les inflammations liées à la présence des tubercules. Mais ne les prescrivons que sur une indication vraiment urgente, que de loin en loin, et toujours avec une certaine parcimonie. Car nous ne devons pas perdre de vue qu'elles sont contre-indiquées, en règle générale, et sauf exceptions vraiment impérieuses; qu'elles sont en opposition avec cette indication souveraine qui réclame la médication corroborante. Prodiguer la saignée chez les tuberculeux, chez les poitrinaires, ainsi que le font encore aujourd'hui certains praticiens d'après des systèmes surannés, ainsi que les malades eux-mêmes, dans leur aveuglement, ont trop souvent la folie de le demander avec instance; c'est accroître la débilité vitale, qui est une des conditions les plus propres à favoriser la sécrétion tuberculeuse; c'est hâter le dénouement mortel.

δ. La *révulsion cutanée* (148. A. α.), opérée à l'aide du cautère actuel, des moxas, du séton, des vésicatoires, des cautères potentiels, de la pommade stibiée, etc., doit, de préférence aux saignées, être mise à contribution pour combattre les inflammations tuberculeuses. Si cette médication n'est pas très efficace, au moins ne peut-elle être nuisible.

ε. Enfin, *divers palliatifs* seront employés selon le cas, selon les symptômes prédominans (114. E.). Sulfate de quinine, quand la fièvre symptomatique de l'affection tuberculeuse a un caractère intermittent. Digitale pourprée, pour abattre l'exagération de la fièvre, quand il n'est plus du tout raisonnable de recourir à la saignée. Opiacés, pour calmer la douleur, pour modérer la toux, pour apaiser le dévoiement. Agaric blanc (à la dose de 20 centigrammes tous les soirs), pour arrêter les sueurs nocturnes; et à cet égard je dois dire qu'étant chargé, par intérim, dans les vacances de 1838, du service clinique de M. Chomel à l'Hôtel-Dieu (salles Saint-Bernard et Saint-Augustin), je soumis à l'usage de l'agaric blanc tous les malades évidemment atteints ou suspects de phthisie pulmonaire avec sueurs nocturnes abondantes; je vérifiai les propositions émises sur ce médicament par M. Bisson (132. G. ο.), et je constatai que c'était là un moyen de supprimer ou de beaucoup diminuer les sueurs nocturnes, avec l'inconvénient, il est vrai, de déterminer assez ordinairement un peu de colique et même de la diarrhée.

ARTICLE II.

TURERCULISATION PULMONAIRE.

771. *Bibliographie.* — ARÉTÉE. — (*Des causes et des signes des mal. chron.*) Liv. Ier, chap. VIII, *De la phthisie* (Περὶ φθίσιος). — Chapitre généralement cité comme un chef-d'œuvre de description (150) : phrases tout à la fois concises, aphoristiques et pittoresques.

BENNET. *Vestibulum ad Theatrum tabidorum.* Londres, 1654, in-8°.

— Londres, 1656 (après la mort de l'auteur). — Traité fort loué par Boerhaave. — Plusieurs fois réimprimé, à Francfort, à Leyde, à Leipzig, sous le titre de *Theatrum tabidorum*, *sive Phthiseos, Atrophiæ et Hecticæ xenodochium.*

MORTON. — (*Phthisiologia.* Traité publié à Londres en 1689.) — Lib. II, *De phthisi pulmonari originali;* — lib. III, *De phthisi pulmonari symptomaticâ.* — Dans les *Opera* de Morton. Lyon, 1737, 2 vol. in-4° (t. I, p. 25-155).

BOERHAAVE. — (*Aphorism.*) n. 1196-1213, *Phthisis pulmonalis.* — Voir en même temps les *Commentaires* de Van-Swiéten.

HOFFMANN. — (*Medicinæ rationalis systematicæ*, tom. IV, pars quarta.) Cap. XI, *De affectioue phthisicâ, sive tabe pulmonali.* — — Dans les *Opera* (150), t. III, p. 284.

BAUMES. *De la phthisie pulmonaire.* Paris, 1805, 2 vol. in-8°. (Deuxième édition.) — Ouvrage qui avait remporté, en 1783, le prix proposé sur cette question par la Société royale de médecine.

PORTAL. *Observations sur la nature et le traitement de la phthisie pulmonaire.* Paris, 1809, in-8° (Deuxième édition).

