

l'hémorragie : la pression mécanique du caillot, et l'imperméabilité d'une portion du poumon qui ne participe plus à l'accomplissement de la fonction respiratoire.

On a beaucoup écrit sur les phénomènes consécutifs auxquels donne lieu le sang ainsi épanché. Lorsque l'extravasation s'est faite dans les cellules aériennes, il est clair que le sang peut être expectoré sans produire d'autres accidents ; et s'il n'y a pas eu en même temps d'hémorragie interstitielle, le malade peut guérir sans conserver aucune trace de cette affection. Dans le cas contraire, le danger est proportionnel à la quantité de sang qui a été versé dans le parenchyme ; si elle est considérable, il peut se faire que l'oblitération très-étendue des cellules aériennes entraîne l'arrêt de la fonction respiratoire, et devienne ainsi une cause de mort. C'est ce qui a eu lieu chez cet homme de notre salle d'en haut : la cessation de l'expectoration sanglante a été chez lui un symptôme funeste. L'hémorragie durait déjà depuis un certain temps ; elle n'était pas circonscrite, elle intéressait l'un des poumons dans sa totalité, et vous pouvez concevoir maintenant quel a été chez ce malade le mécanisme de la mort. L'épanchement et la coagulation consécutive du sang avaient annihilé l'action d'un poumon tout entier.

Vous rencontrerez cependant des cas dans lesquels la vie persiste, quoique du sang coagulé occupe plus de la moitié d'un poumon ; vous verrez cela principalement chez les malades qui sont atteints d'une affection pulmonaire organique. Mais alors la masse totale du sang en circulation est ordinairement peu considérable ; lorsqu'en effet le champ de l'hématose est diminué, il faut de toute nécessité que la proportion de sang qui traverse le poumon tombe au-dessous de la normale, ou bien la circulation est arrêtée.

Quels sont les symptômes auxquels donnent lieu ces épanchements, et l'oblitération des cellules aériennes qui en sont la conséquence ? Quelquefois la mort survient subitement par suffocation ; dans d'autres cas, la terminaison fatale est plus tardive. Plusieurs auteurs ont avancé que le sang épanché agit comme corps étranger, comme irritant, et qu'il détermine un travail inflammatoire ; d'autres ont été encore plus loin, et ils ont dit que le coagulum amène en outre la gangrène et le ramollissement des parties environnantes. Je suis fort sceptique, je l'avoue, à l'endroit de ces diverses propositions.

Dans les autres parties du corps, nous ne voyons pas que les épanchements de sang entraînent d'aussi funestes conséquences. Je ne crains

pas de faire appel à tous les médecins. Qui a jamais vu un caillot sous-conjonctival devenir une cause d'inflammation ? et pourtant, ici, le coagulum est en contact avec un organe doué d'une sensibilité extrême. Ne voyons-nous pas tous les jours le sang épanché dans le tissu cellulaire à la suite de plaies et de contusions, rester tranquillement en place, et être absorbé petit à petit, sans déterminer aucun travail inflammatoire ? Du reste, il est superflu de citer d'autres exemples : tous les pathologistes sont d'accord sur ce point, que des caillots solides peuvent exister dans les poumons, sans que le tissu environnant présente la moindre trace d'inflammation. Voyez encore cette planche de Cruveilhier, que j'ai déjà mise sous vos yeux : sur la limite même des portions solidifiées, les cellules pulmonaires sont indemnes de tout travail inflammatoire, et pourtant les caillots avaient, au moment de la mort, plusieurs jours d'existence. Ne savons-nous pas également qu'un épanchement de sang dans le cerveau peut déterminer une paralysie subite, que le malade peut guérir rapidement, et qu'un caillot peut persister dans le sein du tissu cérébral, sans exciter aucune inflammation ? Il est vrai que, dans bien des cas, l'extravasation de sang dans le poumon est accompagnée de pneumonie, et que les hémorragies cérébrales coïncident fréquemment avec le ramollissement du tissu. Ce fait est incontestable, et je ne le nie point ; mais je pense que ce sont là deux effets d'une seule et même cause : la pneumonie et l'hémorragie pulmonaire, l'épanchement sanguin dans le cerveau et le ramollissement du tissu, sont deux actes distincts du même processus morbide (1).

