

reste forcément dans le doute; dans le cas contraire, la possibilité d'un examen comparatif facilite l'appréciation; ces signes de percussion doivent être recherchés avant tout dans les régions sus-claviculaires et dans les fosses sus-épineuses, ou bien, selon mon éminent collègue Gueneau de Mussy, dans le sillon pectoro-deltoïdien. Ce symptôme est bien léger, et pourtant il peut être fort tardif; il manque en effet tant que les tubercules restent isolés et entourés d'un tissu perméable à l'air; la sonorité normale, je vous l'ai dit déjà, ne peut être altérée qu'autant que les granulations sont conglomérées, ou compliquées d'infiltration pneumonique. Dès que la percussion fournit quelque signe positif, l'auscultation fait percevoir une altération du rythme ou du timbre du bruit respiratoire: l'expiration est longue, l'inspiration est saccadée, phénomène sur lequel mon savant et digne ami, le professeur Bourgade (de Clermont-Ferrand), a le mérite d'avoir appelé l'attention; puis la respiration, dans son ensemble, devient rude et élevée, et il peut y avoir un retentissement exagéré de la voix. Remarquez, messieurs, que ces signes stéthoscopiques ne sont, en définitive, que ceux d'un catarrhe bronchique à la période de siccité; ils ne sont point l'expression immédiate de la granulose; par eux-mêmes ils n'indiquent rien de plus que l'existence d'un état catarrhal persistant de la muqueuse bronchique, et ils ne deviennent un signe indirect de la tuberculose que dans les cas où ce catarrhe réalise certaines autres conditions: il faut qu'il ait pris naissance, sans cause occasionnelle saisissable, dans le cours de l'état maladif insidieux que nous venons d'étudier; il faut qu'il reste pendant un certain temps limité au sommet; il faut qu'il

ne soit pas compliqué, dès son apparition, de foyers pneumoniques; il faut que, malgré l'exigüité, l'insignifiance du processus local, l'état général de l'organisme soit visiblement altéré, ce contraste est un des meilleurs signes de la tuberculose commençante; enfin, si le catarrhe suspect est d'emblée bilatéral, c'est une raison de plus et une raison puissante de le rattacher à la granulose. L'absence de ces conditions enlève au catarrhe limité des sommets toute signification positive, et le diagnostic entre le tubercule et la caséification simple doit être demandé à d'autres considérations.

Les signes précédents permettent par leur réunion une appréciation d'une précision satisfaisante, mais il faut reconnaître, pour ne pas perdre de vue la réalité pratique, que le médecin ne dispose pas toujours de ces éléments de jugement; il s'agit ici, non de symptômes grossiers, mais de nuances délicates qui ne peuvent être saisies que par une observation soucieuse et prolongée, et par conséquent, si l'on n'a pas assisté à l'évolution initiale des accidents, il y a peu à compter, en général du moins, sur les renseignements donnés par le malade; ils peuvent avoir une utilité réelle, mais ils ne sauraient suppléer à l'étude directe des phénomènes.

En tout état de cause, la marche de la maladie vient révéler un signe différentiel de majeure importance: l'extension des lésions au delà de l'appareil respiratoire est la règle pour la phthisie tuberculeuse; la circonscription des désordres dans les poumons est la règle pour la phthisie pneumonique. Lors donc que vous observez chez un phthisique les symptômes des ulcérations laryngées ou intestinales, des signes de péritonites partielles, tels

que les douleurs dans les hypocondres dont je vous ai parlé précédemment, ou bien des phénomènes encéphaliques imputables à la méningite ou à l'hydrocéphalie, vous pouvez attribuer à la tuberculose l'ensemble du processus, et affirmer la nature tuberculeuse de la phthisie. Il faut toujours tenir grand compte aussi de l'état des organes génitaux; je vous ai signalé déjà l'importance que présentent à ce point de vue les indurations de l'épididyme chez l'homme, les pelvi-péritonites chroniques chez la femme; on peut ajouter à ce groupe de symptômes l'hypertrophie de la prostate qui, chez des hommes jeunes, a une signification des plus précises, et les pertes séminales involontaires qui sont souvent le seul signe de la tuberculose des vésicules.