BAYLE (G. L.). *Recherches sur la phthisie pulmonaire.* Paris, 1810, in-8°. Réimprimées dans l'*Encyclop. des sc. médic.;* volume déjà cité plus haut (760), p. 349-500. — Voyez aussi, dans ce même volume (p. 611-56), l'article que Bayle avait composé pour le *Dictionnaire des sciences médicales*, mais qui était resté inédit, n'ayant point été terminé à temps.

LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIme partie, section III, chap. I, *Des tubercules du poumon, ou de la phthisie pulmonaire.*

SCHROEDER VAN DER KOLK. — (*Observationes anatomico-pathologici et practici argumenti.* Fasciculus 1. Amsterdam, 1829, in-8°.) — Pag. 53-147 (*Phthisis pulmonalis*).

ANDRAL. — (*Clinique médic.*, — t. IV, p. 1-376.) — *Observations sur la phthisie pulmonaire.*

COTTEREAU. *De l'emploi du chlore gazeux dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Archives*, novembre 1830.)

TOULMOUCHE. *De l'emploi du chlore dans le traitement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Archives*, avril 1834.)

TROUSSEAU. *De la forme hippocratique des doigts des tuberculeux.* (Dans le *Journ. des conn. médico-chir.*, juillet 1831.) Avec fig.

PIGEAUX. *Recherches nouvelles sur l'étiologie, la symptomatologie et le mécanisme du développement fusiforme de l'extrémité des doigts.* (Dans les *Archives*, juin 1832.)

BENOISTON DE CHATEAUNEUF. *De l'influence de certaines professions sur le développement de la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Annales d'hygiène*, t. VI, p. 1 et suiv.)

LOMBARD (de Genève). *De l'influence des professions sur la phthisie pulmonaire.* (Dans les *Annales d'hygiène*, t. XI, p. 1 et suiv.)

ROCHE. — (Dans le *Dictionn. de méd. et de chir. pratiques*, t. XIII, p. 1-67.) — Article *Phthisie.* — Article très remarquable, et bien digne d'être étudié, surtout en ce qui concerne le traitement, à l'égard duquel M. Roche a su, l'un des premiers, entre les médecins de notre époque, reconnaître et proclamer les droits souverains de la médication corroborante, et tracer habilement les règles fondamentales, ainsi que les dérogations motivées par les indications particulières qui réclament, dans une certaine mesure, l'intervention des émissions sanguines.

CRUVEILHIER. — (*Anat. path.*) XXXIIe livraison, planche v, fig. 3. (Cette figure représente une vaste caverne cicatrisée dans le lobe supérieur du poumon; et l'auteur, à ce propos, nous communique ses *Réflexions sur les cicatrices pulmonaires.*)

HIRTZ. *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la phthisie pulmonaire.* Thèse inaugurale. Strasbourg, 1836, n° 1.

GUILLOT (Natalis). *Description des vaisseaux particuliers qui naissent dans les poumons tuberculeux, et qui deviennent, au milieu de ces organes, les conduits d'une circulation nouvelle.* (Dans *L'Expérience*, année 1838, n° 35)

FOURNET. — Ouvrage déjà cité (46. F. γ.) IIe partie.

PRUS. — Je me fais un devoir de citer ici ce médecin comme s'étant livré, depuis plus de dix ans, tant à Bicêtre qu'à la Salpêtrière, à des recherches sur la curabilité des tubercules pulmonaires, recherches dont les résultats ont été publiés dans la *Revue médicale*, mars 1834, février 1835, décembre 1837, février 1838 et février 1839, et se sont enfin formulés en corps de doctrine dans le mémoire de Rogée, élève de M. Prus.

ROGÉE. *Essai sur la curabilité de la phthisie pulmonaire, ou Recherches anatomico-pathologiques sur la transformation des tubercules et la cicatrisation des excavations tuberculeuses des poumons.* (Dans les *Archives*, juin, juillet et août 1839.)

BRIQUET. *Recherches statistiques sur l'étiologie de la phthisie pulmonaire.* (Dans la *Revue médicale*, février 1842.)

GUYON. *Note sur la phthisie dans le nord de l'Afrique.* (Dans la *Gazette méd.*, année 1842, p. 337-9.)