Que se passe-t-il lorsque la guérison survient après une hémorragie considérable dans le parenchyme pulmonaire ? Si le malade est

(1) On a cité des cas, et Carswell en a même figuré un, dans lesquels on a cru voir une suppuration du coagulum sanguin. Des connaissances plus exactes sur l'évolution rétrograde des caillots nous permettent d'affirmer aujourd'hui qu'il y a eu dans tous ces faits une erreur d'interprétation. On rencontre souvent, en effet, au centre des caillots anciens, une matière semi-liquide, d'une épaisseur variable, d'une couleur blanc jaunâtre ou blanc grisâtre, et au premier abord cette matière représente exactement un petit foyer purulent circonscrit au centre du thrombus ; or il n'y a là en réalité qu'une agglomération de leucocytes.

Quant à la gangrène consécutive à l'épanchement de sang dans le parenchyme pulmonaire, on sait qu'elle n'est pas admise par tous les observateurs.

M. Henri Guéneau de Mussy, entre autres, a contesté qu'il y eût dans ces cas-là une véritable mortification des tissus ; il pense qu'il n'y a là qu'un phénomène chimique de putréfaction, résultant de l'action de l'air sur le sang coagulé ; cette action est facilitée



d'une bonne constitution, si le molimen hémorrhagique ne se reproduit pas, il est probable que, sous l'influence de l'absorption, le tissu est rendu à ses conditions normales. Le travail d'absorption qui succède à l'hépatisation de la pneumonie me porte à croire que les choses se passent ainsi ; je n'ai pas observé directement cette période de réparation, mais d'autres auteurs l'ont décrite, après en avoir suivi les différentes phases. En tout cas, je puis vous affirmer que la portion affectée du poumon reste solidifiée pendant fort longtemps, sans qu'il en résulte aucun symptôme particulier. J'ai vu deux cas de ce genre : dans l'un, la solidification remontait à un an et demi ; dans l'autre, elle avait trois ans de date : les malades n'en étaient nullement incommodés. Tous les deux ont succombé à une affection d'une toute autre nature, et j'ai constaté l'état du poumon par l'autopsie.

On a dit que les individus dont le poumon est solidifié dans une certaine portion de son étendue sont exposés à la phthisie. Cette condition peut hâter la suppuration des tubercules, lorsque la scrofule existe déjà ; mais si la constitution n'est pas contaminée, la consommation qui succède à la solidification du poumon n'est certainement pas de nature tuberculeuse. J'ai donné des soins, il y a quelque temps, à un jeune homme qui, après une apoplexie pulmonaire, a présenté tous les symptômes de la phthisie, à l'exception de la diarrhée. J'ai suivi ce malade jour par jour. Lorsque, après sa mort, j'examinai ses poumons, il me fut impossible d'y découvrir un seul tubercule ; le tissu cellulaire était le siège d'une infiltration purulente généralisée : je voyais là cette lésion à laquelle on a donné le nom de pneumonie suppurative.

Un jeune gentleman de Gardiner street, qui était soigné par feu M. Colles, présentait tous les symptômes ordinaires de la phthisie, et tout le monde pensait qu'il était sous le coup d'une consommation tuberculeuse. Je fus mandé auprès de lui, et après m'être informé des antécédents, je déclarai qu'il s'agissait d'une pneumonie suppurative très-étendue, et non pas d'une tuberculisation. L'autopsie m'a donné raison.

encore par la chaleur animale. Cependant M. Genest a rapporté quelques faits à l'appui de la doctrine opposée, et Rokitansky paraît accepter, pour certains cas au moins, la possibilité d'une véritable *nécrose de l'infarctus hémorrhagique*.

H. Guéneau de Mussy, *De l'apoplexie pulmonaire*, thèse de Paris, 1844.

Genest, *Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène* (*Gaz. médic. de Paris*, 1836).

Rokitansky, *loc. cit.*

(Note du TRAD.)

En résumé, messieurs, après une apoplexie pulmonaire, le malade vit pendant un long espace de temps, avec une portion de poumon complètement solidifiée ; ou bien il est atteint d'une pneumonie qui aboutit à une suppuration interstitielle, et qui donne lieu à tous les symptômes de la consommation tuberculeuse ; ou bien enfin, s'il est scrofuleux, il est exposé à une véritable tuberculisation du poumon.

