tion, la dyspnée est peu fatigante, quelquefois même à peine aperçue, à peine sentie par le malade; elle ne s'exaspère et ne devient pénible que dans la dernière période de la maladie et aux approches du dénouement mortel.

θ. La *toux*, au début de la tuberculisation pulmonaire, est ordinairement une petite toux sèche, que la plupart des malades rapportent au larynx comme au point de départ d'où ils la sentent provenir; mais déjà, sous cette forme bénigne, elle ne laisse pas que d'être, dans bien des cas, incommode et fatigante, en ce qu'elle se répète à tout moment et pour la cause la plus légère, à la moindre impression de froid, par exemple, ou à la suite d'une conversation tant soit peu animée, etc. A un degré plus avancé du mal, la toux devient encore plus fréquente et plus pénible, souvent sous forme de quintes extrêmement douloureuses, et sans occasion survenue accidentellement, mais bien par le seul fait de l'irritation ressentie à l'intérieur de la poitrine. Tantôt la toux continue longtemps de rester sèche; tantôt il ne tarde pas à se produire, avec ce redoublement de toux, une expectoration dont la nature peut être fort variée, et qui va faire ci-après (ι) l'objet d'un examen à part. Quelquefois la toux, après avoir été très violente, très cruelle pendant l'état de crudité et le ramollissement des tubercules, diminue considérablement, ou même vient à cesser, à mesure que les cavernes se creusent davantage et ouvrent une voie facile d'élimination à la matière tuberculeuse. Enfin, il faut bien le savoir, il y a des cas, rares il est vrai, dans lesquels les tubercules pulmonaires naissent, se multiplient, se ramollissent sans l'accompagnement d'une toux tant soit peu notable et vraiment digne d'être qualifiée de toux morbide.

ι. Quant à l'*expectoration*, elle offre, je le répète, de grandes variétés. Dans un certain nombre de cas, c'est une hémoptysie (230. B.) qui, précédée ou non par une longue ou courte période de toux sèche, constitue le premier phénomène d'expectoration que la tuberculisation pulmonaire fasse naître, tandis que dans d'autres cas ce même symptôme vient se surajouter à une expectoration catarrhale déjà établie depuis plus ou moins longtemps. Assez ordinairement, au début du mal, les quintes de toux n'amènent rien qu'une sorte de pituite limpide, salée, légèrement visqueuse, mais parfois en très grande abondance. Mais tôt ou tard la bronchite, inévitable accompagnement de la tuberculisation pulmonaire, produit une quantité plus ou moins abondante, souvent énorme, de crachats glaireux ou même puriformes. Généralement ces crachats ne se trouvent pas confondus en une seule et même masse dans le crachoir où le malade les rejette et les laisse accumuler; mais ils se montrent là à l'observation sous forme de petites



