

brèche depuis par les travaux de Virchow et de ses successeurs, s'affirme à nouveau au lieu et place d'un dualisme factice que la clinique du reste n'a jamais pu sanctionner.

Quelques points délicats de pathologie cardiaque ont été étudiés dans ces derniers temps avec une ingénieuse patience par MM. Potain et Peter; nous avons donné à ces recherches la place qu'elles méritent.

Nous avons fait suivre chaque article d'une courte bibliographie, qui permettra au lecteur de choisir facilement les livres à consulter quand il voudra approfondir un point spécial de la pathologie; nous avons cité plus particulièrement les travaux récents qui ne figurent pas encore dans les bibliographies les plus répandues, nous contenant de signaler parmi les ouvrages anciens ceux qui ont une véritable importance.

Il paraîtra juste que chacun de nous assure la part de responsabilité qui lui revient dans l'œuvre que nous soumettons à l'appréciation du public médical: M. Laveran a écrit les chapitres consacrés aux *maladies générales* (sauf le saturnisme et le diabète) et aux maladies du *système nerveux*. M. J. Teissier a rédigé le reste de l'ouvrage, à savoir: *les maladies des appareils respiratoire et circulatoire, du foie, des reins, de l'estomac, du péritoine et de ses annexes*.

NOUVEAUX ÉLÉMENTS

DE PATHOLOGIE ET DE CLINIQUE MÉDICALES

PROLEGOMÈNES

CHAPITRE PREMIER

MALADIES GÉNÉRALES ET MALADIES LOCALES. — PRINCIPAUX AGENTS MORBIGÈNES : MIASMES, VIRUS, POISONS. — DIABÈSES. — DE L'IRRITATION ET DE L'INFLAMMATION.

Le mot *maladie* est de ceux qui n'ont pas besoin d'être définis parce que tout le monde les comprend et que les définitions qu'on en donne sont moins claires que les mots eux-mêmes.

La *pathologie* ou étude des maladies a été divisée de bonne heure en *pathologie interne* et *pathologie externe*. La *pathologie interne* s'occupe des maladies dont le siège est caché à nos yeux et qui ne sont justiciables que de traitements internes ou du moins dans lesquelles l'intervention chirurgicale est exceptionnelle, et la *pathologie externe*, des maladies dont le siège est visible et qui nécessitent l'intervention chirurgicale. Cette division est tout à fait artificielle; une même maladie, comme le cancer, relève tantôt de la pathologie interne, tantôt de la pathologie externe, suivant qu'elle siège à l'extérieur ou dans les parties profondes, de même pour les anévrysmes, pour les abcès, etc...; mais cette division, si peu fondée théoriquement, a sa raison d'être dans les différents modes d'exploration et de traitement qui sont applicables aux deux classes de maladies et dans les aptitudes spéciales qu'elles réclament du praticien.

L'étude de la pathologie interne comprend: 1° l'observation clinique, c'est-à-dire l'étude des *malades*; 2° l'étude théorique des

maladies dans les traités de pathologie interne qui résument sous une forme concrète l'histoire de chaque espèce morbide ou dans les monographies consacrées à une classe de maladies, à une maladie particulière, ou même à un point spécial de l'histoire d'une maladie.

Comme l'a dit Bordeu, *les maladies ne sont pas des êtres, mais des manières d'être*; par suite, les descriptions de la fièvre typhoïde ou de la pneumonie ne répondent à rien de réel, ce sont des abstractions, des êtres de raison. Mais on conçoit sans peine la nécessité de l'étude théorique des maladies: l'observation clinique est très-limitée, très-longue, les praticiens les plus âgés, les plus répandus n'ont pas observé toutes les maladies et ils n'ont été à même d'étudier que quelques variétés d'une même maladie, tandis que l'expérience de tous les siècles est résumée dans les traités de pathologie. Il est également impossible d'apprendre la médecine en se bornant à l'observation clinique naturellement très-limitée, et de devenir un bon médecin en ne faisant qu'une étude théorique des maladies. Le nosologiste ne décrit pas seulement les maladies, il les classe, et cette classification facilite singulièrement l'étude d'états morbides nombreux et complexes qui, réunis sans ordre et sans méthode, ne présenteraient à l'esprit qu'un tableau confus dont les commençants surtout auraient beaucoup de peine à saisir les lignes principales.

Parmi les maladies dont l'ensemble constitue la *pathologie interne*, les unes sont *localisées* dans tel ou tel organe, les autres, au contraire, comme les fièvres essentielles, n'ont pas de siège précis, ce sont des maladies *générales*.