Dans quelques cas tout à fait exceptionnels, des troubles visuels conduisent à pratiquer l'examen ophtalmoscopique, qui révèle l'existence de granulations choroïdiennes.

En résumé, déterminations diffuses dans la phthisie tuberculeuse, lésions bornées à l'appareil broncho-pulmonaire dans la phthisie pneumonique; voilà l'un des caractères différentiels les plus positifs; si vous y joignez ce fait que dans la tuberculose la détérioration générale de l'organisme est souvent hors de proportion avec l'exiguïté des altérations locales, tandis que dans la phthisie caséuse il y a toujours un parallélisme parfait entre la gravité de l'état général et l'étendue des désordres pulmonaires, vous aurez les plus importants des signes diagnostiques fournis par la marche de la maladie.

Je ne puis accepter l'opinion de Grossmann, qui affirme que dans la pneumonie caséuse il n'y a jamais

qu'un seul poumon de pris, et que c'est principalement le droit. Les deux parties de la proposition sont démenties par mes observations; mais je saisis cette occasion pour vous signaler l'œuvre trop peu connue de Grossmann: c'est faire acte de justice; les éléments du diagnostic sont incomplets, ils sont loin de la précision des signes que je vous ai fait connaître, mais il faut savoir que Grossmann a eu l'incontestable mérite de traiter le premier *in extenso* le diagnostic différentiel des deux phthisies (1).

Il est un autre signe dont la valeur selon moi n'est pas contestable, mais malheureusement il est inconstant, et il ne permet qu'un jugement très-tardif. La tuberculose, je parle de celle qui est chronique et conduit à la phthisie, a toujours un début lent; j'ai insisté sur ce fait, mais ce n'est pas tout: elle conserve dans certains cas ces allures torpides jusqu'à une période très-avancée; elle est alors longtemps apyrétique, et quand enfin elle devient fébrile, elle ne provoque pas une fièvre continue ou rémittente, elle ne donne lieu qu'à l'intermittente quotidienne vespérale qui est le type de la fièvre hectique. Lorsque les choses se passent ainsi, la question est jugée; il s'agit d'une phthisie tuberculeuse; cette marche est étrangère à la phthisie caséuse. Il peut bien se faire que les processus pneumoniques phthisiogènes s'établissent et gagnent peu à peu sans fièvre notable; mais bientôt la fièvre s'allume infailliblement, et elle présente des caractères qui n'ont rien de commun avec l'hectique pure;

(1) Grossmann, *Miliartuberkulose und käsiges, pneumonisches Exsudat*. Mainz, 1863.

elle procède par épisodes d'une durée variable, pendant lesquels elle est toujours rémittente; les maxima du soir peuvent très-bien ne pas dépasser ceux qu'on observe dans l'autre forme, mais la rémission du matin n'amène pas une température normale : il y a de la fièvre le matin comme il y en a le soir, le mouvement fébrile est continu, et vous y retrouvez les traits de la fièvre symptomatique des inflammations viscérales. — En lui-même, ce signe est excellent; ce qui lui enlève de sa valeur pratique, c'est que la phthisie tuberculeuse est bien loin de suivre toujours une marche torpide jusqu'à la fièvre hectique, et que bien souvent elle présente, elle aussi, des manifestations aiguës à fièvre continue, c'est-à-dire simplement rémittente.