masses opaques, arrondies, jaunâtres ou verdâtres, et, pour ainsi dire, comme autant d'îlots au milieu d'un liquide pituiteux. C'est là ce que l'on nomme des *crachats nummulaires* (de *nummulus*, petit écu, petite pièce de monnaie). Or, s'il est vrai de dire que les crachats nummulaires sont un des attributs ordinaires de la pneumophthisie, toujours est-il, nous devons aussi le reconnaître hautement, qu'ils n'en sont pas un attribut caractéristique; car, après tout, ils ne sont pas autre chose que le produit de la bronchite concomitante. En règle générale, donc, la bronchite est la principale source de l'expectoration abondante qu'un poitrinaire peut fournir journalièrement; et voilà pourquoi cette expectoration est si rarement, si malaisément propre à servir de signe pathognomonique. Vaine et trompeuse recherche que celle à laquelle on attachait jadis une certaine importance, et qui consiste à voir si les crachats suspects surnagent ou non, quand on les laisse tomber dans de l'eau ordinaire ou dans de l'eau salée! Sans doute, les crachats glaireux surnagent et les crachats purulens vont au fond de l'eau. Mais, d'une part, tant que les tubercules sont à l'état cru, tant que le travail de ramollissement n'en est pas venu à créer plusieurs petits foyers de suppuration dans l'intérieur du poumon, les poitrinaires peuvent ne présenter qu'une expectoration purement glaireuse. Et, d'autre part, il est des cas de bronchite chronique pure et simple dans lesquels l'expectoration est purulente (510. C.). Vainement encore a-t-on prétendu mieux réussir, par le moyen des réactifs chimiques, à distinguer les crachats des catarrheux et des poitrinaires. Prétention à peu près impossible à réaliser, puisque, encore un coup, au point de vue de l'expectoration, le poitrinaire n'est, la plupart du temps, rien qu'un catarrheux, ou peu s'en faut. Sans doute, dans le deuxième et dans le troisième degré anatomique de la tuberculisation, la matière tuberculeuse ramollie et le pus des excavations pulmonaires viennent se mêler au produit de la sécrétion bronchique. Mais, d'abord, pour ce qui est du pus, ai-je besoin de redire que les crachats purulens n'ont rien de vraiment caractéristique? Quant à la matière tuberculeuse, elle échappe assez généralement aux regards de l'observateur, cachée et perdue comme elle l'est au sein de cette expectoration glaireuse ou purulente dans laquelle elle n'entre qu'en très petite proportion, que pour un millième, par exemple, suivant l'évaluation de Laënnec (*loc. cit.*, pag. 687), que pour un cent-millième, ou peut-être moins encore, et, comme de raison, à l'état de division extrême. Mais quelquefois les crachats nous présentent la matière tuberculeuse sous forme de grumeaux blanchâtres ou de filets vermicelliformes, de manière à la laisser parfaitement reconnaître. A ce propos, il est bon d'être averti qu'au premier aspect il serait fa-

cile de confondre avec les grumeaux de matière tuberculeuse certains grumeaux de matière sébacée qui, chez quelques sujets, sont fournis en abondance par les amygdales. Voici les différences propres à empêcher une semblable méprise : 1° écrasée entre les doigts, la matière sébacée donnera une odeur fétide, tandis que la matière tuberculeuse restera inodore ; 2° celle-ci ne graissera pas non plus, comme celle-là, le papier sur lequel on l'aura soumise à l'action de la chaleur. Ainsi donc, la tuberculisation pulmonaire a bien, comme la pneumonie, ses crachats pathognomiques ; mais, au rebours de la pneumonie, c'est à titre d'exception plutôt qu'à titre de règle. Quelquefois il arrive aux poitrinaires d'expectorer tout-à-coup, et en guise de vomissement, une abondante quantité de pus, mélangé ou non de sang, avec ou sans grumeaux tuberculeux : c'est ce qu'on appelle une *vomique*, phénomène dû, en pareil cas, à ce qu'une caverne, jusque là restée close ou à peu près, vient à s'ouvrir, par suite des progrès de l'ulcération pulmonaire, une issue assez large dans les voies bronchiques. Et il est des cas dans lesquels une semblable expectoration se renouvelle périodiquement, — tous les jours, par exemple, — et évacue ainsi d'un seul coup le pus qui s'est produit et amassé dans la caverne. Quelquefois, mais rarement, très rarement, il arrive qu'un poitrinaire rejette avec ses crachats quelques débris de tissu pulmonaire ; il y a donc un peu de vérité dans cette locution du vulgaire qui répète banalement que les poitrinaires *crachent leurs poumons*. Dans le cours de la maladie, on voit l'expectoration, non seulement changer souvent de nature et d'aspect, mais parfois se supprimer tout-à-fait pendant des semaines, des mois entiers que la toux redevient sèche comme au début, ou bien cesse elle-même complétement. Quand la tuberculisation est à un degré très avancé, quand le poumon est creusé de grandes cavernes ou de nombreuses cavernules, l'expectoration se présente le plus communément sous forme de purée grisâtre ou rougeâtre, tantôt inodore, tantôt fétide. Quand le malade approche de sa fin, il n'est pas rare que l'expectoration se supprime, soit que la force manque pour expulser les crachats, soit qu'il y ait résorption du pus et du mucus puriformes, soit que les sécrétions morbides cessent de se faire. Mais même, indépendamment de ces cas de débilité ultime et de mort prochaine, on a quelquefois observé une absence complète de toux et d'expectoration chez des individus qui portaient des cavernes tuberculeuses en plein travail d'ulcération. Enfin, je dois signaler au lecteur une expectoration, fort extraordinaire, assurément, mais qui a été observée chez quelques poitrinaires : c'est l'expectoration d'un plus ou moins grand nombre de calculs qui n'étaient, il n'y a pas de doute à cela, rien autre chose que de la matière tuberculeuse pétrifiée. Un des exemples les plus remarquables en ce genre est celui qu'on lit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, article *Cas rares* (t. IV, p. 216) : il s'agit d'un phthisique de New-York, lequel, huit mois avant sa mort, expectora plus de deux cents petites pierres, irrégulières de forme, dures, couleur gris d'ardoise, et que l'analyse chimique démontra être principalement composées de phosphate de chaux.