Le but principal d'une classification doit être de réunir les maladies qui, au point de vue de leur étiologie, de leur nature, de leur évolution présentent les plus grandes analogies; de cette façon, le médecin a une première idée de la maladie qu'il veut étudier en voyant la place qu'elle occupe dans le cadre nosologique, de même que le botaniste connaît les principaux caractères d'une plante qu'il n'a jamais vue lorsqu'il sait à quelle espèce et à quel ordre elle appartient. Sans doute la classification des maladies est encore imparfaite et bien peu comparable aux admirables classifications des naturalistes, mais, telle quelle, elle rend de très-grands services.

Tantôt les maladies générales se développent sous l'influence d'agents morbifères venus du dehors, *miasmes, virus, poisons*; tantôt elles résultent d'une prédisposition, d'une *diathèse* (*δυσθεσία*)

héréditaire ou acquise; tantôt enfin elles sont le résultat d'un vice général de la nutrition ou d'un désordre de l'hématopoièse. Les miasmes donnent lieu à des maladies dont l'évolution est en général rapide, telles sont les maladies typhoïdes, les fièvres éruptives, les fièvres palustres, tandis que les diathèses constituent des états pathologiques permanents. Nous devons nous arrêter un peu à la définition des miasmes et des virus.

On donne le nom de *miasmes* aux agents morbifères de nature inconnue qui se répandent dans l'air et qui sont la cause des maladies typhoïdes, des fièvres éruptives et des maladies telluriques. Autrefois on distinguait les *effluves* des miasmes, les effluves étant des émanations d'origine végétale, tandis que les miasmes étaient d'origine animale; le mot *effluves* n'est plus employé, tous les auteurs se servent des expressions: *miasme palustre, miasme cholérique*. Sans prétendre à ressusciter le mot effluves, nous ferons remarquer que la distinction ancienne avait sa raison d'être, les miasmes de la fièvre typhoïde et du typhus étant d'une nature bien différente de ceux du choléra et des fièvres palustres.

Parmi les miasmes, les uns jouissent de la propriété de se reproduire dans les organismes malades et d'être transmissibles à distance (fièvres éruptives); les autres, comme le miasme palustre, ne dépassent pas l'organisme atteint directement et les maladies qu'ils produisent ne sont pas contagieuses.

La nature des virus n'est pas beaucoup mieux connue que celle des miasmes; il semble cependant résulter des recherches de M. Chauveau que l'activité virulente réside dans les corpuscules solides qui se trouvent en suspension dans les humeurs virulentes. Il n'y a pas de ligne précise de démarcation entre les maladies miasmiques et les maladies virulentes; certaines, comme la variole, sont à la fois miasmiques et virulentes, c'est-à-dire transportables à distance par l'intermédiaire d'un miasme et inoculables à l'aide d'un virus.

Tandis que les poisons et les venins, introduits dans l'organisme à dose suffisante, donnent lieu, dès que l'absorption s'est effectuée, à des accidents plus ou moins graves, les miasmes et les virus ont une période de *latence, d'incubation*; la maladie se prépare dans le silence. Tandis que les effets du poison sont certains et presque toujours les mêmes pour la même dose, quel que soit l'individu empoisonné, les effets des miasmes sont difficiles à prévoir; on ne peut pas dire si tel individu mis en contact avec des malades atteints

de fièvre typhoïde ou de rougeole prendra ou ne prendra pas ces maladies; il y a seulement des probabilités qui dépendent de l'âge, de l'acclimatement au milieu infecté, enfin et surtout des atteintes antérieures, car les maladies typhoïdes et les fièvres éruptives récidivent très-rarement.

Les maladies miasmiques et virulentes ont généralement une marche typique, régulière; l'intensité des symptômes est variable, les complications diffèrent suivant le cas, mais l'évolution générale est la même. Si la maladie est une fièvre comme la variole ou la fièvre typhoïde, elle prend place parmi les maladies à tracé thermique régulier; si c'est une maladie à évolution lente comme la syphilis, les accidents se développent dans un ordre constant qui permet de les diviser en primitifs, secondaires et tertiaires.

La *diathèse* consiste en une prédisposition à telles ou telles manifestations morbides qui ne s'expliquent par l'intervention d'aucun agent extérieur bien défini; la diathèse est transmise des parents aux enfants (diathèse héréditaire), ou bien elle est la conséquence des habitudes, du *modus vivendi* et d'autres causes dont l'action est lente et progressive (diathèse acquise).

