

Les signes physiques les plus importants sont fournis par l'*auscultation*, qui doit porter principalement sur le sommet des poumons. Les modifications de la respiration consistent en une diminution du murmure vésiculaire qui est faible et indistinct, une rudesse marquée de l'expiration, qui devient en même temps *prolongée* au point d'être beaucoup plus longue que l'inspiration. L'expiration prolongée est ordinairement précédée pendant un certain temps par la respiration *saccadée* portant surtout sur l'inspiration. Lorsque ces phénomènes ont persisté un certain temps, les râles sous-crépitaux et les craquements secs apparaissent au moins dans les grandes respirations et dans les efforts de la toux; certains auteurs considèrent ces bruits comme des frottements dus à la pleurésie sèche concomitante; d'autres les attribuent à la congestion pulmonaire qui précède ou accompagne l'apparition du tubercule. Parmi les symptômes possibles de cette période, il faut encore signaler la *bronchophonie* et la *propagation des bruits du cœur*. La *spirométrie*, bien qu'elle n'ait pas donné tous les résultats que l'on pouvait en attendre théoriquement, a cependant montré que c'était la force de pression inspiratoire qui diminuait dans la phthisie, à l'inverse de ce qui se passe dans l'emphysème (Waldenburg, Küss, Hirtz et Brouardel).

Au début de la tuberculose pulmonaire et avant qu'aucun signe physique certain ait pu être recueilli, le médecin perçoit parfois à l'auscultation des régions sus-claviculaires et sus-épineuses deux phénomènes particuliers qui ont une certaine valeur en tant qu'indices ou signes prémonitoires : c'est le *souffle sous-claviculaire* d'une part, de l'autre la perte du son argentin ou métallique fourni à l'état normal par l'auscultation plessimétrique.

2^e période. — Dans la deuxième période, qui correspond au ramollissement des tubercules, les phénomènes généraux ne sont pas sensiblement différents de ceux du premier stade; ils ne font qu'augmenter d'intensité. L'amaigrissement est considérable et accuse encore davantage les formes squelettiques du thorax. La diarrhée devient persistante et contribue pour sa part à l'épuisement général. La fièvre, présentant toujours une exacerbation vespérale, augmente; la température varie entre 38°,5 et 39°,5 atteignant rarement 40 degrés. Le pouls s'accélère et oscille entre 96 et 120.

Ce sont surtout les phénomènes observés du côté de l'appareil respiratoire qui donnent la mesure des lésions. Les signes fonctionnels s'accusent davantage; la toux devient fatigante par sa fréquence;

la dyspnée s'accroît; l'expectoration est muco-purulente (période de coction). En même temps la matité est plus franche sous les clavicules et dans les deux fosses épineuses, la bronchophonie est plus nette, les vibrations thoraciques sont augmentées.

Le râle sous-crépitant devient humide et donne la sensation de bulles d'air traversant un milieu liquide; d'abord fines et inégales, ces bulles deviennent plus grosses de jour en jour (râles *cavernuleux*); le ramollissement et la fonte des masses caséuses continuant à faire des progrès, les râles deviennent plus bruyants, c'est le *garouillement*.

Il convient aussi de signaler à cette seconde période quelques symptômes particuliers; ce sont des névralgies du trijumeau, des nerfs intercostaux, du sciatique (B. Teissier, Peter), des hyperesthésies cutanées (Perroud, Altemaire) ou musculaires, des douleurs musculaires auxquelles Beau donnait le nom de *métalgies*, plus rarement des anesthésies ou analgésies.

L'otite catarrhale, ou symptomatique d'une carie du rocher s'observe quelquefois chez les tuberculeux; il n'est pas rare qu'elle s'accompagne de paralysie faciale.

Signalons enfin les modifications de pigmentation du masque facial chez les phthisiques; la peau du visage revêt souvent chez eux l'aspect des éphélides de la grossesse (Perroud-Jeannin). Lawson Tait a décoré ces altérations du derme du nom de *myoidema*. Nous croyons pouvoir affirmer que ces altérations de la peau sont fréquentes, surtout chez les malades atteints en même temps de tuberculose abdominale; il existe sans aucun doute un rapport intime entre ces deux localisations symptomatiques.

3^e période. — La troisième période correspond à la formation des cavernes. La fièvre prend un caractère franchement hectique avec des écarts très marqués dans les moyennes quotidiennes, et persiste avec ce caractère jusqu'aux derniers jours de la maladie; il n'est pas rare d'observer alors une décroissance notable de la fièvre due à l'inanition ou à l'asphyxie lente; plus rarement il se produit une élévation terminale sous l'influence probable de la résorption putride (Hanot).

Les signes physiques et stéthoscopiques de la phthisie à cette période ont été remarquablement étudiés par Hérard et Cornil. Les lésions ne sont plus aussi limitées au sommet que dans les deux premières périodes, et il n'est pas rare de les trouver *croisées*, c'est-à-dire plus accusées d'un côté en avant et de l'autre en arrière. La

matité est franche, la résonance nulle, la résistance au doigt très notable; cependant, lorsque la cavité est superficielle et communique largement avec les bronches, on peut obtenir le bruit de *pot fêlé*, si l'on percute fortement pendant que le malade respire la bouche ouverte. Il se peut aussi que la sonorité normale ou exagérée reparaisse au niveau même de la cavité, mais elle est alors entourée d'une zone de matité.

