

1° *Phthisie subaiguë* (ou galopante). — Cette forme est tantôt primitive, et elle évolue en l'espace de deux ou trois mois; tantôt elle est secondaire et apparaît dans le cours d'une tuberculose chronique commune.

L'invasion est brusque, la fièvre intense avec exacerbations vespérales considérables, l'amaigrissement est rapide, les sueurs nocturnes très abondantes (Hérard et Cornil). Tous les symptômes que nous venons de décrire dans la forme chronique s'accusent et précipitent leur marche (dyspnée, toux, expectoration, diarrhée colliquative, etc.).

Les symptômes fournis par l'appareil respiratoire consistent d'abord en râles muqueux de bronchite dans l'étendue des deux poumons: bientôt ces râles se localisent aux sommets, deviennent rapidement sous-crépitants, puis caverneux. En général, il y a peu ou pas de matité, vu l'absence de fausses membranes pleurales et de pneumonie interstitielle (Hérard et Cornil).

C'est à cette catégorie de faits qu'appartient cette forme de tuberculose bien décrite par Peter sous le nom de *forme hémoptoïque fébrile* et qui marche rapidement à la production de cavernes.

2° *Forme pneumonique*. — Elle comprend la plupart des observations désignées autrefois sous le nom de *pneumonie caséuse* et dont on trouve une série d'exemples dans les mémoires de Choupe et de Lévy. Tous ces faits, qu'il s'agisse de ceux d'Hardy et de Mesnet, ou de la fameuse observation de Traube, malgré les apparences anatomiques, ne sont que des pneumonies *pseudo-lobaires*, comme l'a montré Charcot, et le produit de l'infiltration tuberculeuse.

La forme pneumonique de la tuberculose doit son nom à ce qu'elle se présente souvent au début avec les allures de la pneumonie fibrineuse: frisson, point de côté, fièvre intense, crachats hémoptoïques, etc., à cela près que ces symptômes ont quelque chose de vague ou d'inusité dans leur expression: le frisson est un peu moins intense, la fièvre à cycle moins régulier, les crachats plutôt sanglants que franchement rouillés, etc. Puis le 8°, le 10° jour arrive, sans qu'il se produise de rémission apparente; le souffle persiste, ainsi que les râles sous-crépitants; ceux-ci deviennent plus volumineux, le poumon se creuse, la fièvre revêt les caractères d'une fièvre rémittente avec exacerbation vespérale, des sueurs profuses se produisent, et le malade est emporté quelquefois en l'espace de moins de deux mois.

Dans quelques cas, la phthisie pneumonique évolue d'une façon chronique.

MARCHE. DURÉE. TERMINAISON. — On ne peut rien dire de précis sur le temps que la phthisie emploie pour accomplir son évolution complète. Chez les uns la marche est continue et la durée moyenne est d'une année; chez d'autres il y a des temps d'arrêt avec des recrudescences tous les hivers, et la maladie se prolonge deux, trois, cinq, dix ans et même davantage. Il y a un très grand nombre de causes qui influent sur la durée: l'âge, les conditions sociales, hygiéniques, etc. (1).

D'après les statistiques de Louis, portant sur 137 cas, les 2/3 des malades ont vécu un an; 42, deux ans, 24 seulement sont allés au delà.

La terminaison fatale est souvent hâtée par une poussée aiguë de tubercules; toutes les lésions que nous avons signalées à propos de l'anatomie pathologique peuvent, d'autre part, enlever rapidement le malade (infiltration laryngée, hydropneumothorax, hémoptysie, tuberculisation de l'intestin, du péritoine ou des méninges).

La phthisie est susceptible de guérison à toutes les périodes de son évolution (Cruveilhier, Jaccoud, Peter, N. Guéneau de Mussy, Walshe, etc.); les symptômes généraux s'amendent, les signes physiques disparaissent, la toux, les sueurs, etc., cessent également, et le malade peut guérir complètement ou conserver seulement des signes d'induration pulmonaire.