Le mot *cachexie*, appliqué par quelques auteurs à un groupe morbide, ne désigne qu'un état général grave qui peut être l'aboutissant d'un grand nombre de maladies différentes.

La plupart des maladies locales sont de nature inflammatoire, et quand on n'envisage que cette partie de la pathologie, on comprend facilement que Broussais ait pu songer à réduire la pathogénie à un seul élément: *Irritation déterminant l'inflammation des tissus, des organes*. La classification des maladies de la moelle, par exemple, se confond presque avec la classification des myélites. Dans les maladies générales, au contraire, l'élément inflammatoire ne joue qu'un rôle accessoire, l'élément spécifique domine et l'on s'étonne à bon droit qu'on ait pu prendre la fièvre typhoïde pour une entérite ou la variole pour une dermite.

Qu'est-ce que l'inflammation? Si nous voulions citer toutes les réponses qui ont été faites à cette question, il nous faudrait faire l'histoire des doctrines médicales depuis l'antiquité jusqu'à nos jours; bien des définitions de l'inflammation ont été proposées, puis abandonnées tour à tour; le dernier mot n'est pas encore dit, mais les progrès accomplis successivement dans la connaissance des phénomènes qui constituent le processus inflammatoire sont faciles à constater.

Les anciens avaient saisi surtout les caractères cliniques de l'inflammation, qui est définie et décrite par Celse en quatre mots: *calor, rubor, tumor, dolor*; la chaleur des parties enflammées avait frappé de bonne heure les médecins grecs, d'où les noms de φλεγμονή, φλέγμα, φλεγμασια, φλόγωσις, de φλέγω, je brûle, d'où nous avons fait: phlegmon, phlegmasie, phlogose.

Après la découverte de la circulation du sang, on attribua un rôle important aux vaisseaux dans la production des inflammations. Pour Hoffmann et Boerhaave le sang refoulé dans les vaisseaux séreux et lymphatiques produisait des *obstructions* dont l'inflammation était la conséquence.

Avec Broussais et Andral les lésions vasculaires sont encore le principal signe anatomique de l'inflammation dont l'hyperhémie et la congestion constituent les premiers degrés. Broussais surtout tomba dans une véritable exagération en mettant sur le compte de l'inflammation des congestions passives ou même des imbibitions sanguines cadavériques comme celles qui se rencontrent fréquemment dans les grosses artères.

Dès 1846, Küss, dans un remarquable mémoire sur *la vascularité et l'inflammation*, attaqua les théories régnantes et démontra que le rôle du système vasculaire dans le processus inflammatoire était très-secondaire; l'inflammation est, dit-il, « un trouble de nutrition qui peut apparaître dans tout organe qui vit et se nourrit ».

Il est aujourd'hui démontré que des tissus dépourvus de vaisseaux et de nerfs peuvent s'enflammer, et par suite les théories de l'inflammation basées sur l'action des nerfs ou sur les troubles vasculaires ne sont plus soutenables. Le tissu cartilagineux se prête très-bien à cette démonstration; lorsqu'on irrite un cartilage chez un animal vivant, il est facile de constater, au bout de quelques jours, que les noyaux des capsules sont en voie de prolifération; les capsules se remplissent de cellules embryonnaires et finissent par s'ouvrir au niveau de la surface de section du cartilage. Des faits analogues ont été observés sur la cornée.

L'inflammation peut être définie: une suractivité morbide des éléments cellulaires développée sous l'influence de l'irritation et aboutissant tantôt à la destruction de ces éléments par suppuration, gangrène, élimination ou atrophie, tantôt à la formation d'un tissu embryonnaire qui subit lui-même la transformation fibreuse.

Le tubercule, le cancer, les gommés syphilitiques ont aussi leur origine dans une suractivité des éléments cellulaires, mais cette

irritation est de nature *spécifique* et les produits pathologiques ainsi développés ont des caractères qui ne permettent pas de les confondre avec les lésions de l'inflammation simple.

D'après Virchow, l'inflammation a toujours son point de départ dans une prolifération des cellules plasmiques ou des cellules épithéliales, cette règle est trop absolue.

Les expériences de Cohnheim démontrent que les leucocytes du sang peuvent filtrer à travers les parois des capillaires et contribuer dans une forte part à la constitution des néoplasmes inflammatoires et du pus.

