

Dans le *péricarde*, à la base, quelques gouttes de sérosité citrine ; à la partie supérieure, sur le feuillet pariétal, plaque pseudo-membraneuse de l'étendue d'une pièce de cinq francs ; sur le prolongement aortique, on retrouve des néomembranes villeuses de date plus récente. Le feuillet cardiaque a un aspect terne et dépoli.

Le *cœur* a ses cavités remplies de caillots cruoriques qui pénètrent à droite dans les premières ramifications de l'artère pulmonaire ; l'endocardite mitrale est démontrée par l'épaississement inégal de la valvule, qui présente en outre, sur tout le bord libre, cet état rugueux et comme frangé connu sous le nom d'état velvétique.

Malgré la date déjà éloignée de l'autopsie, vous pouvez constater vous-mêmes, messieurs, l'existence et les caractères de ces lésions : les pièces que je mets sous vos yeux ont été conservées dans un bain de glycérine, et, sauf les couleurs devenues plus pâles, elles vous représentent fidèlement les altérations que je viens de vous indiquer. Elles ne sont pas moins nettes en ce qui concerne les lésions pulmonaires, sur lesquelles je vais maintenant appeler votre attention.

Le *poumon gauche* présente en bas une vaste caverne qui occupe les deux tiers au moins du lobe inférieur ; dans la partie immédiatement contiguë du lobe supérieur, cavernules multiples, très-peu volumineuses, entourées et séparées par des couches de tissu uniformément condensé, presque sclérosé ; au-dessus, il n'y a plus d'ulcérations ; immédiatement après les cavernules, en remontant, on rencontre çà et là quelques points d'hépatisation, dont la teinte rouge était très-accusée au sommet de la nécropsie ; puis, dans le reste de ce pou-

mon jusqu'au sommet, vous voyez un type de l'infiltration scrofuleuse de Baillie. Le tissu est imperméable, il est transformé en un bloc uniforme de matière caséuse qui l'infiltré en totalité ; c'est l'infiltration jaune de Laennec. Sur quelques points, cette matière présente un commencement de ramollissement, et le processus est ainsi observé dans ses phases successives : infiltration dure, ramollissement de la matière infiltrée, extension de la nécrobiose au tissu pulmonaire, élimination des parties dégénérées, et formation d'ulcères ou cavernes.

Le *poumon droit* est tellement altéré que, si je n'avais pas sous les yeux la note rédigée, au moment de l'autopsie, par mon interne, M. Labadie-Lagrave, je croirais que la conservation de la pièce n'a pas été parfaite ; il n'en est rien pourtant, et vous pouvez voir qu'elle répond exactement aux indications contenues dans cette note, dont voici les termes : A la coupe, le poumon droit ne semble plus constitué que par un détritiforme circonscrit par de fines aréoles fibro-cellulaires ; ce n'est qu'à la partie moyenne que l'on peut retrouver la trace de la structure normale. Dans tout le reste de l'organe, le parenchyme est réduit à une véritable bouillie d'apparence caséuse.

L'endopéricardite, la pleurésie cardio-diaphragmatique, la pneumonie ulcéreuse, lobaire à gauche, lobulaire à droite, le ramollissement caséux et l'ulcération, tout est réalisé, et le diagnostic physique reçoit une confirmation aussi complète qu'on peut le souhaiter. En est-il de même du diagnostic nosologique ? En d'autres termes, ces lésions sont-elles bien purement pneumoniques, et la phthisie est-elle simplement caséuse ? ou

bien y a-t-il des granulations tuberculeuses, et la phthisie, contrairement à mon jugement, est-elle une phthisie tuberculeuse commune ? Dans ce cas, le problème n'en était vraiment pas un ; le début, les symptômes et la marche de la maladie démontraient par eux-mêmes le processus pneumonique pur, et l'absence de tuberculose. Néanmoins la preuve directe devait être donnée, et pour cela il fallait rechercher les granulations, non-seulement dans les poumons et dans les plèvres, mais dans le larynx, la trachée, les bronches, à la surface des séreuses et des muqueuses, et dans les viscères. L'examen à l'œil nu a démontré l'absence de granulations, et l'étude microscopique, minutieusement poursuivie par M. Lagrave, a confirmé ce résultat.