κ. A l'auscultation, le *bruit respiratoire faible ou nul* est ce qui s'observe dans quelques cas, mais moins fréquemment, toutefois, qu'on ne serait porté à le prévoir et à le penser de prime abord, moins fréquemment qu'il n'arrive de rencontrer quelque autre phénomène stéthoscopique d'entre ceux que nous allons passer en revue ci-après. Car il faut, pour cela, qu'au-dessous du champ d'auscultation que l'oreille vient à embrasser sur la surface de la poitrine, le poumon ne soit plus qu'une sorte de masse tuberculeuse à peu près également compacte dans tous ses points, et dans laquelle l'air ne pénètre plus ou presque plus. Inutile de dire qu'en pareil cas la matité ne manque pas non plus de se trouver là.

λ. La *respiration jacksonienne*, ce prélude de la respiration bronchique, est le phénomène stéthoscopique qui se montre en coexistence avec les premiers développemens d'un état tuberculeux du poumon. Bien souvent elle peut être constatée par une oreille exercée, avant que la moindre apparence de matité sous-claviculaire puisse être saisie par la percussion la plus habile et la plus délicate. C'est surtout par l'auscultation comparative des deux côtés de la poitrine qu'on réussit à bien reconnaître la respiration jacksonienne. C'est après avoir écouté, par exemple, au-dessous de la clavicule gauche, le bruit respiratoire resté normal ; c'est après avoir attentivement observé là le bruit d'inspiration et le bruit d'expiration dans leurs rapports naturels de durée et d'intensité, que le praticien trouvera d'autant plus frappante, dans la région sous-claviculaire droite, une interversion pathologique de ces rapports, en un mot, une expiration prolongée et devenue plus bruyante.

μ. La *respiration bronchique* succède à la respiration jacksonienne lorsque, dans la portion de poumon atteinte de tuberculisation, les tubercules sont encore plus nombreux, plus gros, plus serrés, de manière à laisser peu d'espace accessible à l'air, mais toutefois sans que toutes les ramifications bronchiques y soient comprimées et affaissées au point de ne plus être perméables, auquel cas on observerait la nullité ou l'extrême faiblesse du bruit respiratoire (κ). La respiration bronchique peut fort bien aussi, dans bon nombre de cas, être due à l'existence de cavernes, mais encore trop petites ou trop profondément situées pour

produire une respiration caverneuse bien caractérisée. Quoi qu'il en soit, la respiration bronchique ne peut guère exister dans la région sous-claviculaire, que déjà la matité n'y existe aussi à un degré plus ou moins prononcé.

ν. La *respiration caverneuse* se montre, cela va sans dire, là où existe une caverne pulmonaire assez vaste, et qui ne se trouve pas remplie de pus ou de mucosités à l'instant de l'auscultation.

ξ. La *respiration amphorique* est un phénomène qui peut aussi se présenter, quoique plus rarement que la respiration caverneuse pure et simple, dans le cas où le poumon se trouve creusé d'une caverne vaste.