DUPASQUIER. *Études chimiques sur l'emploi du proto-iodure de fer dans la phthisie pulmonaire.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1842, p. 829-33.) — Le médecin de l'Hôtel-Dieu de Lyon a publié là, en se portant garant de la vérité des faits, et en ajoutant même, de sa propre main, plusieurs notes explicatives, un Mémoire de M. Gilbert-Boissière, son élève : mémoire tendant à établir que ce

sel ferreux posséderait, contre la maladie en question, une efficacité réelle et véritablement curative. C'est là, sans doute, un travail très intéressant, très digne d'attention, encore bien qu'il soit évidemment empreint d'un enthousiasme exagéré, puisque M. Gilbert-Boissière va jusqu'à conclure, — sans être contredit par son maître, devenu son commentateur, — que, sous l'influence de cette nouvelle médicamentation, la résorption des tubercules s'accomplit; effet qui serait vraiment merveilleux, et à l'égard duquel, pour mon compte, je suis, comme on sait (770. B.), fort incrédule. — Voyez, au surplus, dans l'*Annuaire de thérap. pour* 1842 de M. Bouchardat, p. 114-23, les diverses formules que M. Dupasquier a données pour l'emploi de l'iodure ferreux, ainsi que la modification qu'y a proposée M. Félix Boudet.

VALLEIX. — (*Guide du médecin praticien*, — t. II, chap. v.)

LOUIS. *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la phthisie.* Paris, 1843, in-8°. (Dernière édition.) — Monographie vraiment hors de ligne, fruit de l'observation la plus habile et la plus consciencieuse, œuvre trop haut placée dans l'estime du monde médical pour avoir besoin que je la loue et que je la recommande à nos jeunes lecteurs. Mais il est plutôt de mon devoir d'y relever ce qui me paraît être un défaut, une tache; ce que l'exemple d'un si grand observateur pourrait faire accepter à tort, dans l'école, comme un rigoureux principe de logique médicale; je veux dire un certain excès de sévérité envers ce qui est vraisemblable, tout ce qu'il y a même de plus vraisemblable, mais qui n'est pas ni ne peut être démontré numériquement, comme, par exemple, lorsqu'il s'agit de savoir si l'épuisement par l'onanisme et par le coït constitue ou non une condition propre à jouer un rôle actif dans la pathogénie de la tuberculisation pulmonaire. Et, cependant, nous autres praticiens, où en serions-nous, si nous nous avisions de regarder presque comme faux tout ce qui n'est que vraisemblable (6 et 8)? Que répondre à nos malades? Que leur prescrire, en bonne conscience?

RAYER. *Fragment d'une étude comparative de la phthisie pulmonaire chez l'homme et chez les animaux.* (Dans les *Archives de médecine comparée*, année 1843, n° 4, p. 189-219) — Sous ce titre modeste de fragment, titre, sans doute, très exact et très vrai, eu égard à l'immensité que la pathologie comparée ouvre devant nous (4), M. Rayer a tracé un tableau substantiel de connaissances positives sur la phthisie pulmonaire de maintes espèces d'animaux, notamment dans la classe des mammifères, avec d'intéressans rapprochemens par rapport à l'histoire particulière de la

phthisie pulmonaire de l'homme, et avec des inductions non moins lumineuses qu'importantes, surtout en ce qui concerne l'étiologie.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Traité clin. et prat. des mal. des enfans.*) VIIme classe, chap. III, *Tuberculisation des poumons, et lésions secondaires.* — (T. III, p. 219-321.)

FORGET. *Lettre sur la fréquence de la phthisie, relativement aux fièvres intermittentes et continues.* (Dans la *Gazette médicale*, année 1843, p. 422-4.) — Le professeur de Strasbourg réfute, par les résultats de sa clinique, la doctrine de M. Boudin, touchant un prétendu *antagonisme*, ou, pour parler plus clairement, un rapport inverse de fréquence, une sorte d'incompatibilité géographique entre les fièvres intermittentes ou paludéennes et la phthisie pulmonaire, laquelle serait rare, et même à peu près nulle, là où ces fièvres sont fréquentes ou endémiques.

BRICHETEAU. *Sur l'emploi de la paracentèse thoracique dans la phthisie pulmonaire.* (Dans le *Journal de médecine de MM. Fouquier, Trousseau, Beau*, etc., mars 1843.)

BOUDET (Ernest). *Recherches sur la guérison naturelle ou spontanée de la phthisie pulmonaire.* Thèse inaugurale. Paris, 1843, n° 35.)

BECQUEREL (A.) et RODIER. — *Recherches sur la comp. du sang.* Déjà citées (665). — Chap. V, *De la composition du sang dans la tuberculisation des poumons.* (*Gaz. méd.*, n° 50, p. 799-802.)

