

tion s'opère le râle reparait, alors il est *humide* (râle muqueux), et le bruit respiratoire revient en même temps. Si, au contraire, la pneumonie marche vers l'hépatisation, on entend un bruit lointain connu sous le nom de *souffle bronchique*.

L'auscultation permet de suivre, pour ainsi dire pas à pas, les progrès du mal, elle l'indique même avant que les symptômes extérieurs ne le décèlent; et elle annonce la guérison avant la rémission de ces mêmes symptômes, de même que, d'autres fois, elle peut indiquer la persistance de la localisation, malgré le rétablissement apparent; cependant elle peut se trouver en défaut lorsque la pneumonie occupe le centre de l'organe. Il importe en conséquence à l'homme de l'art de s'exercer à cette manœuvre qui demande beaucoup d'habitude.

Lorsque l'inflammation occupe à la fois les deux poumons, les symptômes sont des plus graves, l'anxiété est extrême et le malade échappe rarement.

Combien l'établissement d'un diagnostic dont les éléments sont si délicats, si fugitifs, n'offre-t-il pas de difficultés à bord des vaisseaux! si le médecin n'a l'attention de recueillir les crachats, soit dans un vase qu'on ne sait souvent où placer, soit mieux dans un linge plié en double sur le lit du malade, l'observateur perd les renseignements les plus précieux; l'obscurité du faux-pont lui permet à peine de discerner ces nuances de couleur, sur lesquelles sont basées des distinctions importantes; quant à la percussion et à l'auscultation, le bruit qui se fait autour du malade, les mouvements et les craquements du navire apportent la confusion dans les impressions reçues par l'oreille; c'est ici que la nécessité d'un hôpital isolé et convenablement éclairé se fait particulièrement sentir.

La marche de la pneumonie est ordinairement assez rapide; lorsque le malade doit guérir, la douleur, la dyspnée et la

fièvre diminuent, les crachats ne contiennent plus de sang et revêtent l'aspect simplement catarrhal, et la maladie se termine dans l'espace de huit à quinze jours; mais les malades se trouvent à bord dans des conditions si défavorables, que la catastrophe doit être fréquente; c'est ce que nous voyons dans les observations de Rouppe, et c'est un beau témoignage en faveur des progrès de la médecine moderne que le résultat obtenu par M. Laurencin qui, sur dix-neuf malades traités à bord, n'en a perdu que deux; il est vrai que les épidémies sont plus ou moins meurtrières et que M. Laurencin montait une frégate: ce qui n'enlève rien au talent du médecin. Ainsi que le catarrhe, la pneumonie, chez les marins, passe rarement à l'état chronique (voy. *phthisie*), mais la convalescence est parfois très-longue et les malades sont sujets aux rechutes.

La résolution et la mort sont donc les terminaisons les plus fréquentes; la suppuration du poumon est fort rare dans toutes les circonstances; et ce que les anciens prenaient pour des vomiques n'étaient le plus souvent que des flux bronchiques abondants ou des pleurésies chroniques interlobaires; ainsi se trouve expliquée l'assertion de Rouppe qui dit n'avoir rencontré que deux fois la suppuration du poumon, dans sa pratique navale, tandis que cette terminaison est, dit-il, assez commune à terre. Nous avons vu dans les généralités ce qu'il faut penser de la fréquence des terminaisons par gangrène: l'état que Rouppe désigne ainsi n'est que l'hépatisation ou même la stase cadavérique. La véritable gangrène est une maladie nouvellement connue et qui n'est pas très commune; elle est caractérisée, en général, par des crachats fétides dont l'odeur se rapproche de celles des *feuilles de pêcher pourries* (Lerminier); des détritux putrilagineux sont quelquefois expectorés et donnent lieu à des cavernes qui fournissent les mêmes signes que celles de la phthisie; le malade présente l'ensemble des symptômes de l'adynamie. Faisons observer

qu'il n'est pas démontré que la gangrène dépende toujours de l'inflammation.

