

la formation des muscles. Il suffit de se rappeler que la transformation graisseuse est un des modes les plus ordinaires de l'atrophie. La production de la graisse suppose simplement certaines conditions régulières des organes digestifs, bien plus qu'elle n'exprime l'énergie de la constitution, la mesure de la force radicale. Les sujets lymphatiques, chez lesquels cette force est en moins, sont les plus disposés à l'obésité, et j'ai été surpris de la rapidité avec laquelle, sous l'influence de l'huile de foie de morue, certains tuberculeux engraisaient quand on obtenait le rétablissement des fonctions digestives.

Le développement du système pileux, et surtout des poils des membres et du tronc, regardé par le vulgaire comme un signe de force, est souvent observé chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux. Parlerai-je de cette teinte nacrée des sclérotiques signalée par quelques médecins? Elle témoigne seulement de la minceur de cette membrane qui laisse transparaître la choroïde. Elle n'a aucune signification déterminée, on l'observe dans beaucoup d'affections cachectiques.

Il n'en est pas de même de la brièveté de la respiration, de la difficulté de courir, de lire à haute voix, qui accuse une faiblesse originelle des organes respiratoires.

Un autre symptôme très-commun dans les races tuberculeuses, et qui n'est qu'une manifestation du lymphatisme, c'est la disposition catarrhale, catarrhes oculaires, kératites chroniques, catarrhe nasal opiniâtre, puriforme, tendant à l'ozène, otorrhées opiniâtres souvent accompagnées de perforation du tympan et liées parfois à des lésions osseuses, etc.

L'angine glanduleuse, primitive ou consécutive au coryza postérieur, est fréquente dans ces circonstances, souvent accompagnée d'enrouement, de *hem*, d'expuition d'une salive mousseuse ou d'un mucus gluant. Très-souvent les amygdales acquièrent un volume considérable. En un mot, cette tendance fluxionnaire s'exprime sur presque tout le système tégumentaire interne ou externe, intestins, bronches, larynx, etc.; les fluxions arrivent sous l'influence des causes les plus légères, et tendent facilement à la chronicité. Les éruptions de la peau retentissent sur le système lymphatique, de là ces engorgements ganglionnaires, surtout du côté de la tête, et qu'on trouve si fréquemment chez l'enfant. Il n'est pas rare de voir l'aené emprunter au lymphatisme des caractères particuliers: ainsi les pustules sont plus volumineuses, entourées d'une aréole foncée, livide; elles occupent toute l'étendue de la face, au lieu d'être bornées au front et au dos, et laissent très-souvent à leur suite

des tubercules indurés. Quoi qu'il en soit de la nature intime de ces éruptions, il me paraît incontestable que, chez les sujets lymphatiques ou scrofuleux, ces manifestations cutanées ont une forme et une marche spéciales.

Ce qui pourrait peut-être prêter quelque vraisemblance à l'opinion de ceux qui voient dans le lymphatisme plutôt une cause modificatrice qu'une cause productrice de ces phénomènes, c'est que des éruptions purement artificielles subissent sous la même influence des modifications analogues. Il n'est pas rare, par exemple, de voir les pustules ecthymateuses qui succèdent aux frictions stibiées, se transformer en ulcérations qui peuvent acquérir des dimensions considérables. La suppuration et l'induration me paraissent témoigner d'un affaiblissement, d'une impuissance de la force plastique, qui, lorsqu'elle a toute son énergie, tend toujours à ramener à leur type harmonique les fonctions déviées. Les inflammations subjuguées par elle se terminent par résolution; les lésions traumatiques, qui se réunissent par première intention chez un sujet sain, suppurent chez un scrofuleux.

Somme toute, les conditions constitutionnelles que je viens d'énumérer se rapportent toutes au lymphatisme, avec certains signes d'une prédisposition morbide des organes respiratoires. La scrofule et la tuberculisation ne sont pas identiques, mais, je le répète, toutes deux se manifestent le plus souvent sous l'influence de l'affaiblissement, de l'allanguissement de la nutrition, et la scrofule est un terrain éminemment favorable au développement du tubercule.