772. *Résumé historique très sommaire et très bref.* — Sans aucun doute, la phthisie pulmonaire a exercé ses ravages dès les premiers temps qui suivirent la création de notre espèce. Peut-être même cette redoutable maladie avait-elle déjà préludé depuis longtemps, et sévi sur les animaux qui existèrent et peuplèrent le globe avant l'apparition du premier homme, si tant est, comme je le crois, que cette priorité de création n'ait pas été une courte et insignifiante priorité d'à peine vingt-quatre heures, mais qu'elle ait dû mesurer et consommer les siècles par centaines et par milliers (Voir, dans l'*Encyclopédie nouvelle*, mon article *Animal*, § III, *De la création des animaux*, ou *Zoogénie*). Encore bien que la captivité et la domesticité soient aujourd'hui, ainsi que M. Rayer le démontre, les principales causes de la phthisie pulmonaire chez les animaux, l'état de liberté et de vie sauvage, qu'on nomme état de nature, ne constitue pourtant pas pour eux un privilége absolu qui les rende tout-à-fait inaccessibles aux atteintes de cette maladie, susceptible comme elle l'est de se développer sous l'influence de toutes les causes de débilité vitale. Sans aucun doute, encore un coup, pour ne plus parler que de l'homme, la phthisie pulmonaire a dû frapper sur lui, et le condamner à une mort prématurée, dès qu'il fut sujet à la

misère, à la fatigue, aux chagrins et au vice, dès que l'âge d'or et l'Éden ne furent pour lui rien autre chose qu'un mythe, c'est-à-dire, en un mot, je le répète, dès les premiers temps qui suivirent sa création. Toujours est-il que le plus antique monument de la science médicale, que la collection hippocratique nous offre maints et maints passages où la phthisie pulmonaire est déjà parfaitement signalée, non pas, certes, sous le rapport de ses caractères anatomiques, mais sous celui de ses symptômes et de sa marche. Pendant fort longtemps, on demeura dans l'ignorance la plus complète relativement à la dégénérescence organique qui constitue cette maladie. Jusqu'à ce que l'anatomie pathologique eût atteint cette ère de découvertes et de progrès, qui surgit en quelque sorte avec l'ère de notre immortelle révolution de 1789, et où la France, remplissant, pour ainsi dire, en médecine non moins qu'en politique, une mission de glorieuse initiative, tint un rang si haut et si brillant, grâce aux travaux des Bichat, des Corvisart, des Dupuytren, des Bayle, etc.; en un mot, jusqu'à la fin du dernier siècle, on crut et on professa généralement que la phthisie pulmonaire était le résultat d'un ulcère, mais sans bien se rendre compte des altérations anatomiques antécédentes, en vertu desquelles cet ulcère se creusait à l'intérieur du poumon. Willis, Morton, et quelques autres, avaient bien, il est juste de le reconnaître, déjà constaté et proclamé l'existence des tubercules pulmonaires; ils en avaient même entrevu le rôle, mais fort imparfaitement et fort confusément. Enfin, Bayle vint, qui, le premier, donna une bonne description de la tuberculisation pulmonaire, étudiée dans les différentes phases anatomiques par où ce mal passe et s'aggrave successivement. Et c'est sur les traces de Bayle que Laënnec, confirmant et perfectionnant les connaissances recueillies et mises en évidence par son illustre devancier, réduisit à la phthisie tuberculeuse tant et tant d'espèces de phthisies pulmonaires, admises jusque là comme étant essentiellement différentes (phthisie pulmonaire scrofuleuse, phthisie pulmonaire syphilitique, etc.). De plus, et sans compter l'impérissable gloire d'avoir ouvert au diagnostic une nouvelle et féconde source de lumières (car les lecteurs y ont déjà pensé sans que je le leur dise), Laënnec a encore le mérite d'avoir aperçu et démontré que la tuberculisation pulmonaire peut aboutir à guérison par un heureux travail de la nature dans certains cas, très rares, il est vrai, mais bien réels et bien incontestables. A cette anatomie pathologique de destruction, dans le cercle de laquelle s'étaient bornés les recherches de ses prédécesseurs, et qui semblait interdire à tout jamais l'idée de la curabilité, il ajouta cette anatomie pathologique de restauration, qui nous relève d'un semblable désespoir, et qui, en nous montrant ce que peut aujourd'hui la nature, — agissant seule, ou n'étant aidée en cela par l'art, si elle l'est, qu'à notre insu, et d'une manière

aveugle, — nous donne droit de penser qu'un jour ou l'autre, dans un avenir peut-être plus prochain qu'on ne se l'imagine, l'art, muni de nouvelles lumières et de moyens nouveaux, pourra seconder intelligemment et efficacement la nature, et multiplier ainsi les cas de guérison. Cette consolante doctrine de la curabilité de la tuberculisation pulmonaire, notre époque la voit se fortifier et s'agrandir, grâce surtout aux observations de MM. Cruveilhier, Prus, Sandras, Rogée, Boudet, etc.