Parmi les complications de la pneumonie, l'irritation cérébrale est la plus redoutable et peut-être la plus fréquente, surtout si l'on considère les symptômes du typhus comme dépendants d'une lésion de l'encéphale.

Les caractères anatomiques ont donné lieu à établir trois degrés dans la pneumonie. Le premier, dit *engouement* du poumon, consiste dans une simple congestion sanguine; le second dit *hepatistion rouge* est constitué par une sorte de combinaison du sang avec le parenchyme du poumon qui se présente à l'état de carnification; le troisième est l'*hepatistion grise* qui consiste dans un commencement de suppuration du parenchyme pulmonaire infiltré de pus grisâtre. M. Broussais indique un état chronique où le poumon est endurci et de couleur grise; ce cas est fort rare, et M. Chomel ne l'a observé que deux fois; nous avons vu que le pus ramassé en foyer s'observe très-rarement; enfin la gangrène donne lieu à des escarres noirâtres, détachées ou non du parenchyme, et nageant dans une sanie fétide.

Le traitement de la pneumonie repose sur les mêmes bases que celui de la bronchite intense, si ce n'est qu'il faut insister sur les saignées dans le principe et tant que la douleur, la dyspnée, la dureté du pouls et les crachats rouillés persistent à un certain degré; Rouppe fait observer que lorsqu'il tirait beaucoup de sang dans le principe, ses malades succombaient beaucoup moins promptement que lorsqu'il ne saignait pas ou pas assez. Croirait-on que M. Louis a torturé les chiffres au point de démontrer que la saignée est à peu près inutile dans la pneumonie? Il est indispensable que le malade boive tiède, nous avons indiqué le moyen; on redoublera de soins pour que la température soit égale et douce; on fera tendre une toile entre l'écoutille et le malade, on tiendra les hublots ou les sabords fermés, on allumera des feux; le malade bien cou-

vert dans son cadre, n'en sortira pas que la maladie ne soit terminée; on passera le bassin sous lui; d'après la recommandation de Rouppe, on éloignera les chanteurs et les fumeurs: *hæc ni teneantur, vix ex arte quicquam sperandum erit.*

Nous parlerons ici de la potion stibiée dont l'efficacité est encore en litige: si l'on considère que nous avons affaire à des individus dont l'estomac est robuste, la muqueuse gastrique peu impressionnable, surtout sous l'empire du froid, on sera autorisé à penser que l'émétique à haute dose doit trouver d'heureuses applications en pratique navale, opinion fortifiée par les observations de M. Gendrin qui a remarqué que les voies gastriques sont très-rarement phlogosées, lorsque les poumons sont le siège d'une maladie. Il sera cependant rationnel et prudent de débiter par les antiphlogistiques, et ne tenter la potion stibiée (quatre ou six grains d'émétique, dans six onces d'eau gommée, avec addition de deux à quatre gros de sirop diacode) que lorsque la maladie se prolongera ou prendra une tournure fâcheuse. Vers le déclin de l'affection, les laxatifs et le vésicatoire au bras, comme dérivatifs, peuvent hâter la résolution. Le vésicatoire est particulièrement indiqué lorsque la toux persiste après la guérison apparente, ce qui a lieu surtout chez les sujets débiles et qui ont de la tendance à la phthisie.