Ce que je viens de vous dire, messieurs, n'a, bien entendu, rien d'absolu; la diathèse tuberculeuse pourra ne pas se développer au milieu de toutes les circonstances que j'ai signalées comme les plus favorables à son évolution, et, d'autre part, on la voit frapper des constitutions très-robustes en apparence, et c'est dans celles-là qu'elle affectera le plus souvent une marche aiguë; c'est qu'en effet, s'il y a quelque chose de spécial dans l'action morbide qui produit le tubercule, nous n'en connaissons pas la cause immédiate directe; celles que nous saisissons n'en sont, le plus souvent, que des auxiliaires plus ou moins puissants.

Après l'étude des états organiques qui peuvent favoriser le développement des tubercules, ce qu'il importe le plus de connaître, ce sont les premiers symptômes, souvent obscurs, insidieux, qui annoncent l'invasion de la tuberculisation, les ébranlements de l'organisme qui précèdent l'explosion de la diathèse.

Ce sont des troubles nerveux, un affaiblissement général, un senti-

ment de malaise et de lassitude. Dans beaucoup de cas, le caractère devient morose, irritable, inconstant, manifestation évidente d'un trouble intérieur encore mal défini. Ce même malade qui, à l'article de la mort, se fera souvent une complète illusion sur sa situation et se livrera à des projets chimériques, se préoccupe alors de sa santé, est agité de pressentiments sinistres ; il s'inquiète alors même qu'aucun signe extérieur ne justifie pour ceux qui l'entourent ses plaintes et ses inquiétudes. On traite ces malheureux de malades imaginaires, d'hypochondriaques. Tenez, messieurs, n'admettez pas facilement ces maladies imaginaires ; pour ma part, je n'y crois pas.

Un autre ordre de phénomènes qui précèdent souvent le trouble des fonctions pulmonaires, ce sont les accidents dyspeptiques : l'appétit diminue, languit, devient capricieux, les digestions sont laborieuses. La dyspepsie est le symptôme commun de tous les désordres sérieux de l'organisme, aigus ou chroniques. La dyspepsie est souvent le début de la phthisie, mais on ne peut pas dire qu'elle la produise, pas plus qu'elle ne produit l'érysipèle dont elle précède l'apparition ; mais elle constitue un élément important de la maladie, elle favorise singulièrement le développement et les progrès de la tuberculisation. Le plus souvent elle est accessible à nos médications, et en la modifiant on enlève à la diathèse tuberculeuse un de ses puissants auxiliaires.

Quelques malades éprouvent comme premier symptôme une soif excessive ; Chomel attachait une grande importance à ce phénomène et le signalait à l'attention de ses élèves.

Il n'est pas rare d'observer des alternatives de constipation et de diarrhée qui relèvent ou de l'état dyspeptique ou de cette disposition catarrhale si commune chez les scrofuleux. Après les repas, le pouls s'accélère notablement, les malades éprouvent une chaleur inaccoutumée à la plante des pieds et à la paume des mains. La peau des pommettes et du nez s'injecte en plaques rouges qui tranchent sur la coloration ordinairement blafarde des parties voisines. La transpiration est plus abondante et plus facile sous l'influence du moindre exercice, et pendant le sommeil ; elle a habituellement une odeur aigre, fétide. Souvent elle se localise à la tête, à la poitrine, aux extrémités ; la peau des mains, chez quelques sujets, est habituellement moite, froide, et rappelle celle des batraciens. Ce sont comme des éléments épars de la fièvre hectique.

Ces symptômes, insuffisants pour asseoir le diagnostic, doivent solliciter le médecin à de fréquentes explorations du thorax, et donnent de la valeur aux moindres anomalies des bruits respiratoires.