Il est bien évident que si un individu scrofuleux est frappé d'apoplexie pulmonaire, et se trouve menacé, par cela même, d'une inflammation du poumon, vous verrez se produire chez lui le travail de la tuberculisation au lieu du travail inflammatoire légitime ; vous ne devez pas oublier en effet que, chez les sujets strumeux, toutes les causes qui tendent à irriter ou à congestionner les poumons, développent en même temps la disposition à la phthisie. Il y a quelque temps, nous donnions des soins, le docteur Stokes et moi, à un malade qui avait un épanchement pleurétique à droite, avec congestion des deux poumons et dyspnée considérable. Pendant le cours de cette affection, il se mit à faire des tubercules, non pas du côté de la pleurésie, mais dans le sommet du poumon gauche. Or, cela ne doit point vous surprendre : c'était tout simplement le résultat de la perturbation survenue dans la fonction respiratoire. Soyez assurés que toutes les influences qui troublent la circulation pulmonaire, chez les scrofuleux, ont une tendance extrême à déterminer le travail de la tuberculisation.

Laennec s'est posé cette question : Le crachement de sang peut-il être considéré comme la cause de la phthisie ? A quoi je puis répondre que j'ai vu plus d'un malade succomber à une première attaque d'apoplexie pulmonaire, sans avoir un seul tubercule dans les poumons. En conséquence, cet accident développe la disposition à la consommation, mais il n'en est certainement pas la cause nécessaire. Il en est exactement de même de l'hémoptysie bronchique. Vous savez que les tubercules pulmonaires coïncident fréquemment avec une inflammation de la muqueuse bronchique ; vous savez aussi que cet état de la muqueuse, ainsi que la toux dure et sèche qu'il détermine, est un des premiers symptômes de la tuberculisation des poumons : aussi, dans bon nombre de cas, l'hémoptysie bronchique est l'effet et non la cause du développement des tubercules (1).

(1) Cette opinion est à peu près universellement admise aujourd'hui. M. Andral, qui dans sa *Clinique médicale* avait défendu la doctrine de Morton, a modifié plus tard



Je me suis occupé jusqu'ici de la pathologie générale de l'hémoptysie; je veux maintenant vous parler des causes de cette affection, et j'aborderai ensuite la question du traitement, sans me préoccuper d'une description minutieuse des symptômes, qui sont exposés tout au long dans la plupart des traités de médecine pratique.

Je vous ai dit, messieurs, que je ne partage point l'opinion du docteur Law, touchant la source du sang dans l'hémorragie bronchique. Notre confrère professe que tout ce qui gêne la circulation dans le système des artères pulmonaires produit une hémorragie à la surface des canaux bronchiques; je vous ai exposé les motifs qui m'empêchent d'accepter cette manière de voir. Je vous ai montré également qu'une apoplexie pulmonaire peut être suivie d'une lésion très-étendue du poumon, d'une suppuration interstitielle et de la mort; tandis que, dans d'autres circonstances, il se forme un coagulum dans la trame parenchymateuse, et le malade revient à une santé parfaite. Je vous ai prouvé, en m'appuyant sur des autopsies, que la solidification du poumon, consécutive à l'hémorragie, peut persister pendant des années entières chez les sujets sains, tandis que chez les scrofuleux elle peut devenir le point de départ de la consommation tuberculeuse. Je vous ai signalé cette consommation toute spéciale qui succède à l'infiltration purulente de la trame celluleuse du poumon, sans qu'il existe un seul tubercule. Je vous ai dit enfin qu'un caillot peut rester dans le parenchyme pulmonaire, sans devenir une cause d'irritation,

sa manière de voir: « Du reste, dit-il dans une de ses notes au traité de Laennec, je suis maintenant bien convaincu que, chez la très-grande majorité des phthisiques, les poumons contenaient déjà des tubercules à l'époque où ils ont eu leur première hémoptysie..... L'espèce de phthisie regardée par quelques auteurs comme survenant à la suite d'une exhalation de sang qui aurait eu lieu dans le poumon, celle que Morton avait appelée, d'après cette idée, *phthisis ab hæmoptoe*, est donc au moins une affection des plus rares. En lisant le chapitre où Morton lui-même parle de cette espèce de phthisie, on trouve que la plupart des malades dont il rapporte l'histoire avaient déjà présenté, avant leur crachement de sang, des signes de phthisie, mais que seulement ils n'ont commencé à tomber dans la consommation qu'après avoir eu une hémoptysie. »

Il est de fait que l'hémoptysie, ou, pour mieux dire, l'hémorragie broncho-pulmonaire qui lui donne naissance, ne peut être par elle-même, et en tant qu'épanchement de sang, une cause de phthisie, car la tuberculisation du sang est encore à démontrer. Mais je crois que les notions que nous possédons aujourd'hui sur la genèse des tubercules ne nous permettent pas de contester l'influence fâcheuse du mouvement fluxionnaire actif qui détermine l'hémorragie; celle-ci n'est point directement en cause, c'est vrai, mais le molimen qui la précède peut certainement jouer le rôle de cause occasionnelle chez un sujet prédisposé et non encore tuberculeux. (Note du TRAD.)