773. *Synonymie.*—Phthisie pulmonaire,—et même tout simplement Phthisie, sans épithète et par excellence : pour tous les cas indifféremment, chez presque tous les auteurs d'aujourd'hui, et dans le langage de presque tous les praticiens, encore bien que le terme de phthisie ne soit applicable, dans la rigueur littérale de l'étymologie (764), que lorsque la tuberculisation pulmonaire en est venue à produire l'amaigrissement et la fièvre hectique. — Pulmonie : chez quelques auteurs d'autrefois, et notamment chez Alibert (fam. V, *Pneumonoses*, genr. VIII, dont quatre espèces répondent à notre tuberculisation pulmonaire, savoir : l'espèce 1re, *Phthisie tuberculeuse ;* l'espèce 2e, *Phthisie granulée*, qui est la *phthisie granuleuse* de Bayle, la tuberculisation à l'état de granulations grises ; l'espèce 3e, *Phthisie glanduleuse*, phthisie des scrofuleux, c'est-à-dire de ceux qui ont des engorgemens ganglionnaires ; enfin, l'espèce 8e, *Phthisie ulcérée*, qui n'est qu'un degré, une période du mal, et non pas véritablement une espèce légitime). — Pneumophthisie : voilà ce que je dirais volontiers, n'était que j'ai toujours quelques scrupules en fait de néologisme (30.).

Les malades sont dits *pulmoniques*, *poumoniques*, *poitrinaires*, *phthisiques*.

774. *Remarques concernant le siége des tubercules pulmonaires.* — A. Nous ne discuterons pas tout au long la question de savoir en quels élémens du parenchyme pulmonaire s'opère précisément le dépôt de la matière tuberculeuse. Est-ce, comme quelques uns l'ont soutenu, et, entre autres, M. Cruveilhier, dans la cavité même des vésicules pulmonaires ? Est-ce, au contraire, dans le tissu cellulaire subjacent à la muqueuse bronchique, ou bien dans le tissu cellulaire intervésiculaire ? Question aussi oiseuse que subtile ! Question impossible à résoudre par une inspection directe ! Mais, entre les deux opinions que je viens de présenter, l'analogie ne permet guère de demeurer en suspens ; elle tend à proscrire la première opinion, et à ne voir rien de vrai en dehors de la seconde.

B. Ce qu'il y a de très positif, ce que l'observation clinique et nécroscopique ne cesse de vérifier journellement, c'est que, en règle générale, les tubercules ne se produisent pas d'emblée, et d'un seul jet, dans la totalité du poumon, mais bien par éruptions successives, qui, variables à l'infini sous le rapport de l'étendue chaque fois envahie, comme aussi sous le rapport de la rapidité ou de la lenteur qu'elles mettent à se suivre, ont pour loi à peu près constante, du moins chez les adultes, de procéder du sommet à la base. La tuberculisation générale et simultanée des deux poumons est un cas, non pas impossible, non pas inouï, mais assurément très rare, eu égard à l'extrême fréquence de la phthisie pulmonaire. Chez les enfans, la tuberculisation débute assez fréquemment à la partie moyenne ou à la base du poumon. Chez les adultes, au contraire, un tel début est tout ce qu'il y a de plus exceptionnel ; l'éruption des tubercules commence généralement par le sommet du poumon, puis se propage en descendant de proche en proche : de telle sorte, par exemple, que l'autopsie montrera le poumon creusé, en haut, de cavernes étendues ; un peu plus bas, des cavernules et des tubercules ramollis ; plus bas encore, des tubercules crus ; au-dessous de ceux-ci, rien que des granulations grises ; et, enfin, à la base du viscère, un parenchyme parfaitement sain.