Quant à la prophylactique, nous l'avons déjà mainte fois exposée, nous nous bornerons ici à transcrire un passage du rapport de M. Laurencin: « Cette prédominance des affections de la poitrine dans une saison peu favorable à leur développement, et chez des hommes qui, la plupart étrangers au service de la mer, étaient plutôt exposés aux irritations gastriques, me persuada bientôt que l'inobservance de plusieurs règles hygiéniques en était la seule cause. Je signalai d'abord l'humidité constante de la batterie où on laissait les

» hommes descendre et se coucher aussitôt après le lavage , de
 » sorte qu'elle ne séchait que fort mal et aux dépens de leur
 » respiration et de leurs vêtements qui restaient imprégnés de
 » cette humidité; en second lieu, la funeste habitude de dor-
 » mir sur le pont, habitude qui a subsisté pendant toute la
 » campagne; enfin le peu de soin apporté dans la tenue des
 » hommes.... Il faut ajouter à cela que le bâtiment, armé peu
 » de temps après une refonte, devait être fort humide, etc.»
 Aussi voit-on dans le tableau de M. Laurencin les pneumonies,
 comme les bronchites, figurer été comme hiver.

Dans la convalescence de la pneumonie, non moins que dans
 celle de la gastrite, le médecin doit faire tous ses efforts pour
 prévenir les rechutes, en n'exposant que graduellement l'in-
 dividu aux influences qui ont déterminé l'invasion du mal :
 ainsi le convalescent sera long-temps exempté du quart de
 nuit, l'on surveillera sévèrement sa manière de se vêtir, etc.

Pleurésie. (Inflammation des plèvres.)

L'inflammation de la plèvre reconnaît pour causes toutes
 celles qui sont communes à l'inflammation des voies respira-
 toires, mais plus particulièrement l'impression subite d'une
 basse température sur la peau lorsqu'elle est en sueur, et
 l'ingestion d'un liquide très-froid, dans les mêmes condi-
 tions.

Comme épiphénomène de la pneumonie, la pleurésie doit
 peu nous occuper; cette complication est même si fréquente
 que beaucoup de praticiens donnent à l'inflammation du pou-
 mon le nom de *pleuro-pneumonie*, tel est M. Laurencin; mais nous avons lieu de croire que, chez les marins surtout,
 la pneumonie débute plus souvent par les bronches que par
 la plèvre, ce qui ne l'empêche pas de se propager à cette
 dernière, ceci du reste importe peu à la pratique.

Si nous nous en rapportons au témoignage de Rouppe, la
 pleurésie *simple* est fort rare chez les marins : *morbum hunc
 nunquam in navibus solum tractavi*; je n'en trouve en ef-
 fet aucun exemple ni dans mes journaux ni dans ceux de
 MM. Lesson, Lefèvre, Fleury, de Rochefort, et pourtant le
 tableau de M. Laurencin nous en offre quinze cas; mais si nous
 faisons attention que dans le même temps régnaient les pneu-
 monies à bord de la *Pallas*, nous aurons lieu de supposer qu'il
 s'agit ici de pleurésies réelles, mais avec participation de la
 phlegmasie du parenchyme : notre habile confrère aura basé
 sa dénomination sur la prédominance et l'acuité de la douleur
 sous-costale. On pose même en question aujourd'hui la
 réalité de l'inflammation des séreuses, et de profonds obser-
 vateurs placent le siège de ces sortes de phlegmasies dans le
 réseau vasculaire sous-membraneux. La pleurésie simple, en
 particulier, est d'autant plus problématique que les crachats
 souvent striés sont un indice presque irrévocable de l'irrita-
 tion simultanée du parenchyme.

Quoi qu'il en soit, la pleurésie, précédée de frissons
 comme toutes les phlegmasies, se distingue à une douleur lan-
 cinante, ordinairement circonscrite aux environs de la ma-
 melle, augmentant par l'inspiration, au point de rendre la res-
 piration pénible et entrecoupée; douleur augmentée par les
 mouvements brusques de la poitrine, éternuement, toux, etc.
 Cette toux est sèche, ou accompagnée de crachats limpides,
 écumeux, avec fréquence et dureté du pouls, chaleur de la
 peau, rougeur de la face, etc. Au défaut de signes extérieurs,
 l'auscultation en fournit de précieux : ce sont le bruit de *frot-
 tement* signalé par M. Reynaud, la *diminution du bruit res-
 piratoire*, l'*ægophonie* ou voix chevrotante, qui paraît avec
 l'épanchement séreux et disparaît avec lui; si cet épanche-
 ment devient abondant, la percussion donne un son mat à
 son niveau, et le thorax peut être bombé de ce côté.

