

les cavités qui sont produites par le ramollissement des indurations précédemment décrites, ne sont guère plus, ou pas plus justiciables du traitement que les cavités de nature tuberculeuse <sup>1</sup>. — Tel a été, Messieurs, le véritable enchaînement des progrès, telle a été la filiation qui a transformé la dualité vague de Baillie et Schönlein en une doctrine précise opposée à l'unité de Laennec ; je m'étonne que même dans les monographies sur la matière, l'historique de cette question ait été présenté avec une regrettable inexactitude.

Certes, il n'y a pas encore dans ces travaux la description micrographique des lésions qui simulent le tubercule ; on n'y voit pas non plus l'examen des rapports qui unissent les lésions inflammatoires pseudo-tuberculeuses à l'infiltration grise ou jaune de Laennec, mais la doctrine est là dans ses parties fondamentales, et il n'appartient à personne de supprimer cette période préliminaire au profit de Reinhardt et de ses successeurs.

C'est dans le travail de Reinhardt <sup>2</sup> que sont abordées et résolues les deux questions anatomiques que je viens de rappeler ; prenant à partie l'infiltration dite tuberculeuse de Laennec, le prosecteur de Berlin en établit l'origine inflammatoire, il enseigne que ces produits phlegmasiques n'étant ni éliminés ni résorbés, subissent la transformation graisseuse ; il montre que ces altérations

1. Addison, *London med. Gaz.*, 1842. — *Guy's Hosp. Reports*, 1845. Turnbull, *An Inquiry into the Curability of Consumption*. Liverpool, 1850. — London, 1859.

2. Reinhardt, *Uebereinstimmung der Tuberkelablagerung mit den Entzündungsprodukten (Annalen des Charité Krankenhauses zu Berlin, 1850)*.

résultent de pneumonies catarrhales, et il explique de la même manière qu'Addison la similitude d'aspect qui existe entre elles et les vrais tubercules ; les alvéoles remplis de ces produits graisseux se dessinent, soit par points isolés, soit par petits groupes confluent, et apparaissent comme des tubérosités ; de là l'erreur. Ces descriptions étaient précises, ces distinctions étaient complètes, mais une faute terminologique, dictée sans doute par un reste d'obéissance aux idées régnantes, maintint encore la confusion qui avait si longtemps obscurci le sujet : Reinhardt adopta le nom de pneumonies tuberculeuses pour désigner ces infiltrations qu'il avait anatomiquement séparées du tubercule proprement dit, et en cela il ne fut guère mieux inspiré qu'Addison, qui avait proposé la désignation de tubercules inflammatoires pour les nodosités pneumoniques pseudo-tuberculeuses.

C'est vers cette époque, Messieurs, qu'intervient Virchow, et il ne sera pas sans intérêt de vous exposer les modifications successives que ses études ont apportées dans ses conclusions ; il les a rappelées lui-même dans le travail historique dont je vous ai précédemment parlé <sup>1</sup>.

Dans un premier mémoire qui date de 1847, Virchow se borne à montrer qu'il n'y a aucun élément spécifique

1. Virchow, *Dessen Archiv*, I, 1847. — *Die Tuberkulose in ihrer Beziehung zur Entzündung, Scrofulose und Typhus (Verhandlungen der phys. med. Gesellschaft in Würzburg, 1850)*. — *Eodem loco*, 1851. — *Ueber die Verschiedenheit der Phthise und Tuberkulose (Eodem loco, 1852)*. — *Handbuch der spec. Pathologie und Therapie*, I. Erlangen, 1854. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1856. — *Cellularpathologie*. Berlin, 1858.

dans la substance caséuse, et que certains foyers caséux qu'on rencontre dans le cancer, et qui ont été pris par Bayle et Laennec pour du tubercule, ne sont pas autre chose que des amas de tissu cancéreux épaissi et dégénéré; sous l'empire de la doctrine dominante qui faisait de l'état caséux la caractéristique des tubercules, Virchow désigne cette caséification sous le nom de métamorphose tuberculoïde (phymatoïde de Lebert); mais déjà il indique qu'elle n'est point spéciale au cancer, et qu'on observe des altérations toutes semblables dans le foie, dans la carie des os, dans les abcès prévertébraux et dans les bronches oblitérées; il signale la confusion qui a été faite de ces altérations avec le tubercule, et fait remarquer que, dans tous ces cas, le caséux n'est autre chose que du pus épaissi.

