

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 44 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-uns 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 épaississement du bord libre de la valve, 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 caséeuses 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 caséeuse ; 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 caséeuse, 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 caséeuse 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 caséeux 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 caséeuse. — 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