



LIVRARIA LUSO BRASILEIRA  
DE LOPES DO COUTO & FILHOS

24 Rua da Quitanda 24

Grande e variado sortimento de livros classicos,  
medicina, jurisprudencia, sciencias e artes,  
litteratura, religião, papel, livros  
em branco, etc., etc.

Encarrega-se de qualquer comissão e remessa  
de livros por preços baratissimos

RIO DE JANEIRO

DEDALUS - Acervo - FM



10700060627

379542

BIBLIOTECA da FACULDADE de MEDICINA

DE SÃO PAULO

Auto..... Prateleira C

Estante 5 N. de ordem 7

616246







LEÇONS CLINIQUES

·  
SUR LES FORMES ET LE TRAITEMENT

DE LA

PHTHISIE PULMONAIRE

## PRINCIPAUX OUVRAGES DU MÊME AUTEUR

RELATIFS A LA THÉRAPEUTIQUE EN GÉNÉRAL ET A CELLE DES VOIES  
RESPIRATOIRES EN PARTICULIER.

---

**Traité de thérapeutique médicale**, ou *Guide pour l'application des principaux modes de médication à l'indication thérapeutique*. 1 vol. in-12, 1874.

**De la médication antipyrétique**. 1 vol. in-8, 1869.

**Le sanatorium et la phthisie**, in *Union méd.*, 1879.

**Étude sur l'emploi du chloral dans la coqueluche**, in *Bull. de thérapeutique*, 1870.

**Mémoire sur la pneumonie catarrhale**. Broch. in-8, 1862; et broch. grand in-8, 1866.

**Pleurésie et expectoration séro-albumineuse**, in *Union méd.*, 1873.

**Fièvre catarrhale pleuro-pneumonique**, in *Union méd.*, 1870.

**Une nouvelle altération de la muqueuse dans certaines bronchites chroniques** in *Mém. de la Soc. méd. des hôp.*, 1879.

**Étude sur les corps étrangers du larynx**, in *Bulletin de la Soc. anatomique*, 1862.

**Revue générale et spéciales de thérapeutique**, in *Union méd. passim*.

# LEÇONS CLINIQUES

SUR LES FORMES ET LE TRAITEMENT

DE LA

# PHTHISIE PULMONAIRE

PAR

**LE D<sup>R</sup> FERRAND**

Médecin de l'hôpital Laennec, Membre fondateur de la Société de thérapeutique,  
Membre honoraire de la Société clinique, etc.



PARIS

V. ADRIEN DELAHAYE ET C<sup>ie</sup>, LIBRAIRES-ÉDITEURS

PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1880

Tous droits réservés.



616.246  
F411L  
1880

## PRÉFACE

---

Appelé, comme médecin des hôpitaux, à diriger un des services de l'hôpital Laennec, j'ai dû réunir dans ce service un nombre considérable d'affections chroniques des organes respiratoires, et en particulier des phthisies pulmonaires.

Conduit ainsi à observer plus spécialement les sujets atteints de cette maladie et le traitement qui leur convient, je me suis attaché à appliquer à cette étude les principes généraux sur lesquels, dans mon *Traité de thérapeutique*, j'ai basé la recherche des indications.

Ainsi envisagée, la clinique des maladies de poitrine m'a paru offrir un attrait nouveau pour le médecin, une plus grande fécondité pour le malade, et j'ai pu faire partager aux élèves qui m'entouraient l'intérêt que j'y trouvais moi-même.

Répondant à leur désir, j'ai formulé dans quelques conférences, et la méthode que j'ai adoptée pour distinguer entre elles les formes diverses d'une même maladie,

et les applications que l'on en peut faire à la phthisie, ou plutôt aux phthisiques; le tout, en vue des conséquences thérapeutiques qu'on en peut déduire.

La phthisie est un peu comme ces forêts inaccessibles dans lesquelles le pionnier ne peut avancer, qu'en traçant la route à suivre, dans lesquelles, du moins, il ne peut se reconnaître qu'en en divisant le territoire en plusieurs cantons distincts. Tel fut le but que je me proposai dans ces leçons.

L'accueil qui leur fut fait me décida à les publier. Les notes recueillies par mon excellent interne M. Latil m'en ont facilité la rédaction. Je tiens à le remercier de son concours aussi éclairé que sympathique.

D'importantes publications se sont produites récemment sur ce même sujet; mais la science et la pratique n'y ont pas dit leur dernier mot. Après les travaux de nos maîtres anciens et modernes, après les récentes publications de Peter et de Lebert, la phthisie demeure un champ où il y a toujours à creuser quelque sillon.

Chacune de mes leçons est consacrée à une des grandes variétés ou formes de la phthisie. A propos de chacune d'elles je résume les principaux éléments qui la constituent; je mets en saillie ceux qui peuvent servir de base à une application utile.

Puis, sans omettre les indications prophylactiques, si importantes en cette matière, je classe et étudie suivant un plan uniforme les indications thérapeutiques. Chacun

de ces chapitres se termine par quelques types de consultations, qui ne sont autre chose que ces indications appliquées à un cas déterminé.

Il importe de le redire : pour les tristes victimes de ce mal, on peut faire mieux que de leur témoigner le regret sympathique d'une impuissance résignée. — « Il faut beaucoup parler avec les phthisiques, » a-t-on dit charitablement (Gueneau de Mussy). — Il faut aussi savoir agir. Car la lutte contre la phthisie, « c'est la lutte contre la mort » a-t-on dit encore, (Lebert). — Ajoutons que si c'est la mort imminente, c'est la mort que la médecine peut bannir quelquefois, écarter souvent, adoucir toujours.

11 novembre 1879.



# LEÇONS CLINIQUES

SUR LES FORMES ET LE TRAITEMENT

DE LA

# PHTHISIE PULMONAIRE

---

## PREMIÈRE LEÇON

### DE LA PHTHISIE COMMUNE

**SOMMAIRE.** — § 1<sup>er</sup>. La phthisie et les phthisiques.

Laennec et l'unité de la phthisie. Confusion dans l'unité et poudroïement dans le détail. — Les anatomistes, les nosologistes et les physiologistes. — Méthode des groupements naturels ou des éléments morbides. — Application à la pneumonie.

§ 2. Éléments de la phthisie commune.

(A) Éléments anatomiques : Le tubercule et la caséification; son évolution et sa transformation. — Le siège pulmonaire du tubercule; ses relations avec les membranes et avec les vaisseaux.

(B) Éléments physiologiques : Leur valeur. — Pneumonies diverses, pleurésie et lésions secondaires. — Les inflammations chez les tuberculeux : Pneumonie lobulaire et lobaire, bronchite capillaire, pneumonie caséuse. — Congestion et hémorragie. — Congestion et anémie. — Effets et valeur de l'hémoptysie. — Catarrhe et acrinie. — Nervosisme : névralgies, rachialgies, arthralgies, dyspnée, toux, vomissements. — État général de la nutrition. — La fièvre et les températures locales. — Sa marche et ses paroxysmes. — Collapsus.

(C) Éléments nosologiques : La phthisie héréditaire ou acquise, accidentelle, traumatique. — Relation avec les maladies constitutionnelles : arthritisme et scrofules. — Écarter l'herpétisme et la syphilis.

Résumé. — Tableau.

§ 3. Indications thérapeutiques de la phthisie commune.

(I) Prophylaxie : (A) Quant au poumon : action mesurée entre l'effort et l'inertie. — Climats, professions.

(B) Quant au sujet : Mariage et hérédité. — Éducation. — Hydrothérapie. — Périodes d'imminence. — Misère physiologique.

(C) Quant aux causes : accidents physiologiques et morbides qu'il est bon de respecter.

(II) Indications thérapeutiques. — (A) Indications anatomiques : combattre l'irritation nutritive du poumon.

(B) Indications physiologiques : état de misère physiologique et médication tonique. — État inflammatoire et médication antiphlogistique et altérante. — Les hauts plateaux et la mer. — État pyrétique. — Traitement des symptômes.

(C) Indications nosologiques.

§ 4. — Types de consultation : ordonnances I, II, III.

### MESSIEURS,

En présence du nombre considérable de phthisiques que renferment les salles de notre hôpital, l'impression que ressent l'observateur et que vous m'avez parfois manifestée vous-mêmes, est la suivante :

Tous ces malades souffrent du même mal, c'est-à-dire de la phthisie pulmonaire, et, à ce titre, semblent devoir se confondre sous une seule et même étiquette pathologique. — D'autre part, si l'on compare deux d'entre eux, pris au hasard parmi tous les autres, on est frappé des dissemblances énormes qu'ils présentent, et dans l'étendue de leurs lésions, et dans la forme qu'elles revêtent, et dans la marche qu'elles affectent, et dans tous les détails que nous allons passer en revue.

Cette impression a été ressentie par tous ceux qui se sont arrêtés à l'étude de la phthisie ; témoin cet aveu d'un homme d'ailleurs compétent en phthisiologie (Lcbert) : J'ai analysé attentivement mes observations pour savoir pourquoi la santé s'altère si différemment suivant les malades... mais, jusqu'à présent, je n'ai pu en découvrir les causes,

En réalité, la phthisie est une, du moins par son produit anatomique qui est le tubercule ou la granulation tuberculeuse. Je n'ai pas à rappeler ici comment cette unité, si heureusement conçue par Laennec, attaquée naguère sur le terrain de la micrographie, s'est reconstituée récemment, sur ce terrain même, grâce aux travaux de l'école française. Qu'il nous soit permis de nous féliciter en passant, de voir cette école restaurer la gloire qui lui appartient, en confirmant les résultats acquis par ses devanciers, par celui dont nous ne saurions trop rappeler le mérite, ici même, dans cet hôpital qui porte justement son nom, et au début de nos études sur une matière qu'il a si largement et si heureusement cultivée.

D'autres certainement ont proclamé, mieux que je ne le saurais faire, les mérites de l'œuvre de Laennec, de ce monument que, d'un seul jet, il a élevé de la base jusqu'au faite et dont notre Faculté vient d'affirmer encore la solidité, en nous en donnant une édition nouvelle.

Toutefois, messieurs, la grandeur de l'édifice ne doit pas nous faire désespérer d'y apporter encore quelque pierre.

Si le tubercule est un, si la phthisie, c'est le tubercule, nous savons trop que les phthisiques sont multiples; et cette multiplicité tient à ce que le tubercule n'est pas toute la phthisie. En un mot, chaque tuberculeux a sa façon à lui d'être phthisique; et, si nous ne pouvons en conclure que la phthisie n'existe pas, nous pouvons dire du moins, d'accord en cela avec notre ami le professeur Peter, que ce qui existe surtout, ce sont les phthisiques.

Ce point de vue, qui n'est autre que celui où se plaçaient les médecins du siècle dernier, les avait conduits à diviser, et à diviser jusqu'à l'extrême le champ de la phthisie.



Baumetz en admet trois espèces, Bayle six, Portal quatorze, Morton seize, Sauvages vingt, etc. Chaque particularité devient à son tour le sujet d'une division nouvelle. Laennec, réagissant contre ce poudroïement de l'unité pathologique, vint la reconstituer sur les bases solides que vous savez.

Il est facile de se convaincre que l'une et l'autre de ces manières de voir est imparfaite parce qu'elle est exclusive.

Le point de vue unitaire nous expose à tout confondre; le point de vue analytique nous expose à tout séparer, sans tenir compte des rapports des éléments entre eux. N'est-il donc pas possible de déterminer un point de vue, qui nous préserve à la fois, et de cette confusion des formes symptomatiques, et de cette pulvérisation de la maladie en autant de formes qu'il y a de signes à sa symptomatologie?

Pour répondre à ce desideratum, les écoles se sont ingénérées à grouper les caractères de la maladie, selon les bases sur lesquelles elles croient devoir s'appuyer pour les apprécier. Cette autre appréciation nous a valu plusieurs divisions des formes de la phthisie.

C'est ainsi que l'école anatomique, prenant une à une les lésions de la phthisie, l'a séparée en autant de formes qu'elle a reconnu en elle de lésions diverses. Nous avons eu les phthisies tuberculeuses, voire même les phthisies ulcéreuses et les phthisies calculeuses. Mais, en se tenant sur ce terrain de la lésion anatomique, on n'a pas tardé à reconnaître qu'il n'y a dans la phthisie qu'une lésion essentielle, que cette lésion, c'est la granulation tuberculeuse, que la caséification n'est elle-même qu'un dérivé de la précédente; et l'on est revenu, par la porte de l'anatomie pathologique, à l'unité de la phthisie. La classification des formes diverses de la maladie ne pouvait plus se baser alors que sur les lé-

sions secondaires dont elle s'accompagne ou se complique.

D'autre part, l'école nosologique, plaçant en première ligne les conditions étiologiques de la maladie, faisait valoir, pour en distinguer les formes, ces conditions elles-mêmes, à l'exclusion des autres caractères. C'est ainsi qu'on distingua une phthisie scrofuleuse, une phthisie goutteuse, une phthisie accidentelle ou acquise, une phthisie à poussières, etc. Mais, encore sur ce terrain, on rencontra de grandes difficultés. Bien que le point de vue fût plus large et permît de comprendre un plus grand nombre de faits, on sentait bien qu'il y avait encore, entre les divers phthisiques, d'autres différences que celles qui tiennent aux causes de leur maladie.

Ce fut le mérite de l'école physiologique, de mettre en lumière ces différences non moins essentielles. Les exagérations et les erreurs qu'elle commit, en méconnaissant la spécificité de la tuberculose et en la confondant avec l'inflammation, n'empêchent pas qu'elle nous montra, mieux qu'on ne l'avait fait avant elle, comment la tuberculose des phthisiques se lie souvent aux accidents inflammatoires, comment l'inflammation peut préparer le terrain sur lequel la tuberculose, déterminée par telle autre cause, va pouvoir croître et multiplier dans le poumon, comment encore cette même inflammation se produit et s'étend autour du produit tuberculeux, pour en multiplier les accidents et en aggraver les conséquences. C'est ainsi que les formes congestives, inflammatoires, pyrétiques et autres furent mises en lumière par l'école physiologique. Et, sans vouloir aucunement absoudre l'exagération en vertu de laquelle cette école bannit toute autre base d'appréciation, nous devons reconnaître que celle sur laquelle elle s'appuya, fut des

plus fécondes. Car, s'il n'est pas vrai, comme on l'a dit, que l'inflammation soit la source nécessaire, ni même la source ordinaire du tubercule, il est difficile de marquer les limites dans lesquelles l'irritation nutritive et formatrice concourt aux accidents de la tuberculose. Il est impossible de nier que cette irritation prend une grande part à la production de ces accidents et qu'elle est, pour cela seulement, la source d'une foule d'applications utiles et la base de la plus grande partie des indications, que nous rechercherons surtout à déterminer dans ces leçons.

L'éclectisme qui réunit ces divers points de vue et accepte à la fois toutes les bases de classification, multiplie indéfiniment les variétés de la maladie sans grand profit pour son étude. Que nous importera-t-il de savoir que les phthisies diffèrent entre elles, et selon les lésions qu'entraîne la présence du tubercule dans les poumons, et selon les causes qui ont concouru à leur développement, et enfin selon la façon dont les supporte le terrain physiologique sur lequel ils sont appelés à germer? A quoi cela nous servira-t-il, si nous ignorons comment ces conditions s'unissent entre elles pour déterminer les formes morbides de la maladie?

Cela ne nous dit pas, par exemple, ce qui se passera quand un scrofuleux devient phthisique, quelles lésions s'ajoutent le plus souvent alors au tubercule pulmonaire, par quels syndromes ces conditions morbides vont se traduire et quelles indications on en devra tirer.

Ce qu'il nous faut donc aujourd'hui, c'est moins savoir comment l'un quelconque des caractères de la maladie peut prédominer dans son évolution, au point de donner à cette évolution une physionomie toute spéciale; ce qu'il

nous faut, c'est rechercher comment ces caractères nosologiques, physiologiques et anatomiques se groupent ensemble et s'appellent mutuellement, créant ainsi des types, variables sans doute, mais assez distincts cependant, pour mériter de fixer notre attention, et pour servir de base aux indications les plus précises et aux applications les plus fécondes.

Nous avons à chercher ensemble comment se combinent entre eux : 1° le produit morbide tuberculeux et le siège qu'il affecte ; 2° la forme des accidents locaux et généraux qu'il détermine ou qui l'accompagnent, et 3° la nature des conditions étiologiques qui y ont donné lieu. Et c'est seulement alors que nous aurons reconnu quels groupements se forment entre ces trois éléments de toute maladie, que nous posséderons une base solide sur laquelle nous pourrions asseoir tout à la fois un diagnostic complet, un pronostic certain, et une thérapeutique effective.

Cette règle dans la marche à suivre n'a rien de spécial d'ailleurs à l'étude de la phthisie. Elle convient pour l'étude de toutes les maladies, ainsi que je me suis efforcé de l'établir dans mon *Traité de thérapeutique*. Prenons, par exemple, une pneumonie. Nous ne saurions nous contenter de formuler ce mot pour établir un diagnostic. En effet, la pneumonie occupe-t-elle les alvéoles du poumon ? Est-elle franchement inflammatoire ? A-t-elle une cause traumatique ou rhumatismale ?

— Il est évident que si l'on répond par l'affirmative à ces diverses questions, la pneumonie sera tout autre que si l'on y répondait, par exemple, de la manière suivante : la lésion occupe les bronches capillaires, elle atteint la muqueuse plus que le parenchyme même du poumon ;

elle est moins inflammatoire que catarrhale; enfin, elle se lie à un état morbide général, qui n'est autre que la scrofule.

Voilà certainement deux espèces de pneumonie qui ne se ressemblent guère, qui diffèrent même totalement et dont les types, nettement tranchés, par les différences de siège anatomique, de forme physiologique et de nature nosologique, peuvent encore se diversifier à l'infini.

Ce que je cherche aujourd'hui, c'est à faire pour la phthisie un travail de distinction analogue, en vertu duquel nous puissions reconnaître, dans les nombreux cas de cette maladie, des types bien nets autour desquels tous les faits particuliers qui s'y rattachent puissent se grouper naturellement.

Pour ce faire, nous avons d'abord à passer en revue les divers éléments qui entrent dans la constitution de la phthisie commune et à voir comment ils peuvent servir de base à un travail de classification naturelle.

## § 2. — ÉLÉMENTS DE LA PHTHISIE COMMUNE.

Ces éléments, avons-nous dit, comprennent les conditions anatomiques de la maladie, les conditions physiologiques propres au malade, enfin les conditions nosologiques auxquelles ressortissent les causes du mal.

(A) *Éléments anatomiques.* — La phthisie nous offre ici deux choses capitales à étudier : le produit morbide et le siège qu'il occupe ; le tubercule et les éléments du poumon dans lesquels il se dépose.

Le tubercule, je ne veux que le rappeler en passant, est un produit morbide dont le follicule tuberculeux (Charcot,

Rindfleisch) est l'élément le plus caractéristique et dont la granulation grise et le tubercule miliaire sont des dérivés. Ce follicule est ainsi constitué : au centre, le plus souvent, une ou plusieurs cellules géantes, qui ne sont probablement que la figure de la section d'un vaisseau (Cornil et Ranvier). Autour de ce centre, une zone d'éléments épithélioïdes, et une autre zone, encore plus périphérique et composée d'éléments embryonnaires ; le tout uni ensemble par une gangue de substance protoplasmique ou vaguement fibrillaire. Le tubercule miliaire, qui est formé par ces éléments, siège toujours autour des bronches, au voisinage de l'alvéole. Il revêt là l'aspect d'une substance d'apparence homogène, de consistance assez ferme, de couleur grise, à peu près transparente et de volume variable.

Ainsi constitué par une production nucléaire excessive et une véritable hypertrophie des corpuscules plasmatiques, selon ce qu'avaient vu et décrit MM. Hérard et Cornil, le tubercule tend à s'accroître par la périphérie. Mais, en même temps que de nouveaux éléments s'ajoutent ainsi aux couches excentriques de la tumeur, son centre change d'aspect, se vitrifie, puis devient opaque et caséiforme, enfin jaunâtre ; et cette transformation se continue, toujours du centre à la périphérie, à mesure que de nouveaux éléments figurés viennent accroître le volume de la granulation primitive.

La granulation initiale ou miliaire, dit excellemment M. Jaccoud, est inapte à une organisation progressive ; elle n'est point susceptible, comme la granulation fibrineuse de la pneumonie, d'être résorbée ou éliminée, après liquéfaction simple ; elle subsiste un certain temps, puis elle subit la nécrocytose (Lebert) ; elle se ramollit, se transforme en

graisse, et entraîne dans ce processus destructif le tissu qui l'entoure. C'est alors seulement qu'elle devient propre à l'élimination (Jaccoud).

La façon dont se groupent entre elles les granulations tuberculeuses, en petites masses plus ou moins étendues, plus ou moins limitées ou diffuses, explique la physionomie des lésions macroscopiques décrites par Laennec sous le nom de tubercules.

Il y a donc, en un mot, dans la formation de cette lésion élémentaire, hypergenèse d'éléments, qui n'ont, chacun dans leur aspect propre, rien de spécifique, mais dont l'arrangement relatif est tout spécial, et qui tendent, aussitôt formés, vers une dégénération particulière.

Cette dégénération dite caséuse, en raison de l'aspect qu'elle offre à la vue, n'est autre chose qu'un mode de régression qu'affecte le tubercule, depuis son élément central jusqu'à ceux qui l'entourent.

La granulation n'est pas seule à entrer en régression ; les éléments de nouvelle formation qui l'avoisinent se comportent comme s'ils subissaient une sorte d'entraînement, au contact de la granulation caséuse. Ne voyons-nous pas tous les jours les éléments de formation embryonnaire devenir du tissu osseux au voisinage de l'os, du tissu fibreux au voisinage des trousseaux fibreux, et ainsi pour tous les tissus dérivés du tissu conjonctif, le plus commun des tissus de l'économie ? Quoi d'étonnant qu'un produit anatomique anormal, plus inférieur encore, entraîne dans le mouvement de sa vie dégénérative, les éléments qui se forment autour de lui ? Il y a plus, les éléments conjonctifs qui entrent dans la constitution du poumon normal paraissent suivre eux-mêmes le mouvement régressif qui

constitue cette lésion; et, soit directement, soit après transformation préalable, on les voit à leur tour envahis, sinon par la dégénérescence vitreuse ou caséuse, du moins par la dégénération granulo-graisseuse.

Tel est, en résumé, le caractère le plus simple et le plus général de ces lésions, autant du moins que nous permettent d'en juger les données actuelles de l'anatomie pathologique. La granulation tuberculeuse en est l'élément essentiel, la lésion caséuse, une altération secondaire, propre sans doute au tubercule, mais capable d'entraîner dans une dégénération analogue, tous les éléments qui l'entourent.

Je n'insiste pas sur les phases par lesquelles passent ensuite ces lésions; sur le ramollissement qu'elles présentent, lequel marche du centre à la périphérie; sur le travail ulcératif qu'elles déterminent autour d'elles et sur l'élimination qui en résulte. Ces différentes phases de la tuberculose dans les poumons sont décrites partout et vous sont plus que familières dans cet hôpital.

Un point sur lequel je veux arrêter votre attention est le suivant : Nous savons bien comment évolue le tubercule quand on en meurt, nous ne savons qu'imparfaitement comment il se transforme quand on en guérit. Or il y a pour le tubercule deux modes de transformation qui comportent la guérison. Cette gangue protoplasmique, que nous venons de voir unir les éléments du tubercule, peut s'infiltrer de sels calcaires; c'est ce qu'on a justement nommé la minéralisation du tubercule, lequel, arrêté dans son évolution, reste alors au milieu du poumon, comme un corps étranger inerte et facile à tolérer. Nous avons vu aussi que la gangue protoplasmique peut être fibrillaire; parfois ce



caractère s'accuse davantage, et l'on peut observer une véritable transformation fibreuse, laquelle, soupçonnée naguère, mieux connue aujourd'hui, est relativement assez fréquente. Dans cette transformation scléreuse, pour ainsi dire, le tubercule s'entoure lui-même d'une zone fibreuse plus ou moins épaisse, nourrie par des vaisseaux, et prend une consistance fibro-cartilagineuse. En cet état, son évolution est arrêtée plutôt encore que transformée; et il peut demeurer ainsi pendant un temps indéterminé, parfaitement toléré par le poumon, dans lequel il n'a d'autre valeur que celle d'une imminence morbide.

Disons-le à ce propos, sans plus tarder : Le tubercule en tant que tubercule est incurable. Une fois formé, il est voué, pour ainsi dire fatalement, à l'évolution que je viens de rappeler. Il n'est pas susceptible de disparaître par résolution; il ne saurait rétrograder. Sans doute, il peut s'éliminer; mais ce que le tubercule peut faire encore, c'est de suspendre sa marche; il peut s'arrêter, soit qu'il reste à l'état de granulation grise ou à l'état de granulation jaune, soit qu'il se transforme ainsi que je viens de le dire. Et cette transformation, elle est toujours possible; le tubercule est donc curable, dans cette mesure, à tous ses degrés, dans toutes ses phases. Il n'est pas jusqu'aux formes les plus graves de la phthisie aiguë, dans lesquelles on ne puisse observer la transformation favorable d'un plus ou moins grand nombre de granulations tuberculeuses.

J'insiste sur ces particularités de l'histoire du tubercule, parce qu'elles doivent nous faire comprendre plus tard quelques-unes de ces variétés d'évolution de la phthisie, sur lesquelles je veux fixer notre étude, et parce qu'elles vont

aussi justifier certaines indications, dont elles contribuent à déterminer l'importance.

Après le produit mordide, nous avons à dire un mot des conditions anatomo-pathologiques offertes par le siège qu'il occupe. Or, tous les éléments du poumon peuvent être le siège de la tuberculose. Depuis le larynx jusqu'aux bronches et aux alvéoles, le tubercule se rencontre partout, jusqu'à la plèvre. C'est sous la muqueuse qu'il se développe de préférence, quand il se produit dans le larynx et les bronches, et c'est aussi sous la plèvre qu'on le trouve. Son évolution du côté des muqueuses paraît tendre plus rapidement à l'ulcération et à l'élimination; du côté de la plèvre et des séreuses en général, il se transforme plus souvent en granulations fibreuses. C'est du moins ce que l'on constate, quand la séreuse enflammée par son voisinage, produit plus d'exsudat plastique que de liquide.

Dans les alvéoles, quels rapports affecte la granulation naissante avec l'épithélium et avec les autres éléments du lobule pulmonaire? — Les micrographes ne répondent pas uniformément à cette question. Il semble pourtant que des connexions intimes sont le plus souvent observées entre les granulations et les éléments vasculaires du poumon, sanguins ou lymphatiques. Quoi qu'il en soit, que le tubercule se développe auprès des surfaces muqueuses ou séreuses, ou auprès des vaisseaux dans les parenchymes viscéraux, c'est toujours dans l'élément conjonctif qu'il prend naissance, dans le derme muqueux, dans la couche celluleuse sous-séreuse, et dans la tunique adventice des vaisseaux. Ce qui est une nouvelle raison de penser que le tubercule est bien la conséquence d'un trouble nutritif.

caractère s'accuse davantage, et l'on peut observer une véritable transformation fibreuse, laquelle, soupçonnée naguère, mieux connue aujourd'hui, est relativement assez fréquente. Dans cette transformation scléreuse, pour ainsi dire, le tubercule s'entoure lui-même d'une zone fibreuse plus ou moins épaisse, nourrie par des vaisseaux, et prend une consistance fibro-cartilagineuse. En cet état, son évolution est arrêtée plutôt encore que transformée; et il peut demeurer ainsi pendant un temps indéterminé, parfaitement toléré par le poumon, dans lequel il n'a d'autre valeur que celle d'une imminence morbide.

Disons-le à ce propos, sans plus tarder : Le tubercule en tant que tubercule est incurable. Une fois formé, il est voué, pour ainsi dire fatalement, à l'évolution que je viens de rappeler. Il n'est pas susceptible de disparaître par résolution; il ne saurait rétrograder. Sans doute, il peut s'éliminer; mais ce que le tubercule peut faire encore, c'est de suspendre sa marche; il peut s'arrêter, soit qu'il reste à l'état de granulation grise ou à l'état de granulation jaune, soit qu'il se transforme ainsi que je viens de le dire. Et cette transformation, elle est toujours possible; le tubercule est donc curable, dans cette mesure, à tous ses degrés, dans toutes ses phases. Il n'est pas jusqu'aux formes les plus graves de la phthisie aiguë, dans lesquelles on ne puisse observer la transformation favorable d'un plus ou moins grand nombre de granulations tuberculeuses.

J'insiste sur ces particularités de l'histoire du tubercule, parce qu'elles doivent nous faire comprendre plus tard quelques-unes de ces variétés d'évolution de la phthisie, sur lesquelles je veux fixer notre étude, et parce qu'elles vont

aussi justifier certaines indications, dont elles contribuent à déterminer l'importance.

Après le produit morbide, nous avons à dire un mot des conditions anatomo-pathologiques offertes par le siège qu'il occupe. Or, tous les éléments du poumon peuvent être le siège de la tuberculose. Depuis le larynx jusqu'aux bronches et aux alvéoles, le tubercule se rencontre partout, jusqu'à la plèvre. C'est sous la muqueuse qu'il se développe de préférence, quand il se produit dans le larynx et les bronches, et c'est aussi sous la plèvre qu'on le trouve. Son évolution du côté des muqueuses paraît tendre plus rapidement à l'ulcération et à l'élimination; du côté de la plèvre et des séreuses en général, il se transforme plus souvent en granulations fibreuses. C'est du moins ce que l'on constate, quand la séreuse enflammée par son voisinage, produit plus d'exsudat plastique que de liquide.

Dans les alvéoles, quels rapports affecte la granulation naissante avec l'épithélium et avec les autres éléments du lobule pulmonaire? — Les micrographes ne répondent pas uniformément à cette question. Il semble pourtant que des connexions intimes sont le plus souvent observées entre les granulations et les éléments vasculaires du poumon, sanguins ou lymphatiques. Quoi qu'il en soit, que le tubercule se développe auprès des surfaces muqueuses ou séreuses, ou auprès des vaisseaux dans les parenchymes viscéraux, c'est toujours dans l'élément conjonctif qu'il prend naissance, dans le derme muqueux, dans la couche celluleuse sous-séreuse, et dans la tunique adventive des vaisseaux. Ce qui est une nouvelle raison de penser que le tubercule est bien la conséquence d'un trouble nutritif.

d'un trouble de ces fonctions élémentaires, dont le tissu conjonctif est la base commune.

Je tiens à vous rappeler en passant les travaux intéressants de Natalis Guillot. Le tubercule est un produit absolument privé de vaisseaux, et, dans un lobe pulmonaire envahi par la tuberculose, la circulation se modifie de la façon suivante : Les vaisseaux pulmonaires s'oblitérent et disparaissent devant l'envahissement du tubercule; et la périphérie des masses tuberculeuses n'est plus irriguée que par les vaisseaux bronchiques. La circulation fonctionnelle disparaît devant la circulation nutritive. C'est un fait curieux que nous aurons à invoquer plus tard, pour interpréter certains faits d'antagonisme ou d'évolution particulière de la phthisie.

Tels sont les principaux éléments que nous fait connaître l'étude anatomo-pathologique de la phthisie. Nous devons dire un mot maintenant de l'état du poumon et de l'appareil respiratoire, enfin de l'état général des sujets en puissance de tubercule.

(B) *Éléments physiologiques*. — Les relations qu'affecte le tubercule avec le terrain sur lequel il vient à se produire, constituent la base la plus féconde pour la séparation des formes de la phthisie. Étudier comment le poumon se comporte au contact du tubercule, quelles modifications se produisent alors dans l'appareil circulatoire et dans l'état général des phthisiques, est le moyen le plus sûr de mettre en lumière les éléments sur lesquels on peut asseoir la classification des formes de la phthisie. C'est aussi sur ce terrain physiologique que nous avons le plus de chances de rencontrer des éléments auxquels la thérapeutique s'attaque avec efficacité.

Le tubercule n'est pas toujours associé à l'inflammation, même dans les formes aiguës. Et ce fait suffirait, à lui seul, à prouver que le tubercule n'est pas le résultat de l'inflammation. Toutefois on rencontre bien souvent, au voisinage du tubercule, des lésions témoignant de l'influence irritative qu'il exerce secondairement autour de lui. Ces lésions ne sont pas elles-mêmes nécessairement inflammatoires, et, lorsqu'elles le sont, elles peuvent l'être à des degrés et à des titres divers. C'est ainsi qu'on observe dans les poumons des phthisiques des lésions congestives, hémorragiques, catarrhales, et enfin des lésions inflammatoires proprement dites.

Je n'ai pas à refaire ici toute cette anatomie pathologique, si finement appréciée par Cruveilhier et par MM. Héron et Cornil ; je vous rappellerai seulement que la pneumonie, par exemple, peut se présenter ici avec toutes ses variétés de siège : lobulaire, lobaire, intra-alvéolaire, extra-alvéolaire ; et variétés de forme : catarrhale, fibrineuse, suppurée, caséuse. Toutes les variétés d'inflammation de la muqueuse aérienne, depuis le coryza et même l'otite, jusqu'à la bronchite la plus profonde, peuvent aussi se rencontrer ; les bronchites ulcéreuses sont ici plus fréquentes que dans toute autre circonstance ; l'ulcération pouvant résulter de la présence même du tubercule dans la muqueuse, ou de toute autre cause, telle, par exemple, que la nature des produits de sécrétion. Telle est du moins l'interprétation que j'ai adoptée dans une communication faite par moi à la Société médicale des hôpitaux, en janvier 1879, sur ce sujet. La pleurésie séreuse, fibrineuse, purulente, vient aussi mêler ses produits et ses signes à cette scène morbide. Nous ne saurions omettre des altéra-

tions moins fréquentes peut-être, mais qui n'en sont que plus significatives lorsqu'elles se produisent, telles que l'emphysème, vésiculaire et la dilatation bronchique, la sclérose des canaux et des éléments parenchymateux du poumon. Enfin, comme lésions accidentelles, l'emphysème interlobulaire, l'apoplexie et l'œdème du poumon. Gardons-nous aussi d'oublier l'adénopathie tuberculeuse des ganglions bronchiques, sur laquelle insiste tant M. G. de Mussy, et sur laquelle nous aurons lieu de revenir.

Toutes ces lésions plus ou moins irritatives n'accompagnent pas au même titre la phthisie pulmonaire. Les unes peuvent agir comme causes, causes occasionnelles, bien entendu, et ne donnant à l'affection que la détermination locale; les autres sont plutôt une conséquence et le résultat de l'intolérance du poumon au contact de la lésion; enfin les altérations pulmonaires péritybéculeuses pourraient encore se lier aux conditions diathésiques, lesquelles seraient susceptibles de produire, là le tubercule, et ici une lésion irritative commune. Vous trouverez, messieurs, une bonne étude de cette question dans le livre de MM. Rillet et Barthez sur les maladies des enfants, dans un chapitre où sont étudiées les inflammations chez les tuberculeux.

Du reste, quelque idée qu'on se fasse théoriquement des relations qui unissent le tubercule et ces lésions secondaires, leur coïncidence est un fait facilement et fréquemment reconnu, et qui nous suffit actuellement pour montrer comment leurs groupements divers contribuent à déterminer les formes cliniques de la phthisie.

Les lésions pulmonaires vraiment inflammatoires déter-

minent les formes rapides de la phthisie; et le type de ces phthisies se rapproche d'autant plus de l'acuité, que les lésions irritatives dont elles s'accompagnent sont elles-mêmes plus rapprochées de l'inflammation, ou plus étendues. J'appelle ces formes rapides, pour les distinguer nettement de la phthisie aiguë proprement dite, qu'à l'exemple de nos maîtres, et de Trousseau en particulier, nous devons séparer nettement des formes rapides ou galopantes. Nous verrons, dans la prochaine leçon, quels caractères nettement accusés permettent, exigent même cette séparation.

Parmi les lésions inflammatoires que peut offrir le poumon tuberculeux, on rencontre surtout la pneumonie lobulaire, disséminée autour des foyers phymatoïdes; c'est peut-être la lésion secondaire la plus fréquente, à ce point, qu'il est peu de tuberculeux qui, à un moment donné, n'en offrent quelque peu. C'est à elle qu'il est permis de rapporter la plupart des formes plus ou moins rapides de la phthisie.

La pneumonie lobaire, plus rare chez le tuberculeux, donne lieu, lorsqu'elle s'y rencontre, à la phthisie galopante proprement dite, laquelle est plus activement fébrile encore que la précédente, et marche plus vite aussi à son terme funeste.

La bronchite capillaire se produit en général plus tôt, à titre de complication accidentelle, et dans ce cas, elle domine la scène, au point de dissimuler totalement la tuberculose; je n'ai pas à la décrire ici et me bornerai à rappeler, que c'est à elle que l'on doit les formes dites de phthisie suffocante ou rapidement asphyxique.

Enfin, la plus fréquente sans contredit parmi les lésions inflammatoires du poumon dans la phthisie, c'est la pneu



monie caséuse. Vous savez avec quel soin cette lésion est étudiée dans le savant livre de MM. Hérard et Cornil, dont je vous recommande la lecture spécialement à ce point de vue de la pneumonie caséuse. Qu'elle soit lobulaire ou lobaire, aiguë ou chronique, elle a toujours un caractère d'acuité moindre que les formes précédentes; le plus souvent même elle appartient aux formes les plus torpides.

Le malade du n° 11 de la salle Sainte-Anne nous en offre un exemple type. Avec tous les signes d'une pleuropneumonie de tout le lobe inférieur du poumon gauche, cet homme, qui n'a eu de fièvre que très passagèrement, garde depuis nombre de jours, à l'état presque stationnaire, la lésion de son poumon. (V., forme serof., l'obs. de ce malade.)

Parmi les lésions non inflammatoires que peut présenter le poumon tuberculeux, nous avons la congestion, si fréquente chez nos malades, et aux phases rémittentes de laquelle beaucoup d'entre eux doivent la forme paroxystique de leur maladie; la congestion, qui se produit au début, active, et avec tendance phlegmasique, ou exsudative, sinon hémorragique, et qui, plus tard, soit par le fait d'une répétition trop fréquente, soit par le fait de l'affaiblissement général de l'économie, demeure passive et diminue d'autant le champ de l'hématose déjà réduit.

Avec la congestion, une grande importance doit être attribuée à l'hémorragie. Liée intimement à la congestion, quant à ses conditions pathogéniques, l'hémoptysie, au moins au début de la phthisie, est le plus souvent active. A ce titre, il ne faut pas l'oublier, elle peut être un bien. Prenons, par exemple, l'hémoptysie dite supplémentaire: voici une femme chez laquelle les règles font défaut, et qui pré-

sente, par suite, tous les signes d'une congestion pulmonaire ; arrive une hémoptysie, la congestion cesse et tout rentre dans l'ordre. Le danger, ici, était dans la congestion, non dans l'hémorragie ; celle-ci, au contraire, en jugeant la congestion, n'a pu avoir qu'un effet favorable. C'est l'opinion que développe longuement Lebert, dans son récent traité ; et M. G. de Mussy insiste, de son côté, sur les dangers que fait courir au malade la congestion, et sur l'avantage qu'il trouve alors dans l'hémoptysie.

Ce qui se produit comme travail supplémentaire, sous l'influence de la suppression d'une hémorragie ou d'un flux physiologique, peut aussi se produire chez certains sujets, en raison de dispositions constitutionnelles spéciales ; nous verrons que ces accidents appartiennent tout spécialement à une forme particulière de la phthisie.

Mais, direz-vous, n'y a-t-il pas dans l'état local du poumon devenu le siège de l'hémoptysie, un écueil et un danger, une porte ouverte à l'éclosion du tubercule ? — Cette idée qui n'est pas neuve, avait assez frappé les phthisiologues du siècle dernier, pour les conduire à admettre une *phthisis ab hæmoptœe* (Morton). Henle, Baron et plus récemment M. Luys ont adopté cette opinion, que l'origine du tubercule pouvait être un noyau hémorragique. Or, que le sang épanché hors de ses vaisseaux puisse se transformer en tubercule, c'est une opinion que l'on ne saurait admettre. Que le foyer hémorragique puisse agir sur le tissu voisin comme irritant et provoquer une néoformation, et que les produits nouveaux, en raison de l'état général du sujet, se mettent à évoluer en tubercule : ceci est au contraire une opinion que tout porte à croire fondée.

Mais ce sont là, si je puis ainsi dire, les conséquences éloignées de l'hémoptysie. Ses résultats immédiats sont en rapport avec la congestion locale qui la précède et avec l'anémie qui peut la suivre. Or, dans le cas où l'hémorragie est abondante et susceptible de modifier la crase générale du sang, dans le sens de l'anémic, dans ce cas, l'hémoptysie est un danger. Elle peut même devenir une cause directe de mort, ainsi que je l'ai vu, quoique bien rarement, et ainsi qu'en témoigne Rasmussen, qui en rapporte neuf exemples. Ajoutons que dans ces cas on rencontre en général une altération anévrismatique des vaisseaux pulmonaires (Sevestre, Liouville, Cazalis).

Dans le cas où elle est assez abondante pour produire un certain degré d'anémie locale, sans l'être assez cependant pour altérer l'état général du malade, l'hémoptysie ne saurait par cela constituer un danger; car, pour le poumon en imminence de tuberculose, le danger, c'est la congestion; nous aurons souvent lieu d'y revenir.

On trouvera peut-être quelque difficulté à accorder cette formule avec cet autre fait, que le rétrécissement de l'artère pulmonaire se lie souvent, et probablement comme cause, à la tuberculose du poumon, ainsi que M. Paul l'a bien reconnu et démontré. Ceci pourtant n'implique pas contradiction: il faut à un organe, pour qu'il entretienne sa nutrition normale, une circulation suffisante et pour le ravitailler et pour le débarrasser de ses déchets. Lorsque le sang vient à faire défaut, l'organe meurt bientôt, faute d'éléments pour se nourrir, et lorsque l'afflux du sang se fait d'une manière absolument insuffisante, la nutrition de ce même organe s'abaisse à son tour et peut s'altérer assez pour que les transformations dont elle est susceptible, impuissantes

à se développer en tissu normal, tournent aussitôt à l'évolution tuberculeuse.

Quant à la congestion, ce n'est pas sans doute par le même mécanisme qu'elle agit; mais, par une voie différente, elle peut arriver au même résultat. En augmentant l'apport sanguin, la congestion multiplie à l'excès les éléments de la nutrition et provoque à la formation des néoplasmes; et quand cette hypergenèse, qui n'est pas toujours signe de force et de fécondité, tant s'en faut, se produit chez un sujet dont l'activité nutritive est faible ou épuisée, on comprend facilement qu'elle tourne à la tuberculose.

J'ai insisté sur ces effets divers de l'hémorragie du poumon dans la phthisie, parce qu'il faut les avoir présents à l'esprit, pour apprécier comme elle le mérite l'hémoptysie, et en déduire de saines indications thérapeutiques.

Du reste, le pronostic relativement adouci, que vous me voyez porter, relativement à cet accident morbide, a été apprécié, en partie du moins, de la même façon, par plusieurs auteurs, entre autres par M. Gueneau de Mussy, dont j'aurai souvent occasion de vous citer les travaux en phthisiologie, et dans le livre récent de M. Lebert.

Ce dernier auteur signale encore, comme fréquentes, chez les phthisiques, la dilatation du cœur droit, avec ou sans rétrécissement de l'artère pulmonaire et la péricardite tuberculeuse.

Avec la congestion et les hémorragies, nous avons le catarrhe et tous les troubles diacritiques, qui jouent un rôle considérable dans l'évolution de la phthisie. Quoi d'étonnant d'ailleurs qu'un trouble fonctionnel élémentaire, si facile à provoquer et dont les résultats sont des produits si pauvres en organisation, que le catarrhe, en un mot, tienne une place

importante dans l'évolution du tubercule, cet autre produit de basse organisation et de pauvre vie. Les muqueuses sont fréquemment, chez les phthisiques, le siège de catarrhes, et en particulier la muqueuse bronchique, et aussi, bien trop souvent, la muqueuse intestinale. Les flux se produisent sur ces surfaces, soit avant toute localisation tuberculeuse, et ils semblent alors se lier aux conditions diathésiques dont le tubercule sera plus tard l'expression, au même titre que lui, bien qu'après lui; soit autour de granulations tuberculeuses déjà formées et comme résultant de l'irritation de voisinage que provoquent ces granulations; soit enfin à titre cachectique, et vers la fin de la maladie, en raison de la détérioration qui frappe de déchéance tous les actes de l'économie, et ne permet plus à son activité de se manifester autrement que pour s'épuiser encore davantage.

Les sueurs sont dans le même cas. Liées tout d'abord à la faiblesse des sujets, elles se produisent alors à l'occasion du mouvement, ou dans le sommeil. Plus tard, elles suivent les accès fébriles et s'y rattachent étroitement. Plus tard encore, elles sont cachectiques et contribuent pour une certaine part à l'épuisement des malades.

En regard de ces perturbations des diacrisis, il nous faut placer un état pathologique de ces mêmes surfaces sécrétantes, caractérisé par la suspension des sécrétions normales, acrinie, en un mot, qui s'accompagne de sensations pénibles du côté des organes qui en sont le siège; sensations de sécheresse âpre et douloureuse, que réveillent les mouvements. J'ai déjà eu plusieurs fois l'occasion de vous montrer, messieurs, des malades souffrant de cette état d'éréthisme avec sécheresse de la muqueuse bronchique, chez lesquels, soit sous l'influence de causes irritantes, soit même sous l'influence d'un traite-

ment inopportun, la sécrétion se tarit. Le premier mouvement du médecin, en voyant le crachoir vide ou à peu près, est de féliciter le malade qui lui répond volontiers : J'aimerais encore mieux expectorer et moins souffrir. Le malade, en effet, accuse alors une sensation de sécheresse et de turgescence douloureuse derrière le sternum, ou même dans toute la poitrine; la toux est sèche et fatigante, plus fréquente en général qu'auparavant, et chaque secousse qu'elle provoque réveille de la douleur dans la profondeur du thorax, où règne d'ailleurs une sensation de chaleur vraiment pénible. En même temps la fièvre augmente le plus souvent, et tous les troubles sympathiques qui l'accompagnent, notamment les troubles dyspeptiques.

Ces accidents ne se voient pas seulement dans les troubles diacritiques des bronches; ils peuvent, quoiqu'à un moindre degré, accompagner ceux dont l'intestin est le siège. Il est des malades chez lesquels la suppression brusque et totale de la diarrhée est aussitôt suivie d'accidents analogues. Mais c'est surtout à propos des diacrisis de la peau qu'on les observe encore mieux. Le plus souvent, sans doute, les malades trouvent un bénéfice à voir les sueurs disparaître; mais il est des cas où cette suspension s'accompagne d'une sensation de chaleur si désagréable, d'une agitation et d'une exacerbation fébrile si marquées, que les malades redemandent leurs sueurs, lesquelles les délivrent en effet de ce genre d'inconvénients.

Ce sont là, messieurs, des faits qui se rencontrent souvent dans la pratique et auxquels le médecin se heurte parfois, avec autant de détriment que de désappointement, pour lui et pour son malade. J'espère que, vous les ayant signalés, je ne vous laisserai pas surprendre par ces singularités;

et, ce qui est mieux, j'espère vous enseigner à les prévenir ou à les faire disparaître.

Les troubles de l'innervation ont aussi leur rôle à jouer chez le phthisique. Moins fréquents que ceux que je viens de passer en revue, ils se présentent cependant et ont été plus étudiés dans ces derniers temps<sup>1</sup>. Ce sont d'abord des douleurs névralgiques multiples, que Beau attribuait à la névrite intercostale, mais qui ne sont pas toujours liées à la névrite, ainsi qu'en témoigne leur dissémination capricieuse, leur marche irrégulière, et le défaut de proportion qui existe toujours entre elles et l'étendue des lésions pulmonaires. Telle, par exemple, la malade couchée au n° 16 de la salle Saint-Julien, nous présente des points intercostaux multiples jusqu'au niveau des fausses côtes, et de la rachialgie, alors que ses sommets seuls sont occupés par une lésion anatomique appréciable. Je pourrais vous citer encore une femme que je soigne en ville et chez laquelle ces accidents de rachialgie ont présenté, à un moment donné, une intensité telle, et une marche si singulièrement paroxystique, que l'idée d'une affection organique de la colonne vertébrale dut se présenter à mon esprit, comme rendant mieux compte de ces douleurs. La suite a prouvé qu'il n'y avait pas là de lésion spinale et que je n'avais affaire qu'à de la rachialgie. Je n'insiste pas sur les arthralgies des phthisiques, accidents que vous connaissez et que nous rencontrons assez souvent.

Or, ces phénomènes douloureux n'ont pas non plus toujours la même signification dans la phthisie. On les rencontre au début de la maladie, chez les sujets assez affai-

1. *Relations pathogéniques du système nerveux*, par le professeur Fabre (de Marseille). Delahaye édit.).

blis pour ne pouvoir effectuer aucun des modes plus réparateurs de l'irritation. Incapables de productions plastiques, assez débiles même quelquefois pour ne pouvoir réaliser un flux éliminateur, ils ne peuvent qu'ébranler, pour ainsi dire, leur système nutritif, sans y déterminer une direction quelconque; et la manifestation de cet effort sans déplacement et sans issue, c'est le trouble névralgique. Aussi ces malades sont-ils souvent pyrétiqnes. La fièvre plus persistante et plus vive, trahit chez eux ce mouvement, que la douleur manifeste d'une autre façon; la ténacité de ces phénomènes est comme une nouvelle preuve de l'inanité d'un tel effort : *Telum imbelle sine ictu*.

A une période plus avancée, et en pleine caehexie, les douleurs ont une autre signification; elles sont moins groupées autour du thorax et se voient sur les membres et partout. Elles semblent liées alors à l'intensité avec laquelle se fait, sous l'influence de la maladie, la désintégration nutritive de tous les tissus, d'où résulte l'émaciation que vous savez.

Au chapitre des accidents nerveux des phthisiques il faut ajouter les dyspnées nerveuses, les toux spasmodiques et les vomissements rebelles, tous faits qui se rattachent aux troubles du pneumo-gastrique, et que nous voyons se produire fréquemment, mais qui sont loin d'avoir la même signification et sur la valeur desquels nous aurons à revenir. Sachez dès maintenant que la physionomie toute spéciale imposée à la maladie par ces divers symptômes doit retenir votre attention, comme un signe qu'il vous faudra interpréter et aussi comme une indication à laquelle il vous faudra répondre.

La fréquence avec laquelle nous voyons ces derniers phé



nomènes se rattacher aux pneumonies fibrineuses ou plutôt à la sclérose pulmonaire qui en résulte, ou encore à l'emphysème et aux dilatations bronchiques, est une raison de plus de leur reconnaître une valeur séméiotique. Ces lésions en effet sont de celles que nous pensons être, dans une certaine mesure, antagonistes de la tuberculose. Nous verrons plus loin comment se justifie et s'explique cet antagonisme.

Il nous reste à apprécier un élément capital dans l'évolution de la phthisie ; c'est la fièvre. Vous vous étonnez sans doute, messieurs, de voir la fièvre jouer un rôle si important dans l'évolution d'une maladie chronique. C'est qu'en effet la phthisie n'est pas une maladie chronique comme les autres. Bien qu'affectant une marche rémittente et paroxystique, la fièvre se montre à toutes les périodes de la phthisie, et parfois avec une persistance et une intensité désespérantes. C'est l'élément capital du pronostic dans la phthisie.

Il résulte des recherches de Williams, que, dans la période d'apyrexie, la température est souvent inférieure à la normale, et qu'elle la dépasse d'autant plus dans la période pyrétique. L'écart entre ces deux extrêmes est grand, au premier degré de la phthisie ; il est moindre dans la phthisie au second degré ; dans la phthisie au troisième degré, il est considérable et peut atteindre jusqu'à 6°. C'est qu'alors la fièvre est intense et que le collapsus imminent s'annonce déjà par intervalles, avant de s'établir définitivement.

Quant à la pathogénie de cette fièvre, elle varie aussi selon les périodes de la maladie. Au début, elle se rattache très probablement et aux causes dont résulte l'invasion du tubercule, et à l'intolérance du poumon. L'intolérance de l'organisme qui marque un degré de plus dans la maladie, selon l'interprétation de M. Peter, se manifeste par une

fièvre encore plus vive. Or cette intolérance générale et locale paraît atteindre son maximum dès le premier degré de la phthisie, et s'atténuer légèrement chez le phthisique au second degré. Au troisième degré les accidents irritatifs locaux et généraux sont pour peu de chose dans la production de la fièvre, et celle-ci appartient, pour la plus forte part, aux résorptions septiques qui résultent de la lésion.

Vous remarquerez encore cette fièvre, singulière en ce que dans les périodes d'apyrexie, elle laisse fléchir la température au-dessous même de son taux normal, et prépare ainsi les accidents de collapsus, qui sont si fréquents à la période ultime de la maladie.

Avec la fièvre, nous relèverons aussi les troubles de la température locale. Celle-ci s'élève là où se forme le tubercule, parce qu'elle s'élève partout où il y a congestion et que la formation du tubercule appelle la congestion, quand la congestion ne précède pas le tubercule. Aux recherches intéressantes du professeur Peter sur ce sujet, il faut joindre celles du docteur Vidal et des médecins anglais (V. *Revue des sciences méd.*). Vous comprenez sans peine quelle importance peuvent prendre, au point de vue du diagnostic, les renseignements fournis par l'élévation de la température locale.

Les troubles de la nutrition sont un des éléments les plus importants de cette scène pathologique. Vous savez à quel degré de maigreur peuvent arriver nos phthisiques. W. Marcet a étudié les altérations de nutrition des muscles et du poumon dans la phthisie. Il résulte de cette étude que, dans les muscles, l'émaciation dépend directement de la faiblesse de la nutrition. Quant au poumon, c'est autre chose : la nutrition n'y est pas seulement affaiblie, elle y

serait encore pervertie, ainsi qu'il semble le prouver par les résultats de ses analyses. A l'état normal, le poumon élimine la potasse sous forme de carbonate de potasse; le poumon tuberculeux l'élimine comme le font les muscles normaux, c'est-à-dire à l'état de phosphate de potasse. Il en résulte une grave altération de la nutrition. Car le phosphate de potasse est un des éléments précieux de l'organisme. De Renzi a constaté la présence en excès de ce sel dans l'urine des phthisiques; il pense même que cette élimination est proportionnelle à l'amaigrissement des sujets.

Toutefois ce sont encore là des faits à l'étude. Lebert, par exemple, soutient que la quantité de l'urée est plutôt diminuée qu'accrue chez les phthisiques.

La façon dont se comporte l'amaigrissement et ses rapports avec l'état de fièvre ou d'apyrexie, sont les conditions d'après lesquelles on peut le mieux établir quelle est la marche de la maladie.

*Marche de la phthisie.* — La marche de la phthisie est aiguë quand il y a de la fièvre, elle est chronique quand il n'y en a pas. Mais à quoi se rapporte l'élément fébrile, dans la phthisie? — Quel rôle a-t-il à jouer dans le trouble nutritif qui prépare le dépôt du tubercule dans le poumon, dans celui qui accompagne son ramollissement, dans les résorptions dont des foyers peuvent être le siège, dans le travail de séparation et d'élimination qu'il provoque et dans les ébauches de réparation qui se produisent à son contact ou après son expulsion? — Questions aussi importantes que peu résolues.

Ce que nous savons sur ce point, c'est que chacun des actes que je viens de vous rappeler peut s'accompagner d'une fièvre plus ou moins vive, et que tous, pour ainsi

dire, peuvent à la rigueur s'accomplir, sans que la fièvre ait à se produire. Bien que cette dernière partie de ma proposition trouve rarement sa preuve, bien que l'on soit autorisé à croire que la fièvre, plus ou moins accusée, existe néanmoins toujours à quelque moment de la phthisie, on sait bien qu'il est des cas où elle est si réduite, si rare, même appréciée au thermomètre, qu'on se figure facilement qu'elle pourrait manquer.

Le malade du n° 11 de la salle de Sainte-Anne, dont je vous ai déjà parlé et dont vous trouverez plus loin l'observation, en est un exemple. Sa tuberculose pulmonaire a suivi la marche la plus envahissante, sans provoquer de fièvre vive; souvent même nous le trouvions en apyrexie, alors même qu'un nouveau lobe de ses poumons venait d'être envahi par le mal et tombait en deliquium.

Par contre, il est des phthisiques qui ont de la fièvre, et d'une façon opiniâtre et intense, avant, et même longtemps avant que les signes physiques trahissent la présence des tubercules dans les poumons. C'est ce qu'on a appelé la phthisie primitivement générale; une forme qu'il faut bien connaître, si l'on ne veut pas la confondre avec la phthisie aiguë. Près de cette forme se groupe tout naturellement celle dans laquelle les accidents généraux se poursuivent plus ou moins longtemps, sans que les accidents locaux se manifestent; forme singulière de phthisie insidieuse, à opposer à la phthisie latente, dans laquelle, au contraire, les accidents locaux se produisent au milieu du silence de l'état général et de la tolérance des poumons. C'est ce qui lui a valu son nom de phthisie primitivement locale d'abord, et de phthisie latente ensuite.

Toutes les irrégularités peuvent ainsi se produire dans

l'évolution de la phthisie et dans les rapports que l'état fébrile affecte avec la lésion locale. Toutefois, la marche régulière est la marche paroxystique. Les paroxysmes fébriles, indépendamment des complications et des accidents qui les provoquent, se produisent naturellement, dans la marche de la maladie, à l'occasion d'une nouvelle genèse de tubercules, dans un lobe du poumon non encore envahi; ils se produisent bien mieux encore au moment où se ramollit un foyer tuberculeux; c'est même là, dans la phthisie commune, la cause la plus ordinaire de la fièvre, et il est rare que le ramollissement d'un foyer tuberculeux se produise sans que la fièvre l'accompagne. Puis ensuite vient la fièvre qui résulte du travail d'élimination, fièvre qu'il est difficile de distinguer de celle qui résulte des résorptions septiques, si faciles et si fréquentes à cette période. Rappelons-nous toutefois que le principal moment de la fièvre, chez beaucoup de tuberculeux, c'est le moment où se ramollit le tubercule.

Cette étude des conditions de la fièvre chez le phthisique nous permet d'entrevoir pourquoi celle-ci est aussi nettement paroxystique; et comment, suivant que se rencontrent ou non ces diverses conditions, elle peut présenter les variations les plus extrêmes. Les phases d'apyrexie, parfois si prolongées, s'accordent avec ce que nous savons de l'évolution du tubercule. Le tubercule ne rétrograde pas, avon-nous dit, mais il peut suspendre sa marche. Il en est de même de la fièvre et des accidents généraux; c'est pourquoi le phthisique peut guérir. Retenons donc de tout ceci, pour en chercher l'application plus tard, le rôle considérable que joue la fièvre dans la phthisie, et l'importance qu'il y a pour le phthisique à n'avoir pas de fièvre.

Je n'ai pas à insister sur les recrudescences fébriles qui se lient aux éléments morbides, que je viens de passer en revue. Plus ou moins vive dans tous les cas de complication inflammatoire, la fièvre accompagne toujours aussi les poussées congestives; elle est variable dans les cas d'hémorragie, et disparaît souvent quand celle-ci se détermine; quant aux diacrisis, nous avons dit comment la fièvre, peu marquée quand elles sont faciles et de moyenne intensité, s'exaspère au contraire quand elles se suppriment brusquement, sans que soit épuisé l'effort congestif qui les prépare.

A la période cachectique, la fièvre, plus ou moins intense, est à peu près constante. Souvent elle s'accroît ainsi jusqu'à la mort et elle atteint alors une intensité excessive. Souvent aussi, dans les quelques jours qui précèdent la mort, la fièvre cesse, et le malade présente tous les signes d'un collapsus qui peut aller jusqu'à la lipothimie et à la syncope. Le malade peut finir dans une de ces syncopes. Ce mode de terminaison, que j'ai pu vous faire constater sur un malade de la salle Sainte-Anne, est plus fréquent en ville qu'à l'hôpital.

Du reste, la mort arrive par divers modes qui sont, suivant l'ordre de fréquence : l'épuisement successif, l'asphyxie, le collapsus syncopal, une complication cérébrale, une péritonite, une hémorragie pulmonaire, un œdème de la glotte, une péricardite, une néphrite, etc.

(C) *Éléments nosologiques.* — La phthisie, variable quant à son siège anatomique, variable surtout par ses formes physiologiques, l'est encore par ses conditions étiologiques. Rien de plus facile à comprendre que les influences qui provoquent la phthisie doivent avoir la plus grande portée

pour lui imprimer un cachet spécial, puisqu'elles en déterminent la nature. Ces conditions étiologiques, si multiples dans le détail, peuvent se résumer ainsi.

La phthisie peut être accidentelle ou acquise, ou bien elle est héréditaire; enfin, elle peut être ou n'être pas diathésique. Mais il faut bien se rendre compte de ceci. C'est que la phthisie, qu'elle soit héréditaire ou acquise, peut être ou n'être pas diathésique, sans que l'un quelconque de ces termes, dans le sens de l'acquisition par exemple, en entraîne un autre dans le sens diathésique.

Nous pouvons toutefois observer immédiatement, que si la phthisie non héréditaire peut indifféremment être diathésique ou acquise, la phthisie héréditaire est le plus souvent diathésique.

J'entends par phthisie non diathésique, celle qui ne résulte pas d'une maladie constitutionnelle, et dans laquelle, par conséquent, l'élément nosologique est nul ou de nulle portée. Telles sont par exemple les tuberculoses qu'on peut à la rigueur taxer du nom de traumatiques, celles qui reconnaissent pour cause l'introduction de poussières plus ou moins irritantes dans les voies respiratoires, celles qui résultent de la répétition trop fréquente ou trop prolongée des bronchites les plus accidentelles et les plus dépourvues d'élément nosologique. Nous aurons à nous occuper, à propos des causes de la phthisie acquise, des diverses variétés qu'elle peut ainsi présenter.

Sans doute la phthisie peut être acquise par un arthritique ou par un scrofuleux, et prendre alors le type qui appartient à ces formes spéciales; mais avec cette différence cependant que la phthisie, dans ces cas, est moins le résultat de l'évolution de la maladie constitutionnelle que

celui des conditions physiologiques dans lesquelles se trouve le malade. Mais ce sont là des distinctions dont l'intérêt plus théorique que pratique ne doit pas nous arrêter davantage.

L'arthritisme et la scrofule sont les maladies constitutionnelles qui peuvent le mieux aboutir à la phthisie. Ce sont donc les deux éléments nosologiques qui doivent le mieux imprimer à l'évolution tuberculeuse des caractères propres.

Le tubercule, a dit M. Pidoux, est le signe d'une maladie qui finit. C'est-à-dire qu'on ne devient pas tuberculeux, pour avoir eu une ou deux attaques de rhumatisme, une ou deux manifestations scrofuleuses. Ce n'est que plus tard, quand l'économie, appauvrie par de multiples manifestations de son mal, devient impuissante à en effectuer les fonctions, c'est alors seulement que le tubercule se produit et que la phthisie se développe. Le plus souvent même, selon ce maître éminent, ce n'est pas sur le même sujet qu'on aurait chance de rencontrer ces divers modes de manifestation de la maladie constitutionnelle. On verrait, par exemple, une génération être affectée des manifestations superficielles et mobiles, que Bazin attribue à la première période des maladies constitutionnelles, puis une autre présenter des manifestations plus fixes et plus profondes, et l'on pourrait ainsi suivre l'évolution de la maladie dans les générations d'une même famille, jusqu'au tuberculeux qui en constituerait le dernier terme. Un homme présenterait un rhumatisme aigu simple et franc; chez ses enfants, on trouverait du rhumatisme chronique et quelques lésions viscérales; et chez ses petits-enfants se produirait le tubercule et la phthisie.

Cette genèse une fois admise, dans l'évolution de la tuber-



culose, on peut se demander si le tubercule qui se produit à la fin de l'arthritisme par exemple, diffère de celui qui résulte de la scrofule, seulement par la différence du terrain sur lequel il évolue, ou en tant que tubercule.

Je ne saurais pour ma part vous proposer de réponse absolue à la question ainsi posée. Mais ce que je sais bien et ce que je crois pouvoir vous montrer, c'est ceci : étant donné qu'un arthritique, qu'un scrofuleux, qu'un sujet dépourvu de maladie constitutionnelle, aboutissent à la phthisie, chacun de ces malades présentera une phthisie propre, spéciale par ses caractères et par son évolution et réclamera des indications thérapeutiques distinctes.

On s'étonnera peut-être de ne pas nous voir adopter ici une phthisie herpétique et une phthisie syphilitique. Nous répondrons à cela que l'herpétisme, s'il est une maladie constitutionnelle capable de mériter ce nom, en est encore à prouver qu'il a un siège, une lésion anatomique, et des manifestations viscérales, et qu'il se manifeste autrement que par une perturbation mobile et superficielle. L'herpétisme est une conception pathologique que je ne veux pas nier, mais dans le domaine de laquelle j'avoue que je ne vois pas sur quel terrain on pourrait établir l'existence d'une tuberculose spéciale.

Quant à la phthisie syphilitique, son existence me paraît devoir être mise en doute pour des motifs opposés. L'herpétisme, nous venons de le voir, n'a pas les caractères suffisamment accusés d'une maladie spéciale, pour qu'on puisse lui rapporter une certaine évolution du tubercule; la syphilis, au contraire, est une maladie trop spécifique, pour aboutir à un produit anatomique autre que celui dont elle est susceptible. La phthisie syphilitique serait-elle la

gomme du poumon? — Elle n'a plus alors rien de commun avec le tubercule et n'est pas plus la phthisie, que ne l'est par exemple le cancer du poumon. La phthisie syphilitique est-elle le tubercule se développant dans le poumon, chez un syphilitique? — Le fait a été peu observé; et je ne sais pas que, dans les quelques observations connues, où cette coïncidence du tubercule et de la syphilis a été relevée, la phthisie ait pris des caractères assez particuliers, pour caractériser une forme spéciale et mériter une place à part cette forme de la maladie phthisique.

*Résumé.* — De ces trois classes d'éléments, anatomiques, physiologiques et nosologiques, il est clair que c'est la dernière, celle des éléments nosologiques, qui prête le moins aux subdivisions, tout en étant le plus compréhensive; c'est donc elle qui devra fournir à la classification ses cadres les plus médiats et les plus larges. Nous aurons ainsi, de ce chef, à diviser la phthisie en phthisie acquise, phthisie arthritique, et phthisie scrofuleuse. C'est aussi, philosophiquement parlant, la base la plus fondamentale, parmi toutes ces distinctions, puisqu'elle repose sur la question de *nature*, non de la nature du produit morbide, mais de la maladie.

Les éléments physiologiques nous fourniront la base de divisions secondaires, ayant pour objet la *forme* que peut revêtir la maladie, selon le tempérament du sujet sur lequel elle tombe, et les circonstances qui en résultent. Ce sont surtout les formes morbides de la phthisie qu'il importe de connaître, comme étant les plus fécondes en applications; le diagnostic peut à la rigueur omettre de trancher la question nosologique, et il est des cas douteux où cette question reste nécessairement sans solution; mais

il n'en est pas de même de l'élément physiologique, que l'on doit toujours dégager par le diagnostic, sous peine de s'exposer à juger et à agir à l'aventure.

Quant à l'élément anatomique, il est d'autant plus nécessaire qu'il est plus élémentaire et plus variable ; aussi est-il la source du plus grand nombre des variétés de détail, si multiples d'ailleurs, qu'une telle maladie offre à l'observation. Je n'ai pas à insister sur le devoir qu'il y a d'en préciser les conditions, lesquelles sont en général les plus facilement appréciables, depuis Laënnec.

En un mot, l'élément anatomique nous dit où il importe d'agir, l'élément physiologique nous dit dans quel sens il faut agir, l'élément nosologique complète ces indications, en nous indiquant la portée que doit avoir notre traitement, et surtout en nous éclairant sur la marche de la maladie et sur le pronostic qui en découle.

Que si vous voulez savoir comment se groupent le plus souvent ces divers éléments et quels types particuliers en résultent, je vous propose de jeter les yeux sur ce tableau qui les résume succinctement et schématiquement, si je puis ainsi dire. Il est d'ailleurs le plan des chapitres qui doivent suivre celui-ci ; chacun d'eux aura pour sujet l'une des classes qui y sont représentées. Si l'on y joint la phthisie commune, celle dont je viens de rappeler les caractères et dont la distinction ne s'opère guère que négativement, si l'on y joint encore la phthisie aiguë, dont nous allons parler prochainement, on aura le cadre entier, dans lequel doivent rentrer tous les faits particuliers de phthisie pulmonaire.