Quelquefois la fièvre est plus accentuée, elle se montre par accès réguliers, ou bien les malades ont un sentiment fébrile, sans fièvre bien caractérisée. Il n'est pas rare qu'ils deviennent plus sensibles au froid ; c'est aux extrémités surtout que la calorification fait défaut, excepté pendant la durée de l'excitation circulatoire, ce qui explique peut-être ce passage d'Arétée, qui dit : « Les phthisiques ont souvent, le soir, les extrémités froides, et le matin elles sont brûlantes. » La tendance aux congestions partielles de la tête peut aussi, comme je l'ai vu, s'exprimer par des épistaxis fréquentes en général, et assez peu abondantes souvent pour strier seulement de sang les mucosités nasales. Il est commun que ces malades rejettent, après un simple *hem*, de ces filets de sang mêlés à des mucosités gélatineuses. Mais ce symptôme m'a paru se rattacher ordinairement à la coexistence d'une angine glanduleuse.

Le trouble de la nutrition qui accompagne l'évolution de la diathèse amène une altération dans la crase du sang, il s'appauvrit ; l'anémie, élément constant de toutes les cachexies, qui se montre constamment à la période ultime de la maladie, peut apparaître dès le début de la phthisie. Cela dépend et de l'intensité de l'action morbide et des conditions dans lesquelles se trouvait l'organisme au moment où la maladie le saisit. On doit toujours voir dans la ténacité de la chlorose et dans sa résistance aux agents thérapeutiques quelque chose qui doit éveiller les soupçons du médecin. Je me défierai toujours de ces chloroses qui apparaissent dès l'enfance et qui persistent après la puberté. Dans ces circonstances, chez les femmes, si la menstruation n'a pas encore pris son cours normal, ou elle ne s'établit pas, ou elle est très-irrégulière. A chaque époque menstruelle, il survient fréquemment de l'oppression, de l'enrouement, quelquefois même de petites hémorrhagies par le nez, le larynx ou les bronches. Si c'est après la puberté que l'affection tuberculeuse éclate, les règles deviennent moins abondantes, mais elles ne sont, en général, supprimées que dans la période cachectique, et l'aménorrhée est, dans ce cas, un des signes les plus graves ; elle indique un désordre presque irréparable de la nutrition, et je dis *presque*, parce que j'ai rencontré quelques exceptions.

Nous arrivons maintenant aux symptômes qui indiquent plus spécialement un trouble des fonctions pulmonaires. Le plus saillant, celui qui éveille tout d'abord l'attention du malade et du médecin, c'est la toux.

Quand la tuberculisation ne se greffe pas sur une affection catarrhale, la toux est d'abord sèche, rare, facile, par secousses isolées qui peu-

vent ne se montrer d'abord que trois ou quatre fois dans les vingt-quatre heures, quelquefois la nuit seulement; puis cette toux se répète souvent, sèche encore, ou accompagnée de l'expuition d'un peu de salive mousseuse ou de mucus visqueux. Morton a admirablement étudié ce symptôme. Il me semble qu'on ne peut rien ajouter à la description qu'il en a donnée. Dès le début, il s'y joint de l'oppression, de la pesanteur sternale; elle est plutôt provoquée par la dyspnée que par cette titillation irrésistible qui accompagne le catarrhe. Plus tard, elle devient humide par les progrès de la phthisie et par l'irritation même qu'elle produit; elle prend le caractère quinteux, et souvent la quinte est assez violente pour provoquer le vomissement, si elle survient après le repas. Morton a donné la théorie de cette toux, en disant qu'elle n'était pas produite par l'irritation laryngée ou bronchique, mais bien par la présence du tubercule dans le poumon, et, à l'appui de cette manière de voir, il cite l'observation d'un homme chez lequel de petits clous ayant pénétré dans les bronches, donnèrent lieu, pendant plus d'un an, à une toux semblable à celle des phthisiques, et qui cessa aussitôt après l'expulsion des corps étrangers. Il compare très-justement la sensation éprouvée dans le larynx à celle que déterminent, dans le gland, les calculs vésicaux; c'est, en effet, là un phénomène de sensibilité réflexe.