D'un autre côté, il est très-probable que des éléments anatomiques autres que les cellules plasmiques et épithéliales peuvent s'enflammer primitivement; dans l'atrophie jaune aiguë du foie, les cellules hépatiques paraissent être le siège exclusif du processus inflammatoire; dans quelques altérations de la moelle que l'on est convenu aujourd'hui de rattacher aux myélites, l'inflammation se caractérise surtout par des lésions des cellules nerveuses.

D'après le siège anatomique primitif du processus, on peut diviser les inflammations en deux groupes: *inflammations conjonctives ou interstitielles* ayant leur point de départ dans le tissu conjonctif qui forme la gangue et pour ainsi dire le squelette de tous les organes et *inflammations parenchymateuses* qui débutent dans les éléments spécialisés à telle ou telle fonction: cellules épithéliales, cellules hépatiques, cellules nerveuses, etc.

L'atrophie jaune aiguë du foie et la néphrite épithéliale sont des types d'inflammations parenchymateuses, tandis que la cirrhose du foie et la néphrite interstitielle sont des types d'inflammations conjonctives.

On rencontre du reste très-souvent dans le même organe des lésions inflammatoires du tissu conjonctif et du parenchyme, il est même de règle que les lésions de la gangue conjonctive retiennent sur les éléments situés au milieu d'eux.

Les éléments anatomiques sont d'autant plus sujets à l'inflammation qu'ils s'éloignent moins de l'état embryonnaire; les organes composés en grande majorité de cellules, comme le foie, les reins, les poumons, s'enflamment bien plus aisément que les tissus composés de fibres comme les muscles et les tendons. Les cellules enflammées se tuméfient, deviennent globuleuses comme des cellules embryonnaires et, comme ces dernières, elles ont une grande tendance à se segmenter; leur vitalité s'accroît rapidement, les

combinaisons chimiques s'activent et donnent lieu à la production d'un excès de chaleur. Ce qui se passe dans l'ostéite montre bien l'activité des cellules enflammées, car des éléments embryonnaires arrivent à détruire rapidement la substance osseuse la plus résistante.

Au point de vue de la rapidité de l'évolution du processus anatomique on divise les inflammations en *aiguës* et *chroniques*. Les inflammations chroniques ne diffèrent pas seulement des inflammations aiguës par leur évolution plus lente; beaucoup d'inflammations chroniques sont pour ainsi dire *chroniques d'emblée*, c'est-à-dire que, dès leur début, elles se présentent avec les caractères des phlegmasies chroniques et qu'elles ne passent pas par l'état aigu. Le rhumatisme articulaire chronique succède rarement au rhumatisme articulaire aigu, la pneumonie aiguë n'aboutit presque jamais à la cirrhose pulmonaire, etc.

Les différents modes de terminaison de l'inflammation aiguë par résolution, par suppuration, par gangrène, sont trop connus pour qu'il soit nécessaire d'y insister. L'inflammation primitive des cellules nerveuses paraît pouvoir se terminer par atrophie simple des cellules.

L'inflammation interstitielle chronique (cirrhose, sclérose) donne lieu à la formation de tissu fibreux, qui enserre les éléments constitutifs des organes et finit par amener leur atrophie.

Nous avons vu plus haut que l'inflammation pouvait se développer dans des tissus dépourvus de nerfs comme le cartilage; il n'en est pas moins vrai que le système nerveux exerce une influence manifeste sur la nutrition et qu'il peut dans certains cas provoquer des inflammations; nous aurons l'occasion de revenir sur ce sujet lorsque nous nous occuperons des maladies du système nerveux.

Les inflammations ou phlegmasies succèdent presque toujours à des *irritations*; parmi les causes d'irritation les plus communes, nous citerons le froid ou plutôt les refroidissements et les fatigues ou l'abus fonctionnel; mais, pour que les causes morbides arrivent à développer telle ou telle maladie, il est nécessaire le plus souvent que l'organisme présente un *point faible*. Ceci demande quelques explications.

Un grand nombre de personnes sont réunies dans une salle de spectacle; en sortant de ce local fortement chauffé, elles sont exposées à l'air froid du dehors; toutes ces personnes vont-elles subir

au même degré l'action du refroidissement, vont-elles prendre toutes la même maladie? Non; les unes supporteront parfaitement ce changement de température, les autres contracteront soit un coryza, soit une névralgie, soit une diarrhée.