## ÉLÉMENTS DE LA PHTHISIE

Nosologiques.	Physiologiques.	Anatomiques.
Phthisie acquise.	Tempérament nerveux.	Granulie.
	Id. lymphatique.	Phthisie commune.
	Id. sanguin.	Phthisie rapide (inflammatoire).
Phthisie arthritique.	Id. nerveu x.	Phthisie fibreuse.
	Id. lymphatique.	Phthisie catarrhale.
	Id. sanguin.	Phthisie congestive (plastique).
Phthisie scrofuleuse.	Id. nerveux.	Phthisie caséuse.
	Id. lymphatique.	Catarrhes caséeux.
	Id. sanguin.	Inflammations caséuses.
Phthisie commune et Phthisie aiguë.		

## § 3. INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA PHTHISIE COMMUNE

*On ne traite pas le tubercule.* — Ce n'est que trop vrai. La thérapeutique ne peut atteindre ce produit morbide, qui vit à peine, puisqu'on a pu le dire mort-né. — Mais on traite le tuberculeux.

La thérapeutique de la phthisie pulmonaire, réduite, pour ainsi dire, à la désespérance, par l'école anatomique pure, reçut des études de Virchow une impulsion nouvelle. Le point de départ de ce mouvement, tout erroné qu'il fût, eut cependant, il faut l'avouer, le bon effet de ranimer la lutte contre le fatalisme, auquel on se résignait trop facilement jusque-là. En cherchant à empêcher le phthisique de deve-

nir tuberculeux, on s'aperçut qu'on pouvait plus évidemment arrêter le tuberculeux sur la pente de la phthisie.

Je ne veux que vous indiquer ici les principales indications de la phthisie commune, et vous montrer, autant que possible, la valeur absolue et relative qui leur appartient.

J'insisterai d'abord sur la prophylaxie, dont l'importance pratique, la haute utilité, n'ont pas besoin de vous être démontrées. En présence d'une maladie contre laquelle la thérapeutique lutte si péniblement, tous les efforts capables de l'écartier doivent être tentés, sans en négliger aucun.

I. — *Prophylaxie.* De même que la thérapeutique tire ses indications des trois sortes d'éléments dont je viens d'établir la distinction, la prophylaxie de la phthisie pulmonaire se base sur l'état anatomique du poumon, sur l'état physiologique des sujets, et sur les conditions nosologiques qui président à la maladie.

(A) A quel régime respiratoire convient-il de mettre le poumon d'un individu que l'on croit menacé de tuberculose? — La réponse à cette question ne saurait être absolue sans doute; mais il n'est pas douteux que l'inertie fonctionnelle qui laisse sommeiller l'activité nutritive de l'organe, ou une fatigue exagérée qui l'épuise, sont à éviter l'une et l'autre.

L'inertie nutritive étant la condition qui paraît être la plus effective dans la production du tubercule, il y a lieu de la prévenir par tous les moyens. D'un autre côté, l'excitation exagérée accroît le blastème nutritif et multiplie les éléments anatomiques, qui se trouvent alors dans les conditions les plus propres à favoriser leur dégénération, c'est-à-dire, avant qu'ils aient pu prendre type (Feltz). Le tubercule croît aux dépens de ce blastème, comme le cham-

pignon sur sa couche de fumier. Le fumier n'est pas le germe du champignon, mais il en est plus que l'aliment, il en est, pour ainsi dire, la matrice. Le blastème inflammatoire joue le même rôle vis-à-vis du tubercule.

Ceci n'est qu'une comparaison sans doute, mais je vous la recommande, comme donnant une image de la véritable signification qu'il importe de conserver aux relations de l'inflammation et du tubercule; elle peut être opposée également et à ceux qui tendent trop à confondre cette lésion avec les produits de l'inflammation commune, et à ceux qui tendent au contraire à en exagérer la spécificité. Le tubercule n'est ni ceci, ni cela : il est entre les deux. Aussi M. Pidoux, cherchant à le dénommer parmi les produits morbides, l'a-t-il appelé très heureusement du nom de produit pyoïde. Aussi Cruveilhier a-t-il pu dire avec raison : L'inflammation est pour plus de moitié dans la phthisie.

En conséquence, il faut entretenir dans le poumon suspect, une intégrité de l'activité nutritive telle, que le tubercule ne trouve pas l'occasion d'y naître, et surtout, manque des moyens d'y vivre et d'y pulluler. Et comme une certaine mesure d'activité fonctionnelle ne peut que favoriser l'activité nutritive, on ne condamnera pas l'appareil vocal et respiratoire à une inertie totale; on recommandera au contraire une respiration large et entière, tout en défendant l'exercice exagéré et surtout l'effort, quel qu'en soit l'objet. L'exercice d'une respiration profonde, telle que la parole et le chant modérés contribuent à la produire, diminue la congestion intrathoracique, et même la congestion de tous les principaux viscères, ainsi que Piorry l'a reconnu; il hâte la circulation, plus encore en faisant cesser les résistances capillaires qu'en augmentant la puissance d'impul-

sion centrale. Il y a donc tout avantage à faire respirer profondément et activement les poitrines suspectes. Je connais, pour ma part, nombre de sujets qui se tiennent ainsi, par négligence ou par distraction, à une diète véritablement insuffisante d'air respirable, et auxquels je fais cette recommandation, d'exécuter au contraire une sorte de gymnastique respiratoire. On comprend que tous les exercices mesurés, qui sont capables de rendre la respiration plus libre et plus pleine, peuvent être conseillés pour le même motif.

Par contre, si l'on se rend bien compte du mécanisme et des résultats de l'effort, on comprendra qu'il y a tout lieu de l'interdire au phthisique et au sujet menacé de phthisie. L'effort fait pénétrer dans le poumon une somme d'air exagérée et l'y maintient quelque temps renfermé; en même temps la circulation se suspend ou se ralentit dans les voies pulmonaires, par la diminution de perméabilité des capillaires. Et le sang pris entre une impulsion cardiaque augmentée et la résistance accrue à la périphérie, s'élève à une tension exagérée, d'où peuvent résulter une transsudation ou une hémorragie d'où résultent, en tous cas, la congestion et tous ses dangers.

Je n'ai pas à insister davantage sur ce point pour vous faire comprendre que les efforts de voix et l'usage des instruments à vent doivent être également interdits, dans le cas qui nous occupe. Le malade du n° 11 de la salle Sainte-Anne, qui jouait du cornet à piston dans les bals publics, ne s'en est pas bien trouvé.

Application de ces données peut être faite à la question de la gymnastique. On conseillera beaucoup celle des attitudes et des mouvements mesurés; on défendra la gymnastique des tours de force.

Le sujet menacé de phthisie doit éviter les grandes vicissitudes atmosphériques. La question du climat, que je traiterai plus loin, peut se résumer ainsi, au point de vue de la température, par exemple : pas d'écarts brusques, et moyennes suffisantes. On évitera de même les atmosphères viciées par la présence d'un gaz ou d'une vapeur irritante, ou par la présence de poussières, lesquelles semblent jouer le rôle d'un appel local à l'évolution du tubercule. Enfin, s'il faut éviter les professions qui exposent les sujets aux injures du temps, quelles qu'elles soient, il faut aussi se garder de conseiller une profession absolument sédentaire, laquelle doit être nuisible, par l'insuffisance respiratoire qu'elle favorise et aussi pour d'autres motifs, tels que la dyspepsie, la constipation, le froid aux pieds; tous inconvénients qu'une occupation sédentaire entraîne plus ou moins avec elle, et qui ne sont pas sans portée pour faciliter l'éclosion du tubercule.

(B) La prophylaxie doit porter encore sur l'état physiologique des sujets; elle le doit faire d'abord pour prévenir l'hérédité ou pour en atténuer les effets. Je ne reviendrai sur ce qui a été dit relativement au mariage des phthisiques, que pour vous présenter ces quelques remarques: Dans la mesure restreinte où le médecin est habituellement consulté sur ces matières, il est rarement mis en demeure de se prononcer; mais s'il vous arrive d'être nettement interrogé à cet égard, répondez, nettement aussi, qu'un jeune homme dans ces conditions, c'est-à-dire, menacé de tuberculose, court bien quelques dangers à se marier, mais qu'il en courrait de plus grands encore à ne pas le faire, s'il devait, malgré cela, vivre sans retenue. Je ne crois pas, je vous l'avoue en passant, aux prétendus inconvénients de la



continence, surtout quand on sait, en la pratiquant, s'épargner toute provocation gènesiaque. S'il s'agit d'une jeune fille, il y a pour elle beaucoup plus de dangers à courir dans l'état de mariage que dans la virginité. Et quant aux enfants à naître de ces unions, il faut aussi songer à la santé qu'on leur prépare. Néanmoins, rappelez-vous aussi que si la santé est le plus grand des biens, elle n'est pas le premier des devoirs, et qu'il y a des considérations devant lesquelles celles que je viens de dire doivent céder.

Une autre question, non moins délicate, est celle qui a trait à l'éducation des enfants que menace la tuberculose. Les questions de nourrice et d'hygiène de la première et de la seconde enfance ne peuvent être touchées ici ; il faut que l'enfant soit tenu alors dans les conditions les plus favorables ; rien n'est à ménager, parce que rien n'est de trop, pour parer au danger. Mais deux systèmes d'éducation se trouvent ici en présence, que j'appellerai le système de l'abstention et le système de l'aguerrissement. Faut-il élever autour de l'enfant une protection constante, et le priver de tous les modes d'activité d'où peut résulter quelque inconvénient ? faut-il le livrer avec abandon à toutes les éventualités et à tous les accidents du milieu où il se trouve, et l'enduire, comme on dit, au contact d'épreuves auxquelles il peut résister ?

C'est affaire au tact du médecin, de décider ce qu'il convient de faire sans témérité et ce qu'il faut défendre sous peine d'accident. Souvent d'ailleurs c'est l'expérience qui décidera ; et c'est à la surveillance du médecin de constater les résultats, et d'en conclure, dans le sens de la hardiesse ou dans le sens de la timidité. — Sachez toutefois que si l'abstention a ses inconvénients, la témérité a ses dangers.

Cette discussion, par exemple, doit s'appliquer de tous points à l'emploi de l'hydrothérapie, par les sujets en imminence de phthisie. Si le simple lavage au linge mouillé ou à l'éponge, si l'affusion ou la douche sont suivies aussitôt d'une réaction franche et favorable, il y aura tout lieu d'en continuer l'usage; si au contraire la réaction se fait mal, s'il résulte de la pratique hydrothérapique une sensation de malaise, si surtout il se produit au bout de quelques heures un état d'excitation et même un mouvement fébrile, il vaut mieux s'abstenir, ou se contenter de simples frictions sèches. Disons cependant qu'ils sont rares les cas où les précautions prises, quant au meilleur moment et au meilleur procédé, ne permettent pas de triompher de ces difficultés.

Le docteur Sokolowsky a publié récemment, sur ce sujet, une étude où sont appréciées les indications et les contre-indications de l'emploi des douche froides et du drap mouillé, dans la phthisie. Il en conseille l'usage toutes les fois que l'état général des sujets reste assez bon pour suffire à une réaction, sans laquelle il n'y aurait que danger dans ces pratiques; il ne l'emploie aussi que quand il n'y a pas encore de fièvre permanente ou même habituelle. Enfin c'est surtout dans les cas de phthisie acquise, qu'il recommande l'emploi de ces moyens.

C'est surtout aux périodes d'évolution organique naturelle, qui constituent des périodes d'imminence morbide, que les dangers sont à craindre et que les précautions prophylactiques doivent être plus scrupuleusement observées; aux époques de dentition, de puberté, et aussi à l'âge de retour, aux diverses phases de la puerpéralité. Vous savez que chez l'homme qui a atteint l'âge de pleine virilité,

pourvu qu'il garde un bon équilibre d'activité et de nutrition, le danger d'éclosion des tubercules est bien moindre qu'à la période de l'existence qu'il vient de traverser.

Entin l'état physiologique qui constitue la principale prédisposition à l'éclosion du tubercule, étant l'état de misère physiologique, il importe que la prophylaxie se préoccupe avant tout de lutter contre cet état, par tous les moyens que l'hygiène et la médication tonique mettent en notre pouvoir.

(C) Quant à la prophylaxie relative aux influences étiologiques, elle consiste à les éviter le plus possible; et pour ce qui est des maladies constitutionnelles, il importe de gouverner les malades selon la nature de chacune de ces maladies et comme il sera dit plus loin. Nous pouvons toutefois nous arrêter dès maintenant sur certaines considérations qui sont communes à ces diverses maladies, dans leurs rapports avec la tuberculose.

On ne saurait méconnaître, par exemple, l'importance qu'il y a à voir se maintenir ou se produire à nouveau certaines fluxions physiologiques, chez les sujets atteints de maladies constitutionnelles et menacés en même temps par la tuberculose. On ne saurait nier que chez la femme qui se trouve dans ces conditions, il y a un grand danger à voir les règles se suspendre et la congestion se faire, par une malheureuse compensation, du côté de l'organe menacé, ou, comme on dit encore, *partis minoris resistentiæ*. Je vous ai fait constater le fait et je l'ai souvent observé<sup>1</sup>.

Et ce que nous disons ici des fluxions et des sécré-

1. M. Daremberg faisait encore récemment de ce sujet l'objet d'une intéressante communication au congrès d'Amsterdam.

tions physiologiques, peut se répéter, à plus juste titre encore, des fluxions pathologiques ou accidentelles. Les hémorroïdes, les sueurs locales et autres sécrétions, les gourmes, etc., peuvent jouer, en même temps qu'un rôle d'élimination relativement utile, un rôle de dérivation salutaire. Faut-il aller plus loin et regarder comme dangereux de guérir un phthisique d'une fistule anale, d'une blennorrhée ancienne ou d'une affection utérine chronique? Je me garderai de trancher la question par une réponse absolue. Mais ce que je puis vous dire, c'est que, pour ee qui est de la fistule anale, du moins, je reste dans le doute à ee sujet; et que je n'entreprendrais plus aujourd'hui de supprimer cette lésion, chez un sujet à poitrine suspecte, sans provoquer chez lui quelque dérivation compensatrice.

En quoi pourra donc consister cette compensation? — Il est rare que, chez un sujet que le tubercule peut atteindre, on trouve, même dans ees cas, l'indication d'une émission sanguine quelconque; mais, si l'état de l'intestin ne s'y oppose pas, on peut toujours s'adresser à sa muqueuse, au moyen de purgatifs plus ou moins légers et plus ou moins répétés. Et si l'intestin ne supporte pas cette atteinte, on peut s'adresser à la peau, au moyen des révulsifs passagers, sinon au moyen des exutoires permanents.

II. — Les *indications thérapeutiques* de la phthisie commune doivent aussi se elasser selon l'état anatomique, selon l'état physiologique du malade, et selon les indications nosologiques.

(A) *Indications anatomiques*. — Il n'y a pas, avons-nous dit, d'indication qui ressortisse au tubercule pris en lui-même; mais toutes les indications de ce chef appartiennent

à l'état anatomique du poumon. Le tubercule n'a pas de vie propre; il vit de la vie du tissu pulmonaire sur lequel il est greffé. Quand la nutrition de l'organe est normalement équilibrée, il reste stationnaire ou évolue lentement. Quand le poumon est le siège d'une irritation qui aboutit à une prolifération anormale, le tubercule se multiplie. Quand la congestion vient apporter dans le poumon les éléments d'une rénovation plus active, le tubercule se ramollit. Enfin, quand l'exsudat versé dans le parenchyme du poumon, ou sur sa séreuse, est doué d'assez de vitalité pour s'organiser et pour atteindre le type de la sclérose, le tubercule s'arrête dans son évolution, ou se momifie, par l'infiltration plastique ou calcaire. Prévenez la phlegmasie, disait Cruveilhier, et vous guérirez le tubercule. C'est dans la pneumonie qu'est le danger, c'est elle qu'il faut arrêter et combattre, disent MM. Hérard et Cornil.

Il importe donc de s'attaquer avant tout à l'irritation nutritive qui se produit dans le poumon du phthisique. Or celle-ci, avons-nous dit, peut affecter différents degrés. Elle peut se traduire par des troubles nerveux, congestifs, catarrheux, ou inflammatoires; — et ceux-ci peuvent se produire sur la muqueuse bronchique, sur la plèvre, ou dans le poumon.

Les calmants et les antispasmodiques conviennent aux premiers, aux seconds on adresse les tempérants et les révulsifs, aux troisièmes les émoullients ou les substitutifs, selon l'acuité, et tous les antiphlogistiques aux derniers.

Nous entrerons dans le détail de ces diverses indications en parlant de chacune des formes de la phthisie; et je vais, à propos des formes aiguës, étudier plus spécialement quelques-uns des moyens les plus employés actuellement

dans ce traitement, tels que l'alcool, l'ipéca, l'émétique et tous les substitutifs.

Les états anatomiques du poumon qui appartiennent aux altérations chroniques, tels que l'emphysème, la sclérose, etc., seront appréciés au point de vue de leurs indications, à propos des formes auxquelles nous les verrons concourir.

Quant au détail des moyens à mettre en œuvre pour répondre à toutes ces indications, je ne puis aujourd'hui que vous renvoyer aux monographies qui leur ont été consacrés, aux traités de MM. Pidoux et Fonsagrives par exemple, et aussi, permettez-le-moi, au chapitre que j'ai réservé à cette question dans mon *Traité de thérapeutique*.

(B). Les indications les plus importantes, sans contredit, nous sont fournies par l'état *physiologique* des phthisiques.

Cet état, le plus souvent, est celui qui a été désigné assez pittoresquement, par M. Bouchardat, sous le nom de misère physiologique, et qu'on peut dénommer encore du nom de misère nutritive; c'est lui qui prépare le terrain au tubercule; peut-être est-ce lui, qui fournit son germe; en tous cas, c'est lui qui l'accompagne dans l'évolution de la phthisie commune; c'est lui, par conséquent, qu'il faut surtout avoir ici en vue. On attaque cet état au moyen du régime et au moyen des analeptiques; souvent il faut y joindre les peptiques et la pepsine elle-même. Souvent les dyspepsies des phthisiques se rattachent à l'altération des sécrétions gastro-intestinales, ou même à leur insuffisance. Dans une étude qu'il fit de cette dyspepsie, M. Loquin a rencontré une véritable disparition, par atrophie, des glandes de l'estomac; ceci justifie et réclame l'emploi des moyens digestifs artificiels. Enfin, les peptones elles-

mêmes peuvent être administrées directement, pour remplacer à la fois l'aliment, quand le malade se refuse à le prendre, et l'agent digestif, lorsqu'il fait défaut.

Joignons à cela les toniques, parmi lesquels je vous recommande de choisir d'abord les toniques fixes, comme le quinquina, ou même les toniques altérants, comme l'iode et l'arsenic, et enfin, mais non sans quelque réserve, les toniques stimulants, comme les bains sulfureux et même quelques préparations insolubles de fer. Je puis vous recommander en passant, comme répondant parfaitement à cette indication, le séjour à la mer pendant la saison chaude, qui appartient surtout à la prophylaxie, mais peut être encore employé avantageusement à la première période; on peut y joindre avec avantage l'introduction des coquillages dans l'alimentation. Avec la médication marine signalons l'usage des eaux mères des salines, celui du phosphate de chaux et aussi des bromo-iodures et des eaux bromo-iodurées.

Les eaux sulfureuses, avec leur échelle graduée, depuis Enghien, Pierrefonds et Saint-Honoré, jusqu'aux Eaux-Bonnes en passant par Allevard, Cauterets, doivent aussi se rattacher à la médication tonique excitante, qui peut être utilement mise en œuvre dans la phthisie commune, comme des plus efficaces pour combattre la misère physiologique.

A cette médication peut se rattacher encore le séjour sur les altitudes élevées. Denison, qui en résume les indications, montre que ce moyen peut convenir aux phthisies chroniques, surtout à leur début. Il ne pense pas que la tendance aux inflammations et aux hémorragies soit une contre-indication, ce qui me paraît douteux, et il ne défend le séjour des hauts lieux qu'aux malades atteints de ma-

ladies de cœur et à ceux dont le poumon est en pleine période de ramollissement. Ce qu'il ajoute et qui me paraît plus fondé, e'est que, toutes les fois qu'il existe des phénomènes d'excitation circulatoire ou respiratoire, le séjour sur les hauts plateaux peut devenir dangereux.

Je erois, pour ma part, que le nombre des sujets auxquels cette singulière hygiène peut être utile, est fort limité. J'en dirai autant des voyages sur mer, qui exposent peut-être à moins de dangers. Je erains que ee ne soient là de ees moyens qui réussissent dans les cas où beaucoup d'autres eussent pu réussir à peu près de même.

Les accidents inflammatoires qui peuvent se présenter dans la phthisie la plus eommune, à différentes phases de son évolution, entraînent un état physiologique bien différent du précédent et qui motive une indication tout opposée. Ce sont les ealmants et les tempérants qui doivent alors être mis en œuvre, et en particulier les émollients de toute elasse, soit comme boissons, soit eomme fumigations, soit même comme bains, quand l'éréthisme général est très aeusé, et que la saison ou l'installation du malade permettent de le tenter, sans danger sérieux. Puis vient l'usage des alealins, qui eonviennent aux formes moins actives, et celui des altérants proprement dits, tels que l'iodeure de potassium, ou les antimoniaux à dose légère et fractionné.

Enfin, il arrive que l'état général du sujet est fortement fébrile, sans même qu'il y ait une inflammation pour en rendre compte, ce qui s'observe en partieulier au moment où le tubercule se ramollit; et la fièvre tend à une marche paroxystique parfois même intermittente. C'est encore là un état qui, bien que morbide, ressortit aux éléments physio-



logiques, et motive toute une série d'indications, c'est-à-dire les indications antipyrétiques. Les sels de quinine y sont indiqués à beaucoup d'égards. A dose légère, on en retire un effet tonique névrossthénique favorable, effet sur lequel insistait, avec tant de raison, notre regretté maître Gubler. A dose plus élevée, ils agissent à la fois comme antipyrétiques et comme antipériodiques. Le tannate de quinine aurait dans ces cas une supériorité, comme tonique et préventif des diacrisis gastro-intestinales. Toutefois, comme l'usage de ces médicaments n'est pas sans inconvénients, on peut, avant de les employer, donner l'aconit et aussi la digitale. Vous m'avez vu souvent tirer bon parti de l'usage de l'aconit, plus facile à supporter, en tous cas, que tous les autres agents.

Les nauséux, l'ipéca et l'émétique à haute dose, seront étudiés plus loin, à propos de la phthisie aiguë, ainsi que les bains, dont l'indication se présente quand les malades ont, tout à la fois, une température surélevée, une peau sèche et peu de congestion pulmonaire, et aussi quand les conditions dans lesquelles ils se trouvent permettent de leur administrer des bains, avec toutes les précautions que nécessite l'emploi de ce moyen. M. le professeur Lasègue a pu les employer avec grand avantage.

Contre l'état de collapsus, vous mettrez en œuvre tous les excitants. Mais je ne connais pas alors de moyen plus efficace et plus remarquablement utile, que les injections de morphine.

Je n'ai pas à insister ici sur les indications que l'on peut tirer de certains troubles secondaires, lesquels peuvent, par l'intensité exceptionnelle qu'ils affectent quelquefois, prendre l'importance d'une indication majeure. Tels sont

la toux, la dyspnée, la dyspepsie, la diarrhée, les sueurs et l'hémoptysie. Nous retrouverons du reste ces divers phénomènes, dans l'étude que nous allons faire des formes de la phthisie.

Disons cependant, avant d'aller plus loin, que tous ces symptômes demandent à être attaqués graduellement, et avec une certaine modération, par la thérapeutique. C'est surtout pour ce qui est des sueurs et de la diarrhée, que cette prudence a sa raison d'être, ainsi que pour ce qui est des expectorations trop abondantes. La suppression trop brusque de l'un quelconque de ces flux a souvent pour effet d'en provoquer un autre; ou bien, si aucun flux supplémentaire ne vient à se produire, il n'est pas rare de voir la fièvre s'allumer ou s'exaspérer, en même temps que le malade accuse une souffrance nouvelle, vers l'appareil où cette suppression vient d'avoir lieu, et ces accidents persister jusqu'à ce que le flux se reproduise, dans ce même appareil ou dans un autre.

Ce sont là des faits que je vous ai souvent fait toucher du doigt, et vis-à-vis desquels le médecin doit se tenir sur ses gardes, ou pour les éviter, ou pour y remédier.

Enfin, messieurs, il y a le traitement moral du phthisique, auquel il faut montrer une confiance qui n'exclut pas la résignation, dont il faut obtenir une certaine constance dans le traitement employé, et une patience dont vous lui devez avant tout l'exemple. Vous y réussirez, si vous savez lui témoigner cet intérêt sympathique qui est si précieux aux malades et dont je n'ai pas besoin de vous rappeler les mobiles.

(C) Nous aurions encore à traiter des *Indications nosologiques*, si celles-ci ne devaient être mûrement examinées

dans les leçons qui vont suivre. Le tubercule, avons-nous dit, ne détermine pas par lui-même d'indication; il n'y a donc pas de traitement de la phthisie commune, autre que celui que je viens de résumer; notons toutefois, comme se rapportant davantage à cette indication, les altérants toniques et les agents dits dépuratifs, tels que le suc de cresson et la plupart des crucifères.

§ 4. — TYPES DE CONSULTATIONS SE RAPPORTANT A LA PHTHISIE  
COMMUNE.

*Ordonnance n° I.* — Phthisie commune au premier degré. État stationnaire.

1° Le malade pratiquera chaque matin une friction humide, laquelle sera faite au moyen d'un linge légèrement trempé d'eau préalablement aiguisée à l'aide d'un alcoolat quelconque (eau de Cologne), et à la température de la chambre. Cette friction sera suivie aussitôt d'une friction sèche rudement pratiquée. Ceci sera employé de préférence sur la cage thoracique, et, afin d'éviter tout refroidissement, successivement en avant et en arrière.

2° Le malade poursuivra les points douloureux qui se manifestent sur le thorax, avec un badigeon de teinture d'iode, fait au pinceau, spécialement vers les parties supérieures du thorax, et qu'on renouvellera sur les mêmes points, une fois chaque jour, autant que la tolérance de la peau permettra de le faire.

3° Chaque matin à jeun, le malade prendra de 2 à 4 ou 5 milligrammes d'arséniac de soude, en même temps qu'une tasse de lichen ou d'infusion de bourgeons de sapin. Ceci sera fait pendant environ dix jours sur chaque quinzaine.

4° Pendant la saison froide, l'arséniac de soude sera

remplacé par une ou deux cuillerées à soupe d'huile de foie de morue simple, ou bien par 2 à 4 capsules d'huile de foie de morue créosotée, selon la tolérance de l'estomac.

5° En cas de toux et d'insomnie, trois heures après le repas du soir et au moment de s'endormir, le malade prendra une ou deux cuillerées de ce mélange, pur ou mêlé à une tasse d'infusion de coquelicots.

Sirop diacode.....	80 grammes.
Eau de laurier-cerise.....	20
Msa.	

6° Régime tonique. User le matin de lait pur ou salé, le plus largement possible. Faire à midi le principal repas, qui sera composé surtout de viandes grillées, tout en variant ce régime. Boire avec le vin de l'eau de Vals (Pauline) ou de Saint-Galmier.

Faire vers 4 heures un goûter dans lequel entrera le beurre; et le soir un diner léger.

Boire dans la journée et la nuit, s'il y a soif, de la tisane de lichen ou de fucus crispus, simple ou coupée de lait.

7° Le malade prendra de l'exercice, sans craindre même un peu de fatigue. Gymnastique ou équitation. Éviter le froid humide et surtout toute impression de frais pendant la transpiration.

8° Enfin le malade pourrait tirer le meilleur parti d'une saison à Picrefonds, Saint-Honoré, Allcvard ou Caunterets (en classant ces eaux par ordre d'efficacité), et il lui serait de plus utile de passer l'hiver dans le Midi, soit à Dax, soit sur la côte méditerranéenne, à Nice, Cannes, Menton, ou encore à Alger.

*Ordonnance n° II.* — Phthisie commune passant du 1<sup>er</sup> au 2<sup>e</sup> degré. Période de ramollissement. Craquements humides sous la clavicule droite. Fièvre paroxystique.

1° Appliquer au-dessous de la clavicule droite une série de 2 ou 3 vésicatoires volants successivement, jusqu'à ce que les râles humides aient à peu près disparu.

2° Des badigeons à la teinture d'iode seront continués sur les fosses sus et sous-épineuses de l'omoplate du même côté, autant que le permettra la tolérance de la peau.

3° Chaque matin à jeun, le malade prendra 2 ou 3 pastilles de kermès ou d'ipéca, en laissant entre chacune d'elles assez d'intervalle pour ne pas provoquer de vomissement.

4° Toutes les 2 ou 3 heures le malade prendra une ou 2 cuillerées à soupe de cette potion :

℥ Julep gommeux.....	100 grammes.
Eau de fleur d'oranger.....	20
Sirop diacode.....	30
Oxymel scillitique.....	20
Teinture d'aconit.....	2
Msa.	

5° Si la fièvre s'accuse plus fortement, ou persiste à se montrer dans la soirée, le malade prendra, 1/4 d'heure avant son goûter, cette dose de quinine, dans du pain à chanter :

Sulfate de quinine.....	30 centigr.
-------------------------	-------------

6° Régime doux. Laitage le matin. Léger repas à midi. Lichen et lait pour le goûter. Potage et fruits cuits le soir.

7° Se lever peu, tant que persistera la fièvre, et ne sortir que par un temps absolument propice, pendant la même période.

8° Si cette période se prolonge en été, on s'abstiendra de toute cure thermale, au moins pendant sa durée. Les eaux qui seraient alors les plus utiles, une fois cette période terminée, seraient le Mont-Dore ou la Bourboule, ou bien encore les eaux de Salins ou de Salies de Béarn. Et quant à une station d'hiver, c'est à Pau, à Dax, à Pise, à Madère, ou encore à Menton ou à Alger que le malade pourra songer à se rendre.

*Ordonnance n° III. — Phthisie commune. 2° degré. Caverne sous la clavicule droite. Fièvre rare ou modérée.*

1° Reprise du traitement hydrothérapique comme il est indiqué à l'ordonnance n° 1.

2° Continuer à poursuivre les points douloureux par le badigeon d'iode, et renouveler de temps en temps l'application des vésicatoires volants sous la clavicule, ou dans la fosse sus-épineuse du côté droit. On pourra les remplacer encore par des cautères volants, ou par une cautérisation ponctuée, ou par tout autre mode de révulsion.

3° Matin et soir, le malade fera une fumigation de 8 à 10 minutes, avec une infusion aromatique de bourgeons de sapin ou de feuilles d'eucalyptus.

4° Le malade recommencera l'usage de l'huile de foie de morue, et surtout, s'il y a moyen, de l'huile de foie de morue créosotée; ou bien il fera alterner l'usage de l'huile de morue simple avec celui du vin créosoté, qui sera pris de la même façon.

5° Pourvu que le malade ne devienne pas dyspeptique, on ne craindra pas d'insister sur les balsamiques, les pilules de Morton, le goudron, le tolu, la térébenthine, avec la créosote ou en alternant avec elle.

6° Le malade reprendra le régime tonique dans toute sa largeur, si la fièvre le permet. Lait simple ou salé le matin; de la viande aux deux repas. Lichen simple ou coupé de lait pour boisson. Fromages et fruits cuits ou bien mûrs pour le dessert.

Dans les cas où la fièvre se reproduirait, il y aurait lieu de modérer le régime; et surtout le repas du soir, si la fièvre tend à revenir dans la soirée; ou bien celui du matin, si c'est le matin que se montre la fièvre.

Exercice actif, autant que possible à l'abri des intempéries; gymnastique, hydrothérapie; comme dans l'ordonnance n° 1.

7° Aux saisons de transition surtout, le malade devra tenter chez lui l'usage interne des eaux sulfureuses transportées: les eaux de Cauterets (Mauhourat, la Railière), la Bassère, et même les Eaux-Bonnes seront administrées, en commençant par la dose de 1/2 verre chaque matin à jeun et les prenant coupées de lait chaud. Et dans le cas où la fièvre se reproduirait, on remplacerait ces eaux par celles de la Bourboule ou du Mont-Dore, qui seraient prises de même.

Un séjour dans le Midi, pendant l'hiver, serait encore des plus utiles, dans les conditions où il a été dit à l'ordonnance n° 1.

## DEUXIÈME LEÇON

### PHTHISIE ACQUISE

**SOMMAIRE.** — Résumé de la première leçon. — Application de ces données à la phthisie acquise.

§ 1<sup>er</sup>. Étiologie. — Ce qu'est l'hérédité, ce qu'elle n'est pas. — Fréquence relative. — L'hérédité du tubercule et l'hérédité expérimentale.

Causes locales : — Leur valeur. — Le rhume négligé. — Peut-on croire que le tubercule préexiste toujours à l'inflammation ? — La pleurésie. — La laryngite. — Le traumatisme. — Les poussières. — L'hémoptysie. — La contagion.

Causes générales : Misère physiologique. — Puerpéralité. — Alcoolisme et intoxications. — Maladies générales avec ou sans détermination pulmonaire. — Ages et période d'imminence,

Résumé : Le sol, l'engrais, le germe.

§ 2. Symptomatologie : Deux éléments en présence.

(A) Élément anatomique : Intolérance du poumon. — Pneumonies et autres lésions irritatives. — Hémoptysies.

(B) Élément physiologique : Support misérable. — Phthisie générale d'emblée. Phthisie latente. — Phthisie dyspeptique, etc. — Valeur des températures locales. — Fièvre et sueurs.

(C) Caractères nosologiques nuls.

Résumé : Marche des symptômes.

§ 3. Conditions anatomiques. — Lésions tuberculeuses peu étendues. — Importance des lésions irritatives de voisinage. — De l'emphysème et de son rôle triplement antagoniste. Observations et discussion.

§ 4. Diagnostic. — Par les antécédents héréditaires et personnels. — Autres caractères.

§ 5. Pronostic. — Relatif à l'état général des sujets et à la tolérance du poumon. — La phthisie accidentelle.

§ 6. Indications thérapeutiques de la phthisie acquise.

I. — Prophylaxie : Misère physiologique. — Traitement tonique et peptique. — Irritation pulmonaire. — Stations d'hiver.



II. — Thérapeutique : (A) Indication anatomique : Intolérance du poumon. — Les émoullients et les fumigations. — Les révulsifs divers, à la peau et sur l'intestin. — Les évacuants, l'ipéca et les antimonialux. — Les substitutifs. — Régime et lait d'ânesse.

(B) Indication physiologique : médication altérante tonique et médication antipyrétique.

Résumé.

§ 7. Types de consultation. — Ordonnance, IV, V, VI, VII.

MESSIEURS,

Nous venons de voir, dans la précédente leçon, comment on peut grouper les principaux caractères de la phthisie, pour en former des types cliniques, lesquels se séparent les uns des autres, d'un côté, par leur physionomie propre et surtout par leur allure, d'autre côté, par les applications qui ressortent de cette distinction, tant au point de vue du pronostic qu'au point de vue de la thérapeutique appliquée.

Je vous ai dit comment se groupent ces caractères spéciaux, selon qu'on les étudie dans l'ordre anatomique, dans l'ordre physiologique et dans l'ordre nosologique. L'ordre anatomique, avons-nous dit, nous donne, avec le siège et l'état local, la raison des particularités de détail; l'ordre physiologique basé sur l'état général du support, est en rapport plus direct avec la forme qu'affecte la maladie; mais c'est la notion de cause qui nous livre les grandes divisions auxquelles nous devons nous arrêter d'abord, comme étant la plus compréhensive au point de vue scientifique, et la plus utile au point de vue pratique, pourvu qu'on puisse nettement la dégager par le diagnostic.

A ce titre, la *phthisie acquise* est celle qui doit nous occuper tout d'abord; elle est la moins spécifique des phthisies, si je puis ainsi dire. Elle est en tout cas bien spéciale au

sujet chez lequel elle se développe, car elle ne relève pas de l'hérédité, et c'est en quoi elle diffère au point de vue de sa cause. Enfin, je me propose de décrire sous ce nom la phthisie qui se produit en dehors de toute influence nosologique, en dehors de toute maladie constitutionnelle; non pas que la phthisie acquise ne puisse être liée à ces maladies — le fait au contraire se rencontre souvent; — mais parce que, dans ce dernier cas, le caractère d'acquisition de la phthisie se combine avec celui que lui impose la maladie constitutionnelle et peut même s'effacer devant ce dernier.

La phthisie acquise, c'est-à-dire non héréditaire, sera donc la première des formes que nous allons étudier ensemble.

#### § 1<sup>er</sup>. — ÉTIOLOGIE.

Examinons d'abord quelles sont les conditions étiologiques de la phthisie acquise, jetons un simple coup d'œil sur ces chemins multiples, qui tous aboutissent à la phthisie, pour voir comment on y arrive. Je n'ai pas l'intention d'en scruter avec vous tous les accidents possibles, et ne veux que mettre en lumière les principales, parmi les conditions étiologiques qui président à son développement.

Devant éliminer l'hérédité de ce chapitre, il nous faut savoir avant tout ce qu'elle est, ce qu'elle n'est pas, comment la phthisie acquise est bien plus rare que la phthisie transmise. Ne vous méprenez pas cependant sur cette rareté, qu'on a souvent exagérée. Peut-être ne serez-vous pas peu surpris d'apprendre que, dans nos salles, la proportion des phthisies d'origine non héréditaire est d'un cinquième à un quart. Louis n'admettait guère qu'un sixième. Hâtons-nous

de le dire, il ne faudrait pas tirer de ce fait une conclusion absolue et y voir l'expression d'une loi générale.

N'oubliez pas que nous sommes sur le terrain nosocomial et dans une grande ville, où, pour les classes inférieures, se trouvent réunies les conditions étiologiques les plus défavorables; à la campagne et dans les petites villes, les formes acquises sont certainement beaucoup plus rares.

Je ne vous dirai qu'un mot des discussions sur le mode de transmission de la tuberculose par les ascendants, bien que cette question soit d'un haut intérêt. Vous savez que les uns, se basant sur la fréquence de la granulation chez les jeunes sujets, ont soutenu que l'on pouvait naître tuberculeux au même titre que l'on naissait syphilitique, c'est-à-dire avec des tubercules déjà existants dans le poumon; que, pour d'autres, l'enfant apporte seulement en naissant une débilité constitutionnelle spéciale, qui est la cause de la scrofule comme de la tuberculose (Graves, Jaccoud). On ne saurait dire dans quelle mesure ces interprétations doivent être admises. Il est certainement des sujets qui naissent sans tubercules et prédisposés seulement par la faiblesse de leur constitution. Mais si l'on se rappelle les expériences dans lesquelles des défauts locaux; traumatiques même, et accidentellement produits, ont pu se transmettre par hérédité, si l'on réfléchit que c'est ainsi que se créent les races animales, on comprendra que les descendants de phthisiques puissent, sans naître tuberculeux, apporter en venant au monde, une infériorité nutritive toute spéciale du tissu pulmonaire et une véritable prédisposition locale. Peut-être des recherches histologiques dirigées dans ce sens, pourraient-elles jeter quelque jour sur cette question.

A côté de l'hérédité se place une autre influence, peu contestable bien que moins nettement établie. Je veux parler de la consanguinité. On sait comment dégènèrent peu à peu les familles qui ne tiennent pas un compte suffisant de cette condition de détérioration organique. R. Smith a observé que la phthisie est fréquente dans la population des îles Hébrides, malgré la constance et la douceur du climat; et il n'hésite pas à en rejeter la responsabilité sur l'habitude qu'ont les habitants de contracter mariage entre eux.

Les causes de la phthisie acquise peuvent être divisées en causes locales et causes générales.

*Causes locales.* — L'influence des causes locales est indiscutable; si on les considère seules, on peut sans doute affirmer qu'elles sont insuffisantes à produire l'éclosion de la tuberculose; il est nécessaire qu'elles soient aidées par de mauvaises conditions générales; il faut, en un mot, qu'elles s'exercent sur un terrain déjà préparé.

Au premier rang, il faut placer les *bronchites* et les *cattarrhes pulmonaires* répétés. Je crois que leur influence est incontestable et que la théorie si populaire du *rhume négligé*, que Beau appelait plus justement un *rhume dégénéré*, doit être acceptée comme l'expression d'un fait vrai, étant donné bien entendu la prédisposition du sujet. Nous en avons dans nos salles de nombreux exemples : ainsi, au n° 3 de la salle Saint-Barthélemy, est couchée une femme âgée de quarante-sept ans, qui nous raconte qu'elle tousse tous les hivers, depuis fort longtemps. Sa santé était cependant assez bonne lorsqu'elle vint, il y a quelques années, habiter Paris; elle se trouva alors dans de mauvaises conditions de nourriture et de logement, soumise à un travail

exagéré. Dès lors, elle commença à maigrir, à perdre ses forces, la toux devint continue; deux hémoptysies se déclarèrent, et actuellement, l'auscultation vous permet de constater chez elle la présence d'une caverne au sommet du poumon gauche.

Je puis vous signaler encore au n° 8 de la salle Sainte-Marthe, un jeune homme de 21 ans, de robuste constitution, qui est atteint en ce moment d'accidents aigus de pleuro-pneumonie du côté gauche et qui présente de plus des râles sous-crépitaux aux deux sommets. Ses antécédents héréditaires sont irréprochables; mais, à l'âge de douze ans, il a eu une pleurésie, quelques années plus tard, une pneumonie; enfin il est atteint fréquemment, pendant l'hiver, de bronchites de longue durée. Aussi, bien qu'il paraisse se trouver dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, il a vu survenir, il y a un an, une hémoptysie grave, et depuis, la toux et l'amaigrissement ont fait d'assez rapides progrès.

Enfin, je veux vous citer le n° 14 de la salle Sainte-Anne qui me paraît offrir un exemple fort démonstratif du fait que j'ai avancé : c'était un homme âgé de quarante-six ans chez lequel nous n'avions relevé aucun antécédent héréditaire. Il était courtier de commerce, menait une existence fort agitée et était journellement exposé à toutes les intempéries de la saison. Depuis une dizaine d'années, il était atteint, chaque hiver, de catarrhes pulmonaires répétés; or, depuis deux ans environ, la toux était devenue continue, la fièvre, les sueurs nocturnes, l'amaigrissement étaient survenus, et nous constatons à son entrée des signes de ramollissement avancé du poumon droit. Les lésions ont rapidement progressé et l'autopsie nous a

permis de constater, outre un emphysème assez développé, un certain nombre de cavernes tuberculeuses.

J'ai eu récemment à soigner en ville un malade qui se trouvait dans des conditions identiques. Courtier de commerce aussi, il n'était arrivé à cette situation sociale qu'après avoir tenté d'occuper dans la marine marchande des postes auxquels les circonstances le forcèrent à renoncer. Quelques abus alcooliques se mêlèrent à ces insuccès. Je le vis dès 1872, présentant avec une laryngite permanente et un emphysème assez prononcé, de fréquentes bronchites. L'examen des sommets du poumon n'y révélait rien de spécial et l'état de santé général était assez satisfaisant. Ce ne fut que cinq ans après, à la fin de 1877, que des signes physiques se manifestèrent dans le sommet des poumons et que la constitution s'altéra. Et ces accidents marchèrent avec une rapidité telle, que le malade mourait au commencement de 1878.

Sommerbrodt admet qu'une laryngite simple peut donner lieu à une péricbronchite purulente secondaire, et par suite à la tuberculose. Friedlander pense de même à l'égard de la pneumonie catarrhale, qu'il rapproche d'ailleurs des pneumonies expérimentales qu'on provoque par la section des nerfs vagues.

Sans doute, messieurs, rien dans ces faits ne nous permet d'affirmer que les poumons étaient absolument indemnes de tubercules avant l'explosion de ces inflammations, et que celles-ci ont été absolument étrangères à toute influence diathésique; mais rien non plus ne justifie l'opinion opposée. Nous restons donc en présence d'une probabilité, laquelle est tout en faveur de la préexistence des bronchites et du développement secondaire

de la tuberculose pulmonaire. Bien que la phthisie puisse être latente, elle ne saurait rester telle aussi longtemps, chez des sujets vivant dans de mauvaises conditions hygiéniques et allant, pour ainsi dire, de bronchite en bronchite.

La même opinion a été souvent discutée à propos de la *pleurésie*, quant au rôle qu'elle peut jouer comme cause locale de la phthisie pulmonaire. Vous savez que Trousseau n'hésitait pas à admettre que l'épanchement, par le seul mécanisme de la compression qu'il exerce sur le poumon, pendant un temps plus ou moins prolongé, devient une cause occasionnelle de l'éclosion des tubercules, et qu'il invoquait ce fait, comme un argument décisif, en faveur de la thoracentèse. J'ai encore présent à l'esprit l'exemple d'une jeune fille de ma clientèle, qui eut en 1870 une pleurésie franche aiguë, sans que rien dans ses antécédents héréditaires ou personnels pût me faire concevoir la moindre inquiétude. Elle a pourtant succombé en 1878 à la tuberculose pulmonaire. Je pourrais vous citer plusieurs faits analogues à celui-ci.

L'influence de la pneumonie sur le développement ultérieur des tubercules pulmonaires, serait plus restreinte encore, à en croire Laennec et Louis, Hérard et Cornil. Wilson Fox, qui admet comme fréquentes les lésions inflammatoires sans tuberculisation locale, chez les tuberculeux, s'appuie sur ce fait anatomique, que la perméabilité vasculaire qui est conservée dans un poumon enflammé, est nulle en cas de phthisie, les vaisseaux étant alors obstrués par un coagulum ou par l'endartérite végétante (Thaon), ce qui sépare nettement la pneumonie de la tuberculose pulmonaire. Toutefois, ce qui est vrai de la pneumonie franche

et pas de la bronchio-pneumonie ; et M. Roger a vu cette dernière affection aboutir à la tuberculose pulmonaire.

Comment ne pas accepter de tels faits, quand on voit encore M. Verneuil professer que le traumatisme, quel qu'il soit, portant sur un organe quelconque, peut être le point de départ de la production des tubercules dans cet organe. Sachez encore que Baumgarten pense avoir découvert, au contact des petits corps étrangers qui se rencontrent dans toute plaie d'opération, de petits éléments qui ne seraient autres que ceux du tubercule. Je serais tenté, il est vrai, de croire à l'analogie plus qu'à l'identité de ces produits avec le tubercule.

Parmi les causes locales d'une importance secondaire, il faut noter la respiration habituelle d'une atmosphère chargée de poussières (*phthisis a pulveribus*). Nous venons de voir au n° 6 de la salle Sainte-Marthe, un homme de trente ans, chez lequel je vous ai fait constater l'existence de lésions tuberculeuses peu avancées. Il ne présente en effet qu'une légère matité du sommet gauche, avec quelques craquements. Ce malade nous raconte qu'il tousse depuis un an ; ses antécédents héréditaires sont indemnes, et nous ne trouvons rien de suspect dans ses antécédents personnels ; il n'a jamais eu aucune affection pulmonaire, ou autre ; il vit dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, mais il travaille toute la journée dans un entrepôt mal aéré, dont l'atmosphère est constamment chargée de poussières.

Vous parlerai-je de la *phthisis ab hæmoptoe*? — Morton, Baumes, Andral y ont cru. Niemeyer a pensé la découvrir ; on y croit peu en France. S'il est vrai que la tuberculisation du sang n'est rien moins que démontrée (Jaccoud), il est



vrai aussi que le foyer hémorragique peut fort bien jouer le rôle d'une épine provocatrice de la production tuberculeuse. Les recherches de Luys semblent le prouver.

Sans doute, le plus souvent, l'hémoptysie paraît être le signe du début de la maladie bien plus que sa cause; vous pouvez voir, en ce moment, dans le service, plusieurs malades qui ont eu des hémoptysies abondantes avant qu'ils fussent montrés les premiers symptômes de leur mal, sans que nous puissions rien en conclure.

Je ne veux pas revenir ici sur ce que je vous ai dit, à ce sujet, dans la leçon précédente; mais je vous signalerai encore une observation relatée par M. Teissier père, dans laquelle une hémoptysie traumatique a paru occasionner la phthisie<sup>1</sup>. Lebert rapporte 11 cas de phthisie auxquels il croit pouvoir reconnaître une cause traumatique.

Nul doute qu'une effraction vasculaire se produisant dans le poumon d'un sujet prédisposé, ne puisse devenir, comme tout autre traumatisme, l'occasion d'une évolution tuberculeuse. Sans doute, on cite des cas où des sujets ont eu d'abondantes hémoptysies, sans présenter de tuberculose consécutive. Quoi qu'il en soit, nous dirons avec la majorité des auteurs, que l'hémoptysie, qui semble n'être le plus souvent que le premier signe d'une tuberculose commençante, peut jouer parfois le rôle d'une cause accessoire de la maladie.

1. M. Teissier ayant reproduit cette observation au congrès de Montpellier, le professeur Potain a cité, de son côté, un cas dans lequel, ayant constaté tous les signes d'une induration du sommet du poumon droit chez un jeune homme atteint de méningite tuberculeuse, il put bientôt, à l'autopsie, constater qu'il n'y avait pas encore de tubercule dans ce sommet, mais seulement une congestion intense. Et cette congestion pré-tuberculeuse admise, on comprend qu'elle puisse donner lieu à une hémoptysie que suivrait plus tard la production des tubercules.

Quant à la contagion de la tuberculose, je suis, pour ma part, comme MM. Pidoux et Peter, peu disposé à l'admettre. Les expériences physiologiques, celles notamment de MM. Chauveau et Villemin, ne me paraissent pas suffisamment concluantes pour entraîner la conviction dans ce sens, et les preuves tirées de la clinique ne sont pas encore assez démonstratives, parce qu'elles sont toujours plus ou moins susceptibles de recevoir une autre interprétation. Tapperiner sans doute a pu rendre des chiens tuberculeux, en leur faisant respirer la poussière de crachats de phthisiques. Mais toute autre poussière peut agir ainsi ; et Schottelius a expérimenté que la poussière de crachats non phthisiques pouvait aussi produire la tuberculose pulmonaire chez les animaux auxquels on la fait respirer. C'est aussi du reste ce que l'on peut dire des inoculations dont la tuberculose peut résulter, sans que le produit inoculé ait été tuberculeux, ainsi qu'en témoignent les expériences de Metzquer.

Je dois vous dire pourtant que nous avons au n° 18 de la salle Sainte-Marthe, un tuberculeux dont les contagionnistes pourraient revendiquer le cas : c'est un homme âgé de vingt-six ans, dont les ascendants ne sont atteints d'aucun vice constitutionnel ; il n'offre aucun antécédent pathologique et se trouvait dans des conditions hygiéniques assez bonnes. Il a épousé, il y a deux ans, une femme qui a succombé à la phthisie au bout de dix-huit mois. Il a constamment cohabité avec elle, et deux mois après sa mort, lui-même commençait à tousser. Or il ne paraît pas s'être fatigué plus que de raison, pendant la maladie de sa femme, ni avoir ressenti un chagrin exagéré de sa perte. Mais c'est un concierge, qui peut bien avoir eu quelque autre sujet de devenir phthisique. Je livre donc simplement ce fait à votre

appréciation. Rappelez-vous toutefois que M. Colin n'a jamais jusqu'ici rencontré ni la phthisie, ni aucune tuberculose viscérale, chez des animaux soumis à l'ingestion répétée et en masse de la matière tuberculeuse.

*Causes générales.* — Aux causes générales appartient le rôle prépondérant, parmi les conditions étiologiques de la phthisie acquise. Au premier rang il faut placer la *misère physiologique*, quelle qu'en soit l'origine. On peut dire qu'elle résume à elle seule l'étiologie de toute phthisie acquise. La preuve en est dans la facilité qu'on rencontre à rendre expérimentalement tuberculeux un animal, en le tenant dans un lieu humide, obscur, peu aéré, sans exercice, et sans alimentation suffisante.

On doit rattacher au même chef la phthisie qui résulte des passions dépressives, celle qu'on a nommée pour cette raison la phthisie mélancolique (Gueneau de Mussy). Il est peu de nos malades d'hôpital chez lesquels vous ne retrouviez cette condition, à un degré quelconque; mais quelques-uns d'entre eux vous en ont offert de remarquables exemples : Ainsi vous vous rappelez certainement cette femme dont nous faisons l'autopsie récemment, et chez laquelle nous avons trouvé, outre des cavernes multiples, un vieil abcès pelvien enkysté. Elle était couchée au n° 24 de la salle Saint-Barthélemy. Nous ne relevions rien de spécial dans ses antécédents, tant héréditaires que personnels; mais elle nous racontait qu'elle se trouvait dans des conditions hygiéniques déplorables : se nourrissant fort mal, en butte aux mauvais traitements de son mari, obligée de travailler d'une façon exagérée pour subvenir aux besoins du ménage, elle avait vu survenir, depuis trois mois, de la toux, des vomissements et de la diarrhée. A son entrée,

elle présentait un teint caeheetique terreux, de l'œdème des membres inférieurs et des vomissements répétés, si bien que nous nous sommes demandé si nous ne nous trouvions pas en présence d'un careinome de l'estomac; les signes fournis par l'auscultation et la marche rapide de l'affection nous ont permis de faire le diagnostic.

Le n° 4 de la salle Sainte-Marthe, un homme de quarante-neuf ans, nous offrait aussi tous les signes d'une caehexie nettement accusée, mais dont la cause était différente; lui aussi se trouvait dans des conditions hygiéniques très médiocres, mais de plus, il était profondément débilité par des pertes hémorroïdaires abondantes et répétées, lorsqu'il se mit à tousser et à maigrir; et, à ce sujet, permettez-moi de vous faire remarquer en passant que ce flux sanguin, auquel les partisans de la théorie de Stahl ont attribué, non sans raison, un rôle parfois salutaire, ne saurait être tenu toujours pour un bénéfice de nature, et que, porté à l'excès, il a souvent les plus fâcheux effets et peut conduire à une anémie dangereuse.

Chez la femme, les *grossesses rapprochées*, la *lactation* constituent une cause puissante de débilitation, ainsi qu'en témoigne le docteur Caresme, dans sa remarquable thèse (1866). Vous voyez que chez plusieurs de nos tuberculeuses, cette cause existe seule, en dehors de toute autre condition étiologique.

Vous avez dû, messieurs, être frappés, dans ces cas, de l'uniformité que présentait l'évolution des symptômes: le n° 7 de la salle Saint-Barthélemy en est un type. Cette femme, âgée de trente ans, a été quatre fois enceinte en l'espace de cinq années. Au cours de sa dernière grossesse, elle commença à tousser et eut de légères hémoptysies;

son état général se maintint cependant assez bien, lorsqu'un mois environ après son accouchement, elle vit survenir de la fièvre; la toux et l'amaigrissement firent de rapides progrès; et vous la voyez aujourd'hui présenter un état cachectique très prononcé. L'examen de la poitrine vous révèle une induration assez étendue du sommet du poumon droit et un ramollissement déjà avancé du poumon gauche. Chez cette malade, comme chez plusieurs autres, vous voyez que les accidents, qu'ils aient débuté auparavant, ou qu'ils se soient manifestés pendant la grossesse, ont suivi au cours de celle-ci une marche très lente, qu'ils ont même pu rester stationnaires, pour reprendre une intensité et une rapidité nouvelles après l'accouchement.

Cette suspension remarquable dans la marche et l'évolution des symptômes, a été signalée depuis longtemps. Une autre de nos malades vient de vous en offrir encore un frappant exemple : vous vous rappelez cette femme qui nous est arrivée au septième mois de sa grossesse, avec tous les signes d'une vaste caverne du poumon droit et dans un état de cachexie et de débilitation telles, que nous avons posé la question de l'opportunité d'un accouchement provoqué, et qu'en tous cas, nous avons recommandé qu'on se tint prêt à pratiquer, *post mortem*, soit l'opération césarienne, soit plutôt l'accouchement par les voies naturelles, lequel, comme on vient de le démontrer, offre de plus grands avantages. Eh bien, messieurs, ainsi que vous l'avez vu, nos appréhensions ne se sont pas réalisées; cette femme a conduit sa grossesse à terme et a accouché d'un enfant vivant. Elle a succombé seulement quinze jours après.

☞ Certaines intoxications, et au premier rang l'alcoolisme,

ont une part importante dans l'étiologie de la tuberculose, je vous en ai montré dans mes salles d'hommes de nombreux exemples. Sans doute on a obtenu de bons effets de l'alcool dans le traitement de la phthisie ; il peut agir, en effet, soit comme aliment d'épargne, soit encore à titre de modificateur de la nutrition du poumon. Vous savez que l'alcool absorbé s'élimine en tout ou en partie, en nature ou transformé, par les voies respiratoires ; il produit, en passant, un certain degré de sclérose pulmonaire, et la sclérose peut offrir quelque obstacle à l'extension du tubercule. Mais cette double action sur la nutrition générale et sur le tissu du poumon devient un danger lorsqu'on abuse de cet agent. Ce n'est plus la sclérose qu'il produit alors, mais l'athérome vasculaire et la dégénérescence graisseuse : c'est à ce double titre qu'il devient nuisible.

Les différentes causes que je viens de passer en revue peuvent se rencontrer simultanément chez un même sujet ; et vous comprenez facilement que leur influence funeste n'en sera que plus assurée. Ainsi le n° 11 de la salle Sainte-Anne, qui est remarquable à plus d'un titre et dont j'aurai occasion de vous citer l'observation, à propos de la forme scrofuleuse, présente tout un ensemble de conditions étiologiques défavorables. Cet homme, âgé de trente-cinq ans, est manifestement scrofuleux, comme en témoigne l'eczéma impétigineux qu'il porte souvent au nez et à la lèvre. Il se nourrit fort médiocrement et se fatigue à l'excès, allant, après sa journée de travail, passer une partie de ses nuits à jouer du cornet à piston dans les bals publics. Là, il respire un air constamment chargé de poussière et se livre à de fréquents excès alcooliques. Vous voyez que toutes ces causes sont plus que suffisantes pour

expliquer la présence des tubercules dans ses poumons.

Toutes les agglomérations humaines sont nuisibles et peuvent conduire à la phthisie. Tel est le séjour des grandes villes, tel est le travail industriel dans les usines. Le travail sédentaire est surtout dangereux. D'une statistique considérable recueillie en Suisse par le Dr Muller, il ressort que la mortalité varie selon l'industrie dominante. Il meurt plus d'hommes phthisiques, par exemple, dans les cantons où se fabrique l'horlogerie; dans les cantons où beaucoup d'ouvrières travaillent le coton et le lin, ce sont les femmes qui payent à la phthisie le plus lourd tribut.

Parmi les causes générales, il en est encore qui sont très aptes à provoquer la phthisie, ce sont les maladies générales, les pyrexies en particulier, et celles-là surtout dans le plan naturel desquelles entre une détermination pulmonaire, laquelle est plus ou moins congestive et diacritique. Telles sont la rougeole d'abord, puis la fièvre typhoïde, enfin la coqueluche. Mais c'est dans les hôpitaux d'enfants que vous aurez surtout occasion d'observer ces faits; je n'ai pas à y insister ici.

Après avoir passé en revue les principales conditions étiologiques de la phthisie acquise, nous devons nous demander si elles s'exercent indifféremment à tous les âges: il est certain que ce sont les phases d'évolution qui, à cet égard, présentent le plus d'imminences morbides; et parmi ces phases, c'est la puberté qui offre le maximum d'aptitude à la tuberculose. Mais la vieillesse n'y échappe pas; et il faut remarquer ici que la phthisie qui se développe à un âge avancé est le plus souvent une phthisie acquise. Aussi en a-t-elle tous les caractères; et, si la phthisie sénile est rare, il est fréquent de la voir revêtir une forme tout à fait

aiguë, quand elle n'est pas tout à fait chronique. Chez quelques-unes des femmes qui ont passé dans nos salles, vous avez pu observer que les accidents ont débuté après la ménopause. C'est encore une phase physiologique dans laquelle les mouvements congestifs fréquents peuvent aboutir à la pleurésie et à la phthisie pulmonaire.

En un mot, deux grandes considérations dominent l'étude étiologique de la phthisie acquise : l'une a trait à l'imminence morbide créée par l'infériorité de la nutrition chez les sujets affaiblis; l'autre se rapporte aux conditions d'irritation dont le siège pulmonaire constitue une sorte d'appel à la localisation du tubercule.

J'ai déjà comparé les produits inflammatoires au fumier dans lequel va naître et grandir le champignon tuberculeux, l'organisme appauvri représente le terrain sur lequel va se produire cette germination et l'évolution qui en résulte. Nous voyons bien, me direz-vous quel est le sol et quel est l'engrais; mais ceci ne nous dit pas encore d'où vient le germe du tubercule. — Eh bien, le germe naît de la vie physiologique des tissus eux-mêmes, il est autochtone; et ceci nous explique comment il est si facile de devenir tuberculeux.

Je dois enfin, pour compléter cette étiologie, vous renvoyer à ce que j'ai dit, dans la dernière leçon, des causes de la phthisie communé.

## § 2. — SYMPTOMATOLOGIE.

Est-il donc quelque forme symptomatique qui appartienne à l'évolution de la phthisie acquise? en est-il plusieurs, et quelles sont-elles?



La symptomatologie de la phthisie acquise se résume en deux grands éléments bien distincts, et quant à leurs origines, et quant à leurs conséquences ; ce sont : l'état misérable du support et l'intolérance du poumon. C'est dans les combinaisons diverses de ces éléments entre eux qu'on trouve la clef de toutes les formes cliniques de la phthisie acquise.

(A) Le premier élément à relever dans cette symptomatologie, c'est l'élément anatomique, que caractérise ici l'intolérance du poumon. Qu'est-ce-à-dire? — Quand un tuberculeux transmet son mal à sa descendance, encore qu'il ne communique pas le tubercule en nature à l'enfant qui naît de lui, il lui fait subir au moins une influence en vertu de laquelle ses poumons présentent une certaine infériorité de nutrition. Ceux-là deviennent par là même un terrain prêt pour l'évolution tuberculeuse, et sur lequel le tubercule va naître et grandir, favorisé par une sorte d'accommodation innée. En cas de phthisie acquise, cette accommodation fait défaut. Si le tubercule succède à des irritations répétées, on conçoit que cette origine irritative laisse le poumon dans un état d'intolérance absolue pour sa présence ; et s'il résulte de l'épuisement de la constitution, cette intolérance sera relative, parce que la nutrition du poumon n'est pas encore abaissée à ce point, que la présence du tubercule n'y réveille quelque irritation nutritive et fonctionnelle.

Or la plupart des accidents de la phthisie, la plupart des symptômes de la tuberculose pulmonaire appartiennent à l'intolérance du poumon, et varient du plus au moins en proportion de cette intolérance. Tous les accidents inflammatoires dont les voies respiratoires sont le siège, chez

les tuberculeux, ne sont pas liés nécessairement à la présence du tubercule et à l'irritation qui en résulte ; mais il en est ainsi pour le plus grand nombre, il en est ainsi, en particulier, dans le cas de phthisie acquise.

Le processus se fait de diverses façons, d'abord et surtout par des *bronchites* généralisées. Vous avez sans doute plusieurs fois été frappés de ce fait : un malade chez lequel nous avons constaté des lésions bien localisées aux sommets, se plaint de tousser davantage et d'être plus oppressé. Nous l'auscultons et nous constatons des râles sous-crépitaux ou muqueux disséminés dans tout un côté du thorax. Maintes fois je vous ai fait observer que cette généralisation rapide des râles ne devait pas être attribuée à une extension des granulations tuberculeuses, mais bien à une poussée de bronchite ; et vous avez vu souvent, en effet, sous l'influence d'un traitement approprié, les râles disparaître au bout d'un temps plus ou moins long et se circoncrire de nouveau. J'aurai à insister, lorsque je vous parlerai des indications thérapeutiques, sur ces bronchites secondaires qu'il importe tant de combattre.

Les *pneumonies* s'observent dans les mêmes conditions. Elles peuvent être de diverse nature : la pneumonie franche aiguë est bien rare, et lorsque nous observons des accidents aigus, ce sont presque toujours à des bronchio-pneumonies que nous avons affaire. Dernièrement encore, l'autopsie du malade couché au n° 14 de la salle Sainte-Anne, dont je vous ai déjà fait l'histoire, offrait un très bel exemple de pneumonie lobulaire ; et vous pouviez constater, qu'en dehors des lésions du sommet, les granulations disséminées dans le reste du parenchyme étaient rares.

Les pneumonies caséuses, bien moins fréquentes que

dans les formes scrofuleuses, se rencontrent cependant ; et c'est surtout chez les sujets à tempérament lymphatique : ainsi le malade couché au n° 48 de la salle Sainte-Anne nous présentait à son entrée, au niveau de la moitié inférieure du poumon droit, de la matité avec augmentation des vibrations, du souffle et de la bronchophonie. Actuellement la matité et le souffle persistent, mais vous entendez de plus de gros sons crépitants, indice d'un début de ramollissement. Vous remarquerez que sa température est peu élevée le soir, qu'il n'accuse pas de point de côté, que sa toux n'est pas très intense, qu'il offre, en un mot, tous les caractères de torpidité et d'apyrexie qui n'appartiennent pas aux formes purement acquises, mais sur lesquels j'insisterai à propos des formes scrofuleuses.

Ces diverses manifestations inflammatoires sont fréquentes dans la phthisie acquise. On comprend par là la facilité avec laquelle elle peut, à un moment donné, prendre un caractère d'acuité et de rapidité que rien d'ailleurs ne faisait pressentir. Soyez toujours sur vos gardes, en présence des phthisies acquises, alors même qu'elles sont des plus localisées et des plus torpides ; et craignez d'être surpris tout à coup par une généralisation de la lésion, ce qui est plus rare, ou, ce qui est plus commun, par une complication inflammatoire. Cette prudence est d'autant plus justifiée, que de semblables accidents offrent une notable prise à la thérapeutique, pourvu qu'on agisse assez tôt et assez fort.

Vous avez pu voir, par l'observation de plusieurs de nos malades que je vous ai cités déjà, que, dans la forme qui nous occupe, l'*hémoptysie* se rencontre assez souvent, mais qu'elle ne prédomine pas par sa fréquence et sa gra-

tivité, comme nous la verrons faire dans la forme arthritique.

(B) Le second élément de cette symptomatologie est l'élément physiologique, manifesté par l'appauvrissement excessif du malade. Sans doute son affaiblissement, son amaigrissement, son anémie, ses perturbations nutritives, tout cela vous est assez connu et je n'ai pas besoin d'y revenir. Lorsqu'il domine beaucoup la situation, cet élément imprime à la maladie une physionomie spéciale : c'est ce qu'on a appelé la *forme générale d'emblée*, suivant l'expression de M. Pidoux. Dans ces conditions, les malades se présentent dans un état d'épuisement qui dépasse de beaucoup la proportion que nous voyons s'établir communément entre l'état général et la lésion locale. C'est la forme qu'affectent souvent les diabétiques quand ils deviennent tuberculeux, ce qui, vous le savez, est fort commun.

Tel est, par exemple, l'état dans lequel se trouve une de nos malades, couchée au n° 25 de la salle Saint-Julien. Cette femme présentait, à son entrée, une émaciation très prononcée, un teint profondément cachectique, et une débilité générale telle, qu'elle ne pouvait se soutenir ; et nous étions surpris, alors que nous nous attendions à trouver dans sa poitrine des lésions avancées, de ne constater que de la submatité, de la respiration soufflante à la partie supérieure du poumon gauche et quelques râles sous-crépittants disséminés du côté droit.

Il y a deux ans environ, une dame âgée de 50 ans, que je soignais depuis longtemps pour un rhumatisme nouveau, me faisait demander parce qu'elle souffrait depuis quelque temps de points de côté diffus. L'auscultation ne me donnait que des résultats négatifs ; et cependant la fièvre

vespérale et l'amaigrissement faisaient de sensibles progrès. Sur ces entrefaites survint une petite pleurésie à la base du poumon gauche, laquelle disparut lentement. Le mauvais état général persistait, sans alternatives d'amélioration, et ce ne fut qu'au bout de dix-huit mois que se manifestèrent les signes au sommet du poumon.