Les poussées aiguës intercurrentes qui viennent trancher sur l'état chronique de phthisie et substituent une fièvre continue à l'intermittente vespérale, lorsque cette dernière est déjà établie, sont plus fréquentes dans la phthisie caséuse que dans la tuberculeuse, mais c'est là tout ce qu'on en peut dire au point de vue des caractères distinctifs; dans les deux phthisies elles sont dues aux mêmes processus, et ces processus sont de deux sortes : d'une part la formation de foyers pneumoniques, d'autre part l'éruption de granulations. Ces altérations secondaires, ne l'oubliez pas, ne sont point caractéristiques par elles-mêmes : elles appartiennent aux deux espèces de phthisie, c'est là un fait sur lequel je ne saurais trop insister; elles n'ont donc pas de valeur pour le diagnostic spécifique de la maladie. Néanmoins il n'est pas sans intérêt d'envisager la question suivante : En présence d'un phthisique qui est sous le coup d'une poussée aiguë, est-

il possible de reconnaître s'il s'agit d'un processus pneumonique ou d'une éruption granuleuse? Je crois pouvoir répondre par l'affirmative, et voici quels sont alors les éléments de mon diagnostic : lorsque la fièvre épisodique dure depuis quelques jours déjà, et que l'examen de la poitrine démontre cependant que les lésions pulmonaires ne se sont point aggravées ni étendues, je rattache la manifestation intercurrente à une éruption granuleuse, et l'autopsie jusqu'ici m'a toujours donné raison. Vous comprenez, en effet, que si la poussée aiguë est due à la formation de foyers pneumoniques nouveaux, ou à l'extension de foyers anciens, nous devons constater dans les signes physiques des modifications proportionnelles aux changements subis par les poumons; lorsqu'il n'en est pas ainsi, il faut admettre que le processus qui allume la fièvre ne modifie pas les résultats de la percussion non plus que ceux de l'auscultation, et dans l'espèce une semblable altération ne peut être qu'une granulose secondaire plus ou moins circonscrite.

Une dernière particularité doit être signalée qui a une grande importance pratique, bien qu'elle ne puisse être dite un caractère différentiel.

La phthisie caséuse, ou pour mieux dire les processus pneumoniques qui conduisent à la phthisie caséuse, présentent de bien plus grandes chances de curabilité que la tuberculose chronique qui conduit à la phthisie tuberculeuse. Quand nous étudierons spécialement cette question capitale de la guérison de la phthisie, je vous rapporterai des faits qui ne laissent pas le moindre doute sur la curabilité des pneumonies phthisiogènes déjà parvenues à la période d'ulcération et de phthisie, mais je ne pourrais

vous citer un seul cas incontestable qui établisse la guérison d'une tuberculose ulcéreuse. Les observations qui ont été rapportées comme exemples démonstratifs appartiennent à une époque où l'on ne savait rien de la distinction des deux phthisies, et conséquemment elles ne peuvent avoir aujourd'hui aucune portée définie.

Je viens de vous exposer sous une forme didactique les divers éléments de diagnostic auxquels mon observation me permet d'attribuer une valeur réelle ; ces éléments sont déduits, nous l'avons vu, de l'analyse clinique et non pas de présomptions théoriques ; beaucoup d'entre eux, j'ai eu soin de vous le dire, sont des signes probables et non pas des signes certains ; néanmoins, je suis convaincu que si vous voulez prendre la peine d'étudier en détail chaque fait particulier, et de suivre rigoureusement les règles que je vous ai tracées, vous pourrez, dans le plus grand nombre des cas, arriver avec une probabilité suffisante au diagnostic spécifique de la phthisie pulmonaire. C'est là un progrès immense dont la vulgarisation peut atténuer dans une certaine mesure le pronostic de cette affreuse maladie. La théorie de Laennec avait pour conséquence forcée le nihilisme thérapeutique ; la doctrine de la dualité établit une forme moins inexorable, elle apprend à la reconnaître, et par cela même elle engendre une thérapeutique réelle, qui sauvegarde à la fois les intérêts de l'humanité et la dignité du médecin.