Tel est, messieurs, ce fait clinique, que je n'hésite pas à qualifier de précieux, en raison de la netteté peu ordinaire des enseignements qu'il fournit.

L'individu est en parfaite santé quand il est atteint brusquement, brutalement par sa pneumonie ; il n'y a donc pas chez lui d'état antérieur qui complique cette maladie aiguë soudainement développée, et qui puisse ultérieurement obscurcir l'observation et l'interprétation des lésions ; tout est ici du même âge, c'est-à-dire que tout ce qu'on trouve après la mort est le fruit de l'inflammation pulmonaire qui a éclaté le 3 octobre.

La pleurésie diaphragmatique a hâté la mort ; il est certain que, si la phthisie avait tué par elle-même, la terminaison fatale eût été plus longtemps différée ; eh bien ! cette circonstance fortuite, qui peut ne pas se répéter une fois sur cent, a été pour beaucoup dans la précision de notre fait. Supposez que la survie eût été plus longue, il

est fort possible qu'une production de granulations secondaires eût eu lieu, et alors notre observation soulevait toutes les difficultés d'analyse et d'interprétation que présentent les cas à lésions complexes.

La rapidité avec laquelle la pneumonie ulcéralive a parcouru ses différentes phases, le *début par un foyer d'hépatisation lobaire* font justice de l'opinion qui admettrait ici une granulose confluente initiale, avec évolution caséuse assez complète pour avoir fait disparaître toute trace de granulations. Au surplus, l'absence de granulations dans les plèvres, même dans les fausses membranes récentes, réfute aussi cette objection, qui se heurte d'ailleurs contre cette autre impossibilité : la granulose aiguë a une marche toute différente de celle qui a été observée chez notre malade. N'oubliez pas, entre autres détails, que jusqu'à l'apparition des phénomènes stéthoscopiques à droite, c'est-à-dire jusqu'au quatrième jour, le tableau clinique, y compris les symptômes d'invasion, a été celui de la pneumonie lobaire légitime.

En conséquence, messieurs, ce fait fût-il unique qu'il suffirait à prouver la dualité de la phthisie, et à établir l'existence d'une phthisie pneumonique ou caséuse, indépendante de toute granulose, de toute diathèse tuberculeuse, et résultant simplement de l'évolution mauvaise (ulcéralive) d'une pneumonie lobulaire ou lobaire. En outre, cette pneumonie ulcéralive ou phthisiogène peut avoir un début aussi franc, aussi soudain que la pneumonie fibrineuse à résolution favorable. J'insiste sur ce fait parce que plusieurs observateurs, parmi ceux-là même qui admettent la phthisie caséuse ont avancé que

les pneumonies qui y donnent lieu n'ont jamais le même mode de début que la pneumonie franche.

Le fait que nous venons d'étudier n'est point isolé ; sans parler des observations un peu écourtées de Graves, Addison et Turnbull, je dois mentionner les cas plus complets qu'ont rapportés Niemeyer, Lebert, Slavjansky, Aufrecht, et je puis vous signaler trois autres faits que j'ai observés moi-même dans des conditions également très-favorables, au point de vue de la netteté des conclusions. Le premier concerne un homme d'une quarantaine d'années que j'ai vu en 1869 à la Maison municipale de santé ; il m'est arrivé au troisième jour de sa maladie, et il n'a pas eu de foyer pneumonique lobaire, mais, sauf ces deux particularités, son histoire est exactement semblable à la précédente : pneumonie catarrhale généralisée, à début brusque, chez un individu bien portant et sans antécédents suspects, absence de résolution, infiltration et condensation partielles du tissu, ramollissement, formation de cavernes disséminées, mort ; à l'autopsie, constatation des ulcérations et du processus caséux, absence complète de granulations, non-seulement dans l'appareil respiratoire, larynx compris, mais dans l'intestin et dans le péritoine. Il n'y eut pas ici de pleurésie secondaire pour précipiter la terminaison, et la mort a été amenée par les progrès mêmes de l'état de phthisie au commencement du cinquième mois.