La dyspnée marche, en général, de pair avec la toux, quelquefois elle la précède; elle se révèle d'abord quand le malade marche en montant, puis le moindre effort la détermine, elle finit par se montrer même pendant le repos.

Quand la toux cesse d'être sèche, les crachats sont d'abord blancs, muqueux, mêlés d'une pituite mousseuse; ils deviennent jaunâtres lorsqu'ils ont séjourné plus longtemps dans les bronches. Plus tard, ils sont gris, verdâtres, arrondis, déchiquetés sur les bords, quelquefois striés de petites lignes blanchâtres enroulées sur elles-mêmes. On les a comparés à des pièces de monnaie (crachats nummulaires). Dans tous les temps, on a cherché à tirer de leurs caractères physiques et chimiques des indications sur la nature de la maladie: ainsi Hippocrate conseillait de les porter sur des charbons ardents et d'en apprécier l'odeur. On examinait encore si, placés dans l'eau, ils surnageaient ou se précipitaient au fond. Arétée rejette ces expériences comme inutiles, et se borne à l'appréciation des caractères extérieurs.

On a attaché de l'importance à la présence du pus dans ces crachats; s'ils en renferment, a-t-on dit, la matière grasse du pus, émulsionnée avec de l'eau, lui donne une teinte louche; M. Gueterbrook les brûle sur

un stylet recourbé; le pus brûle alors avec une flamme bleue. Mais, disons-le tout de suite, au point de vue du diagnostic de la tuberculisation, tout cela n'a pas de valeur; les crachats des catarrhes chroniques, des dilatations bronchiques sont purulents. Le microscope ne nous a donné dans ce cas aucun résultat pratique.

Il est rare que, dans le cours de la phthisie, les crachats ne soient pas de temps en temps striés de sang, mais le plus souvent les malades crachent du sang pur, quelquefois même avant l'apparition de tous autres symptômes. L'hémoptysie se montre communément dans le cours de la première période, mais elle peut arriver pendant toutes les phases de la tuberculisation; partout où se développe le tubercule, il tend à produire des extravasations sanguines; j'ai eu l'occasion de vous parler de ce fait en vous montrant des autopsies de péritonite tuberculeuse. Je vous le répète ici, presque toutes, sinon toutes les péritonites hémorragiques, sont des péritonites tuberculeuses ou cancéreuses; j'exclus, bien entendu, de cette proposition les péritonites traumatiques. J'en dirai autant des pleurésies et des péricardites dites hémorragiques. L'hémoptysie est souvent précédée d'épistaxis ou de petites hémorragies laryngées; l'épistaxis peut accompagner l'hémoptysie, et il est bon que vous soyez prévenus de cette circonstance quand il s'agira de déterminer quelle est la source du sang. Le sang rejeté, vous le savez, est rutilant, spumeux, s'il est rejeté immédiatement après sa sortie des vaisseaux. Le plus souvent, pendant les jours qui suivent une hémoptysie abondante, les malades rejettent de petits coagulums noirâtres enveloppés de mucus.

L'hémoptysie a une très-grande valeur comme signe diagnostique de la tuberculisation, même quand on l'observe chez les femmes, aux époques menstruelles. La menstruation, en effet, est constituée par deux actes connexes: l'ovulation, d'une part; l'hémorragie utérine, d'autre part. Celle-ci n'est pas le résultat d'un travail exclusivement local, qui se passerait uniquement dans la muqueuse utérine; elle est la manifestation et comme la solution d'un *molimen* congestif, qui semble avoir ses racines dans l'économie tout entière, et si le flux sanguin, dans les conditions physiologiques, s'échappe par les organes génitaux, c'est que l'acte ovarien qui provoque ce *molimen* l'appelle en même temps dans cette direction; mais, si quelque autre point de l'organisme est le siège d'une irritation ou de tel travail morbide que vous voudrez, le *molimen* congestif peut être dévié de sa direction normale: le flux menstruel, au lieu de se produire par les organes utérins, peut alors se porter vers d'autres organes et donner lieu à des épistaxis, à des hématoméses, etc.