Je désire soumettre à votre examen des pièces anatomiques qui proviennent de deux malades dont je vous ai parlé dans notre précédente conférence ; ces pièces sont

intéressantes en ce qu'elles confirment le diagnostic porté ; mais, en outre, elles vous présentent deux exemples très-nets d'une lésion cardiaque, dont je me propose de vous entretenir bientôt avec de plus amples développements.

Les poumons que je mets sous vos yeux sont ceux de la jeune femme du numéro 14 de Sainte-Claire, chez laquelle, en raison d'accidents laryngés intenses, et de symptômes intestinaux très-tenaces, j'avais admis une phthisie tuberculeuse, quoique rien dans les antécédents individuels et de famille ne pût appuyer une semblable conclusion. Dans le poumon droit vous constaterez d'abord le reliquat d'une ancienne pleurésie interlobaire ; le lobe inférieur est uni et fusionné avec le lobe moyen par une fausse membrane épaisse et dure, d'une consistance et d'un aspect vraiment cartilagineux ; je n'ai pas besoin de vous dire, je pense, que c'est là une pure apparence, et que l'examen microscopique ne trouverait dans ce tissu conjonctif induré aucun des éléments du cartilage. Le lobe supérieur est criblé de cavernules de capacité variable ; il y en a également dans le lobe inférieur, mais elles sont plus petites et coïncident avec des foyers lobulaires de pneumonie caséuse. Vous pouvez voir, en outre, disséminées dans toute la hauteur de l'organe, des granulations isolées ; mais vous n'en trouverez aucune qui présente la transparence et la coloration grise ; toutes, sans exception, sont jaunes, opaques, friables, diffluentes même, en un mot, toutes sont caséuses. Voilà donc un de ces cas auxquels j'ai fait plusieurs fois allusion ; vous avez le poumon devant vous, et pourtant si vous n'aviez que lui, vous ne pourriez pas faire un diagnostic absolument certain,

il faudrait vous en tenir à une conclusion probable. Nous avons des granulations, ou mieux encore des nodosités jaunes; c'est vrai; mais on peut nous dire qu'elles n'ont jamais été grises, que ce ne sont pas des granulations tuberculeuses, mais bien des pseudo-granulations dues à cette forme de pneumonie que Colberg a appelée pneumonie miliaire; et l'on peut même invoquer, à l'appui de cette opinion, la présence des nombreux foyers de pneumonie lobulaire. A cela, nous n'aurions rien à répondre, et le microscope non plus, puisque les granulations totalement caséifiées n'ont rien qui les distingue d'un bloc de substance caséuse quelconque. Le poumon gauche ne nous apprendra rien de plus, car, à quelques nuances près, il nous présente les mêmes lésions multiples que l'autre. Je le répète, supposez l'examen anatomique borné aux poumons, et vous restez dans le doute; mais nous allons trouver, dans d'autres organes, les altérations caractéristiques de la tuberculose. Sur la muqueuse de l'intestin grêle, il y a de nombreuses ulcérations de profondeur variable, mais plusieurs d'entre elles sont déjà très-voisines du revêtement séreux; de plus vous avez dans toute la cavité abdominale des traces de péritonite chronique; il n'y a nulle part d'épanchement liquide, mais vous trouvez en plusieurs points des adhérences solides déjà fibreuses, qui correspondent pour la plupart aux ulcérations de la muqueuse. En outre, dans le tissu sous-séreux et dans le mésentère, vous pouvez constater de nombreuses granulations bien plus récentes que celles du poumon, et qui sont tout à fait significatives, parce que quelques-unes ont encore la teinte et la transparence caractéristiques. — Enfin le larynx est ulcéré en plu-

sieurs points; une ulcération, à surface inégale et déchiquetée, occupe le point de convergence des cordes vocales inférieures, et a détruit ces replis dans une partie de leur longueur. — Le diagnostic était donc juste, mais vous voyez que la généralisation des lésions est le plus solide appui de l'appréciation anatomique, comme en clinique la diffusion des symptômes avait été un puissant argument en faveur de la tuberculose.