DIAGNOSTIC. — C'est surtout à la période initiale de la phthisie que le diagnostic présente de grandes difficultés; en effet, avant l'ap-

(1) La marche de la phthisie pulmonaire chez la femme est soumise à certaines influences qu'il n'est pas inutile de mettre en relief. Déjà le professeur Leudet avait établi au Congrès du Havre (1877) que chez les hystériques l'évolution tuberculeuse se fait avec une remarquable lenteur. Et, tout récemment, le D^r Daremberg (de Menton) vient d'attirer l'attention sur les modifications qu'imprime aux allures de la phthisie l'accomplissement ou l'absence de la fonction menstruelle. Voici les principales conclusions de son travail:

1° La fonction menstruelle détermine du côté des voies respiratoires un *molimen* qui peut être la cause occasionnelle du développement de la phthisie, ou l'aggraver si elle existe déjà.

2° Alors même que la menstruation est suspendue, si l'ovulation persiste, les congestions cataméniales sont encore plus redoutables.

3° L'écoulement menstruel sans ovulation est une cause puissante d'anémie.

4° Quand les fonctions utérine et ovarienne sont supprimées simultanément les congestions menstruelles ne sont plus à craindre.

parition des symptômes physiques ou lorsque ceux-ci sont encore trop indécis pour donner la certitude ou même des probabilités, la tuberculose offre simplement un état de pseudo-chlorose très analogue à la chloro-anémie vraie : la faiblesse, les troubles gastriques, l'aménorrhée, les palpitations, les troubles nerveux, sont les mêmes dans les deux affections. La fièvre est cependant plus spéciale à la tuberculose ; l'examen du sang pourra fournir un indice important, les globules rouges et le pouvoir oxydant étant beaucoup plus diminués dans la chlorose que dans la tuberculose (Hayem, Quinquaud). L'augmentation de l'excrétion de l'acide phosphorique par les urines dans la phthisie est aussi très importante à considérer, comme nous l'avons déjà indiqué.

La *dyspepsie* avec amaigrissement continu et toux gastrique peut présenter les mêmes difficultés de diagnostic, d'autant plus qu'elle est souvent un signe avant-coureur des manifestations tuberculeuses. Le médecin devra dans ces cas garder la plus grande réserve, ou ne se prononcer qu'après avoir fait des recherches dans tous les sens (hérédité, antécédents personnels, habitus extérieur) et s'être livré à plusieurs reprises à des explorations méthodiques de la poitrine.

A la première période et au commencement de la seconde, la phthisie peut être confondue avec le cancer du poumon, la bronchite limitée au sommet, la pleurésie sèche, la congestion pulmonaire, ces trois dernières affections accompagnant souvent la tuberculose. Les râles ronflants et sibilants disséminés dans toute la poitrine sans prédominance au sommet, la sonorité normale du poumon, l'absence de vomissements, suffiront à faire distinguer la bronchite simple de la phthisie. Nous avons vu dans le chapitre précédent comment on pouvait différencier la tuberculose de la *pneumonie chronique*.

A la période d'ulcération c'est surtout de la *dilatation des bronches* qu'il faut différencier la phthisie. En effet, les symptômes généraux sont aussi accentués et les signes physiques sont ceux d'une excavation pulmonaire. Mais la dilatation siège rarement dans le lobe supérieur, elle est généralement unilatérale, les crachats sont rendus en grande quantité à la fois sous forme de vomique bronchique, surtout le matin au réveil, l'hémoptysie est moins fréquente ; enfin la maladie peut rester stationnaire pendant fort longtemps.

Les gommes syphilitiques (Hérard et Cornil, Fournier), les abcès du poumon, la gangrène, donnent lieu à des signes cavitaires ; mais

il est en général facile de distinguer ces maladies de la phthisie tuberculeuse.

PRONOSTIC. — Le pronostic de la phthisie pulmonaire est toujours très grave, les cas de guérison étant l'infime minorité. Le point le plus important du pronostic porte généralement sur l'appréciation de la durée probable de la maladie : c'est à l'examen attentif des lésions pulmonaires, de leur étendue et de leur profondeur, de leur gravité, à l'appréciation des altérations concomitantes du poumon et des autres organes, à l'état général, qu'il convient de s'adresser pour résoudre cette question. Il faut tenir compte aussi de toutes les causes qui ont pu débilitier l'organisme antérieurement (grossesse, diabète, etc.). L'hérédité semble imprimer à la maladie une rapidité plus grande dans son évolution.