Cette forme n'est pas rare dans la phthisie acquise, et je vous engage à vous méfier toujours de ces troubles gastro-intestinaux, de cet amaigrissement survenant sans cause appréciable et accompagné de fièvre vespérale; il faut dans ces cas se livrer à un examen minutieux et répété du thorax; et alors même que le résultat est négatif, ne pas se hâter de porter un pronostic favorable. Vous trouverez dans la clinique de M. G. de Mussy une observation de *phthisie dite latente*, plus étonnante encore. Il s'agit d'un homme dont les deux poumons furent trouvés criblés de tubercules et qui n'avait jamais eu ni toux, ni expectoration, ni fièvre, et chez lequel l'examen physique de la poitrine n'avait pour ainsi dire rien révélé.

M. Bourdon a déjà signalé, depuis longtemps, l'importance pronostique et diagnostique qu'il faut accorder aux vomissements qui précèdent, souvent de plusieurs mois, l'apparition des premiers signes physiques de la tuberculose pulmonaire. Telle est la phthisie que l'on a dite, pour ce fait, dyspeptique.

Vous venez de voir dans le service, un malade assez remarquable à cet égard. Il avait été désigné pour aller à Vichy, et il en arrive très sensiblement amélioré. C'est un homme de constitution forte et robuste; depuis cinq ou six mois il présentait des vomissements alimentaires presque quotidiens, qui avaient jusqu'ici résisté à toutes les médi-

cations employées : son aspect général est excellent, il ne se plaint pas d'avoir maigri ou perdu de ses forces, il tousse fort peu, et seulement depuis un mois, et ce n'est que pour ses troubles gastriques qu'il réclame des soins. Cependant nous constatons d'une part une légère diminution de sonorité et quelques craquements au sommet du poumon droit, et d'autre part, un petit noyau induré épidi-dymaire, sur la nature duquel il ne saurait y avoir de doute. La saison qu'il vient de faire à Vichy lui a été très favorable, il n'a plus de vomissements, ses fonctions digestives sont excellentes, mais les signes du sommet du poumon ne sont pas modifiés. Ainsi vous voyez, messieurs, que ces troubles gastro-intestinaux prémonitoires peuvent s'amender, qu'ils peuvent même céder à une médication bien dirigée, sans que, pour cela, la gravité de leur valeur séméiotique doive être atténuée. — C'est surtout dans ces formes générales d'emblée que l'étude des températures locales, ainsi que l'a démontré M. le professeur Peter, peut rendre de grands services et venir, par une augmentation de quatre, six ou huit dixièmes de degré, plusieurs fois constatée au même espace intercostal, mettre sur la trace d'une lésion qu'aucun signe physique n'avait encore pu révéler.

Enfin nous dirons un mot de la fièvre et de la tendance qu'elle a à se reproduire avec les types les plus divers. C'est surtout dans les cas de phthisie acquise, que l'on voit la fièvre se développer avec intensité, avant que les lésions locales soient susceptibles d'en rendre compte. La ténacité est alors un de ses principaux caractères; et les rémissions qu'elle présente n'ont pas toujours lieu le matin, comme il arrive dans la phthisie commune. Ce que j'ai vu me porte

à croire que c'est dans ces cas qu'on observe surtout les exacerbations fébriles du matin, ou de toute autre heure du jour.

Dans la phthisie acquise, les *sueurs* nous ont paru être plus faciles et plus abondantes que dans la majorité des autres cas. En revanche, la diarrhée est plus rare et ne survient que tardivement.

Tous ces caractères, sans être absolus, ont une valeur qui suffit à différencier la phthisie acquise proprement dite, des formes qui vont suivre.

(C) De caractères nosologiques, nous n'avons pas à en relever dans cette symptomatologie, puisque nous retenons surtout sous ce chef de phthisie acquise, celle qui est dépourvue d'influence nosologique.

En *résumé*, appauvrissement général considérable de la constitution des sujets, dès le début, avant les accidents pulmonaires, puis, complications irritatives et inflammatoires, nombreuses, fréquentes, offrant à la tuberculose un champ propice à une facile extension et, en tous cas, venant souvent la compliquer : tels sont les principaux caractères de la phthisie acquise.

La *marche* de cette espèce de phthisie se ressent de ce double élément qui en gouverne les phénomènes. La forme générale d'emblée, lente dans ses premières phases, tend à prendre une allure rapide quand arrive la période des manifestations pulmonaires confirmées. Quant à celle qui se complique d'accidents inflammatoires, sa marche a un certain caractère d'acuité proportionnelle à l'étendue, à l'intensité et à la profondeur de ces complications. La marche de la phthisie acquise, sans donc être aiguë à proprement parler, est à chaque instant dans l'imminence de

l'acuité, et c'est souvent à cause de cela une phthisie rapide. Quand au contraire elle échappe à l'acuité et à ces complications inflammatoires, elle suit une marche lente, en proportion des moyens que possède le malade, pour lutter contre l'affaiblissement de son organisme. Quant aux formes véritablement aiguës, elles feront l'objet de notre prochaine leçon.

### § 3. — CONDITIONS ANATOMIQUES.

Suivant le plan que nous nous sommes tracé, nous devons examiner maintenant quelles lésions anatomiques répondent plus spécialement à cette forme de phthisie. On n'observe point dans la forme acquise, comme on l'observe dans la forme commune, la tolérance du poumon, la tendance à la localisation des lésions, qui implique une marche lente et à longue échéance; nous avons noté, tout au contraire, la grande tendance aux réactions vives de la part de l'organe et l'extension facile des lésions dans le poumon.

Dans les formes primitivement générales, les lésions sont peu étendues : je vous rappellerai l'observation de cette malade que je vous ai citée déjà et qui était couchée au n° 25 de la salle Saint-Barthélemy; je vous faisais remarquer le contraste frappant que nous offrait chez elle l'état général si misérable et le peu d'altérations locales que nous révélait l'examen physique. Au bout de deux mois, cette femme succombait dans un état de cachexie profonde, infiltrée de toute part. Or à l'autopsie, à l'inverse de ce que vous êtes habitués à rencontrer chez nos tuberculeux, au lieu de trouver de vastes et multiples ca-



vernes, des blocs de caséification, des délabrements considérables du poumon, toutes lésions qui semblent absolument incompatibles avec la fonction de l'hématose, vous constatiez seulement, dans les lobes supérieurs, à gauche, une excavation de la grosseur d'une noisette ; à droite, quelques petites masses tuberculeuses très limitées, en voie de ramollissement, et dans le reste du parenchyme, des granulations peu abondantes et irrégulièrement disséminées.

Mais, je vous l'ai dit, ces formes générales d'emblée, telles que les décrit M. Pidoux, sont rares ; dans la majorité des cas, les lésions locales progressent d'une façon continue et plus proportionnée aux symptômes, et on les trouve à l'autopsie, plus marquées que les signes physiques ne l'eussent fait présumer, mais moins graves cependant que ne le comporte le misérable état général des sujets.

Lorsque les lésions sont étendues à une notable partie des poumons, elles ne tiennent pas en général à la simple multiplication des produits tuberculeux, ou alors c'est à la phthisie aiguë proprement dite que l'on a affaire ; et celle-ci nous occupera à la prochaine leçon. Mais le poumon est le plus souvent envahi par des lésions secondaires, congestives ou inflammatoires, bronchites et pneumonies diverses. C'est dans les formes acquises que l'intégrité ou la non-intégrité du tissu pulmonaire qui environne le tubercule, joue un rôle capital dans l'évolution de la maladie, ainsi que l'ont si bien fait ressortir MM. Hérard et Cornil. Les phénomènes inflammatoires secondaires sont des plus variés ; le parenchyme subit, au contact du tubercule, des modifications plus ou moins importantes : engouement pulmonaire, bronchite capillaire, broncho - pneumonies,

pleuro-pneumonies, congestions plus ou moins actives et œdèmes partiels, hépatisations et caséifications. Il vous a été donné d'observer fréquemment et de vérifier à l'autopsie ces diverses lésions. Vous constatiez récemment, chez un malade mort au n° 14 de la salle Sainte-Anne, et dont je vous ai cité l'observation, un fort bel exemple de pneumonie lobulaire. Le n° 2 de la même salle, vous vous le rappelez, a succombé avec des phénomènes ataxo-adiynamiques. Nous avons vu apparaître chez lui, au cours d'une tuberculose au troisième degré, de la matité, du souffle tubaire, de la broncho-œgophonie à la partie inférieure du poumon droit. Or ce malade nous offrait à l'autopsie, outre des cavernes multiples au sommet du poumon gauche, à droite, un épanchement pleural séreux assez abondant et une hépatisation grise uniforme de tout le lobe inférieur du même côté.

Il est un état anatomique du poumon que nous avons rencontré assez souvent chez les phthisiques, et plus souvent encore, dans les cas de phthisie acquise, coexistant avec les lésions les plus diverses, et sur lequel je voudrais appeler votre attention : je veux parler de l'emphysème. Quel rôle joue-t-il dans la tuberculose ?— C'est une question qui, vous le savez, a été résolue en des sens bien différents. Les uns (Gallard, Valleix) ont pensé que la présence de tubercules dans un poumon suffisait pour y produire de l'emphysème, et que la marche de ces mêmes tubercules n'en était nullement modifiée ; d'autres, MM. Gueneau de Mussy, Pidoux, considérant l'emphysème comme une manifestation de l'arthritisme, ont conclu à un antagonisme entre le tubercule et l'emphysème.

Vous avez pu voir que, chez plusieurs de nos tuberculeux,

l'autopsie nous a révélé de l'emphysème partiel, limité à la partie supérieure, ou au bord antérieur d'un lobe pulmonaire ; il est évident que dans ces cas la production de l'emphysème est subordonnée à la tuberculose, soit par suite du développement supplémentaire des alvéoles, soit par le mécanisme de l'effort et sous l'influence de la toux. Il ne joue alors qu'un rôle absolument secondaire.

Mais d'autre part, nous avons observé des malades déjà avancés en âge, présentant tous les signes d'un emphysème généralisé : poitrine globuleuse, sternum bombé, creux sous-claviculaires effacés, sonorité pulmonaire exagérée, et ces malades étaient en même temps porteurs de lésions tuberculeuses à une période plus ou moins avancée ; c'est dans ces cas, et dans ces cas seulement, que la question d'antagonisme peut se poser. Or l'observation démontre que, chez ces sujets, la marche de la phthisie est beaucoup plus lente. Voyez, par exemple, la femme couchée au n° 3 de la salle Saint-Barthélemy : elle est âgée de quarante-neuf ans et tousse depuis une quinzaine d'années ; sa poitrine est bombée, d'une sonorité exagérée à la percussion, sauf au niveau de la fosse sus-épineuse gauche ; elle a des accès de dyspnée, se montrant surtout la nuit. Nous constatons à son entrée, il y a trois mois, une petite caverne bien limitée au sommet gauche et des râles sous-crépitants disséminés du côté droit et mêlés à une expiration sifflante et prolongée. Depuis lors, son état est resté absolument stationnaire, elle n'a pas de fièvre vespérale, les fonctions digestives sont bonnes et la dyspnée seule la retient à l'hôpital. De même, le n° 4 de la salle Sainte-Marthe nous offre un exemple de tuberculose compliquée d'emphysème, se présentant avec les mêmes ca-

ractères. C'est un homme de cinquante-deux ans, qui a des antécédents héréditaires manifestement arthritiques; il tousse depuis huit ans. A son entrée, il y a sept mois, nous constatons des signes non douteux d'emphysème; de plus, nous percevions des râles sous-crépitants moyens au sommet droit, et à gauche de la respiration serratique, des râles sibilants et muqueux disséminés aux deux tiers supérieurs. Sous l'influence du traitement par les révulsifs et les arsenicaux, nous avons vu les râles diminuer de nombre et d'étendue et se localiser aux sommets; l'amélioration a été telle, qu'il a pu partir pour l'asile de Vincennes. Il est rentré depuis une quinzaine de jours, parce que la toux et la dyspnée avaient de nouveau augmenté : il présente encore des râles sibilants et muqueux disséminés, mais les lésions du sommet ne paraissent pas avoir progressé. Dans ces cas et dans plusieurs autres que nous avons observés, vous avez remarqué cette marche lente des accidents, le peu de tendance qu'ont les lésions à progresser et à s'étendre, en présence de l'emphysème. Ce sont d'ailleurs des malades que vous devrez suivre quelque temps, pour en juger comme il convient. Pour ma part, je suis convaincu que, le plus souvent, l'emphysème constitue une sorte de barrière à l'extension de la tuberculose.

Comment expliquer cet antagonisme, qui me paraît être un fait assez évident et assez important, pour mériter qu'on s'y arrête? — On en peut donner plusieurs raisons. Pour beaucoup d'auteurs, entre autres pour MM. Pidoux et Gueneau de Mussy, l'emphysème est une manifestation de la diathèse arthritique, et cette diathèse présentant un certain antagonisme avec la diathèse tuberculeuse, on comprend que le tubercule et l'emphysème témoignent de

tendances morbides opposées. Or, si l'antagonisme devait être établi sur cette base, le fait auquel il devrait conduire serait la rareté d'une coïncidence entre ces deux lésions. Et je vous ai dit tout à l'heure que cette coïncidence n'est pas rare ; une thèse récente, due à M. Hirtz, exagère peut-être les faits dans le sens inverse, c'est-à-dire dans le sens de la coïncidence ; mais il n'en reste pas moins que la coïncidence fréquente du tubercule et de l'emphysème ne permet guère de placer dans l'antagonisme supposé des diathèses, l'antagonisme de fait que je vous ai fait constater.

C'est ailleurs que j'en crois trouver la raison ; c'est dans la nature même des lésions histologiques qui accompagnent l'emphysème et le tubercule. Nous savons, en effet, d'après les travaux de Villemin, de Rindfleisch, de Cornil et Ranvier, que si l'emphysème existe dans une grande étendue du poumon, la circulation y est considérablement diminuée ; et la circulation sur laquelle porte surtout et d'abord l'atrophie, est la circulation nourricière du poumon, celle qui se fait au moyen des vaisseaux bronchiques. Les cloisons alvéolaires offrent une dégénérescence granulo-graisseuse spéciale, leurs parois sont amincies et présentent des amas ovoïdes de granulations grasses ; les noyaux compriment les capillaires et ne les laissent que peu perméables. — La faible vascularité du tissu, sa pauvreté en éléments embryoplastiques doivent être peu favorables au développement des tubercules, lesquels, nous le savons, se forment surtout autour des vaisseaux, et au moyen d'une hypergénèse d'éléments embryonnaires. De plus, d'après les recherches de Nat. Guillot, sur la vascularisation des poumons dans la phthisie, on sait que le

système vasculaire le plus atteint par elle, est le système des vaisseaux pulmonaires, lequel s'oblitére et recule devant les progrès de la tuberculose, tandis que les masses péricuberculeuses sont plus spécialement irriguées par la circulation des vaisseaux bronchiques. Il se produirait donc là le contraire de ce qui se produit dans l'emphysème ; et l'on s'expliquerait ainsi comment il se fait que les deux lésions, le tubercule et l'emphysème, souvent coexistantes, présentent cependant, dans leur évolution locale, des conditions antagonistes, en vertu desquelles ils tendent à se limiter mutuellement.

Suivant le professeur Peter, l'emphysème produirait une sorte d'antagonisme physiologique, dont la dyspnée donnerait, pour ainsi dire, la clef. Toute dyspnée provoquant une suractivité fonctionnelle du poumon, exciterait par là son activité nutritive ; et de cette excitation nutritive résulterait l'emphysème, tandis que le tubercule résulte de l'abaissement nutritif du poumon.

Quoi qu'il en soit de ces interprétations, on voit qu'elles justifient, à un triple point de vue anatomique, physiologique et nosologique, l'antagonisme de la tuberculose et de l'emphysème. J'y ai longuement insisté parce que les problèmes de fait que soulève cette question impliquent de graves conséquences pratiques. Celles-ci ont trait surtout au pronostic ; mais elles ne sont pas sans retentir aussi beaucoup sur les indications thérapeutiques<sup>1</sup>

1. Lire sur ce sujet ce qui a été écrit dans un sens différent par M. le docteur Gallard et M. le professeur Jaccoud.

## § 4. — DIAGNOSTIC.

La phthisie acquise se reconnaîtra surtout aux commémoratifs, mais le diagnostic se complète par l'état du sujet et la marche des lésions pulmonaires.

D'un côté, les antécédents héréditaires sont absolument négatifs. On ne retrouve chez les ascendants directs ou collatéraux, aucune trace de tuberculose; tout au plus y constate-t-on quelque une de ces maladies constitutionnelles sur lesquelles nous aurons à revenir plus tard. D'autre part, les antécédents personnels du malade fournissent généralement une condition étiologique, ou une série de conditions étiologiques très significatives : ce sont toutes les causes de misère physiologique que nous avons passées en revue à la dernière leçon; elles peuvent toutes se ramener ou à une insuffisance de la nutrition, ou à un excès de la dépense fonctionnelle. Telles sont par exemple les grossesses trop multipliées, et surtout prématurées, ou encore trop rapprochées, une lactation trop prolongée ou mal conduite, l'alcoolisme, les excès de tout genre, etc. Ce sont encore toutes les causes d'irritation pulmonaire directe : respiration de poussières, atmosphères viciées, refroidissements répétés, rhumes négligés, catarrhes ou bronchites à répétition.

Le diagnostic repose donc tout d'abord sur l'étude des conditions étiologiques; mais la marche de la maladie et de ses lésions pourra être invoquée à son tour. On soupçonnera qu'on a affaire à une phthisie acquise, quand on sera en face d'un sujet très épuisé et que, chez ce malade, se manifesteront facilement des poussées aiguës du côté des

poumons; en présence, par exemple, de la forme générale d'émblée ou de la forme dyspeptique, en présence d'une forme particulièrement fébrile. Des lésions tuberculeuses peu étendues, avec de faciles poussées congestives dans leur voisinage, enfin, la coïncidence fréquente de l'emphyseme, sont encore des caractères qui, sans avoir une grande valeur, appartiennent cependant plus spécialement à la phthisie acquise, et peuvent à elles seules en faire soupçonner la nature. Enfin, la marche rapide des accidents généraux, notablement en avance sur la lésion locale, une cachexie prématurée, en un mot, pourront mettre sur la voie de ce diagnostic.

Il me suffit de vous rappeler qu'on peut confondre la phthisie avec la bronchiectasie et avec les tumeurs du médiastin, pour que vous évitiez de commettre cette confusion. La percussion vous sera d'un grand secours pour établir le diagnostic dans ces cas; l'état général des sujets et la marche de la maladie achèveront de vous tirer de toute incertitude.

La phthisie des diabétiques, qui est souvent une phthisie acquise, est souvent aussi une phthisie arthritique. Elle se rapproche de ces deux formes par sa marche paroxystique, par les suspensions prolongées qu'elle présente souvent, et par l'acuité avec laquelle sévissent au contraire ses poussées aiguës. Elle se reconnaît sans doute à la présence du sucre dans l'urine. Toutefois, n'oubliez pas qu'au moment des accès fébriles, le sucre peut disparaître de l'urine des diabétiques. De plus, ces malades, probablement en raison de la dérivation que produit chez eux le flux urinaire, sont remarquables par la rareté des sueurs et des hémoptysies. Enfin, la température s'abaisse souvent chez eux, et de-



meure notablement abaissée, ce qui les expose davantage au collapsus. — Tous ces caractères suffiront à bien vous faire reconnaître la phthisie acquise et sa cause, quand elle se présente chez un diabétique.

#### § 5. — PRONOSTIC.

Selon le professeur Peter, le pronostic de la phthisie peut se ramener à ces deux éléments : tolérance de l'organe, tolérance de l'organisme. — Je ne changerai pas beaucoup la base de cette appréciation, en vous disant que le pronostic de la phthisie acquise repose sur le degré plus ou moins grand de susceptibilité du tissu pulmonaire et sur l'état d'épuisement plus ou moins avancé des malades ; et c'est surtout dans les cas de phthisie acquise que ce double point de vue acquiert une grande importance.

Je vous ai montré la gravité des formes générales d'emblée et leur marche ordinairement fatale, alors même que les lésions locales sont peu avancées. Ces formes d'ailleurs seront plus graves quand les phénomènes morbides se caractériseront par de la fièvre, en même temps que par l'état de misère physiologique ; elles le seront relativement moins, tout en l'étant encore beaucoup, quand on aura affaire à des phénomènes plus localisés, tels que la dyspepsie ou les vomissements.

L'autre élément dont le pronostic ait surtout à tenir compte, c'est l'état de tolérance ou d'intolérance du poumon. S'il se produit de fréquentes poussées aiguës d'irritation pulmonaire, autour des tubercules, ou même à une certaine distance de ces produits, l'évolution sera rapide. Le malade succombera souvent à l'une de ces com-

plications; et s'il y résiste, il aura à lutter avec plus de désavantage encore, bien que plus longuement, contre l'envahissement par le tubercule de ses lobes pulmonaires enflammés. Le danger est donc grand, et il vient de bien des côtés à la fois.

Ajoutons cependant que si les formes rapides sont celles qui offrent le plus de dangers, ce sont celles aussi qui offrent le plus de prise à la thérapeutique et à l'hygiène; aucune n'est fatale, et l'on peut toujours espérer modifier favorablement la marche et l'extension des lésions inflammatoires secondaires.

Enfin, c'est ici le lieu de rappeler la distinction admise par M. Pidoux, entre la phthisie acquise et la phthisie accidentelle. Cette dernière, ayant pour ainsi dire moins de racines dans l'économie, serait moins grave que la phthisie acquise proprement dite. Cette opinion, à laquelle je m'empresse de souscrire, comporte cependant une réserve; car, pour les motifs que nous venons de dire, l'extension de la tuberculose sera sans doute moins à redouter dans la phthisie accidentelle, mais il y faudra craindre davantage les effets de l'intolérance du poumon.

#### § 6. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

Après avoir rappelé rapidement les indications prophylactiques déjà résumées dans la leçon précédente, nous exposerons quelles sont les indications anatomiques et les indications physiologiques qui appartiennent à la phthisie acquise. Des indications nosologiques nous n'aurons pas à en parler. A la façon dont nous avons limité notre sujet, elles font ici défaut. Et les cas où elles se présenteraient

rentreront dans ceux qui feront l'objet de nos prochaines leçons.

I. *Prophylaxie.* — Je n'aurais guère à revenir sur ce que j'ai dit déjà de la prophylaxie de la phthisie en général, si la phthisie acquise ne motivait une étude plus approfondie de ce sujet, puisque contre elle la prophylaxie peut plus que contre toute autre; et puis, le degré de misère physiologique dans lequel se trouvent les sujets qui sont dans l'imminence de devenir tuberculeux, est tel qu'il mérite d'être présenté à nouveau comme l'objet d'une indication prophylactique vraiment capitale.

(A) C'est contre l'élément physiologique qu'il faut lutter, c'est-à-dire contre l'état de misère physiologique; c'est au moyen des agents physiologiques qu'on peut le faire.

Ce sera au moyen d'un régime alimentaire choisi parmi les plus réparateurs, au moyen d'une vie suffisamment active pour solliciter le mouvement nutritif, assez calme cependant pour le favoriser sans l'épuiser. Le régime devra comporter sans doute un usage largement entendu de la viande; mais on ne craindra pas d'employer les aliments hydrocarbonés, ceux du moins que l'estomac acceptera volontiers et digérera facilement. Le laitage et ses dérivés, le fromage et le beurre sont donc ici particulièrement indiqués. On n'oubliera pas, en effet, que s'il faut remonter l'économie du malade, il importe beaucoup aussi d'éviter et même de prévenir la dyspepsie aiguë ou embarras gastrique, et la dyspepsie chronique.

Sans croire avec Beau que la dyspepsie soit aussi souvent et aussi facilement qu'il le pensait, l'origine et la cause de la phthisie, nous savons, M. Bourdon y a insisté, je viens de vous le dire, nous savons qu'il y a des phthisies dyspep-

tiques dans lesquelles la dyspepsie a précédé de longtemps et paraît avoir causé, du moins en partie, la germination du tubercule. Et l'on comprend qu'il en soit ainsi chez des sujets qui dépensent activement leur activité, sans fournir à leur vie nutritive autre chose que des éléments insuffisants ou mal appropriés; on comprend que ces sujets arrivent assez facilement à l'état de dépérissement, si favorable à l'éclosion du tubercule.

On n'hésitera donc pas à joindre au régime analeptique tous les peptiques possibles. Les amers tiennent ici la première place, et en particulier les amers aromatiques : camomille, écorce d'oranges et même absinthe ou rhubarbe. Les amers purs seront préférés en cas d'éréthisme gastrique : houblon, gentiane, centaurée, chicorée, quassia; et les amers astringents, s'il y a quelque tendance hypercristique : columbo, saule, quinquina et noix vomique.

L'eau de Seltz est un moyen simple et souvent utile. Joignons-y la poudre d'opium brut, si souvent favorable aux dyspeptiques. (V. traitement de la dyspepsie dans mon *Traité de thérapeutique*). J'insiste sur cette indication parce que, toute secondaire qu'elle puisse paraître au premier abord, elle est en réalité d'une importance capitale.

Enfin, les agents de la médication tonique peuvent venir en aide à cette hygiène prophylactique; mais ceci constitue déjà, à proprement parler, un traitement de la maladie confirmée.

(B) La prophylaxie doit avoir en vue autre chose encore que l'épuisement des sujets, c'est l'irritabilité des voies respiratoires. Il faudra donc faire en sorte que les individus quelque peu menacés de phthisie acquise, évitent les refroidissements et les rhumes, et à plus forte raison les ac-

cidents plus graves que peuvent présenter les poumons.

Et si ces accidents se produisent, il importera, par une thérapeutique active, de dégager rapidement l'appareil respiratoire de toute atteinte inflammatoire. C'est du reste une indication qui ressortit autant à la thérapeutique qu'à la prophylaxie ; je vais avoir lieu d'y revenir.

C'est ici que se doit aborder une question bien délicate à juger : c'est celle du séjour dans le Midi pendant l'hiver. Dans quelle mesure faut-il en donner le conseil et quelle station d'hiver convient-il de choisir ?

L'intérêt qu'il y a, pour le sujet en imminence de phthisie, à éviter les accidents respiratoires, explique suffisamment l'avantage qu'il y a pour lui à passer l'hiver dans une température constante et dans une atmosphère qui lui permette un exercice quotidien, enfin dans un milieu suffisamment doux et aéré. Les stations préférables en ce cas sont celles que l'on peut appeler les stations moyennes ou tempérées.

Les villes d'hiver peuvent se diviser en trois classes, selon qu'elles se présentent avec des qualités excitantes et toniques, ou bien avec les qualités opposées, c'est-à-dire incapables d'excitation et plutôt, au contraire, capables de calmer l'activité des fonctions de l'économie, ou bien enfin avec des qualités moyennes, d'où résulte un effet tonique mesuré et incapable de se transformer en excitation générale ou locale.

C'est à ces dernières stations qu'il importe d'envoyer les sujets suspects de phthisie acquise ; et je n'ai pas besoin de vous en expliquer plus longuement les motifs. C'est à Dax, à Menton, à Alger, que ces sujets passeront l'hiver avec le plus de profit. Toutefois, je ne crois pas cette expatriation

toujours et absolument nécessaire ; au moins rencontrerez-vous beaucoup de cas dans lesquels les malades, retenus par des motifs puissants, devront être dirigés par vous dans la façon dont ils auront à passer l'hiver chez eux. J'ai encore sous les yeux la mère d'une nombreuse famille, dont l'enfant aînée est morte phthisique à quatorze ans ; elle-même, plus que suspecte de tuberculose acquise, a présenté souvent de petites pleurésies sèches et des bronchites répétées, avec persistance de craquements dans l'un des sommets. Eh bien, cette dame a vu sa santé générale non seulement se soutenir, mais encore s'améliorer depuis deux ans, grâce au régime suivant : Elle passe l'été dans une campagne sagement située, à l'entrée de la forêt de Saint-Germain ; l'hiver, elle rentre à Paris, se condamne à la reclusion pendant les froids humides, sort autant que la saison le permet et seulement dans le milieu du jour ; et quand l'air âpre et irritant cause un léger degré d'irritation bronchique, je lui fais faire, dans l'atmosphère de son appartement, des pulvérisations simples ou aromatiques, lesquelles ont surtout pour effet d'élever le degré hygrométrique de l'air et de le rendre moins excitant pour les bronches. Ce moyen remplace avantageusement le séjour dans les étables que l'on a conseillé jadis. Grâce à ces précautions et à fort peu de médecine, cette malade n'en est pas une à vrai dire ; et je ne désespère pas de voir son état, qui est encore celui d'une valétudinaire, devenir peu à peu celui de la santé, ou d'une santé relative.

J'insiste sur l'intérêt qu'il y a à modifier artificiellement l'atmosphère de ces malades, parce que nous sommes souvent obligés de le faire, en présence de sujets qui ne peuvent s'absenter pendant tout un hiver, et parce que nous

avons là un moyen bien puissant d'écartier les dangers dont est entourée l'existence des sujets en imminence de phthisie acquise.

La question des eaux ne se sera pas moins délicate à trancher. Les eaux sulfureuses seraient souvent trop excitantes. Si toutefois l'état général des sujets les réclame, à titre de moyen tonique, on choisira Alleverd, ou même seulement Saint-Honoré, Gréoulx, Enghien et Pierrefonds. Les eaux d'Auvergne conviendront souvent davantage, comme étant des agents altérants d'une grande puissance d'action tonique sur la nutrition, sans presque aucune excitation fonctionnelle : le Mont-Dore et la Bourboule rendent alors de grand services.

Ems serait à mettre sur le même plan, et peut-être plus approprié aux cas où domine l'élément catarrhal. Ajoutez encore à cette liste les eaux chlorurées telles qu'Uriage, à conseiller avec réserve, ainsi que les eaux bromo-iodurées telles que Challes. Mais, je le répète, tenez compte et de la climatologie des stations minérales et de leurs eaux; méfiez-vous et des altitudes et des sources qui seraient susceptibles de provoquer une excitation un peu trop vive. En un mot, soyez prudents.

II. *Indications thérapeutiques.* — Les indications thérapeutiques proprement dites correspondent, dans la phthisie acquise, aux deux sortes d'éléments que nous avons vus se partager sa symptomatologie : éléments anatomiques, c'est-à-dire l'intolérance pulmonaire, et éléments physiologiques, c'est-à-dire la misère physiologique et l'état fébrile, qui se présente souvent avec elle ou malgré elle.

(A) L'intolérance de l'appareil respiratoire se traduit par des phénomènes qui vont de la congestion simple à

l'inflammation la plus intense, en passant par l'irritation fluxionnaire et catarrhale. Elle pousse d'ailleurs son influence plus ou moins profondément, depuis la muqueuse bronchique jusqu'aux alvéoles et jusqu'au parenchyme du poumon. Ces accidents doivent être attaqués par des moyens thérapeutiques proportionnés à leur intensité et à leur profondeur.

Les émoullients sont en première ligne. Je vous recommande de ne pas trop les employer sous forme de tisane. Rien n'est plus propre à provoquer ou à entretenir la dyspepsie que ces boissons fades et tièdes, qui sont utiles pour étancher la soif, mais qu'il vaut mieux remplacer par des boissons toniques. Il est un moyen plus topique à employer dans ces cas, ce sont les fumigations ; elles ont l'avantage de pénétrer directement sur les surfaces et dans l'appareil où siège l'irritation, et elles respectent l'estomac. Enfin, d'émoullientes on peut graduellement les transformer en aromatiques et balsamiques, ce qui permet d'en varier l'usage selon que les indications se modifient. Ajoutons-y les calmants et les opiacés, selon qu'il a été dit dans la précédente leçon.

Viennent ensuite les moyens révulsifs, sur lesquels je n'ai pas beaucoup à m'étendre de nouveau, si ce n'est pour vous rappeler que nous sommes en présence de phénomènes d'irritation dont le danger est grand, et dont la localisation, n'ayant pas été préparée par des conditions héréditaires, peut être efficacement attaquée. Ne craignez donc pas d'employer activement les frictions irritantes, que je fais faire souvent avec le liniment ammoniacal, ou bien encore les badigeons d'iode ; ne craignez pas de multiplier les vésicatoires, de fixer des cautères, ou d'appliquer des



pointes de feu, comme le conseille M. J. Guérin, vers les sommets du thorax. La guérison est possible, mais elle est à ce prix.

La malade qui est couchée au n° 7 de la salle Saint-Barthélemy est justement une preuve remarquable de l'efficacité des révulsifs cutanés, ou tout au moins du vésicatoire, dans ces cas. Cette femme, âgée de trente ans, était atteinte d'une phthisie acquise. Quelques gourmes dans l'enfance, quatre grossesses rapprochées, un travail excessif et une mauvaise hygiène, telle est l'étiologie de son mal. Accouchée il y a sept mois, elle a vu depuis lors les accidents prendre une marche assez rapide; elle a eu plusieurs hémoptysies, elle présente assez fréquemment de la fièvre, des sueurs et enfin de la diarrhée.

Cette malade n'a rien d'héréditaire en fait de tuberculose. Elle entre à l'hôpital avec une induration étendue dans le sommet du poumon droit, se manifestant par un souffle caractéristique. A gauche, il y a des râles. Notons en plus une pharyngo-laryngite ancienne. Un vésicatoire fut appliqué vers le sommet droit. Cinq jours après, le souffle avait totalement disparu et la respiration gardait seulement, dans ce sommet, un timbre anormal.

Je ne saurais trop insister sur les avantages qu'il y a à employer ce moyen et à en répéter l'usage. Je vous recommande même tout spécialement l'emploi des cautères volants, que les malades acceptent tout d'abord moins facilement, mais qu'ils supportent souvent mieux que les vésicatoires et que les simples mouches.

On pourra aussi adresser la révulsion à la muqueuse intestinale, et cela d'autant mieux que la diarrhée et les altérations de cette muqueuse sont plus rares dans cette

forme de phthisie, bien qu'elles s'y rencontrent encore. Cette révulsion ne s'exercera donc d'abord qu'au moyen des drastiques légers, tels que la rhubarbe, les résines purgatives données à petites doses. Dans le cas où ces agents demeurent insuffisants, il m'est arrivé de donner les drastiques les plus vifs, tels que l'huile de croton; mais ce ne doit être là qu'un moyen extrême à employer dans les cas seulement où tout le reste a échoué.

Il est évident d'ailleurs que ces divers moyens varieront dans leur mode d'application, selon que l'on aura affaire à une localisation inflammatoire portant sur les bronches, sur la plèvre, ou sur le poumon; la révulsion à la peau convenant surtout à la pleurésie et aussi à la pneumonie; la révulsion sur l'intestin étant surtout applicable dans les cas de bronchite.

Il est encore une médication qui est des plus capables de répondre à cette indication, c'est la médication évacuante; elle agit peut-être aussi par révulsion, mais elle agit certainement encore autrement. Vous m'avez vu maintes fois employer dans ces cas, et avec succès, l'ipéca, soit à dose vomitive, à titre d'évacuant momentané, soit à dose fractionnée, à titre de décongestif et de modificateur plus ou moins longtemps continué. A tous ces titres, il convient particulièrement de l'employer contre les complications de congestion et de catarrhe bronchique et pulmonaire. L'ipéca, je ne me lasserai pas de vous le répéter, est l'agent décongestif par excellence de l'appareil pulmonaire; c'est le meilleur de tous ceux que je connaisse; l'émétique, dont l'emploi expose à tant d'inconvénients, n'est guère plus efficace; et le sulfate de quinine, qui peut être donné dans le même but, est certainement moins favorable.

Les antimoniaux en général, doivent être rapprochés de cet agent, et le kermès en première ligne, soit qu'on l'emploie à doses fractionnées, à titre d'expectorant et de modificateur des sécrétions bronchiques, soit qu'on le donne à doses plus élevées, à titre de révulsif intestinal. Il faut en rapprocher l'émétique donné à doses fractionnées. Je reviendrai plus tard sur l'usage du tartre stibié à haute dose, qui convient plus rarement.

Souvenons-nous d'ailleurs que notre médication s'adresse à un organisme plus ou moins épuisé, et qu'il faut ménager l'étoffe, si l'on veut qu'elle suffise à une réparation à laquelle elle ne peut que péniblement concourir. Cette considération vous portera quelquefois à chercher parmi les substitutifs, et même parmi ceux qui sont quelque peu stimulants, les agents de cette médication. Parmi ces substitutifs, un des plus simples, des plus faciles et des mieux acceptés, est l'aleool et toutes les liqueurs, tous les élixirs dont il est la base; j'y reviendrai plus loin. Enfin, nous avons à y joindre les balsamiques en général et les sulfureux en particulier, y compris la créosote, fort préconisée en ces derniers temps. Mais ce n'est qu'en dehors de tout processus aigu que tous ces agents peuvent être utilement mis en œuvre. Et quand on les emploie, encore faut-il en mesurer la dose et la durée, si l'on ne veut pas s'exposer à produire un effet opposé à celui que l'on cherche, et entretenir l'irritation au lieu de la faire disparaître.

Cette recommandation trouve sa place tout spécialement à propos de la thérapeutique de la phthisie acquise, dans laquelle l'éréthisme et l'inflammation sont d'autant plus faciles à provoquer, qu'ils se produisent souvent spontanément.

La malade couchée au n° 25 de la salle Saint-Julien en est un exemple. Cette femme, Bretonne d'origine, à Paris depuis quatre ans, tousse depuis dix-huit mois, a de la fièvre, des sueurs, et pas d'hérédité tuberculeuse. Salésion pulmonaire tout à fait au début, et d'autre part sa constitution déjà fortement délabrée, nous permettent de la considérer comme ayant une forme de phthisie primitivement générale. Or j'ai prescrit à cette malade, il y a quelques jours, de la teinture d'eucalyptus, moins en vue de son état bronchique que des douleurs nerveuses multiples dont elle se plaignait. J'ai déjà dû en cesser l'usage, en présence des phénomènes d'excitation, d'irritation et de sécheresse pénible dont se plaignit la malade.

Le régime peut aussi beaucoup, pour répondre à la même indication. Que de fois ne m'est-il pas arrivé, en face de malades en proie aux accidents pulmonaires subaigus, que nous avons ici en vue, de faire suspendre le régime tonique et excitant dont on est souvent porté à abuser, de mettre ces malades au régime doux, aux viandes blanches, aux légumes verts, aux boissons alimentaires douces, telles que le gruau, l'orge, l'eau lactée, et de voir cesser les accidents. Le lait d'ânesse est tout spécialement indiqué, dans ces circonstances, comme un aliment dont la digestion est des plus faciles et des plus douces.

(B) L'indication physiologique se rapporte avant tout à l'état de profonde misère physiologique dans lequel se trouvent les sujets qu'atteint la phthisie acquise. Nous en avons déjà traité tout à l'heure, à propos de la prophylaxie; je n'ai que quelques mots à ajouter à ce que je viens de dire.

A propos du régime et de la place que doivent y tenir les analeptiques, les peptiques et les toniques, nous avons

vu qu'il y avait un choix à faire parmi ces agents, afin d'éviter ceux qui sont capables d'une excitation dangereuse, et de leur préférer ceux que l'on peut appeler des toniques fixes et des toniques altérants. C'est surtout sur ces derniers qu'il importe d'insister. Ainsi, par exemple, on ne donnera pas à ces sujets d'iode en nature, comme vous me l'avez vu faire dans certains cas, mais bien l'iodure de potassium, lequel, à petite dose, agit souvent comme analeptique, comme altérant léger; c'est ainsi que vous me voyez fréquemment le prescrire. Pour la même raison, vous ne donnerez pas non plus l'arsenic en nature, sauf indication spéciale, et vous lui préférerez l'arséniate de soude, à la dose de 3 à 5 milligrammes, qui seront pris le matin, peu avant le repas. Par ce moyen, dont l'utilité est souvent applicable d'ailleurs, vous pourrez faire supporter par les voies digestives, des agents médicamenteux dont l'action topique, sans cela, ne tarderait pas à provoquer de l'irritation et de l'intolérance.

Enfin les alcalins en général, à dose légère, à titre d'altérants modérés dans leur action et de tempérants, pourront être donnés alternativement avec les acides végétaux, dont le rôle, selon les intéressantes recherches de M. Mialhe, se peut ramener, en dernière analyse, à celui des alcalins les plus doux.

Peut-être penserez-vous, messieurs, que c'est là une médication bien timide, en présence de sujets dont l'épuisement est extrême. Mais rappelez-vous le précepte : *primo non nocere*; et sachez que cette économie si débile, si vous venez à l'exciter un peu trop, va s'entraîner dans le sens des combustions cachectiques et qu'elle n'aura bientôt plus d'énergie que pour hâter sa destruction.

Et en effet, la seconde indication que nous trouvons ici, n'est autre que celle qui relève de la fièvre et de l'exagération des combustions nutritives. Rien de plus fréquent que la coïncidence de ces deux états : misère physiologique et pyrexie ; et rien de plus difficile que de concilier les médications qu'ils réclament. On y emploiera les antipyrétiques : la digitale, dont nous avons eu lieu de constater l'infidélité sous ce rapport ; l'aconit, bien trop délaissé, et dont vous avez pu constater plusieurs fois l'efficacité sur les malades de notre service, l'aconit, dont on peut encore mieux mesurer l'efficacité, alors qu'on le donne sous la forme d'azotate d'aconitine ; le sulfate de quinine, qui sera certainement épuisé avant de perdre la réputation qu'il mérite d'antipyrétique par excellence ; enfin, l'émétique à dose contro-stimulante. Chez une malade que je vous ai citée, comme un type de forme générale d'emblée, l'intolérance de l'estomac m'a conduit à employer les bains ; sans doute la méthode des bains froids offrirait ici bien des dangers et ne pourrait être suivie longtemps, mais on peut encore beaucoup obtenir des bains tièdes répétés, comme l'a observé le professeur Lasègue ; et j'ai eu beaucoup à m'en louer dans le cas dont je vous parle. Quant aux lotions froides, c'est à titre de reconstituant qu'on pourrait les conseiller, et surtout dans l'intervalle des phases fébriles.

Mais nous aurons dans la prochaine leçon l'occasion de nous étendre sur cette médication, que je ne veux ici qu'indiquer.

Il va sans dire que quand les accidents fébriles sont sous la dépendance des accidents d'irritation pulmonaire, la fièvre est inflammatoire et doit être attaquée, d'abord dans les accidents dont elle dépend, et en elle-même secondairement.

En résumé, la thérapeutique de la phthisie acquise est une des plus délicates à instituer, à cause des indications en apparence contradictoires qu'on y rencontre : telles sont, d'une part, la misère physiologique, et d'autre part, l'intolérance du poumon et l'état fébrile. Cependant c'est une thérapeutique qui doit être active, parce qu'elle peut être efficace. C'est dire assez quelle place importante elle occupe dans la thérapeutique générale de la phthisie.

§ 7. — TYPES DE CONSULTATION SE RAPPORTANT A LA PHTHISIE ACQUISE.

*Ordonnance n° IV. — Phthisie acquise au début.*

1° Le malade devra, chaque matin au réveil, faire une friction sur tout le tronc, avec un linge mouillé d'eau froide simple ou légèrement alcoolisée ; il la fera suivre aussitôt d'une autre friction, au moyen d'un linge rude et sec.

2° On badigeonnera de teinture d'iode, une fois chaque jour, autant que la peau en supportera le contact, les régions sous-claviculaires et les régions scapulaires alternativement. Les points douloureux qui se manifesteront sur le thorax seront poursuivis par le même moyen.

3° Le malade fera chaque soir, avant de se coucher, une fumigation de dix minutes au moins, au moyen d'une infusion de fleurs pectorales, qu'on remplacera de temps à autre par une infusion balsamique de bourgeons de sapin ou de feuilles d'eucalyptus.

4° Chaque matin à jeun, le malade prendra de 3 à 5 milligrammes d'arséniate de soude, pendant l'été, et l'hiver, une ou deux cuillerées d'huile de morue, selon la tolérance de l'estomac.

5° En cas de toux quinteuse, la fumigation du soir sera

faite avec de l'infusion de fleurs de coquelicots, et l'on donnera par cuillerées le mélange qui suit :

℥	Siróp diacode .....	50 grammes.
	Eau de laurier-cerise.....	10 grammes.
	Extrait de jusquiame.....	5 centigr.
	Msa.	

6° En cas d'accidents fébriles on donnera, avant le repas du soir et au moment de se coucher, 10 à 20 gouttes chaque fois, de teinture d'aconit, dans une tasse d'infusion légère de digitale, ou bien une légère dose de sulfate de quinine, 0<sup>sr</sup>,20 à 0<sup>sr</sup>,30, qui sera prise dans du pain à chanter, 1 quart d'heure avant le dîner et le soir avant de s'endormir.

7° En cas de dyspepsie, donner avant chaque repas 15 à 20 gouttes de teinture de rhubarbe ou de teinture de columbo, dans un peu d'eau, au moment de manger, ou bien une pilule *ante cibum*. On pourra y ajouter encore un peu de liqueur tonique (curaçao) à la fin du repas.

8° Régime alimentaire tonique mais doux : beaucoup de lait, simple ou coupé d'une eau alcaline, pur ou additionné d'un peu de liqueur alcoolique. Repas du soir surtout très léger : potage et fruits cuits ou œufs au lait.

9° Le malade prendra de l'exercice autant que la saison et ses forces le permettront.

10° Les eaux d'Auvergne, le Mont-Dore surtout, pourront lui être conseillées; ou bien encore Alleverd, Uriage, Saint-Honoré, Canterets avec mesure. Il évitera surtout les douches chaudes et les bains à température trop élevée.

11° Un séjour d'hiver à Menton, à Dax, à Pau, à Pise, à Madère, et au besoin à Alger, lui sera certainement favo-



rable. S'il demeure chez lui, le malade devra chaque jour, soir et matin, pulvériser dans sa chambre une notable proportion d'eau aromatisée de goudron, ou d'eau sulfureuse.

*Ordonnance n° V. — Lésions du premier degré. Période d'éréthisme.  
Congestion diffuse.*

1° Le malade prendra d'abord le vomitif suivant :

℞ Poudre d'ipéca.....	1gr,50
En 3 doses.	

2° On lui donnera ensuite, toutes les deux ou trois heures, une cuillerée à soupe de cette potion :

℞ Eau de tilleul.....	120 grammes.
Sirop de lactucarium.....	40
Teinture de digitale.....	2
Teinture d'aconit.....	4
Msa.	

3° En même temps, on fera sur toute la région antérieure de la poitrine, ou entre les deux épaules, une friction irritante avec le liniment ammoniacal. L'huile de croton pourra être employée dans le même but.

4° Les jours suivants, le malade prendra, chaque matin, à jeun, 2 ou 3 pastilles d'ipéca.

5° On aura soin de tenir le ventre libre et l'on donnera au besoin le lavement purgatif du Codex, ou bien des pilules purgatives (grains de santé, etc.).

6° Régime lacté. Diète sévère; on supprimera la viande et permettra le vin.

7° Repos au lit, la plus grande partie du temps. Pas de gymnastique ni d'hydrothérapie.

*Ordonnance n° VI.* — Phthisie acquise. Lésions tuberculeuses peu étendues.  
Période de complication pneumonique dans le poumon droit.

1° Le malade devra se tenir au lit d'une façon absolue, se mettre à la diète, boire de l'eau lactée, du bouillon, du vin, et ne prendre aucun aliment solide.

2° Un large vésicatoire sera appliqué sur le côté droit du dos, et remplacé, au bout de quelques jours, par un autre qui sera appliqué en dehors du précédent ; et ainsi de suite, selon le besoin.

3° On donnera de deux en deux heures une cuillerée à soupe de cette potion :

℥ Eau de tilleul .....	120 grammes.
Sirop diacode.....	40
Kermès minéral.....	0 <sup>gr</sup> ,40
Teinture de jusquiame.....	2
Teinture d'aconit.....	4
Msa.	

qu'on pourra faire suivre de cette autre potion :

℥ Eau de mauves .....	100 grammes.
Sirop de guimauve.....	40
Teinture thébâïque.....	1
Eau de menthe.....	20
Poudre d'ipéca.....	0 <sup>gr</sup> ,30
Msa.	

et au besoin de cette autre potion :

℥ Eau de fleur d'oranger .....	100 grammes.
Sirop diacode.....	50
Tartre stibié.....	0 <sup>gr</sup> ,10
Msa.	

4° On pourra encore donner le tartre stibié en lavage, en même temps qu'une potion tempérante (aconit et jusquiame).

5° En cas de persistance de la fièvre, on donnerait la digitale ou le sulfate de quinine, comme il a été dit ci-dessus.

6° Les évacuations intestinales seront surveillées et complétées, s'il y a lieu, comme il a été déjà indiqué.

*Ordonnance n° VII.* — Phthisie acquise. Caverne volumineuse au sommet gauche. État stationnaire.

1° On appliquera sous la clavicule gauche de petits caustères volants (au moyen de la pâte de Vienne par exemple), de telle sorte que, pendant plusieurs mois, il y en ait toujours au moins un en activité.

2° Le malade fera matin et soir une fumigation, ou il aspirera une infusion aromatique pulvérisée (eau de goudron, infusion de bourgeons de sapins, de feuilles d'eucalyptus, ou encore eau sulfureuse naturelle ou artificielle).

3° Le malade prendra, pendant l'hiver et les saisons de transition, une cuillerée d'huile de foie de morue simple pendant 15 jours, et pendant 15 autres jours, deux à quatre capsules d'huile créosotée.

4° Pendant les chaleurs, le malade prendra à la place de l'huile, de 2 à 4 milligrammes d'arséniat de soude.

5° Chaque matin en se levant, il sera fait sur tout le tronc une friction humide froide, suivie d'une friction sèche. On pourra y employer une eau alcoolisée ou légèrement sulfurée.

6° Régime alimentaire nourrissant et tonique. Viande, substances grasses et huileuses. Beurre et laitages divers. Fort repas à midi. Exercice modéré mais actif. Gymnastique mesurée; équitation.

7° Le malade irait avec avantage faire une saison au Mont-Dore, à Allevard, à Uriage, à Caunterets; avec certaines réserves aux Eaux-Bonnes. Mais ce qui serait surtout utile, serait de passer l'hiver à Alger, à Naples, à Madère, à Cannes, à Hyères ou à Dax, comme il a été dit d'ailleurs à l'ordonnance n° IV.

## TROISIÈME LEÇON

### PHTHISIE AIGUE

SOMMAIRE. — § 1<sup>er</sup> La phthisie aiguë réintégrée dans le plan de ces leçons. Historique. — A séparer de la phthisie rapide ou galopante. — Essais de distinction anatomique ou clinique.

§ 2. Éléments de la phthisie aiguë.

(A) Éléments anatomiques : — La lésion est tuberculeuse. — Caractères plus spéciaux cependant. — Granulation; phthisie fibroïde, jamais ulcéreuse, se produisant diffuse et par poussées. — Les trois degrés d'infection. — Granulie secondaire. — État du poumon. — Lésions secondaires irritatives. — Granulie généralisée.

(B) Éléments physiologiques : Forme latente. — Forme gastrique. — Forme typhoïde. — Formes irritatives thoraciques : Asphyxiques, pleurales, bronchitiques, catarrhales ou suffocantes, et pneumoniques.

Marche de la maladie et pronostic.

(C) Éléments nosologiques : La cause n'est pas en proportion de l'influence héréditaire. Ce n'est pas une question de quantité. — Age. — Sexe. — Les poussières. — Les maladies dites antagonistes. — Rapprochée de la phthisie acquise. — Maladies spéciales et maladies constitutionnelles. — Rôle de l'inflammation. — L'acuité tient au mode d'intoxication.

§ 3. Indications pronostiques : Curabilité problématique.

Gravité de l'état typhoïde et des complications thoraciques.

§ 4. Indications thérapeutiques de la phthisie aiguë.

I. — Prophylaxie : Comme ci-dessus.

II. — Thérapeutique :

(A) Indications anatomiques : La granulation n'a pas d'indication.

Indication de l'irritation pulmonaire. — Émollients. — Fumigation. — Pulvérisation. — Révulsifs : Irritants cutanés. — L'ammoniaque et les vésicatoires. — Révulsion intestinale et gastrique. — Altérants.

(B) Indication physiologique :

Aux formes latentes : L'hygiène, le régime, les calmants, les antispasmodiques.

Aux formes gastriques : les évacuants et les peptiques.

Aux formes typhoïdes : Les modificateurs de l'intestin. — Les dynamiques, antiseptiques et antipyrétiques. — Alcool, chloral, acide phénique, quinquina, café, sulfate de quinine, digitale, aconit. — Les antispasmodiques. — Les antimonialux et les indications thoraciques. — L'hydrothérapie.

§ 5. Types de consultation relatives à la phthisie aiguë.

Ordonnances VIII, IX, X.

### § 1

MESSIEURS,

Je ne m'étais pas promis tout d'abord de vous parler spécialement de la *phthisie aiguë*. J'avais pensé qu'il me suffirait de vous en dire quelques mots, à propos de l'une ou de l'autre des formes nosologiques de la phthisie. Plusieurs motifs me semblaient autoriser cette façon d'agir : la phthisie aiguë est une maladie que nous n'avons pas souvent l'occasion de rencontrer dans nos salles, au moins à l'état de simplicité ; et puis, c'est une maladie contre laquelle la thérapeutique a bien peu de prise, et il n'y a pas beaucoup de conclusions pratiques à déduire de son étude.

Cependant, la phthisie aiguë est un de ces états morbides devant lesquels on se prend à s'arrêter d'autant plus volontiers qu'ils sont plus énigmatiques et que les problèmes qu'ils nous proposent sont plus ardu. — Cédant donc à ce sentiment que vous m'avez manifesté et que je partage, convaincu d'ailleurs que la méthode que nous suivons dans cette étude de la phthisie peut apporter en ce chapitre difficile, une simplification et une lumière, je consacrerai cette leçon à la phthisie aiguë. Je la rapproche, comme vous le voyez, de la phthisie acquise, à laquelle elle se rat-

tache à plusieurs égards, mais sans vouloir en rien, pour cela, préjuger sa nature.

Depuis que Bayle eut séparé la phthisie granuleuse de la phthisie commune, et lui eut attribué une marche spéciale, Laennec, Louis Andral, ont noté le fait, sans trop y insister. Mais après eux, tous les phthisiologues se sont plus ou moins efforcés de distinguer, qui anatomiquement, qui cliniquement, la phthisie aiguë.

Avant d'aller plus loin, il importe de séparer la phthisie aiguë proprement dite de la phthisie à marche rapide, dite encore la phthisie galopante. Cette dernière n'est autre que la phthisie ordinaire précipitant ses périodes et activant ses symptômes, ou les multipliant par la coïncidence de complications plus ou moins inflammatoires et plus ou moins étendues. La phthisie aiguë est autre chose; les accidents par lesquels elle se traduit sont différents et ne se rapportent pas à des lésions irritatives et secondaires; elle a une physionomie propre, dont le caractère spécial a sa raison d'être, en dehors d'une plus grande intensité et d'une marche plus rapide de ses accidents. Même au point de vue anatomique, elle diffère de la phthisie commune.

N'allez pas croire, messieurs, que rentrés dans l'unité de la tuberculose par une porte, nous nous disposions à en sortir par une autre porte, et, qu'après avoir réuni la pneumonie caséuse au tubercule, nous allions en séparer la granulation. Non; c'est encore et c'est toujours le tubercule qui fait le caractère élémentaire de cette lésion, dans toutes les formes de la maladie. Ici, toutefois, il se présente surtout sous la forme de granulation miliaire.

Personne aujourd'hui n'élève plus de doute sur la nature tuberculeuse de la granulation miliaire grise, et M. Gran-

cher, dans une remarquable étude histologique, a démontré que les deux formes de phthisie admises par Bayle, étaient dues uniquement à l'évolution différente du tubercule embryonnaire; que le tubercule à *tendance fibreuse* correspond à la granulation grise, et qu'au contraire le tubercule à *tendance caséuse* correspond à la granulation jaune. Dans cette forme, les lésions consécutives du poumon ne jouent qu'un rôle secondaire dans la marche de l'affection; ce qui lui imprime son cachet, c'est la grande tendance que présente le tubercule à se généraliser, à envahir à la fois plusieurs organes; si bien, que l'on a rapproché la tuberculose miliaire d'une maladie infectieuse; vous savez en effet que la granule porte son action soit sur les diverses séreuses de l'économie, soit sur d'autres organes, le rein, la rate, le foie, etc.

Nous venons de dire que la phthisie aiguë ne se caractérise pas par la prédominance des accidents inflammatoires, auxquels se trouve mêlé le tubercule; nous avons vu aussi qu'elle ne se sépare pas anatomiquement du tubercule, et que, si elle revêt souvent, comme lésion, une forme spéciale de tuberculose qui est la granulation, cette relation n'a rien d'absolu. Sera-ce donc la forme clinique par laquelle elle se manifeste, qui nous permettra de la distinguer et de la reconnaître? — Est-il un syndrome, un ensemble symptomatologique dont on puisse dire qu'il la représente? — Nous verrons que cette physionomie existe bien sans doute, mais qu'elle se dégage d'un ensemble symptomatique et ne saurait se résumer en une formule précise, d'autant plus que la maladie est elle-même multiple dans ses aspects. Aussi, tandis que les uns en ont fait une sorte d'empoisonnement, d'autres en ont fait une pyrexie, ceux-ci



une maladie infectieuse, ceux-là encore une maladie spéciale.

Or il est remarquable que, tout en cherchant dans des directions diverses et opposées, la note caractéristique de la maladie, la plupart s'entendent pourtant sur la nécessité qu'il y a de lui conserver sa place à part.

Qu'ils s'attachent surtout au point de vue anatomique, comme l'ont fait Louis, Virchow, Trousseau, Beau, Empis, Hérard et Cornil, ou bien qu'ils s'appuient sur le côté clinique, comme Waller, Fournet, Leudet, Stokes, L. Colin l'ont tenté, tous reconnaissent à la phthisie aiguë sa raison d'être et son existence propre.

J'ai confiance que l'étude que nous allons faire des principaux éléments de la maladie et de leurs relations, confirmera encore cette distinction, et vous donnera, en même temps, la clef des quelques applications utiles qu'elle comporte.

## § 2. — ÉLÉMENTS DE LA PHTHISIE AIGÜE.

Répétant ici ce que nous avons fait pour la phthisie commune, nous devons diviser notre analyse en les trois chapitres qu'elle comporte.

(A) *Éléments anatomiques.* — Qu'il soit avant tout bien entendu que la lésion de la phthisie aiguë est tuberculeuse. Pas plus que la pneumonie caséuse, la granulé ne doit être séparée du tubercule autrement que par son aspect. Laennec a trop bien établi que Bayle avait eu tort de séparer la granulation du tubercule. Et, parmi les contemporains, M. Empis, qui a fait une étude approfondie du sujet, après avoir tenté de restaurer cette séparation, y a renoncé à son tour. Les résultats qu'a donnés l'analyse micrographique et notamment les travaux de MM. Graucher et Thaon, que je

viens de vous citer, ne permettent plus d'en juger autrement.

Ceci posé et admis, y a-t-il dans cette lésion tuberculeuse, qui est celle de la phthisie aiguë, quelque chose qui lui appartient en propre et caractérise anatomiquement la maladie?

Ce que l'on rencontre le plus souvent, chez les sujets qui succombent à la phthisie aiguë, c'est la granulation, et c'est ce qui lui a valu, de la part de M. Empis, le nom de granulie. Cette granulation n'est autre chose que le tubercule miliaire, pouvant se présenter sous ses divers aspects : transparent, opaque et jaunâtre, ayant la structure que je viens de rappeler, mais surtout une tendance à l'organisation fibroïde.

L'évolution de la granulation, dans la phthisie aiguë, la conduit souvent à l'état cru, plus souvent encore à l'état fibreux. Ce n'est pas l'évolution qu'elle affecte d'habitude dans la phthisie commune, de là le nom de phthisie fibreuse ou fibroïde qu'on a attribué à ces formes de la tuberculose. De plus, la granulation de la phthisie aiguë se ramollit rarement, peut-être parce qu'elle n'en a pas le temps; en tout cas, on l'a dit avec raison : cette phthisie n'est pas ulcéreuse. Enfin, la granulation possède encore un autre caractère, dans la multiplicité avec laquelle elle se produit, comme par une sorte de poussée éruptive. Louis l'avait déjà remarqué, Hérard et Cornil y ont insisté à leur tour; c'est par sa généralisation que ce produit anatomique est vraiment spécial, et c'est cette généralisation même qui fait l'acuité de la maladie. Ce caractère a été relevé aussi par le professeur Charcot. Pour lui, le tubercule affecte un siège péribronchique et tend assez à s'y localiser; la granulation siège partout, elle occupe le poumon lui-même, elle est plus diffuse.

Suivant certaine théorie relative à la propagation du tubercule, considéré comme élément infectieux, on pourrait reconnaître trois degrés, ou trois étapes d'infection de l'économie par la tuberculose : Celle qui a lieu de proche en proche, par simple contiguïté, et qui appartiendrait aux formes communes. Celle qui a lieu par les voies lymphatiques ; d'où résulte un mode de propagation plus rapide, mais encore progressif, et dans son acuité et dans son étendue. Celle enfin dans laquelle la généralisation se fait totale d'emblée, ce qui constitue la forme aiguë par excellence.

Quelques auteurs, Buhl entre autres, après Laennec, persuadés que cette infection était toujours secondaire, se sont appliqués à rechercher, dans le poumon des sujets qui meurent de phthisie aiguë, un foyer tuberculeux primitif, ayant caractère de phthisie commune. Cette dernière lésion représentait pour eux la source de l'infection, et l'éruption miliaire n'en serait plus que la conséquence. D'autres auteurs encore ont cru voir la source de la tuberculose miliaire dans les foyers caséux (Vulpian, Pidoux, Paul, etc.); mais ceci ne changerait plus rien à la thèse, aujourd'hui que la nature tuberculeuse de la masse caséuse est un fait établi. Or la lésion tuberculeuse commune ne se trouve pas toujours dans la phthisie aiguë; la granulie peut exister seule; M. Empis l'a suffisamment montré. Sans doute toutes les combinaisons peuvent se rencontrer à ce sujet : la granulie peut bien compliquer, à un moment donné, une tuberculose commune antécédente; et l'on voit aussi, bien que le fait soit beaucoup plus rare, la phthisie commune ulcéreuse et locale venir compliquer une granulie dont la marche s'est un moment arrêtée.

Ces relations de la phthisie miliaire avec la tuberculose commune ne sont pas rares et vous avez pu en constater plusieurs fois la preuve à l'amphithéâtre. Il n'en est pas de même de la granulie pure, laquelle est bien moins fréquente, et surtout moins fréquente à l'hôpital qu'en ville; et ce n'est pas là une des particularités les moins singulières de cette singulière maladie.

Dans le cas de granulie simple, ou de phthisie aiguë pure, les poumons sont, pour ainsi dire, farcis de granulations. C'est comme un semis de petits grains du volume d'une graine de millet, ou bien plus petits encore, répandus sur la plèvre et du haut en bas du poumon, à travers son parenchyme; et malgré cela, le tissu lui-même du poumon, à part un peu plus de densité, est parfois à peine modifié dans ses caractères normaux; parfois même on le trouve absolument intact. Dans les cas foudroyants, cette diffusion est complète et toutes les granulations sont à l'état transparent ou à l'état fibroïde. Diffusion et généralisation sont les caractères principaux de l'évolution granulique (Hantot). Dans les cas moins aigus, où l'affection s'est divisée en plusieurs poussées successives, la lésion est aussi moins diffuse; elle est alors plus avancée dans son évolution en certains points, notamment vers les sommets des poumons. Ces foyers de granulations confluentes se voient toujours, dans le cas de phthisie aiguë secondaire, là où la granulie succède à une lésion tuberculeuse proprement dite.

Il est rare que la phthisie aiguë se présente à ce degré de simplicité. Sans doute l'adjonction des phénomènes d'intolérance pulmonaire n'est pas ce qui fait le caractère essentiel de la phthisie aiguë. Il n'en est pas moins vrai que l'irritation pulmonaire, qui fait de la phthisie commune

une phthisie galopante, peut aussi, lorsqu'elle se produit au cours de la phthisie aiguë, lui imprimer un cachet particulier que nous allons voir. En tous cas, les lésions irritatives, que l'on constate surtout dans l'appareil pulmonaire, sont des lésions congestives et catarrhales; rarement ces processus atteignent le niveau d'une véritable inflammation. Ces lésions sont elles-mêmes diffuses en général, comme la granulie elle-même; elles ont en un mot tous les caractères de la bronchite capillaire, du catarrhe suffoquant, ou bien encore ceux de la pneumonie lobulaire multiple et diffuse, et jamais, ou presque jamais, ceux de la pneumonie lobaire franche. N'omettons pas non plus l'emphysème, qui accompagne souvent ces diverses lésions.

Joignez à cela les lésions granuliques répandues dans les autres cavités splanchniques, dans tous les tissus et dans tous les organes, en particulier sur les séreuses; ajoutez que la séreuse méningée présente sous ce rapport une aptitude toute spéciale à recevoir la granulie, et vous aurez le résumé des lésions que vous pouvez rencontrer dans la phthisie aiguë.

Un fait à noter encore, c'est la rareté relative des adénopathies tuberculeuses dans les cas de phthisie aiguë, surtout si on la compare à la fréquence avec laquelle on les constate, au contraire, dans les cas de phthisie commune. C'est du moins ce que j'ai cru constater quant à l'adénopathie trachéo-bronchique. Toutefois je dois vous dire que M. Lereboullet aurait observé le contraire.

(B) *Éléments physiologiques.* — Ce n'est pas le côté le moins intéressant de cette étude, que la multiplicité des formes symptomatiques que peut prendre la phthisie aiguë; et il faut avouer que les motifs de cette diversité

constituent encore un problème plus curieux que facile à résoudre.

Placés à ce point de vue, nous envisagerons d'abord les cas où, pour ainsi dire, tout élément physiologique fait défaut. Je m'explique : il est des cas où la granulie germe dans toute l'étendue du poumon, sans provoquer aucune irritation de son tissu, aucune réaction d'intolérance de cet organe, et sans que l'état général des sujets manifeste aucune participation à une réaction qui n'existe pas. La santé du malade s'est altérée; cela se voit à l'état dyspeptique, à l'alanguissement général des fonctions de relation, à l'affaiblissement des sujets, à l'amaigrissement, à la fièvre. Mais les troubles fonctionnels de la respiration font presque défaut. La toux est rare ou nulle, l'expectoration insignifiante. Une certaine anhélation est encore le symptôme le plus accusé et le plus persistant. Les signes physiques sont nuls ou sans valeur.

Vous vous étonnez sans doute qu'une lésion aussi grave puisse envahir tout l'appareil pulmonaire, non seulement sans provoquer de réaction sympathique générale bien caractérisée, mais même sans provoquer nécessairement de perturbation bien profonde dans le fonctionnement et la nutrition d'un organe aussi délicat que le poumon. Ceci s'explique pourtant par ce fait que la granulie étant diffuse et disséminée à travers toute l'étendue du poumon, doit sans doute diminuer l'expansion de la plupart des vésicules pulmonaires; mais, par cela même qu'elle n'imprime aucune modification profonde au tissu du poumon, elle ne provoque pas de bruit anormal; et comme elle ne produit qu'une modification toute relative des bruits normaux, et que cette modification est étendue

à tout l'ensemble de l'organe, les points de comparaison sans lesquels cette modification ne peut guère être reconnue et appréciée, font absolument défaut pour cela. Par là, vous pouvez comprendre comment demeurent longtemps latentes ces formes de la phthisie aiguë.

Dans les formes latentes, il faut donc faire surtout un diagnostic négatif. En dehors de l'altération générale de la nutrition, des modifications du caractère des sujets, de leur abattement et de leur affaiblissement, de leur état dyspeptique, on n'aurait guère qu'un peu d'anhélation pour appeler l'attention sur l'appareil thoracique. Dans ces cas, vous pouvez redouter l'explosion d'une fièvre typhoïde, ou d'une méningite, ou d'une phthisie aiguë. N'oubliez pas de joindre à ces données celles qui appartiennent aux conditions étiologiques; et sachez d'ailleurs qu'il est des cas où le médecin est tenu de dire, non pas ce qui va arriver, mais ce qu'il faut craindre de voir venir.