C. Laënnec professait, et les observateurs venus après lui ne l'ont pas démenti, que le poumon droit a plus de disposition que le gauche à se tuberculiser ; que, le plus ordinairement, c'est ce poumon-là qui éprouve les premières atteintes du mal, et qui, par conséquent, aussi, offre, chez la majorité des sujets, la tuberculisation la plus étendue et la plus avancée. Tout en admettant cette différence, comme parfaitement exacte pour les cas où les deux poumons sont tous deux attaqués, l'école de M. Louis enseigne, sur la foi des relevés statistiques qu'elle a jusqu'ici recueillis et rassemblés, que, pour ce qui est des cas dans lesquels la tuberculisation reste exclusivement bornée à un seul poumon, le poumon gauche est celui qui doit être proclamé comme le plus susceptible de se tuberculiser.

775. *Symptomatologie.* — Il serait difficile, pour ne pas dire impossible, de tracer un tableau symptomatologique qui fût en raccourci la représentation exacte de tous les cas de tuberculisation pulmonaire. Une description telle que celle d'Arétée, tout admirable qu'elle est, ne peut embrasser qu'un certain nombre de cas, pas même assurément le plus grand nombre ; elle ne résume pas tout ; loin de là, elle ne fait que poser le type de ce qu'on nomme ensuite fort arbitrairement une phthisie régulière. La maladie présente, en effet, tant et tant de variétés par elle-même, sans compter les complications qui en modifient plus ou moins profondément l'aspect ! Les symptômes doivent varier et varient, soit qu'on les considère en eux-mêmes, soit dans leurs combinaisons et leur mode de succession, d'abord et principalement selon les mille et une circonstances diverses que la tuberculisation même peut offrir sous le rapport de son siége, de son étendue, de sa marche rapide ou lente, de

sa production simultanée ou successive, etc., etc.; en second lieu, selon le degré de sensibilité, les réactions sympathiques et la résistance vitale, toutes choses fort peu semblables entre elles d'individu à individu. Comment ramener tout cela à un seul et unique type? Décrirons-nous, de préférence, à l'instar des anciens, une phthisie pulmonaire régulièrement divisée en trois degrés, au point de vue de la gravité toujours croissante des symptômes (1° *Phthisis incipiens;* 2° *Phthisis confirmata;* 3° *Phthisis desperata*)? Mais cette description ne donnerait idée, ni de la phthisie galopante, — ni de celle qui, au lieu de marcher sans interruption de mal en pis, ne conduit au tombeau qu'après des alternatives de relâche, de convalescence et de rechute, — ni des cas, non plus, dans lesquels la tuberculisation s'arrête pour toujours, et guérit parfaitement, même après la formation d'une assez large caverne. Choisirons-nous plutôt, pour base d'une description générale des symptômes et de la marche de ce que nous nommerions une phthisie régulière, le point de vue anatomique des divers degrés d'altération par où passe une portion donnée de poumon, une éruption de tubercules s'étant une fois faite d'un seul jet, ou à peu près! De ce point de vue, qui, au premier abord, semble si positif et si sûr, bien des auteurs contemporains, et, entre autres, Fournet (*op. cit.*, p. 404 et suiv.), posent en symptomatologie une division soi-disant classique de la phthisie pulmonaire, en trois périodes que voici : 1° une période initiale, qui dure depuis l'éruption des tubercules jusqu'à leur ramollissement; 2° une période constituée par le travail de ramollissement de la matière tuberculeuse; 3° une dernière période, pendant laquelle se forment les cavernes. Mais, en vérité, est-ce là une exacte expression de la réalité, en ce qui concerne la majorité des cas? Nous n'hésiterons pas à répondre négativement; car, le plus ordinairement, les tubercules envahissent le poumon, non pas d'un seul jet, mais par éruptions successives. D'où il résulte que les malades ont tout à la fois des tubercules crus, des tubercules en voie de ramollissement, et des cavernes; et, de là, une complexité presque constante dans l'ensemble symptomatique de la maladie, au lieu de ces formes simples et nettement caractérisées, que les livres nous décrivent comme propres à chacune des trois périodes ci-dessus indiquées. Concluons, en un mot, que, dans toutes les descriptions générales, arbitrairement posées comme type de la maladie, il peut y avoir du vrai; mais que le vrai n'y est jamais tout entier. Mieux vaut donc examiner analytiquement les principaux symptômes, soit locaux, soit généraux, de la phthisie pulmonaire, puis remarquer les particularités les plus importantes qui concernent la marche de cette maladie. Et c'est ce que nous allons faire.