La marche de la pleurésie est très-variable; lorsqu'elle ne

se termine pas par la mort, elle donne lieu souvent à des épanchements chroniques, difficiles à guérir surtout à bord, de sorte que son pronostic est toujours grave; cependant des quinze cas rapportés par M. Laurencin, pas un n'a été suivi de mort et n'est passé à l'état chronique.

Injection sanguine, opacité apparente de la plèvre, granulations, pseudo-membranes, brides, épanchements de sérosité limpide, purulente, sanguinolente, etc. Tels sont les caractères anatomiques les plus généraux.

Le traitement est le même que pour les autres phlegmasies pulmonaires, avec cette différence que la saignée locale convient mieux à la pleurésie qu'à la pneumonie; on insistera donc sur les sangsues ou les ventouses scarifiées *loco dolenti*.

Hydrothorax. (Hydropisie de poitrine.)

Cette affection est à la plèvre ce que l'ascite est au péritoine; comme pour celle-ci, l'épanchement peut être occasionné par des lésions autres que l'inflammation pleurétique qui, cependant, en est la cause incomparablement la plus fréquente, ce qui nous engage à le placer ici.

Le prolongement de la toux, de la douleur à un léger degré, la dyspnée, l'amaigrissement, la pâleur, la matité du son, l'œgophonie, le tintement métallique, l'absence du bruit respiratoire, l'œdème des parois thoraciques, leur ampliation inégale, le flot entendu par succussion du tronc, indiquent l'existence d'un épanchement plus ou moins considérable dans la cavité pleurale. Le diagnostic est parfois peu facile à établir, surtout lorsque l'épanchement se forme sans douleur.

Le traitement consiste d'abord dans l'emploi ménagé des antiphlogistiques, puis viennent les ventouses sèches, les cautères, le séton sur la poitrine, les diurétiques, les laxatifs, les cal-

mants, et comme dernière ressource l'opération de l'*empyème* que, pour son honneur, le médecin ne doit tenter à bord que dans les cas de suffocation imminente.

M. Louis recommande d'envelopper la poitrine d'un large emplâtre de poix de Bourgogne; cette cuirasse garantit le thorax des impressions du froid, condition nécessaire à la guérison; ce procédé nous paraît essentiellement applicable à la pratique navale; mais la proscription dont le même observateur frappe les vésicatoires nous paraît trop sévère, surtout à l'égard d'individus peu irritables comme les matelots.

Hémoptysie. (Crachement de sang.)

Cet accident qu'on a signalé comme fréquent chez les marins et qu'on attribue à la nécessité de se tenir courbés pour circuler dans l'intérieur du navire, doit cependant être assez rare puisque nous n'en trouvons qu'un exemple dans les documents qui sont entre nos mains. Le crachement de sang est plus particulièrement lié à l'histoire de la phthisie dont nous allons bientôt nous entretenir, mais il peut aussi tenir, chez les marins, à certains états du cœur que nous aurons occasion d'examiner, notamment à l'hypertrophie du ventricule droit qu'on envisage comme la cause la plus évidente de ce qu'on appelle l'*apoplexie pulmonaire* ou congestion subite du sang dans le poumon, d'où peuvent résulter les crachats sanguins. Il nous suffit d'avoir appelé l'attention des médecins navigateurs sur cette maladie rare qui peut cependant se présenter chez les marins.