En 1850, l'auteur établit que le tubercule, dans sa forme initiale de granulation grise, a une organisation cellulaire, qu'il naît par prolifération des tissus préexistants, mais que plus tard il meurt et subit la même métamorphose tuberculoïde qui a été observée par lui dans le cancer et le pus. Dans ce même travail, il montrait la véritable nature des corpuscules, dits tuberculeux, de Lebert et Gluge, et, après avoir fait connaître la caséification des produits scrofuleux et typhiques, il déclarait que la métamorphose tuberculoïde n'est point le caractère d'un processus spécifique, d'une constitution spéciale.

L'année suivante, Virchow, se rapprochant en cela de Graves et de Turnbull, enseigne que la formation des cavernes dans le poumon a lieu de diverses manières, et n'appartient point à un processus spécifique; puis il résume

ses idées sur le tubercule en ces quelques propositions que je reproduis textuellement: « La tuberculisation ou la métamorphose tuberculoïde consiste en une transformation particulière d'éléments de tissus soit anciens, soit nouveaux; cette transformation est constituée par la suspension des processus nutritifs et formateurs, par la mortification, la nécrose des éléments de tissu avec résorption périphérique consécutive des parties liquides, et dessiccation des parties soustraites à la nutrition. Cette métamorphose doit être rangée à côté de la dégénérescence graisseuse, cirreuse, athéromateuse, mais elle ne doit point être rapprochée de l'inflammation, de l'hydropisie, de la suppuration ou de la formation cancéreuse. Les processus qui président à la production des tissus à tuberculiser ont tantôt le caractère de l'hypertrophie simple, tantôt celui de la suppuration, de la formation cancéreuse ou sarcomateuse, de l'infiltration typhique ou morveuse. En conséquence, il y a une tuberculisation inflammatoire, une cancéreuse, une typhique, une sarcomateuse, etc. » La tuberculisation était donc simplement un mode de terminaison de diverses lésions locales, idée qui est encore très nettement exprimée dans cette autre proposition du même mémoire: « La scrofuleuse est la maladie constitutionnelle qui amène le plus souvent la tuberculose, c'est-à-dire des altérations locales qui se terminent régulièrement par tuberculisation. »

La description anatomique complète du processus caséux, la démonstration de cet état dans les altérations locales les plus diverses, voilà ce qui était vraiment nouveau dans ces études; mais l'application de ces données à la phthisie pulmonaire, les conséquences de ces faits pour

l'interprétation générale du tubercule manquaient entièrement, et telle était encore l'influence des idées de Laennec, que Virchow ne réussissait pas à s'en dégager ; il avait, lui, le premier, montré que la caséification n'a rien de spécifique, qu'elle n'est pas propre au tubercule, et cependant il l'appelait métamorphose tuberculoïde, et donnait au processus local, dans son ensemble, le nom de tuberculisation. S'il se fût arrêté là, son intervention demeurait stérile pour la question de la phthisie ; tout se bornait à l'acquisition de quelques faits anatomiques.

Mais, en 1852, Virchow publie un autre travail dont le titre seul fait entrevoir un point de vue tout nouveau, nouveau du moins pour ceux qui, comme lui, laissaient dans l'oubli Graves, Addison, Turnbull et Reinhardt ; *Sur la différence de la phthisie et de la tuberculose*, tel est le titre de ce mémoire. L'auteur rompt sans retour avec les idées de Laennec ; il repousse l'état caséux comme signe distinctif du tubercule ; mais, plus logique cette fois, il condamne en même temps les expressions tuberculisation et métamorphose tuberculoïde, dont il s'est si longtemps servi, et il les remplace par la dénomination de métamorphose caséuse, qui exprime sans équivoque, sans interprétation, le simple fait anatomique. Puis, soucieux de soustraire ses conclusions nouvelles à toute ambiguïté, il ajoute que le tubercule vrai, c'est-à-dire le produit spécial granuleux et organisé, peut lui-même devenir caséux, comme le deviennent, dans d'autres cas, le pus, le cancer, le sarcome, les masses typhiques ; en un mot, dit-il encore, le caractère caséux n'est point une marque spécifique du tubercule, ce n'est qu'une forme, très fréquente, il est vrai, de l'involution.