et que, lorsqu'on dissèque des poumons ainsi affectés, on trouve le tissu parfaitement sain, jusqu'aux limites mêmes du coagulum, et cela dans des cas où l'épanchement remonte à plusieurs mois (1). D'après cette longue innocuité du caillot sanguin, je ne puis concevoir qu'il devienne jamais une cause d'inflammation; je n'admets pas non plus que le sang épanché puisse se putréfier, et déterminer la gangrène.

Étudions maintenant quelques-unes des dispositions constitutionnelles qui exposent au crachement de sang. On a souvent remarqué que les individus qui sont atteints de cette affection ont eu, pendant l'enfance et pendant l'adolescence, des épistaxis fréquentes; et chez ces personnes l'hémoptysie survient sans cause appréciable, elle n'est accompagnée d'aucune réaction fébrile. Les malades présentent les signes d'un molimen hémorragique; ils éprouvent un sentiment de constriction thoracique; ils ont de l'anxiété, de la dyspnée, de la toux, puis ils rendent par l'expectoration un sang rutilant et écumeux. La quantité de sang est plus ou moins abondante; mais aussitôt que l'expectoration commence, elle soulage. La toux qui précède ou qui suit cette hémoptysie n'est pas très-fréquente.

Tels sont les symptômes caractéristiques de cette hémorragie. Sachez bien, messieurs, que, malgré les assertions contraires de Louis, elle ne prouve nullement l'existence des tubercules, ou un engorgement (*engorgement*) dans le système des artères pulmonaires: en fait, cette hémorragie n'a guère plus de rapport que l'épistaxis, avec une affection des poumons. J'ai connu dans une même famille sept gentlemen qui étaient sujets tous les sept à des hémoptysies subites; ce crachement de sang n'était précédé ni suivi d'aucun symptôme d'affection thoracique. Presque tous ces hommes appartenaient à l'armée, et ils vivaient dans des conditions climatiques très-diverses. Aussi longtemps que l'hémorragie conserve ces caractères, aussi longtemps qu'elle est limitée à la muqueuse bronchique, elle ne fait pas grand mal. Les individus ainsi affectés auront peut-être des hémoptysies nombreuses; néanmoins ils arriveront à un âge avancé,

(1) Je ne prétends point que le sang coagulé persiste dans le parenchyme du poumon, sans s'organiser. Une telle assertion serait certainement inexacte. Je veux simplement dire ceci: une portion du poumon solidifiée par un caillot peut, dans certains cas, rester solide pendant un long espace de temps, et constituer ainsi, dans l'épaisseur de l'organe, un flot imperméable qui ne devient point une source d'irritation pour les tissus environnants. (L'AUTEUR.)



quand bien même ils ne seraient pas dans d'excellentes conditions hygiéniques. Mais, lorsque les dernières ramifications de l'artère pulmonaire prennent part au travail hémorragique, alors commence le danger. C'est précisément ce qui eut lieu chez l'un des hommes dont je vous parlais tout à l'heure. Pendant vingt années, il avait été sujet à des hémoptysies subites et souvent très-violentes ; elles ne duraient que très-peu de jours, et disparaissaient sans laisser aucune trace de leur existence. Tant que l'hémorragie fut purement bronchique, la vie ne fut pas menacée ; mais, à la fin, le siège de l'extravasation sanguine ne fut plus le même, le sang fut versé dans les cellules aériennes et dans le tissu intervésiculaire, et le malade mourut d'apoplexie pulmonaire.

Lorsque cette dernière forme d'hémorragie se manifeste, soyez sur vos gardes. J'ai vu la suspension d'un mélæna abondant, d'un flux hémorrhoidal considérable, amener l'apoplexie pulmonaire et la mort. Alors, en effet, la nature fait effort pour établir un écoulement supplémentaire. Cela se voit très-fréquemment chez les femmes, surtout chez celles qui sont robustes. Par suite de la suppression du flux menstruel, des hémorragies ont lieu sur différents points du corps, affectant de préférence les tissus analogues à ceux qui étaient la siège de l'écoulement supprimé.