Asthme. (Courte haleine)

Autant nous en dirons de l'asthme, que les uns attribuent à la dilatation des bronches (Laennec), d'autres à des lésions organiques du centre circulatoire (Rostan), d'autres en-

fin à un état nerveux, à l'obésité : sous ces deux derniers points de vue surtout, cette maladie devrait être rare chez les navigateurs, d'autant plus qu'elle est en général l'apanage de la vieillesse. Nous n'en connaissons effectivement pas d'observation; cependant certains officiers, en particulier, peuvent en être affectés; or le médecin se conduira à leur égard suivant l'exigence des causes présumées : on combat directement les accidents par la saignée, qui dégage le poumon, les narcotiques qui apaisent le spasme, les dérivatifs internes et externes, etc.

Phthisie.

D'après ce que nous avons dit de la rareté du passage des maladies pulmonaires aiguës à l'état chronique chez les marins, on sera peut-être étonné de nous voir traiter ici de la phthisie; mais tout en proclamant le principe nous devons prévoir les exceptions, et surtout nous devons mettre le médecin à même d'éviter que ces exceptions ne se multiplient. Il est vrai de dire, en effet, que la navigation n'engendre pas la phthisie; Gilchrist et Laennec l'ont même envisagée comme le remède à cette maladie, ce que nous examinerons plus tard; mais elle peut en favoriser le développement dans certaines circonstances, chez des individus prédisposés à cette funeste affection, ou bien aggraver les symptômes qui déjà peuvent exister, et l'on sait qu'une fois développés, rarement leur marche peut être interrompue. Les cas de phthisie que nous présentent les relevés des médecins navigateurs, appartiennent en effet toujours à des affections constitutionnelles ou anciennes; tel est celui du matelot de l'*Atalante*, que M. Lefèvre crut devoir renvoyer en France, et des deux phthisiques mentionnés par M. Laurencin qui les mit de même à l'hôpital. Comment donc expliquerons-nous l'assertion de Jonhson qui prétend que la phthisie est si fréquente parmi les

matelots, dans la Méditerranée, qu'il en a compté cent cinquante-et-un sur quatre cent cinquante-cinq malades? Il est vrai que la variabilité de température qui règne dans cette mer est la cause principale des maladies de poitrine; mais l'*Atalante* et la *Pallas* naviguaient aussi dans la Méditerranée. De deux choses l'une, ou l'observateur anglais a confondu des catarrhes équivoques avec la phthisie, ou, ce que nous ne pouvons supposer, le gouvernement britannique admet quantité de sujets tuberculeux parmi les équipages, et dans ce cas notre proposition reste entière, puisqu'il y avait affection préexistante, que la navigation n'a fait que développer.

Il ne nous appartient point ici d'examiner quelle est l'origine et la nature des tubercules; ce qu'il nous importe de savoir, c'est que, dans le plus grand nombre des cas, ils se développent consécutivement à une phlegmasie plus ou moins aiguë et répétée de la muqueuse des bronches ou du parenchyme pulmonaire, et que, dans d'autres, ils se forment sans travail phlegmasique appréciable, par suite d'une prédisposition et sous l'influence de certaines causes, parmi lesquelles le froid humide et les variations de température occupent le premier rang.

De ces considérations ressortent des conséquences de la plus haute importance pour le médecin navigateur; c'est que dans le choix des marins destinés aux expéditions longues et pénibles, sous des latitudes polaires ou même tempérées, il devra porter la plus scrupuleuse attention à n'admettre que des hommes dont l'organe pulmonaire offre toutes les conditions susceptibles de le rassurer contre l'invasion de cette funeste maladie; il répudiera les individus à chairs molles, à taille fluette, à poitrine rétrécie, et ceux même qui, doués en apparence d'une constitution plus favorable, sont sujets à s'enrhumer pour la moindre cause et sont affectés d'une toux habituelle qui s'exaspère au plus léger refroidissement.

Mais il ne suffit pas de s'en tenir à ces signes extérieurs, et

soit qu'il s'agisse de choisir des marins, ou qu'il faille donner des soins à ceux qu'on peut soupçonner d'être atteints de phthisie, on procède à l'application des moyens d'exploration.