Nous rappelons que l'apparition d'une diarrhée tenace, des troubles laryngés, des symptômes cérébraux, de l'albuminurie, doivent assombrir encore le pronostic et que la *phlegmatia alba dolens*, le muguet, les changements dans la consistance de l'expectoration, sont les indices d'une terminaison fatale à courte échéance.

ÉTIOLOGIE. — Les causes de la phthisie sont multiples et peuvent se distinguer en trois catégories : causes inhérentes à l'individu lui-même ou causes internes, causes dépendant des conditions extérieures, causes pathologiques.

Causes internes. — La première à considérer est l'*âge*. C'est entre dix-huit et trente ans que la tuberculose exerce le plus de ravages (Laennec) : on l'observe cependant chez les enfants et les vieillards, mais c'est à l'époque de la puberté qu'elle atteint son maximum de fréquence. La phthisie pulmonaire semble plus fréquente chez la femme (Laennec, Trousseau, Bouchardat), dans les proportions de 12 %. Pour expliquer cette prédominance, il faut tenir compte de l'influence débilitante de la grossesse et de la lactation et des habitudes sociales qui renferment la femme dans un air confiné (Peter).

La *race* ne semble pas avoir d'influence marquée ; cependant la tuberculose est excessivement commune chez les nègres transportés hors de leur pays.

L'*hérédité*, soit directe, soit collatérale, est une des causes les plus avérées de la tuberculose ; nous ne pouvons malheureusement nous étendre ici sur cette question si pleine d'intérêt (1). Dans les

(1) La phthisie est une maladie de race. Les recherches de Louis, de Piorry, de Walsche, ont prouvé qu'elle était manifestement héréditaire dans la moitié

cas où cette prédisposition héréditaire n'existe pas, on est forcé d'admettre une *innéité* véritable, par exemple chez les tuberculeux nés de parents scrofuleux, syphilitiques, diabétiques. Enfin la prédisposition peut *s'acquérir* : Cruveilhier, Peter, ont cité des exemples où il n'est pas douteux que des conditions spéciales de misère, d'humidité, etc., ont créé la maladie chez des gens antérieurement robustes et bien portants.

Causes externes. — Parmi celles qui agissent le plus manifestement, il faut citer la respiration d'un air confiné et altéré (Laennec, Hérard et Cornil, Guéneau de Mussy); la phthisie est très fréquente dans toutes les agglomérations d'hommes qui vivent dans des habitations étroites, humides et froides, mal aérées, privées des rayons vivifiants du soleil (ateliers, couvents, prisons, casernes). L'alimentation insuffisante, ou non en rapport avec des dépenses de plus en plus fortes (Bouchardat), vient s'ajouter à toutes ces causes pour constituer un *état de misère* éminemment favorable à la production de la tuberculose (d'Espine, Bouchardat, Damaschino). Bertillon a démontré que tandis que 33 pauvres pour 100 succombaient à la phthisie, 3 riches seulement sur 100 étaient emportés par cette maladie.

L'influence des professions est assez douteuse : les métiers qui forcent l'ouvrier à vivre au milieu des poussières donnent non la phthisie, mais la pneumonie chronique (pneumokoniose). Quant aux climats, bien qu'ils aient souvent une influence considérable sur le développement de la phthisie, ils ne viennent qu'au second plan. Les climats humides favorisent l'éclosion de la maladie; les climats très chauds impriment à la tuberculose une marche suraiguë. Les altitudes ont une influence préservatrice évidente. La phthisie est inconnue dans les régions boréales.

des cas. Tissot, Portal, et plus près de nous, Chauffard, la considéraient comme directement transmissible; bien que Peter et Chauveau aient observé le *tubercule fatal*, nous ne croyons pas à cette transmissibilité directe, nous admettons, avec Devay, avec Pidoux, que la tuberculose prédispose à la tuberculose, comme la scrofule, la syphilis ou la goutte; nous pensons, avec Virchow, qu'il y a simplement transmission d'une irritabilité de tissu qui prédispose aux inflammations chroniques, et nous acceptons la formule de Peter sautevant qu'il n'y a pas hérédité de diathèse, mais hérédité d'aptitude. Chose singulière, la transmission héréditaire peut se faire dans les deux sens, et Trousseau a signalé ce fait, contrôlé du reste par de nombreux cliniciens, en disant « qu'il était aussi dangereux pour des parents d'avoir des enfants phthisiques, que pour des enfants d'avoir des parents tuberculeux ».