Une tolérance aussi entière et des poumons et de l'économie dans sa totalité, ne se voit que rarement. Souvent, au contraire, alors même que les poumons ne trahissent pas le travail morbide dont ils sont le siège, l'économie révèle l'ébranlement qu'elle subit, par une sorte de pyrexie. Ce sont les cas de phthisie aiguë que l'on a réunis sous le nom de forme synoque, muqueuse ou gastrique, et de forme typhoïde, selon que les accidents gastro-intestinaux fébriles par lesquels la phthisie aiguë se manifeste, s'accompagnent ou ne s'accompagnent pas d'un état général typhoïde d'adynamie ou d'ataxo-adynamie.

Dans ces cas déjà, il est un élément important, par l'acuité avec laquelle il se montre souvent et par la marche persistante qu'il affecte en général : c'est la fièvre. W. Jenner a

rapporté un cas de phthisie aiguë qui se serait produit avec absence presque complète de fièvre, et dans lequel la température oscilla entre 37° et 38° ; mais c'est là une exception tout au moins bien singulière. L'importance et l'intensité de la fièvre caractérise au contraire les formes pyrétiques de la phthisie aiguë, formes fréquentes à ce point que, pour quelques auteurs, la maladie ne serait elle-même qu'une pyrexie. Le fait est que la fièvre est en général vive et tenace, bien que rémittente. Les rémissions suivent à peu près la même marche que dans les formes chroniques ; parfois elles sont plus nettes encore, si bien qu'on a pu les confondre avec une fièvre intermittente (Kiéner). Souvent aussi, c'est dans ces formes aiguës que les maxima fébriles se rencontrent le matin.

Les symptômes de la forme gastrique sont si peu en proportion avec la gravité du mal, que Leudet confondait cette forme gastrique avec la forme latente. Souvent aussi, de même que la forme latente d'ailleurs, elle ne constitue que le début d'une évolution symptomatique plus accusée. Les symptômes ne sont autres que ceux de l'embarras gastrique ; mais déjà quelques signes physiques de bronchite ou de pleurésie doivent fixer l'attention, avec l'anhélation, parfois même avec quelques accès dyspnéiques. Et ces légers accidents, rapprochés des modifications que je viens d'indiquer dans l'état général des sujets, doivent tenir le pronostic en éveil.

Le diagnostic est plus délicat quand il s'agit de distinguer de la phthisie aiguë un embarras gastrique fébrile, survenant dans le cours et au début d'une phthisie commune. La marche des accidents ne saurait toutefois laisser longtemps subsister le doute.

La forme typhoïde de la phthisie aiguë est, sans contredit,



celle qu'on observe le plus souvent, et elle ne prête guère moins à l'erreur, parce que la fièvre typhoïde est elle-même une maladie fortement fébrile et de longue durée. La phthisie aiguë typhoïde a ses prodromes, qui sont successifs et progressifs; ceux-ci portent sur l'état général du sujet, lequel trahit une diminution grave de la nutrition, identique à celle qui caractérise la forme latente; ils se traduisent aussi par des troubles fonctionnels généraux analogues à ceux de la forme gastrique, et par quelques symptômes thoraciques, comme je viens de le dire: dyspnée, râles de bronchite et frottements pleurétiques. Céphalée, épistaxis, troubles du sommeil, sont à noter encore.

— A la période d'état, les symptômes de la phthisie aiguë présentent une analogie encore bien plus grande avec ceux de la fièvre typhoïde. Pour éviter toutes répétitions inutiles, nous en ferons immédiatement le rapprochement et le diagnostic.

La phthisie aiguë offre, au premier plan de ses symptômes, les phénomènes cérébro-spinaux, qui se présentent comme dans la fièvre typhoïde, mais avec les nuances suivantes: La céphalée, moins intense, est moins régulière, moins persistante et plus prolongée; la stupeur et la prostration sont moins profondes; le délire est moins inconscient. La fréquence avec laquelle des localisations granuleuses se produisent du côté des méninges cérébrales et spinales, explique la fréquence des troubles de sensibilité générale et spéciale, les hyperesthésies du thorax signalées par MM. Empis et Bouchut. La production de ces mêmes éléments dans la choroïde (Bouchut) explique aussi la fréquence des troubles oculaires.

Laydeker insiste, comme je viens de le faire, sur la

marche irrégulière de ces divers symptômes et sur les fausses rémissions que peuvent présenter les accidents nerveux les plus graves.

La même irrégularité se remarque dans l'évolution des troubles digestifs. On observe souvent une persistance de l'appétit, qui est absolument incompatible avec une fièvre typhoïde, de même que la constipation. Mais il n'est pas rare de constater le contraire.

Enfin, la fièvre est remarquable par son intensité. On ne saurait dire qu'elle soit bien supérieure à ce qu'elle est dans la fièvre typhoïde; Wunderlich et Trousseau ont même observé le contraire. Mais, ou bien le type est d'une continuité frappante, sans rémissions matinales marquées, ainsi que l'a observé le professeur Bouchard, ou bien, au contraire, ce type est plus intermittent, composé d'accès irréguliers et inégaux, plus analogue à la fièvre des résorptions septiques qu'à la fièvre typhoïde proprement dite. Les tracés thermiques diffèrent notablement, dans les deux cas, de ceux qui appartiennent à la fièvre typhoïde.

Je n'insiste pas sur les manifestations qui se montrent à la peau, sous forme d'éruption, de taches rosées ou de pétiéchies, non plus que sur les altérations congestives du foie, de la rate et des reins. L'altération du sang, mal connue d'ailleurs, ne m'arrêtera pas davantage, et je ne la signale que pour y rattacher les hémorragies qui peuvent se produire par différentes muqueuses : Epistaxis, hémoptysies et entérorrhagies. Ce sont là, en un mot, des accidents fort peu significatifs.

En résumé, la phthisie aiguë se sépare surtout de la fièvre typhoïde par le défaut de concordance des divers symptômes. La fièvre typhoïde est une maladie dont le type

est assez nettement dessiné pour que son évolution s'accomplisse selon un cycle morbide défini; il n'en est pas de même de l'état typhoïde qui se lie à la phthisie aiguë. Depuis la durée des prodromes jusqu'à l'ordre de succession des accidents typhiques, rien n'est régulier dans cette dernière maladie; et c'est dans cette irrégularité de type qu'est encore le principal et le plus sûr élément de diagnostic.

Enfin, il faut savoir que la coïncidence de ces deux affections est possible, témoin le cas présenté à la Société anatomique (en 1874) par M. Barié, et dans lequel on trouve réunies sur le même sujet les lésions de la granulie et celles de la fièvre typhoïde.

Bien qu'il n'y ait pas lieu de considérer les complications inflammatoires de l'appareil pulmonaire, comme étant la condition essentielle de la phthisie aiguë, nous avons dit tout à l'heure que ces manifestations se présentent parfois à titre de complications; et, à ce titre aussi, elles sont capables d'imprimer à la maladie une forme spéciale. Sans doute, quelle que soit la localisation qui se produise, l'état général domine beaucoup les symptômes locaux; et cet état se résume en ses deux éléments principaux: l'état de misère physiologique des sujets, qui, plus ou moins apparent, prépare le terrain de la maladie, et l'état infectieux qui en résulte. Et remarquons tout de suite que ces deux éléments sont loin d'être proportionnés l'un à l'autre, dans la phthisie aiguë; l'état infectieux domine beaucoup l'état de misère physiologique. Aussi les manifestations inflammatoires locales n'appellent-elles pas toujours assez l'attention du clinicien, voilées qu'elles sont par l'état général des sujets.

C'est du reste cet état général qui permet le plus souvent

de faire le diagnostic, entre les inflammations thoraciques simples et celles qui relèvent de la phthisie aiguë. Celui-ci doit d'abord invoquer les antécédents héréditaires et personnels des sujets, et puis leur habitus actuel.

Joignez à cet état général des troubles fonctionnels respiratoires, qui sont aussi communs à ces diverses localisations thoraciques, et vous aurez en main le second élément du diagnostic. Ces troubles, d'ailleurs, sont souvent plus accusés que ne semble l'expliquer l'état physique des poumons, au moins tel qu'il se traduit par l'examen physique de ces organes. C'est ainsi que les malades ont presque tous des accès de dyspnée que n'explique aucune cause apparente, qui reviennent surtout la nuit, avec une respiration saccadée irrégulière, et une perturbation telle de l'hématose, qu'il n'est pas rare de voir survenir des signes de cyanose des extrémités, et un léger degré d'asphyxie.

Lorsque ces troubles se produisent, ils ne sont pas dus seulement à des complications irritatives, dont le système pulmonaire peut être le siège, mais encore à l'altération du sang qui accompagne, si elle ne la précède, l'évolution de la phthisie aiguë, et qui marche de pair avec les accidents infectieux sur lesquels je viens d'insister.

La facilité avec laquelle les granulations se multiplient du côté des séreuses explique la fréquence de la pleurésie dans la phthisie aiguë, et fait assez comprendre quelle importance diagnostique prendront, chez ces malades, les signes physiques de la pleurésie. Il est rare qu'à un moment quelconque de la phthisie aiguë, quelle que soit même la forme qu'elle affecte, et souvent dès son début, on ne constate les signes physiques d'une pleurésie sèche, localisée surtout vers les sommets, ou plus étendue, ou dissé-

minée dans plusieurs points du thorax, ou encore les signes d'une pleurésie avec épanchement, ayant les caractères ordinaires de la pleurésie tuberculeuse. L'exagération de la dyspnée, l'expectoration sanglante, un tracé thermique irrégulier oscillant follement entre 37 et 40°, tels sont, avec l'état général, les meilleurs signes diagnostiques de la phthisie aiguë pleurétique.

Dans le cas où ce sont les bronches qui traduisent l'irritation nutritive de l'appareil respiratoire, on a affaire à la forme catarrhale de la phthisie aiguë. Tous les signes du catarrhe bronchique plus ou moins irritatif, depuis la simple hypercrinie jusqu'à l'inflammation proprement dite, peuvent se produire et donner lieu aux signes locaux de la bronchite. Quand celle-ci devient profonde et intense, l'élément congestif y joue un rôle prédominant; l'expectoration devient spumeuse, assez abondante pour fatiguer le malade, insuffisante pour le soulager, et souvent sanguinolente. Enfin, quand cette irritation phlegmasique gagne jusqu'aux extrémités bronchiques et se généralise en s'étendant à la totalité du poumon, vous avez affaire à une véritable bronchite capillaire et à la forme *suffocante* ou *asphyxique* de la phthisie aiguë.

J'ai pu montrer à quelques-uns d'entre vous, des poumons semés de granulations grises disséminées, provenant d'une jeune fille morte à l'hôpital Necker, à la suite d'une phthisie aiguë de forme asphyxique. Elle est restée cinq jours environ à l'hôpital, où elle a été amenée presque sans connaissance et déjà cyanosée. Il n'y avait que quelques jours qu'elle était malade et toussait à peine depuis six semaines. Entre les granulations, le poumon, dans presque toute son étendue, était fortement congestionné et

comme carnifié, surnageant à peine l'eau dans lequel on le plongeait.

Outre l'état général du sujet, sur lequel je ne reviens pas, et le défaut de concordance qu'il y a entre la dyspnée et les signes physiques, nous avons, pour caractériser cette bronchite, les crachats sanglants et l'abondance des sucurs, qui n'appartiennent pas au catarrhe ordinaire.

Pour ce qui est de la bronchite capillaire, le diagnostic en est plus difficile; souvent même impossible (Jaccoud). L'intensité des troubles fonctionnels et généraux peut, en effet, s'expliquer alors par la gravité et l'étendue des lésions locales. Il ne reste donc, pour établir la présomption d'une phthisie aiguë, que les antécédents de la famille ou du sujet, une rougeole, une coqueluche, une fièvre typhoïde. Joignez cependant encore à ces caractères la prédominance des râles vers les sommets, leur coïncidence avec des frottement pleuraux; puis avec les sucurs, parfois de la diarrhée, le gonflement de la rate et du foie, enfin l'irrégularité du tracé thermique.

Quant à la forme suffocante, lorsqu'elle éclate dans le cours de la phthisie, et surtout dans le cours de la phthisie chronique, les accidents antérieurs mettent sur la voie du diagnostic. Dans le cas contraire, on peut la confondre avec une affection du cœur à la période d'asystolie, ou avec une attaque d'asthme aigu. La marche des accidents ne saurait longtemps donner le change; et, en dehors des résultats de l'examen physique du cœur et des poumons, nous avons l'état fébrile, la chaleur qui permet de le mesurer, et la persistance des accidents malgré tout traitement, qui seront les éléments de ce diagnostic, dont je ne vous dissimule pas les difficultés.

Rarement, avons-nous dit, la phthisie aiguë se complique d'une affection franchement inflammatoire et pneumonique; elle tend plus à gagner en surface qu'en profondeur, et les accidents qu'elle provoque sont plus irritatifs qu'inflammatoires. Le fait cependant peut se rencontrer, et c'est à lui que se rapporte surtout ce qu'on a décrit naguère sous le nom de pneumonie caséuse. Je n'ai pas à m'étendre ici sur ce qu'il convient de conserver, des recherches micrographiques dont ce sujet a été l'objet, et des théories auxquelles il a donné lieu; qu'il nous suffise de rappeler que la pneumonie caséuse n'existe pas, que cette lésion n'est autre chose que le tubercule massif, auquel un travail congestif ou inflammatoire a bien pu préparer le terrain, fournir l'engrais et la couche, mais qui se sépare lui-même de l'inflammation pour se confondre avec le tubercule.

Les caractères de la phthisie aiguë pneumonique sont souvent peu tranchés au début, mais ne tardent pas à devenir très significatifs.

Nous ne trouvons là, en effet, ni le frisson, ni le point de côté, ni les crachats rouillés, ni la fièvre intense et de type défini, qui appartiennent à la pneumonie franche. Mais du moins, ici, c'est par les signes physiques seuls, ou à peu près, que le diagnostic pourra être établi. Un souffle dur, tubaire, entouré de râles fins, est le meilleur et souvent le seul caractère de cette lésion. En même temps, l'état général prend une allure fébrile plus vive peut-être encore que dans la phthisie aiguë simple, et surtout une marche plus régulièrement continue. La matité à la percussion est telle parfois, qu'elle a pu faire croire à une pleurésie. Je n'ai pas à vous indiquer comment vous éviterez cette erreur.

La *marche* de ces divers accidents varie sans doute avec chacune des formes dans lesquelles on les rencontre. On peut dire toutefois, qu'en général, les prodromes sont prolongés, progressifs ou par poussées successives; leur durée varierait de huit jours à deux mois. La période prodromique affecte surtout la forme latente ou muqueuse; la période d'état se dessine plutôt sous la forme typhoïde; elle aussi peut durer de quelques jours jusqu'à un mois et plus. Enfin la période terminale appartient le plus souvent aux formes thoraciques et irritatives. Pendant cette évolution simple ou compliquée, l'amaigrissement et l'affaiblissement se sont accrus; les accidents asphyxiques viennent terminer la scène, sans qu'on puisse assigner à cette dernière période une durée, même approximative. Vous savez que M. Peter a signalé le pouls veineux du dos de la main comme un signe de cette dernière période, dans les phthysies rapides.

(C) *Éléments nosologiques*. — La phthisie aiguë est vraiment une de ces maladies singulières qui ne semblent ouvrir à la science de nouveau point de vue que pour en barrer l'accès, ou tout au moins en hérissier les abords des plus impénétrables difficultés.

La gravité de la maladie donne tout d'abord à penser que la phthisie aiguë représente une atteinte tuberculeuse beaucoup plus profonde que celle que traduit la phthisie commune. S'il en était ainsi, la phthisie aiguë ne devrait jamais, pour ainsi dire, se rencontrer à titre de phthisie acquise, mais bien plus souvent, au contraire, à la fin des lignées dans lesquelles se sont produits déjà plusieurs cas successifs de phthisie héréditaire; car, selon la juste remarque de mon collègue M. Damaschino, l'influence héréditaire de la tuberculose semble s'accroître avec le



nombre des générations atteintes. Or ce n'est pas là ce qu'on observe pour la phthisie aiguë, laquelle est bien souvent une phthisie acquise.

Il m'est difficile de vous donner sur ce sujet des chiffres précis et autre chose qu'une appréciation dont je ne me dissimule pas le caractère approximatif. — La preuve est difficile sur ce point, que les statistiques seules pourraient établir et sur lequel les documents font absolument défaut, en raison surtout de la difficulté qu'il y a de recueillir ces chiffres; la phthisie aiguë étant, en général, assez mal séparée, par les auteurs, des autres formes de phthisie.

La phthisie aiguë est plus fréquente aux âges extrêmes de la vie; elle l'est surtout dans la première enfance; mais dans ce cas, c'est surtout aux méninges qu'elle se localise (Roger). Plus rare chez le vieillard, elle s'y montre de préférence comme manifestation secondaire et consécutive à la phthisie commune (Moureton). Il n'est pas rare de la voir faire explosion à l'occasion des imminences morbides de la puerpéralité (Caresme), surtout après la délivrance, ou au moment du retour de couches, ou à la fin d'une lactation trop prolongée. Enfin, elle se verrait aussi plus fréquemment chez les sujets qui présentent les anomalies décrites sous le nom de féminisme et d'infantilisme. La phthisie acquise par contagion (Caussin) se comporterait ainsi.

La phthisie aiguë paraît moins résulter des degrés excessifs de la misère physiologique, que des influences qui portent directement leur action sur les voies respiratoires. C'est pourquoi les professions à poussières doivent prendre, dans cette étiologie, une place importante.

Une autre particularité de cette étiologie, c'est que la

phthisie aiguë se montre de préférence chez les sujets qui présentent d'ailleurs quelque'une de ces conditions qu'on a pu regarder comme antagonistes de la tuberculose pulmonaire. C'est la phthisie des riches plutôt que celle des pauvres, celle que l'on observe de préférence dans l'alcoolisme, ainsi que l'a montré M. Lancereaux; elle se rencontre encore chez les emphysémateux, les asthmatiques et chez les diabétiques (Lécorché). Elle naît de préférence sous les climats exposés aux vents arides et irritants, plus que dans les régions froides. Les formes aiguës de la phthisie seraient relativement bien plus fréquentes chez les phthisiques des pays chauds. C'est ce que rappelait encore récemment M. Lancereaux, au congrès de 1875.

Dans toutes ces données d'ailleurs vous pouvez remarquer qu'une certaine communauté d'étiologie réunit la phthisie aiguë à la phthisie acquise. Et c'est là surtout ce qui m'a fait rapprocher cette leçon de la précédente.

Les maladies générales, avec ou sans détermination pulmonaire, que nous avons vues susceptibles de provoquer après les la phthisie acquise, sont aussi les causes les plus fréquentes de la phthisie aiguë; et il nous faut insister tout spécialement sur cette étiologie, car c'est une des mieux terminées. La rougeole, la coqueluche, la fièvre typhoïde, sont souvent la cause de la phthisie acquise, et cette phthisie acquise prend souvent le type aigu. M. Roger fait server que c'est surtout chez les malades de l'hôpital de la rougeole conduit à la phthisie, laquelle, dans ce cas, est le plus souvent la phthisie aiguë. La coqueluche agit de même, selon ce maître si compétent; tandis que pour Rilliet et Barthez et Gueneau de Mussy, elle produirait plutôt une phthisie ganglionnaire. M. Roger insiste encore

sur la facilité avec laquelle les bronchites et surtout les broncho-pneumonies se transforment, chez les enfants, en tuberculose ou en granulie. Fuster avait déjà noté l'aptitude qu'ont pour cela les maladies catarrhales en général; et le professeur Monneret, ainsi que M. Landouzy, ont noté le fait, spécialement au sujet de la grippe. Quant à la fièvre typhoïde, Révilliod nie qu'elle ait quelque influence et la regarde plutôt comme antagoniste, ainsi que Thirial et Rilliet et Barthez.

Il est toutefois bien difficile de dire comment agissent ces diverses maladies pour provoquer l'éclosion du tubercule: Peut-être, dit à ce sujet M. Damaschino, peut-être la pyrexie a-t-elle, dans ces circonstances, joué un rôle analogue à celui que jouent les injections septiques que pratique M. Chauveau à des chevaux atteints de morve chronique et latente, et sous l'influence desquelles se développe tout d'un coup une poussée de morve aiguë rapidement mortelle. Je me garderai bien pour ma part de rien conclure de cette analogie.

Quant aux maladies constitutionnelles, il est difficile de dire si quelque lien les unit plus étroitement l'une ou l'autre à la phthisie aiguë. Cependant il me paraît bien facile à voir et assez admis, que la scrofule conduit plus souvent aux formes chroniques et communes de la tuberculose, tandis que les sujets qui prêtent le plus aux modes aigus, sont surtout ceux qui ont des antécédents arthritiques et chez lesquels se développerait par conséquent la phthisie dite arthritique.

De cette étiologie, deux faits généraux me semblent se dégager assez nettement: Le premier, c'est que la phthisie aiguë naît plus facilement chez les sujets non héréditaires,

ou bien chez ceux qui présentent quelqu'un de ces états morbides, qu'on regarde comme offrant une résistance à l'envahissement du tubercule, ou bien encore sur les terrains où se montrent aussi plus facilement les processus congestifs et inflammatoires. Ceci, encore une fois, ne veut pas dire que ce soit la complication inflammatoire qui constitue le caractère essentiel de la phthisie aiguë, mais seulement que l'inflammation fournit à l'éclosion et à la multiplication de la granulation, comme à celle du tubercule d'ailleurs, un terrain, plus que cela, un engrais, une matrice, presque un germe.

Quant à la raison de l'acuité, je suis fort tenté de croire, avec M. Charcot, qu'elle tient, de même que la multiplication du produit morbide, au mode suivant lequel s'opère la diffusion et la généralisation de ce produit; et bien que ce mode nous échappe encore en lui-même, c'est dans ce sens qu'il y a lieu de chercher la raison de l'acuité des accidents, et du caractère infectieux qu'ils affectent le plus souvent. Déjà Roustan a pu dire dans son intéressant travail sur l'inoculabilité de la phthisie aiguë : S'il existe une tuberculisation inoculée, ce ne peut être que la phthisie aiguë... Et en effet, la tuberculisation que l'on développe chez les animaux par l'inoculation, ressemble beaucoup à la phthisie aiguë, à cause de la rapidité d'évolution que présente la tuberculose inoculée, et de la facilité avec laquelle elle s'étend et se généralise.

### § 3. — INDICATIONS PRONOSTIQUES DE LA PHTHISIE AIGUË.

J'ai insisté, messieurs, sur l'analyse de ces éléments, et en particulier, sur celle des éléments physiologiques de la

phthisie aiguë, dans lesquels nous trouvons tous les caractères cliniques de la maladie; j'ai indiqué, chemin faisant, les caractères au moyen desquels ils se séparent les uns des autres, et aussi ceux par lesquels ils se séparent des autres états morbides, dont il est parfois si délicat de les distinguer. Nous avons maintenant à apprécier la gravité du mal et la valeur pronostique de chacun de ces signes, que nous venons de passer en revue.

La phthisie aiguë est-elle fatale? C'est, hélas! dans ces termes que la question se pose.

Quant au degré de curabilité de la phthisie aiguë, je ne voudrais rien dire qui dût vous décourager d'intervenir dans les cas que vous rencontrerez. Je vous rappellerai donc ce que nous avons vu : c'est que la granulation peut se transformer d'une façon favorable et guérir en s'immobilisant. Sans doute, alors même que cette issue peut être atteinte, tout dépend encore de la tolérance du poumon pour ce contact anormal, et par conséquent, de la multiplicité du produit. Et, dans les cas les plus heureux, le malade réchappé, comme on dit, demeure, et pour longtemps, dans un état d'imminence morbide des plus préoccupants. Pour ma part, j'en suis encore à constater un cas de guérison de phthisie aiguë, qui puisse authentiquement être donné pour tel.

Le plus souvent aussi, en cas de rémission, le danger des nouvelles poussées granuliques, ou d'une véritable récidive, est toujours là; et ce danger est d'autant plus réel, qu'il est le plus souvent impossible de soustraire le malade aux conditions dans lesquelles s'est produite la première poussée granulique; et d'ailleurs ces conditions ne sont pas toujours faciles à discerner.

Et cependant, le passage des granulations à l'état fibreux, la possibilité qu'elles ont de suspendre indéfiniment leur évolution, dans certains cas, les conditions dans lesquelles elles se trouvent lorsqu'elles tombent sur des sujets peu prédisposés, ou même atteints déjà de lésions antagonistes, tout cela doit faire rejeter le caractère fatal que l'on attribue volontiers à la granulie. Il semble bien, en effet, qu'il y ait des sujets capables de résister à l'infection granulique, comme il y en a qui luttent avec avantage contre l'envahissement de la tuberculose commune. Mais, hélas! cette résistance si peu efficace contre le tubercule, l'est encore bien moins contre la granulie; on serait même tenté de croire que, dans certains cas, elle se retourne contre ceux qui l'ébauchent sans pouvoir la parfaire, et que ceux qui ne sortent pas vainqueurs de la lutte, sont terrassés d'autant plus vite qu'ils s'y dépensent davantage, en y faisant plus d'efforts. C'est ainsi que les formes latentes sont les moins rapides, les formes typhoïdes viennent ensuite; les plus hâtées sont celles que viennent compliquer les accidents thoraciques inflammatoires.

Parmi les éléments symptomatiques, ceux qui ont le plus de valeur pronostique sont les suivants : il y a d'abord l'état typhoïde, dont la signification est la plus grave, en ce qu'elle paraît témoigner d'une infection plus profonde et d'une marche plus fatale. Aussi, est-ce au degré selon lequel il se manifeste, que l'on peut le mieux mesurer le danger.

La phthisie aiguë étant une cachexie aiguë, la rapidité de l'amaigrissement et de l'affaiblissement, en témoignant des atteintes qu'a subies la nutrition, est encore un élément important pour le pronostic.

Enfin, les complications inflammatoires qui portent sur l'appareil pulmonaire ajoutent sans doute au danger, et cela en proportion de leur étendue et de leur profondeur. Mais, même en présence de ces accidents, et à moins qu'on n'ait affaire à la forme asphyxique, c'est encore l'état général des sujets qui fournit au pronostic sa base la plus solide.

En effet si le malade peut être étouffé par un catarrhe suffocant, il ne succombe régulièrement à la maladie que par les progrès de l'épuisement de son économie et de l'altération de ses humeurs.

#### § 4. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA PHTHISIE AIGÜE.

La phthisie aiguë offre peu de prise à la thérapeutique. Elle rentre dans ce que M. Peter appelle les formes intraitables de la phthisie. Le fait est que, parmi les éléments de la maladie, que nous venons de passer en revue, on ne voit pas trop, tout d'abord, ceux qui peuvent devenir la base d'une indication thérapeutique effective. Il en est cependant.

La phthisie aiguë, fût-elle absolument incurable, le médecin aurait encore à assister utilement le malade, dans la lutte à laquelle il se livre ; et si la maladie n'est pas absolument incurable, à plus forte raison il faut agir, et agir d'autant plus vite, d'autant plus activement, que le danger est plus grave et qu'il est plus difficile d'y échapper.

I. *Prophylaxie*. — Les conditions nosopoiétiques que nous venons de voir peuvent-elles motiver des mesures prophylactiques sérieuses ?

Le rapprochement que nous avons cru pouvoir faire en-

tre la phthisie aiguë et la phthisie acquise, nous conduit à répondre ceci : que la phthisie aiguë pourrait être évitée, si l'on connaissait mieux sa cause immédiate et essentielle. Mais comme cette cause nous échappe encore, et que nous n'en saisissons que les conditions extérieures ou secondaires, cette prophylaxie se confond absolument avec celle que je vous ai indiquée, dans les leçons précédentes. A ce titre, la phthisie aiguë se rapproche beaucoup de la phthisie commune.

Il est évident, d'ailleurs, qu'aucune mesure prophylactique sérieuse ne saurait être proposée contre ces cas, fréquents d'ailleurs, où l'on a affaire à une phthisie acquise et aiguë d'emblée. Il n'en est pas de même des cas où la phthisie aiguë est consécutive à la forme commune. Dans l'un et l'autre cas, les moyens prophylactiques que l'on peut recommander sont ceux que je vous ai déjà indiqués.

Ils se résument dans l'éloignement de toutes les conditions étiologiques, tenant, soit à l'état d'épuisement général des sujets, soit aux causes d'irritation des voies respiratoires. Rappelons-nous toutefois que c'est surtout dans les cas de phthisie acquise et de phthisie aiguë, que les causes d'irritation pulmonaire semblent jouer un rôle important; et que ceci vous rende prudents, quant à cette prophylaxie. Vous ne risquerez rien, sans doute, de conseiller une sage hygiène et l'abstention de toutes les conditions manifestement nuisibles, mais vous mettrez même une certaine réserve à conseiller les agents toniques en général, ainsi que les modificateurs de la nutrition des bronches et des poumons.

Le régime, par exemple, comportera, dans ces cas, l'usage largement entendu du lait pur ou salé, des vian-



des blanches ou variées. On évitera surtout les agents excitants, qui sont susceptibles de dépasser la mesure dans laquelle l'activité fonctionnelle entraîne favorablement l'activité nutritive. Toutes les fois que l'irritation nutritive dépasse la mesure d'une réparation simple et qu'elle devient néoformatrice, elle devient dangereuse pour les sujets en imminence de phthisie aiguë. Autant donc il importe que ces sujets suivent un régime tonique et largement réparateur, autant il importe aussi qu'ils ne trouvent pas, dans ce régime, l'occasion d'une irritation inflammatoire quelconque, que celle-ci d'ailleurs porte sur les premières voies ou sur l'ensemble de l'économie. Et ce que nous disons du régime alimentaire se doit de tous points appliquer à l'exercice musculaire et à tous les modificateurs du milieu dans lequel nous vivons. Il faut que le malade puisse y puiser largement les éléments de sa nutrition, sans y rencontrer aucune occasion de réaction inflammatoire.

II. *Indications thérapeutiques.* — Bien que les éléments de la phthisie aiguë fassent un ensemble symptomatique capable de résister à la thérapeutique, chacun de ces éléments pris à part peut être cependant attaqué avec une efficacité relative, que nous allons apprécier en les passant en revue.

(A) De même qu'il n'y a pas d'indication thérapeutique relevant du tubercule lui-même, il n'y a pas davantage d'indication thérapeutique ressortissant à la granulation une fois effectuée, et aux poussées granulaires une fois réalisées. La granulation n'est pas plus susceptible de résolution que le tubercule massif; mais autant que lui peut-être elle est susceptible de s'arrêter dans son évolu-

tion, et surtout de se transformer en un produit inerte, momifié, pour ainsi dire; moins que lui enfin elle est susceptible de ramollissement et d'ulcération. Le danger de la granulie est donc anatomiquement dans sa généralisation, et dans l'intolérance des viscères et des poumons en particulier, au contact des granulations.

Ces deux indications peuvent, à la rigueur, se réduire en une seule, c'est-à-dire, celle dont l'irritation est l'objet. En effet, c'est l'irritation qui résulte anatomiquement de la présence des granulations, et c'est encore l'irritation qui, en s'étendant aux tissus sains, prépare aux granulations comme au tubercule le terrain qui les convie à se multiplier et à s'étendre.

Les moyens à l'aide desquels on peut répondre à cette indication anatomique, sont ceux que réclament la bronchite, la pleurésie et la broncho-pneumonie. Je n'ai pas à vous les décrire ici par le détail, et ne veux que vous indiquer comment ils doivent être plus spécialement employés chez les granuliques.

C'est aux agents émollients, aux agents révulsifs surtout qu'il faut recourir. J'insiste tout d'abord sur l'utilité qu'il y a, dans ces cas, à employer les fumigations et les pulvérisations émollientes, faites à l'eau simple ou avec des infusions aromatiques douces, telles que celles de mauve, de guimauve, de tilleul, de sureau et de toutes les espèces émollientes. Trousseau raconte l'histoire d'une jeune malade, fille d'un grand industriel, laquelle était menacée sinon atteinte de phthisie aiguë. Cet éminent médecin fit consigner la malade dans son appartement, où fut maintenue une température absolument constante; puis il conseilla de faire passer dans la chambre de la malade,

un tuyau en communication avec le générateur de vapeur de l'usine. Un robinet, qu'on ouvrait plus ou moins selon l'état hygrométrique de l'atmosphère, permettait d'en régler le degré, tout en maintenant une douce température. Le résultat dépassa les espérances qu'on avait pu concevoir.

Si vous vous rappelez ce que je vous ai dit dans la leçon précédente, au sujet de l'efficacité des pulvérisations, dans la phthisie acquise, vous jugerez que cela est de tous points applicable à la phthisie aiguë.

La révulsion doit être aussi largement pratiquée, et, en raison de l'acuité et de l'extension facile des lésions, il importe moins de la rendre profonde que de l'étendre à de larges surfaces et de la faire agir aussi vivement que rapidement. Les frictions irritantes doivent donc être préférées à tout autre moyen. Les badigeons de teinture d'iode seront généralement insuffisants; l'huile de croton et le thapsia surtout, ont l'inconvénient de tourmenter la sensibilité des malades, plus encore qu'ils ne modifient la circulation et la nutrition locales; ils peuvent être utilisés cependant, ainsi que les frictions stibiées; mais je leur préfère beaucoup en général les frictions ammoniacales, que l'on peut faire surtout avec le liniment ammoniacal du Codex. Ce moyen peut être répété selon le besoin et gradué facilement, selon la mesure que l'on désire atteindre, et qui peut aller jusqu'à la vésication totale. De larges vésicatoires peuvent être appliqués en effet, et il importe, en ce cas, de n'en pas ménager l'étendue et de les renouveler aussi souvent que cela pourra être utile. Du reste, dans les cas où des phénomènes douloureux ou congestifs existent le long des parois thoraciques, le

plus souvent ils se calment d'eux-mêmes, sous l'influence de ces moyens. Ou bien ils s'exaspèrent sous leur influence, et l'on est obligé de lever le vésicatoire de bonne heure, seulement après cinq à six heures d'application; un cataplasme appliqué alors sur l'endroit irrité, achève de faire lever l'épiderme, et le pansement peut être fait avec du cérat laudanisé ou avec une pommade plus calmante encore, à l'extrait de jusquiame ou de belladone. La cautérisation ponctuée faite avec une pointe rougie au feu, selon la méthode de M. J. Guérin, peut encore être utile. En un mot, ce traitement révulsif doit s'attacher à porter sur la peau une irritation vive et étendue, qui modifie profondément la nutrition, tout en respectant le plus possible la sensibilité; ce qui est le meilleur moyen de déplacer l'irritation viscérale, sans s'exposer à y rien ajouter. Je n'ai pas à revenir sur ce que je vous ai dit déjà, de la relation à établir entre la puissance des moyens révulsifs et la profondeur de l'irritation viscérale, suivant que l'on a affaire à des accidents de surface pleurale ou bronchique, ou bien à de la broncho-pneumonie.

Un puissant moyen de révulsion simple ou spoliatrice consiste dans l'application des ventouses sèches ou scarifiées; sans doute c'est un moyen dont il ne faut pas abuser, vu l'état général des sujets; mais la rapidité et la profondeur avec laquelle il agit doit le faire employer dans les cas où le processus local s'accuse avec force, menaçant de s'étendre et d'envahir le poumon. On n'hésitera pas à le mettre en œuvre, surtout dans les formes rapidement asphyxiques, où il importe de provoquer rapidement le dégorgement des canaux bronchiques et vasculaires du poumon.

Quant à la révulsion intestinale, il n'y a non plus ici rien de spécial à en dire. Il est utile de l'employer, toutes les fois que l'intestin semble échapper à la diffusion granulique, et d'y employer de préférence les purgatifs altérants, les sels neutres et alcalins, et au besoin les antimonialx, kermès, oxyde blanc, et même tartre stibié. Les nausécux peuvent être encore rappelés ici, et en première ligne l'ipéca. Mais je vais revenir tout à l'heure sur le parti que nous avons à tirer de ces moyens.

Ici se doit placer encore l'usage interne de tous les altérants toniques, dont il a été question dans les leçons précédentes et que je veux seulement rappeler : ce sont l'iode et l'iodure de potassium, l'arsenic et les alcalins. Et, en raison des dangers qu'il y a, dans la phthisie aiguë, de voir se produire des accidents intestinaux, et des troubles généraux d'éréthisme simple ou inflammatoire, on choisira de préférence dans ces cas, l'iodure de potassium à petite dose, ou encore les alcalins; on donnera avec mesure et en surveillant les effets, les arsenicaux; enfin on évitera surtout le fer et tous les toniques excitants.

(B) — Les localisations granuliques n'ont, dans la phthisie aiguë, d'importance relative aux indications, qu'autant que ces localisations s'accompagnent, à quelque titre que ce soit, de l'irritation des organes qu'elles envahissent. Les éléments physiologiques ont au contraire, par eux-mêmes, une bien grande importance, et comme les modificateurs thérapeutiques peuvent agir sur eux, les indications qui reposent sur ces éléments légitiment l'intervention la plus active.

Les formes où ces éléments sont plus ou moins défaut, c'est-à-dire les formes latentes, ne comportent guère

d'autres recommandations que celles que peut dicter une hygiène minutieusement étudiée et ponctuellement suivie. Les sujets suspects de phthisie aiguë doivent être surveillés dans toutes leurs fonctions et surtout du côté des troubles respiratoires et du côté de la fièvre; c'est par ces deux ordres de symptômes que la maladie peut le mieux se caractériser, et c'est par eux aussi qu'elle va bientôt menacer l'existence.

On évitera, dans ce cas, tout écart dans le régime alimentaire, et toute exagération dans l'exercice et la fatigue musculaire; on bannira tout travail intellectuel. On tiendra le plus possible le malade au grand air, en le protégeant contre les accidents atmosphériques, en évitant surtout de le laisser sans réaction contre les impressions défavorables qu'il aura pu subir. On surveillera le repos de la nuit, et on ne craindra pas de le rendre plus complet, s'il y a lieu, en donnant, le soir, un peu de bromure. Le bromure de sodium sera préféré comme favorisant davantage le sommeil, à ce qu'on a cru remarquer. Je conseille les bromures de préférence aux narcotiques, parce que ces derniers altèrent plus vite les fonctions digestives et aussi parce que, disposant plus facilement les sujets aux congestions viscérales, ils ne sont pas sans inconvénients. La congestion n'est pas l'ennemi à elle seule, mais comme c'est elle qui le plus souvent ouvre à l'ennemi la porte et lui livre la place, il importe de la prévenir et de la combattre comme l'ennemi lui-même. Les hypnotiques, un peu de chloral par exemple, et même un peu de codéine peuvent être essayés aussi, à défaut des agents ci-dessus.

Enfin, on ne craindra pas de s'adresser aussi aux anti-

spasmodiques les plus toniques et les moins excitants : l'éther, la valériane, le castoréum, et au besoin le camphre, pourront être donnés avec mesure, aux sujets chez lesquels se manifestent quelques-uns de ces troubles nerveux vagues et fugaces, qui se rencontrent souvent avec l'insomnie : tels qu'agitations, cauchemars, sursauts, inégalité d'humeur, abattement moral et physique.

Ajoutez à cela tous les toniques fixes que nous avons déjà recommandés, et vous aurez en main les éléments essentiels de ce traitement.

Dans la forme gastrique, qui est aussi une forme latente, la même hygiène doit être préconisée. Mais aux indications précédentes s'ajoute celle des évacuants. Ne craignez pas, chez ces malades, d'employer le vomitif, et même au début, alors que les seuls troubles gastro-intestinaux sont ceux de l'embarras gastrique et de la dyspepsie, ne craignez pas de prescrire un éméto-cathartique. Vous y trouverez de nombreux avantages : d'abord, celui de faire disparaître l'élément gastrique, qui ajoute à la maladie une complication fâcheuse ; puis, celui d'exercer sur le tube digestif une révulsion des plus favorables à l'état pulmonaire ; puis encore, celui de modifier l'état de la circulation, d'une façon qui combat les congestions et atténue la fièvre. Je n'ai pas besoin de vous répéter que, en cas d'adynamie, ou bien en cas de troubles diarrhéiques, l'ipéca donné seul devra être préféré à l'émétique ou à toute autre combinaison évacuante.

Après l'indication des évacuants, celle qui se présente le plus souvent ressortit à la dyspepsie, souvent rebelle, même à la suite des évacuations.

Pour la combattre, on emploiera tous les peptiques, les

toniques amers de préférence à tous les autres : le quinquina, le columbo, la rhubarbe, la camomille. Mais en agissant ainsi, on se gardera tout à la fois contre la constipation et contre la diarrhée persistante, la première pouvant donner lieu aux retentissements congestifs vers le thorax ou ailleurs, la seconde pouvant ajouter à l'épuisement des sujets.

Les autres indications qui pourront se présenter appartiennent aux formes qui précèdent et à celles qui suivent.

Dans les formes typhoïdes de la phthisie aiguë, les indications se présentent, délicates autant que nombreuses, parfois même contradictoires. Les premières s'adressent aux troubles gastro-intestinaux et ne motivent pas d'autres moyens que ceux que réclame la forme gastrique. Toutefois, en raison de la plus grande persistance et de la plus grande profondeur des accidents, on redoutera d'appeler du côté de l'intestin le processus tuberculeux. Dans cette crainte, Walshe n'hésite pas à condamner absolument l'usage des purgatifs. En l'absence d'accidents confirmés du côté de l'intestin, je ne saurais souscrire à une telle proscription, mais je vous recommanderai alors de n'user que des purgatifs doux, des sels neutres surtout, voire même d'un peu d'huile de ricin, persuadé que je suis que le séjour prolongé des produits de sécrétion à la surface de la muqueuse doit être plus nuisible pour elle que la modification produite par ces légers agents. Il est évident que l'on doit éviter d'employer, chez de tels malades, les antimoniaux en général et en particulier l'émétique. L'ipéca devra donc encore être choisi ici de préférence, surtout si l'on songe que les localisations tuberculeuses ou granuliennes se faisant moins volontiers du côté de l'estomac que du côté de l'intestin, il



doit y avoir moins d'inconvénients à porter une action thérapeutique sur la muqueuse de l'estomac, qu'il n'y en a à solliciter hors de propos la muqueuse de l'intestin. Le sulfate de cuivre, l'apomorphine trouvent rarement leur indication ici. Et quant au calomel, il peut être essayé sans doute, surtout en cas de complication cérébrale, mais toujours prudemment et en se gardant des effets toxiques dangereux, que produirait inévitablement sa transformation trop rapide en bichlorure.

On donnera donc de préférence à ces malades l'huile de ricin, les sels de soude et de magnésie, la magnésie décarbonatée, les citrates et autres sels à acides végétaux ou minéraux. Ces acides en effet ne peuvent qu'être utiles, et prévenir les accidents hémorragiques auxquels expose l'altération du sang.

On n'oubliera pas non plus que ces évacuations sont encore de véritables spoliations, d'où peut résulter parfois une adynamie notable, et qu'il serait dangereux d'ajouter ainsi artificiellement, et sans nécessité flagrante, à l'adynamie qui résulte déjà de la nature de la maladie.

Avec les troubles intestinaux, et comme tenant une place bien plus importante dans l'état typhoïde, nous avons les troubles nerveux, l'état adynamique ou ataxo-adynamique.

Ici se présente toute une série d'agents qui doivent être mis en œuvre et dont on ne saurait dire au juste à quel titre ils sont le plus utiles : soit comme dynamiques ou antiadynamiques, soit comme antiseptiques, soit enfin comme antipyrétiques. Ces trois indications se présentent ici toutes trois ensemble et sont, pour ainsi dire, corrélatives l'une de l'autre. Les agents qui répondent le mieux à toutes les trois à la fois sont ceux qu'il est tout

naturellement indiqué de mettre en œuvre dans cette circonstance.

Je pourrais ici, messieurs, vous renvoyer à mon traité de thérapeutique et aux chapitres où, sous le titre d'hyposthénie, de septicémie, et de pyrexie, j'ai traité, j'ai discuté ces diverses indications. Je les reprendrai cependant ici, pour les résumer d'ensemble avec vous.

Nommons d'abord, pour répondre à ces indications, les moyens hygiéniques, parmi lesquels il faut noter, en première ligne, une diète sévère, tempérée cependant, selon l'état plus ou moins misérable de la constitution des sujets. On choisira pour eux l'alimentation qui provoque le moins de travail de la part de l'estomac, et en même temps celle qui est la plus réparatrice, sans être en aucune façon excitante.

La diète lactée est encore une de celles qui conviennent le mieux ici, qu'elle soit exclusive ou mitigée. — Avec la diète on prescrira le repos, et un repos d'autant plus absolu que la fièvre est plus accusée. L'exercice, ai-je dit ailleurs, est pyrétogène, le repos est antipyrétique. Dans les intermissions fébriles, et aux moments où la température le permet, une promenade en voiture pourra être prise avec une certaine utilité, pour distraire le malade et réveiller ses fonctions gastriques. — On se gardera, en tous cas, de le tenir enfermé dans une alcôve sombre, mais on lui ménagera l'air et la lumière aussi largement que le permettront sa condition sociale et la constitution atmosphérique.

Les agents médicamenteux qui réunissent le mieux les aptitudes névrosthéniques, antiseptiques et antipyrétiques, et qu'il faut employer ici, sont : l'alcool, le chloral, l'acide

phénique, le quinquina et le café; la digitale, l'aconit, les antimoniaux et surtout le tartre stibié à haute dose, sont plus exclusivement des antipyrétiques; quant à l'hydrothérapie, elle peut aussi beaucoup pour répondre à ces diverses indications.

L'alcool à haute dose agit comme antipyrétique. Il convient dans la plus grande partie des cas de phthisie aiguë, parce qu'il peut, en même temps, combattre le collapsus nerveux dont sont menacés la plupart des malades atteints de cette maladie. Le chloral, qui est calmant, hypnotique et antiseptique, est, par contre, beaucoup moins antipyrétique que l'alcool; et, tandis que l'alcool convient surtout aux cas franchement adynamiques, le chloral convient aux cas mixtes d'ataxo-adynamie. On peut du reste associer utilement ces deux agents.

L'acide phénique et ses dérivés ont l'avantage d'être des plus puissants antiseptiques. Pour peu qu'on en élève la dose, l'acide phénique peut agir comme contro-stimulant et même comme antipyrétique. Toutefois, l'excitation vive qu'il porte sur le système nerveux, au début de son action, peut trop facilement tourner à l'hyposthénie, pour qu'on puisse sans danger en élever la dose et en continuer l'usage.

Avec le quinquina, on recueille tous les avantages et on ne s'expose à aucun inconvénient, si ce n'est qu'on ne peut agir vivement et rapidement. Tonique par excellence, le quinquina est un antiseptique moins rapide et moins sûr que l'alcool et que l'acide phénique; enfin il n'est que peu antipyrétique, à moins qu'il ne soit pris longtemps et à haute dose. — Il est toutefois un agent qui peut compléter son action sous ce rapport, et qui à lui seul peut beaucoup aussi; c'est le café, qui est antiseptique et antipyréti-

que, mais qui par contre est plus excitant que tonique du système nerveux.

A côté du quinquina et au-dessus de lui vous avez déjà placé, j'en suis sûr, les sels de quinine et notamment le sulfate de quinine. En effet ce sel, plus antiseptique que le quinquina, et surtout plus puissant que lui comme antipyrétique, est aussi un dynamique puissant, selon Gubler ; il convient donc, à tous ces titres, de l'employer dans la pyrexie granulique. Je vous conseillerai cependant une certaine réserve dans l'usage de ce médicament, car j'ai lieu de croire que, vis-à-vis des organismes affaiblis et adynamiques, ce que j'appellerai la dose dynamique peut être facilement dépassée. J'ai vu de ces cas où le sulfate de quinine m'a paru avoir contribué à déterminer un dangereux collapsus ; c'est donc une question de mesure et de prudence que vous vous efforcerez d'observer.

Je ne vous dirai que peu de chose de la digitale, qui est surtout, et presque exclusivement, un antipyrétique, et que nous avons trouvée plusieurs fois infidèle, même sur le terrain de la fièvre ; sans compter les intolérances gastriques qu'elle provoque si souvent, quand on en élève la dose et qu'on en poursuit l'usage. Il n'en est pas de même de l'aconit, dont la tolérance est plus facile, et dont les effets, moins immédiats peut-être, ne sont cependant pas à dédaigner. Plusieurs de nos malades en fourniraient au besoin la preuve. Ces deux médicaments peuvent être utilisés sans doute, mais ils sont insuffisants pour répondre à la triple indication que nous venons de poser.

J'insisterai moins encore sur l'émétique, soit à haute dose soit à dose fractionnée, sur les antimonialux et les nauséux, dont l'action répond surtout aux cas de compli-

cations irritatives des viscères thoraciques. Leur usage d'ailleurs nous expose encore au double danger d'aggraver l'adynamie et de provoquer des accidents digestifs redoutables. Je leur préfère souvent, pour ma part, les antispasmodiques, dont l'action névrossthénique ne peut qu'être favorable et dont les effets excitants peuvent toujours être facilement mesurés : tels sont la valériane et surtout le camphre, dont vous me voyez faire un fréquent usage.

Quant à l'émétique à haute dose, malgré les tentatives que j'ai faites à plusieurs reprises, je suis encore à me demander s'il a quelque avantage, et quels ne sont pas ses inconvénients. M. Fonssagrives, qui a surtout prôné cette médication, lui a lui-même tracé de telles contre-indications que son usage se trouve bien réduit. Il faudrait ne le donner, lisons-nous, ni dans la phthisie granuleuse, ni en cas de lésions pulmonaires étendues, ni aux sujets atteints de laryngite ulcéreuse, ni à ceux qui présentent une langue inflammatoire ou typhoïde, ni dans les cas de débilité générale marquée, ni quand le pouls est en collapsus, ni en cas de gastralgie, ni en cas d'affection cardiaque concomitante.... Je consens de grand cœur à souscrire à toutes ces restrictions et suis même disposé à en étendre encore la liste. Ou plutôt, je ne vois pas trop quels grands services rendra cette médication, difficile à instituer, douloureuse à imposer, délicate à surveiller, dangereuse à poursuivre, si elle ne peut être prescrite aux malheureux phthisiques chez lesquels la fièvre et les accidents pulmonaires aigus sembleraient en réclamer l'usage. Rappelez-vous encore que, chez ces malades, le collapsus est bien près de la fièvre et qu'il y a danger à provoquer le collapsus.

Notons encore les bains, et les bains tièdes, de préférence à tous les autres, ainsi que les recommandent le professeur Lasègue et le docteur Souplet. Les bains conviennent à ces cas où l'éréthisme fébrile est hors de proportion avec les accidents pulmonaires. Les bains sont souvent accueillis avec faveur par le malade; ils sont surtout motivés quand l'estomac se refuse à toute médication énergique, ce qui n'est pas rare dans la phthisie aiguë. Je n'ai pas besoin d'ajouter que les bains seront pris avec les plus grandes précautions, un peu frais et prolongés, autant que le permettront les forces du malade et les bons effets qu'on en retirera. On peut encore les remplacer au besoin par de légers lavages, rapidement exécutés et fréquemment renouvelés.

(C) Les conditions étiologiques ne sont guère plus fécondes ici en indications thérapeutiques, que ne l'est le produit morbide. Ce que j'ai dit plus haut des mesures prophylactiques, est à peu près tout ce que nous pouvons faire relativement à cette classe d'indications thérapeutiques.

Rappelons-nous seulement deux choses: c'est d'abord que l'acuité et l'intensité de cette affection ne sont pas proportionnées à la puissance des causes médiatees de la maladie, puisque ce n'est pas chez les sujets les plus phthisiques que se développera la phthisie aiguë, puisque la phthisie aiguë est même souvent une phthisie acquise. Le caractère pérnicieux de la maladie doit se rapporter bien plutôt à un mode spécial de l'intoxication tuberculeuse, de telle sorte que la spécificité de la maladie tiendrait moins à ses causes et moins à son produit, qu'à la façon dont elle pénètre dans l'économie. Et jusqu'à ce que nous soient connues les con-

ditions de cette pénétration et de cette diffusion, l'indication nosologique ne peut que se borner à la plus simple prophylaxie.

Le second point à relever ici, c'est la part considérable, bien que non essentielle, que prend à cette évolution pathologique l'inflammation; ce que prouve assez la fréquence des formes catarrhales, suffocantes, bronchitiques et pneumoniques. Et nous avons une conséquence pratique à tirer de cette considération : c'est l'importance considérable qu'il faut attacher à l'indication antiphlogistique chez ces malades, notamment au début des accidents, et plus encore chez les sujets qui peuvent être seulement suspectés d'imminence de phthisie aiguë.

J'ai insisté longuement sur ce chapitre de thérapeutique; j'ai cru, ce faisant, répondre aux nécessités du sujet et aller au-devant des embarras que rencontre fatalement le médecin aux prises avec la phthisie aiguë. Puissé-je vous avoir aidé ainsi à sortir de ces embarras, à votre honneur et à la satisfaction de vos malades.

#### § 5. — TYPES DE CONSULTATION SE RAPPORTANT A LA PHTHISIE AIGUË.

*Ordonnance n° VIII.* — Phthisie aiguë. Prodromes. État latent.

1° Le malade prendra, chaque matin à jeun, une tasse de lait d'ânesse.

2° Avant le repas de midi, il prendra, dans une tasse de lichen sucré, une cuillerée à dessert de la solution suivante.

℥ Eau .....	200 grammes.
Iodure de potassium.....	5

3° Chaque soir avant de s'endormir, le malade prendra une ou deux cuïllérées à soupe de ce mélange :

℥ Eau de fleurs d'oranger.....	100 grammes.
Sirop de laitue.....	50
Téinture d'aconit.....	5
Msa.	

4° Le malade devra surtout suivre l'hygiène suivante : se lever après le soleil et se coucher avant lui, même en hiver — et en été, se lever moins tard, et se coucher moins tôt, mais faire une large sieste dans le milieu du jour.

Ne sortir que par un temps propice, pendant que le soleil est sur l'horizon. Éviter les heures de plus grande chaleur pendant l'été ; éviter surtout de sortir les jours de vents secs et poussiéreux. Éviter au même degré les averses et les courants d'air. La promenade en voiture, même ouverte, sera préférée à toute autre.

Après le lait d'ânesse du matin, le malade prendra un potage ; vers onze heures, un déjeuner de viandes variées, dans lesquelles entreront de préférence les viandes blanches et le jambon, des légumes verts ou des fruits, du vin vieux, ou de bonne bière. Dans l'après-midi, goûter de laitage frais ou salé, de confitures ou de raisins ; le soir, dîner léger : potage gras, un peu de viande ou de poisson, ou d'œufs, et peu de chose ensuite.

5° Matin et soir le malade fera, sur tout le corps, une lotion froide, immédiatement suivie d'une friction sèche.

6° Le malade ira avec avantage faire une saison à la Bourboule, si l'état des entrailles est satisfaisant, ou bien il fera alterner l'usage à domicile de l'eau de la Bourboule avec celui de l'iodure de potassium. Il pourrait encore tirer profit d'une saison au Mont-Dore ; Caunterets, en



ne prenant ses eaux qu'avec beaucoup de mesure et en choisissant de préférence l'eau de la Raillière, pourrait lui être utile. Un voyage hygiéniquement poursuivi dans les vallées des Vosges, des Pyrénées, ou des Alpes, et même en Auvergne, pourrait encore être profitable.

7° L'hiver sera passé avec avantage dans une station du Midi, telle que Pau, Dax, Madère, Pise, de préférence aux villes de la Rivière de Gènes et même à Alger.

Toutes les fois d'ailleurs que le temps deviendra quelque peu sec et aride, quelque température qu'il fasse d'ailleurs, le malade sortira peu, et pratiquera dans sa chambre des pulvérisations qui en élèveront le degré hygrométrique.

*Ordonnance n° IX. — Phthisie aiguë. Début. Forme gastrique.*

1° Le malade prendra d'abord le vomitif suivant :

℞ Poudre d'ipéca.....	1 <sup>re</sup> ,50
Div. en 3 doses,	

à prendre à 5 minutes d'intervalle.

2° Tous les deux jours ensuite, le malade prendra, le matin à jeun, dans 1/2 verre d'eau, une pleine cuillerée à café de magnésie calcinée en poudre, et cela pendant une ou deux semaines. Il pourra prendre ainsi la magnésie ou l'huile de ricin, ou l'un et l'autre alternativement, selon la tolérance de l'estomac; et cela jusqu'à ce que les fonctions gastro-intestinales se soient rétablies.

3° On donnera après cela, chaque matin à jeun, une cuillerée à dessert de la solution déjà indiquée :

℞ Eau simple.....	200 grammes.
Ioduré de potassium.....	5

4° On pourra faire alterner l'usage de cette solution avec un peu de vin de gentiane ou de vin antiscorbutique.

5° Les questions de régime, de station d'hiver et d'eaux minérales, seront ensuite jugées selon qu'il a été dit à l'ordonnance ci-dessus, n° VIII, pourvu que le malade reste dans les conditions qui sont celles du début de la maladie.

*Ordonnance n° X. — Phthisie aiguë. Période d'état. Forme typhoïde.*

1° Le malade devra prendre, toutes les deux heures environ, une cuillerée à soupe de cette potion :

℥ Eau de tilleul.....	100 grammes.
Sirop d'aconit.....	40
Teinture de digitale.....	4
Extrait mou de quinquina.....	4
Msa.	

2° Trois fois par jour, on fera sur toute la surface du corps une lotion légère avec de l'eau vinaigrée ou alcoolisée, à la température de 25° à 30°, autant que le permettra l'état de la poitrine

3° Pendant trois jours consécutifs, le malade prendra vers 4 heures, c'est-à-dire une heure environ avant la recrudescence fébrile, une de ces doses, dans du pain à chanter :

℥ Sulfate de quinine.....	1 gramme.
Divisé en 3 doses.	

4° On répétera pendant quelques jours, autant que la peau pourra le supporter, une friction irritante sur les épaules et à la ceinture, avec le liniment ammoniacal camphré.

5° Le séjour au lit est indispensable, mais on peut changer le malade de linge et de lit, autant que l'on voudra

bien. Toute alimentation solide doit être proscrite. On continuera l'usage des boissons alimentaires : lait et bouillon. Les boissons seront composées de tisanes vineuses et alcoolisées.

6° On tiendra le corps libre, au moyen de lavements émollients ou légèrement laxatifs; et en cas d'agitation et de délire nocturne, on donnera, le soir, un quart de lavement à conserver, soit avec la décoction de valériane, soit avec une émulsion de 1 gramme de camphre, dont on pourra augmenter la dose selon le besoin.

7° L'air dans lequel respire le malade sera souvent renouvelé, en évitant les transitions brusques de température et d'hygrométrie.

*Ordonnance n° XI. — Phthisie aiguë. Forme suffocante.*

1° Le malade prendra d'heure en heure une cuillerée à soupe de cette potion :

℥ Eau simple.....	100 grammes.
Teinture de mélisse.....	30
Sirop de d'ether.....	30
Espirit de mindererus.....	5
Msa.	

2° Des sinapismes seront promenés successivement sur les membres inférieurs, à la ceinture et tout autour du tronc. Dans les moments de suffocation, on mettra les mains du malade dans de l'eau très chaude.

3° On donnera le vomitif suivant, dont on pourra, au besoin, renouveler deux ou trois fois l'administration :

℥ Poudre d'ipéca.....	2 grammes.
Div. en 4 doses.	

4° Dans le cas où le vomissement ferait défaut, on couvri-

rait la base de la poitrine et le dos de ventouses sèches ou mêmescarifiées, selon l'état des forces du malade.

5° Une friction excitante pourra être pratiquée le long de la colonne vertébrale, avec un mélange par parties égales de liniment ammoniacal camphré et d'essence de térébenthine.

6° Enfin, un vésicatoire pourra être appliqué en travers, sur le devant de la poitrine, d'une région sous-claviculaire à l'autre.

7° Séjour au lit autant que le permet la dyspnée; silence absolu. Peu de mouvements, attitude assise et à varier le plus possible.

Boissons excitantes vineuses et alcooliques. Café vert ou ordinaire. Infusions aromatiques.

Alimentation purement liquide. Lait, bouillon, vin. Un lait de poule au besoin.

## QUATRIÈME LEÇON

### PHTHISIE ARTHRITIQUE

- SOMMAIRE. — § 1. Ce qu'est la phthisie arthritique : Ce qu'est l'arthritisme. — Relation des altérations de l'arthritisme avec le tubercule. — Le tubercule et les accidents rhumatoïdes. — Historique.
- § 2. Conditions étiologiques : Hérité. — Arthritisme dégénérée. — Proportion. Causes communes de misère physiologique.
- Causes spéciales générales : Le rhumatisme chronique. — Relation avec les affections cardiaques et avec la sténose de l'artère pulmonaire.
- Pertes sanguines : hémorroïdes, épistaxis, hémoptysies. — Flux divers.
- Causes locales : bronchites et catarrhes répétés. — Du rôle de l'emphysème.
- § 3. Conditions anatomo-pathologiques : — Tubercule et arthritisme. — La phthisie fibreuse, pulmonaire et pleurale. — Foyers localisés, successifs dans leur production et leur évolution.
- Catarrhes. — Emphysème. — Lésions vasculaires. — Pleurésies. — Etc.
- Résumé.
- § 4. Caractères symptomatiques : Disproportion entre les phénomènes locaux et les phénomènes généraux.
- Phthisie générale d'emblée. Elle est bien spéciale.
- Phthisie aiguë arthritique. Elle n'est pas spéciale.
- Phthisie arthritique avec complications inflammatoires. — A rapprocher de la phthisie acquise.
- Phthisie arthritique simple : Marche paroxystique.
- Types divers. — Type nerveux : avec sclérose pleurale et emphysème. — Type lymphatique et catarrhe.
- Type sanguin : Hémorragique ou plasmatique.
- Signes spéciaux : Toux spasmodique et accidents nerveux divers. — Expectoration catarrhale, hémoptysies, laryngites, emphysème, pleurésie.
- Tuberculose localisée, sueurs abondantes, diarrhée rare.
- Phénomènes généraux paroxystiques et collapsus terminal. — Fièvre et cachexie spéciale.
- § 5. Marche de la phthisie arthritique : Comment cette marche est lente, avec imminence permanente d'acuité. — Modes de terminaison.
- Pronostic : Lenteur d'évolution malgré l'imminence des accidents graves. — Cavernes sèches et cavernes cicatrisées. — Valeur pronostique de l'emphysème, de l'alcoolisme, de l'hémoptysie.

Diagnostic : de l'arthritisme et de la phthisie. — Les arthralgies non arthritiques.

Résumé.

§ 6. — Indications thérapeutiques : Analogues à celles de la phthisie acquise.

I. Prophylaxie. — Son importance.

(A) Prophylaxie locale : Combattre les causes locales. — Résidences d'hiver. — Traitement des maladies pulmonaires simples.

(B) Misère physiologique, pendant ou après les manifestations arthritiques.

(C) Les altérants toniques et même excitants.

II. Thérapeutique : Ce que comportent de spécial la phthisie arthritique et ses indications.

(A) Le siège anatomique : L'éréthisme nerveux de l'appareil pulmonaire, et les calmants. — L'emphysème. — Le catarrhe et les bronchites. — Emollients. — Substitutifs avec mesure. — Révulsifs cutanés et intestinaux. — Les pneumonies et les antimoniaux. — Traitement de l'hémoptysie.

(B) Indication tonique en dehors des poussées aiguës. — Dans l'acuité, outre les indications locales, indication antipyrétique. — Moyens d'y satisfaire.

(C) Les altérants toniques. — Les cures diverses. — Le lait et ses diverses formes. — Cas à arséniate de soude. — Cas à iodure de potassium. — Cas à alcalins. — Choix des eaux.

§ 7. Types de consultations relatives à la phthisie arthritique. — Ordonnances XI, XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVII.

MESSIEURS <sup>1</sup>,

Parmi les différentes formes que je m'applique à discerner avec vous, dans l'étude de la phthisie pulmonaire, la forme arthritique est certainement une des plus nettes, une des mieux définies. Elle se caractérise, ainsi que nous l'allons voir, tant par les symptômes qui lui appartiennent que par la marche qu'elle affecte, et aussi par les indications thérapeutiques qu'elle comporte.

§ 1. — QU'EST-CE QUE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE ?

Tel est le problème que j'aborde aujourd'hui et dont je

1. Mon interne M. le docteur Latil vient de consacrer à ce sujet : *de la Phthisie chez les arthritiques*, sa thèse inaugurale. Broch. gr. in-8. Delahaye, édit. — Ce travail, qui a toute la valeur d'une monographie, développe heureusement plusieurs points de vue que je n'ai pu qu'indiquer dans cette leçon, et renferme des observations inédites que je n'ai fait que citer ici.

me flatte de vous donner la solution, non pas en me plaçant sur le terrain des diathèses et des interprétations théoriques, qu'il peut comporter d'ailleurs, mais en me basant uniquement sur les faits cliniques qu'il m'a été donné de recueillir, et sur ceux que nous avons pu observer ensemble. Nous écarterons donc d'abord toute préoccupation systématique, pour ne voir que les faits, quitte à les interpréter ensuite, selon que notre méthode d'analyse nous autorisera à le faire.

Or comment définirons-nous la phthisie arthritique pour répondre à ce programme, et de façon à satisfaire l'esprit scientifique le plus sévère, et à n'exclure aucune de ces vues larges par lesquelles on embrasse les synthèses fécondes ?

Vous vous rappelez que nous avons, dès le début de ces leçons, posé ce grand principe : Unité anatomique du tubercule, variété dans l'évolution symptomatique, suivant la nature du terrain sur lequel le tubercule se développe. Partant de ce principe qui reconnaît tout à la fois l'unité du tubercule et la variété des tuberculeux et des phthisiques, nous entendrons par phthisie arthritique, *toute tuberculose pulmonaire naissant et évoluant chez un sujet nettement arthritique.*

Comme vous le voyez, nous sommes loin de cette prétendue *phthisie calculeuse* d'origine rhumatismale, que l'on a jadis admise. — Bayle, qui l'entendait ainsi, ne voulait voir la phthisie arthritique que dans les cas où le produit morbide, qu'il considérait comme spécial à l'arthritisme, venait à se déposer dans les poumons. Et c'est à ce titre qu'il créait autant de variétés de phthisie, que le poumon pouvait recevoir de produits anatomiques divers.

Pour nous, qui basons sur l'unité anatomique du produit (le tubercule), l'unité de la maladie (la phthisie pulmonaire), nous ne pouvons concevoir ni définir la phthisie arthritique autrement que je viens de le faire. Et nous nous garderons de soulever davantage la poussière des problèmes théoriques que l'on peut ici entrevoir. Le fait nous suffit.

Nous avons suffisamment étudié déjà le premier terme de notre définition : le tubercule ; nous devons nous demander maintenant ce qui constitue le second, ce que c'est que l'arthritisme ?

Nous rangeant aux idées de Bazin, de Pidoux, nous dirons que *l'arthritisme est une maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise, non contagieuse, se manifestant par des altérations locales multiples, parmi lesquelles les plus significatives sont les lésions articulaires.* — Nous désignerons donc sous le nom d'arthritiques tous les sujets qui ont présenté, ou présentent encore, une manifestation rhumatismale ou goutteuse, quelle qu'elle soit. Vous ne me verrez jamais affirmer la présence de cette maladie constitutionnelle, si elle ne s'est caractérisée déjà par l'une de ses manifestations les plus typiques, et en particulier par les lésions articulaires. Et cependant, vous le savez, on a été beaucoup plus loin en ce sens ; on a même décrit un habitus qui appartiendrait spécialement aux arthritiques et suffirait à les désigner au diagnostic, en l'absence même de toute maladie locale propre, de toute lésion articulaire. Il y aurait ainsi une constitution arthritique, dans laquelle on trouverait comme signes : les hémorroïdes, les sueurs locales, notamment la sueur du front, l'alopecie prématurée, la production



fréquente et facile des irritations eczémateuses dans certains points de la peau. — Quelle que soit la valeur qu'on doive attribuer à ces caractères, nous jugeons plus prudent de ne nous prononcer sur ce point, qu'après que l'arthritisme s'est confirmée, par une manifestation que j'appellerai authentique.

L'ensemble des manifestations de l'arthritisme comporte, je ne veux que vous le rappeler : 1° des affections mobiles et superficielles, cutanées et muqueuses de siège, de type congestif et sécrétoire ; 2° des affections périphériques et viscérales, de type aigu, congestif et inflammatoire, c'est-à-dire, ce que l'on entend le plus communément sous le nom de goutte et de rhumatisme ; 3° des affections et manifestations fixes et chroniques, les formes lentes du rhumatisme et de la goutte ; 4° les affections viscérales chroniques, dont le siège est surtout cardio-vasculaire, et dont le type anatomique est sclérosique.