Le second fait est celui d'un garçon de seize ans qui fut envoyé à la Maison de santé pour y être soigné d'une prétendue tuberculisation, suite de rougeole. Je ne pus constater qu'une pneumonie catarrhale à marche traînante, et l'évolution ulcéreuse de la maladie a déterminé

la phthisie et la mort dans le courant du quatrième mois. Autopsie absolument négative en ce qui concerne les granulations spécifiques. Cette observation, qui vient à l'appui des précédentes pour établir la réalité et l'indépendance de la phthisie pneumonique, concourt pour sa part à démontrer que si la rougeole engendre la phthisie par l'intermédiaire de la pneumonie lobulaire, il est beaucoup moins certain qu'elle provoque la tuberculose vraie.

Mon troisième cas est celui d'un homme de vingt ans que j'ai vu ici même en 1870 ; il était affecté d'une gibbosité et d'une déformation thoraciques qui ont peut-être contribué à éterniser sa pneumonie catarrhale ; ce qui est certain, c'est que cette pneumonie l'a conduit à la phthisie et l'a tué, et que nous n'avons pas trouvé vestige de granulations.

Je dois encore fixer votre attention sur un groupe de faits qui semblent au premier abord étrangers à notre sujet, en raison de la rapidité de la mort, et qui pourtant nous apportent de précieux enseignements ; j'ai en vue les pneumonies qui tuent avant de produire l'ulcération du poumon et l'état de phthisie, mais qui présentent à l'autopsie le caractère caséux nettement accusé ; bien loin de nous être indifférents, ces faits nous intéressent au premier chef, puisqu'ils établissent et font connaître la transition entre la pneumonie et la phthisie qui en est la conséquence. Je me bornerai à vous citer un de ces cas, qui est remarquable entre tous par la rapidité de l'évolution ; il concerne un malade de la clinique de Traube, l'observation a été publiée par Fräntzel.

Un jeune homme de vingt-huit ans fut atteint soudainement de frisson, de point de côté et de fièvre intense, liés au développement d'une pneumonie catarrhale prédominante à gauche. La percussion ne donna jamais de résultat bien notable, l'auscultation ne faisait entendre que de nombreux râles à bulles assez volumineuses. Mais l'état général devint promptement très-mauvais, il y eut des hémoptysies abondantes et répétées, du délire, et au quatorzième jour le malade succomba. A l'autopsie on a trouvé dans les deux poumons des infiltrations lobulaires étendues, et de nombreux foyers broncho-pneumoniques (*sic*) qui étaient déjà en métamorphose caséuse (1).

Ce fait démontre la période intermédiaire qui sépare la pneumonie phthisiogène de la phthisie confirmée, c'est-à-dire de l'ulcération du poumon; puisque les foyers étaient déjà caséux au quatorzième jour, il est clair que, si le malade avait survécu, on aurait observé les phases ultimes du processus de caséification, le ramollissement et l'élimination avec perte de substance. La mort a interrompu prématurément la série des altérations, mais l'observation n'en est que plus probante pour établir la réalité d'une pneumonie caséuse phthisiogène indépendante de la granulose; ce fait vient en outre confirmer ma proposition touchant la possibilité d'un début brusque, semblable à celui des pneumonies de bonne nature. — Le cas de Fräntzel n'est pas moins intéressant au point de vue de l'hémoptysie, mais je laisse aujourd'hui cette

(1) Fräntzel, *Ein Fall von acut verlaufender tuberculöser (käsigter) Pneumonie mit bald tödtlichem Ausgang; Mittheilung aus der Klinik des Geheim. R. Traube (Berliner klinische Wochenschrift, 1867).*

question de côté, me réservant de vous en entretenir bientôt avec plus de détails.