Le cœur de cette femme présente deux lésions, qui sont dignes toutes deux de fixer votre attention; c'est d'abord une endocardite mitrale toute récente, caractérisée par un épaissement du bord libre de la valvule, sur laquelle vous pouvez voir de très-petites végétations; c'est ensuite une dilatation de l'orifice auriculo-ventriculaire droit, dilatation assez considérable pour constituer une véritable insuffisance de la tricuspide; le pourtour de l'orifice étalé mesure, en effet, 117 millimètres, c'est-à-dire 10 à 12 millimètres de plus que la moyenne normale chez la femme.

Voici maintenant les pièces de la malade du numéro 9 de Saint-Claire, chez laquelle j'ai fait le diagnostic phthisie caséuse. L'absence totale de granulations et d'ulcérations dans le péritoine, l'intestin et le larynx donne déjà à mon jugement une grande probabilité, que l'état des poumons transforme en certitude. Examinez ces organes avec le soin le plus minutieux, vous ne trouverez nulle part, ni dans l'épaisseur, ni aux sommets, ni sous les plèvres, ni sur le diaphragme, rien qui, de près ou de loin, puisse éveiller l'idée d'une granulation. Le poumon gauche n'existe pour ainsi dire plus, il est creusé de cavernes profondes, dont l'une, remarquablement anfractueuse,

occupe la totalité du lobe supérieur; les parois des cavités sont partout irrégulières, on n'y trouve plus de tissu normal, mais seulement des masses caséuses plus ou moins dissociées, qui étaient évidemment en voie d'élimination. Le poumon droit vous montre un exemple remarquable d'une forme rare et encore contestée de pneumonie caséuse; celle-ci est toujours décrite comme une lésion lobulaire, or j'ai soutenu et je soutiens qu'elle peut être lobaire, et le cas présent est un fait de plus à l'appui de mon affirmation: le lobe supérieur tout entier est transformé en une masse caséuse, dure, uniforme, lisse à la coupe, parfaitement homogène, laquelle, chose notable, présente dans son centre un commencement d'excavation. Il y a là un type de pneumonie caséuse devenant ulcéreuse, et il est bien évident à l'examen des diverses régions du lobe que le processus est partout de même âge, et qu'il a eu d'emblée le caractère lobaire. Le lobe inférieur contient disséminés quelques foyers caséux lobulaires non encore ramollis.

J'ai examiné l'orifice tricuspide, comme je le fais chez tous les phthisiques, pour des raisons que je vous ferai connaître, et je lui ai trouvé une circonférence de 122 millimètres; l'insuffisance par dilatation est donc plus marquée encore que dans le cas précédent. Je me borne en ce moment à signaler ces faits, je vous dirai bientôt l'intéressante signification que j'ai été conduit à leur attribuer.

---

## QUINZIÈME LEÇON

### TUBERCULOSE. — PHTHISIES PULMONAIRES.

(SUITE.)

---

**De l'hémoptysie.** — Quelques remarques historiques. — Doctrine ancienne. — Hoffmann, Morton. — Doctrine de Laennec. — Enseignement de Graves; — de Niemeyer.

Inconstance des rapports entre l'hémoptysie et la tuberculose. — Du rapport entre l'hémoptysie et les processus pneumoniques phthisiogènes. — De l'hémoptysie *comme cause* de phthisie caséuse. — Observations. — Sur un cas d'hémoptysie mortelle. — De l'innocuité de certaines hémoptysies.

Des conditions pathogéniques des phthisies suites d'hémoptysie. — Insuffisance de la théorie de Hoffmann. — Niemeyer. — Expériences à ce sujet.

De l'hémoptysie secondaire. — Observations.