A. *Symptômes locaux :* ce sont, selon le cas, 1° en fait d'habitude extérieure, quelquefois la déformation du haut de la poitrine, le plus ordinairement la matité sous-claviculaire, et d'autres fois, mais assez rarement, certains autres phénomènes de sonorité anomale à la percussion; 2° en fait de perturbations fonctionnelles, les douleurs thoraciques, la dyspnée, la toux, l'expectoration hémoptoïque, glaireuse, purulente ou autre; 3° en fait d'auscultation, l'affaiblissement ou la nullité du bruit respiratoire, la respiration jacksonienne, bronchique, caverneuse, amphorique; les râles sous-crépitant, muqueux, caverneux; le tintement métallique, la bronchophonie et la pectoriloquie (46. F. γ). Reprenons ces symptômes un à un, pour en apprécier le rôle et la valeur.

α. Et d'abord, qu'est-ce donc *que la déformation du haut de la poitrine*, en tant que symptôme véritablement, essentiellement local, c'est-à-dire, lorsqu'elle est autre chose qu'un simple détail de l'état général; autre chose qu'un résultat de l'amaigrissement et du marasme; autre chose, en un mot, que la conséquence naturelle de l'atrophie des parties molles qui revêtent le thorax, et qui se sont amincies et, pour ainsi dire, consumées au point de laisser voir les saillies et les formes du squelette? Dans le sens où nous prenons le symptôme en question, voici ce qu'il en est. Lorsque le sommet du poumon se trouve en partie détruit, diminué de volume, affaissé sur lui-même par suite des excavations qui ont succédé au ramollissement de la matière tuberculeuse, il est clair que, par horreur du vide, comme aurait dit l'antiquité, ou, pour parler scientifiquement, par l'effet de la pression atmosphérique, les parois thoraciques éprouvent un retrait proportionné à l'affaissement du parenchyme pulmonaire. De là, une dépression extraordinaire de la région sous-claviculaire; dépression quelquefois très apparente, et qui saute aux yeux, particulièrement dans le cas où elle n'existe que d'un seul côté, le poumon de l'autre côté n'étant que peu ou point altéré. Le côté resté normal, ou à peu près, fait le plus frappant contraste, et, passez-moi le terme, jure visiblement avec le côté ainsi déformé. Si, au contraire, les deux poumons se trouvent tous deux atteints en même temps et au même degré, le symptôme en question est alors moins visible, moins facile à constater et à saisir d'un premier coup d'œil, quoique, bien certainement, il y ait une diminution réelle de la circonférence du thorax. Ai-je besoin, d'ailleurs, de faire remarquer que ce symptôme doit être relativement rare, puisqu'il ne peut exister qu'à la condition d'un degré très avancé d'altération anatomique dans le poumon tuberculisé?

β. La *matité sous-claviculaire* est un des symptômes les plus ordinaires de la tuberculisation pulmonaire. Elle existe toutes les fois que le sommet du poumon se trouve engorgé d'une quantité considérable de matière tuberculeuse crue ou ramollie. Mais, si les tubercules, quoique

nombreux, sont disséminés à d'assez grandes distances dans un parenchyme encore très perméable à l'air, la matité fera défaut. Au surplus, cette matité est tantôt absolue, tantôt relative. J'appelle matité absolue, celle qui est si prononcée, si en désaccord avec la sonorité normale du thorax, que l'observateur la reconnaît aussitôt pour ce qu'elle est, sans avoir besoin de percuter comparativement l'autre côté. J'appelle, au contraire, matité relative, celle qui n'est pas très marquée par elle-même, et qui se reconnaît surtout par le moyen de la percussion comparative, l'une des régions sous-claviculaires rendant un son plus clair que l'autre région qui correspond au poumon seul tuberculisé, ou le plus tuberculisé. Il va sans dire que ces différens degrés de la matité sont en rapport avec la plus ou moins grande confluence des tubercules, avec le plus ou moins de perméabilité que l'engorgement tuberculeux laisse subsister dans le parenchyme pulmonaire. De plus, la matité sous-claviculaire se montre dans un espace plus ou moins étendu, règne jusqu'à la deuxième, troisième ou quatrième côte, et même plus bas encore, selon l'étendue même que l'engorgement tuberculeux occupe dans le poumon. Lorsque ce n'est point par le sommet du poumon que survient la tuberculisation, mais par quelque autre endroit du viscère, ainsi qu'il arrive assez fréquemment chez les enfans, en pareil cas, il n'est pas impossible, mais, assurément, il est rare qu'un engorgement tuberculeux pur et simple, sans hépatisation pneumonique concomitante, suffise pour donner à la percussion, exercée sur les points correspondans des parois thoraciques, une véritable matité, une matité évidente et caractéristique.