Vous le voyez, messieurs, l'observation justifie la première partie de ma thèse, et je puis maintenant vous présenter comme acquises les conclusions suivantes :

Il y a une pneumonie et une phthisie caséuses indépendantes de la tuberculose; les pneumonies phthisiogènes sont ordinairement des pneumonies lobulaires ou catarrhales, mais elles peuvent être constituées par des foyers de pneumonie lobaire.

Cela posé, quant à la réalité du fait, reste à déterminer, s'il est possible, la fréquence relative des deux espèces de phthisie. Les observations cliniques complètes du genre de celles que je vous ai exposées ne sont pas encore assez nombreuses pour fournir les éléments d'une supputation comparative, et nous sommes obligés de nous en tenir aux statistiques des anatomo-pathologistes; les résultats ainsi fournis par l'examen cadavérique seul soulèvent certaines objections que je vous ai indiquées au début de cette conférence, et qui peuvent en diminuer un peu la valeur; toutefois, les faits étudiés à ce point de vue sont tellement nombreux déjà, les conclusions des divers observateurs sont empreintes d'une telle conformité, qu'il n'est pas possible de récuser ces enseignements; on peut, obéissant à une sage réserve, prendre les chiffres comme des indications approximatives et non pas comme des valeurs absolues, mais c'est là tout ce que peut demander la prudence la plus rigoureuse.

Les premières recherches méritant la qualification de statistiques sont celles de Colberg, qui sont consignées dans son mémoire sur l'anatomie pathologique du pou-

mon (1). Après avoir étudié le siège originel et l'évolution du tubercule vrai, l'auteur revient à la distinction formulée par Virchow entre la tuberculose et la pneumonie scrofuluse (on croirait lire Graves), encore appelée chronique, catarrhale ou caséuse. Colberg maintient cette séparation, et, à cette proposition vague de Virchow que je vous ai rapportée antérieurement : — la phthisie a beaucoup plus à faire avec des hépatisations caséuses qu'avec des tubercules, — il substitue les résultats numériques de ses observations : sur cent poumons phthisiques, il a eu quatre-vingt-dix cas de pneumonie scrofuluse et dix de tuberculose. Parmi ces derniers, quatre seulement ont présenté la tuberculose pure ; dans les six autres faits, celle-ci était combinée avec des processus pneumoniques chroniques. Remarquez, je vous prie, le principe de division de Colberg ; il n'imagine pas des tubercules là où il n'en voit pas, et il n'attribue à la tuberculose que les cas où il peut saisir la granulation caractéristique. Nous allons retrouver la même méthode de jugement dans les recherches subséquentes, mais je tenais à vous la signaler dès maintenant, parce que c'est la violation de ce principe si simple, et la substitution du possible au réel, qui ont été la cause de toutes les confusions et de toutes les erreurs depuis Bayle et Laennec.

Les études de Slavjansky ont été entreprises dans le but spécial de déterminer le rapport numérique entre la tuberculose et les divers processus pneumoniques qui engendrent la phthisie pulmonaire (2). Sur 139 poumons

(1) Colberg, *Zur pathologischen Anatomie der Lungen* (Archiv für klin. Med., 1866).

(2) Slavjansky, *Zur pathologischen Anatomie der Schwindsucht* (Virchow's Archiv, XLIV, 1868).

phthisiques, l'auteur a rencontré 123 cas de pneumonies diverses, et 16 cas de néoplasies tuberculeuses, soit en proportions centésimales : Pneumonies, 88,6 pour 100 ; — tubercules, 11,4 pour 100.