Il existe donc une variété d'hémorragie bronchique qui reconnaît pour cause l'arrêt de la menstruation ; vous n'observerez dans cette forme ni toux, ni symptômes pulmonaires. Cette hémoptysie n'offre aucun danger ; elle disparaît comme elle vient, sans laisser de suites fâcheuses ; au reste, il en est de même de toutes les hémorragies supplémentaires des règles. Vous n'avez sans doute pas oublié cette femme que nous avons eue dans notre service de clinique, et qui avait des hématomés parfaitement périodiques à toutes les époques menstruelles. Rien n'est plus commun que cette hémorragie gastrique supplémentaire ; et pourtant il est rare qu'elle soit accompagnée d'une lésion organique, le plus souvent elle ne donne pas même lieu à de la dyspepsie. En thèse générale, cette espèce d'hémorragie est exempte de tout danger. Comme je vous l'ai dit déjà, l'écoulement de sang est dévié de la muqueuse utérine vers la membrane similaire du nez, des poumons, de l'estomac ou des intestins ; il n'a lieu qu'exceptionnellement dans les tissus parenchymateux : aussi, dans les poumons, cette hémorragie supplémentaire aboutit très-rarement à l'apoplexie.

Toutefois cette innocuité n'est absolue que lorsqu'il n'existe aucune

affection, aucune congestion pulmonaire antérieure. Chez Elisa Hems, qui avait, au moment de ses règles, une épistaxis et une hémoptysie, l'hémorragie n'était pas limitée à la muqueuse bronchique, elle s'étendait jusqu'aux cellules aériennes. Le sang rejeté était d'abord rutilant et assez abondant ; puis la quantité diminuait, et le liquide prenait une couleur foncée ; les phénomènes stéthoscopiques démontraient en même temps que le sang provenait des dernières ramifications des bronches et des vésicules pulmonaires. *Or cette femme avait, depuis un an, de la toux et une expectoration muqueuse.*

Quant à l'hémoptysie de l'apoplexie pulmonaire, je me bornerai à vous rappeler (car tous les phénomènes en sont bien connus) qu'elle entraîne après elle de la toux, de la dyspnée, souvent une pneumonie, parfois même la gangrène. Je vous ai déjà dit que je considère ces deux derniers accidents comme le résultat de la cause même qui produit l'hémorragie, et non point comme un effet de cette dernière.

Arrivons maintenant à l'hémoptysie qui accompagne la consommation tuberculeuse. Je vous ai rappelé, messieurs, qu'il y a ici une question litigieuse : Ce crachement de sang est-il la cause ou l'effet de la phthisie ? Si, l'esprit dégagé de toute théorie, nous étudions ce sujet sans idées préconçues, nous verrons que l'hémorragie *consumptive* présente invariablement les caractères d'une hémorragie bronchique, et que le sang a toutes les qualités du sang artériel. C'est parce que les bronches sont le siège de l'irritation, que vous entendez tant de râles bronchiques dans la phthisie ; si alors vous constatez de la bronchite au sommet des deux poumons, tandis que la base est indemne, si cet état morbide persiste, vos soupçons sont naturellement éveillés, et vous arrivez ainsi à découvrir les tubercules : l'existence d'un râle bronchique limité à la partie supérieure de l'un ou des deux poumons, la persistance de ce bruit anormal malgré le traitement le mieux dirigé, la coexistence d'une matité qui, légère d'abord, se prononce de plus en plus, voilà des signes physiques de tuberculisation qui ont une valeur incontestable. Je signale ce fait parce qu'il démontre qu'une bronchite plus ou moins étendue est un des caractères les plus constants de la phthisie.

L'hémorragie bronchique de la consommation est ordinairement peu abondante, le sang trouve une issue facile : aussi ne confondrez-vous pas cet accident avec l'apoplexie pulmonaire. La congestion bronchique qui donne lieu à cette hémorragie se fait souvent à une période très-



peu avancée de la phthisie tuberculeuse. Dans cette occurrence, une hémoptysie abondante peut se reproduire; elle est souvent le premier symptôme qui éveille l'attention sur l'état des poumons. Voilà justement pourquoi l'hémoptysie est souvent regardée à tort comme la cause de la tuberculisation. J'ajoute que les bronches sont aussi la principale source de l'expectoration puriforme qu'on observe chez les phthisiques; nous ne devons pas l'attribuer exclusivement aux cavernes, car la grandeur de ces cavités n'est point en rapport avec l'abondance des matières rejetées.