Vous voyez maintenant quelle est la signification et la valeur diagnostique de ces crachements de sang, qui surviennent chez les femmes aux époques menstruelles : ils indiquent que l'appareil respiratoire est le siège d'un travail morbide qui appelle vers lui le molimen hémorrhagique lié à la menstruation.

On a attribué les hémoptysies à une action mécanique des tubercules qui, en se développant, amèneraient la dégénérescence graisseuse, puis l'ulcération des vaisseaux bronchiques ou pulmonaires ; telle peut être en effet quelquefois leur origine. Mais je crois que le plus ordinairement elles sont la manifestation d'un molimen congestif qui se produit vers l'appareil respiratoire, et ce qui le démontre, c'est que ces flux sanguins ne se font pas toujours exclusivement par le parenchyme pulmonaire qu'ont envahi les tubercules ; on observe des épistaxis, des hémorrhagies par le pharynx, coïncidant avec des hémoptysies et reconnaissant manifestement pour cause une phymatose des poumons et une congestion symptomatique de ce travail morbide. D'ailleurs, si les hémoptysies étaient le résultat d'une sorte de traumatisme vasculaire déterminé par le progrès des lésions, on devrait les observer surtout aux périodes les plus avancées de la maladie ; et c'est ce qui n'a pas lieu.

Bien que l'hémoptysie soit, dans la grande majorité des cas, l'indice d'une tuberculisation pulmonaire, il ne faudrait pourtant pas croire qu'elle en soit un signe absolu. Sans parler des hémoptysies imputables à une affection cardiaque, chez les femmes, chez celles surtout qui sont hystériques, on en voit survenir qui sont simplement supplémentaires du flux menstruel, et même chez l'homme, bien que cela soit plus rare, certaines hémoptysies sont dues à la suppression d'un flux hémorrhoidal habituel. J'ai reçu, ces jours derniers encore, un monsieur qui m'avait consulté, il y a dix ans, pour une hémoptysie que j'avais cru pouvoir rattacher à la cause que je vous indiquais tout à l'heure ; à aucune époque, il n'a présenté de signe qui pût faire soupçonner la phthisie.

Rarement l'hémoptysie est assez considérable pour causer directement la mort, mais elle peut laisser le malade dans un état d'épuisement qui précipite la terminaison fatale. En général, après une ou plusieurs crises d'hémorrhagie abondante, un suintement insignifiant continue à se faire dans les bronches pendant plusieurs jours, et, en même temps, on observe des crachats sanglants dont la couleur noirâtre atteste l'origine ancienne.

Quand l'hémoptysie a été violente et prolongée, elle peut être suivie d'inflammation du parenchyme pulmonaire. Je me rappelle avoir vu à

Amélie-les-Bains une broncho-pneumonie survenue dans ces circonstances entraîner une mort rapide chez un sujet jeune et vigoureux encore, quoique atteint d'une affection tuberculeuse au premier degré. Le phénomène initial est le même dans l'hémorrhagie et dans l'inflammation : ces deux actes morbides sont précédés d'un travail congestif. Si la perte de sang n'épuise pas la congestion, ou si celle-ci, en se répétant, devient une sorte d'habitude et que l'hémorrhagie s'arrête, on comprend que l'inflammation lui succède. Quelle que soit la valeur de cette explication, j'ai voulu vous signaler en passant la parenté, la connexion pathogénique de l'hémorrhagie et de l'inflammation.

La voix a souvent perdu son timbre normal ; elle est plus faible et comme voilée. Il faut se méfier de ces laryngites tenaces, accompagnées d'enrouement ; elles sont liées, dans bon nombre de cas, à la tuberculisation des organes respiratoires.