Remarquons, avant d'aller plus loin, et sans entrer dans le détail de ces diverses perturbations, qu'elles peuvent se résumer ainsi : ou bien elles siègent à la peau, sous la forme de mouvements fluxionnaires, congestifs et sécrétoires, exanthématiques, comme je me suis attaché à le prouver (*des Exanthèmes du rhumatisme*, th. inaug. 1862), ou bien elles siègent aux muqueuses, sous la forme de sécrétions catarrhales, dont la résolution est facile et qui, du moins, ne tendent guère à la suppuration ; ou bien encore elles siègent aux séreuses, sous la forme de sécrétions plus plastiques que fluides, rarement purulentes, mais tendant à l'organisation de néo-membranes ; elles siègent enfin dans les parenchymes viscéraux, sous la forme de scléroses ou d'épaississements cellulo-fibrineux, très rare-

ment sous la forme d'abcès. — Joignez à cela l'athérome et les tophus, et vous aurez nommé tous les produits de l'arthritisme.

Connaissant maintenant ce qu'est le tubercule et ce qu'est l'arthritisme, comment devons-nous concevoir les rapports qui unissent entre eux ces deux éléments et leurs diverses manifestations ? — Le tubercule n'entre pas sans doute dans le plan de l'arthritisme, comme le font les lésions que nous venons de passer en revue. Il demeure toutefois comme une éventualité possible et en tous cas terminale de l'arthritisme; et cette éventualité se réalise quand l'arthritisme est assez épuisé, soit par sa maladie, soit par les circonstances secondaires, pour que sa nutrition en soit profondément atteinte. Je me garde bien de reconnaître à la tuberculose et à l'arthritisme une communauté quelconque d'origine ou de conséquence; mais je constate qu'un sujet arthritique peut devenir tuberculeux, sous quelque influence que ce soit d'ailleurs; je constate que, chez lui, la tuberculose se comporte d'une façon toute particulière, évolue à sa manière propre, avec telle prédominance de lésions et de symptômes que nous allons dire; et c'est sur ces caractères tout cliniques que repose la distinction que je veux établir.

Je dois ajouter qu'un rapport inverse a cru être observé et a été décrit par M. Powel, dans une thèse (1874) faite sous l'inspiration de M. Gubler. L'auteur, ayant remarqué qu'on rencontre chez les phthisiques des accidents rhumatoïdes, conclut que le rhumatisme peut être secondaire à la phthisie. Mais je ne saurais souscrire à cette conclusion, parce qu'il faudrait pour cela confondre avec le rhumatisme ces arthralgies et même ces hydarthroses qui sont

loin d'être toujours rhumatismales, et que peuvent offrir des phthisiques qui ne sont point du tout arthritiques.

Plus rarement que le rhumatisme chronique, la goutte aboutit à la tuberculose. Cependant le fait n'est pas sans exemple : Duckworth rapportait récemment deux cas où se montrèrent en coïncidence les accidents de la goutte et ceux de la phthisie (*British med. Journal*, 1873).

En résumé, bien que les sujets qu'atteint l'arthritisme soient loin d'être tous débilités, il n'est pas rare qu'ils le deviennent. C'est l'effet inévitable de toute maladie constitutionnelle, spécifique ou non spécifique. Elle peut donc, pour ce motif, les conduire à la tuberculose, puisque, selon la formule très exacte du professeur Peter, tout ce qui débilite est une occasion de tuberculisation, et tout ce qui achève de débilitier en est une occasion prochaine. La tuberculose est donc, comme l'a dit M. Pidoux, une maladie qui finit. Mais tout en étant le terme commun auquel aboutissent diverses maladies constitutionnelles, la tuberculose se ressent de son origine; nous allons dire aujourd'hui comment elle se comporte quand elle termine l'arthritisme.

*Historique.*— Deux mots seulement d'histoire sur ce sujet.

La phthisie arthritique n'est pas née d'hier. Déjà J. Frank et Morton avaient appelé l'attention sur cette forme de phthisie, sur cette évolution symptomatique spéciale que présente la phthisie chez les sujets en puissance de rhumatisme. Je ne vous parle pas de Sauvages, dans la nosologie duquel la phthisie arthritique devait avoir son cadre, ni de Bayle, dont je vous ai déjà dit ce qu'il entendait par là.

Bazin, élargissant le domaine de l'arthritisme et systéma-

tisant la corrélation de ces divers états pathologiques, confirmait ces idées et montrait assez nettement les rapports de la diathèse tuberculeuse avec la maladie arthritique. Plus récemment, Pidoux, mettant au service de cette théorie sa grande observation et sa puissance de raisonnement et de synthèse, a fait de la phthisie arthritique une entité, qui s'impose à l'étude de ceux-là même qui se refusent à y croire. M. Gueneau de Mussy est entré dans cette même voie et a apporté à cette conception la consécration de son expérience et de son jugement. Quant à l'idée d'antagonisme, qui se rattache à cette pathogénie, dans l'esprit de ces derniers auteurs, nous allons y revenir.

Dans son savant travail sur le rhumatisme inséré dans le *Dictionnaire encyclopédique*, M. le docteur Besnier mentionne parmi les manifestations du rhumatisme sur les voies respiratoires, certains coryzas, certaines angines et certaines laryngites, des bronchites et des congestions pulmonaires, l'asthme, des pneumonies et surtout des pleurésies, et enfin certaines phthisies. Il admet donc une phthisie rhumatismale, au même titre qu'on admet, par exemple, une pleurésie rhumatismale. C'est une idée à laquelle, quoi qu'on en ait dit, il semble qu'il faille s'habituer peu à peu; nous lui avons vu faire, depuis vingt ans, un assez joli chemin.

## § 2. — CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES DE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE.

Les conditions qui font qu'un arthritique devient phthisique ne diffèrent pas beaucoup de celles que nous savons déjà susceptibles de provoquer la phthisie commune; ce sont toutes les causes communes de la phthisie, plus le rhumatisme. Ici encore, nous trouvons au premier rang

l'hérédité, soit qu'elle s'exerce par la diathèse tuberculeuse, soit qu'elle comprenne le tubercule et l'arthritisme. Il est rare que leur influence soit combinée à ce point; nous en avons cependant, en ce moment, sous les yeux un exemple, dans la femme qui est couchée au n° 3 de la salle St-Barthélemy. La mère de cette femme est morte de tuberculose pulmonaire, et son père était manifestement un arthritique rhumatisant. Il est fréquent, selon M. Pidoux, de voir la tuberculose se produire, non chez l'arthritique lui-même, mais chez ses enfants; et il n'importe pas tant, pour cela, que l'hérédité procède à la fois des deux parents, mais la phthisie résulterait plutôt d'une arthritisme qui s'est altérée peu à peu, en traversant plusieurs générations successives. Un gouteux franc engendrerait, par exemple, un gouteux atonique, lequel, à son tour, donnerait le jour à un tuberculeux.

Vous avez pu voir que le nombre des phthisies à forme arthritique qu'il nous est donné d'observer, est relativement peu considérable. D'après les cas qui ont passé sous nos yeux depuis le commencement de cette année, nous pouvons dire qu'ils ne font guère que la dixième partie de la totalité des phthisiques du service. Mais sachez bien que le taux de cette proportion devrait être notablement relevé s'il s'agissait des phthisiques de la ville; les phthisies arthritiques y sont beaucoup plus fréquentes qu'à l'hôpital. Quant à la proportion des phthisies arthritiques relativement au chiffre des arthritiques non phthisiques, elle est plus difficile à apprécier.

Pollock, médecin au Consumption Hospital, à Londres, considère la constitution rhumatismale comme intimement associée à la diathèse tuberculeuse. Sur 1 973 cas de phthisie

observés par lui, 275 avaient été précédés de rhumatisme. — Il professe encore que les affections rhumatismales sont fréquentes pendant l'évolution de la tuberculose, qu'elles alternent souvent avec les symptômes pulmonaires et qu'elles peuvent, pendant un certain temps, suspendre la marche de ces derniers. — D'après un relevé des cas de sa clientèle, cet auteur, cité par Powell, a observé 67 cas de rhumatisme chez des phthisiques, sur lesquels 49 avaient eu des accidents de rhumatisme avant le début de la phthisie, tandis que 18 ont présenté ces mêmes accidents pendant le cours de la phthisie. C'est peut-être étendre un peu trop le champ de la phthisie arthritique ; aussi Pollock lui reconnaît-il une fréquence un peu supérieure à celle que je viens de vous dire, et son chiffre de 1 sur 7 dépasse un peu le mien, qui n'est que de 1 sur 10 au plus.

Comment un arthritique devient tuberculeux, je vous l'ai déjà dit. Un arthritique peut se trouver sous l'influence d'une cause quelconque de misère physiologique : excès de dépense, ou insuffisance nutritive — et je ne reviendrai pas sur les causes si nombreuses que je vous signalais à propos de la forme acquise : mauvaises conditions hygiéniques, grossesses répétées, allaitement, etc... — Ici encore je vous ferai remarquer que c'est aux âges d'évolution et surtout à la puberté que se rencontre la plus grande imminence morbide. — Toutefois il est des causes prédisposantes qui relèvent spécialement de l'arthritisme et sur lesquelles j'insisterai davantage. — Les unes exercent leur influence sur l'état général, les autres ont une action plus directe sur l'appareil respiratoire.

Parmi les premières on peut ranger : l'épuisement produit par de longues maladies. On a dit que le rhumatisme ar-

ticulaire aigu était la maladie qui anémiait le plus rapidement ; il est certain qu'il y a là une cause de débilitation profonde, qui crée pour l'organisme une prédisposition ; on peut invoquer au même titre l'influence de ces dyspepsies qui sont souvent si rebelles chez les arthritiques, et qui entraînent, par leur répétition ou par leur prolongation, un véritable état de dénutrition.

Toutefois, c'est moins après les graves perturbations d'un rhumatisme articulaire aigu, c'est bien plutôt après les longues épreuves du rhumatisme chronique, que l'on voit se développer la tuberculose. Peut-être la cause même qui fait que le rhumatisme prend cette allure et ce type est aussi celle qui mène à la phthisie. En tous cas l'état d'inertie physique et de peine morale auquel sont condamnés les malheureux atteints de rhumatisme ou de goutte chronique, peut, à lui seul, jouer un grand rôle dans la genèse du tubercule et dans la pathogénie de la phthisie arthritique.

Ajoutons que s'il n'est pas rare de voir la tuberculose naître de l'arthritisme, ainsi porté à sa plus haute puissance, il est plus fréquent encore de la voir se produire chez des sujets qui n'en sont pas encore arrivés à ce point d'arthritisme, et qui au contraire n'en ont encore présenté que des ébauches plus ou moins imparfaites. Alors, c'est dans l'hérédité qu'il faut chercher la cause de cette altération pathologique, ou bien dans les circonstances coïncidentes, telles que l'épuisement des sujets et les mauvaises conditions au milieu desquelles ils ont vécu.

Les troubles cardiaques, si fréquents dans le rhumatisme, doivent occuper une place à part dans cette étiologie. Vous savez qu'on admet un véritable antagonisme entre les affections du cœur et la phthisie pulmonaire ; il est

certain que leur coïncidence est au moins rare ; et vous ne l'avez pas constatée une seule fois, dans le grand nombre de tuberculeux qui ont passé dans nos salles depuis le commencement de l'année. Il y a cependant une exception à faire pour l'altération d'un des orifices du cœur ; je veux parler du rétrécissement acquis de l'artère pulmonaire. Les travaux de C. Paul et de Salmon ont bien mis en lumière le rôle que jouait cette lésion ; mais, sous l'influence des idées régnantes à cette époque, ils pensaient qu'il s'agissait, dans ces cas, de pneumonies caséuses dues à l'insuffisance d'apport de sang au poumon. — Dans une récente communication faite à la Société des hôpitaux, M. Duguet a démontré que ce mécanisme ne pouvait être admis. En effet, dans la remarquable observation qu'il rapporte, il s'agissait d'une tuberculose généralisée des poumons, de l'intestin, de la rate ; et on ne peut expliquer cette généralisation qu'en invoquant, d'une part, l'influence débilitante du rhumatisme articulaire aigu suivi d'une convalescence prolongée, et, de l'autre, le rétrécissement lui-même, qui restreint le champ de l'hématose et devient ainsi une cause d'affaiblissement pour l'économie entière.

C'est par le même mécanisme, c'est-à-dire par la diminution de calibre de l'artère pulmonaire, que Stokes a expliqué le rôle que pouvaient jouer les anévrismes de l'aorte dans la tuberculisation pulmonaire ; vous vous rappelez qu'il y a quelques mois j'appelais votre attention sur ce fait à propos d'un malade couché au n° 21 de la salle Sainte-Marthe. Cet homme nous présentait tous les signes d'un anévrisme de la portion ascendante de la crosse de l'aorte ; il était atteint de toux persistante, et à certains



moments nous avons perçu chez lui, dans la fosse sus-épineuse droite, quelques craquements secs. Ce malade a depuis quitté l'hôpital; je ne sais ce qui est advenu de lui, mais il y aurait eu grand intérêt à le suivre et à avoir la confirmation positive de l'existence des tubercules.

Une autre cause de débilitation générale, liée à l'arthritisme, quoique d'une façon moins intime, se rencontre dans les pertes sanguines abondantes, notamment dans les pertes hémorroïdaires. Le malade couché au n° 1 de la salle Sainte-Marthe, dont je vous ai déjà parlé et qui était emphysemateux et arthritique, était depuis longtemps porteur d'hémorroïdes, et c'est après des hémorragies graves et répétées, accompagnées d'ailleurs de nombreuses privations, qu'affaibli et anémié, il avait commencé à tousser et à présenter les signes de la tuberculose, que nous constatâmes chez lui.

Les épistaxis, bien que moins fréquentes et plus rarement observées, pourraient jouer un rôle analogue, vu la facilité relative avec laquelle elles se reproduisent chez les arthritiques. Quant aux hémoptysies, nous nous sommes déjà expliqué à leur égard. Il est rare qu'elles soient assez abondantes et assez répétées pour anémier beaucoup les malades. Elles sont plus graves par l'obstacle qu'elles opposent à l'hématose que par la spoliation sanguine qui en résulte. Souvent même on les a vues exercer sur la fièvre une influence favorable. Nous avons dit dans quelle mesure restreinte et par quel mécanisme indirect on peut admettre qu'elles jouent un rôle dans l'étiologie de la tuberculose. Je ne veux que vous le rappeler ici, vu la fréquence avec laquelle les hémoptysies se produisent dans la phthisie arthritique.

Les flux muqueux excessifs pourraient jouer un rôle com-

parable à celui de l'hémorragie, à cause de leur influence profondément anémiante; mais la question se complique ici, car nous touchons aux causes locales de la phthisie arthritique.

Nous avons dit en second lieu qu'il existait des causes locales relevant de l'arthritisme : *les déterminations pulmonaires* se rattachant à cette diathèse ont pour caractère la facilité et la fréquence des poussées congestives. Il est certain qu'il y a là, pour le poumon, une cause prédisposante fâcheuse, qui seule serait incapable de provoquer l'éclosion de la tuberculose, mais qui, jointe à de mauvaises conditions hygiéniques, fournit aux tubercules le terrain et l'engrais qui leur conviennent. J'ai eu plusieurs fois l'occasion de vous faire remarquer avec quelle fréquence nous constatons, chez les arthritiques, les catarrhes du larynx et des bronches. Vous avez vu maintes fois ces altérations se produire pendant l'évolution de la phthisie arthritique; souvent elles la précèdent, et il semble que la phthisie, dans ces cas, fait plus que de succéder à ces catarrhes répétés et qu'elle en résulte par voie de conséquence.

Je vous ai déjà cité à ce sujet, à propos de la phthisie acquise, le malade du n° 14 de la salle Sainte-Anne; je puis vous citer encore, à propos de la phthisie arthritique, un de mes malades de la ville, qui est mort récemment phthisique. Ce jeune homme, après avoir eu de fréquentes bronchites coup sur coup, avait pris un notable degré d'emphysème et de la laryngite chronique. Après avoir éprouvé de graves déceptions dans sa carrière et s'être adonné à plusieurs abus, notamment à des abus alcooliques, ce malade eut une franche attaque de rhumatisme articulaire aigu, à la suite de laquelle il prit une phthisie galopante. Son père

était manifestement goutteux et sa mère, un peu rachitique, a présenté depuis lors des accidents manifestes de rhumatisme.

Nul doute que la vie irrégulière à laquelle ce jeune homme s'était livré ne fût pour beaucoup dans cette étiologie; mais je ne crois pas qu'on doive innocenter ces bronchites répétées; et cela pour les motifs que je vous ai déjà dits et sur lesquels je n'ai pas à revenir.

Rien n'est plus remarquable, d'ailleurs, que la facilité avec laquelle se reproduisent ces affections catarrhales chez les arthritiques; lorsqu'elles gardent une certaine mobilité qui leur appartient en général à leur début, elles ont une grande facilité à reparaître, soit dans les points déjà attaqués, soit sur d'autres points; et c'est là une cause puissante d'appel de la localisation tuberculeuse sur le poumon.

Ici se présente de nouveau la question de l'emphysème et de son rôle dans l'étiologie de la tuberculose; M. Pidoux, dans son livre sur la phthisie, considère comme antagoniste de la tuberculose l'emphysème lié à l'asthme, qui lui-même n'est le plus souvent que la manifestation pulmonaire de l'arthritisme. M. G. Sée (art. ASTHME du *Dict.*) ne se montre pas partisan de l'antagonisme diathésique; pour lui, la rareté des tubercules chez les emphysémateux s'expliquerait par la diminution et l'oblitération partielle du réseau capillaire alvéolaire. Mais que peut-il en résulter, sinon une diminution dans la quantité de sang qui baigne le tissu du poumon, et par conséquent un état manifeste d'infériorité nutritive?

Si l'on joint à ceci la gêne que l'emphysème apporte à l'hématose, on peut conclure avec M. Peter que l'emphysème expose les sujets à contracter la tuberculose. Mais si l'on

remarque d'autre part, que l'emphysème partiel, ou même général, implique nécessairement une activité fonctionnelle plus considérable des parties perméables du poumon, on conclura, comme le fait encore M. Peter à propos des dyspnées, qu'il y a dans l'emphysème une condition antagoniste de la tuberculose <sup>1</sup>.

Vous voyez, messieurs, que les rapports qui existent entre l'emphysème et la tuberculose sont loin d'être nettement définis. Nous pouvons cependant les résumer en disant que l'emphysème est une condition anatomique peu propice à l'envahissement du tubercule, et qu'il y a de cela trois ordres de motifs : anatomique, physiologique et nosologique ; l'antagonisme anatomique, tenant à ce que le système vasculaire, ainsi que je vous l'ai fait remarquer à propos de la phthisie acquise, se développe en sens inverse, pour ainsi dire, chez l'emphysémateux et chez le tuberculeux ; l'antagonisme physiologique, lié à l'exagération fonctionnelle qu'entraîne l'emphysème ; l'antagonisme nosologique, tenant à ce que, quand l'emphysème se rattache à une maladie constitutionnelle, c'est à l'arthritisme qu'il appartient ; le tubercule n'entre pas, comme lui, dans le plan normal de la maladie arthritique, mais il résulte seulement de la dégénération de cette maladie. Or, de toutes ces conditions, il est évident que la plus importante est celle que nous fournit l'ordre anatomique, et en vertu de laquelle le poumon emphysémateux constitue un terrain peu propice à la propagation du tubercule.

1. Le docteur Bard vient d'étudier ces lésions dans une thèse sur la phthisie fibreuse et ses rapports avec l'emphysème et la dilatation du cœur droit.

## § 3. — CONDITIONS ANATOMIQUES DE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE

La lésion propre à la phthisie pulmonaire, c'est toujours le tubercule, avons-nous dit; et en cas de phthisie arthritique, c'est encore le tubercule que nous trouvons comme lésion primordiale et essentielle de la maladie. Je n'ai pas besoin de vous répéter que la phthisie calculeuse de Bayle ne saurait, pour nous, être confondue avec la phthisie. Quel que soit le produit morbide qui se dépose dans le poumon et l'état général qui en résulte, on ne saurait confondre cette maladie avec la phthisie pulmonaire, si ce produit morbide n'est pas le tubercule.

Ce qui varie, dans les diverses formes de la phthisie, ce sont les manifestations secondaires, qui accompagnent le tubercule dans l'appareil respiratoire. Ces lésions secondaires ne dépendent pas seulement de la présence du tubercule, elles sont encore sous la dépendance de l'état constitutionnel du malade, lequel leur impose une physionomie et une marche spéciales. C'est à ce titre, je vous l'ai dit, que les maladies constitutionnelles impriment à la phthisie pulmonaire leur cachet propre, et déterminent les formes que je m'attache à distinguer devant vous. Dans la forme que nous étudions aujourd'hui, ces déterminations spéciales sont celles qui appartiennent aux arthritiques, sinon à l'arthritisme.

Vous remarquerez d'abord la fréquence avec laquelle se montrent les granulations fibreuses, dans la phthisie arthritique.

Cette transformation du tubercule qui caractérise la phthisie fibreuse, peut presque passer pour une guérison,

en ce sens qu'elle enraye l'évolution rétrograde du tubercule; elle a cependant cet inconvénient, qu'elle le fixe, pour ainsi dire, dans un état d'organisation établi et permanent. Mais si la granulation fibreuse échappe aux inconvénients du ramollissement et de l'élimination, sa persistance même et sa vie nutritive, supérieure à celle du tubercule, la constituent dans une condition plus propice aux irritations de voisinage et aux multiplications plus rapides.

C'est souvent à la surface des séreuses, sur les plèvres, que se fait la dissémination granuleuse, et celle-ci ne va guère sans un certain degré d'irritation secondaire. Parfois cette irritation atteint d'emblée jusqu'au type inflammatoire, et réalise les formations plastiques les plus étendues; parfois aussi elle demeure dans les degrés inférieurs de l'irritation sécrétoire et congestive, et se traduit par une certaine quantité d'épanchement. De là les pleurésies sèches localisées et les épanchements généralement peu abondants qui accompagnent les granulations fibreuses de la phthisie arthritique.

Un autre caractère de cette forme de phthisie tient à la localisation et au petit volume que conservent, parfois longtemps, les foyers tuberculeux intrapulmonaires. Ce sont les cas où l'on rencontre, dans le sommet des poumons, un ou deux petits groupes de lobules envahis par le tubercule, tandis que le reste des poumons en est indemne, ou ne présente que deux ou trois petits foyers, peu étendus et nettement circonscrits. Ceci diffère, comme vous voyez, de la forme commune, où des foyers multiples plus ou moins étendus sont plus ou moins disséminés et diffus dans le parenchyme pulmonaire. Le progrès du mal, dans

la phthisie arthritique, se fait par l'adjonction intermittente de nouvelles productions tuberculeuses limitées, qui viennent se grouper autour des premiers foyers, en petit nombre à la fois ou même successivement.

Enfin le ramollissement de ces foyers se fait, comme le dépôt phymique lui-même, par foyers limités et successifs. On ne voit jamais chez ces malades de ces infiltrations étendues, qui se ramollissent d'ensemble et font à la fois, du poumon presque entier, une masse purulente spongoïde ou une énorme caverne. Mais tandis qu'on trouve de petits foyers évacués et montrant une tendance à la réparation, on en voit d'autres à peine formés, tout à fait aux premières phases de leur évolution; et cela, sur un seul et même sujet.

Le ramollissement, d'ailleurs, paraît y être non moins rapide qu'il est limité, et si petit, si isolé que soit le foyer formé, il tend aussitôt à l'élimination, parfois même avant que d'autres aient eu le temps de s'y ajouter.

Le tissu pulmonaire voisin paraît supporter le contact de ces lésions moins facilement qu'il ne supporte celles de la phthisie commune. On trouve autour de ces foyers limités des congestions intenses, pulmonaires et bronchiques, des sécrétions catarrhales et même purulentes, et enfin des pneumonies lobulaires et lobaires, se rapprochant plus ou moins du type de la pneumonie franche. Telle est celle que Lebert désigne sous le nom de pneumonie disséminée interstitielle chronique. Plus souvent encore, ce sont des broncho-pneumonies aiguës, et qui n'évoluent pas fatalement vers la caséification et la destruction du parenchyme pulmonaire, mais atteignent souvent la résolution, comme des inflammations presque franches

même parfois, arrivent à la suppuration proprement dite.

C'est surtout dans les formes arthritiques de la phthisie que l'on rencontre l'emphysème pulmonaire uni à la tuberculose. Sans doute l'emphysème partiel chronique se rencontre dans un grand nombre de phthisies communes, ainsi que cela paraît établi dans un mémoire de M. Gallard et dans la thèse de Hirtz ; l'emphysème résulte alors de la dyspnée, il est supplémentaire et n'a pas d'autre signification. Mais l'emphysème généralisé chronique, que Hirtz attribue surtout aux formes latentes ou stationnaires, appartient le plus souvent à la phthisie arthritique. Je ne veux pas revenir encore une fois sur ce que je vous ai dit déjà au sujet de cette coïncidence de l'emphysème et de la tuberculose pulmonaire. Nul doute qu'on ne rencontre encore cette coïncidence dans des cas à marche rapide, où l'emphysème et l'acuité tiennent à la dyspnée excessive qui résulte des complications inflammatoires secondaires.

Williams note l'emphysème comme une des principales lésions qui résultent de la cicatrisation des cavernes ; ce qui justifie encore le pronostic que nous en déduisons plus loin.

Avec l'emphysème, nous noterons encore les lésions vasculaires, telles que les anévrismes multiples des artères du poumon, lésion que je vous ai déjà signalée et dont je suis tenté de croire la fréquence plus grande chez les arthritiques.

La muqueuse respiratoire participe à cet ensemble morbide plus qu'on ne serait tenté de le croire *à priori* ; je vous ai fait remarquer déjà la fréquente coïncidence de la laryngite avec la phthisie arthritique. Les rhumatisants ont facilement, vous le savez, des irritations catarrhales



des surfaces muqueuses, et, quand le tubercule existe dans les poumons, on conçoit qu'il contribue encore à multiplier et à étendre ces lésions de la muqueuse.

Par contre celles-ci ont peu de tendance à se manifester sur la muqueuse des voies digestives.

Enfin, je vous ai parlé des lésions pleurales : c'est que rien en effet n'est plus fréquent que de rencontrer de la pleurésie sèche dans la phthisie arthritique. Fréquente, il est vrai, dans la phthisie en général, la pleurésie est ici à peu près constante, venant dès le début, se montrant à plusieurs reprises dans le cours de la maladie, autour des foyers ou à une certaine distance, avec ou sans granulations fibreuses concomitantes. La plèvre tout entière est souvent envahie par des fausses membranes plus ou moins étendues et stratifiées autour du poumon, mais plus pressées au sommet, auquel elles forment une coque dure et épaisse.

Les occasions de constater par l'autopsie ces divers caractères anatomiques se présentent moins souvent qu'on ne croirait, parce que la phthisie arthritique se voit bien plus rarement à l'hôpital qu'en ville. Et, quant aux sujets arthritiques qui viennent échouer et finir phthisiques dans son services, ils y arrivent après une évolution morbide prolongée et dans un état de cachexie où il n'est pas toujours facile de démêler ce qui appartient à l'arthritisme. Aussi faut-il attacher plus d'importance aux caractères cliniques qu'aux caractères anatomiques, pour séparer des autres formes de phthisie la phthisie arthritique.

On rencontre encore chez les malades des lésions secondaires qui semblent relever plus directement de l'arthritisme. Telle est la péricardite, que Lebert note comme assez fré-

quente et que nous voyons rarement ; tel est aussi le rétrécissement de l'artère pulmonaire. Une lésion plus significative encore, ce sont les calculs biliaires. — La jeune femme atteinte de phthisie arthritique dont je vous ai parlé déjà, en avait tous les accidents. — Mon collègue M. Dauraschino nous montrait récemment un fait de ce genre, à l'autopsie d'une tuberculeuse chez laquelle on trouvait dans les voies biliaires de nombreux calculs, avec une caverne et une pleurésie sèche des deux poumons. — Le malade que nous observions en même temps au n° 2, salle Sainte-Anne, et qui avait eu un rhumatisme articulaire aigu, nous a présenté, d'une part, des cavernes multiples, une pneumonie suppurée à l'état d'hépatisation grise du lobe inférieur droit, et un épanchement pleural du même côté. Il portait encore des lésions athéromateuses cardio-vasculaires très accusées.

On a pu rencontrer aussi des calculs urinaires. — Mais ce qui est moins rare, c'est de rencontrer des malades atteints de cataractes ou de ces concrétions cutanées dont l'origine arthritique est suffisamment établie.

En résumé, vous savez, messieurs, que les lésions de l'arthritisme se caractérisent : sur les muqueuses par de la congestion et du catarrhe, sur les séreuses par de la sclérose ou par des flux, sans compter les troubles nerveux, et dans les viscères par de la sclérose et par le dépôt de tophus. Ces divers caractères se retrouvent plus ou moins mêlés à la granulation et aux tubercules, quand l'arthritisme aboutit à la phthisie ; et nous trouvons ainsi dans les caractères anatomiques de cette maladie quelques éléments d'une distinction que la clinique va heureusement compléter et parfaire.

## § 4. — CARACTÈRES SYMPTOMATIQUES DE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE

De même qu'en appréciant la pathogénie de la phthisie arthritique il nous est impossible de dire jusqu'où va la part de responsabilité de l'arthritisme dans la production du tubercule, de même, dans les symptômes de cette maladie, il nous sera impossible de toujours séparer nettement ce qui appartient à l'arthritisme et ce qui appartient au tubercule. Ces abstractions, bonnes pour l'étude, doivent en pratique passer au second plan. Les malades sont des êtres concrets et synthétisés, ne l'oublions pas. — Mais l'analyse peut être utilement appliquée à la maladie.

Premier point : Il y a dans la phthisie arthritique une disproportion habituelle entre les symptômes locaux et les phénomènes généraux. Ce désaccord se réalise en ce sens, que les phénomènes généraux prédominent plus ou moins, et qu'ils devancent les accidents locaux. C'est là certainement un caractère remarquable et la source d'indications pratiques importantes.

Le professeur Peter insiste souvent, dans ses leçons, sur la différence qu'il faut faire entre le phthisique et le tuberculeux. Le tuberculeux, pour lui, c'est le sujet qui porte des tubercules dans les poumons ; le phthisique, c'est celui dont l'état général s'altère par l'amaigrissement, l'affaiblissement et la fièvre. Mais M. Peter n'a rien indiqué, quant à la différence des rapports qui unissent entre eux la tuberculose et la phthisie. — Eh bien ! dans la phthisie arthritique, les malades paraissent être phthisiques ou fébricitants dès le début de leur maladie, alors qu'ils sont à peine tuberculeux ; du moins ils présentent, dès le début

de leur maladie, un cortège de symptômes généraux se manifestant au moins par paroxysmes, et sur la nature desquels nous allons revenir.

C'est à la phthisie arthritique qu'appartient généralement, autant que j'en puis juger, la forme de phthisie que l'on a justement appelée la *forme générale d'emblée*. Je connais depuis longtemps une personne qui, à la tête d'une œuvre considérable, dépense une activité dont on ne se douterait pas qu'elle fût capable, en voyant la frêle apparence de sa constitution. A la suite d'un accident de chemin de fer survenu à la fin de l'année 1877, cette dame fut retenue longtemps immobile par une plaie contuse de la jambe. Cette plaie, mal menée tout d'abord, fut compliquée d'accidents inflammatoires, puis de phénomènes douloureux prolongés. La malade en souffrit vivement pendant six mois et s'en plaignait encore un an après.

L'état général n'avait cependant pas souffert beaucoup en apparence, et de ces douleurs, et de l'immobilité prolongée à laquelle il lui avait fallu se soumettre, quand se produisirent des douleurs intenses de pleurodynie avec un peu de pleurésie sèche dans le côté gauche de la poitrine. Des vésicatoires ne purent qu'améliorer la situation, sans la juger. Trois mois après, les douleurs se réveillèrent plus vives, occupant le côté et le dos, siégeant surtout le long de la colonne vertébrale, sous la forme d'une rachialgie rémittente, avec accès nocturnes ou du matin bien déterminés. Le sulfate de quinine, l'aconit et l'aconitine, les bromures et d'autres agents encore ne donnèrent tous qu'un soulagement relatif; et, en présence de l'intolérance que l'estomac ne manquait pas de manifester pour chacun des médicaments, on devait en cesser l'usage peu de jours

après qu'on avait commencé à les employer. Le salicylate de soude fut encore celui qui donna les meilleurs résultats. J'oublie de vous dire que la fièvre avait à peine cessé et qu'elle se montrait avec ses paroxysmes vespéraux, plus inquiétante encore pour le médecin que tout le reste des symptômes. Et cependant l'auscultation ne révélait encore rien autre chose que les traces insignifiantes d'une petite pleurésie sèche.

Sur ces entrefaites, une nouvelle pleurésie se produisit, avec épanchement cette fois, et disparut lentement sous l'influence du traitement ordinaire. Les douleurs de dos avaient diminué, mais un certain degré de matité se montrait dans la fosse sus-épineuse et la respiration des deux sommets était moins pure et moins régulière qu'auparavant. Peu à peu des craquements s'y produisirent, et la respiration prit à gauche un timbre dur, en même temps qu'il se faisait à droite une légère poussée pleurétique sans épanchement.

Or, en même temps que ces caractères locaux se manifestaient, les phénomènes généraux s'amendaient progressivement. Sans doute les troubles fonctionnels, qui avaient longtemps fait défaut, la toux et l'expectoration du moins, commençaient à se montrer, en même temps que se développaient les lésions locales; mais, sous l'influence des bains, du lait d'ânesse et de l'arsenic, la fièvre à son tour cédait peu à peu, et la malade pouvait se lever et gagner la campagne, où elle passe en ce moment son été.

Je vous ai cité cette histoire, messieurs, parce qu'elle est un type frappant de ces formes générales d'emblée, où l'état général, la fièvre surtout, règne seul plus ou moins longtemps avant que les lésions locales se caractérisent. Quant à ce qui est de la nature arthritique de cette forme

de phthisie, la personne dont je viens de vous parler en tenait par ses antécédents héréditaires et par ses antécédents personnels, ayant eu elle-même des douleurs rhumatismales. Enfin, pendant le cours même de la maladie, elle eut une arthrite du coude droit qui nécessita l'emploi d'une gouttière, et, à la main gauche, une de ses articulations phalangiennes fut prise d'une façon identique. Ces arthrites multiples n'avaient sans doute les caractères ni du rhumatisme aigu ni de la goutte franche, mais elles n'en étaient pas moins les témoins irrécusables d'une arthritide dégénérée.

Voici donc une malade qui, depuis plus de dix-huit mois, présente des accidents généraux de fièvre et d'affaiblissement, de phthisie en un mot, et chez laquelle la tuberculose pulmonaire est assez peu développée pour que les signes physiques la révèlent à peine; chez laquelle, en un mot, ces accidents généraux sont loin d'être proportionnés à la lésion locale.

A côté de ces formes générales d'emblée il nous faut citer la phthisie aiguë, ou du moins les formes de granulie aiguë survenant chez les arthritiques. Je n'ai pas à revenir sur ce que je vous ai dit à ce sujet dans notre leçon sur la phthisie aiguë. Il me suffit de la rappeler ici à votre souvenir, comme une forme assez fréquente chez les arthritiques. Ajoutons que devant l'intensité de cette tuberculose, la multiplication rapide et l'espèce d'empoisonnement qui en résulte, l'origine arthritique du mal s'efface sans qu'il en conserve de cachet bien spécial.

Remarquons seulement que la phthisie aiguë, qui est la moins tuberculeuse des phthisiès, est relativement assez fréquente chez les arthritiques, de même qu'elle est le plus

souvent une phthisie acquise. De sorte qu'un arthritique qui devient phthisique; a plus de chances qu'un autre pour voir la maladie prendre le type de la phthisie aiguë. Mais, je le répète, la phthisie aiguë n'aura d'ailleurs, de ce chef, rien de spécial; et je n'ai rien à ajouter à ce que je vous ai dit déjà de ce singulier type de la maladie.

J'ai dit comment les granulations fibrineuses que la phthisie arthritique sème à la surface des séreuses, sont aptes à provoquer des accidents inflammatoires et tous les dangers immédiats et éloignés qui en résultent. Leur importance est au moins celle d'un produit anormal, dont la présence constitue une imminence permanente d'irritation et d'inflammation.

Dans le poumon, la tuberculose arthritique se limite beaucoup au contraire, mais là elle expose encore aux complications inflammatoires, et cela par un autre procédé. L'acuité avec laquelle se fait, chez l'arthritique, le ramollissement de ses petits foyers tuberculeux, est l'occasion de poussées congestives et même inflammatoires dont la pneumonie lobulaire peut facilement être la conséquence. Aussi les formes de phthisie rapides par adjonction d'un élément inflammatoire ne sont-elles pas rares chez les arthritiques. Rien de plus fréquent, dans ces cas, que de voir une phthisie qui avait progressé lentement jusque-là, prendre tout à coup une acuité fébrile et inflammatoire.

Le malade couché au n° 2 de la salle Sainte-Anne nous en a donné un exemple que je veux vous rappeler, d'après l'observation qui a été recueillie par M. Jacquet (externe du service). C'était un homme âgé de cinquante-cinq ans; son père était mort, à l'âge de quatre-vingt-quatre ans, asthmatique; sa mère avait succombé à l'âge de cinquante-huit

ans à une tumeur abdominale (?). Ses antécédents personnels étaient plus intéressants : il fut atteint, à l'âge de vingt-deux ans d'un rhumatisme articulaire aigu, qui le retint quatre mois au lit. A l'âge de cinquante ans, il eut une nouvelle attaque de rhumatisme, aussi aiguë, mais à convalescence interminable. De plus il nous disait que, depuis un grand nombre d'années, il était atteint chaque hiver de bronchites qui duraient deux ou trois mois ; jamais cependant il n'avait été obligé de suspendre son travail. Au mois d'octobre 1878 il fut pris d'une toux sèche, quinteuse et très fatigante ; en même temps ses forces diminuaient. Il vint à l'hôpital Laennec vers la fin de février 1879. A son entrée, le malade nous présente un état d'amaigrissement très prononcé, ses fonctions digestives sont cependant assez bonnes, il n'a pas de fièvre le soir, pas de diarrhée et peu de sueurs nocturnes. Il se plaint uniquement de son oppression ; au moindre effort il est pris d'une dyspnée assez intense ; la toux est quinteuse et l'expectoration peu abondante. L'examen physique du thorax nous révèle tout d'abord un emphysème généralisé ; le sternum est bombé, les creux sous-claviculaires sont effacés, et la percussion nous fait constater une sonorité exagérée, sauf au sommet du poumon gauche, où la submatité est nette, aussi bien en avant qu'en arrière.

L'auscultation nous donne les résultats suivants : *En avant*, du côté droit : expiration soufflante prolongée, entremêlée de râles sibilants et muqueux disséminés ; à gauche : râles sous-crépitants moyens, limités au sommet.

*En arrière*, du côté droit : râles muqueux perçus dans toute l'étendue ; à gauche : râles sous-crépitants peu nombreux, bien limités au quart supérieur du poumon.



On institue le traitement suivant : Lait, huile de foie de morue, julep avec 25 centig. d'iodure de potassium.

L'état général se maintenait assez bien. L'auscultation, pratiquée au 1<sup>er</sup> mai, nous faisait simplement constater au sommet gauche des signes de ramollissement un peu plus avancés, les râles sous-crépitants étaient plus pressés, à bulles plus grosses et plus humides, tendant, après la toux, aux râles cavernuleux.

La marche de l'affection était lente, apyrétique, lorsque, le 7 mai, le malade fut pris brusquement d'un peu de délire la nuit, avec phénomènes adynamiques assez prononcés; la température monta le soir à 39°,2. Nous constatons alors, à la base du poumon droit et en arrière, de la matité, du souffle mêlé de râles sous-crépitants fins, tous les signes d'une lésion inflammatoire du poumon. Le 10 mai, le délire, l'adynamie persistent; la matité a augmenté et s'élève jusqu'à l'angle de l'omoplate, le souffle est aussi intense et on perçoit de la broncho-égophonie. Le malade meurt le surlendemain.

A l'autopsie, nous trouvons un emphysème très prononcé, étendu aux deux poumons. Le poumon gauche présente quelques cavernules au sommet, et des tubercules crus peu nombreux, disséminés dans toute l'étendue. — Du côté droit nous constatons, à la base, un épanchement séreux médiocrement abondant; le lobe inférieur a subi l'hépatisation grise, dans toute son étendue; aucune part de ce lobe ne surnage dans l'eau dans laquelle on le jette.

Voici donc un sujet certainement arthritique et emphysémateux, qui prend une tuberculose pulmonaire circonscrite et lente, et chez lequel il se développe secondairement une pleuro-pneumonie à laquelle il succombe. Or, ces formes

rendues rapides par la complication d'un élément inflammatoire qui s'y ajoute ne sont pas les plus fréquentes. Et d'ailleurs, lorsque ces accidents inflammatoires se manifestent, ceux-ci ne se comportent guère autrement que je vous l'ai dit déjà, à propos des formes rapides de la phthisie acquise.

Ce qui caractérise encore la phthisie arthritique, simple et proprement dite, c'est la lenteur de son évolution, sur laquelle se greffent, pour ainsi dire, des paroxysmes aigus, et même suraigus, coïncidant avec le ramollissement des foyers qui se forment successivement dans les poumons. Ces paroxysmes peuvent d'ailleurs ne se produire qu'à de très longues échéances, et il semble que les circonstances extérieures aient une grande portée pour en provoquer le retour. En dehors de ces phases d'acuité le malade paraît recouvrer la santé; il reste tuberculeux toutefois, les signes physiques le prouvent d'ailleurs; mais la phthisie semble être enrayée. Et, sans le retour des accidents aigus, qui viennent précipiter l'évolution des tubercules, la marche serait presque indéfinie.

Rappelez-vous ce malade de la salle Sainte-Marthe (n° 9), dont l'observation serait tout entière à citer et dont je ne dirai que quelques mots. Cet homme, âgé de cinquante ans, est manifestement arthritique; il a eu en effet un rhumatisme articulaire franchement aigu. Dès l'année 1854 il est atteint d'une affection thoracique sur la nature de laquelle nous ne sommes pas fixé; en 1865, il entre à la Pitié pour une pleurésie et y fait un séjour de sept mois; en 1868, il a une hémoptysie assez abondante; depuis il tousse de temps en temps, mais continue à travailler; ce n'est qu'en novembre 1878, que, la toux et l'amaigrisse-

ment faisant des progrès, il est obligé de rentrer à l'hôpital; depuis, les lésions paraissent avoir marché lentement, et nous constatons aujourd'hui des cavernules au sommet droit et de l'induration à gauche; son état général n'est pas trop mauvais, et tout permet d'espérer que l'évolution de sa maladie continuera à se faire lentement.

Je pourrais vous citer encore le fait d'une jeune femme que j'ai soignée longtemps, et chez laquelle j'ai pu faire constater cette évolution spéciale par notre regretté maître Barth et par plusieurs de nos maîtres actuels. Cette jeune femme, fille d'un père goutteux et d'une mère atteinte elle-même d'acné rosacée probablement arthritique, avait eu, étant jeune fille, quelques légères irritations bronchitiques. Douée d'un de ces tempéraments nerveux dont on a pu dire avec raison que, chez eux, la lame use le fourreau, épuisée d'ailleurs moralement et physiquement par les secousses malheureusement trop rapprochées de trois grossesses successives, elle eut de la phthisie arthritique tous les caractères : le début par les accidents généraux et fébriles, et la marche paroxystique. Une saison à la campagne, un hiver passé dans le Midi, paraissaient la remettre à ce point, que les signes physiques eux-mêmes témoignaient de l'amélioration locale, en même temps que s'amendaient les phénomènes généraux.

C'est chez cette malade que j'ai fait constater cliniquement à un de nos maîtres la cicatrisation d'une caverne qu'il avait reconnue avec moi, cinq ou six mois auparavant. Et ce n'est qu'à la suite d'imprudences réitérées que la tuberculose s'est étendue et même généralisée au thorax et à l'abdomen, et a entraîné la mort.

Cette malade, que j'ai suivie pendant nombre d'années,

au milieu des poussées paroxystiques qu'elle subissait et des rémissions, pendant lesquelles la marche de l'affection était mieux que suspendue et entraînait même dans une voie de réparation, cette malade, dis-je, est un type de phthisie arthritique, et montre bien ce que peut être l'évolution de cette forme de phthisie pulmonaire.

Si telle est la marche ordinaire de la phthisie arthritique, elle présente cependant telle ou telle prédominance symptomatique suivant le tempérament du sujet ; il en résulte qu'on peut distinguer dans l'évolution de cette maladie différents types : un type nerveux, un type lymphatique et un type sanguin.

Dans le type nerveux, on observe souvent des accès de toux quinteuse et spasmodique, qui sont rebelles à tout traitement et qui, ainsi que je vous le fais remarquer souvent, se montrent avec des lésions très peu avancées dans leur évolution ; c'est dans ces cas-là surtout que les pleurésies sèches sont fréquentes et se caractérisent par d'épaisses couches de fausses membranes. Avec les accès de dyspnée et la toux spasmodique, on observe des vomissements, qui se produisent surtout dans les quintes de toux, ou même en dehors de ces quintes ; leur persistance et leur répétition fréquente sont parfois désespérantes. Il en est de même des palpitations cardiaques.

M. Peter remarque que cette trilogie symptomatique appartient aux expansions diverses des nerfs pneumogastriques et les attribue, ou à une compression, ou à une irritation inflammatoire de ces cordons nerveux. Il fait observer qu'on les rencontre au début de la tuberculose, par le fait d'une excitation sympathique ou réflexe, et qu'on les rencontre encore plus tard ; que c'est alors qu'ils se rattachent

ment faisant des progrès, il est obligé de rentrer à l'hôpital; depuis, les lésions paraissent avoir marché lentement, et nous constatons aujourd'hui des cavernules au sommet droit et de l'induration à gauche; son état général n'est pas trop mauvais, et tout permet d'espérer que l'évolution de sa maladie continuera à se faire lentement.

Je pourrais vous citer encore le fait d'une jeune femme que j'ai soignée longtemps, et chez laquelle j'ai pu faire constater cette évolution spéciale par notre regretté maître Barth et par plusieurs de nos maîtres actuels. Cette jeune femme, fille d'un père goutteux et d'une mère atteinte elle-même d'acné rosacée probablement arthritique, avait eu, étant jeune fille, quelques légères irritations bronchitiques. Douée d'un de ces tempéraments nerveux dont on a pu dire avec raison que, chez eux, la lame use le fourreau, épuisée d'ailleurs moralement et physiquement par les secousses malheureusement trop rapprochées de trois grossesses successives, elle eut de la phthisie arthritique tous les caractères : le début par les accidents généraux et fébriles, et la marche paroxystique. Une saison à la campagne, un hiver passé dans le Midi, paraissaient la remettre à ce point, que les signes physiques eux-mêmes témoignaient de l'amélioration locale, en même temps que s'amendaient les phénomènes généraux.

C'est chez cette malade que j'ai fait constater cliniquement à un de nos maîtres la cicatrisation d'une caverne qu'il avait reconnue avec moi, cinq ou six mois auparavant. Et ce n'est qu'à la suite d'imprudences réitérées que la tuberculose s'est étendue et même généralisée au thorax et à l'abdomen, et a entraîné la mort.

Cette malade, que j'ai suivie pendant nombre d'années,

au milieu des poussées paroxystiques qu'elle subissait et des rémissions, pendant lesquelles la marche de l'affection était mieux que suspendue et entraînait même dans une voie de réparation, cette malade, dis-je, est un type de phthisie arthritique, et montre bien ce que peut être l'évolution de cette forme de phthisie pulmonaire.

Si telle est la marche ordinaire de la phthisie arthritique, elle présente cependant telle ou telle prédominance symptomatique suivant le tempérament du sujet; il en résulte qu'on peut distinguer dans l'évolution de cette maladie différents types: un type nerveux, un type lymphatique et un type sanguin.

Dans le type nerveux, on observe souvent des accès de toux quinteuse et spasmodique, qui sont rebelles à tout traitement et qui, ainsi que je vous le fais remarquer souvent, se montrent avec des lésions très peu avancées dans leur évolution; c'est dans ces cas-là surtout que les pleurésies sèches sont fréquentes et se caractérisent par d'épaisses couches de fausses membranes. Avec les accès de dyspnée et la toux spasmodique, on observe des vomissements, qui se produisent surtout dans les quintes de toux, ou même en dehors de ces quintes; leur persistance et leur répétition fréquente sont parfois désespérantes. Il en est de même des palpitations cardiaques.

M. Peter remarque que cette trilogie symptomatique appartient aux expansions diverses des nerfs pneumogastriques et les attribue, ou à une compression, ou à une irritation inflammatoire de ces cordons nerveux. Il fait observer qu'on les rencontre au début de la tuberculose, par le fait d'une excitation sympathique ou réflexe, et qu'on les rencontre encore plus tard; que c'est alors qu'ils se rattachent

à la compression et à l'inflammation du nerf. Il ne fait d'ailleurs nulle difficulté d'avouer que c'est surtout chez des sujets nerveux que se présentent ces phénomènes d'irritation et d'intolérance des pneumogastriques. J'ajouterai que ces accidents sont encore plus fréquents quand ces sujets nerveux sont des arthritiques, dont les lésions anatomiques congestives et plastiques peuvent mieux expliquer une névrite par propagation.

Enfin les troubles nerveux peuvent retentir plus loin encore, et les malades présenter les accidents spasmodiques ou paralytiques les plus divers : la paralysie du larynx, la dysphonie et la dyspnée qui en résultent, peuvent être observés. Des spasmes périphériques se voient encore : une jeune femme couchée au n° 17 de la salle Saint-Julien, tuberculeuse arrivée à la troisième période, a éprouvé à deux reprises différentes, à l'époque de ses règles, une contraction des muscles masséters assez prononcée, laquelle a cédé d'ailleurs à l'usage du bromure. Une jeune fille de la même salle (n° 15) nous présentait en même temps des accès de spasme glottique fréquemment répétés.

C'est dans ces formes nerveuses que l'on trouve le plus souvent, avec les signes de la sclérose pleurale ou pleurésie sèche, un degré plus ou moins avancé d'emphysème. Enfin, chez de tels malades j'ai souvent rencontré des souffles vasculaires ou extravasculaires siégeant sous la clavicule gauche, et dont on doit se demander s'ils appartiennent à une lésion de l'artère pulmonaire, à de la pleurésie péri-artérielle, ou même à de l'anémie.

Telle est une malade de la ville chez laquelle j'ai eu à soigner les bronchites les plus intenses, et qui garde aujourd'hui des frottements pleuraux très marqués dans les

deux sommets, surtout à gauche, en même temps qu'un souffle extravasculaire sous la clavicule de ce même côté; et un certain degré d'emphysème. Cette jeune femme, fille et sœur d'arthritiques avérés, ayant eu elle-même des coliques hépatiques et des douleurs articulaires, a été envoyée aux Pyrénées et à Allevard, jugée par deux confrères et par moi-même comme une tuberculeuse arthritique. Chez elle cependant, grâce à de grands ménagements et à une bonne hygiène, deux grossesses ont pu avoir lieu sans entraîner d'aggravation notable dans l'état des poumons; et je suis persuadé, malgré la persistance des signes locaux, que la guérison est possible chez cette malade, ou du moins que les accidents, déjà arrêtés dans leur évolution, peuvent rester indéfiniment suspendus.

Chez les sujets lymphatiques, ce sont les manifestations catarrhales qui dominent. On observe chez eux, de fréquentes poussées de bronchite plus ou moins généralisée; la toux est grasse et s'accompagne d'une expectoration qui est souvent beaucoup plus abondante que ne le comporterait la localisation des tubercules. Je crois devoir vous citer, à ce sujet, dans son entier, l'observation d'une de mes malades, qui nous a présenté un des plus beaux types de phthisie arthritique qu'on puisse rencontrer.

La nommée C..., Joséphine, âgée de trente-deux ans, domestique, est entrée le 3 avril 1879 à la salle Saint-Barthélemy; c'est une femme blonde, à peau fine, à chairs molles, qui présente tous les attributs extérieurs du tempérament lymphatique. — Les antécédents héréditaires sont malheureusement muets, car elle n'a point connu ses parents. — Voici quels sont ses antécédents personnels : elle ne se rappelle pas avoir eu, dans son enfance, de manifestations



strumeuses ; réglée tardivement à l'âge de dix-neuf ans, elle a éprouvé, à cette époque, de nombreux troubles liés à la chlorose ; elle nous raconte de plus qu'elle s'enrhumait avec une déplorable facilité, et que, chaque hiver, depuis un grand nombre d'années, elle tousse pendant plusieurs mois. — Elle paraît être dans des conditions hygiéniques satisfaisantes. — Elle a eu deux grossesses, dont la dernière gémellaire ; ses enfants sont tous morts au bout de quelques mois.

En septembre dernier, cette malade a été prise de toux et a vu ses forces diminuer assez rapidement ; elle n'en a pas moins continué à travailler, lorsqu'au mois de février est survenue une hémoptysie abondante. C'est ce qui l'a décidée à se faire admettre à l'hôpital Beaujon, d'où on l'a dirigée sur l'hôpital Laennec.

A son entrée, nous constatons que son état général est bon ; l'appétit est conservé ; il n'y a ni diarrhée, ni vomissements, ni fièvre vespérale ; les sueurs sont modérées. — La malade tousse et crache peu.

L'examen physique nous révèle les signes suivants : *En avant*, du côté droit : de la submatité sous la clavicule, des râles sous-crépitants mêlés à quelques sibilants, limités à la moitié supérieure ; du côté gauche : des craquements limités au creux sous-claviculaire et peu nombreux. — *En arrière*, du côté droit : de la matité dans la fosse sus-épineuse ; dans cette même zone, de la respiration rude et des râles sous-crépitants, disséminés dans les portions supérieures et moyennes.

Le 10 avril, la malade est prise, sans cause appréciable de douleurs dans les articulations des coudes et des poignets ; au niveau de ces dernières existe un gonflement

très accusé, exactement limité aux gaines des muscles extenseurs. En même temps qu'ont apparu ces manifestations rhumatismales, la toux est devenue moins fréquente, et les râles sous-crépitaux sont moins nombreux dans le poumon droit.

14 avril. — Les douleurs rhumatismales ont gagné les genoux et les articulations tibio-tarsiennes, le gonflement est modéré, la température ne s'est pas élevée. — Les règles sont arrivées, venant à l'époque habituelle, mais elles sont beaucoup plus abondantes qu'à l'ordinaire. La toux a augmenté; elle est accompagnée d'un peu d'oppression.

19 avril. — De larges plaques d'urticaire se sont montrées à plusieurs reprises sur les jambes et sur les cuisses. Les douleurs rhumatismales ont presque complètement disparu.

28 avril. — De nouveau, des douleurs et un léger gonflement se sont manifestés aux genoux, coïncidant avec l'apparition sur les jambes d'un érythème mal circonscrit. L'état général s'est notablement amélioré, ainsi que l'état local. Du côté gauche, on perçoit des sous-crépitaux bien limités au sommet. Du côté droit, les râles ont disparu à la partie moyenne et se sont localisés à la partie supérieure, où ils sont beaucoup moins nombreux.

12 mai. — L'état général est excellent, la malade a visiblement gagné de l'embonpoint; — il ne s'est plus manifesté de douleurs articulaires.

La malade demande à quitter l'hôpital le 26 mai. — L'amélioration continue. On perçoit encore des sous-crépitaux au sommet droit, surtout après la toux; du côté gauche, la respiration est pure.

La malade vient nous revoir le 30 juin; elle a repris ses

occupations. A sa dernière époque menstruelle, il s'est manifesté de l'oppression et une toux plus fréquente, mais ces phénomènes ont été passagers. L'auscultation fait percevoir seulement des râles sous-crépitaux rares, bien localisés au sommet droit.

En résumé, voici une malade de tempérament lymphatique, arthritique de par ses antécédents, et présentant les accidents articulaires caractéristiques du rhumatisme, en même temps que des manifestations encore assez nettement significatives, telles que l'urticaire et l'érythème noueux. Or, cette malade est de plus tuberculeuse; et nous retrouvons, dans sa phthisie pulmonaire, les caractères que nous savons déjà appartenir à la phthisie arthritique : hémoptysies, poussées congestives du côté des poumons aux époques menstruelles, localisation exacte des lésions, avec extension passagère de catarrhe bronchique, lenteur et longue durée de l'évolution des symptômes. — C'est à ce titre que son histoire m'a paru instructive et que je vous l'ai rapportée tout au long.

Chez les sujets à tempérament sanguin, on observe des hémorragies répétées. Vous vous rappelez ce malade, dont je vous ai déjà entretenu, qui avait eu, en même temps, des hémoptysies et un flux hémorroïdaire abondant. — Chez de tels sujets les réactions sont plus vives; on rencontre des congestions à exsudat plasmatique, des pneumonies franchement lobaires, des broncho-pneumonies. La caséification n'appartient pas à cette forme de phthisie; chez aucun des malades de cette catégorie qu'il nous a été donné d'observer, nous n'avons constaté l'existence de ces blocs d'hépatisation caséuse, qui se creusent rapidement en de vastes cavernes. Le type sanguin n'est pas rare d'ailleurs

parmi les phthysies arthritiques et surtout parmi celles de la ville.

Ainsi, la phthysie arthritique peut revêtir telle ou telle forme, suivant la constitution du sujet; mais sa physionomie générale demeure toujours la même. Voici, en résumé, quels sont ses symptômes dominants : la toux est quinteuse et spasmodique, elle s'accompagne de dyspnée, se montrant par intervalles, quelquefois franchement paroxystique, comme dans l'asthme et dans la coqueluche. Les crachats sont muqueux ou muco-purulents, peu abondants.

L'hémoptysie est de règle dans la phthysie arthritique. Rien de plus rare que de l'y voir manquer; rien de plus fréquent que de l'y voir se reproduire avec une fréquence et une abondance significatives. Pidoux et Danjoy insistent sur ces caractères, comme appartenant à la phthysie pulmonaire chez les arthritiques. Une des observations rapportées par M. Peter, dans ses leçons, est remarquable à cet égard. Il s'agit d'un homme, fils, neveu et frère de goutteux, chez lequel les hémoptysies se sont produites à quarante et un ans d'intervalle, et qui, malgré une suspension aussi prolongée des accidents, n'en est pas moins un tuberculeux avéré.

Cette fréquence des hémoptysies tient-elle à une altération plus fréquente des vaisseaux? — Cela peut être vrai pour les hémoptysies tardives; mais pour ce qui est de celles qui se produisent au début de la maladie, elles ont plutôt pour cause, les poussées congestives que nous voyons si fréquemment chez les arthritiques, en quelque point que ce soit de leur organisme.

Il n'est pas rare que l'hémoptysie coïncide, chez la femme,

avec des règles abondantes, et chez l'homme avec des pertes hémorroïdaires.

La *laryngite* se montre de bonne heure chez les phthisiques arthritiques; elle est fréquente chez eux, et se complique parfois de spasme glottique.

L'*emphysème* généralisé existe dans plus de la moitié des cas; il rend souvent le diagnostic difficile, en ce qu'il masque les signes propres de la tuberculose.

Les *pleurésies sèches* constituent un phénomène plus commun que dans aucune autre forme. Les épanchements sont beaucoup plus rares; ils se montrent surtout comme phénomènes du début; ils sont alors séro-fibrineux et affectent les allures d'une pleurésie franche aiguë.

Les *tubercules* sont et demeurent longtemps localisés aux sommets des poumons, mais le catarrhe bronchique est remarquable, par la facilité qu'il présente à se généraliser et à s'étendre à la totalité de la muqueuse bronchique.

Enfin, les *sueurs* nocturnes sont abondantes, mais la *diarrhée* est rare, sauf à la période ultime. Je vous ai plusieurs fois rendus témoins des relations que présentent ces deux symptômes, et du balancement qui s'établit souvent entre eux.

Les *phénomènes généraux* sont en désaccord flagrant avec les symptômes locaux, ainsi que l'a bien mis en lumière M. Pidoux. Bien que les accidents fébriles ouvrent souvent la marche et que les sujets maigrissent de bonne heure, ils gardent longtemps une animation et une activité, dont vous avez été plusieurs fois surpris, en comparant cet état général aux lésions que faisait constater l'examen physique des organes. Cette animation à laquelle la fièvre peut d'ailleurs contribuer, cette activité que le sys-

tème nerveux conserve, malgré la déchéance nutritive, a fait appeler cette forme du nom de *phthisie floride*.

La fièvre souvent, au début surtout, ne se montre que par intervalles plus ou moins éloignés. Peut-être, au thermomètre, la trouverait-on déjà plus constante. Quand elle se montre, elle est en général assez vive, revenant chaque jour. Ses paroxysmes ne sont pas toujours vespéraux, et, c'est dans la phthisie arthritique que je les ai vus surtout se reproduire le matin. Elle est d'ailleurs assez nettement dessinée en ses divers stades, jusqu'au point de simuler un accès de fièvre intermittente. Elle peut être biquotidienne. En tous cas, elle n'offre pas ce caractère de persistance continue et régulière que l'on rencontre dans les formes communes; elle subit des éclipses plus ou moins prolongées, suivies de brusques apparitions, lesquelles correspondent aux phases de ramollissement des tubercules, ou aux complications de congestion et de catarrhe bronchique.

Ce n'est qu'après des phases répétées d'acuité plus ou moins vive, que la cachexie s'établit chez ces malades. Sans doute la maladie peut garder le mode aigu qu'elle affecte dans une de ces phases, et se terminer brusquement par une complication inflammatoire et fébrile. Mais il n'est pas rare de voir les malades tomber graduellement, après plusieurs poussées aiguës de plus en plus rapprochées et de plus en plus intenses, dans un état de collapsus extrême qui précède de peu le terme fatal. Les œdèmes, avec ou sans albuminurie, avec ou sans phlébite, sont fréquents à cette période. Et c'est le plus souvent par syncope, plus encore que par asphyxie, que finissent ces phthisiques, quand ils atteignent les dernières limites de la cachexie.

Je vous ai fait voir un de nos malades, qui est resté plu-

avec des règles abondantes, et chez l'homme avec des pertes hémorroïdaires.

La *laryngite* se montre de bonne heure chez les phthisiques arthritiques; elle est fréquente chez eux, et se complique parfois de spasme glottique.

L'*emphysème* généralisé existe dans plus de la moitié des cas; il rend souvent le diagnostic difficile, en ce qu'il masque les signes propres de la tuberculose.

Les *pleurésies sèches* constituent un phénomène plus commun que dans aucune autre forme. Les épanchements sont beaucoup plus rares; ils se montrent surtout comme phénomènes du début; ils sont alors séro-fibrineux et affectent les allures d'une pleurésie franche aiguë.

Les *tubercules* sont et demeurent longtemps localisés aux sommets des poumons, mais le catarrhe bronchique est remarquable, par la facilité qu'il présente à se généraliser et à s'étendre à la totalité de la muqueuse bronchique.

Enfin, les *sueurs* nocturnes sont abondantes, mais la *diarrhée* est rare, sauf à la période ultime. Je vous ai plusieurs fois rendus témoins des relations que présentent ces deux symptômes, et du balancement qui s'établit souvent entre eux.

Les *phénomènes généraux* sont en désaccord flagrant avec les symptômes locaux, ainsi que l'a bien mis en lumière M. Pidoux. Bien que les accidents fébriles ouvrent souvent la marche et que les sujets maigrissent de bonne heure, ils gardent longtemps une animation et une activité, dont vous avez été plusieurs fois surpris, en comparant cet état général aux lésions que faisait constater l'examen physique des organes. Cette animation à laquelle la fièvre peut d'ailleurs contribuer, cette activité que le sys-

tème nerveux conserve, malgré la déchéance nutritive, a fait appeler cette forme du nom de *phthisie floride*.

La fièvre souvent, au début surtout, ne se montre que par intervalles plus ou moins éloignés. Peut-être, au thermomètre, la trouverait-on déjà plus constante. Quand elle se montre, elle est en général assez vive, revenant chaque jour. Ses paroxysmes ne sont pas toujours vespéraux, et, c'est dans la phthisie arthritique que je les ai vus surtout se reproduire le matin. Elle est d'ailleurs assez nettement dessinée en ses divers stades, jusqu'au point de simuler un accès de fièvre intermittente. Elle peut être biquotidienne. En tous cas, elle n'offre pas ce caractère de persistance continue et régulière que l'on rencontre dans les formes communes; elle subit des éclipses plus ou moins prolongées, suivies de brusques apparitions, lesquelles correspondent aux phases de ramollissement des tubercules, ou aux complications de congestion et de catarrhe bronchique.

Ce n'est qu'après des phases répétées d'acuité plus ou moins vive, que la cachexie s'établit chez ces malades. Sans doute la maladie peut garder le mode aigu qu'elle affecte dans une de ces phases, et se terminer brusquement par une complication inflammatoire et fébrile. Mais il n'est pas rare de voir les malades tomber graduellement, après plusieurs poussées aiguës de plus en plus rapprochées et de plus en plus intenses, dans un état de collapsus extrême qui précède de peu le terme fatal. Les œdèmes, avec ou sans albuminurie, avec ou sans phlébite, sont fréquents à cette période. Et c'est le plus souvent par syncope, plus encore que par asphyxie, que finissent ces phthisiques, quand ils atteignent les dernières limites de la cachexie.

Je vous ai fait voir un de nos malades, qui est resté plu-



sieurs jours dans cet état syncopal avant de mourir, et j'ai pu vous indiquer comme prochaine la fin de sa maladie et de son existence, en présence du collapsus qui fait partie de cet état syncopal. Je vous ai dit aussi, à ce sujet, que vous auriez plus souvent occasion de rencontrer en ville qu'à l'hôpital cette façon de mourir.

#### § 5. — MARCHE ET PRONOSTIC DE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE

Une grande lenteur dans la marche de la maladie est un des principaux caractères de la phthisie arthritique. Mais il ne faut pas se méprendre sur le sens qu'il convient d'attribuer à cette proposition : L'évolution de la lésion tuberculeuse, chez l'arthritique, n'est rien moins que lente et torpide; elle se fait au contraire avec retentissement actif sur la nutrition du poumon qui l'entoure, et elle aboutit au ramollissement dans un espace de temps relativement court. Mais comme cette lésion est limitée, comme elle ne se multiplie qu'avec lenteur, comme elle peut même se suspendre dans sa multiplication, de façon à allonger sans mesure le temps qui sépare deux poussées successives, il en résulte que la marche de la phthisie arthritique est lente, bien qu'elle soit toujours en passe de devenir rapide. C'est une phthisie lente, toujours dans l'imminence de l'acuité.

En tous cas, elle est éminemment paroxystique; et comme le ramollissement se fait successivement dans les foyers tuberculeux, qui se déposent graduellement dans les poumons, l'évolution de la maladie se fait par poussées qui correspondent à ces phases de ramollissement, en

rapport d'ailleurs avec ce ramollissement et avec les accidents inflammatoires qu'il provoque toujours plus ou moins autour de lui.

La terminaison peut se faire par cachexie progressive, et dans ce cas la cachexie peut présenter, en ses dernières périodes, un caractère de rapidité que je vous ai signalé. Ou bien la maladie se termine par une complication de pneumonie, de broncho-pneumonie; c'est le cas du malade dont je vous ai cité l'observation. Quant à la terminaison par sclérose, qui équivaut à une guérison, pour être rare elle n'en existe pas moins; les recherches anatomo-pathologiques, entre autres celles que Beau a faites à la Salpêtrière, ne laissent aucun doute à cet égard.

Les malades meurent, ai-je dit, par syncope, au milieu d'un état cachectique que caractérisent surtout une anémie excessive, des hydropisies multiples, et un état qui rappelle un peu la fin de certains cardiaques. Ils montrent souvent alors un regain d'énergie morale qui contraste singulièrement avec leur affaiblissement physique, et auquel se trompent souvent les gens qui les entourent; ceux-ci croyant y voir le signe d'une amélioration, quand c'est tout autre chose qu'il faut attendre.