La percussion ne fournit pas toujours des lumières satisfaisantes : quelquefois, malgré l'existence des tubercules, la poitrine conserve sa sonorité normale, parce que le parenchyme pulmonaire sera lui-même exempt d'altération. D'autres fois la sonorité sera même augmentée, ou parce qu'il existe une caverne vide ou que les vésicules pulmonaires se sont dilatées aux environs des masses tuberculeuses. Cette sonorité est d'ailleurs favorisée par la maigreur des parois thoraciques.

Mais souvent la percussion rend un son mat, ce qui peut tenir soit à l'agglomération en masse des productions tuberculeuses, soit à l'induration du parenchyme pulmonaire ou à la présence d'un épanchement pleurétique.

L'existence des cavités tuberculeuses est parfois indiquée à la percussion par un son particulier de pot cassé, ou par une espèce de tintement métallique qu'on perçoit plus spécialement au-dessous des clavicules. D'autres fois ces cavernes, lorsque le malade parle, impriment aux doigts appliqués sur le point qui leur correspond, une vibration supérieure à celle qui accompagne la voix des personnes dont la poitrine est saine.

Mais l'auscultation fournit des signes plus nombreux, qui pourtant ne sont pas non plus infaillibles. C'est ainsi qu'elle est impropre à révéler les tubercules crus ou même ramollis, sans existence de cavernes, bien que ce ramollissement, selon M. Chomel, soit indiqué par un râle crépitant fin, qui tient au travail inflammatoire du parenchyme voisin.

D'autres fois l'auscultation fournit des signes douteux ou qui n'ont de valeur que combinés avec d'autres, tels sont certains râles, bruits respiratoires, et gargouillements persistants qui se passent dans les bronches.

Les seuls signes positifs que l'auscultation fournisse, sont la

pectoriloquie, phénomène dans lequel la voix du malade semble arriver directement à l'oreille appliquée sur le thorax, et la *respiration caverneuse* ou mieux le *bruit amphorique*, produit par l'inspiration, et qui imite le bruit qu'on détermine en soufflant dans un vase. C'est plus particulièrement sous les clavicules et dans le creux de l'aisselle que ce souffle se fait entendre.

Le plus souvent les malades sont affectés de dyspnée, mais parfois leur respiration est naturelle. Les mouvements du corps, l'ingestion des aliments, les vives émotions augmentent la difficulté de respirer, qui généralement est en raison du développement rapide des tubercules, et surtout des complications de pneumonie, d'épanchements pleurétiques, d'affection du cœur, qui peuvent survenir.

La rougeur des pommettes paraît due autant à la constitution scrophuleuse primitive des individus qu'à l'existence actuelle de la phthisie.

Le début de certaines phthisies est marqué par une petite toux sèche, avec sentiment de démangeaison au larynx; mais il y a des malades qui ne toussent pas du tout.

Cette toux, qui disparaît pour reparaitre encore, reste quelquefois sèche jusqu'à la mort; quelquefois elle cesse d'apparaître par quintes et les crachats sont faciles.

Les crachats de la phthisie sont peu caractéristiques. Au début, lorsque la persistance de la toux, les hémoptysies fréquentes, l'amaigrissement progressif, la fièvre du soir, semblent annoncer les progrès du mal, les crachats n'offrent souvent encore aucun caractère; tantôt ils sont simplement muqueux, d'autres fois ils contiennent des grumeaux, que Bayle comparait à du riz cuit, ou bien des stries jaunâtres sillonnant un mucus incolore ou d'un blanc opaque, caractères qui peuvent exister sans tubercules pulmonaires. Lorsqu'il se forme de larges cavernes, le malade expectore souvent des grumeaux mêlés de pus, qu'on ne peut méconnaître pour des

débris de tubercules; mais le plus souvent ce n'est que peu à peu que la matière tuberculeuse est évacuée; alors elle se présente fréquemment sous forme de masses plus ou moins considérables, qui restent suspendues au milieu d'une sérosité trouble; c'est ce qu'on appelle crachats *floconneux*; *nummulaires*, lorsqu'ils sont arrondis, égaux et isolés les uns des autres, au milieu d'un liquide semblable à une solution de gomme; *composés*, lorsqu'ils présentent des nuances variables de blanc, de gris, de jaune verdâtre, etc.