MESSIEURS,

Vous avez été surpris peut-être de ne pas voir figurer l'hémoptysie au nombre des signes différentiels qui distinguent les deux phthisies; et si quelques-uns d'entre vous en sont encore sur ce point aux assertions de Laennec, ils ont dû trouver au moins étrange une omission qui, à leurs yeux, enlève au diagnostic son moyen le plus facile et le

plus certain. Cette omission ne mérite point un semblable étonnement ; elle est imposée par les progrès de l'observation ; si je n'ai pas mentionné l'hémoptysie, ou plus exactement l'hémorrhagie broncho-pulmonaire parmi les caractères diagnostiques de la phthisie tuberculeuse, c'est que cette hémorrhagie appartient à toutes les phthisies, à tous les processus phthisiogènes, et que partant elle ne peut servir à en spécifier un à l'exclusion des autres.

Bien différent était l'enseignement de Laennec, lequel a trouvé malheureusement dans l'appui de Louis et d'Andral la condition d'une longévité à laquelle il n'avait aucun droit par lui-même. Sur ce point encore, Laennec s'est séparé violemment de la doctrine traditionnelle dont Hoffmann et Morton étaient alors, comme aujourd'hui, les représentants les plus autorisés ; mais ici, comme pour l'unité de la phthisie, sa réforme n'a été que la substitution d'une erreur à la vérité. Vous savez sa théorie : l'hémoptysie est liée à la tuberculose, premier point ; elle dénote l'existence d'une tuberculisation déjà commencée. En d'autres termes, quand le crachement de sang a lieu, il n'indique pas une tuberculose imminente ou prochaine, il dénonce la présence réelle de tubercules dans le poumon. Opinion qui était souvent exprimée aussi par cette formule abrégative : l'hémoptysie est l'effet, et non pas la cause de la tuberculose ou de la phthisie ; pour Laennec et ses adhérents, c'était tout un. Il est bien singulier que l'illustre observateur fit aux anciens le reproche de manquer de logique, et de conclure *post hoc ergo propter hoc*, alors que lui-même étayait sa conclusion sur une hypothèse arbitraire, qui consistait à affirmer la préexis-

tence des tubercules, dans les cas mêmes où l'hémoptysie précède tous les autres symptômes, la toux comprise.

La doctrine antérieure à Laennec était sur tous les points l'antithèse de la sienne : elle n'impliquait pas de relation nécessaire entre l'hémoptysie et la phthisie, elle affirmait, suivant le précepte hippocratique, que le crachement de sang est souvent la cause de la phthisie. Quelques médecins, notamment Morton, dont la *phthisis ab hæmoptoe* est bien connue, et Hoffmann, cherchaient même à expliquer comment l'hémoptysie peut devenir une cause de phthisie ; les raisons alléguées par ce dernier sont vraiment remarquables, car il invoque le même mécanisme pathogénique qui est admis aujourd'hui, et si l'on veut bien, en le lisant, faire la part de son époque, on verra, comme moi, que cet observateur, tout en indiquant que l'hémoptysie peut être une cause de tuberculisation, admet aussi qu'elle peut amener la destruction et l'excavation du poumon ; ce qui, traduit dans le langage actuel, signifie que l'hémoptysie peut donner lieu à la phthisie pneumonique ou à la phthisie tuberculeuse. Le passage suivant, sur lequel Niemeyer a déjà appelé l'attention, est sans contredit le plus intéressant : « Verum adhuc sunt alia phthiseos initia, maximeque hæmoptysis, ubi incaute a medentibus tractatur, aut si paulo major cruoris portio est quæ eadem amissa fuit. Tum enim facile sanguis ex pulmonum vasculis intra vesiculas aëreas extravasatur et stasi concepta putrescit, partes vicinas corrodit ac demum sinuositates efformat, vel in nodos et tubercula coit. » Après quoi l'auteur ajoute que près de la moitié des phthisiques traités par lui ont dû leur maladie