Quand au contraire la phthisie est enrayée, les malades reprennent peu à peu de l'embonpoint et des forces. Ils ont en général un grand désir d'activité, qu'il faut le plus souvent modérer. En même temps l'appétit se restaure, la respiration, sans être bien longue, est moins gênée; l'expectoration, après avoir évacué les produits du ramollissement, redevient catarrhale, simplement muqueuse, et la fièvre cesse. C'est là, en effet, le signe le plus important à consulter pour apprécier le danger de la

phthisie en général, et celui de la phthisie arthritique en particulier.

Le malade est encore pour longtemps dans la situation d'un valétudinaire qu'il faut beaucoup ménager; et s'il peut gagner ainsi une de ces périodes de l'existence où les crises d'évolution sont longuement distantes, l'âge de virilité confirmée, par exemple, ou mieux encore l'âge de retour, on peut voir sa santé s'affermir, et bientôt on est autorisé à considérer la guérison comme à peu près assurée. Elle se maintient, en effet, autant que le sujet vit d'une existence assez calme et régulière, tant au physique qu'au moral. Mais, vienne une de ces secousses dont la vie est trop souvent semée, et tous les accidents pourront se reproduire, et la maladie reprendra sa marche.

Le *pronostic*, ainsi qu'il ressort de ce que je viens de vous dire sur la marche des symptômes, est relativement bénin; c'est la phthisie la moins grave que l'on puisse voir, dit Pidoux; et cela est bien vrai, à condition qu'on ne perde pas de vue l'inminence d'accidents phlegmasiques aigus, sous laquelle se trouvent et vivent les phthisiques arthritiques; et le pronostic doit être subordonné à cette condition. Si vous n'en teniez compte, dans tel cas où vous avez cru pouvoir annoncer une maladie à longue échéance, vous vous exposeriez à de cruelles déceptions.

En dehors de cette éventualité, qu'il faut redouter toujours et surtout tâcher de prévenir, il ne faut pas désespérer de la maladie. Dans le cas même où elle atteint la troisième période, il faut savoir qu'il reste toujours quelque chance de guérison. Si la cicatrisation des cavernes se peut rencontrer, c'est surtout chez les arthritiques. Je vous ai déjà cité des exemples que j'ai pu observer en ville.

Le fait est plus rare à l'hôpital, bien qu'il puisse s'y rencontrer néanmoins.

Laissez-moi vous dire encore les exemples suivants, que vous trouverez rapportés dans les leçons de M. Peter, à qui je les ai communiqués :

Un jeune homme, fils de parents bien portants (le père est mort d'un cancer de l'estomac ; la mère, n'ayant jamais eu que de forts lumbagos, est morte âgée ; un frère est graveleux) eut, vers dix-huit ans, d'abondantes hémoptysies, à la suite desquelles Récamier le déclara phthisique. Repoussé pour ce motif d'une communauté dans laquelle il désirait entrer, il fit l'éducation de jeunes gens chez lesquels il trouva une vie active et un régime largement réparateur. Quelques années après il pouvait donner suite à ses premiers projets d'avenir, et aujourd'hui, âgé de soixante ans, il mène encore la vie laborieuse de cette communauté, se levant à 4 heures du matin, etc.

Une fois cependant (il y a de cela dix ans environ), à la suite de fatigues excessives liées à de grandes prédications, les signes thoraciques se reproduisirent (craquements humides manifestes des deux côtés et un peu de ramollissement du sommet gauche). Une hygiène plus sagement ménagée permit, encore une fois, de conjurer pleinement le danger<sup>1</sup>.

Je puis citer encore le cas d'un homme qui mourut âgé de plus de soixante ans, après avoir eu, à diverses époques de sa vie, de fortes hémoptysies, et qui ne prolongea ainsi son existence que grâce à une hygiène rigoureuse à ce point qu'il était suspecté de manie. Et cependant il avait

1. Cet homme vient de mourir à la suite de coliques hépatiques répétées, lesquelles se sont compliquées d'une attaque d'apoplexie.

perdu successivement ses six enfants, d'arthrite tuberculeuse, de méningite, de péritonite tuberculeuse ou de phthisie pulmonaire.

Un jeune homme de vingt-deux ans, fils de rhumatisants, bien que n'ayant pas eu lui-même de rhumatisme franc, est atteint d'une forte hémoptysie que je constate. Son frère, très lymphatique, est mort, phthisique à dix-huit ans; un frère de son père est mort, probablement phthisique et encore jeune. Après un séjour de deux hivers en Afrique et une saison à Caunterets, ce jeune homme, qui avait eu des craquements évidents dans les sommets, revient guéri. Il se fixe à la campagne et se donne activement à la culture, se marie et a actuellement trois enfants. Il en a perdu un en bas âge. L'ainé a 12 ans et tous se portent à merveille.

En voilà assez pour vous permettre de juger du pronostic de la phthisie et en particulier du pronostic de la phthisie arthritique.

Toutefois, il vous est encore bien important de connaître quelle est la valeur pronostique de tel ou tel phénomène observé au cours d'une phthisie arthritique. Je me suis déjà expliqué au sujet de l'emphysème, et vous ai dit comment les conditions antagonistes qu'il implique avec la tuberculose pulmonaire en font une lésion qu'il n'est pas de mauvais augure de rencontrer chez un phthisique. Je suis convaincu, pour ma part, qu'un certain degré d'emphysème arrête l'envahissement du poumon et retarde l'évolution de la maladie.

J'en dirai autant de l'alcoolisme : Par la sclérose qu'il provoque tout d'abord dans le tissu pulmonaire, l'alcool rend ce dernier peu apte à l'extension des tubercules et aux lésions

secondaires dont ils sont l'occasion. Un certain degré d'alcoolisme peut donc, comme l'emphysème, retarder la marche de la tuberculose. A un degré plus avancé, au contraire, l'altération nutritive du poumon devient telle, que la situation est aggravée par la coïncidence de l'alcoolisme et des tubercules, et que l'évolution de ces derniers s'en trouve souvent hâtée.

La valeur pronostique de l'hémoptysie doit nous arrêter un instant. Je vous ai rappelé avec quelle fréquence elle tend à se produire dans la phthisie arthritique. Ce symptôme, toujours si effrayant pour le malade, ne saurait toujours avoir la même signification pour le médecin. Pourvu qu'elle ne dépasse pas certaines bornes, l'hémoptysie, en débarrassant le poumon de la congestion qui l'envahit, ne peut qu'avoir un effet immédiat favorable. C'est une saignée locale, qui peut couper les vivres à de nouvelles proliférations morbides et prévenir le ramollissement, que la congestion eût entraîné. Je ne fais à cet égard que me ranger aux idées de bon nombre de nos maîtres actuels, de MM. Gueneau de Mussy et Pidoux, aux idées de Lebert et d'autres encore, que je suis heureux de pouvoir vous citer à ce sujet. Du reste, l'hémoptysie du début sera, ici comme toujours, moins grave que celle qui se produit au 3<sup>e</sup> degré. J'y insiste à propos de la phthisie arthritique, parce que c'est dans cette forme de phthisie que cette hémoptysie est le plus fréquente.

J'appelle encore votre attention sur la gravité qu'il convient d'attribuer à l'hémoptysie que la fièvre accompagne, selon que le remarque M. Peter, et j'ajouterai, sur la gravité de celle après laquelle persiste la fièvre.

— Le *diagnostic* devrait se poser au double point de vue

de la tuberculose et de l'arthritisme ; or, nous n'avons pas à revenir sur la façon de reconnaître l'existence du premier de ces deux éléments. Quant au second, pour l'établir on peut avoir recours aux antécédents héréditaires. On retrouve, en effet, assez souvent, des manifestations multiples de cette maladie constitutionnelle chez les ascendants ; quelquefois même on peut rencontrer chez eux la coïncidence des deux diathèses, de l'arthritisme et du tubercule. Nous avons en ce moment à la salle Saint-Barthélemy une malade dont la mère a succombé à la phthisie et dont le père est manifestement rhumatisant.

Dans les antécédents personnels du sujet on trouve : une ou plusieurs attaques de rhumatisme articulaire aigu, des accès de colique hépatique ou néphrétique, des flux hémorroïdaires ; quelquefois même on assiste aux manifestations diathésiques les plus caractérisées, telles qu'une attaque de rhumatisme articulaire aigu, ou plus souvent de simples douleurs rhumatismales. Il faut prendre garde de ne point s'en laisser imposer par des arthralgies ou des myosalgies, si fréquentes chez les phthisiques ; on s'exposerait, en les prenant pour des accidents de rhumatisme franc, à méconnaître la forme en présence de laquelle on se trouve. Ces phénomènes se reconnaissent bien d'abord, non pas tant à leur mobilité, mais surtout à l'absence de phénomènes locaux inflammatoires. Ils ne s'accompagnent ni de chaleur, ni de gonflement véritable, ni surtout de rougeur quelconque.

En résumé, les caractères auxquels on pourra soupçonner qu'on est en présence d'une phthisie arthritique, même en dehors des antécédents, des commémoratifs et des caractères appartenant à la constitution arthritique, seront :

la marche nettement paroxystique de la maladie, l'abondance des hémoptysies, la localisation des foyers tuberculeux et leur ramollissement successif, la fréquence des pleurésies sèches et de l'emphysème, la facilité qu'ont à se reproduire les catarrhes laryngo-bronchiques, l'absence de diarrhée et l'abondance des sueurs. La prédominance des accidents nerveux et spasmodiques, les retours inopinés de fièvre et même de fièvre matutinale, seront encore des indices de quelque valeur.

Ce diagnostic sera complété dans la leçon suivante.

#### § 6. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA PHTHISIE ARTHRITIQUE

Après l'importance que vous m'avez vu accorder à la description de la phthisie arthritique, vous vous étonneriez peut-être, messieurs, si vous ne me voyiez pas insister beaucoup sur le traitement qui lui convient. Vous comprendrez cependant que le sujet se circonscrit tout naturellement : les indications de l'arthritisme sont hors du cadre que je me suis tracé dans ces leçons ; et celles de la tuberculose ont été déjà résumées par moi, dans les leçons précédentes, assez pour que je n'aie pas besoin de les répéter. De plus, parmi les formes que nous avons déjà passées en revue, il en est une qui se rapproche beaucoup de la phthisie arthritique, au point de vue des indications thérapeutiques, c'est la phthisie acquise. La plupart des questions que j'ai traitées à propos de cette dernière se reproduisent aujourd'hui ; pour leur solution, je vous renvoie donc à ce que j'en ai dit plus haut.

Il est cependant des considérations qui appartiennent



spécialement au traitement de la phthisie arthritique, et sur lesquelles nous nous arrêterons un peu, tout en résumant les grandes lignes de ce traitement.

I. La *prophylaxie* joue ici un rôle considérable. Epier le moment où un arthritique va devenir tuberculeux et l'arrêter avant qu'il franchisse ce seuil fatal, cela vaut mieux, sans doute, que de chercher à lui faire rebrousser chemin, quand il y est une fois entré. Le médecin peut prévoir l'imminence de ce passage, et barrer le chemin au mal et au malade. Il y a, dans cette double action, la source d'une satisfaction bien vive, et au point de vue de la science, et au point de vue de la profession. Et alors même que le médecin est vaincu, sentir qu'il a fait l'effort que réclamait la lutte, et qu'il a porté cet effort là où il y avait à le faire, est encore pour lui une puissante consolation.

(A) La prophylaxie locale consiste surtout à surveiller les accidents thoraciques qui se produisent chez les arthritiques. Nous l'avons vu : c'est souvent ainsi que, chez eux, commence la phthisie, c'est-à-dire, par des phénomènes d'irritation bronchique, pneumonique ou pleurale. La prophylaxie consistera donc à mettre l'arthritique à l'abri des refroidissements et des causes qui peuvent le mieux les provoquer.

C'est surtout chez l'arthritique qu'il faut se méfier de ce qu'on appelle *le rhume négligé*. Vous n'hésitez pas, en présence de l'irritation des voies respiratoires, à l'attaquer par les moyens les plus actifs, pour en limiter la durée et pour en prévenir les récidives. Et comme nous ignorons nécessairement le moment où l'irritation, simple d'abord, ou purement arthritique, devient susceptible d'entraîner la tuberculose, on ne saurait s'y prendre trop tôt pour la

combattre, ni trop prodiguer les moyens que nous avons de le faire.

On éloignera d'abord toutes les causes accidentelles, ou du moins indépendantes de l'arthritisme, telles que l'alcoolisme, par exemple. On recommandera aux malades d'éviter l'inhalation d'atmosphères irritantes, et même de celles qui contiennent seulement des poussières inertes et susceptibles d'agir comme corps étrangers dans les voies aériennes.

Cette recommandation d'éviter les irritations respiratoires indique l'importance qu'il y a à séjourner dans un milieu à température constante, ou aussi peu variable que possible. C'est pour les sujets menacés de cette forme de phthisie, qu'il importe de choisir soigneusement les résidences d'hiver. Les vallées douces et surtout assez uniformément hygrométriques, sont les stations d'hiver qui conviennent le mieux à de tels valétudinaires. On leur interdira le séjour des principales villes de ce qu'on a nommé la Rivière de Gênes; on leur permettra Menton, Pise, Pau, et le littoral de l'Algérie. Madère et les îles leur conviennent encore mieux. Quant au séjour sur les hauts plateaux, il me semble devoir leur être absolument interdit.

Les frictions froides et humides, dont je vous ai parlé, bien que moins dangereuses, ne seront employées qu'avec ménagements, autant qu'elles ne causeront pas de rhume, mais que la réaction qui les suit sera suffisante et agréable.

On ne conseillera de même qu'avec beaucoup de réserve l'usage des caux excitantes; celui des sulfureux sera encore plus ménagé; enfin on s'opposera à l'emploi des perturbateurs violents, et surtout des douches thoraciques. Le fer ne saurait non plus convenir en ce cas.

C'est dans ces conditions, au contraire, que les fumigations simples ou émoullientes sont utiles. Les pulvérisations, surtout dans les moments où l'air perd beaucoup de ses qualités hygrométriques, m'ont rendu de vrais services, chez de tels sujets.

Enfin, un régime doux, quoique tonique, est aussi ce qu'il y a de mieux indiqué, en même temps qu'une diète respiratoire modérée, mais largement suffisante. Ce sont là d'ailleurs, toutes recommandations que j'ai exposées déjà, à propos de la phthisie acquise.

(B) L'arthritisme, avons-nous dit, ne mène pas fatalement à la tuberculose; mais l'arthritisme devient tuberculeux quand, par le fait des progrès de la maladie, ou par tout autre motif, il s'affaiblit et s'épuise. C'est donc une des premières indications de la prophylaxie, en ce cas, que de combattre l'anémie et l'épuisement des arthritiques.

La malade dont je vous ai parlé déjà, à propos des formes primitives d'emblée, est une arthritique qui mène volontairement une vie plus que rude. La dépense qu'elle fait de son activité est excessive, et le régime alimentaire qu'elle se permet est insuffisant. Aussi son arthritisme dégénère et tourne à la phthisie, avant même que ses poumons se soient tuberculisés manifestement. En même temps que se manifestent les accidents pulmonaires, l'arthritisme se révèle encore par des manifestations articulaires; mais les arthrites que je constate chez elle, au coude droit, à l'un des phalanges de la main gauche, sont aussi molles que douloureuses, s'accompagnent d'un gonflement périphérique considérable et sans aucun caractère inflammatoire.

Or c'est cet état d'épuisement qu'il importe de prévenir

chez l'arthritique, si l'on veut prévenir chez lui la tuberculose.

Ce sera surtout à la suite des attaques longues ou répétées de goutte ou de rhumatisme, que vous aurez à songer à une telle indication. Vous m'avez vu plusieurs fois prescrire l'huile de foie de morue à des convalescents de rhumatisme subaigu, chez lesquels ce traitement hâtait l'achèvement d'une interminable convalescence. Le traitement tonique est encore utile à la suite d'attaques de goutte répétées, et surtout, dans les cas où la goutte a revêtu cette forme imparfaite qu'on a désignée sous le nom de goutte molle ou atonique. Enfin la phthisie, lorsqu'elle se développe chez un arthritique, le fait, le plus souvent, en dehors de toute manifestation actuelle de rhumatisme ou de goutte; et dans ce cas encore, la première indication, même prophylactique, consiste à surveiller l'activité nutritive du sujet, ou, comme on a dit quelquefois, ses forces radicales.

Je n'ai pas à revenir ici sur les moyens à mettre en œuvre pour satisfaire à cette indication. Tous les analeptiques peuvent y être employés. Maintenir, autant que faire se peut, l'intégrité des fonctions digestives, cela passe avant tout. Vient ensuite la série des agents toniques proprement dits et surtout des toniques fixes.

Ce que j'ai dit déjà de cette médication, à propos de la phthisie acquise, il conviendrait de le répéter ici. Nous sommes, chez l'arthritique, sur un terrain propice aux mouvements actifs du sang et aux exagérations de l'échange nutritif, à la fièvre, en un mot; c'est donc aux toniques les plus simples qu'il faut s'adresser; et ce n'est que dans les cas exceptionnels d'arthritisme totalement dégénérée, de su-

jets lymphatiques et absolument torpides, que l'on devra s'adresser aux toniques excitants<sup>1</sup>.

(C) Quant à la maladie constitutionnelle elle-même, elle n'implique d'autre prophylaxie, que celle qui relève du traitement même de cette maladie. Encore faut-il ajouter, que ce traitement doit être alors combiné de telle sorte qu'en attaquant sérieusement la maladie, il réserve le terrain sur lequel elle évolue et ménage les forces du malade.

Aussi est-ce aux altérants toniques qu'il faudra surtout s'adresser dans la circonstance. Les malades sont le plus souvent alors de ces goutteux dégénérés dont je vous parlais tout à l'heure, ou de ces rhumatisants chroniques dont je vous ai cité un exemple remarquable. Le meilleur moyen de les empêcher de verser dans la phthisie, est encore de les remonter, en se préoccupant moins de leur maladie que de leur état d'épuisement. Il vous arrivera parfois, chez de tels malades, de voir, sous l'influence des toniques et surtout des excitants, la maladie constitutionnelle reprendre une apparence d'activité qu'elle avait totalement perdue, et donner lieu à de nouvelles manifestations présentant quelque acuité. M. Pidoux dirait que vous avez régénéré l'arthritisme et provoqué en même temps les bons effets qui doivent résulter de l'antagonisme tuberculeux. Ce qui est certain, c'est que vous restaurez le malade, et que par là vous l'éloignez d'autant de la tuberculose.

Il ne vous restera plus qu'à modérer l'usage de vos toniques et de vos stimulants, selon ce que pourra porter

1. Voy. phthisie acquise.

l'économie à laquelle vous avez affaire. Les altérants toniques, l'iode, l'arsenic surtout, et, s'il y a lieu, les sulfureux, seront les principaux agents de cette médication prophylactique.

II. *Indications thérapeutiques.* — La phthisie arthritique reconnaît des indications qui lui sont propres et qui, de même que ses caractères essentiels, relèvent du siège de ses lésions, de leur forme physiologique et de leur nature nosologique. La même raison qui fait qu'un arthritique n'a pas la même phthisie que tout autre tuberculeux, fait aussi qu'il réclame une thérapeutique qui ne conviendrait pas à tous les autres ; et, comme c'est par la forme physiologique de la maladie qu'il se distingue surtout, sa thérapeutique doit être aussi traitée à part ; puisque c'est dans les formes physiologiques des maladies, que nous puisons la plupart de nos indications thérapeutiques.

(A) L'intolérance pulmonaire étant le fait qui domine la localisation de la tuberculose, chez l'arthritique, c'est elle qui détermine la principale indication locale. Cette intolérance se traduit par des phénomènes d'irritation de plus ou moins d'étendue et de profondeur, et par des troubles fonctionnels correspondants.

Parmi les troubles nerveux, les douleurs intercostales, névralgiques et musculaires sont heureusement combattues par les applications calmantes opiacées, liniments chloroformés, baume tranquille, cataplasmes même, ou au contraire, par les modificateurs substitutifs, parmi lesquels je vous recommande surtout l'essence de térébenthine.

Les troubles nerveux fonctionnels, dyspnée et toux par exemple, sont attaqués par les sirops béchiques, l'opium

ou l'éther, ou tous les deux ensemble, la belladone, et surtout la jusquiame et la ciguë, moins difficiles à manier et d'une véritable efficacité cependant; enfin le datura. Les bromures peuvent aussi rendre des services dans ces cas, et je ne saurais trop vous recommander, quand domine l'éréthisme nerveux, quel qu'il soit d'ailleurs, l'emploi du bromhydrate de cicutine, qui, à la dose de deux à cinq milligrammes, m'a souvent rendu service, ou du moins a rendu service à mes malades.

Je suis porté à croire qu'il y a aussi quelque avantage à tirer, dans ce sens, des inhalations de nitrite d'amyle.

Le catarrhe laryngo-bronchique réclame souvent aussi son indication. Suivant le degré qu'il présente, il sera traité, ainsi que les bronchites, par les émollients et les révulsifs. Je vous ai déjà parlé de ces accidents et des moyens de les combattre, notamment au chapitre de la phthisie acquise.

Ajoutons que c'est dans ces sortes d'irritations bronchiques que réussissent à merveille la poudre de Dower, à la dose de 15 à 50 centig. chaque soir; ou les préparations expectorantes, telles que la gomme ammoniacque, la scille, et les antimonialaux à dose légère et fractionnée (kermès et oxyde blanc).

Les phthisiques emphysémateux, lesquels présentent facilement de ces phénomènes d'éréthisme nerveux ou congestif, réclament souvent l'emploi de ces moyens émollients. Les fumigations leur rendent de grands services; nous avons essayé, non sans quelque effet, les pulvérisations souvent répétées, avec des liquides simples ou médicamenteux. Les bains d'air comprimé leur sont spécialement utiles. L'usage de la belladone, seule ou associée à

l'opium, est souvent nécessaire dans ces cas; vous avez vu maintes fois, qu'il nous a suffi de donner à ces malades des pilules de ciguë, de pellandrie, de jusquiame, et même de datura, pour faire disparaître cet élément pathologique. Quelques-uns de ces accidents cèdent ainsi à un traitement fort analogue à celui de l'arthrite elle-même.

Tous les émollients peuvent d'abord être utilisés, ceux qui agissent directement, tels que les fumigations, et ceux qui agissent sur la peau, tels que les fomentations et les cataplasmes. Toutefois, ces moyens ne peuvent rendre service qu'à la condition d'être employés avec beaucoup de soin et d'habileté, pour ne pas exposer aux refroidissements et aux impressions désagréables et nuisibles. Le cataplasme doit être recouvert d'une ouate qui le déborde de toutes parts, et d'une toile gommée imperméable.

Les substitutifs trouveront plus rarement leur indication chez ces malades, toujours plus ou moins irritables, et en imminence au moins d'éréthisme. Vous m'avez vu plusieurs fois tenter directement, dans ces cas, l'administration des balsamiques, et puis y renoncer bientôt, en présence des effets fâcheux que les malades en retiraient. Ces effets consistent dans une sensation de sécheresse et de chaleur plus ou moins désagréable, que le malade rapporte, en général, derrière le sternum, en même temps que la toux devient plus fréquente, plus sèche et plus pénible. Dans les cas de plus complète intolérance, un certain degré de fièvre s'ajoute à ces symptômes.

Les sulfureux, chez ces malades, produisent un effet identique. Toutefois, on peut obtenir encore quelques résultats de l'usage des eaux sulfureuses froides ou faiblement sulfurées; et là où les Eaux-Bonnes fatiguent et excitent outre



mesure, les eaux d'Enghien, ou celles de Saint-Honoré, ou encore les eaux sulfureuses chlorurées (Uriage, Gréoulx), peuvent être supportées et agir efficacement.

Ce que je viens de dire des sulfureux et des balsamiques se peut répéter de la créosote vraie. Tous ces moyens ne doivent être employés que rarement et avec la plus grande prudence, dans la phthisie arthritique.

Les révulsifs cutanés auront une grande portée, en face d'accidents, qui gardent, de la constitution arthritique des sujets chez lesquels ils se produisent, un certain degré de mobilité. Le vésicatoire en sera encore l'agent le plus certain et le plus facile, avec les badigeons de teinture d'iode et les frictions irritantes, ammoniacales ou autres, sans oublier les cautérisations superficielles.

La localisation, ordinairement très circonscrite, des lésions, permet de les attaquer plus profondément encore, au moyen des cautères volants.

De la révulsion sur l'intestin, je ne dirai qu'une chose, c'est qu'elle est souvent utile, et qu'on peut l'employer avec une certaine hardiesse, parce que ce n'est pas dans la phthisie arthritique que les manifestations tuberculeuses tendent à se porter vers l'intestin; on se gardera toutefois de l'employer sans mesure, parce que l'entérite, ou tout au moins la péritonite tuberculeuse peuvent encore se produire.

La pleurésie sèche, si fréquente chez les tuberculeux arthritiques, exigera surtout l'usage de ces divers moyens révulsifs et émoullients.

Je n'ai pas besoin, messieurs, d'insister sur l'importance qu'il y a à attaquer vivement les accidents de laryngo-bronchite catarrhale et de pleurésie sèche, si fréquents

chez les arthritiques. Il est évident, en effet, qu'un poumon tuberculeux, situé entre ces deux surfaces enflammées, ne peut qu'être vivement sollicité à se ramollir et à se tuberculiser davantage. Par contre, quand ces deux processus sont suffisamment enrayés ou prévenus, la tuberculose peut suspendre indéfiniment son cours; ce qui pour le malade équivaut à la guérison.

Dans d'autres cas, la congestion et l'inflammation dépassent les surfaces et gagnent le poumon lui-même. Quand on a affaire, soit à une pneumonie, soit, ce qui est plus fréquent, à une broncho-pneumonie, chez un phthisique arthritique, il faut toujours se rappeler que, suivant le mot de M. Peter, *la congestion, voilà l'ennemi*. Il ne faut pas oublier non plus que ce mot se complète par le suivant : *la révulsion, voilà le remède*. En face de ces lésions pneumoniques, employez la révulsion la plus énergique; la révulsion spoliatrice elle-même ne saurait être bannie, et c'est au moyen des ventouses scarifiées que l'on peut le mieux la pratiquer. De larges vésicatoires sont encore bien indiqués pour atteindre ce but.

Un moyen que vous auriez tort de dédaigner dans la circonstance, et dont vous obtiendrez les meilleurs résultats, c'est l'usage des altérants dépressifs, ou tout au moins résolutifs; c'est dire l'utilité que l'on peut retirer de l'usage des antimoniaux. Le kermès à dose plus ou moins élevée, l'oxyde blanc, ou même l'émétique à dose fractionnée, doivent alors être mis en œuvre, en même temps que les révulsifs cutanés et intestinaux.

Quand l'état de fièvre inflammatoire devient intense et persistant, on peut tenter l'usage du tartre stibié à haute dose, selon ce que je vous en ai dit à propos de la phthisie.

aiguë. Mais il faut toujours que ce traitement soit surveillé de près, car aucun n'est plus apte à déterminer le collapsus, et le collapsus est un des dangers à peu près permanents de la phthisie en général, et de la phthisie arthritique en particulier.

Parmi les accidents locaux qui peuvent réclamer le bénéfice immédiat de l'intervention thérapeutique, l'hémoptysie, par sa fréquence et par les dangers auxquels elle expose les sujets, tient la première place. Vous comprendrez donc que j'y insiste de nouveau.

En présence des conséquences qui résultent de la congestion, la thérapeutique de l'hémoptysie doit se préoccuper, non de supprimer l'issue du sang, mais d'en tarir la source en s'attaquant au processus congestif lui-même. On s'adressera donc moins aux astringents, qui pourraient avoir pour inconvénient de favoriser les stases, et d'arrêter l'hémorragie en fixant, pour ainsi dire, l'effort congestif; on emploiera de préférence ceux qui sont capables de décongestionner les bronches et les poumons, soit qu'ils agissent sur la contraction vasculaire directement, soit qu'ils la modifient indirectement, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs.

Toutes les préparations d'ergot sont des plus aptes à remplir ce rôle; la plus rapide et la plus sûre est certainement l'extrait hydro-alcoolique, que vous nous avez vu employer en injections sous-cutanées, mêlé à la glycérine, suivant la formule de M. Moutard-Martin <sup>1</sup> L'ergot as-

1. Telle est cette formule :

Eau.....	15 gr.
Glycérine.....	15 gr.
Ext. hydro-alcoolique d'ergot .....	2 gr.
	Msa.

socié au sulfate de quinine, selon le mode préconisé par le D<sup>r</sup> Guibert, est encore un moyen d'une grande puissance. On peut encore lui associer la digitale.

Tous les révulsifs, appliqués sur la poitrine, entre les deux épaules, ou aux extrémités, ont une action puissante pour atteindre ce but. Une vessie de glace appliquée entre les deux épaules est un moyen extrême d'une grande portée, que vous m'avez vu prescrire avec efficacité, dans un cas désespéré, et dont vous comprenez suffisamment tous les dangers.

Parmi tous ces moyens, il n'en est pas de plus efficace, avons-nous dit déjà, que l'ipéca. Rappelez-vous notre malade du n<sup>o</sup> 21 de la salle Sainte-Anne, chez lequel tout avait paru insuffisant pour arrêter l'hémorragie, et qui ne revint, on peut dire, à la vie, qu'en prenant à dose massive 2 gr. d'ipéca; il fallut même continuer une semblable dose, mais fractionnée, pendant plusieurs semaines, pour ne pas voir se renouveler l'hémorragie.

Tout vomitif, sans doute, produirait un effet favorable; mais il n'en est pas qui doive être plus efficace, à ce qu'il semble, et certainement, il n'en est pas dont l'usage, même prolongé, soit plus innocent.

Tous les nauséux peuvent agir de même, et cet état de semi-algidité dont s'accompagne l'état de nausée, paraît être le meilleur remède à opposer à ces accidents. Les antimoniaux à dose nauséuse, émétique, kermès même, peuvent agir ainsi; mais aucun n'est préférable à l'ipéca. Trousseau, d'après Stoll, n'hésitait pas à le donner à la dose de 4 grammes; 1 ou 2 grammes suffisent en général.

Vous avez vu, chez notre malade du n<sup>o</sup> 21, que ces doses

peuvent même être continuées longtemps sans provoquer d'accident.

(B) Dans l'indication anatomique de la phthisie arthritique, l'intolérance du poumon nous contraint à ménager les moyens excitants; dans l'indication physiologique de cette maladie, nous avons de même à côtoyer un double écueil, qui n'est autre que l'état d'appauvrissement des sujets et l'état de fièvre, où il leur est si facile de tomber.

Il est pourtant une condition qui rend possible de satisfaire à cette double et presque contradictoire indication; c'est que, dans la majeure partie de l'évolution de la maladie, et en raison de sa marche paroxystique, ces deux indications se présentent en général successivement et alternativement. Il n'y a guère qu'à la dernière période de la cachexie, alors que tout est perdu, pour ainsi dire, que la fièvre et l'épuisement marchent ensemble. La thérapeutique, en effet, se trouve alors réduite à la mission de consoler et de soulager: car la tuberculose est une maladie qu'on *pânse* toujours (Fonssagrives), alors même qu'on ne la guérit pas.

Dans le cours de la maladie, et dans ces périodes de calme pulmonaire et d'apyrexie, qui se prolongent parfois si heureusement, la thérapeutique doit se borner à l'emploi des moyens prophylactiques; elle consiste alors, en particulier, dans l'usage des toniques, souvent aussi dans celui des altérants; mais, autant que le traitement tonique médical, l'hygiène la plus large et la plus sagement entendue, tels que je les ai résumés tout à l'heure, devront concourir efficacement à remplir cette indication.

C'est dans les phases d'acuité de la phthisie pulmonaire arthritique, que la médecine doit surtout intervenir; et

elle doit le faire avec autant d'activité que de force, car là est le salut, si le salut est possible. Or deux éléments entrent en cause dans cette acuité ; l'élément local pneumonique, plus ou moins congestif, ou même inflammatoire, dont nous venons tout à l'heure de résumer les indications ; puis l'élément général ou pyrétique, qui dépend souvent de l'autre, dans l'ordre pathogénique, mais qui l'emporte encore sur lui en importance, au point de vue pratique.

En présence des fièvres intenses que présentent les sujets atteints de semblables poussées fébriles, tous les antipyrétiques peuvent être mis en œuvre, jusqu'à ce qu'on rencontre celui qui réussisse à modérer la combustion fébrile, sinon à l'éteindre.

Vous me voyez, en général, commencer d'agir en ce sens, par l'emploi de l'aconit ; la teinture de racines d'aconit, qu'il faut bien distinguer des autres préparations, est un agent d'une réelle efficacité. Deux grammes de cette teinture produisent chez moi des effets physiologiques très appréciables et que je n'ai pas à vous rappeler ici : vous emploierez donc d'abord la teinture d'aconit, à la dose de 1 à 2 grammes, s'il s'agit de la teinture de racines fraîches d'aconit, et à la dose de 2 à 5 grammes, s'il s'agit de l'alcoolature, préparation plus employée mais bien peu fidèle. Ceux d'entre vous qui suivent le service, ont pu se convaincre que cette dose est bien souvent efficace. Pour mesurer de plus près les résultats, vous pourrez donner avec avantage l'aconitine, en granules de  $\frac{1}{4}$  de milligramme ; mais la ténuité de ce dosage est une difficulté, et d'ailleurs le peu d'expérience que j'en ai, me porte à croire que l'aconitine ou son azotate, que l'on donne le plus souvent ainsi, est moins facilement tolérée que l'aconit en nature.

L'aconit, en tous cas, m'a paru plus efficace que la digitale et même que la digitaline. Ces agents sont aussi d'un usage délicat, et susceptibles de provoquer plus rapidement encore l'intolérance gastrique. Il y a lieu cependant d'en essayer, surtout quand l'hyperpyrexie s'accompagne d'un état plus ou moins notable d'excitation cardiaque. S'ils sont infidèles, c'est qu'ils ne s'attaquent pas à la cause de la fièvre, laquelle tient à l'état du poumon.

Pour peu que la fièvre présente des intermissions, et même sans cela, l'antipyrétique le plus sûr et le plus facile à doser, c'est encore le sulfate de quinine. Malheureusement, pour lui aussi, les premières voies se fatiguent vite de son usage; on peut alors le remplacer, au moins momentanément, par le sulfate de cinchonine, beaucoup moins sûr dans ses effets, mais encore utile le plus souvent.

C'est pour remplacer tous ces agents, dont j'avais successivement épuisé l'action, et que l'estomac de ma malade se refusait à tolérer désormais, que j'essayai des bains tièdes, dans un cas dont je vous ai déjà parlé plusieurs fois. Ceux-ci eurent un effet des plus favorables, et la détente qui les suivit fut plus accusée et se prolongea plus longtemps. Inutile d'ajouter, n'est-ce pas, que cette pratique doit être mise en œuvre avec les plus grandes précautions, et qu'il faut se garder à la fois des accès d'oppression que provoque parfois l'entrée au bain, des syncopes qui peuvent accompagner la sortie du bain, et surtout des refroidissements qu'il est facile de contracter après le bain. Il m'a paru que c'était une bonne chose, que de recoucher le malade après le bain et de déterminer une sudation modérée.

Je ne m'étendrai pas davantage sur ce sujet, que nous

avons déjà touché. à propos de la phthisie aiguë; et je ne veux noter ici que pour mémoire l'usage des antimoniaux à dose assez élevé et fractionnée. Si vous relisez les faits cités par M. Fonssagrives, au sujet de l'utilité du tartre stibié à haute dose, vous verrez que les résultats heureux qu'il a obtenus de ce traitement, l'ont été dans des cas analogues à ceux qui nous occupent. Or, rappelez-vous que la marche naturelle de ces accidents est paroxystique, et qu'il y aurait erreur à mettre à l'actif du tartre stibié, ces rémissions plus ou moins prolongées, qui entrent dans le plan naturel et dans l'évolution spontanée de la maladie. Soyons sévères dans la constatation des faits, et réservés dans leur interprétation; le conseil trouve ici, plus que nulle part, son opportunité.

Je ne vous parle pas des alcools, qui peuvent cependant être donnés à ces malades, à dose élevé, mais qui conviennent surtout aux sujets déjà cachectiques, et chez lesquels la fièvre tient en partie aux résorptions putrides, dont sont le siège les foyers pulmonaires.

Il est évident que le régime alimentaire, qui devait être tonique en dehors des phases aiguës, sera, au contraire, sévèrement restreint pendant la période d'acuité. Lait, vin, bouillon; quelques légers potages, au besoin: tels en seront les seuls éléments. J'y ajoute volontiers des fruits cuits, les acides végétaux pouvant être utilisés à plusieurs fins par le malade.

Le malade doit, dans cet état, garder le lit, et y demeurer jusqu'à ce que tombe la fièvre; l'immobilité, l'inertie même, le silence surtout, sont alors de rigueur.

Puis, quand sera accompli le ramollissement qui se préparait, ou bien quand la congestion pulmonaire sera



dissipée, en tous cas, lorsque la fièvre aura perdu son acuité et sa permanence, le malade reprendra son hygiène prophylactique et son traitement altérant et tonique.

(C) Le malade étant frappé de la déchéance nutritive par le fait de l'arthritisme, il ne faut pas se borner, dans l'intervalle des paroxysmes, à le tonifier. L'indication des toniques relève de l'état d'épuisement dans lequel il est tombé; mais une autre indication ressortit à son arthritisme.

Deux cas peuvent alors se présenter : ou bien, selon l'expression de Pidoux, l'arthritisme se régénère, et en face de nouvelles manifestations de la goutte et du rhumatisme, vous n'avez à remplir d'autres indications que celles qui appartiennent à ces manifestations elles-mêmes; ou bien le malade ne trahit plus sa maladie constitutionnelle que par quelques ébauches imparfaites, et vous avez à intervenir plutôt pour soutenir le malade que pour attaquer cette maladie. — Dans l'un et l'autre cas, vous vous garderez d'employer quelque'un de ces moyens, dits avec raison perturbateurs, tels qu'une hydrothérapie irrationnelle, des drastiques violents, une médication alcaline poussée à l'excès. Je ne veux pas dire qu'il faille respecter, favoriser même, comme quelques-uns l'on pensé, ces manifestations rhumatismales ou goutteuses; mais, sans invoquer des rétrocessions, qui ne sont pas pure hypothèse cependant, et dans lesquelles, à côté d'une interprétation théorique, il faut consentir à voir des faits, vous me permettrez de vous faire observer : que le rhumatisme qui se montre chez un phthisique et s'y développe avec une certaine activité, témoigne par cela même de ressources nutritives encore relativement satisfaisantes, chez le sujet qui le porte. Gardez-vous donc de rien faire qui puisse détourner

l'effort congestif, lorsqu'il se dirige spontanément à la périphérie, sans quoi, ce *pars minoris resistentiæ*, cet organe en travail nutritif altéré, que le malade porte dans sa poitrine, va tout attirer sur lui. Et, après ce que nous avons dit, vous pouvez présumer quelles seront les suites de ce dangereux appel.

La médication à employer alors est celle que nous avons vue convenir à la période prophylactique, c'est-à-dire la médication altérante. Et parmi les agents de cette médication, nous avons soin de choisir ceux qui sont le moins susceptibles d'affaiblir le mouvement nutritif, mais au contraire ceux qui sont le plus capables de le relever et de le soutenir.

C'est chez de tels sujets que réussissent le mieux les régimes intermédiaires à la diététique et à la thérapeutique, régimes que l'on connaît sous le nom de diète lactée, de cures de petit-lait, de cures de koumys et même de raisin. Souvent on donne le lait d'ânesse, dont le mérite est d'être moins chargé de substance grasse, plus léger de digestion, par conséquent, et que les malades boivent plus volontiers entre leurs repas. Le lait de chèvre toutefois est aussi très favorable; et le lait de vaché, pourvu qu'il soit bon, peut parfaitement suffire. Dans le cas où le malade le trouve trop épais, ou un peu lourd, on peut, avec grand avantage, le couper d'une eau légèrement alcaline (Vichy, Vals, etc.); ou bien on le donne aromatisé avec un peu d'eau distillée de fleurs d'oranger ou de laurier-cerise, ou encore avec des liqueurs variées, rhum, kirsch, eau-de-vie. On le prescrit aussi additionné de sel, selon le conseil qu'en a donné M. A. Latour. Enfin, à défaut du lait en nature, les fromages en général, les fromages frais ou salés, le beurre aiguisé de sel,

ou même additionné d'iodure de potassium, peuvent encore être conseillés. J'insiste sur ces divers procédés d'administrer le laitage aux malades, parce que le laitage est un excellent moyen à employer dans le cas qui nous occupe. C'est certainement le meilleur des altérants toniques. Et, sans en faire une diète exclusive, ce qui est rarement indiqué, vous aurez souvent lieu de le conseiller le matin ou le soir, le jour ou la nuit, pendant les repas ou entre les repas, et surtout le matin à jeun.

Je puis vous citer une malade de notre service, cette femme que je vous ai signalée déjà, comme offrant les manifestations les plus remarquables de l'éréthisme nerveux, et qui couche au n° 16 de la salle Saint-Julien. Le lait est le seul aliment que garde son estomac, le seul d'ailleurs qu'elle consente à prendre.

Le petit-lait, plus altérant et moins tonique, trouve plus rarement son application, si ce n'est dans les cas où l'estomac devient trop facilement saburral, et dans ceux où la phthisie se complique de congestion aiguë du foie, ou de véritables accès de colique hépatique, ce qui n'est pas rare dans la phthisie arthritique. Le lait coupé d'eaux alcalines est encore ici particulièrement utile. Je vous recommande aussi, comme un moyen dont j'ai eu récemment beaucoup à me louer, l'usage intérieur de la glycérine, à la dose de une à deux cuillerées, selon la tolérance des sujets.

Enfin, que vous dirai-je du koumys, sinon que ce lait fermenté, très efficace sans doute pour remplir l'indication qui nous occupe, n'est pas à la portée de tout le monde, et que le lait alcoolisé peut, jusqu'à un certain point, le remplacer.

Concluons toutefois, messieurs, que le meilleur lait est celui que les malades prennent le plus volontiers et supportent le mieux. Il va sans dire que ce régime sera heureusement additionné des moyens thérapeutiques que nous avons déjà indiqués au chapitre de la prophylaxie, notamment de l'usage de l'huile de foie de morue et de tous ses succédanés.

Parmi les médicaments à mettre en œuvre, pour remplir l'indication nosologique de la phthisie arthritique, il en est un qui convient admirablement, c'est l'arséniate de soude. A titre de sel alcalin, il est indiqué par le rhumatisme, auquel il convient mieux que l'acide arsénieux ; à titre d'agent arsenical, il est des plus aptes à modifier favorablement l'état du poumon ; calmant de la dyspnée et de l'éréthisme respiratoire, c'est de plus un tonique de la nutrition et un antidépériteur. Aussi me voyez-vous en faire un large usage. De 3 à 4 ou 5 milligrammes peuvent être prescrits communément chaque jour, et même plus. Sachez cependant que, si douce que soit cette médication altérante, elle provoque quelquefois la révolte de l'estomac, pour peu qu'elle dépasse certaines limites, soit sous le rapport des doses, soit sous le rapport de la durée. C'est donc un moyen thérapeutique qu'il faut graduer selon la tolérance des sujets.

J'en dirai autant de l'usage à l'intérieur de la teinture d'iode, qui convient surtout, quand c'est contre l'arthritisme que l'on veut d'abord diriger la médication, mais dont la tuberculose peut aussi recueillir les fruits. Je ne reviendrai pas sur ce que je vous en ai dit déjà et j'aurai lieu d'y insister plus tard. Quant à l'iodure de potassium, il peut aussi trouver ici sa place, non seulement en raison de son action altérante générale, mais aussi en raison de l'action

modificatrice qu'il peut exercer sur la muqueuse laryngo-bronchique. C'est donc dans les cas fréquents où existe une laryngo-bronchite persistante et chronique, que vous donnerez l'iodure de potassium, en ayant soin de le prescrire à petites doses et uni à un sirop amer et stomachique, comme le sirop de gentiane ou d'écorces d'oranges.

Ceci m'amène à vous parler de la médication alcaline, qui est la médication presque spécifique de l'arthritisme. Vous aurez à en tenter l'usage chez le phthisique arthritique, mais seulement dans la mesure où son arthritisme le réclame et où son état général le supporte. Toutefois, les alcalins seront souvent utiles, au moins passagèrement, et ne fût-ce que pour restituer aux voies digestives, si souvent entravées dans leurs fonctions, la liberté de leurs sécrétions et la facilité de leurs excrétions.

L'indication qui nous occupe, c'est-à-dire, l'indication nosologique de la phthisie arthritique, est de celles auxquelles les eaux minérales peuvent le mieux répondre. Cette médication, du reste, doit être déterminée selon le sens dans lequel se résout le double problème en présence duquel on se trouve, c'est-à-dire, suivant que l'indication est donnée par un arthritisme intense, dont les manifestations peuvent encore garder un caractère d'acuité, ou selon que l'arthritisme reste au second plan, plus ou moins dissimulé derrière les manifestations de la diathèse tuberculeuse. En un mot, l'indication est variable, selon que le sujet auquel on a affaire est plus arthritique que phthisique, ou au contraire selon qu'il est plus phthisique qu'arthritique.

Dans le premier cas, si surtout le malade vient d'être atteint d'une crise aiguë, ou de quelques manifestations

encore assez actives, vous conseillerez Nérès. Si ce ne sont que des manifestations chroniques du rhumatisme que présente le malade, Aix-les-Bains, ou même Bourbonne, ou mieux encore, Capvern devront être préférés, comme plus puissamment altérants. En cas de manifestations absolument chroniques et torpides de l'arthritisme, vous ne craignez pas de vous adresser aux eaux sulfo-chlorurées déjà nommées, Uriage, Allevard, ou même aux eaux sulfureuses légères, surtout à celles où se rencontre une échelle de sources, dont la force inégale permet de graduer progressivement la cure : j'ai nommé Caunterets et Luchon. Il n'y a que dans les cas de torpidité excessive, que vous prescrirez les Eaux-Bonnes, et encore devra-t-on prudemment en régler l'emploi.

Si, au lieu de l'arthritisme, c'est la tuberculose qui tient la corde, vous abandonnerez la pensée d'exciter de nouvelles manifestations arthritiques, pour vous adresser plus spécialement aux eaux altérantes toniques de l'Auvergne. Le Mont-Dore est la station la mieux indiquée dans ce cas. La Bourboule peut l'être aussi, si les entrailles sont en bon état et en supportent bien l'usage. Vous pouvez les essayer, pour vous en rendre compte, ou plutôt les faire essayer à vos malades, en ayant soin de les leur donner, comme les eaux sulfureuses d'ailleurs, coupées de lait chaud ou d'une infusion aromatique chaude.

Enfin, aux arthritiques tuberculeux et dont la tuberculose, quoique dominante, reste torpide, vous conseillerez encore les eaux sulfureuses, dans les conditions que je viens de spécifier à l'instant.

§ 7. — TYPES DE CONSULTATIONS RELATIVES A LA PHTHISIE  
ARTHRITIQUE

*Ordonnance n° XI.* — Arthritis dégénérée. Etat de tuberculose imminente.  
Catarrhe laryngo-bronchique chronique. Emphysème.

1° Le malade fera chaque jour, matin et soir, une fumigation de dix minutes environ, avec du goudron, ou avec une infusion d'eucalyptus. Cette fumigation sera continuée, selon la tolérance du malade ; après quoi on en suspendra l'usage, ou bien on le fera alterner avec celui des fumigations simplement émollientes.

2° Chaque matin, il sera fait rapidement une friction excitante sur la peau du thorax, en avant et sur le dos, avec un linge mouillé d'un peu d'eau sulfureuse artificielle. Une friction sèche suivra immédiatement la friction humide.

3° Le malade prendra chaque matin, pendant huit jours, 4 granules d'arséniate de soude ; et, pendant huit autres jours, 4 granules d'arséniate d'antimoine, et ainsi, de huit en huit jours, pendant la saison chaude. Pendant l'hiver, cette médication devra être remplacée par l'huile de foie de morue, ou à son défaut, par un peu de beurre additionné d'iodure de potassium, à la dose de 20 à 25 centigr. chaque jour.

4° Des badigeons à la teinture d'iode seront faits à la base du cou, sur le haut de la poitrine, autant que le permettra la tolérance de la peau.

5° Le lait devra entrer pour une forte part dans le régime. Le malade le prendra à son repas du matin, pur ou salé. Il le boira dans la journée, coupé d'eau de Vichy ou d'eau de Vals, et pourra en prendre le soir, chaud et addi-

tionné d'un peu d'eau de laurier-cerise ou de sirop diacode, ou encore de sirop de Tolu.

Le régime alimentaire sera varié, composé de viandes, de légumes verts, de fruits cuits, de poissons divers, de bon vin de Bordeaux; le repas du soir devant toujours être très mesuré, et celui de midi, au contraire, largement entendu.

Le malade prendra beaucoup d'exercice au dehors, tous les jours où le temps le permettra. La gymnastique, les armes, l'équitation lui seront utiles, à cette condition qu'il sera couvert de flanelle, et qu'il en changera après chaque sudation.

6° Le malade passera, avec avantage, l'hiver à Pau, ou sur la côte algérienne.

7° Le malade fera une saison au Mont-Dore ou à Uriage, selon qu'il se montrera plus tolérant pour les arsenicaux ou pour les sulfureux.

*Ordonnance n° XII.* — Même diagnostic. — Acuité spasmodique de l'irritation laryngo-bronchique.

1° Pendant les crises de toux quinteuse et d'irritation spasmodique, on fera prendre au malade, avant le dîner et avant de s'endormir, 15 à 20 centig. de poudre de Dower, dans du pain à chanter. Au bout de trois ou quatre jours, on remplacera cette poudre par les pilules suivantes :

℥	Extrait de ciguë.....	}	αα . 5 centigr.
	Poudre de phellandrie.....		
	Msa pour une pilule.		

2° Chaque matin, on fera une fumigation d'infusion de coquelicots, ou de décoction de datura stramonium;



3° On appliquera des sinapismes sur le devant de la poitrine, au moment où se produisent les quintes de toux ou les accidents douloureux ;

4° Le repos à la chambre sera nécessaire pendant la période d'acuité. Le régime sera privé de tout excitant. Le lait simple, ou additionné d'eau de laurier-cerise, ou de sirop diacode, sera la meilleure boisson à donner entre les repas.

5° Dans le cas où les vomissements se produiraient avec persistance, après le repas, on les combattrait, en faisant prendre au malade un peu d'éther (10 à 20 gouttes) avant et après le repas — ou bien 5 à 10 gouttes de laudanum (laudanum de Sydenham ou laudanum de Rousseau), — ou bien quelques gouttes de chloroforme étendu d'eau, ou mieux encore, dissous dans un peu de liqueur alcoolique ou dans un peu de glycérine pure.

Dans le cas où ces moyens ne suffiraient pas, on pourra appliquer au creux de l'estomac un emplâtre de belladone, et au besoin un véritable vésicatoire, qui sera pansé ensuite avec du cérat simple ou laudanisé. — On pourra essayer encore de l'ingestion d'un fragment de glace, ou d'un peu de glace au café, qui serait prise à la fin du repas.

*Ordonnance n° XIII.* — Même diagnostic. — Acuité congestive et catarrhale de l'irritation laryngo-bronchique.

1° Le malade prendra chaque matin 2 ou 3 pastilles d'ipéca.

2° Le soir avant de s'endormir, et une fois entre chaque repas, dans la journée, il prendra une cuillerée à soupe de cette potion :

℥ Eau de tilleul.....	80 grammes.
Sirop diacode.....	40
Teinture de jusquiame.....	2
Kermès minéral.....	20 centigr.
Msa.	

3° On fera sur le devant de la poitrine une friction irritante, au moyen de 15 à 20 gouttes d'huile de croton,— et on répétera de deux en deux jours, dans le dos, les badiageons de teinture d'iode.

4° Infusion de lierre terrestre pour tisane et pour fumigation. Cette fumigation sera faite le soir, avant le sommeil.

5° En cas de constipation, on fera prendre au malade 20 à 25 grammes d'huile de ricin, ou mieux encore, le mélange suivant, qu'on donne avec une tasse de thé :

℥ Magnésie calcinée.....	2 à 4 grammes.
Manne en larmes.....	30 à 40

Et s'il y a lieu de recourir souvent à ce laxatif, on peut le transformer, en y ajoutant un peu de miel, en un électuaire facile à prendre, le matin, à la dose d'une grande cuillerée :

℥ Manne en larmes.....	30 grammes.
Magnésie calcinée.....	4
Miel blanc.....	30
Msa.	

6° En cas de persistance des accidents, ou de complication d'embarras gastrique, on n'hésitera pas à donner le vomitif suivant :

℥ Poudre d'ipéca.....	1.50 ou 2 grammes.
En trois doses.	

7° Pendant toute la crise, le malade gardera la chambre, sinon le lit, restera à la diète des aliments solides, ne pre-

nant que du bouillon, du lait, un peu de vin coupé d'une eau alcaline légère, et au besoin, un peu de lait de poule ou de potage léger.

*N. B.* Dans le cas où les crises se reproduiraient facilement et fréquemment, elles doivent faire rejeter toute idée de cure par les eaux minérales; mais elles réclament le séjour dans le Midi pendant l'hiver. Pau, Menton, Pise, le golfe de Naples, Alger, les îles Baléares, Lisbonne, et surtout Madère devront être choisis de préférence.

*Ordonnance n° XIV.* — Phthisie arthritique. — Hémoptysie.

1° Le malade doit, autant que possible, se tenir, au moment de l'hémoptysie, dans l'immobilité et le silence absolu, rester au lit, pendant qu'on maintiendra dans sa chambre l'accès d'un air modérément frais.

2° Des sinapismes seront appliqués aux extrémités, à la ceinture et entre les deux épaules.

3° Boissons fraîches acidules. Limonade simple ou sulfurique. On n'emploiera la glace que dans le cas de persistance de l'hémorragie.

4° Si l'hémoptysie persiste, on administrera le vomitif suivant :

℥ Poudre d'ipéca..... 2 grammes  
Div. en quatre doses.

5° Au besoin, on ferait une injection sous-cutanée d'une seringue de Pravaz remplie de la solution suivante :

℥ Eau .....	} <i>αα</i> 15 grammes.
Glycérine .....	
Extrait hydroalcoolique d'ergot.	

Msa.

6° Régime alimentaire froid, liquide autant que possible.  
Bouillon et lait froids ou à la glace.

7° En cas de récédive imminente ou constatée, le malade prendra 2 ou 3 cuillerées, chaque jour, d'eau hémostatique de Tisseran ou de Léchelle, et continuera pendant plusieurs jours l'usage de cette potion :

℞ Eau de tilleul.....	100 grammes.
Sirop de digitale.....	40
Teinture de cachou.....	10
Poudre d'ipéca.....	1
Msa.	

*N. B.* Le malade devra s'abstenir absolument de toute saison d'eaux minérales. Mais l'hiver sera fort avantageusement passé dans le Midi et surtout dans les stations tempérantes : Pau, Dax, Hyères, Menton, Pise, Venise, Naples ou Lisbonne, Alger, Madère.

*Ordonnance n° XV.* — Phthisie arthritique. — Tuberculose confirmée, mais bien localisée au sommet du poumon droit. — Un peu de pleurésie sèche et d'emphysème.

1° Le malade prendra, chaque matin à jeun, de 4 à 6 granules d'arséniate de soude, pendant huit jours, et pendant huit autres jours, une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue, et même deux cuillerées, s'il y a moyen.

2° Une friction sera faite, chaque matin, avec un linge mouillé d'eau alcoolisée, sur tout le thorax; elle sera suivie aussitôt d'une friction sèche, énergiquement pratiquée.

3° Des badigeons de teinture d'iode seront répétés chaque jour, alternativement en avant et en arrière, sous la clavicule et derrière l'épaule du côté droit. On pourra plus tard les remplacer par de petits cautères volants.

4° Le malade fera, chaque jour, un goûter de lait salé, ou d'une tartine de beurre saupoudrée de sel, avec addition d'un peu de vin du Midi (Malaga, Bagnols, etc.).

5° Il sera important d'entretenir l'activité des fonctions digestives, au moyen d'un peu de quinquina, de columbo, de gentiane, qui seront pris en mangeant, ou en commençant le repas, et à l'état de macérations simples, ou sous forme de vin et à la fin de chaque repas.

6° Une vie active, autant que le permet l'état de l'atmosphère, est des plus utiles. L'exercice est recommandé (comme il a été dit à l'ordonnance n° 11) ainsi que l'équitation.

Le malade sera vêtu de flanelle.

Lcs repas seront abondants et la digestion sera favorisée au moyen des eaux alcalines (Saint-Galmier, Vals, Condillac).

Le malade doit s'abstenir des excitants en général. Cependant, on pourra tolérer l'usage d'un peu de liqueur à la fin du repas, pourvu que la digestion s'accomplisse sans aucune excitation fébrile.

7° Les eaux du Mont-Dore, ou les eaux sulfureuses faibles, pourront être utiles, en dehors de toute poussée aiguë. Uriage, par exemple, pourra être tenté, si le malade supporte bien quelques sulfureux ou quelques balsamiques pris à la maison.

Un séjour d'hiver aux villes déjà indiquées dans l'ordonnance précédente (n° 14) sera des plus utiles.

*Ordonnance n° XVI.* — Phthisie arthritique. — Tuberculose localisée au sommet droit. — Pas de cachexie, mais acuité passagère, liée au ramollissement d'un foyer tuberculeux.

1° Tisane de lichen simple ou coupée de lait.

2° Appliquer sous la clavicule droite un vésicatoire volant, qui sera suivi d'un autre, et ainsi de suite, jusqu'à ce que les bruits humides aient beaucoup diminué, sinon disparu, dans le sommet de ce poumon ;

3° Donner, quatre fois par jour, une cuillerée à soupe de cette potion :

℞ Looch blanc.....	100 grammes.
Sirop de capillaire.....	40
Oxyde blanc.....	4
Msa.	

4° Dans le cas où un certain degré de bronchite s'étendrait autour du foyer, on remplacerait cette potion par la suivante :

℞ Julep diacode.....	100 grammes.
Oxymel scillitique.....	40
Poudre d'ipéca.....	20 centigr.
Msa.	

5° Au moment des paroxysmes fébriles, il sera bon de donner, trois soirs de suite, 30 à 40 centigr. de sulfate de quinine.

6° Pendant tout ce temps, le malade gardera la chambre, s'il a de la fièvre, et ne sortira, en tout cas, qu'en voiture et si le temps est favorable. Il évitera toute fatigue, tout effort, et même gardera le silence.

7° Pendant le même temps, la diète des aliments solides est de rigueur. Lait pur, ou bien coupé d'infusions béchi-

ques, ou d'eaux alcalines; vin étendu d'eau, eaux alcalines mêlées d'un peu de vin blanc, bouillon, gelées, œufs clairs : le régime ne saurait aller au delà.

*Ordonnance n° XVII.* — Phthisie arthritique. — État stationnaire, après le ramollissement et l'évacuation d'un foyer localisé au sommet droit.

1° Le malade continuera à user largement de lait chloruré (additionné de sel marin) et en prendra une ou deux tasses entre chaque repas.

2° Chaque matin à jeun, il prendra alternativement 5 à 6 granules d'arséniat de soude, ou bien une à deux cuillerées d'huile de foie de morue.

3° On pratiquera, tous les huit jours au moins, une cautérisation ponctuée, sous la clavicule droite, et un badigeon d'iode sera fait, tous les deux jours, sur les deux épaules.

4° En cas de mouvements fébriles, on remplacera les granules par des gouttes de liqueur de Fowler, qui seront prises, à la dose de huit à dix, en une ou deux fois.

5° En cas de retour de laryngo-bronchite, on emploiera les fumigations émoullientes ou les pulvérisations au goudron ou à la créosote.

6° Régime alimentaire tonique. Beaucoup d'aliments gras, de beurre, de graisse et d'huile, selon la tolérance de l'estomac.

7° Le malade vivra à la campagne, en plein air, autant que le temps le permettra; fera beaucoup d'exercice, montera à cheval, etc.

8° Dans les moments où l'atmosphère voit s'abaisser beaucoup son degré hygrométrique, on fera, matin et soir au moins, une pulvérisation abondante dans la chambre du

malade, au moyen d'une eau aromatique, ou comme il est dit ci-dessus.

9° Le malade fera, avec avantage, une saison à la Bourboule; il devra passer l'hiver dans le Midi, comme il a été dit dans l'ordonnance n° 15.



## LEÇON V

### PHTHISIE SCROFULEUSE

SOMMAIRE. — § 1<sup>er</sup>. Ce qu'est la phthisie scrofuleuse. — Ce qu'est la scrofule. — Relation de ses altérations avec le tubercule. — Historique. — Discussion.

§ 2. Conditions étiologiques. — Fréquence de la phthisie scrofuleuse à l'hôpital. — Héritéité. — Enfance. — Ages d'évolution. — Puberté. — Moins chez la femme que chez l'homme. — Influence de la misère physiologique : c'est la phthisie des pauvres. — Influence des causes locales sur le terrain scrofuleux. — La pneumonie caséuse et l'unité de la phthisie.

§ 3. Conditions anatomo-pathologiques. — Lésions pulmonaires : Infiltration grise et infiltration gélatiniforme, pneumonie colloïde et infiltration jaune. — Pneumonie caséuse. — Tuberculose massive. — Lésions pleurales. — Observation. — Résumé.

Lésions secondaires. — Pneumoniques. — Emphysème rare. — Lésions ganglionnaires, adénopathies, ostéopathies, tumeurs blanches scrofuleuses. — Le foie, les reins.

§ 4. Caractères symptomatiques. — Les deux éléments de la maladie. — Phthisie primitivement locale. — Début lent et insidieux. — Tolérance du poumon. — Rareté des formes rapides. — Cas où phthisie aiguë scrofuleuse secondaire.

Signes : Dyspnée, toux. — Hémoptysie rare, crachats abondants. — Diarrhées. — Peu de phénomènes généraux. — Cachexie tardive. — Formes latentes. Observation détaillée et discussion.

Types divers. — Type lymphatique : bronchites molles. — La tolérance va jusqu'à l'indifférence.

Type sanguin : Modifications congestives.

Type nerveux. — Douleurs multiples. C'est peut-être le plus favorable.

Résumé.

§ 5. Marche : essentiellement chronique sauf les complications. — Suspensions dans la marche. — Valeur de la fièvre.

Durée indéterminée.

Terminaisons : Cas de retour, même inespéré, à la vie. — Cachexie. — Hydro-

pisie. — Colliquation. — La dyspnée et l'asphyxie. — Collapsus. — Syncope ou coma.

Pronostic : Aoudou; varie selon le tempérament des sujets. — Danger du ramollissement, à cause de l'étendue de la lésion. — Formes latentes et formes arrêtées.

§ 6. Diagnostic. — La phthisie scrofuleuse et la phthisie arthritique. — Étude parallèle, de leur lenteur et de leur acuité. — Caractère anatomique. — Signes fonctionnels et signes généraux distincts. — Formes primitivement générales d'emblée et forme asphyxique. — Les antécédents héréditaires et personnels. — Les autres formes, acquises et aiguës, sont moins tuberculeuses. — Pour la forme commune, voir les antécédents.

La phthisie ganglionnaire ou bronchique.

§ 7. Indications thérapeutiques. — Leur valeur.

I. Prophylaxie : avant et pendant la maladie.

(A) Prophylaxie locale. — Excitation fonctionnelle, directe ou indirecte. — Vie en plein air. — Les irritants locaux.

(B) Prophylaxie physiologique : la misère physiologique des scrofuleux. — Régime. — L'hygiène de l'aguerrissement. — Le fer et les toniques. — Les amers et les peptiques.

(C) Prophylaxie nosologique. — Les altérants toniques. — Iode et iodures. — Les phosphates et hypophosphates. — Les accidents périphériques de la scrofule. — Eaux sulfureuses, salines et arsenicales.

II. Thérapeutique. — La prédominance du tubercule restreint l'indication.

(A) Indications anatomiques : Les formes nerveuses et les calmants.

Les formes catarrhales et fluxionnaires toujours plus ou moins torpides et les modificateurs substitutifs. — Les balsamiques, l'alcool et les sulfureux. — Action topique, directe et en retour. — A la période de suppuration, les balsamiques encore, l'alcool, le camphre et surtout la créosote. — Les révulsifs et les velléités de l'inflammation.

L'alcool, l'ipéca et les antiseptiques à haute dose : leurs effets antiphlogistiques.

(B) Les toniques avant tout, et les toniques excitants. L'hydrothérapie, l'exercice, le régime et les médicaments. — La diarrhée et les sueurs.

Résumé sur les trois phases où les flux se présentent à l'indication.

Indications chez les lymphatiques, toniques excitants; chez les sanguins, toniques simples; chez les nerveux, toniques et calmants.

Résumé. Valeur du laudanum.

(C) Indication nosologique : L'iode en première ligne. — Voies et moyens. — Les préparations phosphorées. — Le fer. — Les antiscorbutiques.

Les agents de transformation calcaire ou fibreuse. — Le moment des antiscrofuleux. — Encore les eaux minérales.

Les stations climatiques et les stations de montagnes.

Contre-indications et déontologie.

§ 8. Types de consultations relatives à la phthisie scrofuleuse : ordonnances XVIII, XIX, XX, XXI, XXII, XXIII, XXXIV, XXV, XXXVI.

MESSIEURS,

En regard de la phthisie arthritique, que nous venons d'étudier, et comme à l'autre pôle de la phthisie, nous avons la phthisie scrofuleuse, qu'on désigne encore souvent du nom de phthisie torpide, à cause de l'allure qu'elle affecte en effet, dans la grande majorité des cas. Ceci ne suffirait pas sans doute à justifier leur séparation, car, vous venez de le voir, la phthisie arthritique, elle aussi, a ses lenteurs. Mais malgré cela, la différence est grande entre les deux formes de phthisie. Vous en tomberez d'accord avec moi tout à l'heure.

Qu'il y ait une forme scrofuleuse de la phthisie, il ne me sera pas difficile de l'établir. A défaut des faits, nous pourrions invoquer l'histoire. Tous les auteurs s'accordent à reconnaître les connexions intimes qui existent entre la tuberculose et la scrofule; beaucoup même sont allés jusqu'à les confondre. Or, si les rapports qui unissent ces deux maladies sont flagrants, la nature de ces rapports a été très diversement interprétée. Mais avant de les apprécier nous-même, il importe que nous en posions bien les termes; il importe de déterminer ce qu'il faut entendre par ces expressions.

Nous savons ce qu'est le tubercule, mais qu'est-ce que la scrofule?

La scrofule est une maladie générale, constitutionnelle, héréditaire ou acquise, se manifestant par des altérations locales multiples, parmi lesquelles, les plus significatives sont les affections glandulaires et lymphatiques.

Sachons d'abord nous défendre d'une tendance assez générale, en vertu de laquelle on est conduit à confondre

ensemble la maladie scrofuleuse et le tempérament lymphatique. Le tempérament lymphatique est en effet le meilleur terrain pour la production de la scrofule, et en raison de la facilité avec laquelle ils s'unissent, la présence de l'un peut, jusqu'à un certain point, faire présumer celle de l'autre. Richerand, par exemple, ne considérait la scrofule que comme l'exagération du lymphatisme. Et cependant, un tempérament n'est pas une maladie. Le tempérament lymphatique n'est pas plus la scrofule, que le tempérament sanguin n'est la pléthore.

Le tempérament lymphatique s'annonce par l'habitus que vous savez : peau blanche, yeux bleus, cheveux blonds, chaires molles, muqueuses pâles et épaisses ; le nez, les lèvres, les oreilles, les pieds et les mains du lymphatique présentent un certain développement. Or tout cela ne constitue pas une maladie.

La scrofule est bien autre chose : c'est une maladie dont l'évolution se manifeste par des lésions diverses et successives, aux différentes phases de l'existence du scrofuleux. Aux époques de dentition, ce sont les gourmes, autrement dit, ces affections cutanées qui se résolvent en croûtes humides et ne sont autres que de l'eczéma impétigineux ; ce sont encore les affections catarrhales superficielles et ulcéreuses, et les adénites qui correspondent au siège de ces lésions. Coryzas chroniques, angines et bronchites, donnant lieu à d'abondantes sécrétions muco-purulentes et qui ne tardent pas à devenir plus purulentes encore ; ce qui a valu à la scrofule le nom, mérité d'ailleurs, de diathèse de suppuration.