En même temps que des productions anormales se développent dans le parenchyme pulmonaire, l'organisme manifeste l'altération qu'il subit par des troubles de la sensibilité, des douleurs qui peuvent se montrer dans des parties assez éloignées du foyer morbide. Les plus fréquentes cependant occupent la périphérie thoracique, la région sous-mammaire, où viennent si souvent aboutir les incitations morbides des nerfs sensitifs en relation avec les organes respiratoires. Tantôt ce sont des élancements douloureux, tantôt, et le plus souvent, une douleur contusive, sourde et permanente, s'exaspérant dans les grands mouvements de la cage thoracique. Presque tous les malades se plaignent de souffrir du dos, entre les deux épaules ou au-dessous du scapulum ; il semble à quelques-uns que le sternum, refoulé en arrière, est collé contre le dos. J'ai souvent constaté une douleur cervicale vers la partie supérieure du muscle trapèze ; elle gêne les mouvements du cou qui semble, suivant l'expression du malade, tirillé par des cordons douloureux. Arétée avait déjà signalé les douleurs du cou parmi les signes de la phthisie ; très-souvent les phthisiques souffrent dans le moignon de l'épaule, ils accusent des élancements vifs, mais fugaces, dans les doigts, un sentiment de compression pénible des poignets et des avant-bras. Ils ressentent encore dans d'autres parties du corps des douleurs rhumatoïdes qui se montrent du reste dans la plupart des maladies qui ébranlent profondément l'organisme.

La pression révèle souvent une sensibilité anormale dans les régions sous-claviculaires. M. Beau, qui a attiré l'attention sur ce phénomène, l'attribue à une inflammation des nerfs intercostaux supérieurs consé-

cutive à l'inflammation du sommet de la plèvre qui accompagne presque constamment la tuberculisation pulmonaire. Cette explication me paraît très-vraisemblable; c'est un signe dont il faut tenir compte assurément, sans lui donner cependant une valeur absolue, car je l'ai vu manquer dans bien des cas, et, d'autre part, on peut rencontrer une sensibilité morbide du sommet de la poitrine en dehors de toute production tuberculeuse. Cette propagation du travail inflammatoire à la gaine des nerfs ne peut d'ailleurs pas expliquer toutes les douleurs qu'on observe chez les phthisiques : il faut admettre des phénomènes de sensibilité réflexe, comme on admet une action réflexe du système locomoteur. Les mouvements réflexes ont surtout attiré l'attention des physiologistes et des médecins; pour ma part, depuis longtemps déjà je me suis occupé de la sensibilité réflexe, et j'ai recommandé ce sujet à l'observation des élèves. Dans ces derniers temps, M. Cl. Bernard l'a éclairé par de belles expériences qui confirment les résultats cliniques. Les incitations anormales des nerfs ganglionnaires peuvent provoquer une impression douloureuse dans les nerfs cérébro-spinaux. Les douleurs réflexes, comme les névralgies, ont des foyers ou du moins des points d'irradiation déterminés.

Comme conséquence immédiate de l'altération de la nutrition, survient l'amaigrissement plus ou moins rapide, suivant que l'action digestive est plus ou moins affaiblie. Elle se montre quelquefois dès le début, précédant les troubles thoraciques et constituant alors un signe important. Cependant, nous l'avons dit, dans certains cas, les premières périodes de la tuberculisation s'accomplissent sans amaigrissement notable, j'ai même vu des cavernes creuser le parenchyme pulmonaire sous un embonpoint considérable. — Ce sont là de très-rares exceptions.

En même temps que la graisse est résorbée, chez un très-grand nombre de sujets, la forme des ongles subit une modification remarquable déjà décrite par Hippocrate, et sur laquelle Arétée a longuement insisté. Les extrémités digitales paraissent renflées, et en même temps l'ongle se recourbe. L'amaigrissement de la deuxième phalange doit contribuer à cet aspect de la troisième. Il y a là aussi très-probablement une altération dans la sécrétion cornée; les cheveux y participent, s'aminçissent et tombent chez beaucoup de malades. Cette conformation de l'ongle manque d'ailleurs chez certains tuberculeux, et on l'observe quelquefois chez des sujets qui ne le sont pas.