ο. Le *râle sous-crépitant*, indépendamment de ce qu'il peut se produire comme symptôme de la bronchite concomitante des tubercules pulmonaires, paraît évidemment se lier au travail de ramollissement de ces corps hétérologues. Mais, à ce titre, il faut bien le dire, le râle sous-crépitant n'a guère de valeur séméiologique que lorsqu'il se montre exclusivement confiné dans le sommet du poumon. Quelquefois alors, il se présente véritablement sous forme de *craquemens secs*, suivant le terme que bien des médecins aiment à employer. Car ce sont des craquemens aussi secs que ceux du râle crépitant proprement dit, ou râle du premier degré de la pneumonie, mais toutefois avec des différences tout-à-fait capitales et caractéristiques, à savoir : 1° qu'ils sont plutôt isolés que groupés en masse ; 2° qu'ils sont moins fins et surtout moins uniformes, moins égaux entre eux ; 3° enfin qu'ils se font entendre, non seulement pendant l'inspiration, mais encore pendant l'expiration, surtout quand on recommande au malade de respirer fortement, ou quand on le fait tousser.

π. Le *râle muqueux* se fait entendre lorsque le ramollissement de la matière tuberculeuse est parvenu à un degré avancé, et que, pour mieux dire, il y a déjà de petites cavernes où l'air grouille à travers la matière tuberculeuse ramollie et le pus. C'est là ce qu'on désigne souvent sous le nom de *craquemens humides*. Voilà ce que quelques auteurs ont qualifié de *râle cavernuleux*, comme si ce râle pouvait jamais par lui-même, et en tant que phénomène acoustique, accuser clairement la présence des cavernules pulmonaires. A quoi bon multiplier, sans nécessité, de vaines distinctions de pure nomenclature dans l'étude des phénomènes stéthoscopiques ? Le prétendu râle cavernuleux n'est et ne peut être, pour l'oreille la plus fine et la mieux exercée, rien autre chose qu'un râle muqueux parfaitement semblable à celui de la bronchite. Mais c'est seulement par les yeux de l'esprit que nous voyons dans le râle muqueux un râle cavernuleux ; c'est en combinant ce signe avec d'autres ; c'est en tenant compte de toutes les circonstances dans les-



quelles il vient à se produire ; c'est en remarquant, par exemple, qu'il ne se fait entendre qu'au sommet du poumon, qu'il coexiste avec la respiration jacksonienne ou bronchique, avec un certain degré de bronchophonie, avec la matité sous-claviculaire, etc.

ρ. Le *râle caverneux* ne se fait entendre que lorsqu'une caverne a acquis une certaine étendue, et il n'a lieu qu'autant que la caverne contient actuellement des matières liquides ; lorsqu'elle vient de s'en vider complétement par un ou plusieurs efforts d'expectoration, on n'y peut plus entendre que la respiration caverneuse ou amphorique.

σ. Le *tintement métallique* se fait quelquefois entendre à l'intérieur des excavations tuberculeuses du poumon ; mais cela ne peut arriver, à ce qu'il paraît, que dans le cas où la caverne est vaste et où elle présente en même temps le phénomène de respiration amphorique.

τ. La *bronchophonie* se produit, comme on sait, partout où existe la respiration bronchique, pourvu que le malade ait encore une voix tant soit peu sonore, pourvu que son larynx ne soit pas atteint d'aphonie. Par conséquent, de même que la respiration bronchique, la bronchophonie peut se rencontrer, soit lorsque la tuberculisation est encore à l'état cru, mais qu'elle constitue déjà un engorgement assez notable et assez compacte, soit lorsqu'une caverne existe, mais trop petite ou trop profondément située pour donner naissance à la pectoriloquie. Pour apprécier un degré encore faible, un commencement de bronchophonie accidentelle ou pathologique, il ne faut pas manquer à la règle d'ausculter comparativement les deux côtés de la poitrine, les deux régions sous-claviculaires.

υ. La *pectoriloquie*, ce singulier phénomène dont, à l'origine des découvertes stéthoscopiques, on se préoccupa particulièrement, et qui fut dès lors proclamé comme le signe le plus précieux des excavations pulmonaires, n'a pourtant pas, il faut bien le reconnaître, la même valeur que la respiration caverneuse et que le râle caverneux. En effet, la pectoriloquie fait souvent défaut là où la respiration et le râle accusent en toute évidence une caverne ; il est rare qu'elle soit parfaite, bien caractérisée, essentiellement distincte de la bronchophonie. C'est que, pour produire une pectoriloquie véritable et parfaite, il faut une caverne ni trop petite ni trop grande, mais de moyenne dimension, et sans doute aussi, avec cela, quelques autres conditions anatomiques et physiques qui ne sont pas encore trop bien connues, et dans la discussion desquelles je m'abstiendrai d'entrer faute de temps et d'espace, et surtout faute d'y apercevoir, quant à présent, quant à notre ignorance actuelle sur ce point, le moindre degré d'intérêt au point de vue de la pratique médicale.