γ. La *sonorité tympanique*, ou plus claire que la sonorité normale, peut survenir et se rencontrer là même où existait auparavant une matité sous-claviculaire plus ou moins prononcée : c'est lorsque l'engorgement tuberculeux se trouve transformé en une caverne, contenant, comme de raison, une certaine quantité d'air. Ce retour, cet excès de sonorité, se font particulièrement observer dans le cas où la caverne est située près de la périphérie du poumon, et où elle n'est pas séparée de la paroi thoracique par une trop grande épaisseur de tissu pulmonaire tuberculeux induré, hépatisé, en un mot, non aéré. Gardons-nous donc bien de commettre une erreur où des praticiens inexpérimentés se sont laissés quelquefois tomber, et qui consiste à voir là un symptôme d'amendement, de résolution, de retour du parenchyme à l'état normal, tandis qu'au contraire le mal n'a fait que s'aggraver.

δ. La *sonorité métallique*, c'est-à-dire tout-à-fait comparable à celle d'un vase de cuivre ou de quelque autre métal qui tinte sous un léger choc, s'offre quelquefois à la percussion dans des cas analogues à celui qui précède (γ.). Les conditions particulières qui concourent à produire cette sorte de sonorité sont encore enveloppées de mystère. Ce qu'il y a

seulement de certain, c'est qu'il faut que la caverne soit grande et qu'elle avoisine la paroi thoracique.

ε. Pareillement, le *bruit de pot fêlé* ne peut exister que lorsque la caverne est vaste et voisine de la surface thoracique, sans qu'on puisse non plus en donner une explication physique complétement satisfaisante. Seulement, à en juger d'après ce que j'ai vu, il me paraîtrait qu'il faut, pour le bruit de pot fêlé, une caverne qui, par suite des adhérences contractées intimement entre le poumon et la plèvre costale, fasse corps en quelque sorte avec les parois de la poitrine.

ζ. Les *douleurs thoraciques* n'ont absolument rien de constant; et, sous ce rapport, combien n'y a-t-il pas de variétés à signaler dans l'histoire de la tuberculisation pulmonaire! La présence de ces douleurs n'est nullement un phénomène essentiel à la maladie. Loin de là, souvent elles n'apparaissent que peu ou point, et à peine le malade accuse-t-il un sentiment de malaise obscur, de gêne et d'embarras dans le côté affecté. D'autres fois, au contraire, surtout chez les individus très nerveux, il y a, dès l'invasion de la tuberculisation, une sensation plus ou moins cruelle de chaleur, de déchirement, d'élancement, soit au-dessous du sternum, soit, plus communément, entre les deux épaules : c'est là un symptôme, non pas caractéristique assurément, mais qui n'en est pas moins digne d'attention. C'est ici le cas de parler, en outre, de ces points douloureux dont, de temps à autre, les poitrinaires sont atteints dans diverses régions du thorax, et qui sont l'effet et l'indice des pleurésies partielles en vertu desquelles s'accomplissent les nombreuses adhérences du poumon tuberculeux avec la plèvre costale. Quelquefois, mais pas toujours, la percussion, exercée sur la région qui correspond à la portion de poumon tuberculeux, éveille de la douleur : à plus forte raison augmente-t-elle et rend-elle plus apparente la douleur qui se faisait sentir là auparavant.

η. La *dyspnée* est un symptôme à peu près constant, quoique avec de grandes variétés. Dès le début du mal, il est rare que déjà le malade ne se sente pas plus sujet à s'essouffler que par le passé. Quand la tuberculisation envahit, par exemple, d'une façon suraiguë les deux poumons tout à la fois, la dyspnée se montre sur-le-champ très considérable; elle ne tarde pas à prendre le caractère de dyspnée suffocante dans toute la rigueur du terme; et c'est par elle, et par elle seulement, que le malade meurt dans une sorte d'asphyxie, avant même qu'aucun des nombreux tubercules dont ses poumons se trouvent farcis ait commencé à se ramollir. Lorsque, au contraire, les poumons ne se tuberculisent que peu à peu, et de telle sorte que le malade s'habitue successivement et à la longue à n'avoir qu'un seul poumon, qu'un demi-poumon de bon pour les besoins de la respira-