

Un jeune homme de vingt-huit ans fut atteint soudainement de frisson, de point de côté et de fièvre intense, liés au développement d'une pneumonie catarrhale prédominante à gauche. La percussion ne donna jamais de résultat bien notable, l'auscultation ne faisait entendre que de nombreux râles à bulles assez volumineuses. Mais l'état général devint promptement très mauvais, il y eut des hémoptysies abondantes et répétées, du délire, et au quatorzième jour le malade succomba. A l'autopsie on a trouvé dans les deux poumons des infiltrations lobulaires étendues, et de nombreux foyers broncho-pneumoniques (*sic*) qui étaient déjà en métamorphose caséuse¹.

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

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

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

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

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

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

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

mon¹. Après avoir étudié le siège originel et l'évolution du tubercule vrai, l'auteur revient à la distinction formulée par Virchow entre la tuberculose et la pneumonie scrofuleuse (on croirait lire Graves), encore appelée chronique, catarrhale ou caséuse. Colberg maintient cette séparation, et, à cette proposition vague de Virchow que je vous ai rapportée antérieurement : — la phthisie a beaucoup plus à faire avec des hépatisations caséuses qu'avec des tubercules, — il substitue les résultats numériques de ses observations : sur cent poumons phthisiques, il a eu quatre-vingt-dix cas de pneumonie scrofuleuse et dix de tuberculose. Parmi ces derniers, quatre seulement ont présenté la tuberculose pure ; dans les six autres faits, celle-ci était combinée avec des processus pneumoniques chroniques. Remarquez, je vous prie, le principe de division de Colberg ; il n'imagine pas des tubercules là où il n'en voit pas, et il n'attribue à la tuberculose que les cas où il peut saisir la granulation caractéristique. Nous allons retrouver la même méthode de jugement dans les recherches subséquentes, mais je tenais à vous la signaler dès maintenant, parce que c'est la violation de ce principe si simple, et la substitution du possible au réel, qui ont été la cause de toutes les confusions et de toutes les erreurs depuis Bayle et Laennec.

Les études de Slavjansky ont été entreprises dans le but spécial de déterminer le rapport numérique entre la tuberculose et les divers processus pneumoniques qui engendrent la phthisie pulmonaire². Sur 139 poumons

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

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

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

Les pneumonies tant aiguës que chroniques se sont ainsi décomposées :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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