Conduit de la sorte à aborder le côté pratique de la question, Virchow retrouve alors la dualité de la phthisie, qui est liée tantôt à des altérations caséuses simples, tantôt à des tubercules, ou plus précisément à des granulations à évolution caséuse ; et revenant encore sur ce sujet dans ses leçons de 1856, il formule cette proposition, qui peut être considérée comme le résumé et l'expression finale de ses observations : « l'histoire de la phthisie a beaucoup plus à faire avec des hépatisations caséuses qu'avec des tubercules ».

Ainsi fut définitivement renversée la pétition de principe qui avait servi de base à l'édifice de Laennec, et dont les efforts de Graves, les enseignements d'Addison, de Turnbull, de Reinhardt, n'avaient pu faire justice. Vous voyez, Messieurs, que la réforme n'a point été l'œuvre d'un seul, et qu'elle est issue graduellement du concours de plusieurs. Sur le terrain anatomique, la question était ainsi résolue : la granulation grise est le stade initial du tubercule jaune ; — la granulation-tubercule peut subir la métamorphose caséuse ; — le tubercule n'est pas le seul élément qui présente cette transformation ; — l'état caséux et toutes ses suites, c'est-à-dire le ramollissement et l'ulcération, peuvent être produits, en l'absence de tubercules, par des infiltrations pneumoniques qui évoluent mal, notamment, mais non exclusivement, par les pneumonies catarrhales ; — l'infiltration dite tuberculeuse de Laennec est étrangère au tubercule vrai, c'est une lésion pneumonique ; — dans des poumons caséifiés par pneumonie, des tubercules vrais, des granulations, peuvent se développer secondairement ; — des infiltrations pneumoniques peuvent avoir lieu dans des poumons déjà

tuberculeux, et aggraver les désordres produits par les granulations préalables.

En cette situation, vous le concevez, il n'est pas possible de conserver à l'expression phthisie pulmonaire le sens restreint que lui avait imposé Laennec, en la prenant comme synonyme de tubercules du poumon ; il faut revenir à l'acception traditionnelle du mot, et lui attribuer la signification exclusivement clinique de consommation ayant sa cause dans le poumon. Du moment, en effet, qu'il y a deux groupes de lésions pouvant donner lieu à la phthisie, il faut laisser à ce terme un sens générique qui puisse embrasser sans équivoque *toutes les lésions phthisiogènes*<sup>1</sup>, et préciser l'espèce par une qualification qui ne soulève aucune ambiguïté ; la dualité anatomique doit être représentée par la dualité nominale, et les termes *phthisie granuleuse* ou *tuberculeuse*, d'une part, *phthisie pneumonique* ou *caséuse*, d'autre part, doivent remplacer l'expression vicieusement univoque de phthisie. Et quand bien même la doctrine anatomique n'aurait pas sa corrélatrice en clinique, en d'autres termes, quand bien même l'unité clinique de la phthisie pulmonaire subsisterait intacte, cette réforme du langage médical n'en serait pas moins d'une absolue nécessité, pour peu qu'on eût souci d'éviter l'équivoque et d'adapter les mots à l'évolution des idées.