B. *Symptômes généraux :* dont voici seulement les principaux, les plus

dignes de remarque, soit par leur importance morbide, soit par un certain degré de valeur séméiologique. Amaigrissement de plus en plus considérable, et enfin poussé jusqu'au marasme le plus hideux, jusqu'à l'aspect squelettique, — souvent avec une déformatiou particulière des doigts, la dernière phalange se trouvant plus grosse que les autres, qui se montrent amincies et atrophiées, et au bout desquelles elle constitue ainsi une sorte de renflement en massue, et les ongles étant là incurvés et crochus comme s'ils tournaient à la forme de griffe. Peau remarquablement sèche, du moins chez la généralité des malades, hors le moment des sueurs. Assez fréquemment, rougeur extraordinaire des pommettes, en contraste avec cet état de dépérissement qui, pour l'ordinaire, dans toutes les autres maladies, entraîne avec lui la pâleur du teint. Sentiment de malaise général, de brisement, d'affaiblissement physique et moral, même indépendamment de la fièvre, qui, très souvent, ne commence à paraître que plusieurs semaines, plusieurs mois même après le développement d'un ensemble plus ou moins grave de symptômes locaux. Tôt ou tard, appareil fébrile, soit avec des intermissions irrégulières dans le commencement, soit seulement avec des rémissions. Insomnies principalement dues à la présence de la toux. Sueurs nocturnes abondantes, soit uniquement ou principalement sur la poitrine et dans le dos, soit par toute la surface du corps. Diarrhée colliquative (460. B. ε.)

C. *Invasion de la maladie :* le plus ordinairement sous l'une des quatre formes que voici : 1° hémoptysie, 2° bronchite, 3° pleurésie, 4° pneumonie. Ainsi M. Andral, par exemple, l'a-t-il formellement professé dans sa *Clinique* (*loc. cit.*); ainsi l'expérience le démontre-t-elle à tous les praticiens. Mais c'est surtout sous les deux premières formes, sous la forme d'hémoptysie ou sous celle de bronchite, que se font et se cachent, pour ainsi dire, les débuts d'une tuberculisation pulmonaire protopathique. Pour ce qui est des cas dans lesquels le drame morbide s'ouvre par une pleurésie ou par une pneumonie, il y a grande raison de professer que, le plus ordinairement, la tuberculisation pulmonaire est là à titre deutéropathique, et que les inflammations en question, loin de ne jouer qu'un rôle symptomatique, sont la cause occasionnelle qui a servi à provoquer le développement des tubercules pulmonaires chez un sujet prédisposé. Non pas que nous prétendions méconnaître et nier la réalité des cas dans lesquels une pleurésie ou une pneumonie proprement dite se déclarent deutéropathiquement par l'effet du travail inflammatoire, qui (nous l'avons reconnu) vient presque toujours à régner dans un certain rayon autour des tubercules. Loin de là, très assurément; mais, encore un coup, nous regardons comme un fait rare, et non comme un fait impossible, qu'une tuberculisation pulmonaire protopathique, jusque là restée latente et sans phénomènes morbides, fasse sa première explosion et frappe ses premiers coups sous forme de pneumonie ou de pleurésie.



