavérique); que d'autres fois ni les symptômes, ni l'autopsie ne démontreront aucune congestion antécédente (tubercules crus trouvés au milieu d'un parenchyme très-sain chez des individus morts d'une affection étrangère à l'appareil respiratoire, et chez lesquels aucun symptôme n'a jamais annoncé un état morbide des poumons ou des bronches). Faut-il alors admettre qu'un phénomène, dont la cause est évidente dans neuf cas, est aussi produit par cette même cause dans un dixième cas, où elle n'est plus aussi manifeste?