Quand deux corps sont mis en présence dans de certaines proportions, le chimiste peut dire à coup sûr ce qui arrivera; le physicien calcule facilement les effets de la pesanteur; la lumière, le son, la chaleur, obéissent à des lois qui sont bien connues et que personne ne s'avise plus aujourd'hui de discuter au moins dans ce qu'elles ont de fondamental. En médecine, au contraire, il semble qu'il n'y ait rien d'absolu, que des lois soient impossibles à établir parce qu'une même cause peut produire des effets différents. Pour expliquer cette anomalie on a invoqué une prétendue spontanéité de l'organisme humain; c'est là un mauvais mot qui exprime une idée juste; l'organisme réagit d'une façon inconsciente contre les causes morbifiques, il ne choisit pas entre telle ou telle maladie, ce sont les influences morbifiques qui pénètrent par les points les plus vulnérables et qui s'en emparent; il n'y a pas de spontanéité, il n'y a que des *prédispositions morbides*.

Les corps sur lesquels agit le chimiste ont des propriétés bien définies qui ne varient pas d'un échantillon à l'autre, tandis que l'homme est pour les agents morbifiques un réactif essentiellement variable. Les prédispositions varient avec l'âge, le sexe, le tempérament, la constitution, les habitudes, la profession, les antécédents morbides, etc., etc.

Hippocrate a dit : *Si quelque organe a souffert, c'est là que se fixe le mal*; on peut citer de nombreux exemples à l'appui de cet aphorisme : il est fréquent de voir des malades qui ont à chaque refroidissement soit des angines, soit des coryzas, soit des laryngites, soit des pneumonies; si un malade rhumatisant ou goutteux a eu antérieurement quelque entorse, quelque blessure articulaire, c'est là que se localisera tout d'abord la goutte ou le rhumatisme.

L'activité d'un organe crée en sa faveur une évidente prédisposition : le rhumatisme se fixe sur les articulations qui travaillent le plus, l'endocardite rhumatismale se localise sur les points des valves qui sont soumis aux frottements les plus répétés, le foie est très-susceptible dans les pays chauds, le poumon dans les pays froids, etc....

Au point de vue physiologique, l'homme est comparable aux ani-

maux; les muscles se contractent, les glandes sécrètent par le même mécanisme chez lui et chez le lapin, par exemple; mais au point de vue pathologique, il n'y a plus d'assimilation possible entre l'homme et les animaux, chacun de nous a, en effet, ses aptitudes morbides de même qu'il présente une physionomie particulière et facilement reconnaissable. Pour chaque malade le clinicien doit se livrer à une analyse nouvelle, interroger les antécédents morbides héréditaires ou personnels, scruter les habitudes, examiner la constitution et le tempérament; aussi est-il certain que la médecine, tout en profitant des découvertes de la physiologie, restera toujours une science d'observation et qu'on n'arrivera jamais à reproduire des *maladies*, comme on reproduit une expérience de chimie.

Bichat et Broussais ont professé qu'il n'y avait pas de maladie sans lésion organique concomitante; les recherches modernes tendent de plus en plus à justifier une assertion qui pouvait sembler très-hardie à l'époque où elle a été émise; les histologistes ont continué l'œuvre de l'école anatomo-pathologique française, dont Cruveilhier a été le plus illustre représentant. Dans l'état actuel de la science, l'étude de la structure histologique des organes à l'état sain et à l'état malade est aussi indispensable au médecin que la connaissance de l'anatomie topographique au chirurgien. On ne s'étonnera donc pas si nous consacrons quelques chapitres à la description succincte de la structure des différents organes, de même que les chirurgiens ont l'habitude de rappeler les traits principaux de l'anatomie normale d'une région avant de décrire les maladies dont elle peut être le siège.

KUSS. De la vascularité et de l'inflammation, Strasbourg, 1846.—VIRCHOW. Pathol. cellulaire, quatorzième leçon.—CORNIL et RANVIER. Manuel d'histologie pathologique, 1869, p. 70.—VERNEUIL. Influence des maladies constitutionnelles sur les maladies locales, commun. à l'Acad. de médecine, 1871 et suiv.—HEURTAUX. Article *Inflammation* in Nouv. Diction. de méd. et de chir. pratiques, 1874.—PICOT. Les grands processus morbides, 1876, t. I, p. 495.

CHAPITRE II

DE LA FIÈVRE. — DE LA THERMOMÉTRIE CLINIQUE.

Hippocrate ne connaissait pas le phénomène du pouls; il appréciait le degré de la fièvre d'après la sensation de chaleur que don-