Puis viennent les adénopathies primitives, superficielles ou profondes, et en particulier l'adénopathie trachéo-

Bronchique, lésion de la phthisie bronchique, et l'adéno-pathie mésentérique, lésion du carreau. Les inflammations tuberculeuses et ulcéreuses sont aussi l'apanage de cette période; et c'est ce que Bazin nommait les scrofules profondes.

Bientôt les lésions gagnent le squelette, s'attaquent à son enveloppe (périostites), ou à son tissu lui-même (ostéites, caries), et aux surfaces articulaires (tumeurs blanches).

Enfin, le mal envahit les séreuses viscérales diverses et les viscères eux-mêmes, et les poumons reçoivent le tubercule, qui les envahit de préférence à tous les autres organes, mais non à l'exclusion de tous les autres.

En résumé, les altérations par lesquelles se caractérise la scrofule sont : à la peau, des dermatoses humides; aux muqueuses, des altérations sécrétoires conduisant à la purulence et à l'ulcération; aux séreuses, des exsudats qui tendent, eux aussi, vers la purulence; enfin aux viscères, les engorgements, la caséification, le tubercule. — Le tubercule apparaît donc ici comme le dernier terme de cette série morbide, sinon comme l'expression la plus achevée de la maladie scrofuleuse.

Par cet exposé, vous pouvez comprendre dès maintenant, quels rapports existent entre la scrofule et le tubercule; ou tout au moins, vous pouvez saisir nettement ce qui sépare les diverses interprétations qu'on a proposées pour expliquer ces rapports. Pour beaucoup, la tuberculisation n'est qu'une des manifestations avancées de la scrofule; pour d'autres, il n'y a pas, entre ces deux termes pathologiques, une succession de cause à effet; et si le tubercule peut être une manifestation ultime de la scrofule, il peut

aussi résulter de causes différentes; de même que la scrofule peut évoluer et finir, sans aboutir nécessairement à la tuberculose.

Cette façon, beaucoup plus large, d'envisager les relations de la lésion tuberculeuse avec la maladie scrofuleuse, s'accorde bien avec le peu de spécificité qu'il faut accorder au tubercule, ainsi que nous l'avons dit déjà. Or, quelle que soit l'interprétation qu'on adopte sur ce point, ce qu'il importe que vous sachiez, c'est que les manifestations de la scrofule conduisent souvent au tubercule. Quant au lymphatisme, c'est un état dans lequel l'hypergénèse exagérée des éléments les plus humbles de l'économie, répond à un tempérament, à proprement parler, et constitue comme une phase normale, dans l'évolution physiologique des individus; presque tous les enfants, à un moment donné de leur croissance, sont plus ou moins lymphatiques; — et ce tempérament, par là même, constitue une imminence morbide, tendant à la maladie scrofuleuse, et par elle, ou sans elle, peut conduire à la genèse et à la multiplication du tubercule.

Il faut donc se garder de confondre ensemble la scrofule et le tubercule. Il ne faut pas moins se garder de les croire incompatibles, ou de les éloigner sans mesure. Il faut savoir qu'ils présentent entre eux des relations possibles, fréquentes même, et comprendre ces relations comme nous venons de le faire.

Il y a, en effet, une grande analogie à établir entre les procédés par le moyen desquels le scrofuleux et l'arthritique prennent du tubercule. Je n'ai pas à revenir sur ce que je vous ai dit de l'arthritique. Quant au scrofuleux, il aboutit au tubercule plus facilement encore que ne le fait l'ar-

thritique, parce que les produits morbides de l'arthritisme tendent à une organisation plus élevée que celle qu'atteignent communément ceux de la scrofule. Ils tendent à une organisation sclérotique, laquelle, pour être peu élevée dans l'ordre des néoplasmes, est cependant supérieure aux produits ordinaires de la scrofule, c'est-à-dire au pus et aux leucocytes. Et ces derniers produits sont incontestablement plus voisins du tubercule, lequel est lui-même un produit pyoïde.

Mais c'est assez insister sur ces considérations synthétiques auxquelles pourra d'ailleurs nous ramener l'étude analytique de la phthisie scrofuleuse.

L'*historique* de cette variété de la phthisie pulmonaire pourrait être allongé à plaisir, car, je le répète, beaucoup d'auteurs, parmi les anciens, ont considéré le tubercule lui-même comme une tumeur lymphatique. Toutefois, Morton est peut-être le premier qui ait assez nettement signalé le lien qui réunit l'un à l'autre la scrofule et le tubercule, qui ait décrit à part la forme scrofuleuse de la phthisie pulmonaire, et ait reconnu quelques-uns des caractères qui lui appartiennent.

Portal, Baumès distinguent aussi une forme scrofuleuse de la phthisie. J. Frank insiste plus que les autres sur la marche essentiellement chronique de cette forme de la maladie; il en décrit d'ailleurs les caractères principaux et en discute la nature.

Lugol, qui confond la tuberculose et la scrofulose, absorbe la première au profit de la seconde. C'est le contraire de ce que firent Laennec et Bayle, qui ont absorbé la scrofule au profit du tubercule; l'unité ainsi réalisée par ces auteurs, reposait toutefois sur un fait vrai, qu'ils eurent

le mérite de mettre en pleine lumière, c'est-à-dire, l'unité de lésion, le tubercule. Rilliet et Barthez concluent de même à l'identité, ou tout au moins évitent de se prononcer sur les relations que peuvent affecter ces divers éléments. Lebert retourne à l'idée de la séparation, dont il associe l'idée à celle de la spécificité du tubercule.

Milcent et Bazin, abandonnant le point de vue exclusivement anatomique, ont nettement (trop nettement peut-être) séparé la phthisie scrofuleuse de la phthisie essentielle. Tous deux signalent la marche chronique, lentement continue, sans poussées aiguës, de la phthisie scrofuleuse, sa durée presque indéfinie et sa curabilité relative.

Répétons encore, au début de cette étude, qu'il ne saurait être question de distinction anatomo-pathologique entre le tubercule et la caséification, la caséification étant un mode de dégénération commune, et à la granulation tuberculeuse et aux néoformations que l'irritation sème autour de ces divers produits. Rien de plus simple que de voir le tubercule entraîner avec lui, dans cette sorte de dégénération, les néocytes dont il provoque autour de lui la formation et le développement. Il n'agit ainsi, d'ailleurs, que comme peut le faire tout élément anormal et même encore tout corps étranger.

Ajoutons, pour terminer ce qui a trait aux relations de la scrofule et du tubercule, que Friedlander, étudiant la structure micrographique du lupus scrofuleux, y a découvert des éléments anatomiques très rapprochés de ceux qui constituent le tubercule. Mais, pas plus que l'identité de la caséification et du tubercule, ce résultat ne nous fera conclure à l'identité de la scrofule et de la tuberculose. Les différences reposent sur tout un ensemble de conditions



de fait, que nous allons maintenant étudier successivement, dans les divers éléments constitutifs de la maladie.

C'est en me plaçant uniquement sur le terrain clinique que je veux établir l'existence de la phthisie pulmonaire scrofuleuse, comme je l'ai fait d'ailleurs pour la phthisie pulmonaire arthritique. C'est donc moins la phthisie scrofuleuse, si l'on veut, que la façon dont la phthisie évolue chez un scrofuleux, qui sera la matière de cette leçon. Je n'affirmerai même pas, si vous voulez, que c'est parce qu'elle relève directement de la maladie scrofuleuse, que la tuberculose prend ainsi des caractères spéciaux; et sans vouloir résoudre en un sens absolu ces délicates questions de cause et d'effet, nous décrirons les faits.

## § 2. — CONDITIONS ÉTIOLOGIQUES

La phthisie scrofuleuse est certainement la plus fréquente, parmi les formes diverses que revêt la phthisie pulmonaire. Elle l'est relativement bien plus que la phthisie arthritique. La proportion des cas, telle qu'elle résulte des faits que nous observons à l'hôpital, peut être évaluée au quart des phthisiques. Beaucoup de formes acquises, le sont par l'influence directe de la scrofule. Je viens de vous dire comment les produits morbides de la scrofule présentent avec le tubercule une sorte de parenté. C'est ce qui nous explique déjà comment la scrofule conduit facilement, j'allais dire naturellement, au tubercule.

C'est surtout à l'hôpital, dans les conditions de misère physiologique où se trouvent là plupart des sujets qu'on y admet, c'est dans la population fatiguée et trop souvent

démoralisée des grands centres urbains, et surtout des centres industriels, que sévit la phthisie scrofuleuse.

Dans la forme qui nous occupe, l'hérédité joue un rôle considérable et complexe. Des parents lymphatiques, atteints de scrofule et de tubercules scrofuleux, peuvent transmettre trois choses qu'il importe de distinguer ici : le tempérament lymphatique, la maladie scrofuleuse et la diathèse tuberculeuse ; ils peuvent transmettre l'une ou l'autre de ces conditions, ou plusieurs ensemble, ce qui multiplie d'autant les chances de transmission héréditaire de la phthisie scrofuleuse. Ainsi, des parents lymphatiques peuvent avoir des enfants scrofuleux, et ceux-ci engendrer à leur tour des tuberculeux. Telle est la marche la plus ordinaire de cette descendance pathologique ; mais il n'est pas rare de la voir se compliquer davantage.

Enfin, la même cause d'infériorité constitutionnelle peut présider au développement des deux maladies, en sorte qu'un sujet, manifestement scrofuleux dans l'enfance, peut, la même influence persistant, voir s'aggraver sa scrofule et devenir tuberculeux à la puberté, par exemple.

Or, il y a à vous signaler ici une particularité vraiment saisissante et qui justifie bien la distinction que nous nous efforçons de maintenir entre le tubercule et la scrofule : si l'on voit fréquemment le scrofuleux devenir tuberculeux, jamais, on peut le dire, on ne voit un tuberculeux devenir scrofuleux. Le phthisique est impuissant à remonter l'échelle pathogénique qu'il a descendue graduellement, de la scrofule au tubercule. C'est là une nouvelle preuve de la séparation qu'il faut établir entre les deux maladies.

L'enfant, avons-nous dit, est plus ou moins nécessairement voué au lymphatisme. La scrofule est fréquente dans

l'enfance, probablement pour la même raison. Pour la même raison aussi, la granulation tuberculeuse s'y produit et s'y multiplie, comme le fait une mauvaise graine, sur un terrain des plus propices. C'est surtout aux âges d'évolution progressive, ou, comme on dit, de croissance, que ces poussées tuberculeuses sont à craindre. Dans ces phases d'évolution, où la nutrition multiplie au sein des tissus, les éléments jeunes et encore imparfaits, on comprend que la dégénération tuberculeuse s'empare plus facilement de quelques-uns d'entre eux. Toutefois, ces poussées granuleuses, auxquelles la scrofule prédispose, autant qu'elle prédispose au tubercule proprement dit; ces poussées, dis-je, se produisent plutôt vers la tête, aux premières phases de l'évolution infantile. Ce n'est guère qu'aux approches de la puberté, alors que les fonctions respiratoires prennent, en même temps que les mouvements de relation, une ampleur nouvelle, que la scrofule se jette sur les poumons et y dépose le tubercule. La phthisie scrofuleuse est la plus fréquente, de beaucoup, parmi celles qui se développent à cet âge, c'est-à-dire au voisinage de la puberté.

Cette sorte d'opportunité, que la puberté offre à l'évolution tuberculeuse, se retrouverait-elle moins facilement dans l'organisme de la femme? L'évolution menstruelle serait-elle une compensation, qui la rendrait moins exposée aux néoformations viscérales? La scrofule elle-même serait elle moins commune chez elle? Toujours est-il que la phthisie scrofuleuse m'a paru être moins fréquente chez la femme que chez l'homme.

Étant donné que la constitution scrofuleuse est un sol des plus propices à la germination des tubercules, on com-

prend que les conditions étiologiques, secondaires ou accidentelles, deviennent, chez le scrofuleux, bien plus effectives pour la production du tubercule, qu'elles ne le sont chez d'autres sujets. De là la haute portée qu'atteignent, dans cet ordre d'influences, toutes les causes de misère physiologique : insuffisance d'alimentation, soit du côté de la quantité, soit du côté de la qualité ; séjour prolongé dans un milieu trop confiné ; habitation des grandes villes ; fatigues excessives ; travail dans les ateliers et les usines ; habitudes de démoralisation ; excès de toutes sortes ; alcoolisme ; en un mot, toutes les causes qui épuisent l'activité nutritive des organes et de l'économie tout entière.

La phthisie arthritique est surtout la phthisie des classes aisées, avons-nous dit ; la phthisie scrofuleuse est celle des classes nécessiteuses. Ceci n'implique pas que la scrofule soit beaucoup plus fréquente dans les classes pauvres ; cela veut dire seulement que quand la scrofule se produit sur un sujet, elle aura d'autant plus d'efficacité pour le conduire au tubercule, et l'y amènera d'autant plus vite, qu'il vivra dans de moins bonnes conditions hygiéniques. En un mot, le scrofuleux riche vit avec la scrofule ; le scrofuleux pauvre en meurt, et il en meurt souvent avec la tuberculose pulmonaire.

Ce que je vous ai dit déjà des causes locales de la phthisie, se doit répéter, avec encore plus de raison, au sujet de la phthisie scrofuleuse. Les causes locales peuvent donc jouer un grand rôle dans cette étiologie. Vous savez que c'est tout spécialement aux formes scrofuleuses de la phthisie pulmonaire qu'on a rattaché l'existence de la pneumonie caséuse. On a pensé qu'une pneumonie venant à se déclarer chez un sujet d'ailleurs fortement débilité et plus

ou moins scrofuleux, bien que celle-ci ait débuté comme une pneumonie commune, l'infiltration du tissu pulmonaire qui en résulte pouvait persister, les éléments de l'infiltration subir peu à peu la dégénération caséuse, ainsi que les cloisons interalvéolaires elles-mêmes, et la lésion aboutir ainsi à une véritable ulcération du parenchyme. De là cette *phthisie caséuse* que l'on a opposé pendant quelque temps à la *phthisie tuberculeuse*. C'est en effet, surtout dans la phthisie scrofuleuse que l'on observe, à la suite d'une phlegmasie d'apparence très franche, la persistance de l'induration et le ramollissement consécutif d'une portion plus ou moins étendue d'un lobe pulmonaire. Je vous en citerai des exemples.

Or, on avait cru pouvoir conclure de la non-existence de tubercules dans ces masses de pneumonie lobaire, à une forme dite scrofuleuse, indépendante de la granulation tuberculeuse; mais les recherches de MM. Cornil et Ranvier, les statistiques de M. Thaon, les travaux de M. Grancher, ont prouvé que, dans ces cas, on trouve toujours des granulations tuberculeuses, notamment sur la plèvre viscérale ou costale, sur le péritoine ou dans quelque autre organe.

Il n'y a donc pas de pneumonie caséuse à séparer de la phthisie pulmonaire, et les causes locales d'irritation des voies respiratoires peuvent déterminer la tuberculose chez un scrofuleux, sans que l'œuvre de Laennec en subisse aucune atteinte, sans que l'unité anatomique de la phthisie ait à en souffrir. Nous en avons en ce moment sous les yeux plusieurs exemples, sur lesquels j'ai dû souvent appeler votre attention.

3. — CONDITIONS ANATOMO-PATHOLOGIQUES DE LA PHTHISIE  
SCROFULEUSE

La forme scrofuleuse de la tuberculose pulmonaire offre, dans ses apparences et dans l'évolution de sa lésion anatomique, des caractères spéciaux qui trahissent sa nature et sont une des bases sur lesquelles nous pouvons fonder la séparation de la phthisie scrofuleuse d'avec les autres formes de phthisie.

Dans les poumons, on rencontre le plus souvent, ainsi que je vous l'ai montré déjà plusieurs fois, l'*infiltration grise* de Laennec, c'est-à-dire des lobes étendus envahis par la pneumonie tuberculeuse lobaire. Le lobe altéré, dur à la coupe, mais facilement dilacérable, présente une surface lisse, uniformément grise; dans d'autres cas plus rares, on observe l'*infiltration gélatiniforme* de Laennec, altération dans laquelle le poumon se présente, à la coupe, comme infiltré d'une matière gélatineuse, semi-opaque et peu consistante. C'est ce que M. Thaon appelle la *pneumonie colloïde caséuse*. Enfin, le lobe infiltré peut présenter une teinte jaune plus accentuée; c'est là l'*infiltration jaune*, laquelle paraît bien n'être qu'un degré plus avancé de la précédente. Ces masses sont souvent considérables, quel qu'en soit l'aspect, et on les voit occuper un lobe presque entier, ou bien se présenter sous forme de noyaux volumineux, et séparés par de minces tranches de parenchyme, lesquelles ont elles-mêmes subi un degré plus ou moins avancé d'inflammation interstitielle.

Cette inflammation interstitielle reste indéfiniment à l'état d'infiltration plastique molle, et en tous cas, n'affecte aucune tendance vers l'organisation cellulo-fibreuse, ou,

comme on dit, vers la sclérose. Tout est à l'état d'infiltration molle, avec imminence de suppuration, quand il n'y a pas de suppuration confirmée.

Ces masses inflammatoires et tuberculeuses peuvent demeurer longtemps ainsi, dans un état stationnaire. Quand elles se ramollissent, elles le font en masse. Il se produit à travers la masse caséuse, comme des fissures, puis une désagrégation de tous les éléments. On voit alors des cavernules multiples rapprochées les unes des autres; ou bien encore, à une période plus avancée, de vastes excavations plus ou moins remplies de détritits caséux.

Au voisinage de ces masses de pneumonie, la plèvre est toujours recouverte d'épaisses fausses membranes, elles-mêmes molles et infiltrées; d'où résultent des adhérences étendues. Les épanchements pleuraux sont rares. Tous ces caractères, j'ai pu vous les faire constater, nettement accusés, à l'autopsie d'un malade dont nous avons suivi la maladie, salle Sainte-Anne, n° 11, et sur l'observation duquel j'aurai lieu de revenir. Mais je veux résumer devant vous les résultats que nous avons constatés en faisant l'autopsie de ce malade, parce qu'elle est un des types les meilleurs que j'aie rencontrés, de la forme scrofuleuse de la phthisie.

Ces résultats furent les suivants : à l'ouverture du thorax, on constate l'aspect différent des deux poumons; tandis que le gauche est petit, ratatiné, le droit est volumineux, légèrement emphysémateux et déborde en dehors du thorax. A la coupe, on constate que le poumon droit est emphysémateux dans toute son étendue, ce qu'il faut surtout rattacher à la profession de joueur de cornet à piston, exercée par le malade. Il existe des tubercules crus, peu nombreux et disséminés dans toute l'étendue de

ce poumon ; dans le lobe supérieur, on constate quelques masses caséuses, du volume d'un gros pois, et une petite excavation.

Le poumon gauche est revêtu, dans toute son étendue, d'une couche épaisse de fausses membranes ; cette sorte de coque pseudo-membraneuse criant sous le scalpel, mesure, en certains points, de 2 à 3 centimètres d'épaisseur. Le poumon est littéralement criblé de cavernes, et transformé en une sorte d'éponge remplie de putrilage mêlé de caillots sanguins. Dans le lobe supérieur se trouve une excavation de la grosseur d'une orange, dont les parois sont constituées par la plèvre épaissie. Au lobe inférieur existent 5 ou 6 cavernes de la grosseur d'un œuf de pigeon ; en injectant de l'eau par l'artère pulmonaire, on la voit nettement sourdre en deux points différents de la paroi des cavernes ; ce qui trahit la tendance de cette lésion à l'ulcération. Vous savez que, dans ces cas, l'ulcération succède souvent à la dégénération graisseuse, laquelle se produit au préalable dans les éléments anatomiques.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont volumineux et caséux à la coupe.

On rencontre dans l'abdomen, de volumineuses masses, formées par les ganglions mésentériques.

Il n'y a pas de tubercules intestinaux. Le foie et les reins sont normaux.

En résumé, ainsi que le prouvent ces résultats nécroscopiques, les foyers tuberculeux de la phthisie scrofuleuse sont tout à la fois étendus et multiples ; ils ont grande tendance à s'étendre à travers les lobes pulmonaires, et à se multiplier dans ces mêmes lobes ; ils ne restent pas exclusivement limités aux sommets ; et, une fois formés, ils



ont moins de tendance à se ramollir qu'à se multiplier et à envahir une plus grande étendue du parenchyme pulmonaire. Il en résulte que, quand vient la période de ramollissement, le travail de désagrégation frappe les masses envahies, sur nombre de points à la fois, et donne lieu à d'abondantes suppurations du parenchyme atteint.

Les derniers détails de cette autopsie nous amènent à dire un mot des lésions secondaires, lesquelles ont cependant encore une grande valeur pour caractériser la phthisie scrofuleuse. Les affections irritatives secondaires sont aussi plus étendues que profondes, et tendent plus à la suppuration, ou à la caséification qu'à l'organisation. Peu aiguës en général, ce sont surtout des pneumonies catarrhales, moins congestives que diacritiques, et toutes les variétés de bronchio-pneumonie, si bien décrites par MM. Hérard et Cornil. Elles ne présentent jamais d'ailleurs ce caractère de poussées aiguës et successives, que nous constatons dans la forme arthritique. L'emphysème, dont nous avons noté la présence dans le cas exposé tout à l'heure, est rare comme lésion concomitante; et, lorsqu'il se présente, il peut être rapporté à une cause indépendante et de la scrofulose et du tubercule, comme je vous le faisais remarquer à propos de notre malade. C'est surtout à l'emphysème généralisé que s'applique d'ailleurs cette remarque, car, l'emphysème partiel et vicariant, comme on l'a nommé, peut se présenter dans toute tuberculose pulmonaire.

La phthisie ganglionnaire, autrement dit, la tuberculose des ganglions bronchiques, est fréquente dans la phthisie scrofuleuse. Elle existait dans l'autopsie que je viens de vous rappeler. La tuberculose des ganglions mé-

sentériques s'y voit aussi fréquemment ; mais plus encore, quand la phthisie se déclare pendant la période de six à quinze ans, qu'on a appelée la période de la seconde enfance. La tuberculose méningée y est plus rare. Thaon a trouvé les éléments anatomiques du tubercule dans les adénites scrofuleuses.

Enfin, on a observé assez fréquemment des lésions succédanées, qui se rattachent surtout à la diathèse scrofuleuse ; telles sont les adénopathies chroniques, sur la nature desquelles on discute encore, les ostéopathies diverses, et surtout les caries osseuses, avec abcès froids et fistules. Nous avons en ce moment, dans nos salles, deux malades porteurs de carie costale, deux autres atteints de tumeur blanche, et un cinquième présentant une carie du grand trochanter. Chez tous ces malades, manifestement scrofuleux, les lésions osseuses se sont déclarées avant la tuberculose, ou dès son début.

Je n'ai pas besoin de vous faire remarquer que ces arthrites scrofuleuses sont loin de ressembler aux arthrites chroniques, que l'on rencontre chez les arthritiques. Celles-ci ont surtout une tendance à l'hydarthrose, puis à l'organisation fibreuse et à l'ankylose qui en résulte ; tandis que l'arthrite scrofuleuse est surtout fongueuse, et qu'elle tend à une suppuration facile et abondante. Lannelongue et Koster y auraient trouvé les éléments anatomiques du tubercule. Je n'ai pas besoin d'insister sur l'analogie qu'il y a d'une part entre la différence qui sépare ces arthrites, et la différence qui sépare les lésions pulmonaires, chez les phthisiques, en présence de l'une et de l'autre maladie constitutionnelle.

Enfin la dégénérescence du foie, et en particulier la dé-

générescence amyloïde, est surtout fréquente dans la forme scrofuleuse. Vous vous rappelez sans doute le malade couché au n° 16 de la salle Sainte-Marthe, qui était atteint d'une carie des os du nez et du sternum, et qui offrait tous les signes de cavernes étendues aux deux sommets; il a succombé, présentant un volume énorme du foie, de l'ascite, de l'œdème des membres inférieurs et de l'albuminurie. Les reins aussi sont souvent altérés et peuvent présenter les lésions qu'on a désignées sous le nom de gros rein blanc, ou de néphrite parenchymateuse.

La peau n'est pas exempte de ces manifestations; le lupus et les gommes scrofuleuses s'y rattachent souvent. Or vous voudrez bien noter encore, à ce sujet, que Friedlander a découvert les éléments anatomiques du tubercule dans les lésions du lupus scrofuleux, et que Brissaud a décrit les mêmes lésions dans les gommes cutanées de la scrofule.

En un mot, les lésions secondaires que nous trouvons chez les phthisiques scrofuleux, sont toutes celles qui appartiennent à la scrofule, et dont Bazin a réuni la description dans les leçons qu'il a faites et publiées sur cette maladie, non moins curieuse qu'elle est fréquente.

#### § 4. — CARACTÈRES SYMPTOMATIQUES DE LA PHTHISIE SCROFULEUSE

La symptomatologie de la phthisie scrofuleuse comprend les signes de la tuberculose pulmonaire et ceux de la scrofule; et de la rencontre de ces deux éléments sur un même support, il résulte un ensemble de signes et une évolution de maladie qui caractérise suffisamment la

phthisie scrofuleuse. Ces deux éléments marchent d'ailleurs, tous deux presque également, dans le sens d'une dégénération progressive, et ne peuvent que se devancer l'un l'autre, sans se contrarier. C'est là probablement ce qui donne à la phthisie scrofuleuse le cachet de torpidité et de lenteur qu'elle présente le plus souvent.

Cette forme de phthisie pulmonaire peut débiter d'une façon insidieuse. Mais, à la différence de ce que nous avons vu exister pour la phthisie arthritique, où l'état général masque la tuberculose et constitue parfois à lui seul tous les signes du mal, ici, c'est l'état général qui reste bon, au moins en apparence, et cela longtemps encore après que se sont produits dans les poumons des masses tuberculeuses plus ou moins étendues. On n'observe donc pas, chez les scrofuleux, la forme de phthisie dite générale d'emblée, laquelle, au contraire, n'est pas rare chez les arthritiques. En un mot, ce sont presque toujours les symptômes locaux qui se montrent les premiers. Je dirai même que quand ces symptômes locaux ne se montrent pas tout d'abord du côté des voies respiratoires, c'est qu'il s'est fait, du côté d'un autre appareil, du côté du testicule par exemple, une localisation dont je n'ai pas à vous dire la lenteur d'évolution et le peu de réaction générale.

Le début est toujours très lent, sauf le cas de complications. Rarement il est marqué par l'explosion de phénomènes aigus.

Voyez par exemple cette jeune fille, B... Marie, qui est couchée au n° 23 de la salle Saint-Julien. Elle est nettement scrofuleuse, elle ne présente pas d'antécédents héréditaires tuberculeux, mais elle a eu dans son enfance des manifestations strumeuses nombreuses : impétigo du cuir

chevelu, otite suppurée. Plus tard, elle a présenté à plusieurs reprises des adénites cervicales, des coryzas répétés et prolongés. Réglée irrégulièrement, elle a toujours été fortement leucorrhéique. Il faut noter chez elle une cause spéciale : elle exerce la profession de plumassière et travaille dans un atelier mal ventilé et dont l'atmosphère est chargée de poussières. *Depuis plus d'un an*, elle tousse continuellement et a maigri notablement. Elle n'a jamais eu ni hémoptysie, ni sueurs nocturnes, ni poussées fébriles. A l'examen physique, nous constatons de la submatité et quelques craquements peu nombreux, au sommet gauche; rien de plus. Comme vous le voyez, quoique la malade tousse depuis un an, les lésions sont encore très peu avancées et pourraient échapper à un examen superficiel. Le début a donc affecté un caractère de lenteur remarquable.

Dans la phthisie scrofuleuse, on n'observe que rarement les formes cliniques à marche rapide; c'est-à-dire que l'évolution de ces masses tuberculeuses, que nous avons dit occuper le poumon, s'y étendent et s'y multiplient graduellement, et sans provoquer cette intolérance pulmonaire, que nous avons vue se produire si facilement, dans la phthisie arthritique. Le poumon du scrofuleux porte bien le tubercule.

Les formes rapides, lorsqu'elles se produisent néanmoins, empruntent ce caractère à l'existence de bronchopneumonies catarrhales et caséuses, étendues ou répétées, plus étendues que répétées. Encore verrons-nous que ces accidents pulmonaires se produisent, sans presque aucune réaction sympathique, c'est-à-dire, sans les phénomènes généraux de l'état inflammatoire. Quelques sujets,

comme notre malade du n° 11 de la salle Sainte-Anne, font de ces pneumonies étendues et massives, sans présenter aucune exacerbation fébrile notable.

Quelle différence, n'est-ce pas, avec l'acuité de ces poussées congestives ou inflammatoires, que nous constatons tout à l'heure, au voisinage des foyers tuberculeux, chez l'arthritique, et avec l'état d'hyperpyrexie, dans lequel nous voyions le même arthritique tomber, à cette occasion !

En un mot, les formes rapides de tuberculose sont rares chez le scrofuleux, et cela, en raison de la tolérance du poumon, pour le tubercule qui végète au-dedans de lui ; et en raison de la tolérance de l'économie, pour l'état du poumon. Tant est minime le peu de réaction générale dont l'économie demeure susceptible, en présence d'une telle lésion.

Les formes aiguës de la phthisie sont encore plus rares chez les scrofuleux, au moins comme tuberculose miliaire aiguë primitive, autant que j'en puis juger par ce que j'ai pu observer. Ce que l'on rencontre encore parfois, c'est le cas où, chez un scrofuleux, une tuberculose miliaire aiguë se développe consécutivement, et autour d'une lésion tuberculeuse commune ; bien que ce fait soit certainement exceptionnel, nous avons eu déjà l'occasion de le rencontrer ensemble, à l'amphithéâtre. Je ne reviendrai pas sur ce que je vous ai dit à ce sujet, dans notre troisième leçon.

La forme ordinaire de la phthisie scrofuleuse est caractérisée par une marche essentiellement chronique, sans grands paroxysmes, avec des suspensions quelquefois indéfinies.

Les *signes fonctionnels* offrent un certain nombre de

caractères distinctifs assez importants. La *dyspnée* est généralement peu accusée, et sans aucune proportion avec l'étendue des lésions pulmonaires.

La *toux* offre rarement le caractère spasmodique et quinteux. Elle n'est pas non plus proportionnée à la lésion; mais il y a plus : on ne la voit jamais prendre ce caractère aigu et tenace, qu'elle présente souvent chez l'arthritique, avec une lésion pulmonaire de fort peu d'étendue. — La toux est humide, grave, et témoigne d'un effort d'expulsion absolument inefficace; l'expectoration rendue semble n'être que le trop-plein des sécrétions bronchiques, et les voies respiratoires restent toujours plus ou moins remplies de ces produits.

L'hémoptysie est relativement rare dans la phthisie scrofuleuse. Comme cette forme de la maladie prête peu aux poussées congestives du poumon, elle expose moins à l'hémorragie. Bazin et Pidoux ont bien mis en évidence cette particularité. Observons cependant, que si les hémoptysies du début manquent souvent chez les scrofuleux, elles ne se produisent ni plus ni moins que chez les autres phthisiques, aux périodes avancées de la maladie. Il est vrai qu'alors, l'hémorragie ne reconnaît plus pour cause essentielle l'afflux du sang, mais bien plutôt l'ulcération de ses vaisseaux. C'est ainsi qu'est mort le malade du n° 11, dont je vous lirai tout à l'heure l'histoire.

L'expectoration de ces malades est abondante, variable, suivant le degré de la maladie, mais composée toujours, en majeure partie, d'un muco-pus abondant, mal lié et mêlé de débris divers. Cette expectoration présente souvent, au matin, l'apparence de fausses vomiques, et cela, alors même que n'existent pas encore de vastes cavernes. Par-

fois fétide, elle est toujours plus ou moins nauséuse; mais les vomissements qu'elle entraîne sont en rapport avec ces caractères de l'expectoration, et l'on n'est pas obligé, pour les expliquer, d'invoquer l'excitation nerveuse sympathique, ainsi que nous avons dû le faire plus haut.

Ces malades ne sont pas très tourmentés par les transpirations nocturnes, par cela même qu'ils sont moins susceptibles de fièvre. Il n'en est pas de même des sueurs cachectiques de la période ultime, lesquelles sont aussi fréquentes chez le scrofuleux, si elles ne le sont davantage. Du reste les diacrisis muqueuses sont toutes facilement exagérées chez le scrofuleux en général, et chez le phthisique scrofuleux, à plus forte raison. De là, la fréquence de la diarrhée chez ces malades, diarrhée simple au début, composée de fèces ramollies par les produits d'une abondante sécrétion; puis, à la période des ulcérations, diarrhée particulièrement fétide, mêlée de stries purulentes et sanglantes, ainsi que de mucus. J'insiste sur les caractères de cette diarrhée, parce que s'ils peuvent se montrer chez tous les phthisiques aux périodes ultimes de la maladie, il n'y a guère que chez le phthisique scrofuleux que l'ulcération de l'intestin se produise de bonne heure, et donne lieu à ces graves accidents, bien avant que le poulmon n'ait trahi de son côté, un état d'ulcération profonde.

Les phénomènes généraux qui accompagnent les symptômes fonctionnels sont peu accusés, nous l'avons dit. La fièvre est peu intense; nulle dans la plus grande partie de la journée, elle présente des exacerbations modérées, lesquelles sont à peu près constamment vespérales. On n'observe presque jamais de ces températures élevées qui dénotent de forts accès fébriles. Les fonctions de l'estomac



se maintiennent longtemps assez bonnes, alors même que la diarrhée se montre déjà depuis quelque temps; toutefois, un peu d'apepsie n'est pas rare, et ce qui est moins rare encore, c'est l'embarras gastrique intercurrent.

L'embonpoint se conserve d'une façon étonnante, chez les phthisiques scrofuleux; mais ce n'est pas l'embonpoint qui résulte de l'accroissement musculaire, ainsi qu'en témoigne l'affaiblissement des sujets. Ils gardent longtemps une certaine adiposité, plus ou moins molle et infiltrée d'humeurs, qui leur conserve une apparence de santé générale peu en rapport avec l'étendue et la profondeur des altérations dont leurs poumons sont le siège. « Il est curieux, dit Bazin, au sujet de la phthisie scrofuleuse, de voir des sujets chez lesquels on constate par la percussion et l'auscultation la présence de vastes lésions (Bazin dit de vastes cavernes) dans les régions sous-claviculaires, jouir en apparence de tous les attributs d'une santé parfaite, vaquer à leurs occupations habituelles, comme s'ils n'étaient pas malades. » J'ai donné des soins, ajoute encore Bazin, à un jeune banquier atteint de phthisie scrofuleuse, chez lequel l'existence de vastes cavernes pulmonaires se conciliait avec un état de santé tel, qu'il a pu lui-même diriger ses affaires, recevoir le public, donner des signatures, rester à son bureau jusqu'à l'instant de sa mort.

C'est précisément en raison de ce peu de retentissement des lésions locales sur l'état général, qu'il existe des formes dites latentes, dans lesquelles les symptômes fonctionnels, faiblement accusés, ne viennent témoigner que tardivement, de désordres pulmonaires déjà avancés.

Comme exemple d'une forme scrofuleuse ordinaire, je

veux vous rapporter, telle qu'elle a été recueillie par mon excellent interne M. Latil, l'observation du malade couché au n° 11 de la salle Sainte-Anne, dont vous avez pu suivre les différentes phases, et dont je vous ai déjà rapporté l'autopsie assez en détail.

Le nommé B... Louis, âgé de 35 ans, entre à l'hôpital Laennec, le 10 avril 1879. Ses antécédents héréditaires paraissent être absolument indemnes de tuberculose. Il nous raconte que pendant son enfance, il a eu des manifestations strumeuses répétées : impétigo du cuir chevelu, éruptions de la face. Depuis lors, sa santé a toujours été excellente. Il exerce une profession qui a dû jouer dans l'affection dont il est atteint, un rôle étiologique prépondérant ; il joue du cornet à piston dans les bals publics ; il se trouve là dans une atmosphère à température élevée et chargée de poussières, il y est exposé à de fréquents refroidissements. C'est depuis treize mois qu'il a commencé à tousser ; depuis lors, il a peu maigri, et n'a jamais eu d'hémoptysies. Seulement, à trois reprises différentes, il a été pris d'accidents qui ont été toujours à peu près les mêmes : de point de côté, d'oppression, de toux plus intense, qui l'ont obligé à entrer à l'hôpital pour quatre à cinq semaines. Jamais, à ces moments-là, il n'a eu de poussée fébrile notable. A son entrée, nous constatons que son état général est bon ; l'embonpoint est conservé ; le malade a de l'appétit ; il n'a ni diarrhée, ni sueurs nocturnes. Il n'est nullement oppressé, tousse peu, et son expectoration est simplement muqueuse. L'examen physique nous permet de constater : *en avant*, de la matité sous la clavicule gauche et des râles sous-crépitanants moyens dans le même point ; *en arrière*, de la submatité dans la

fosse sus-épineuse droite; du même côté, des sous-crépitations assez nombreux au sommet et des râles sibilants dans le reste de l'étendue de la poitrine.

24 avril. — Il est survenu depuis quelques jours une éruption d'eczéma impétigineux de la lèvre supérieure et des ailes du nez; en même temps, les râles sibilants se sont un peu étendus du côté gauche.

16 mai. — Le malade accuse, depuis deux jours, de l'oppression, une toux plus fréquente et un point de côté à gauche. On constate, à la percussion, une diminution de son dans tout le côté gauche et une matité absolue au tiers inférieur; l'auscultation fait percevoir, au niveau de l'angle de l'omoplate, un souffle tubaire franc, à la partie inférieure; le timbre du souffle est plus aigu, il existe aussi de la bronchophonie. Il y a peu de fièvre; l'appétit est conservé.

On prescrit un vésicatoire sur le côté gauche. — Arséniate de soude, vin de quinquina.

20 mai. — Le souffle a pris un timbre légèrement amphorique; de plus, on perçoit à son niveau quelques sous-crépitations moyens après la toux.

28 mai. — La matité persiste au tiers inférieur du côté gauche. Le souffle tubaire perçu en ce point a diminué d'intensité, et il s'y mêle des râles bullaires plus abondants. Pas de fièvre le soir.

L'eczéma impétigineux de la face a reparu.

On prescrit un nouveau vésicatoire.

10 juin. — L'état général du malade se maintient assez bon, mais la toux et l'expectoration ont augmenté, le souffle que l'on percevait au côté gauche a disparu; on constate, à ce niveau, de nombreux râles sous-crépitations à grosses bulles.

23 juin. — La toux et l'oppression augmentent. Il y a de la fièvre le soir, mais modérément. La matité occupe toute la moitié inférieure du côté gauche; dans cette zone, le souffle a reparu. On constate de plus, un gargouillement après la toux. Du côté droit existent des râles sous-crépitants au sommet.

1<sup>er</sup> juillet. — L'état général décline, l'appétit est très diminué, la fièvre vespérale augmente. — Il existe maintenant, dans les deux tiers inférieurs du poumon gauche, une matité absolue, du souffle amphorique et des râles caverneux. La toux est intense; l'expectoration est très abondante, franchement purulente.

9 juillet. — Le malade s'affaiblit rapidement; — l'expectoration est abondante et puriforme.

Dans toute l'étendue du côté gauche se perçoivent du souffle caverneux et de gros gargouillements; — du côté droit, les râles sous-crépitants sont limités au sommet.

15 juillet. — Le malade était à peu près dans le même état, lorsqu'il est pris à six heures du soir d'une hémoptysie foudroyante, et meurt avant qu'on ait pu lui porter secours.

Je vous ai donné tout à l'heure l'autopsie de ce malade, comme un excellent type anatomo-pathologique de la phthisie scrofuleuse.

Bien que cette observation ne soit pas un exemple parfait de tous points et un type irréprochable de phthisie scrofuleuse, puisqu'il n'y a pas d'hérédité et qu'il s'agit d'une scrofule acquise, et quoique sa maladie ait été traversée de complications inflammatoires locales, néanmoins, vous avez dû remarquer, en l'écoutant, quelle a été la torpidité de la marche du mal, en dehors des complications;

vous avez remarqué surtout l'étendue de ces infiltrations caséeuses, qui se sont faites presque sans fièvre, en tous cas sans fièvre vive, et surtout sans fièvre soutenue; vous avez remarqué enfin ce ramollissement en masse du poumon envahi par l'état caséeux, sa désagrégation dans nombre de points à la fois, et sa transformation en une éponge de matière purulente. Et, malgré l'étendue et la profondeur du mal local, malgré l'état déjà cachectique du sujet, une apparence d'embonpoint avait persisté; aussi bien le malade eût-il pu vivre longtemps encore, si une vaste infiltration pulmonaire n'était venue se ramollir tout à coup, et si l'ulcération pulmonaire, dans son progrès destructeur, n'avait atteint un vaisseau important, ce qui a entraîné une hémoptysie brusquement mortelle.

Quand ces complications font défaut, les foyers tuberculeux, bien que larges ou disséminés sur de vastes étendues, restent longtemps inertes et sans se ramollir. Le poumon vit, avec eux, dans un état de tolérance réciproque, dont c'est lui qui paye la plus large part. Le malade peut rester alors presque indéfiniment dans cette situation, plus valétudinaire que malade, au moins en apparence.

Je vous ai arrêtés bien souvent devant le lit n°5 de la salle Sainte-Marthe, pour vous y montrer un malade chez lequel existent des cavernes aux deux sommets, et qui, depuis plus de huit mois que nous le suivons, n'a pas présenté le moindre changement dans son état local ou général; jamais nous n'avons constaté chez lui la moindre poussée fébrile ni aucune extension du souffle et des râles.

*Types divers.* — Toutes choses égales d'ailleurs, le type le plus tranché de la phthisie pulmonaire scrofuleuse se réalise quand la phthisie pulmonaire vient à se produire

chez un scrofuleux d'un tempérament lymphatique. Tout alors concourt à exagérer les signes distinctifs que je viens de passer en revue. Cette forme, que je crois plus fréquente que toute autre en Allemagne, est celle qui est la plus torpide, dans laquelle la tolérance du poumon pour le tubercule va jusqu'à l'indifférence, et dans laquelle l'économie tout entière manifeste la même indifférence pour le poumon tuberculeux.

Je pourrais vous citer ici plusieurs exemples : je me prendrai que celui d'un missionnaire, Allemand d'origine, qui mène à Paris et en France la vie la plus active. Depuis trois ans que je lui donne des soins, je l'ai toujours connu, ses deux poumons très altérés par la tuberculose ; il n'en était pas plus atteint il y a trois ans qu'aujourd'hui. Et cependant, il a eu plusieurs fois, par suite de fatigues ou d'imprudences, les poussées les plus menaçantes de broncho-pneumonie. Il vint un jour de l'an passé, me trouver à mon service d'hôpital, atteint d'une de ces bronchites profondes, qu'il malmène avec plus de courage que de prudence ; les élèves du service le prirent presque pour un moribond. Je le fis coucher et soigner sérieusement. Six semaines après, il reprenait son ministère, qu'il continue à remplir encore actuellement, avec beaucoup d'activité.

Il est rare de voir la scrofule chez un sujet sanguin, et plus rare de rencontrer chez lui, à la fois, le tubercule et la scrofule. Ce n'est pas impossible cependant, et j'en ai en ce moment un exemple sous les yeux, chez une jeune fille née de parents phthisiques, et ayant perdu des collatéraux de la même maladie. Fraîche et douée de cette physionomie que possèdent seuls les scrofuleux, cette jeune personne, que je vois depuis longtemps, dans un asile où elle a été

recueillie, est depuis longtemps tuberculeuse, à n'en pas douter. Chez elle, toutefois, la fièvre est assez facile et l'hémoptysie fréquente. Les troubles de circulation trahissent ainsi la prédominance du tempérament sanguin, que révèlent d'ailleurs le teint coloré et les ménorrhagies fréquentes éprouvées par cette malade. Eh bien, malgré ces symptômes, la malade porte, dans l'un de ses poumons surtout, de ces blocs de tuberculose qui restent indéfiniment stationnaires ; elle ne s'est pas notablement amaigrie ; elle a seulement perdu des forces, et elle conserve intactes les fonctions de l'estomac.

Le type le plus curieux peut-être, et non le plus rare, de cette forme de phthisie pulmonaire, c'est la phthisie chez un scrofuleux de tempérament nerveux. Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, la rencontre de ces deux éléments sur un même terrain, produit une maladie remarquable par l'éréthisme nerveux dont elle s'accompagne. Les malades qui réunissent cet assemblage pathologique peuvent vivre longtemps avec leurs tubercules, tout en en souffrant beaucoup ; au début du moins, la marche des accidents est lente, et la forme peut rester latente pendant quelque temps. Plus tard, il est vrai, quand le ramollissement vient à se produire, on s'aperçoit à l'aide des signes physiques, que les poumons sont atteints dans une vaste étendue. Le médecin avait pensé n'avoir jusque-là qu'à calmer des névralgies périphériques et quelques troubles fonctionnels ; il s'aperçoit tout d'un coup que la poitrine est envahie, et que les accidents vont se précipiter rapidement.

Je pourrais vous citer ici, comme exemple de ce type, avant le ramollissement, une malade que je soigne depuis

vingt ans environ. Cette femme, née dans le Midi et venue à Paris au milieu de conditions sociales difficiles, a présenté des signes incontestables de tubercules pulmonaires, peu étendus en apparence, avec hémoptysie légère. Tout en souffrant bien souvent de points névralgiques et de douleurs musculaires, dont le thorax est le siège, cette femme vit toujours dans la même situation. Parfois l'hiver, sous l'influence de quelque fatigue, sa lésion fait un pas en avant; mais elle s'arrête bientôt, sous l'influence du traitement et surtout de l'hygiène, et la malade reprend toutes les allures d'une valétudinaire, ou plutôt un état de santé relative.

Vous pouvez encore rapprocher de ce type cette jeune fille qui était couchée au n° 16 de la salle Saint-Julien, chez laquelle, les douleurs périphériques se montraient multiples et excessives, la toux des plus pénibles, les vomissements incessants, et chez laquelle aussi, on ne constatait que des signes physiques diffus et peu significatifs. Cette malade, scrofuleuse d'origine, est morte depuis, par le fait d'un ramollissement survenu brusquement et en plusieurs points, et nous a permis de constater la présence d'un grand nombre de cavernes disséminées dans les poumons, lesquels étaient d'ailleurs infiltrés et légèrement sclérosés. Telle fut encore une jeune fille que je vis avec mon savant confrère de Sceaux, le docteur Marchandon, et chez laquelle, scrofuleuse d'origine et nerveuse de tempérament, la phthisie après être demeurée trois ans latente, se mit à transformer tout d'un coup les deux poumons en une éponge purulente.

En résumé, le caractère torpide est celui qui domine le tableau des symptômes de la phthisie pulmonaire scrofuleuse; mais, dans les variétés secondaires que celle-ci pré-



sente, ces caractères peuvent se modifier; l'acuité, lorsqu'elle se présente, est plus apparente que réelle; du moins succède-t-elle toujours alors à une période latente de durée indéterminée.

La longue durée d'ailleurs n'est pas le seul caractère de la phthisie scrofuleuse; elle en a d'autres qui ont une haute valeur séméiologique, comme nous venons de le voir et comme nous aurons à le rappeler à propos du diagnostic.

#### § 5. — MARCHÉ DE LA PHTHISIE SCROFULEUSE

La marche de la phthisie scrofuleuse a pour caractère essentiel la chronicité. La lenteur d'évolution des symptômes a été signalée par la plupart des auteurs que je vous ai cités et qui ont étudié la phthisie scrofuleuse. Cette forme présente peu d'imminences d'acuité. On n'y observe que fort rarement ces poussées de broncho-pneumonies qui font le danger des formes acquises ou arthritiques; si le cours de l'affection est précipité à un moment donné, c'est ordinairement par l'envahissement nouveau d'une portion par trop étendue ou de la totalité d'un poumon.

Les bronchites catarrhales profondes peuvent encore se rencontrer dans la phthisie scrofuleuse. Il est vrai qu'elles sont, dans ces cas, moins le résultat de l'évolution naturelle de la maladie, que la suite des imprudences ou des accidents qui viennent la traverser. Ceci n'empêche qu'elles tendent toujours à accélérer la marche de la maladie et que, lorsqu'elles sont trop étendues et trop profondes, elles ne puissent déterminer le terme fatal.

Enfin, il n'est pas rare d'observer, dans la phthisie scro-

fuleuse, une suspension telle, de la marche de la lésion et des symptômes qui la traduisent, que la maladie paraisse au premier abord totalement enrayée. Toutefois, en auscultant ces malades, on constate que les lésions pulmonaires demeurent, et que les indurations restent à l'état d'indurations, les cavernes à l'état de cavernes, et cela, sans que se produise un travail de cicatrisation ou de réparation véritables. Tout l'effort de l'économie se borne à supporter le mal, mais elle est impuissante à s'en débarrasser, plus impuissante encore à le réparer. Le phthisique scrofuleux ne connaît que les éliminations de surface, comme celles que caractérise le catarrhe muqueux ou purulent, et lorsque les parenchymes s'infiltrent de sérosités et de néocytes, ils restent indéfiniment en cet état.

Je puis vous citer l'exemple de ce jeune homme de seize ans, qui était couché au n° 5, salle Sainte-Marthe; il était scrofuleux au premier chef, puisqu'il avait été atteint à l'âge de 13 ans d'une tumeur blanche tibio-tarsienne suppurée, qu'un séjour de plusieurs mois à Bergues avait guéri. Il toussait depuis plusieurs années et nous constatons, à son entrée, une vaste caverne au sommet du poumon droit. Il était assez maigre et était atteint d'une diarrhée abondante. Nous lui prescrivîmes, comme traitement, du phosphate de chaux et des granules d'acide arsénieux. Les forces reprirent assez rapidement, la diarrhée cessa, et il nous quitta au bout de deux mois, avec un état général très amélioré; de plus, l'excavation que nous avons constatée présentait une sécheresse remarquable; on ne percevait plus de râles ni de gargouillement, mais seulement le retentissement amphorique de la voix et de la toux.

Le rôle important que joue la fièvre dans l'évolution de

la phthisie, en général, n'est pas moins significatif, en cas de phthisie scrofuleuse. La fièvre y est plus rare, avons-nous dit, elle y est aussi moins vive; de sorte que, vient-elle à se montrer chez de tels malades, il faut chercher quelle est la complication à laquelle elle se rattache. Cependant, la fièvre peut aussi exister en dehors de toute complication; mais le plus souvent, elle est toute secondaire, c'est-à-dire qu'elle suit, bien que de loin, l'envahissement du poumon. Souvent enfin, c'est une fièvre septique, liée à la résorption des produits humides qui inondent le parenchyme et les surfaces de l'appareil respiratoire.

La durée de la phthisie scrofuleuse est presque indéterminée; elle varie de quelques mois à vingt ans et plus, dit Bazin. Dans tous les cas, sa durée est moins proportionnée à l'étendue des lésions qu'au nombre des foyers de ramollissement de l'infiltration tuberculeuse. Le danger étant dans le ramollissement, comme la lésion est étendue, et que le ramollissement se fait en beaucoup de points à la fois, le danger est multiplié d'autant, ce qui est facile à comprendre. Quelque cas de forme asphyxique ont pu se produire ainsi, dans lesquels la mort a résulté rapidement du ramollissement de lésions qui avaient, pour ainsi dire, échappé jusque-là à l'observation.

Il est clair aussi que les complications peuvent beaucoup précipiter la marche de la maladie, aussi bien celles qui occupent les voies digestives, que celles qui siègent dans les voies respiratoires.

La maladie se termine le plus souvent par la mort; mais beaucoup plus souvent qu'on ne le dit, les malades échappent un temps plus ou moins long, un temps parfois indéfini, à cette issue funeste. Je vous signalais, il n'y a qu'un

instant, un cas dans lequel, l'état le plus grave en apparence fut suivi d'un retour complet à la santé. Ces retours inespérés ne sont pas rares dans la phthisie scrofuleuse ; il faut le savoir, et savoir aussi que la thérapeutique et l'hygiène peuvent y contribuer, par une intervention active et opportune.

Lorsqu'elle se termine par la mort, les malades atteignent ce terme lentement et au milieu d'une altération progressive de toutes les fonctions de l'économie. La diarrhée est peut-être le trouble le plus grave et le plus persistant ; les sueurs s'y ajoutent plus ou moins, surtout à la fin ; l'expectoration, excessive pendant cette période, s'interrompt souvent peu de temps avant la mort. Il n'est pas rare que l'haleine prenne une fétidité qui est due à la fermentation putride des humeurs, dans les cavités normales et anormales du poumon, ou même à une véritable gangrène.

Je vous ai dit que les troubles de la nutrition générale sont moins accusés en apparence, que l'émaciation est moins excessive que dans les autres formes de la maladie ; en effet, on observe souvent un certain degré de bouffissure pâle générale. Parfois même, une anasarque véritable se déclare ; les extrémités surtout se distendent outre mesure, et la face elle-même peut prendre part à cette hydropisie. Quel que soit le siège qu'elle occupe d'abord, cette hydropisie est cachectique, pâle, molle, se déprimant facilement, se portant avec une prédominance marquée vers les parties déclives.

Il n'en est pas tout à fait de même quand l'œdème résulte de phlébites locales ou de thromboses veineuses, mais je ne saurais vous dire si ces derniers accidents sont

plus ou moins fréquents dans la phthisie scrofuleuse que dans les autres formes de phthisie.

Quand la mort résulte des progrès lents et réguliers de la cachexie, elle s'annonce par la suppression des crachats, et par le désaccord qui s'accroît entre la dyspnée et l'asphyxie. Les malades ont parfois alors ce singulier type respiratoire qu'a décrit Cheyne-Stokes, et qui consiste en respirations progressivement hâtées, puis progressivement ralenties et suivies d'une pause, après quoi le cycle recommence. Mais ce qui frappe le plus souvent l'observateur, c'est qu'en même temps que l'asphyxie se trahit par la cyanose des extrémités, la dyspnée cesse d'exister, parce que diminue déjà, parce que va bientôt cesser la sensation du besoin de respirer. Enfin l'affaiblissement du malade étant excessif, il se refroidit; et c'est dans le collapsus asphyxique qu'il ne tarde pas à succomber. Il peut finir alors, soit brusquement, en faisant effort pour exécuter un mouvement qui détermine la syncope finale, soit lentement et dans une somnolence plus ou moins comateuse.

L'agonie est courte ou nulle, comme vous voyez; mais il n'en est pas toujours absolument ainsi. Quand le malade meurt par le fait d'une complication, telle qu'une perforation pulmonaire, une entérite ou une péritonite tuberculeuse, ou un catarrhe suffocant, ce qui est rare, ou, ce qui est plus fréquent, une broncho-pneumonie, dans ces cas, l'asphyxie se produisant avec acuité et s'aggravant rapidement, domine la scène que je n'ai pas besoin de vous retracer. C'est ainsi que ces diverses complications peuvent modifier beaucoup le tableau que nous venons d'esquisser; mais que celui-ci vous reste comme le type de l'espèce, dans les cas simples et dont rien n'altère le caractère.

Le pronostic de la phthisie scrofuleuse a donc une gravité relativement modérée. Bazin ne met pas en doute qu'elle ne soit susceptible de guérison ; et beaucoup qui, naguère encore, se refusaient à regarder cette guérison comme possible, sont aujourd'hui bien moins éloignés d'y croire.

Je viens, chemin faisant, de vous citer des faits qui m'autorisent, pour ma part, à insister sur la curabilité de la phthisie scrofuleuse. — Rappelez-vous ce jeune officier que je vous ai donné comme un type de phthisie scrofuleuse entée sur un tempérament lymphatique ; il vit aujourd'hui, aussi bien portant que ses collègues, faisant le même service et menant la même vie qu'eux. Le fait est que la forme scrofuleuse, tombant sur un tempérament lymphatique, constitue la forme la plus torpide ; celle qui, sans grande tendance à s'étendre, en a le moins à se ramollir, vu la tolérance avec laquelle la supporte le poumon du malade et l'économie tout entière.

Le tempérament sanguin est-il aussi capable de résister à ce mal ? — Il est certain qu'il a, pour ce faire, plus de ressources que le précédent ; mais cette richesse relative fait elle-même le danger : elle expose aux congestions pulmonaires en même temps qu'à l'extension du mal, et surtout aux poussées de ramollissement. Une des malades que je vous ai citées en est en ce moment une preuve.

Le tempérament nerveux, enfin, n'est pas toujours une garantie contre les accidents graves de la phthisie scrofuleuse. Une malade douée de peu de résistance, et chez laquelle l'effort nutritif se dépense en manifestations névralgiques ou spasmodiques, est peu capable de lutter contre la déchéance nutritive qui la menace. Il lui arrive souvent de tomber tout d'un coup, après avoir présenté longtemps,

dans une activité extérieure parfois exagérée, l'apparence de forces qui faisaient totalement défaut dans l'ordre nutritif. Cependant, si de tels sujets tombent vite, c'est souvent après avoir longtemps résisté.

Quoi qu'il en soit, si le pronostic de la phthisie scrofuleuse est, de fait, moins que celui des autres formes, subordonné à l'étendue de la lésion locale, il suit du moins les conditions du ramollissement auquel elle obéit et les complications qui s'y ajoutent. Rappelez-vous que le scrofuleux peut porter des tubercules dans une notable étendue de ses poumons, qu'il peut offrir des catarrhes intenses, et tout cela bien plus impunément que l'arthritique.

Quand les poumons sont ainsi envahis en bloc, par une masse plus ou moins étendue d'infiltration tuberculeuse, le danger, c'est le ramollissement de cette masse ou de ce bloc. Le phthisique scrofuleux vit, malgré la présence de ce bloc, dans une sorte de phthisie latente, et il vit tant que le bloc ne se ramollit pas, et le bloc ne se ramollit pas parce que le poumon est tolérant, et supporte sa présence avec une sorte de résignation bien profitable. Aussi n'est-il pas rare de voir des phthisiques scrofuleux, qui avaient vécu jusque-là sans grands accidents, chez lesquels la marche de premiers symptômes une fois suspendue semblait enrayée; aussi n'est-il pas rare, dis-je, de voir ces malades prendre, tout d'un coup, des accidents rapides et succomber en peu de temps, parce qu'une cause d'irritation quelconque est venue, pour ainsi dire, mettre le feu aux poudres, et que le bloc tuberculeux entrant en ramollissement dans toute son étendue à la fois, il en résulte un foyer d'infection septique auquel l'organisme le plus fort ne saurait résister longtemps.

Voilà, messieurs, de ces particularités qu'il faut noter, parce qu'elles semblent devoir porter tout d'abord la confusion dans notre étude et impliquer une contradiction, tandis qu'un examen plus approfondi doit faire disparaître toute apparence de l'une et de l'autre.

Enfin, nous avons parlé des formes latentes; nous avons vu comment elles conduisent tout naturellement à admettre que la marche de la maladie peut se suspendre et s'enrayer indéfiniment; car ces formes sont latentes quant aux phénomènes généraux et non quant aux lésions locales de la tuberculose. Tels sont les malades que vous voyez venir avec les apparences d'une santé générale assez conservée, et dont les poumons sont déjà plus qu'à moitié envahis par l'infiltration tuberculeuse.

#### § 6. — DIAGNOSTIC DE LA PHTHISIE SCROFULEUSE

Pendant que nous poursuivions ensemble cette étude, peut-être vous êtes-vous déjà demandé, messieurs, et non sans une certaine appréhension, comment on pourra distinguer la phthisie scrofuleuse des autres formes, et notamment, comment on pourra la distinguer de la phthisie arthritique, si, chroniques et lentes toutes deux, elles peuvent, à un moment donné, devenir toutes deux rapidement graves. Mais j'espère vous montrer qu'elles ne sont ni lentes ni rapides de la même façon. C'est ce qui ressortira, j'espère, du parallèle que je vais vous en présenter.

La phthisie arthritique et la phthisie scrofuleuse, avon-nous dit, lentes toutes deux, au moins dans beaucoup de cas, ne le sont pas cependant de la même façon. La phthisie



arthritique est lente, par les longs intervalles qui séparent souvent la formation successive de ses foyers tuberculeux; elle est lente à cause du peu d'étendue de ces mêmes foyers, et à cause des altérations encore assez plastiques qui tendent à les limiter. La phthisie scrofuleuse est lente par la lenteur de sa marche, qui n'en est pas moins continuellement progressive, par la tolérance qu'elle rencontre dans l'économie qu'elle envahit, et dans le poumon où se déposent ses produits; elle est lente à cause de la lenteur que ses produits eux-mêmes mettent à se transformer et à se ramollir. J'espère que ce parallèle vous fait suffisamment voir la différence qu'il y a entre la lenteur d'évolution de la phthisie arthritique et la lenteur d'évolution de la phthisie scrofuleuse.

Toutes deux, avons-nous dit encore, peuvent se terminer d'une façon brusque et aiguë, mais pour des motifs et par des modes pathogéniques différents. Tandis que les poussées congestives qui accompagnent toute formation d'un nouveau foyer tuberculeux, chez l'arthritique, peuvent être l'occasion d'accidents phlegmasiques ou hémorragiques dangereux, le danger, chez le scrofuleux, ne résulte guère, en dehors des complications que nous savons, que de l'étendue considérable dans laquelle le poumon peut se ramollir à un moment donné, et se creuser de cavités ulcéreuses vastes ou multiples. De là les cavernes nombreuses, les suppurations épuisantes, les blocs de tissu pulmonaire qui se gangrènent, les vaisseaux qui s'ulcèrent; de là les broncho-pneumonies secondaires plus ou moins étendues et les résorptions septiques, et la colliquation qui en résulte; tandis qu'au contraire la phthisie arthritique se développe par petits foyers successifs, dont le dépôt se fait à des in-

tervalles d'une durée indéfinie, mais que le ramollissement ne tarde pas à envahir, une fois qu'ils sont formés.

Le foyer tuberculeux, je vous le répète, vit de la vie du poumon dans lequel il siège. Or le poumon de l'arthritique, comme tout son organisme, vit d'une façon bien autrement active, d'une vie bien plus plastique surtout que ne le font le poumon et l'organisme du scrofuleux. De là la différence de l'évolution du tubercule, chez le scrofuleux et chez l'arthritique.

En un mot, les caractères de la phthisie scrofuleuse se résument en ceci : les masses tuberculeuses, plus ou moins mêlées de caséifications étendues et de suppurations abondantes, présentent une extension facile et s'étendent à de vastes foyers, et leur évolution propre est lente ; elles provoquent autour d'elles peu d'irritation de voisinage et ne déterminent que peu de troubles fonctionnels, encore moins de symptômes généraux et surtout de fièvre. La diarrhée y est fréquente. La fièvre et les sueurs n'y sont accusées qu'à la période de cachexie, où elles reconnaissent pour cause les résorptions septiques, ou encore au moment du ramollissement, qui se fait en masse et à une période déjà assez avancée de la maladie. Enfin, la cachexie qui la termine est remarquable par l'abondance de ses flux colliquatifs et par la fréquence des hydrophlegmasies et des anasarques véritables qui l'accompagnent.

La phthisie arthritique se distingue, au contraire, avous dit, par la fréquence et l'abondance de ses hémoptysies, par ses poussées fébriles prématurées. Ses lésions se localisent en petits foyers qui se forment successivement et se ramollissent de même, et souvent peu après leur for-

mation. Il ne se forme autour d'eux que peu de caséifications, mais au contraire des stratifications plastiques qui se déposent surtout du côté des plèvres et du côté du poumon; de la sclérose et de l'emphysème, en un mot, qui tendent à limiter le mal avec moins d'inefficacité.

Dans la phthisie arthritique, l'altération générale de la nutrition est rapide, elle paraît même se faire parfois primitivement (forme générale d'emblée); c'est le contraire dans la phthisie scrofuleuse, où les sujets perdent leurs forces peut-être, mais gardent tardivement une sorte d'embonpoint. Enfin, la fièvre suit l'altération de la nutrition générale et le ramollissement local, et comme les phases de ramollissement sont fréquentes dès le début de la phthisie arthritique, la fièvre s'y montre de même facile, fréquente, tenace même, tandis qu'elle est bien plus rare et bien plus tardive dans la phthisie scrofuleuse.

On pourrait confondre assez facilement ensemble la forme dite primitive d'emblée, que nous avons vue appartenir surtout aux phthisies acquises et arthritiques, avec la forme scrofuleuse latente; l'apparence seule rapproche ces deux formes. La première étant marquée surtout par la fièvre et par des signes physiques, qui ne sont obscurs que par leur étroite délimitation; la seconde étant en général apyrétique et présentant des signes physiques qui ne sont obscurs que par leur diffusion à travers la masse des deux poumons.

Quant à la forme scrofuleuse asphyxique, ce n'en est pas une à vrai dire; les accidents asphyxiques ne se produisant alors que comme phénomènes ultimes d'une maladie qui s'est suffisamment manifestée avant que ces phénomènes viennent à se produire.

Je n'ai pas besoin d'insister sur la valeur des antécédents personnels ou héréditaires qui, bien recherchés, soit sur le sujet lui-même, soit sur ses parents, soit sur ses collatéraux, ne permettent plus guère d'hésitation, une fois qu'on les a constatés. Je n'ajoute rien non plus quant aux conditions étiologiques, dont je vous ai exposé toute la valeur au chapitre de la phthisie acquise. Rappelez-vous aussi la distinction que nous avons faite entre le lymphatisme et la scrofule, et vous y trouverez la part qu'il faut faire à l'un et à l'autre dans la genèse de la phthisie scrofuleuse.

La phthisie scrofuleuse se distinguera, pour les mêmes raisons, de la forme acquise. Nous avons vu que, par son évolution, sinon par ses caractères anatomiques, la forme acquise se rapproche beaucoup plus de la phthisie arthritique que de la scrofuleuse; c'est ainsi qu'elle a moins de tendance à envahir à la fois de larges espaces du poumon, qu'elle rencontre moins de tolérance de la part de cet organe et de la part de l'économie, d'où les hémoptysies moins rares, la fièvre plus fréquente, et l'état cachectique plus hâté.

On ne confondra pas la phthisie scrofuleuse avec la phthisie aiguë; dans la phthisie scrofuleuse, la lésion marche la première en importance; la lésion est secondaire, pour ainsi dire, dans la seconde. L'état général fébrile et rapidement grave de la phthisie aiguë fait absolument défaut dans la phthisie scrofuleuse. La phthisie aiguë est, avons-nous dit, comme la phthisie acquise, et mieux qu'elle encore, la moins tuberculeuse des phthisies; la phthisie scrofuleuse est au contraire celle qui l'est davantage; elle l'est plus que toute autre, et elle en témoigne par l'étendue de ses lésions et la placidité de son évolution.

Quant à la forme commune, il ne sera pas toujours facile, au début surtout, de la séparer de la phthisie scrofuleuse. Mais si la maladie elle-même ne s'est pas encore suffisamment caractérisée pour fixer sur ce point votre diagnostic, n'oubliez pas les commémoratifs. Rappelez-vous que les antécédents personnels et héréditaires nous ont souvent donné la clef du diagnostic dans les cas insidieux et suspects. Sachez d'ailleurs qu'ils sont, en tous cas, la signature de la cause de la maladie, la caractéristique de son élément nosologique, et qu'il importe toujours de les rechercher, pour mettre le sceau au diagnostic.

Pour compléter ce diagnostic, il me reste à vous dire quelques mots de la tuberculose des ganglions bronchiques, laquelle, du reste, complique souvent, à un degré plus ou moins prononcé, la phthisie scrofuleuse. Bien que ce diagnostic importe moins à l'indication thérapeutique, il vaut cependant la peine qu'on y insiste. Or, les signes de la tuberculisation des ganglions bronchiques reposent surtout sur les phénomènes résultant de la compression que les tumeurs ganglionnaires exercent sur les divers organes du médiastin. Lorsqu'elles compriment la veine cave supérieure, elles donnent lieu à l'œdème de la face, à la dilatation des veines du cou, à la coloration violacée de la face, et parfois à des congestions et à des hémorragies de l'arachnoïde. Quand elles compriment les veines pulmonaires, ce sont l'œdème du poumon et l'hémoptysie qui en résultent. Quand elles compriment les nerfs pneumo-gastriques, elles donnent lieu à la raucité de la toux et de la voix, à des quintes de toux qui rappellent celles de la coqueluche, et des accès de dyspnée analogues aux accès d'asthme. La compression qui s'exerce sur les bronches

et sur le poumon a pour résultat l'imperméabilité du lobe pulmonaire correspondant, le silence, qui en est la conséquence quand l'obstruction est complète, et quand elle est seulement légère, c'est au contraire le souffle et les râles sonores, et le timbre spécial indiqué par Rilliet et Barthez, que perçoit l'auscultation. — Je ne veux que vous rappeler ces caractères, que vous trouverez parfaitement exposés dans la thèse du D<sup>r</sup> Barety.