Causes pathologiques. — Toutes les diathèses, toutes les maladies chroniques ou aiguës, en diminuant la nutrition et en augmentant la déperdition organique, favorisent l'apparition et l'évolution de la phthisie.

Les rapports de la phthisie et de la scrofule sont un des plus importants problèmes qui se rattachent à cette question. Considérées par Lebert comme deux affections bien distinctes, opinion qui fut adoptée par la majorité des auteurs (Hérard et Cornil, Pidoux, etc.), la scrofule et la tuberculose sont aujourd'hui rattachées à la même influence diathésique, depuis qu'on a découvert des tubercules dans le lupus dit scrofuleux (Renaut, Friedlander), les tumeurs blanches (Cornil, Lannelongue), les gommes cutanées et les adénites scrofuleuses (Brissaud, Thaon). Hâtons-nous de dire que les cliniciens n'ont point encore admis l'identité de nature.

L'arthritisme, la diathèse rhumatismale, l'herpétisme, sont peu connus dans leurs rapports avec la tuberculose, rapports niés par un certain nombre d'auteurs (Charcot). La phthisie de source arthritique semble pourtant avoir conquis définitivement sa place.

Le diabète est une cause reconnue de phthisie; près de la moitié des diabétiques meurent phthisiques (Griesinger). Ce fait n'a rien d'étonnant, si l'on prend la peine de remarquer, avec Jaccoud, que le diabète n'est autre chose qu'une déviation du travail nutritif, entraînant un emploi vicieux des matériaux alimentaires et un déchet organique rigoureusement proportionnel. Cette remarque s'applique également au diabète phosphatique. La phthisie se montre de un à deux ans après le début, et se caractérise par la rapidité de la formation des cavernes et la rareté des excréments (Grancher, Thaon). Les différences cliniques qu'offre la phthisie diabétique ne sont d'ailleurs pas suffisantes pour en faire une espèce à part, comme le voudraient Pavy et Lancereaux.

L'alcoolisme, d'après Hérard et Cornil, Lancereaux, Kraus, etc., est une cause fréquente de tuberculose à marche rapide, malgré l'opinion de Mag, Hüss, Peter, Leudet, qui croient que l'alcool, en agissant comme agent d'épargne, diminue la dénutrition et peut enrayer la marche de la maladie.

La phthisie se développe fréquemment pendant le cours des affections médullaires (Lestage), dans le tabès dorsalis (Niemeyer, Jaccoud, Charcot, Vulpian), la sclérose en plaques, la paralysie agitante

(Charcot) ; il en est de même pour l'aliénation mentale, surtout chez les mélancoliques (37 %, Charcot et Bourneville).

Le traumatisme a une influence incontestable sur le développement de la diathèse (Verneuil), et Perroud a montré que, sur la Saône, les marinières qui appuient leur gaffe sur leur poitrine, deviennent fréquemment phthisiques. Le Fort, et plus récemment Lebert, ont rapporté des exemples analogues.

La grossesse agit sur la tuberculose, soit en favorisant son développement chez les femmes prédisposées, soit en hâtant la marche de la maladie chez celles qui sont déjà atteintes. L'accouchement, ordinairement prématuré, est parfois précédé d'une diminution dans les symptômes ; mais il est généralement suivi d'une recrudescence. La lactation agit de même (voy. Caresme, th. 1866).

La question de l'antagonisme de la phthisie et d'un grand nombre de maladies (dilatation des bronches, asthme, emphysème, maladies du cœur et fièvre typhoïde, arthritisme et alcoolisme (Pidoux, etc.)), a passionné certains auteurs au point de vue théorique et général ; l'antagonisme est loin d'être démontré.

L'influence pathogénique de l'hémoptysie sur le développement de la phthisie pulmonaire a été étudiée précédemment, il n'y a pas lieu d'y revenir ici.