On voit parfois se développer sur la langue et sur la muqueuse pha-

ryngo-buccale des ulcérations étroites, serpigineuses, qui, depuis assez longtemps signalées, ont été bien étudiées par mon excellent ami le docteur Féréol : il en a démontré la nature tuberculeuse, elles peuvent être une des premières manifestations de la tuberculose.

Tels sont les signes qu'on peut appeler rationnels de la phthisie pulmonaire au début. Depuis que Laënnec nous a appris à lire à travers les parois thoraciques, nous pouvons appuyer notre diagnostic sur des signes physiques qui nous permettent, dans beaucoup de cas, de préciser le siège, la nature et l'étendue de la lésion; mais ceux-ci, presque toujours, ont besoin d'être éclairés et comme contrôlés par l'appréciation des troubles fonctionnels, c'est-à-dire des signes rationnels que nous avons indiqués.

Il peut arriver même, quand les productions hétéromorphes occupent la partie centrale du poumon, ou quand elles sont très-petites et très-disséminées, que les signes physiques fassent défaut ou qu'ils soient réduits à des nuances si peu accentuées qu'on ne doive leur accorder qu'une très-petite valeur. Les signes rationnels deviennent alors l'élément principal ou même le seul élément du diagnostic. La percussion, bien entendu, viendra toujours compléter les résultats de l'auscultation. Avant de se livrer à ces investigations, il conviendra d'examiner l'aspect de la poitrine. Je vous ai déjà parlé des modifications qu'elle subit dans son ensemble quand le tissu pulmonaire est devenu imperméable à l'air dans une grande étendue; il ne peut plus suivre, pendant l'inspiration, le mouvement d'ampliation de la paroi thoracique; celle-ci s'affaisse sous la pression atmosphérique dans la région correspondante, elle est refoulée en dedans et en même temps devient moins mobile. La dépression des côtes et la diminution de l'expansion thoracique dans une des régions sous-claviculaires fournissent déjà des renseignements précieux au médecin.

Quand vous percuterez, messieurs, je vous engage à préférer les doigts à tous les plessimètres ou percuteurs qu'on a imaginés dans ces derniers temps; tous ces instruments, suivant moi, ont des inconvénients : ils ne se moulent pas comme le doigt sur la forme des parties qu'on percute, ils ne pénètrent pas comme lui dans les inégalités de leur surface; loin de là, ils font en quelque sorte pont sur les dépressions que laissent entre eux les espaces intercostaux chez les sujets amaigris; leur tissu rigide a un son qui lui est propre, qui s'ajoute à la résonnance thoracique, la modifie, la transmet moins pure à l'oreille que quand on se sert du doigt. Il faut imprimer à celui-ci un choc très-

court, très-rapide à l'aide d'un ou deux doigts de la main opposée, qu'on retire immédiatement et en leur donnant toute l'élasticité, toute la souplesse possibles pour laisser au son toute sa vibrance.

On a coutume, lorsqu'on recherche s'il existe des tubercules au sommet des poumons, d'explorer surtout les régions sous-claviculaires en avant, sus-épineuses en arrière. Ces régions ne sont pourtant pas les seules où l'auscultation et la percussion révèlent l'existence des premiers signes de la tuberculisation pulmonaire; je dirai même que ce n'est pas dans ces régions qu'on les rencontre le plus souvent; ce sont surtout les régions sus-claviculaires et claviculaires et le sillon intermédiaire à la saillie de l'épaule et à celle du grand pectoral (région pectoro-deltoidienne) qui présentent les premiers indices fournis par l'auscultation et par la percussion. En arrière, il faut encore explorer la région comprise entre l'omoplate et le rachis (scapulo-rachidienne). Vous m'avez vu souvent reconnaître l'existence d'une tuberculisation tout à fait à son début, par l'existence de quelques modifications dans la sonorité ou les caractères du bruit respiratoire, limitées au-dessus et au niveau de la clavicule.