D'un autre côté, lorsque l'hémoptysie est considérable, on admet qu'elle provient de l'ulcération ou de l'érosion des tuniques artérielles, et l'on rapporte cet accident à l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire. Mais, en vérité, je crois que les choses se passent très-rarement ainsi. Une telle lésion serait extrêmement sérieuse, et elle entraînerait rapidement la mort. Vous trouverez souvent, dans les autopsies, les bronches criblées d'ulcérations, tous les éléments du parenchyme pulmonaire détruits dans une plus ou moins grande étendue, et alors même vous constaterez que les tuniques des artères sont demeurées intactes; la cavité des vaisseaux est oblitérée, et vous les verrez tendus comme des cordes d'une paroi à l'autre de la caverne. Je n'ai pas remarqué non plus que l'hémoptysie tuberculeuse provienne d'une ulcération de la muqueuse bronchique; il se peut cependant qu'il en soit ainsi, lorsque l'ulcération est dans le voisinage de la trachée.

Je n'insisterai pas davantage sur les symptômes de l'hémoptysie qui est liée à la tuberculisation: elle apparaît ordinairement à une période avancée de la maladie; elle est fréquemment amenée par une bronchite et par une toux sèche, et alors elle est en général peu abondante; quelquefois aussi l'hémorrhagie provient d'une caverne, mais dans ce cas encore, en raison de l'oblitération des vaisseaux, elle est ordinairement peu considérable. Quant aux phénomènes qui accompagnent cette hémoptysie, quant aux symptômes de la bronchite grave et de la pneumonie, ils sont facilement reconnus, et ils sont décrits partout.

Cruveilhier professe que les affections du cœur sont une cause fréquente d'hémorrhagie pulmonaire. Cette proposition est vraie dans un grand nombre de cas: il est bien clair que, s'il existe un obstacle sérieux au retour du sang dans l'oreillette gauche, cette condition deviendra le point de départ d'une affection des poumons; et la dispo-

sition des valvules du cœur rend aisément compte de la production d'une hémorrhagie pulmonaire, dans ces circonstances.

Je ne puis quitter ce sujet sans vous présenter encore quelques remarques. Depuis l'époque où Corvisart a écrit son livre sur les maladies du cœur, depuis que Laennec a fait connaître ses admirables découvertes, on en est venu à qualifier de malades tous les cœurs hypertrophiés. Il y a là une exagération évidente: nous ne devons jamais oublier que, dans certains cas, l'hypertrophie, loin d'être le résultat d'un travail morbide, est une sage précaution prise par la nature dans le but de prolonger la vie. Chez l'asthmatique, le cœur augmente de volume, parce que, à chaque accès, un surcroît de travail est imposé au ventricule droit; bientôt cette partie du cœur s'accroît en proportion de la suractivité fonctionnelle qu'elle est contrainte de déployer, et l'hypertrophie a lieu. Le même résultat se produit, dans une certaine mesure, dans le cas de coqueluche, de bronchite ou d'emphysème, lorsque ces affections ont une durée considérable. Si un vieillard, tourmenté depuis longtemps par un catarrhe, devient emphysemateux, il ne tarde pas à être atteint d'une hypertrophie cardiaque, que l'autopsie permet bientôt de constater. Eh bien! dans toutes ces circonstances, regarderons-nous cette hypertrophie comme une affection morbide? Loin de là, cet accroissement de volume du cœur est le seul moyen de prolonger la vie du patient: il en est encore de même dans les affections valvulaires qui permettent la régurgitation. La conséquence pratique de cette manière de voir est d'une haute importance: dans tous les cas de ce genre, en effet, vous devez être très-réservés sur l'emploi de la digitale et des autres remèdes analogues; si vous venez à affaiblir l'action du cœur, les obstacles au cours du sang restant les mêmes, vous nuisez à votre malade, et vous vous opposez directement aux vues providentielles de la nature.

Je ne m'arrêterai pas plus longtemps aujourd'hui sur les causes de l'hémoptysie; plus tard, je vous parlerai de l'influence qu'exercent sur sa production l'engorgement du foie, le purpura ou le scorbut. Je veux aborder maintenant la question du traitement. J'ai à peine besoin de vous dire qu'il doit varier selon la cause de l'hémorrhagie. Dans les hémoptysies secondaires que je viens de vous signaler, vous devez recourir au traitement des hémorrhagies passives; c'est alors, et dans ces cas seulement, que vous devez employer l'opium *dès le début*.

Le plus ordinairement, ce médicament ne trouve son indication que plus tard, au moment de la terminaison de l'hémorrhagie, et lorsque