Nous avons dit ailleurs ce qu'il fallait penser de la virulence et de l'inoculabilité de la tuberculose ; nous ne croyons pas qu'on puisse en conclure à la contagiosité de la maladie, à moins toutefois de la réduire à un rôle tout à fait secondaire (Pidoux, Bouchard) ; l'infection nécessite pour se produire des rapports intimes et de longue durée, comme, par exemple, dans la cohabitation conjugale (1). Il va d'ailleurs sans dire qu'elle n'est aucunement comparable à celle de la syphilis ou de la morve.

TRAITEMENT. — La doctrine de la spécificité du tubercule avait conduit Laennec et ses successeurs au nihilisme thérapeutique en face de la tuberculose ; quelques exemples bien connus de guérison montrent, suivant l'expression de Peter, que si un petit nombre

(1) Les expériences récentes de Tappéine semblaient démontrer victorieusement la genèse de la tuberculose par la respiration d'un air souillé par la poussière de crachats de phthisiques. Malheureusement Schottelius a apporté des faits contradictoires. Malgré ces incertitudes, les observations cliniques sont aujourd'hui suffisamment nombreuses pour attester ce fait de la contagion de la tuberculose, comme le voulaient déjà Guibout, Budd de Clifton, Horman, Weber, etc.

seulement de formes sont curables, toutes du moins sont traitables.

Le traitement est hygiénique ou pharmaceutique : le premier est le plus important, et il est lui-même prophylactique ou thérapeutique suivant les cas.

Peter a bien résumé en un mot quelle devait être la prophylaxie chez les enfants issus de parents tuberculeux : il faut les faire *vivre de la vie naturelle*, c'est-à-dire les élever à la campagne, au grand air, au soleil, en les aguerrissant contre le froid, en donnant tous ses soins au développement de l'activité corporelle et musculaire. Mais ce n'est pas à dire pour cela qu'il faille repousser absolument le système des précautions et de la protection : les deux procédés ne s'excluent pas forcément.

En dehors de la prédisposition héréditaire, c'est encore à l'hygiène qu'il faut avoir recours (Graves, H. Bennet, Peter, etc.) : le malade cherchera à s'endurcir contre le froid ; il se lèvera et sortira de bonne heure, après des ablutions sur la poitrine avec de l'eau froide et du vinaigre ; il évitera de s'enfermer dans sa chambre au milieu d'un air *prérespiré*, suivant l'originale expression de Mac-Cormack, d'une atmosphère que ses propres émanations souillent et empoisonnent (*air ruminé* de Peter). Le régime alimentaire doit être réparateur, consister en viandes saignantes, et en vins généreux à doses modérées. Les exercices gymnastiques sont très recommandables comme moyen préventif ; mais il faut les défendre aux gens déjà affaiblis, car ils ne feraient que contribuer à les épuiser (Bennet, Hanot).

La question du climat rentre directement dans ces considérations. Jaccoud fait une distinction importante suivant que la tuberculose est effectuée ou seulement à l'état de menace. Dans le premier cas il faut conseiller les climats frais et tempérés, avec une température de 15 à 22 degrés le jour et de 8 à 14 degrés la nuit (Peter), et envoyer les malades à Madère, à Pau, à Amélie-les-Bains, à Menton, à Pise ou sur la rivière de Gènes, etc. Dans le second cas on indiquera comme stations *estivales* les plateaux de la Suisse, de l'Engadine et du Tyrol, dont l'altitude exerce une influence très favorable (Lombard, Hirtz, etc.) en fournissant au poumon du malade un air plus pur, partant plus réparateur. L'endurcissement climatérique, l'acclimatement douloureux (Jaccoud), peuvent être poussés plus loin, et les établissements de Davos, Samaden et Saint-Moritz prouvent que les phthisiques peuvent parfaitement passer l'hiver à des

altitudes de 15 à 1800 mètres, avec des températures moyennes de — 5 à — 15 degrés (1).