Enfin il existe une foule de nuances relatives à l'odeur, à la saveur, qui n'ont rien de plus caractéristique, et qui rendent, en définitif, le diagnostic basé sur les crachats fort difficile à établir, lorsqu'on veut les distinguer de ceux produits par les diverses formes du catarrhe; ce qui rend indispensables les lumières fournies par l'auscultation.

Il résulte des observations de M. Andral à qui nous empruntons la plus grande partie de cet article, que parmi les individus qui ont craché du sang à diverses époques de leur vie, un cinquième seulement n'est pas atteint de tubercules pulmonaires. M. Louis professe une opinion encore plus sévère; selon lui l'hémoptysie est un signe certain de phthisie pulmonaire, les tubercules existent déjà lorsqu'elle se présente; ils en sont la cause et non l'effet.

M. Andral admet les distinctions suivantes: la moitié des phthisiques ne crachent du sang que lorsque les tubercules pulmonaires ont déjà donné des signes non douteux de leur existence; chez le tiers des malades l'hémoptysie paraît précéder le développement de ces tubercules et en être le point de départ; enfin un sixième n'a jamais craché de sang.

La fièvre des phthisiques présente des caractères très-variables suivant les dispositions individuelles; chez l'un le pouls s'accélère dès le début, chez l'autre de vastes cavernes existent déjà sans que le pouls présente une fréquence marquée. L'amaigrissement des malades est un symptôme d'une grande

valeur, surtout dans l'absence ou l'ambiguïté des autres signes.

Les complications de la phthisie influent puissamment sur le diagnostic et la marche, qu'elles agissent comme cause ou comme effet. C'est ainsi que la toux et les crachats sont généralement en raison de la bronchite concomittente. Chez les trois quarts des phthisiques observés par M. Andral, le larynx a été trouvé affecté à divers degrés, et, selon M. Louis, l'existence de la phthisie laryngée est une preuve certaine de phthisie pulmonaire, à quelques exceptions près, et qui sont fort rares.

La laryngite chronique peut être le point de départ de la maladie, ou se développer pendant son cours.

Les affections du parenchyme pulmonaire sont souvent plus graves que l'affection tuberculeuse elle-même; la pneumonie peut précéder ou suivre son développement; lorsqu'elle survient pendant son cours, elle est souvent méconnue et négligée, et elle cause la mort prématurée d'un grand nombre de malades; dans tous les cas elle active le travail de tuberculisation. Elle est assez difficile à reconnaître, en ce que le râle crépitant se confond alors avec le râle muqueux ou autres; les crachats n'offrent pas des signes moins douteux, la dyspnée n'est pas toujours augmentée.

Les diverses nuances de pleurésie viennent souvent aggraver le pronostic de la phthisie.

Chez les deux tiers des phthisiques, le cœur subit des altérations qui consistent dans l'hypertrophie et quelquefois l'atrophie de ses parois, ce qui paraît tenir aux embarras de la circulation du sang dans le poumon oblitéré ou détruit dans une certaine étendue; de là l'œdème, la bouffissure, l'impossibilité du décubitus horizontal, l'irrégularité du pouls, etc.

Le tube digestif est, après les poumons, l'organe qui présente les lésions les plus communes chez les phthisiques. Chez les trois cinquièmes, on trouve, après la mort, l'estomac dans un état morbide bien prononcé, le plus souvent chronique, d'où