A plus forte raison doit-il en être ainsi, puisque la clinique a marché de pair avec les progrès de l'anatomie pathologique. Il n'est personne aujourd'hui qui soutienne la constance du rapport entre la phthisie et la tuberculose ;

1. Jaccoud, *Traité de pathologie interne*, 1871.

les conclusions sur ce sujet sont encore dissemblables, c'est vrai, mais les divergences n'ont trait qu'au mode d'interprétation et à la fréquence relative des diverses formes ; sur le point fondamental, l'accord est fait, je l'espère du moins. C'est ce que vous reconnaîtrez aisément vous-mêmes après l'exposé des opinions actuelles, qui sont au nombre de trois.

L'une, qui est la première par ordre de date, mais qui perd tous les jours du terrain, n'est autre que l'idée de Reinhardt ; on accepte la dualité anatomique, mais on lui donne une interprétation qui repousse la dualité clinique : les lésions purement inflammatoires et caséuses, les lésions pneumoniques non tuberculeuses sont rattachées à la même prédisposition que les tubercules, et considérées, elles aussi, comme des manifestations de la diathèse tuberculeuse. A cette manière de voir doit être rattachée l'hypothèse d'Hérard et Cornil ; non seulement ils regardent les pneumonies caséuses comme des altérations liées à la diathèse spécifique, mais ils ne sont pas éloignés d'admettre des tubercules virtuels dans les cas même où l'examen direct n'en révèle aucune trace ; c'est aux pièces anatomiques de ce genre qu'ils appliquent cette étrange supposition : Il n'y a pas de tubercules maintenant, mais il y en a eu au début<sup>1</sup>.

Une deuxième opinion, qui est celle de Lebert, est également absolue, mais en sens opposé. Dans un travail

1. Hérard et Cornil, *Traité de la phthisie pulmonaire*. Paris, 1867.  
Voyez la discussion qui a eu lieu dans le *Congrès médical international de Paris*, 1867.

publié en 1867, le professeur de Breslau décrit la phthisie sous le nom de pneumonie chronique disséminée, et il restreint la tuberculose vraie aux formes rapides et aiguës, et aux poussées secondaires qui éclatent durant la phthisie chronique ou pneumonique. Un peu plus tard (1870), Aufrecht, appuyé sur de nombreuses observations, s'est prononcé de la même manière. D'après lui, tout ce qui a été attribué au tubercule doit être rapporté à la broncho-pneumonie. Cette manière de voir peut paraître trop exclusive, mais elle n'est pas cependant très éloignée de la vérité <sup>1</sup>.

Reste, vous le pressentez, une opinion intermédiaire qui peut être ainsi résumée : la maladie appelée phthisie pulmonaire est liée tantôt à la tuberculose ou granuleuse chronique, tantôt à des pneumonies à évolution caséuse sans granulations initiales. Cette doctrine, que l'on attribue à tort à Niemeyer, peut, à la rigueur, être reportée jusqu'à Baillie et Vetter ; mais, en tout cas, elle appartient à Graves, dont la pneumonie et la bronchite consomptives ont été injustement oubliées ; après quoi, il convient encore de retenir l'enseignement d'Addison, de Turnbull et de Virchow. Cette opinion mixte me paraît rallier aujourd'hui le plus grand nombre des observateurs, mais la fréquence relative des deux espèces de phthisie n'est point encore établie ; les uns admettant une fréquence à peu près égale, les autres, parmi lesquels Slavjansky, Sangalli, Somma et moi-même, considérant

1. Lebert, *Grundzüge der ärztlichen Praxis*. Tübingen, 1867.  
Aufrecht, *Die käsige Bronchopneumonie (Lungenschwindsucht)*. (Berlin. klin. Wochens., 1870.)

la phthisie pneumonique comme étant de beaucoup la plus commune.

Arrivé au terme de cet historique qui vous aura pleinement éclairés, je l'espère, sur les phases successives et sur la position actuelle de la question, j'ai à établir la vérité de la doctrine, dont je n'ai cessé de rechercher la vérification depuis que j'ai étudié les leçons de Graves ; ainsi que je vous l'ai annoncé au début, c'est sur l'examen des faits cliniques que j'entends baser ma démonstration.

FAC. DE MED. U. A. N. L.  
 BIBLIOTHÈQUE  
 FAC. DE MED. U. A. N. L.