L'élément dont il importe surtout de tenir compte pour le choix d'un climat à conseiller au tuberculeux, c'est la fièvre. Les malades fébricitants ou qui ont de l'érythème nerveux se trouvent mal du voisinage de la mer dont l'atmosphère est toujours excitante; à ceux-là conviennent surtout les régions tempérées, et qui ne sont soumises qu'à de faibles variations de température. Madère est réputée pour l'égalité de son climat; mais le séjour en est quelquefois énervant, et amollit le malade. Les hauteurs algériennes sont d'une habitation salubre.

L'hydrothérapie est indiquée par tous les auteurs comme un excellent moyen prophylactique et thérapeutique, à condition toutefois d'être appliquée d'une façon très prudente et avec discernement.

Le traitement *médical* s'adresse à la maladie en général et aux symptômes en particulier. Nous passerons rapidement en revue les principales médications en honneur.

Les eaux minérales *sulfureuses* (Eaux-Bonnes, Cauterets, Bagnères-de-Luchon, Amélie-les-Bains, Uriage, Enghien, etc.) agissent à la fois sur l'organisme entier et sur le poumon par lequel le soufre est éliminé (Bernard): on doit les prescrire à l'intérieur, à la dose de trois demi-verres en moyenne par jour (Pidoux). Pour ce savant hydrologue, le soufre agirait en produisant dans le poumon une *inflammation substitutive*; les sulfureux ne doivent être administrés qu'avec réserve chez les phthisiques fébriles; ils prédisposent aux hémoptysies (B. Teissier).

Les eaux minérales *arséniées* (Mont-Dore, Royat, la Bourboule) sont également fort employées; l'arsenic se prescrit aussi sous forme d'acide arsénieux (granules, liqueur de Fowler ou de Pearson).

Les *hypophosphites de soude et de chaux* (Churchill) ont été trop pronés, les sels de chaux en général (lactate, chlorhydro-phos-

(1) Clifford Allbutt, au dernier *meeting* de l'Association médicale anglaise à Cork, a fait une intéressante communication sur le traitement de la phthisie par l'air des montagnes. D'après lui, la caverne pulmonaire est analogue à tout autre ulcère, et elle serait parfaitement curable si l'on pouvait agir topiquement sur elle, et c'est en partie ce que l'on fait en donnant au malade un air *aseptique* comme celui de Davos, Quito, etc. C'est qu'en effet l'altitude élevée, l'air raréfié et la diminution de pression ne sont pas tout, puisque les médecins russes envoient leurs tuberculeux dans les steppes de la Tartarie et s'en trouvent également bien (*Brit. med. Journ.*, 23 Aug. 1879).

phate, bi-phosphate, etc.), les préparations *iodées*, et peuvent rendre quelques services chez les individus lymphatiques et scrofuleux. On a voulu attribuer à l'iode les excellents effets que l'on observe en administrant l'*huile de foie de morue*; bien que cette huile produise un effet beaucoup plus appréciable que les autres graisses, c'est surtout comme corps gras qu'elle agit. Chez les malades qui ne peuvent pas la supporter, on cherchera à la remplacer par le beurre pris en grande quantité ou par la glycérine (60 à 100 grammes par jour).

L'*alcool* a été préconisé contre la phthisie, et Jaccoud se trouve bien de son emploi; il le donne en le mélangeant à la *viande crue*.

Nous citerons seulement pour mémoire les cures de *petit-lait*, de *raisin*, de *koumys*.

L'état local du poumon nécessite une médication révulsive énergique. Au début, dans les formes lentes, on se trouvera souvent très bien d'un *cautére* appliqué sous la clavicule. C'est surtout au *vésicatoire volant* qu'il faut avoir recours pour combattre la congestion qui accompagne le développement des tubercules: la *teinture d'iode* rend également des services. A l'intérieur, on peut prescrire les antimoniaux, le *tartre stibié* et le *kermès*.

La *toux* sera surtout combattue par les *opiacés*. Si elle est sèche et quinteuse, il faudra joindre à l'opium les béchiques et les expectorants; si au contraire elle s'accompagne de catarrhe, il faudra avoir recours aux *balsamiques* (goudron, baume de Tolu, bourgeons de sapin, etc.) et à la *créosote* de goudron de hêtre (Bouchard et Gimbert), mélangée soit à du vin, soit à l'huile de foie de morue.