La respiration est *caverneuse* et se caractérise par un souffle, un timbre creux et métallique. Le souffle est parfois rude et comme tubaire (souffle *tubo-caverneux*), ou présente un timbre *amphorique* pour peu que la cavité soit considérable. Il s'accompagne de *râles caverneux*, sortes de râles à grosses bulles inégales, à résonance métallique ou amphorique; ils sont très variables et dépendent du volume de la cavité, de son état de vacuité ou de plénitude, etc. Les bruits les plus divers (gargouillement) peuvent s'entendre dans un poumon tuberculeux. En même temps la voix prend un retentissement spécial également caverneux: à l'encontre de la bronchophonie, elle est articulée et prend le nom de *pectoriloquie* (Laennec); d'après un certain nombre d'auteurs, ce signe serait pathognomonique. Même lorsque le malade parle à voix basse, l'oreille appliquée sur le thorax perçoit nettement ce qu'il dit, comme s'il vous chuchotait dans l'oreille: c'est la *pectoriloquie aphone* (Baccelli), la *voix éteinte* (Barth et Roger), la *voix soufflante* (Woillez), etc.

L'expectoration a été étudiée avec le plus grand soin par Daremberg dans un travail tout récent. Les crachats étaient devenus opaques et non aérés, verdâtres et striés de lignes jaunes de muco-pus; à la période d'excavation ils sont souvent *nummulaires*, *déchiquetés*, et nagent au milieu d'un liquide clair et visqueux comme de la salive. Ils ne sont pas caractéristiques, comme le croyait Niemeyer. On les retrouve en effet assez fréquemment dans la grippe (Graves) et dans la rougeole. Leur forme tient uniquement au liquide dans lequel ils se trouvent (Hérard et Cornil, G. Daremberg). Ils sont assez souvent marqués de petites stries sanglantes, mais, dans les derniers jours, ils perdent leur forme arrondie et constituent une sorte de purée annonçant généralement la période ultime. L'analyse chimique a montré qu'ils contenaient une proportion considérable de matières animales et des phosphates en grande quantité (Bamberger, Marcet, Renk, G. Daremberg). Au microscope on n'y trouve pas de produits tuberculeux, mais seulement un grand nombre de

fibres élastiques (Vogel, Lebert, etc.), indice certain du ramollissement pulmonaire.

Constamment secoué par une toux quinteuse qui nécessite de violents efforts, amène des vomissements et empêche tout sommeil, épuisé par des sueurs nocturnes, tourmenté par une dyspnée intense, forcé de demeurer dans une position amenant le moins rapidement possible la réplétion de ses cavernes par le pus (1), l'infortuné tuberculeux tombe dans un état de marasme et de cachexie profonde. L'amaigrissement est considérable, les muscles du thorax surtout sont très émaciés et laissent ressortir les omoplates sous forme d'*ailes*, les pommettes sont saillantes, les yeux enfoncés dans leur orbite. L'appétit a complètement disparu, la bouche se recouvre souvent de muguet, la diarrhée est continue, la phlegmatia par thrombose marastique apparaît et le malade succombe quelquefois à l'asphyxie.

Parfois les derniers moments des tuberculeux sont marqués par de véritables accès de manie; souvent, il s'agit d'un délire loquace simple qui se développe consécutivement à la suppression brusque de l'expectoration; d'autres fois il s'agit d'un délire érotique qui est extrêmement pénible pour l'entourage du malade (Peter, Hahn).

Mais la tuberculose pulmonaire n'évolue pas toujours d'une façon aussi lente: il existe des malades qui, par suite d'une intolérance particulière de leur organisme ou de leurs organes, voient les lésions de la phthisie pulmonaire se précipiter chez eux avec une rapidité parfois foudroyante: ces faits s'observent surtout chez les diathésiques ou chez les phthisiques héréditaires, chez les individus, en un mot, dont les organes présentent cet état spécial d'éréthisme morbide qui accentue et renforce l'action des fonctions pathologiques.

Quand cette intolérance organique tient à la multiplicité et à la confluence des lésions, on se trouve en présence d'une forme particulière de tuberculose: la granulie, forme infectieuse par excellence et sur laquelle nous n'avons pas à revenir ici, forme qui tue en quelques semaines, — voire même en quelques jours (faits de West et Collin). Quand c'est surtout la résistance de l'organe ou de l'organisme qui est en défaut, on assiste à des évolutions différentes dont les deux types principaux sont principalement la phthisie subaiguë et la phthisie pneumonique.

(1) Instinctivement les tuberculeux se couchent toujours sur le côté où il n'y a pas de lésions, ou, si les deux poumons sont atteints, sur celui où les lésions sont le moins avancées.

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'insolite 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 Dr 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 (Boucharlat), vient s'ajouter à toutes ces causes pour constituer un *état de misère* éminemment favorable à la production de la tuberculose (d'Espine, Boucharlat, 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 suvaigné. 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 fœtal*, 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 sautenant 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 gommées 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 mariniens 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, Herman, 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