D. *Durée de la maladie :* extrêmement variable. Quelquefois, quoique rarement, la tuberculisation pulmonaire est une maladie aiguë; elle peut enlever sa victime en trois mois ou six semaines, ou même moins encore; c'est là ce qu'on nomme une *phthisie galopante*, et, en général, la cause en est à ce que de nombreux tubercules se produisent par une seule et même éruption, ou coup sur coup, dans toute l'étendue des poumons. Quelquefois, au contraire, — mais non moins rarement, il faut aussi le dire, — la tuberculisation pulmonaire ne finit par amener la mort qu'au bout de vingt, de trente, de quarante ans ou davantage, soit que le poitrinaire, si exceptionnellement favorisé du sort, n'ait pas cessé un instant, depuis le début des premiers symptômes, d'être malade dans le sens propre du mot, tantôt plus, tantôt moins, soit qu'il ait eu la chance encore plus heureuse de se rétablir à plusieurs reprises, et d'avoir d'assez longs intervalles de bonne santé. Si un tel mal peut épargner la vie aussi longtemps que nous venons de le voir, c'est grâce au peu d'étendue que chaque éruption de tubercules occupe dans le poumon, à la lenteur avec laquelle les éruptions se succèdent les unes aux autres, à la bénignité naturelle de leurs symptômes sur l'individu donné, aux bonnes conditions d'hygiène et de thérapeutique, etc. Entre les deux extrêmes que nous venons de reconnaître sous le rapport de la durée, combien n'y a-t-il pas de variétés intermédiaires !

E. *Périodes de la maladie :* ne peuvent être distinguées d'une façon uniforme pour tous les cas. Ainsi, par exemple, je l'ai déjà dit et je le répète, la division ancienne de la phthisie en phthisie commençante, en phthisie désespérée, n'est pas susceptible d'une application universelle. Il en est de même, encore un coup, des périodes uniquement fondées sous le triple point de vue anatomique de l'état cru, du ramollissement et de l'excavation des engorgemens tuberculeux. Et si, à ce dernier point de vue, Fournet (*loc. cit.*, p. 751 et suiv.) a pu distinguer trois phases dans la première période, dans la *période antécédente au ramollissement*, cela n'est exact que pour certains cas, en nombre assez restreint, dans lesquels l'engorgement tuberculeux, limité à telle ou telle portion de poumon, ne se développe qu'avec une extrême lenteur. Allez donc, par exemple, saisir et décrire dans un cas de phthisie galopante la succession de trois semblables phases. Et si, très souvent, trop souvent, par malheur, il est vrai que la tuberculisation pulmonaire va sans interruption de mal en pis, on ne saurait nier que, quelquefois aussi, la maladie, même bien confirmée, ne s'amende au lieu de s'aggraver, et ne présente, contre l'ordinaire, une véritable période de déclin

(53. L.), — sinon pour aboutir à une guérison solide, ce qui est bien possible, mais extrêmement rare, — mais, du moins, pour laisser aux infortunés tuberculeux quelques mois, quelques années de répit, de relâche, voire même de santé passable.

F. *Terminaison :* le plus ordinairement mortelle, et dans une proportion vraiment incomparable à l'extrême rareté des guérisons. Une fois, en effet, que la maladie s'est nettement caractérisée, une fois que les tubercules pulmonaires se sont produits en nombre suffisant pour être accusés en toute certitude par le diagnostic, presque toujours en pareil cas la mort est tôt ou tard amenée par les progrès de la tuberculisation. Mais enfin, il est quelques cas de guérison, non pas seulement temporaire, mais solide et complète; il est des cas où une éruption de tubercules dans une portion limitée du poumon ne se fait pas suivre de nouvelles éruptions; or, il est rare que la première éruption des tubercules suffise seule pour entraîner la mort. Nous ne remonterons pas à certains exemples célèbres que pourrait nous fournir l'ancienne histoire de l'art, comme l'exemple de Duverney, l'un de nos plus grands anatomistes, qui, à trente ans, eut un mal de poitrine si violent, qu'on lui crut un ulcère au poumon (c'est-à-dire, une caverne tuberculeuse, pour parler le langage d'aujourd'hui), et qui, depuis lors, eut toujours une poitrine délicate, mais vécut pourtant jusqu'à quatre-vingt-deux ans. (Voyez l'*Éloge de Duverney*, par Fontenelle, *Éloges des Savans.*) Mais s'il est permis de révoquer en doute la valeur des cas observés antérieurement à la découverte des phénomènes stéthoscopiques, on ne saurait légitimement refuser d'en croire Laënnec, lorsqu'il nous atteste la réalité de guérisons accomplies après la constatation des signes les plus positifs de la tuberculisation pulmonaire. Et, s'il n'est pas inconvenant de me citer, moi humble soldat de la milice médicale, après ce prince de la médecine française, je dirai que j'ai vu moi-même un cas, mais un seul cas jusqu'ici, dans lequel une caverne de grande dimension, une caverne incontestable, impossible à méconnaître sur le vivant même, a été suivie d'un parfait rétablissement de la santé. Voici le fait en substance : — Il y a environ deux ans (sur la fin de 1842), une jeune dame vint me consulter, et je constatai chez elle les signes d'une tuberculisation commençante au sommet du poumon gauche (matité sous-claviculaire très manifeste dans l'étendue de deux travers de doigt, respiration jacksonienne et rude avec un peu de résonnance bronchophonique, avec quelques bulles de râle sous-crépitant, etc.: rien de pathologique, en apparence du moins, dans le reste du côté gauche, ni non plus dans toute l'étendue du côté droit). Cette dame revint de huit jours en huit jours, et chaque fois, malgré le traitement prescrit, je reconnaissais une aggravation du mal, à tel point qu'enfin le râle caverneux le mieux caractérisé se fit entendre; mais, hors la ré-