La *dyspepsie* et les *vomissements* seront traités par les potions et les eaux effervescentes, la teinture de noix vomique, l'opium et la belladone; mais ces médicaments resteront bien souvent insuffisants.

Il en sera de même pour la *diarrhée*, contre laquelle on épuise généralement sans grands résultats toutes les ressources thérapeutiques: laudanum, diascordium, sous-nitrate de bismuth, astringents, nitrate d'argent, etc.

Contre les *sueurs profuses* des phthisiques, on a employé un grand nombre de préparations, la poudre d'agaric blanc, le tanin, le sous-acétate de plomb; c'est le sulfate neutre d'atropine (Vulpian) qui donne les meilleurs résultats: on le fait prendre à la dose de 1/2 à 2 milligrammes en granules. Les lotions d'eau froide vinaigrée réussissent souvent d'une façon remarquable (Peter).

Quant à la fièvre des tuberculeux, qui étonne souvent le médecin par son opiniâtreté, elle sera combattue par des préparations différentes, suivant l'époque de son apparition; la fièvre du début (*fièvre de congestion*) sera traitée par les préparations de quinquina, sulfate, tannate de quinine, etc. B. Teissier administre souvent en pareil cas avec succès un mélange de teinture d'aconit et de digitale. Quant à la fièvre de la fin (*fièvre de résorption*), qui résiste à la quinine, à la digitale, à l'émétique, à l'alcool, on en vient quelquefois très facilement à bout par l'administration du *phénate de soude*.

LAENNEC. ANDRAL. LOUIS. — N. GUILLOT. L'Expérience, 1838. — STOKES. A treat. on Diseases of the Chest. Dublin, 1839. — GRISOLLE. Bull. de l'Ac. de méd., 1849. — Traité de pathologie. — LEUDET. Thèse de Paris, 1851. — BOURDON. Recherches cliniques sur quelques signes propres à caractériser le début de la phthisie pulm. (Actes de la Soc. méd. des hôp. de Paris, 1852). — VIRCHOW. Verhandl. der phys. med. Gesellsch., 1855. — KLEBS. Virchow's Arch., 1858. — N. GUÉNEAU DE MUSSY. Leçons sur les causes et le trait. de la phthisie pulm., 1860. — JACCOUD. Notes à la clinique de Graves, 1862. — NIEMEYER. Leçons sur la phthisie, trad. Culmann, 1867. — HÉRARD et CORNIL. De la phthisie pulmonaire. Paris, 1868. — S. RINGER. Med. Times and Gaz., 1868. — LÉPINE. De la pneumonie caséuse. Th. d'ag., 1872. — DAMASCHINO. Étiologie de la tuberculose. Th. d'ag., 1872. — JACCOUD. Clin. de Lariboisière, 1872. — GUÉNEAU DE MUSSY. Bull. de thérap., 1872. — LEBERT. Deutsche Klin., 1872, et Kenik der Brustkrankheiten, 1873. — GRANCHER. Arch. de phys., 1872, et Soc. de biol., 1872. — De l'unité de la phthisie. Th. de Paris, 1873. — THAON. De la tuberculose (Mouv. méd., 1872), et Rech. sur l'anat. path. de la tuberculose. Paris, 1873. — PERRAUD. Lyon méd., 1873 et 1874. — W. FOX. Anat. Relations of pulm. phthisis to Tubercle of the lung (Path. Soc., 1873). — JACCOUD. La station méd. de Saint-Moritz, 1873. — B. TEISSIER. Des hémorrh. bronch., etc. (Lyon médical, 1873). — A. FLINT. Med. Times and Gaz., 1874. — PIDOUX. Études générales et pratiques sur la phthisie, 1874. — DOBELL. Med. chir. trans., 1874. — RINDFLEISCH. Die chronische Lungentuberculose (Deuts. Arch. f. Klin. med., 1874). — H. BENNET. Rech. sur le trait. de la phthisie pulm. Paris, 1874. — J. TEISSIER. Rech. comparat. sur l'élimination des phosphates dans la phthisie pulmonaire et la chlorose vraie (Ass. pour l'avanc. des sc., Nantes, 1875). — DU MÊME. Du diabète phosphatique. Th. de Paris, 1876. — DAREMBERG. Expectoration dans la phthisie. Th. de Paris, 1876. — BARTH et ROGER. Traité de l'auscultation. — MALASSEZ. Soc. de biol., 1877. — LEBERT. Obs. de phthisie consécutive à des traumatismes de la poitrine (Revue mensuelle, 1877). — BOUCHARD et GIMBERT. Emploi de la créosote vraie dans la phthisie pulmonaire (Arch. de phys., 1875). — E. HIRTZ. De l'emphysème pulm. chez les tuberculeux. Th. de Paris, 1878. — LOMBARD (de Genève). Traité de climatologie. — SPILLMANN. De la tuberc. du tube digestif. Th. d'agrég., 1878. — BARABÉ. Lés. cardiaques dans le cours de la phthisie pulm. chronique. Th. de Paris, 1878. — FOURNIER. Soc. méd. des hôp., 1878. — ALTEMAIRE. Des troubles périph. de sensibilité dans la phthisie chronique. Th. de Paris, 1878. — QUINQUAUD. Soc. de biol., 1879. — PETER. Leçons de clinique médicale, t. II, 1879. — CHARCOT. Anat. pathol. de la phthisie pulm., leçons résumées par Hanot (Revue mensuelle, nov. 1879). — FONSSAGRIVES. Thérapeutique de la phthisie pulmonaire. Paris, 1880. — HANOT. Art. Phthisie in Nouv. Dict. de méd. et de chir. prat., t. XXVIII. — HANOT. Rev. critique sur la tuberculose pulm. (Arch. gén., 1879). — TAPRET. Étude clinique sur la tuberculose urinaire (Arch. gén., 1879). — GEORGES DAREMBERG. Influence de la fonction menstruelle sur la marche de la phthisie pulmonaire (Arch., gén., de méd.,