Les pneumonies tant aiguës que chroniques se sont ainsi décomposées :

Pneumonie catarrhale scrofuluse.....	36 cas.
Pneumonie catarrhale compliquée de la forme intersti- tielle.....	61 cas.
Pneumonie ulcéreuse, compliquée de pneumonie vési- culeuse miliaire aiguë.....	16 cas.
Pneumonie vésiculeuse miliaire aiguë.....	10 cas.

Les seize cas de tubercules étaient répartis de la manière suivante :

Tubercules gris miliaires comme complication de pro- cessus pneumoniques chroniques préalables.....	12 cas.
Tubercules gris miliaires sans processus pneumoniques chroniques préalables (<i>Tuberculosis acuta</i>).....	4 cas.

Dans quatorze de ces seize cas, la tuberculose pulmonaire était compliquée de formations tuberculeuses tant aiguës que chroniques dans d'autres organes. Dans deux cas seulement, les tubercules n'existaient que dans les poumons.

S'il y a exagération dans ces chiffres, c'est au profit du tubercule, puisque Slavjansky a compté parmi les phthisies tuberculeuses les faits de granulose secondaire ; la désignation qu'il donne aux douze premiers cas de tuberculose ne laisse pas de doute sur ce point : Tubercules gris miliaires comme complication de processus pneumoniques chroniques préalables. Il est donc certain que

L'auteur, comme Colberg, a procédé à ses recherches selon la règle suivante : rattacher à la tuberculose tous les cas où l'on trouve des granulations grises, soit primitives, soit secondaires ; élaguer de la tuberculose, et rattacher à la pneumonie, tous les autres cas. J'estime que c'est le seul principe qui doit guider aujourd'hui, et qu'en se plaçant sur ce terrain les deux observateurs ont donné à leurs conclusions une grande solidité. Il ne s'agit plus, en l'état actuel des choses, d'admettre une tuberculose virtuelle, ou hypothétiquement reconstituée par une affirmation rétrospective ; je veux le corps du délit, et je refuse à tout anatomiste, quelle que puisse être d'ailleurs son autorité, le droit d'affirmer une tuberculose lorsqu'il n'y a pas de granulations types, ni dans les poumons ni ailleurs. La présence de la granulation est le seul criterium positif, et si l'on veut éviter une nouvelle série d'erreurs, il sera sage de le maintenir et de le respecter.

Plus près de nous, Aufrecht a publié un travail à la fois anatomique et clinique qui est basé sur 92 observations (1). Il ne donne pas les chiffres respectifs de la tuberculose et des processus pneumoniques, mais la déclaration par laquelle il résume l'idée fondamentale de son mémoire établit clairement que les cas de tuberculose vraie sont en minorité ; bien plus, l'auteur ne semble point admettre la tuberculose primitive : les lésions, dit-il, qui, partant du sommet ou du lobe supérieur du poumon, produisent pendant la vie les symptômes de la phthisie pulmonaire, ne sont pas autre chose qu'une

(1) Aufrecht, *Die käsige Bronchopneumonie (Lungenschwindsucht)*. (Berliner klin. Wochenschrift, 1870.)

broncho-pneumonie développée en foyers, dont l'exsudat subit la dégénérescence caséuse ; cette broncho-pneumonie est loin de se compliquer toujours, ou plutôt elle se complique rarement d'une véritable formation tuberculeuse.

Faites la part des séries et des coïncidences, invoquez le parti pris, torturez ces chiffres comme vous le voudrez, vous n'échapperez pas à leur étreinte ; non-seulement la phthisie pneumonique ou caséuse est une réalité, mais elle est plus fréquente que la phthisie tuberculeuse. Je ne veux pas aller au delà de cette formule un peu vague, bien que les documents précédents puissent en donner le droit. Je sou mets cette conclusion à vos méditations ; elle est féconde en conséquences utiles pour la prophylaxie et le traitement de la phthisie pulmonaire, et je m'estime heureux si j'ai réussi à la graver définitivement dans votre esprit.