C'est, en effet, par l'extrême sommet des poumons, que commencent le plus souvent les infarctus tuberculeux. Or, les sommets des poumons dépassent la clavicule, et il est possible, facile même de les explorer à ce niveau. Le docteur Isaac (de New-York) a mesuré, chez cent sujets des deux sexes, le prolongement que présente la plèvre au-dessus de la clavicule. Voici les résultats très-intéressants pour la pratique et très-peu connus auxquels il est arrivé : la plèvre dépasse la clavicule quatre-vingt-quinze fois sur cent, ou dix-neuf fois sur vingt; la hauteur à laquelle s'élève le cul-de-sac sus-claviculaire est variable : la hauteur maximum a été de deux pouces et demi; vingt-trois fois sur cent, c'est-à-dire dans un quart des cas environ, elle a été au moins de deux pouces; la saillie sus-claviculaire de la plèvre et du poumon est plus prononcée chez les hommes que chez les femmes; presque toujours (plus de trois fois sur quatre), elle est plus marquée à droite qu'à gauche; chez les sujets qui ont le cou long que chez ceux qui ont le cou court. Quand la plèvre forme une saillie considérable, elle vient se mettre en rapport avec la troisième portion de l'artère sous-clavière; aussi le docteur Isaac pense-t-il que la plèvre peut être ouverte dans les opérations qu'on pratique sur cette artère, et que peut-être est-ce à cet accident qu'a été dû quelquefois le sifflement qu'on a parfois entendu et qu'on a attribué à l'entrée de l'air dans les veines. La forme du cul-de-sac pleural est

tantôt celle d'un dôme, tantôt celle d'un doigt de gant; quelquefois ce doigt de gant est oblique et s'insinue entre les vertèbres cervicales et l'œsophage, ou entre celui-ci et la trachée.

Ces mesures, prises avec un soin si minutieux par le docteur Isaac, vous montrent toute l'importance qu'il y a à examiner la région sus-claviculaire; vous rencontrerez, je le répète, des cas où les signes physiques y sont au début absolument limités.

Il ne saurait entrer dans mes intentions de vous exposer ici en détail les résultats que donne, au commencement de la phthisie pulmonaire, la recherche des signes physiques fournis par la percussion, la palpation et l'auscultation. Laissez-moi seulement vous signaler quelques particularités qui me semblent intéressantes.

La percussion vous fera d'abord constater les différences de sonorité qui peuvent exister entre les deux sommets de la poitrine; ou quand la lésion s'est développée dans les deux côtés à la fois, vous constaterez une diminution de la sonorité normale. En même temps vous apprécierez le degré d'élasticité, c'est-à-dire la souplesse ou la résistance au doigt des différents points de la poitrine; ces caractères, sur lesquels M. Piorry a particulièrement insisté, ont une valeur considérable. Mais la percussion fournit encore un signe d'une très-grande importance, qui est indiqué par le docteur Flint et trop négligé par nos compatriotes : c'est la modification que présente la tonalité du son fourni par la percussion. Toutes les fois que le parenchyme pulmonaire présente un certain degré d'induration, la tonalité du son que l'on obtient dans ces conditions diffère de celle du son normal : le son devient plus aigu et s'élève parfois de plusieurs tons.

Comme je vous l'ai bien souvent fait remarquer, cette modification dans la tonalité ne se confond pas avec le degré de sonorité de la partie qu'on percute; elle en est tout à fait indépendante. Il est possible et même fréquent de rencontrer une élévation de la tonalité coïncidant avec une exagération de la sonorité, avec un son tympanique; c'est ce qu'on observe, par exemple, dans l'emphysème et même dans certaines formes de la tuberculisation. Le caractère grave ou aigu du son fourni par la percussion présente, à mon sens, une valeur égale à celle du degré de sonorité ou d'élasticité du poumon.

Dans la tuberculisation, vous trouverez toujours, au niveau des points malades, une élévation de la tonalité qui coïncide le plus souvent avec de la matité, quelquefois avec une exagération du son; mais le son sera plus aigu, et une oreille musicale pourrait souvent