1880). — GRANCHER. Art. Scrofule, in Dictionnaire encyclopédique. — BRISSAUD. Tubercules locaux (Arch. gén. de méd., 1880). — JACCOUD. Leçons sur le traitement de la phthisie pulmonaire. — LASÈGUE et GRANCHER, technique de la palpation et de la percussion, 1882.

MALADIES DES PLÈVRES.

Nous décrirons successivement : les différentes formes d'inflammation des plèvres, les épanchements d'air et de liquide qui se font dans leur cavité, le cancer et les kystes hydatiques pleuropulmonaires.

PLEURÉSIE AIGÜE.

ÉTIOLOGIE. — La pleurésie aiguë franche, séro-fibrineuse, est l'inflammation des plèvres et peut être *primitive* ou *secondaire*.

Primitive, la pleurésie aiguë succède le plus souvent à l'impression du froid, soit que le refroidissement porte sur le corps tout entier, soit que son action se localise sur une seule partie ou sur un organe interne, comme il arrive, par exemple, à la suite de l'ingestion de boissons glacées : Fernet émet l'hypothèse qu'il y a là une action directe du froid sur les nerfs, avec irritation ou inflammation de leur substance et *troubles trophiques* consécutifs.

Le *traumatisme* (contusions et plaies de poitrine, fracture de côtes) produit très souvent des pleurésies aiguës, d'allures un peu particulières.

La pleurésie aiguë secondaire peut se développer dans le cours d'une maladie générale : fièvres éruptives (surtout la scarlatine), fièvre typhoïde, fièvre puerpérale, mal de Bright, tuberculose, rhumatisme, affections cardiaques. Assez fréquemment aussi elle est sous la dépendance d'une inflammation de voisinage comme la pneumonie (*pleuropneumonie*), notamment chez les enfants. Les inflammations du péricarde peuvent donner lieu à des pleurésies par propagation. Enfin on la voit survenir dans les abcès du poumon, les abcès du foie, qui se rompent dans la cavité pleurale, les perforations de cavernes tuberculeuses, etc.; ces formes secondaires appartiennent à la variété purulente.

L'âge joue un certain rôle dans l'étiologie de la maladie : chez les enfants en bas âge, la pleurésie aiguë est très rare et devient souvent purulente. Elle augmente de fréquence à partir de l'âge de cinq ans et atteint son maximum chez l'adulte; chez le vieillard elle redevient rare à mesure qu'augmente la prédisposition à la pneu-