gion sous-claviculaire gauche, tout le reste de la poitrine continuait de se montrer en bon état à l'auscultation. Toutefois, la malade tomba dans un tel degré de faiblesse et de fièvre, qu'elle fut dans l'impossibilité de se rendre, même en voiture, à ma consultation, et qu'elle me pria de venir la voir chez elle. Je la vis depuis le mois de février 1843 jusqu'à la mi-juin, époque où l'état général avait commencé à s'amender, quoique avec persistance du râle caverneux, et où, d'après mes conseils, elle partit pour passer quelques mois à la campagne chez ses parens, en Picardie. Là, le rétablissement de la santé fut complet. J'en fus informé d'abord indirectement, peu de temps après le retour de cette dame à Paris. Je m'en assurai par mes propres yeux, un jour que, par hasard, je la rencontrai dans une maison tierce. Là, elle me parla de sa vive reconnaissance pour mes bons soins; elle m'annonça qu'elle viendrait me remercier; mais je suis encore à attendre cette visite de remerciement, et voilà pourquoi, à mon grand regret, je n'ai pu observer ce que, depuis ce retour presque inespéré de la santé, les phénomènes stéthoscopiques étaient devenus dans la région de la caverne. Or, qu'y a-t-il d'impossible à ce que cette guérison se maintienne? La récidive est assurément une chose à prévoir et à craindre; de nouvelles éruptions de tubercules pulmonaires peuvent être prédites avec un haut degré de vraisemblance, à l'égard d'un sujet qui a déjà fourni un si triste spécimen de ses prédispositions constitutionnelles; mais, par bonheur, il n'y a pas là, il ne peut y avoir là les élémens d'une prophétie infaillible. Toujours est-il, après tout, que de telles guérisons sont rares, et que l'interruption, non pas temporaire, mais définitive et stable, des progrès de la tuberculisation pulmonaire, est une chance exceptionnelle, et, quant à présent, du moins, plutôt due, il faut le dire, à je ne sais quelle faveur du destin qu'à l'intervention de la médecine. La tuberculisation pulmonaire une fois déclarée, la terminaison de la maladie par la mort est donc la règle, la grande règle. Dure vérité, mais c'est la vérité; et la science ne doit pas la dissimuler. On répète généralement que les poitrinaires, dans la situation la plus désespérée, se font illusion sur leur sort, rêvent une guérison prochaine, nourrissent de longs projets d'avenir. Je ne sais, l'avouerai-je? ce qu'il y a de vrai à cet égard. Je ne sais si cette inébranlable ténacité de l'espérance est plus particulièrement l'apanage de la phthisie pulmonaire que de tant d'autres maladies mortelles, où le même aveuglement console et berce les derniers jours de l'homme souffrant. Ce qu'il y a de certain, c'est que tous les poitrinaires ne partagent pas le privilége d'une si douce erreur; il y en a qui ne pressentent et ne prévoient que trop bien les approches de la mort. Nous lisons, par exemple, dans la vie de Tourtelle, professeur de l'école de Strasbourg, et auteur des *Élémens d'hygiène*, que ce médecin succomba à la