§ 7. — INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES DE LA PHTHISIE SCROFULEUSE

La phthisie scrofuleuse est la plus lente des phthisies pulmonaires ; elle est aussi la plus attaquable par la thérapeutique, dit M. Gueneau de Mussy. — Nous savons maintenant comment est lente la phthisie scrofuleuse. Il nous reste à dire comment, et jusqu'à quel point, elle peut être en effet avantageusement modifiée par la thérapeutique.

Cette phthisie est, avons-nous dit, la plus tuberculeuse des phthisies, et, à ce titre, il semblerait qu'elle dût être une des plus irrémédiables, puisque le tubercule ne rétrograde pas. Toutefois le tubercule scrofuleux a ceci de particulier que, vu la cause qui y donne lieu, il n'a pas tendance à s'étendre vite, non plus qu'à se multiplier rapidement, et, vu le terrain sur lequel il se développe, il rencontre toujours un poumon plus ou moins tolérant et un organisme peu disposé aux réactions violentes.

Ces diverses conditions font que, si l'indication nosologique est de peu d'efficacité dans la phthisie scrofuleuse, si l'indication physiologique y a moins de portée que dans les formes précédentes, l'indication anatomique y garde une haute valeur. Enfin, pour la même raison, la médica-

tion prophylactique répond, chez le scrofuleux, à une indication beaucoup plus importante que ne le fait la médication curative.

I. *Prophylaxie*. — Par suite d'une singularité, dont les motifs sont faciles à comprendre, la prophylaxie de la phthisie scrofuleuse réclame l'intervention de l'hygiène et de la thérapeutique, non seulement avant que la maladie pulmonaire soit déclarée, mais ses indications prophylactiques gardent leur importance à toutes les phases de la maladie et jusqu'à la période de cachexie confirmée. En effet, s'il importe de prévenir la phthisie pulmonaire avant qu'elle se montre, chez le scrofuleux, il importe autant, la maladie une fois déclarée, de lui soustraire les éléments de sa propagation et d'en arrêter l'essor. Ceci importe d'autant plus, que c'est au moins possible et réalisable; et c'est ce qui fait surtout la bénignité relative de la phthisie scrofuleuse.

(A) La prophylaxie locale consiste à préserver de la tuberculose le poumon du scrofuleux. Elle comporte une première indication, qui consiste à donner aux fonctions respiratoires toute l'activité dont elles sont susceptibles, dans la mesure où cette activité fonctionnelle favorise l'activité nutritive des organes et reste incapable d'y provoquer aucun accident d'irritation. Or cette mesure est large chez le scrofuleux. Chez un tel sujet, le poumon qui va supporter tout à l'heure la présence, dans le sein de son propre parenchyme, du tubercule et de ses suites, ce poumon a vraiment qualité pour endurer, sans en souffrir, une activité fonctionnelle largement entendue.

C'est chez de tels sujets que l'exercice du chant doit être plutôt encouragé que restreint. Toute gymnastique bien

entendue, celle qui s'abstient des grands efforts et se borne à l'exercice du mouvement, doit être prescrite. Le cheval, la course modérée, l'escrime avec précaution, sont donc des moyens à conseiller en ce cas.

Tous les moyens susceptibles d'accroître les puissances respiratoires et d'étendre le champ de l'hématose, sont à joindre à ceux qui précèdent. On craindra encore moins de tendre à cet effet, en excitant au plus haut point l'activité des fonctions de la peau. Je vous ai signalé déjà le cas de ce jeune homme qui a pu fournir une carrière laborieuse et échapper cependant aux dangers d'une phthisie scrofuleuse à laquelle il semblait voué, et dont il avait déjà présenté les symptômes, et chez lequel cet heureux résultat doit être attribué à des frictions hygiéniques faites, chaque matin, avec un linge trempé d'eau froide et suivies aussitôt de frictions sèches. Vous pourrez rendre ces frictions plus actives encore, en les faisant exécuter avec de l'eau alcoolisée, ou même avec de l'eau sulfurée (comme celle que donne la poudre de Pouillet par exemple).

Pour répondre à cette même indication, les sujets doivent vivre en plein air, autant que le permet la température et l'état de l'atmosphère. Ce n'est pas à eux que le séjour des étables pourrait jamais convenir; il leur faut bien plutôt l'air vif des bois ou des montagnes. Vous ne les enverrez ni à Pau, ni à Pise; mais Arcahon est le type des localités qui leur conviennent. L'air marin est en effet pour eux l'air vital; vous ne craignez pas non plus de leur conseiller les traversées et même les longs voyages en mer, alors même que leur installation n'offrirait pas d'ailleurs tout le confortable, dont ne peuvent impunément se passer les arthritiques.



Ce qu'il faut, avant tout, à de tels sujets, c'est de respirer, c'est de s'hématoser largement et de fournir à leur nutrition appauvrie les éléments d'une réparation forte et abondante. Ce qu'il leur faut aussi, c'est une activité fonctionnelle suffisante pour entraîner dans son essor l'activité nutritive elle-même, et lui rendre toutes les forces qui lui font défaut. Donc pas d'occupations qui tiennent ces malades dans une immobile assiduité et les empêche de respirer au dehors de leurs appartements, au dehors des villes elles-mêmes, un air pur dont ils ont si grand besoin.

Pour la même raison, ces sujets adopteront des vêtements chauds, mais amples. L'idéal du vêtement, en général, c'est de conserver au corps sa chaleur, tout en laissant à l'air l'accès à sa surface; c'est pourquoi il est bon que cet air ne soit pas lui-même trop réfrigérant; et le vêtement de laine qui se rapproche le mieux de cet idéal est le meilleur.

Je me garderai bien de dire, comme on l'a fait, que les vêtements ont à cet égard une influence directe sur la poitrine qu'ils recouvrent. A ceux qui prétendent que les tubercules se développent au sommet des poumons, parce que l'on couche habituellement les épaules découvertes, nous pourrions opposer ceux qui attribuent cette même localisation à ce que nos vêtements pèsent sur nos épaules et s'appliquent plus intimement sur le haut du tronc. Voilà des conceptions que je n'évoque que pour vous indiquer l'idée qui les a dictées, tout en vous montrant le peu de valeur qu'elles ont par elles-mêmes.

Enfin, le scrofuleux doit éviter toutes les causes susceptibles d'irriter directement les voies respiratoires : les poussières, qui ont paru si nuisibles à deux malades du service, le n° 6 de Sainte-Marthe et le n° 11 de Sainte-

Anne, les traumatismes directs ou indirects, les causes de rhume et d'affection quelconque des voies respiratoires. Si la tolérance de ces organes, chez le scrofuleux, peut rendre ces influences moins dangereuses qu'on ne serait tenté de le croire, sachons aussi qu'elle peut en dissimuler l'action sans en empêcher les effets réels; et méfions-nous, en ces cas, des causes insidieuses auxquelles leur répétition donne une si grande portée.

(B) La prophylaxie physiologique consiste à mettre l'économie du scrofuleux à l'abri des insultes de la tuberculose. La première indication qu'elle comporte est celle qui relève de l'état physiologique dans lequel la scrofule trouve les malades qu'elle fait siens, et dans lequel elle les plonge encore de plus en plus à mesure qu'elle les domine davantage.

Le régime alimentaire est la première condition à déterminer, pour combattre avantageusement cet état. Rappelez-vous que l'important ici n'est pas tant de peu dépenser, mais bien plutôt de récupérer ce qu'on dépense et au delà; car une bonne nutrition ne consiste pas dans une immobilisation des éléments au sein de notre économie, mais dans un échange facile entre les éléments qui viennent du dehors et ceux qui s'en vont, de telle sorte que les organes gardent leur puissance d'action plus encore que leurs conditions morphologiques de taille et de volume. Je vous ai dit déjà quelle valeur relative il fallait attribuer à l'embonpoint à ce sujet, et combien l'accroissement des forces est préférable à l'augmentation de poids.

Donc la table sera bonne; elle le sera non pas seulement au sens pantagruélique; il y faut à la fois qualité et quantité. Vous ne craignez pas de conseiller de temps à autre,

sinon comme régime ordinaire, quelques aliments de haut goût : le gibier, le poisson, les huîtres, les fromages variés, le caviar même et quelques épices. Le vin sera pris largement ; un peu de liqueur alcoolique terminera favorablement le repas. Vous en comprendrez l'utilité, si vous vous rappelez ce que je vous ai dit de l'action que l'alcool peut exercer sur le poumon, de l'excitation nutritive que son élimination par les voies aériennes peut y provoquer, et de la tendance cirrhotique ou sclérosique qui en résulte. Or cette altération, vous le savez maintenant, peut offrir une certaine barrière à l'invasion du parenchyme pulmonaire par la tuberculisation en général, et probablement elle s'oppose encore plus efficacement à l'extension du tubercule scrofuleux.

Il est évident que tous les moyens que nous passions en revue à l'instant, comme susceptibles de favoriser la plénitude des fonctions respiratoires, trouvent encore ici leur indication, comme étant capables de relever les forces de l'économie, à cause de l'influence favorable qu'ils exercent secondairement sur la nutrition. Du reste, entre les deux méthodes hygiéniques que je vous proposais dans une précédente leçon, celle des précautions à outrance et celle de l'aguerrissement, la prophylaxie réclame plutôt ici celle de l'aguerrissement. Les sujets ne sont pas très impressionnables, ils ne réagissent que sous l'influence d'excitants vigoureux ; il y a donc peu à craindre que cette réaction dépasse la mesure. Voilà tout autant de raisons de ne pas craindre et d'endurcir, comme on dit, le malade, tout en lui ménageant les graves intempéries et tous les excès.

Avant tout, activer la circulation dans le poumon, fournir à l'hématose des éléments sains et abondants, tel es

le préliminaire naturel de la médication tonique chez le scrofuleux menacé de phthisie.

En effet, tous les agents de la médication tonique peuvent être mis en œuvre. Je dois ici m'expliquer devant vous sur la valeur et l'opportunité de l'usage du fer dans la phthisie. Sans doute, s'il est une forme de cette maladie où le fer puisse être donné, au moins comme moyen préventif, c'est bien la forme scrofuleuse. Lorsque Trousseau condamnait absolument l'usage du fer chez les phthisiques, s'il avait en vue la phthisie arthritique, ou même la phthisie acquise, il avait raison; mais d'autre part, quand Morton conseillait de combattre la chloro-anémie chez les sujets phthisiques, ou en imminence de le devenir, au moyen de préparations ferrugineuses, si c'est à la phthisie scrofuleuse qu'il réservait cette indication, il n'avait pas tort. Disons de suite, pour n'y pas revenir, que la préparation qui sera conseillée de préférence au scrofuleux, ce sera l'iodure de fer, dont les deux composants peuvent agir utilement sur ces malades. On donne encore, comme moins excitantes que les autres, les préparations les moins solubles, telles que le fer réduit, la limaille porphyrisée, simple ou oxydée, le sous-carbonate de fer, etc. La liqueur de Bestucheff est une préparation que j'emploie souvent avec utilité. Il ne faut pas oublier non plus qu'on peut essayer l'emploi des phosphates, et surtout celui du pyrophosphate de fer, qui ne donne que peu de fer à l'assimilation, c'est vrai, mais favorise beaucoup les éliminations.

Dans tous les cas, la médication ferrugineuse sera bannie s'il existe de la fièvre, s'il se produit des hémoptysies ou tout autre signe de congestion pulmonaire, ainsi que Morton l'avait déjà sagement recommandé.

Il n'en est pas de même des élixirs, des vins toniques et amers, qui peuvent toujours être conseillés avec tout avantage. Tous les moyens susceptibles de provoquer un entraînement nutritif peuvent être donnés alors. Je n'ai pas à vous rappeler tous les toniques amers que réclame le traitement de la scrofule, et dont les préparations dites antiscorbutiques, vin et sirop, sont le meilleur type.

Je n'ai pas besoin d'insister non plus sur l'utilité qu'il y a à entretenir, chez de tels malades, l'activité des fonctions digestives. Que la dyspepsie mène à la phthisie, Beau l'avait bien vu. Ce résultat ne tiendrait-il pas autant à la dyspepsie qu'à la maladie constitutionnelle, laquelle est souvent la cause de cette même dyspepsie, comme elle va être la cause du tubercule? — Cela est bien possible, mais n'empêche nullement que la dyspepsie et les désastreuses conséquences qu'elle a pour la nutrition ne soient attaquées en elles-mêmes et utilement par la thérapeutique. Je reviendrai plus loin sur les accidents intestinaux, qui réclament une médication encore plus active, si c'est possible.

(C) Ceci, du reste, m'amène à vous dire un mot de la prophylaxie nosologique, celle qui consiste à combattre la maladie constitutionnelle plus directement en elle-même, pour lui fermer l'issue tuberculeuse vers laquelle elle s'achemine peu à peu. C'est tout le traitement de la scrofule que j'aurais à passer ici en revue, si je voulais épuiser ce chapitre. Je vous rappellerai seulement que les agents sur lesquels il faut surtout compter, sont ceux de la médication altérante tonique. L'iode est le premier parmi eux; et sous toutes les formes, et par toutes les voies, il peut être conseillé à ces malades.

Vous m'avez vu donner souvent l'iodure de potassium

à petites doses (25 centigrammes par cuillerée de véhicule, ce véhicule étant le plus souvent le sirop antiscorbutique ; une cuillerée par jour). Parfois encore, quand l'iodure est mal supporté, ou que je crains quelque effet d'osmose de la part de ce sel dans l'intestin, je donne la teinture d'iode par gouttes, dans un peu de vin généreux. On peut encore l'administrer sous forme d'iodure d'amidon, que les malades peuvent préparer eux-mêmes extemporanément, en laissant tomber quelques gouttes de teinture d'iode dans une tasse d'eau de riz sucrée et que l'on avale aussitôt, pendant que s'y développe la teinte bleue caractéristique de la formation de l'iodure d'amidon. Les arsenicaux sont moins souvent utiles, et cependant ils peuvent être employés à défaut des iodures.

Il est encore de puissants médicaments, capables de répondre à cette indication : ce sont les hypophosphites ou les phosphates. Sans croire que la phosphaturie soit le fait de la tuberculose, et que ces médicaments n'aient pour effet que de combler le défaut de phosphore qui résulterait d'une élimination exagérée, je donne volontiers, vous l'avez vu, les phosphates aux scrofuleux, et en particulier à ceux qui ont de la diarrhée. Je vous en ai fait constater plusieurs fois les avantages ; notamment chez ce jeune malade que vous avez suivi, au n° 12 de la salle Sainte-Marthe, lequel nous est arrivé dans un état de phthisie scrofuleuse, avec diarrhée et cachexie déjà fort accusée, et s'est remis cependant assez pour vouloir nous quitter, se croyant guéri. Vous m'avez vu, le plus souvent, prescrire le phosphate de chaux, qui est presque insoluble et doit peu agir ; mais cela n'enlève à cet agent aucune de ses qualités topiques, si favorables à la muqueuse intestinale irritée ; de plus, je

vois dans cette insolubilité le même avantage que nous reconnaissons tout à l'heure aux ferrugineux insolubles, c'est-à-dire que l'absorption en est très limitée, et qu'on demeure à l'abri des excitations dangereuses que le médicament peut produire, quand il est absorbé.

Tous les accidents de la scrofule doivent être ainsi combattus par des modificateurs toniques. Chez de tels malades, les répercussions fâcheuses sont moins à craindre que chez les arthritiques. Les troubles locaux de la scrofule étant moins purement congestifs et plus sécrétoires que ceux de l'arthritisme, sont en même temps moins mobiles et plus saisissables. Ce n'est pas à dire pour cela qu'il n'y ait pas à tenir compte des suppurations anciennement établies chez ces malades, telles qu'une carie osseuse, une tumeur blanche, une fistule anale, une orchite tuberculeuse même. Ces diverses manifestations partielles doivent être prudemment attaquées, et on fera bien de leur ménager tout d'abord, au moment de leur suppression, une sorte de compensation, telle que purgation ou même vésicatoire. Nous savons que ce n'est pas impunément qu'on tarit tout d'un coup, chez un sujet à pyogénie facile, une ou plusieurs des voies par lesquelles a pris l'habitude de se porter l'effort producteur des néocytes. De là l'utilité des dérivations, au moins passagères, quand on vient à supprimer quelque-une de ces manifestations périphériques.

C'est à ce moment que se placera avec la plus grande opportunité, l'indication des eaux minérales. Avec la vie au grand air, avec le bord de la mer, l'air vif de la montagne ou de la forêt, avec les brises aromatisées par l'essence des eucalyptus ou des sapins, le malade compte déjà

sur de puissants modificateurs. S'il peut, avec cela, faire une saison d'eaux minérales, il en tirera grand effet. Trois espèces d'eaux se présentent alors, comme pouvant lui être utiles : les eaux sulfureuses, les eaux salines, les eaux altérantes arsenicales.

Dans la scrofule la plus torpide, celle qui appartient au tempérament lymphatique, par exemple, on n'hésitera pas à conseiller les eaux sulfurées sodiques chaudes, Barèges surtout, s'il y a des lésions osseuses ou seulement articulaires ; les Eaux-Chaudes, Luchon, Cauterets, si les bains et les boissons sont bien supportés ; les Eaux-Bonnes, si les sujets peuvent boire l'eau sulfureuse, et s'il y a déjà des manifestations catarrhales ; puis viennent Amélie, qui est aussi une station d'hiver, ainsi que le Vernet, enfin Aix et Challes. Parfois les malades supportent mieux les sulfurées calciques moins excitantes, utiles aussi par la chaux qu'elles renferment : ce sont les eaux d'Allevard, de Gréoulx et de Saint-Honoré. Enfin, au bas de l'échelle, vous placerez les eaux froides de Belleville, de Batignolles, d'Enghien et de Pierrefonds.

Après ces eaux viennent celles que l'on peut considérer comme intermédiaires et qui sont à la fois sulfurées et chlorurées, telles qu'Uriage et Aix-la-Chapelle, eaux chaudes, mais moins excitantes que les sulfurées pures.

Les eaux chlorurées conviennent aux phthisies scrofuleuses des sujets doués d'un tempérament nerveux ou sanguin, phthisies encore excitables et qui demandent à être traitées par les altérants et non par les excitants. Vous pourrez leur conseiller, en première ligne, les eaux chaudes de Balaruc, de Bourbonne, de Bains, celles de Bade, de Bourbon Lancy et de Bourbon-l'Archambault, ou comme



plus simplement altérantes, parce qu'elles sont froides, les eaux de Salins et celles de Salies de Béarn. Ajoutez à cela les eaux mères des salines et les eaux de mer elles-mêmes.

Dans la troisième catégorie, celle des scrofuleux excita-  
bles, nerveux ou sanguins, vous conseillerez les eaux arse-  
nicales, dont la Bourboule est le type le plus achevé; on  
lui préférera souvent le Mont-Dore, quoique moins puis-  
sant, et par cela même plus facile à gouverner, dans l'usage  
qu'en feront les malades; joignez-y encore les eaux algé-  
riennes de Hammam-Meskoutine. Saint-Nectaire est dans  
la même ligne, et Dax peut en être rapproché aussi, quoi-  
que ses eaux ne soient guère arsenicales. Ces dernières  
eaux sont chaudes; elles conviennent aux scrofuleux pâles  
et mous, mais irritables et susceptibles d'éréthisme ner-  
veux et vasculaire.

Toutes ces eaux d'ailleurs, aussi bien les sulfureuses que  
les arsenicales, doivent être déconseillées aux malades at-  
teints de troubles de l'intestin, parce qu'elles sont souvent  
mal tolérées par les voies digestives. Et même, chez les  
sujets qui n'ont encore présenté aucun trouble de ce côté,  
on fera bien, avant de décider une saison d'eaux, d'essayer  
la tolérance dont ils sont susceptibles vis-à-vis d'elles, en  
leur faisant prendre chez eux un peu de ces mêmes eaux.  
Vous savez que le meilleur moyen de faciliter cette tolé-  
rance est de donner les eaux chaudes et coupées d'un peu  
de lait chaud ou d'une infusion chaude.

J'ai donné, comme vous le voyez, messieurs, une notable  
étendue à cette prophylaxie; c'est qu'en effet, quelque cu-  
rable que soit la phthisie scrofuleuse, quelque lente du  
moins qu'elle soit, il vaut encore mieux avoir à la prévenir

qu'à la combattre. Nous sommes aussi bien mieux armés pour le premier rôle que pour le second.

II. *Indications thérapeutiques proprement dites de la phthisie scrofuleuse.* — Il est difficile, avons-nous dit, de lutter contre la phthisie scrofuleuse, parce que c'est la plus tuberculeuse des phthisies et que la thérapeutique ne peut guère agir sur le tubercule. Cependant, comme ce tubercule marche très lentement chez le scrofuleux, la thérapeutique peut et doit favoriser cette lenteur d'évolution ; elle peut aussi aider à la transformation sur place des lobules envahis ; elle peut enfin agir pour soutenir l'économie du malade malgré son mal, et pour combattre la cause scrofuleuse qu'il reconnaît.

(A) L'indication anatomique, dans la phthisie scrofuleuse, varie aux diverses phases de la maladie.

Chez le phthisique scrofuleux, au début de sa tuberculose, l'indication locale a une grande importance, puisque c'est la lésion locale qui semble prendre le pas sur l'état général et le devancer, ce qui ne veut pas dire toutefois qu'il le domine. Or cette lésion locale, au début, se traduit surtout par des phénomènes de catarrhe muqueux ou muco-purulent. Rarement l'irritation arrive dès ce moment à provoquer autre chose que du catarrhe et des névralgies ; son effort est insuffisant pour atteindre l'inflammation franche et plastique.

Or dans les cas, rares d'ailleurs, où se montrent les accidents névralgiques et les troubles nerveux divers, il y a là une indication toute manifeste, et à laquelle il faut répondre par l'usage des calmants, des tempérants, et même des narcotiques. L'aconit, la ciguë, l'eau de laurier-cerise et l'opium, la jusquiame et la belladone peuvent y être em-

ployés. La malade du n° 16 de la salle Saint-Julien en est un exemple. Cette femme, qui présente des antécédents scrofuleux, est d'un tempérament nerveux, et nerveux à l'excès. On ne peut poser la main sur un point quelconque de sa cage thoracique, sans provoquer une sensation douloureuse, et elle ressent spontanément des douleurs aiguës dans toute la poitrine. Le spasme ne provoque pas beaucoup la toux chez cette malade, mais il provoque le vomissement, avec une fréquence et une persistance désespérantes. Chez cette malade, le régime lacté a dû être employé, le lait étant le seul aliment que l'estomac pût garder et dont la digestion ne provoquât pas trop de douleurs. Tous les calmants que nous avons essayé de lui administrer n'ont abouti qu'à pallier un peu ces accidents. Nous ne les avons pas ménagés cependant; et quand nous avons été battus du côté des narcotiques et des anesthésiants, nous avons essayé des antispasmodiques qui réussissent quelquefois mieux. Heureusement tous les malades ne présentent pas une indifférence thérapeutique aussi absolue, et vous en rencontrerez que calmeront les moyens que je viens de dire, et dont nous avons déjà énuméré le détail. En effet, cette indication se présente plus souvent encore dans les phthysies acquise et arthritique, que dans la forme scrofuleuse.

La phthisie peut provoquer chez le scrofuleux des mouvements nerveux dans la sphère de relation et des troubles sécrétoires dans la sphère nutritive. On y voit rarement la congestion sanguine aiguë, plus rarement encore l'inflammation. Ce qui se produit le plus souvent, dans l'ordre nutritif, c'est l'infiltration séreuse, la leucophlegmatie, comme on disait naguère, la fluxion séreuse, quand elle a

lieu dans le parenchyme du poumon, le catarrhe, quand elle se passe à la surface des bronches.

Rappelons-nous toutefois que ce mode morbide n'a pas ici le caractère d'acuité avec lequel nous l'avons déjà vu se produire, comme fait secondaire, dans les formes précédentes de la phthisie; ici, il est étendu quant à son siège, lent quant à sa marche; le poumon dans lequel il se produit semble le réaliser sans grand travail, et l'économie au sein de laquelle tout cela se passe s'en émeut assez peu. Alors même que l'étendue de l'infiltration est considérable et que les produits d'exsudation catarrhale occupent une notable partie de l'arbre bronchique, le malade n'a que peu de fièvre; il supporte même avec une étonnante indifférence l'asphyxie qui en résulte, et dont la cyanose révèle déjà la gravité.

Le caractère si nettement torpide de ces accidents indique tout naturellement l'avantage qu'il y aura à les attaquer au moyen des substitutifs, et combien il y aura peu de danger de dépasser la mesure utile, dans l'usage qu'on en fera. Au premier rang se placent ici les balsamiques, dont le baume de Tolu est le type.

La térébenthine agit de même et peut être donnée sous forme d'essence ou de résine. Les bourgeons de sapin, le genièvre, l'eucalyptus, le copahu lui-même, et mieux encore, le modeste goudron, seront utilement conseillés. On peut demander à ces agents une double action topique : celle qui résulte de leur arrivée directe sur les surfaces malades, et qu'on réalise le mieux au moyen des inhalations ou des pulvérisations, et aussi celle qui résulte de leur élimination par les voies aériennes, alors qu'on les a administrées au préalable par la voie gastrique, soit en pilules, soit en cap-

sules, sous forme de sirop ou sous forme d'émulsion. Les pilules de Morton, par exemple, composées de soufre et de baumes résineux, constituent, dans ce genre, une excellente préparation.

A côté des balsamiques proprement dits, nous devons ranger encore l'alcool, qui agit comme eux, surtout par élimination. Mais le médicament qui jouit à cet égard d'une notoriété supérieure à tous les autres, c'est le soufre, ou plutôt ce sont les sulfureux. Les sulfureux donnés en inhalations et en boissons, agissent comme les balsamiques. Nous avons déjà dit comment le premier effet de ces substances sur les sécrétions des bronches, est d'en diminuer l'intensité, et comment aussi leur usage excessif ou trop prolongé peut devenir nuisible. En tous cas, on craindra peu, chez le scrofuleux, cette siccité douloureuse et inflammatoire de la muqueuse, qui résulte souvent, chez l'arthritique, du premier conflit ou de la première rencontre de la muqueuse avec l'agent substitutif. Quant au choix des eaux sulfureuses, j'y ai assez insisté tout à l'heure pour n'avoir pas besoin d'y revenir.

Ajoutez encore à ceci les inhalations d'essences oxygénées, telles que le camphre par exemple, et celles plus actives encore qu'on exécute avec les préparations créosotées. Enfin vous n'oublierez pas que l'iode métallique, vu sa volatilité, peut être employé de la même façon, et qu'on l'emploie souvent, en effet, avec grand avantage.

Il ne sera pas inutile d'ajouter ici, vu la fréquence avec laquelle se produisent, chez le phthisique scrofuleux, les troubles gastriques et la diarrhée, que les sulfureux peuvent quelquefois, à cause de cela, être mal supportés par lui, tandis que les balsamiques n'ont pas les mêmes inconvé-

nients. Les résines et les baumes ont même pour propriété de prévenir et de combattre la diarrhée, et à ce titre ces agents peuvent convenir doublement aux malades qui nous occupent.

Quand le phthisique atteint une période plus avancée de sa maladie, ce ne sont plus seulement des troubles sécrétoires et des altérations de surface qu'il présente; le pus, avons-nous dit, est partout, à la surface et dans le parenchyme du poumon; ce ne sont donc plus seulement les agents modificateurs qu'il faut mettre en œuvre, ce sont les antiseptiques.

Les produits de sécrétion stagnent plus ou moins, fermentent, et peuvent infecter l'économie qui les reprend ainsi altérés; l'indication antiseptique devient alors une indication de première importance; c'est à elle qu'il faut songer.

Les agents de cette médication diffèrent peu d'ailleurs des substitutifs, que nous venons de passer en revue. Tous les balsamiques sont aussi plus ou moins des antiseptiques; il faut seulement les employer à plus large dose, et les faire passer dans tous les sens à travers le poumon malade; en un mot, il faut les donner directement par les voies respiratoires, afin qu'ils les traversent de dehors en dedans, et il faut les donner à l'intérieur par la voie gastrique, afin qu'ils les traversent de dedans en dehors.

L'alcool à haute dose, les inhalations camphrées prennent ici le premier plan. Ils ne viennent toutefois qu'après une substance qui a été fort préconisée dans ces derniers temps et dont la véritable indication est bien celle qui nous occupe ici : je veux parler de la créosote. La créosote de hêtre, qu'on obtient par la distillation du goudron de

hêtre, est une substance empyreumatique et caustique qui a les propriétés des substances balsamiques, mais qui est bien plus antiseptique qu'elles ne peuvent l'être. Elle se donne surtout à l'intérieur, mêlée au vin, ou aux liqueurs, ou étendue de beaucoup d'eau, ou associée à l'huile de morue ; et le plus souvent alors en capsules. Elle agit très activement pour diminuer les sécrétions normales et morbides, et comme elle est éliminée par les voies respiratoires, elle accompagne les produits d'excrétion, dans lesquels elle arrête la fermentation et prévient la putridité. La créosote est donc bien le médicament qui convient à cette forme et à cette phase de la phthisie. Vous avez pu vous convaincre avec moi, d'après les tentatives que vous m'avez vu répéter dans notre service, que ces effets sont généralement très nets, mais aussi, que demander davantage ou autre chose à ce médicament, c'est s'exposer à de graves mécomptes.

A côté de la créosote nous ne saurions oublier l'acide phénique et l'acide salicylique, beaucoup moins employés, et enfin l'acide thymique, qui pourrait bien rendre aussi de vrais services, dans le sens de cette indication <sup>1</sup>.

Il n'est pas dit que le phthisique scrofuleux ne présentera jamais une inflammation un peu active ; et contre les formes de la broncho-pneumonie, qui n'est pas rare chez lui, bien qu'elle n'y soit jamais franche, contre les congestions et les infiltrations dont la tuberculose peut toujours devenir l'occasion, on emploiera les révulsifs ; parmi ces révulsifs on n'hésitera pas à choisir ceux dont l'action

1. On a préconisé récemment en Allemagne l'usage de benzoate de soude, dont l'action serait identique et dont les effets seraient des plus remarquables.

profonde et pyogénique semble plus capable de suppléer les altérations profondes et pyogéniques aussi de la scrofule. On usera de préférence des révulsifs cutanés, car il faut ménager les intestins du scrofuleux. Pour la même raison, on n'emploiera qu'avec mesure, à l'intérieur, les antimoniaux, sauf peut-être l'oxyde blanc d'antimoine. On leur préférera l'ipéca ou l'alcool. Je vous ai parlé déjà assez longuement de ces divers moyens, pour n'avoir pas à y insister de nouveau.

Du reste, les agents antiseptiques eux-mêmes, employés à haute dose, peuvent aussi passer pour des antiphlogistiques; la question est même encore pendante, de savoir si leur propriété antiseptique ne résulte pas, en grande partie, de la barrière qu'ils portent par là aux néoformations dont toute irritation est suivie.

(B) L'indication physiologique qui domine la thérapeutique de la phthisie scrofuleuse, est la même que celle qui domine la thérapeutique de la phthisie commune, c'est-à-dire l'indication tonique.

Peu exposé aux mouvements fébriles, si ce n'est aux fièvres de suppuration et de résorption putride, le phthisique scrofuleux a surtout besoin qu'on soutienne ses forces. A cette condition, il n'éliminera peut-être pas ses tubercules, mais il sera capable de vivre avec eux... j'allais dire en bonne intelligence.

Le scrofuleux perd plus de forces que d'embonpoint; ce sont donc des dynamophores qu'il lui faut prendre, plus encore que des aliments hydrocarbonés, presque autant que des aliments plastiques.

Tous les modes d'entraînement lui sont utiles. Je vous ai dit, au chapitre de la prophylaxie, ce que peut être son



hygiène. Son traitement n'est qu'une prophylaxie continuée.

L'hydrothérapie passe ici en première ligne, et l'hydrothérapie avec ses pratiques les plus excitantes. La douche révélsive chaude ou froide, et aussi la douche écossaise peuvent être appliquées utilement, mais non sans une attentive surveillance. La gymnastique et l'exercice sont utiles, à la condition de ne pas dépenser plus de forces qu'on n'est susceptible d'en récupérer. Une atmosphère aromatisée par les essences oxygénées peut aussi concourir à ce même but. Les inhalations d'oxygène, quoique n'ayant pas donné beaucoup de résultat, pourraient être employées aussi avec de grandes précautions, et, bien appliquées, rendre service.

Le régime alimentaire doit être fortement tonique, très animalisé; on ne craindra pas d'y joindre quelques excitants, si cela peut aider aux fonctions de l'estomac. Et parmi les agents médicamenteux, le quinquina et tous les toniques amers seront donnés *larga manu*. L'écorce d'orange, la camomille, la gentiane, la centaurée, le quassia, le colombo, le thé, le café, la coca, etc., peuvent être conseillés. Le fer, avec les réserves que je viens d'émettre tout à l'heure, clôt cette série; et, à son défaut, l'iode, l'arsenic et le manganèse.

L'huile de foie de morue et tous ses succédanés, que je vous ai dits déjà, graisses animales, beurre simple ou ioduré, sont à prescrire autant que le permettent les aptitudes digestives. Dans le cas contraire, il faut savoir y renoncer et prendre autre chose, sous peine de provoquer la diarrhée et ses suites. Les alcooliques, le vin surtout, sont à conseiller à ces malades. On leur donne aussi avec succès du lait médicamenteux, celui surtout qu'on obtient selon la méthode d'A. Latour, d'une chèvre, à la ration de laquelle on

mêle du chlorure de sodium; on y a même ajouté de l'iode de potassium.

Vu la facilité avec laquelle se produisent, chez les phthisiques scrofuleux, les accidents gastro-intestinaux, il y aura lieu de suivre de près les effets du régime alimentaire. On le modifiera en cas de dyspepsie et on y adjoindra tous les peptiques connus, y compris la pancréatine et la pepsine. S'il y a, de plus, de la diarrhée, on emploiera tous les astringents connus, depuis le sous-nitrate de bismuth jusqu'au nitrate d'argent, en passant par le phosphate de chaux, l'oxyde de zinc et les sels de plomb. Joignez-y le cachou, la ratanhia, le tanin, le kino, le sang-dragon, la créosote, puis le diascordium et l'opium sous toutes les formes; et vous pourrez parfois épuiser les moyens que résume cette longue énumération, sans même oublier les révulsifs cutanés, avant de tarir la diarrhée de votre malade. Sachez cependant que la diarrhée colliquative de la cachexie confirmée est la seule qui résiste ainsi à toutes nos tentatives, et que vous pouvez beaucoup contre toutes les autres diarrhées.

Liée à une simple irritation catarrhale, comme il arrive surtout au début de la phthisie, la diarrhée peut encore reconnaître pour causes, à ce même moment, de simples indigestions, ou bien encore des adénopathies de voisinage (carreau); plus tard, elle se lie à l'entérite, puis aux ulcérations intestinales; à la fin, elle est cachectique, passive et joue son rôle dans la colliquation générale.

Les absorbants peuvent toujours être employés utilement contre la diarrhée, à toutes les phases de la maladie, ainsi que les opiacés, qui conviennent surtout en cas de catarrhe et en cas d'ulcération. Un purgatif salin peut être

donné utilement de temps à autre, pour évacuer les produits de sécrétion, causes eux-mêmes de nouvelles irritations, et pour modifier ces sécrétions à leur tour. Puis vient la série des astringents et même des caustiques. Vous m'avez vu employer avec avantage le bismuth, le phosphate de chaux, l'oxyde de zinc; ou bien l'opium, le diascordium, le laudanum, en lavements et en potions; ou bien encore les décoctions astringentes (feuilles de noyer, écorce de chêne) les sels de plomb, seuls ou unis à l'opium, et les lavements d'eau blanche. Les lavements de nitrate d'argent sont d'un usage difficile, mais réussissent parfois. Enfin, j'ai donné encore en lavement l'extrait d'ergot, et cela, aux malades les plus cachectiques; et vous avez pu voir que ce n'a pas été sans avantage. Il en est de même de l'application des révulsifs et en particulier des vésicatoires sur le ventre. Mais que de fois avons-nous vu ces divers moyens, mis en œuvre sans succès! Vous le savez, et vous le comprenez aussi, sachant que la diarrhée n'est ici qu'un épiphénomène.

Les sueurs, bien que moins profuses, se comportent absolument de même. Les lotions extérieures, et surtout les lotions alcoolisées ou vinaigrées, les combattent souvent avec avantage. Et dans le cas où ce moyen ne pourrait convenir, l'usage interne de l'agaric, celui de l'aconit, du tanin, de l'acétate de plomb, de l'atropine, du phosphate de chaux et même de la poudre de Dower, peut être tenté avec quelque succès.

Modérer ces flux divers, soit ceux qui viennent des bronches, comme nous l'avons dit plus haut, soit ceux qui viennent des voies digestives, soit ceux qui viennent de la peau, c'est encore ménager les forces des malades. Or cette indi-

cation est importante au début de la maladie, quand ces flux résultent de poussées congestives aiguës ou subaiguës ; elle est encore praticable et efficace quand, plus tard, elle résulte directement ou indirectement de la présence des tubercules dans le poumon, ou de la fièvre qu'ils suscitent ; enfin, elle réclame encore une intervention thérapeutique active, bien que peu effective, à la période cachectique, quand ces flux se font passivement, presque mécaniquement et traduisent la colliquation à laquelle ils prennent part.

Quand la forme scrofuleuse de la phthisie se rencontre avec le tempérament lymphatique, on est en face des formes les plus torpides de la phthisie, en face de celles pour lesquelles le traitement le plus tonique ne saura jamais l'être assez, et pour lesquelles les toniques excitants peuvent eux-mêmes être largement employés, à la condition toutefois d'en surveiller les résultats. C'est là que seront mis en œuvre l'iodure de fer, le pyrophosphate de fer, le phosphate de chaux, et même le phosphate de soude et les hypophosphites, l'iode en nature, les infusions aromatiques et excitantes, enfin les alcools. La glycérine, à défaut de l'huile de morue, convient encore à ces malades. Enfin, le régime alimentaire le plus largement entendu et le plus montant, sera permis et même conseillé chez de tels sujets, en même temps que l'exercice musculaire, aidé et soutenu par l'hydrothérapie.

Chez le phthisique scrofuleux qui garde quelques-uns des attributs du tempérament sanguin, il y aura plus de mesure à garder dans l'usage des excitants. C'est chez la femme surtout que cette forme se rencontre, et elle se caractérise par la mobilité des congestions locales et la faci-

lité des mouvements fébriles. Ici, c'est le régime tonique dépourvu d'excitants qui sera préféré. Vous donnerez à ces malades l'iodure de potassium à petites doses (25 centigrammes), de préférence à l'iode en nature; le thé et le café seront bannis, ou rarement permis; le phosphate de chaux presque insoluble sera préféré au phosphate de soude soluble. Le fer sera mis de côté, l'alcool sera remplacé par le vin. Il n'y aurait que la fièvre persistante, qui pourrait motiver l'usage des alcooliques à haute dose, ou bien l'état de cachexie et de septicité, dans lequel les alcools conviennent, ainsi que tous les antiseptiques que je viens de passer en revue. Du reste, toujours en pareil cas, la fièvre se rattache à un processus plus ou moins inflammatoire local, et l'indication physiologique se confond alors avec l'indication anatomique, que nous venons d'étudier.

L'indication est encore un peu différente chez les phthisiques scrofuleux doués d'un tempérament nerveux, qui se traduit par une excitabilité sensitive et spasmodique excessive. Il faut se garder sans doute de les affaiblir, mais il faut ne pas moins se garder d'aggraver leur état d'irritabilité, en les excitant par l'emploi des moyens que nous venons de passer en revue. Le médecin se trouve encore, en face de tels malades, dans la situation délicate que nous avons rencontrée dans beaucoup de cas de phthisies arthritiques et de tuberculoses acquises; d'une part, il ne lui faut pas laisser trop s'appauvrir l'économie déjà épuisée; d'autre part, il lui faut éviter toute stimulation, qui deviendrait comme une provocation incendiaire.

Nous avons dû, par exemple, chez la malade de la salle Saint-Julien, n° 16, nous résigner au régime lacté, le seul que l'estomac pût supporter, le seul qui ne provoquât

pas chez elle de retours fébriles exagérés. Sans aller jusque-là, ces malades réclameront souvent un régime alimentaire fort adouci. On y adjoindra, d'ailleurs, les agents de la médication anesthésiante et même narcotique. Les gouttes noires et les gouttes blanches seront données avant les repas. Les antispasmodiques les plus doux seront ajoutés à leur médication, tels que la teinture d'ambre, ou même celle de castoréum. La valériane, en lavement surtout, pourra donner ses effets toniques et régulateurs de l'action nerveuse. Enfin les bromures, et surtout le bromure de camphre, s'il est bien supporté, devront compléter cette médication. Les calmants seront aussi employés à l'extérieur, seuls ou mêlés à de légers révulsifs; les frictions de baume tranquille, de baume de Fioravanti, simple ou additionné de chloroforme ou de laudanum, rendront de vrais services, dans le cas où les douleurs névralgiques se montrent sur le trajet des nerfs intercostaux et sur celui des nerfs phréniques. Enfin, vous avez nommé déjà les injections sous-cutanées de morphine, que les malades ne tarderont pas à réclamer avec des instances impérieuses; et vous saurez ne pas toujours céder à ces instances, si vous ne voulez arriver vite à l'abus, qu'il est ici bien facile d'atteindre.

Rappelez-vous donc que la médication opiacée, employée avec mesure, peut, en agissant comme calmant de l'activité fonctionnelle et sensible, garder une certaine influence tonique sur l'activité nutritive; et que, dans cette mesure, elle répond doublement à l'indication qui nous occupe; que, cette mesure une fois dépassée, l'activité nutritive fléchit à son tour sous le coup de l'opium, et que là est le danger dont l'opium est souvent responsable. Je vous ai

dans le cas de diarrhée et de troubles intestinaux. En dehors de cette indication spéciale, le phosphate de soude aura plus d'action sur la nutrition générale et pourra être préféré.

Le chlorhydro et le lacto-phosphate de chaux sont des sels rendus solubles par un excès d'acide, plus actifs, par conséquent, que les phosphates neutres ou basiques, qui sont de plus insolubles, mais moins bénins pour la muqueuse de l'estomac, que leur usage prolongé révolte souvent. Selon les expériences de Paquelin et Jolly, les effets de ce médicament sur la nutrition seraient loin d'être aussi favorables qu'on l'a cru, de sorte qu'il ne faudrait l'employer qu'avec mesure, au point de vue du dosage et au point de vue de la durée de son administration.

Les hypophosphites non plus n'ont pas tenu tout ce qu'ils avaient promis, ou plutôt ce qu'on avait promis pour eux. Quoi qu'en ait dit Churchill, et quoi qu'en ait pensé M. Dechambre, l'hypophosphite de chaux ne présente aucune action bien marquée, ni sur la phthisie, ni sur les accidents secondaires de la maladie (Vigla). L'hypophosphite de soude, qui peut être donné comme capable de combler une partie des pertes que fait, en phosphore, l'économie du phthisique, doit être administré prudemment, et, selon Fonssagrives, à la dose seulement de 50 centigrammes à 2 gr. environ.

On peut leur ajouter comme succédanés, avec une action antiseptique plus probable, les sulfites et les hyposulfites, préconisés par Polli, de Milan.

A côté de ces moyens empruntés aux agents minéraux, il en faut placer d'autres empruntés au règne végétal, moyens peut-être trop délaissés aujourd'hui, et dont l'usage

cependant n'est pas seulement consacré par la tradition ou par la routine, mais aussi par l'expérience. Je veux parler des préparations dites antiscorbutiques; de l'usage des crucifères, et en particulier du cresson. Les sucres de cresson et l'usage du cresson en nature, sont indiqués chez les scrofuleux en général et chez les phthisiques scrofuleux. Ils font la base d'élixirs souvent prescrits par Gendrin. Je les fais généralement alterner avec l'huile de foie de morue. En un mot, les antiscorbutiques, l'huile de foie de morue, le koumys, les alcools, et surtout le bon vin et les bières anglaises, constituent les meilleurs moyens médicamenteux et diététiques à la fois, à joindre à ce traitement. Ajoutons-y encore le quinquina et toutes les préparations toniques dont il est la base. Mais rappelez-vous aussi qu'il faut savoir varier ces régimes thérapeutiques, parfois même les suspendre, si l'on ne veut s'exposer à tanner, pour ainsi dire, la surface interne de l'estomac, à force d'excitants, et contribuer ainsi à l'apepsie, dont les phthisiques, scrofuleux ou autres, sont toujours menacés.

Vous avez remarqué, messieurs, quelle place importante occupent dans cette thérapeutique, les préparations dont la chaux est la base. Une vue théorique peut justifier ce choix : c'est que les tubercules pouvant guérir par calcification, ou crétification, si vous l'aimez mieux, on fournit à l'économie, au moyen de ces préparations calcaires, les éléments de cette transformation. — Ce n'est certainement pas là le seul moyen que ces médicaments ont d'être utiles; mais nul doute que leur apport plus abondant dans le milieu intérieur, ne puisse aider à cette transformation. Impuissants à la provoquer, ils la rendent, par leur présence, au moins plus facile.



Quant à la transformation fibreuse des granulations tuberculeuses, elle est plus rare chez le scrofuleux que dans les autres formes, et d'ailleurs nous ignorons aussi totalement les conditions de cette transformation, que les moyens d'y pourvoir. Ceux qui paraissent devoir agir en ce sens, ce sont surtout les agents susceptibles de provoquer de la sclérose pulmonaire. Parmi eux, nous ne connaissons guère que les alcooliques, qui soient d'un usage facile et d'une efficacité plus que probable. Peut-être les balsamiques et les sulfureux, en raison de leur élimination, qui se fait, comme celle de l'alcool, par les voies respiratoires; peut-être ces agents, longtemps administrés, peuvent-ils concourir à ce même résultat.

Sur ce terrain, la thérapeutique est bien débile et insuffisante; et vous voyez par là combien nous sommes loin de croire à une médication spécifique quelconque. Toutes celles que j'ai vues naître et passer, comme vous en verrez vous-mêmes, suffiraient à me confirmer dans cette opinion, que justifient d'ailleurs les autorités les plus expérimentées et les plus compétentes. Il me reste à vous dire quelques mots de l'usage des eaux et des stations climatériques, sur lesquelles la pratique nosocomiale ne nous renseigne guère, mais que vous aurez à appliquer plus tard.

Remarquons, avant d'aller plus loin, que ces divers moyens thérapeutiques, d'une grande utilité dans les premières périodes de la phthisie scrofuleuse, doivent absolument céder le pas aux autres indications, quand la maladie touche aux phases du ramollissement et surtout, quand arrive la cachexie. Les indications locales et physiologiques prennent alors les autres, ou du moins, ce sont les seules auxquelles

on puisse s'adresser utilement, avec quelque chance d'être favorable aux malades. Plus tard, l'indication nosologique n'a plus de raison d'être.

M'étant appliqué tout à l'heure à l'étude des eaux arsenicales, salines et sulfureuses, et à l'étude de leurs indications prophylactiques dans la phthisie scrofuleuse, je puis me dispenser d'y insister de nouveau. Je veux pourtant y joindre la mention des eaux bromo-iodurées, qui semblent faites exprès pour combattre la scrofule dans ses manifestations les plus délicates, notamment chez ces sujets nerveux dont nous avons vu l'intolérance véritablement étrange, quand le tempérament nerveux se rencontre avec la phthisie scrofuleuse. Telles sont les eaux de Challes, de Saxon (Valais), de Wildegg (Argovie) et celles de Bondonneau, dans la Drôme. Les eaux mères des salines maritimes, les sels recueillis de l'évaporation de ces eaux, doivent être considérés comme un mélange de bromure et d'iodure, des plus favorables aux scrofuleux. — Je n'ai pas à revenir sur ce que je vous ai dit de l'utilité que peut avoir la mer, son atmosphère, ses bains, et même son hydrothérapie pour de tels malades. Je ne vous parle pas non plus de l'usage interne de l'eau de mer, dont j'ai eu plusieurs fois à me louer. Ces moyens seront à mettre en œuvre surtout, chez les sujets présentant un faux et mol embonpoint qui n'a rien de commun avec l'accroissement des forces, et chez lesquels aussi les fonctions digestives sont demeurées intactes, sauf un peu de constipation.

Encore quelques mots, messieurs, relatifs aux indications des stations climatériques, dans le traitement de la phthisie. Vous n'êtes pas sans avoir entendu discuter déjà la valeur de ces singuliers *sanatoria* que nos voisins ont

installés dans leurs montagnes, depuis la forêt Noire jusqu'au Tyrol, en passant par la Suisse.

Résumant l'indication climatologique, Bennet n'hésite pas à dire que ce qui importe surtout, c'est de rester, hiver comme été, dans une température moyenne (12° à 20°), laquelle semble être la plus favorable à la pleine liberté des fonctions nutritives. Aussi conseille-t-il de descendre l'hiver dans le Midi, et de remonter au nord pendant l'été.

Le problème n'est pas si simple sans doute, mais il est vrai que la température en est l'élément le plus facile à apprécier, et probablement aussi le plus important. Lebert va plus loin encore, conseillant à ses malades de passer la première partie de l'automne à Montreux, à Bex, sur le bord des lacs du nord de l'Italie. Au mois de novembre, la préférence doit être pour la Riviera, Cannes, Nice, Hyères, Menton et San-Remo, etc.

Ce dernier auteur classe d'ailleurs ainsi ces diverses résidences : celles dont la température d'hiver est élevée (Madère, l'Algérie et l'Égypte); celles dont la température d'hiver est moyenne, de 6° à 9°. Toutes les villes de la *Riviera di Ponente*, France et Italie méridionales, Cannes, Nice, etc., avec Amélie, Rome, les environs de Naples, la Sicile, la Corse, les Baléares, etc.); les stations intermédiaires, où la température moyenne de l'hiver est au-dessous de 6° (ce sont les stations de plaine ou de hautes vallées, Montreux en Suisse, Bex en France, Méran dans le Tyrol, et Venise). Enfin viennent les stations de montagne, qu'on a installées jusques dans l'Himalaya, et dont Goerbersdorf, Davos et Saint-Moritz sont, en Europe, les principales. Ces dernières sont vraiment des stations rigoureuses, au régime desquelles on ne peut mettre que les

sujets capables de supporter les plus puissantes excitations.

A ce titre, les phthisiques scrofuleux peuvent être envoyés dans ces singuliers *sanatoria*; une température douce et uniforme leur étant moins nécessaire qu'une atmosphère tonique et excitante, on conçoit que de telles stations puissent leur être recommandées. Rien d'étonnant d'ailleurs que ce soit en Allemagne que ce régime ait pris naissance, et non chez nous, où il semble être en contradiction avec nos habitudes thérapeutiques. La phthisie scrofuleuse étant celle à laquelle ce régime peut convenir, est aussi celle qui se présente le plus fréquemment chez nos voisins. Si j'en juge d'après ce que j'ai vu par moi-même, les phthisies les plus torpides que j'aie rencontrées, ce sont celles que j'ai observées sur des Allemands plus ou moins lymphatiques, sinon scrofuleux.

Quant aux stations de plaine ou de vallée, elles peuvent convenir aux phthisiques entachés aussi, mais moins profondément, du vice de la scrofule, ou à ceux-là qui sont fortement lymphatiques. C'est peut-être le cas qui se rencontre le plus en Angleterre. Enfin, ces résidences peuvent encore convenir aux phthisies avec éréthisme, mais elles doivent alors être fréquentées dans les saisons intermédiaires, ou au milieu des chaleurs de l'été, lesquelles ne sont pas moins défavorables à ces sortes de malades et sont plus ou moins atténuées dans ces stations.

Je vous ai dit comment les formes irritables de la phthisie avec éréthisme vasculaire ou nerveux, réclamaient des climats doux et tempérés, plutôt humides que secs, et dépourvus de toute influence excitante.

Espérons, messieurs, que l'étranger ne gardera pas le monopole de ces stations d'hiver, et que nous trouverons

dans les hautes vallées de nos montagnes, en particulier dans les Pyrénées, et même dans le Dauphiné, dans la Savoie, des installations climatériques capables de rivaliser avantageusement avec celles que je viens de nommer. J'ai déjà, pour ma part, des renseignements météorologiques sur l'hiver de 1878-79, dans la vallée d'Argelès; et de ces renseignements je pourrais conclure à l'opportunité qu'il y aurait d'établir une station d'hiver dans cette vallée.

J'en ai dit assez pour vous faire voir combien ces questions sont complexes et embarrassantes, combien cependant elles offrent d'intérêt. Rappelez-vous bien d'ailleurs qu'il ne faut pas envoyer tous les phthisiques dans les stations d'hiver; déconseillez le voyage à ceux qui sont victimes d'une marche aiguë ou subaiguë de la maladie, aux phthisies générales d'emblée, que la fièvre tourmente plus que ne le fait leur lésion pulmonaire, aux phthisiques dont le poumon est creusé de cavernes et que mine la fièvre hectique, aux phthisies laryngées anciennes. C'est Lebert qui pose ces contre-indications, et vous pouvez l'en croire. Laissez mourir chez lui le malheureux dont l'entourage et le confort de son chez soi adoucissent toujours un peu les derniers jours; sachez aussi mesurer vos conseils aux ressources que vos malades peuvent consacrer à leur santé; et sachez encore remplacer par les témoignages d'affectueux intérêt que vous leur donnerez, celles qui leur font absolument défaut.

§ 8. — TYPES DE CONSULTATIONS RELATIVES A LA PHTHISIE  
SCROFULEUSE

*Ordonnance n° XVIII.* — Tuberculose imminente, suite de refroidissement (cause occasionnelle) chez un scrofuleux (cause prédisposante).

1° Le malade fera chaque jour, autant que la peau le supportera, un badigeon à la teinture d'iode, alternativement sous les deux clavicules et sur les deux omoplates.

2° On donnera à boire, deux ou trois fois par jour, une tasse d'infusion aromatique de bourgeons de sapins, ou d'eucalyptus, édulcorée avec un peu de sirop de Tolu.

3° Chaque matin en sortant du lit, le malade fera une friction humide générale avec un linge trempé d'un peu d'eau sulfureuse artificielle, et la fera suivre aussitôt d'une friction sèche. On pourra encore remplacer l'eau sulfureuse par un peu d'eau alcoolisée.

4° Tant que dureront la toux et l'expectoration catarrhale, on donnera par cuillerées la potion suivante :

℥ Infusion de polygala.....	120 grammes.
Sirop diacode.....	40
Oxyde blanc d'antimoine.....	4
Teinture de ciguë.....	2
M. s. a.	

5° Une fois l'état aigu passé, on donnera seulement à prendre, chaque matin à jeun, une cuillerée à soupe de ce sirop.

℥ Sirop antiscorbutique.....	200 grammes.
Iodure de potassium.....	4
M. s. a.	

6° Régime alimentaire tonique; un peu de liqueur après chaque repas. Une cuillerée de vin de quinquina en commençant. On pourra la remplacer plus tard par une cuil-

lée de sirop d'iode de fer, dont on cesserait l'usage en présence du moindre mouvement fébrile.

7° Une saison aux eaux de Salies de Béarn, ou encore aux bains de mer d'Arcachon, sera indiquée pendant les chaleurs de l'été.

8° L'hiver sera passé avec quelque avantage dans le Midi, à Amélie-les-Bains par exemple. Nice pourrait encore convenir, ou bien les hautes vallées de Bex ou de Montreux.

9° Le malade prendra beaucoup d'exercice, montera à cheval, vivra autant que possible en plein air. Un voyage en Italie, au printemps ou à la fin de l'automne, serait d'une heureuse influence.

*Ordonnance n° XIX.* — Tuberculose caractérisée dans les deux sommets. Marche insidieuse de la lésion. Tempérament nerveux. Phénomènes d'érythème nerveux. Scrofule antécédente.

Je conseille :

1° L'usage du lait d'ânesse tiède, à la dose d'une tasse matin et soir; — puis ensuite, l'usage du lait de vache, additionné d'une pincée de sel marin.

2° Chaque soir le malade prendra, trois heures après le repas, une cuillerée à soupe de ce mélange, et en l'absence du sommeil, il en prendra autant toutes les heures, jusqu'à concurrence de trois ou quatre cuillerées :

℥ Eau de laitue.....	80 grammes.
Sirop diacode.....	30
Eau distillée de laurier-cerise.....	30
Teinture de ciguë.....	2
M. s. a.	

3° Le malade fera, matin et soir, une fumigation, avec une décoction de têtes de pavots additionnée d'un peu d'eau de goudron.

4° Les badigeons de teinture d'iode seront pratiqués tous les deux jours sur les deux épaules.

5° Une lotion fraîche sera faite, chaque matin, sur le tronc, et suivie d'une friction à la brosse de flanelle.

6° Régime alimentaire doux, viandes blanches, fromages frais, fruits cuits.

7° Le malade fera alterner l'usage du lait avec celui de l'huile de foie de morue, si la digestion en est possible.

8° Exercice modéré. Promenades surtout en voiture. Préférer les sorties par un air doux et tempéré d'humidité, à celles du temps sec et froid.

9° Une saison d'eaux à Salins pourra être utile; et comme station d'hiver, on pourra choisir l'une des villes d'hiver de la Méditerranée. On évitera toutefois les voyages trop fréquents. Le mieux serait de joindre à la vie sédentaire des distractions d'un puissant intérêt, telles que la culture au jardin d'une collection quelconque.

10° En cas de vomissements persistants, on donnerait au malade, au moment de manger, cinq gouttes de laudanum, ou cinq gouttes noires anglaises, ou dix gouttes d'éther, ou quatre à cinq gouttes de chloroforme, dans une cuillerée d'eau. Ou bien on appliquera au creux de l'estomac une mouche d'opium ou de belladone. Au besoin, on ferait suivre ces moyens, de l'application d'un véritable vésicatoire, qu'on panserait, ou simplement, ou au cérat laudanisé, ou à la morphine.

11° En cas de toux spasmodique, on donnerait une cuillerée à dessert de cette solution :

℥ Eau.....	100 grammes.
Chloral.....	5
Bromure de potassium.....	5

M. s. a.



Cette cuillerée sera prise seule, ou dans une tasse d'infusion de feuilles d'oranger.

Ceci pourrait encore être remplacé par une cuillerée à café de sirop d'éther, qu'on peut répéter deux ou trois fois de suite; ou bien on donnera dix gouttes de teinture de ciguë dans un peu d'eau sucrée, ou mieux encore deux ou trois granules de bromhydrate de cicutine.

12° Les douleurs thoraciques seront poursuivies à l'aide de liniments calmants composés comme suit :

℥ Baume tranquille.....	60 grammes.
Chloroforme.....	20
M. s. a.	

ou encore :

℥ Baume de Fioravanti.....	50 grammes.
Chloroforme.....	20
Teinture d'aconit.....	20
M. s. a.	

On pourra encore y employer de même le mélange suivant, si l'odeur n'en est pas trop désagréable :

℥ Essence de térébenthine.....	} αα
Chloroforme.....	
M. s. a.	

*Ordonnance n° XX.* — Tuberculose caractérisée dans les deux sommets. Marche continue paroxystique. Tempérament sanguin. Scrofule antérieure.

Je conseille :

1° L'usage, chaque matin, d'une cuillerée à soupe d'huile de foie de morue, alternativement avec le sirop suivant :

℥ Sirop de gentiane.....	200 grammes.
Iodure de potassium.....	4

2° L'usage des badigeons à la teinture d'iode, sous les deux clavicules, tous les deux jours.

3° L'application alternative de vésicatoires volants sur chacune des deux épaules.

4° Dans les moments de poussée fébrile et congestive on donnera un vomitif.

℥ Poudre d'ipéca.....	1 <sup>re</sup> ,50
Div. en deux ou trois doses.	

Et, dans le cas où le vomitif ne pourrait être pris, on donnera la potion suivante :

℥ Infusion de polygala.....	200 <sup>g</sup> grammes.
Sirop de capillaire.....	30
Poudre d'ipéca.....	0 <sup>re</sup> ,15
Teinture d'aconit.....	2 grammes.
M. s. a.	

Cette potion sera prise par cuillerées à soupe, de deux en deux heures.

5° En même temps on appliquera des sinapismes sur les membres.

6° Le régime alimentaire sera tonique sans excitants : viandes et légumes, œufs et laitages. On permettra un peu de liqueur, pas de café ni de thé.

7° Exercice modéré, mais fréquemment renouvelé, à prendre surtout dans les moments où la température est moyenne. Éviter les réunions nombreuses, où la chaleur s'élève. Vivre au grand air, user de l'équitation.

8° Les eaux de la Bourboule pourront rendre de grands services.

9° Le séjour d'hiver sera surtout favorable en Algérie, à Cannes, à Menton.

*Ordonnance n° XXI.* — Tuberculose caractérisée des deux sommets. Marche torpide. Tempérament lymphatique et antécédents scrofuleux.

Je conseille :

1° De donner chaque matin à jeun, et avant le principal repas, une cuillerée à soupe de ce sirop :

℥ Sirop antiscorbutique.....	120 grammes.
Iodure de potassium.....	4 —
M. s. a.	

On fera alterner l'usage de ce sirop avec celui de l'huile de foie de morue, laquelle sera prise dans les mêmes conditions.

2° De prendre chaque jour une courte douche d'eau froide en pluie, laquelle sera prise dans un milieu chaud et suivie d'une friction énergique à la brosse de laine ou avec gant de crin.

On pourra faire alterner ces douches avec des frictions qui seront faites à l'aide de l'eau sulfureuse artificielle, selon le mode déjà indiqué.

3° Des vésicatoires volants seront appliqués successivement sur les deux sommets, en avant et en arrière, alternativement avec des badigeons à la teinture d'iode. On les fera suivre d'une cautérisation ponctuée, ou tout au moins de cautères volants, si leur effet demeure insuffisant.

4° Le régime alimentaire sera des plus toniques : viandes diverses, gibier, poissons de mer, crustacés et coquillages, salaisons, jambon fumé. Quelques liqueurs ou boissons alcoolisées sont permises. Usage ordinaire de bon vin de Bourgogne.

Une cure de koumis, le matin à jeun, sera des plus favorables.

5° Le malade fera beaucoup d'exercice à pied et à cheval, vivra le plus souvent en plein air, sera vêtu de laine, et, l'hiver, fréquentera assidûment le gymnase ou la salle d'armes.

6° Tous les soirs on donnera au malade, sur le point de se coucher, une tasse d'infusion balsamique de bourgeons de sapin ou d'eucalyptus, édulcorée avec du sirop de Tolu ou avec un peu de sirop de codéine.

7° On n'hésitera pas, en cas d'embarras gastrique intercurrent, à purger le malade avec l'huile de ricin ou avec le mélange de manne et de magnésie, dans la proportion suivante :

℥ Manne en larmes.....	40 grammes.
Magnésie calcinée.....	4 —

dans une tasse de lait, de thé ou d'infusion chaude.

8° Le malade prendra, l'été, les eaux des Eaux-Bonnes ou les bains de Cauterets ou de Luchon, selon la tolérance des entrailles pour l'eau sulfureuse.

9° Le malade passera avec avantage son hiver à Nice ou à Hyères. Il pourra encore essayer utilement des hautes vallées de la Suisse et même de ses plateaux; s'essayant à Montreux, pour arriver, s'il y a moyen, à Davos ou à Saint-Moritz.

*Ordonnance n° XXII.* — Phthisie scrofuleuse étendue, mais sans ramollissement notable. Prédominance des sécrétions bronchiques.

Je conseille :

1° De donner chaque matin à jeun une large cuillerée à soupe d'huile de foie de morue, en même temps qu'une tasse de lait chaud et salé.

2° Trois ou quatre fois par jour le malade fera usage de pulvérisations, qu'on pratiquera dans un milieu de température douce avec de l'eau d'Enghien, et cela pendant dix minutes environ.

3° Il prendra en même temps, entre les repas, une petite tasse d'infusion d'eucalyptus édulcorée avec du sirop de Tolu et additionnée, s'il y a lieu, d'un peu de liqueur (rhum, kirsch ou eau-de-vie).

4° Le soir en se couchant, le malade prendra deux pilules balsamiques de Morton.

5° Le malade pourra prendre encore une petite cuillerée de vin créosoté, dans 1/2 verre d'eau, au moment de prendre son principal repas ; ou bien il prendra, le matin, deux à quatre capsules d'huile de foie de morue créosotée.

6° Il boira de l'eau de goudron à l'un de ses repas et la mêlera à de bon vin.

7° Le malade fera avec avantage une saison aux Eaux-Bonnes.

Il pourra passer aussi utilement l'hiver sur les bords de la Méditerranée.

*Ordonnance n° XXIII.* — Phthisie scrofuleuse et sans ramollissement notable.  
Prédominance de l'entérite catarrhale tuberculeuse.

Je conseille ce qui suit :

1° Chaque matin à jeun, le malade essayera d'un peu de koumis, en augmentant graduellement la dose, depuis le verre à vin de Bordeaux jusqu'au plus grand verre de table.

A défaut de koumis, le malade prendra une tasse de lait d'ânesse, additionnée d'une ou deux cuillerées à soupe d'eau de chaux médicinale.

2° Avant chacun des deux principaux repas, le malade prendra une cuillerée à dessert de la mixture suivante :

¾ Sirop de goudron .....	100 grammes.
Laudanum de Rousseau.....	2 —
M. s. a.	

3° Dans la première cuillerée de potage, au dîner, le malade mêlera la valeur d'une cuillerée à café de phosphate de chaux en poudre.

4° Le régime sera composé de viandes tendres, cervelles, poissons, œufs, panades, gelées diverses. Le malade boira peu, et la boisson sera composée de vieux vin de Bordeaux coupé d'eau de gomme, ou encore d'eau de houblon, ou même enfin d'eau de feuilles de noyer.

5° On pourra, de loin en loin, donner un léger laxatif composé de magnésie calcinée, et s'il y avait un véritable embarras gastrique, un ipéca serait parfaitement indiqué.

6° Tous les soirs il sera pris un quart de lavement composé d'un verre de décoction de ratanhia et de têtes de pavots.

7° Des frictions seront faites soir, et matin, sur le ventre, avec un peu de baume de Fioravanti.

*Ordonnance n° XXIV.* — Pht hisie scrofuleuse avec prédominance de l'adé-nopathie bronchique.

Je conseille ce qui suit :

1° Le malade fera, chaque jour, un badigeon à la teinture d'iode, alternativement sur le sternum, à la base du cou et entre les deux épaules.

2° De temps à autre le badigeon sera remplacé par un vésicatoire volant.

3° Chaque matin à jeun le malade prendra, dans un peu de vin de Malaga, cinq à six gouttes de la solution d'iode iodurée de Lugol.

4° En cas de toux quinteuse et spasmodique, le malade prendra une cuillerée à café de sirop d'éther, qu'il pourra répéter deux ou trois fois, s'il y a lieu.

5° En cas de toux persistante ou d'accès de dyspnée, on donnerait d'heure en heure, entre les repas, une cuillerée de cette potion :

℥ Eau de tilleul.....	100 grammes.
Sirop de codéine.....	40
Teinture de datura.....	4
Teinture de ciguë.....	6
Teinture d'ambre.....	5
M. s. a.	

6° Le régime alimentaire sera des plus toniques, comme il a été dit à l'ordonnance n° XXI.

7° Les eaux de Challes pourraient être prises avec avantage.

*Ordonnance n° XXV. — Phthisie scrofuleuse avec prédominance de l'adéno-pathie abdominale (carreau).*

Je conseille ce qui suit :

1° Chaque matin à jeun, le malade prendra un peu de lait d'ânesse additionné d'eau de chaux, ou bien du koumis qu'on lui donnera pur et graduellement, depuis la dose d'un verre à vin de Bordeaux jusqu'à celle d'un grand verre de table.

2° Le malade fera chaque jour un badigeon sur le ventre, autant que la peau le permettra, avec de la teinture d'iode. On pourra faire alterner ce badigeon avec des fric-

tions qui seront pratiquées au moyen de la pommade suivante :

℥ Axonge.....	30 grammes.
Iodure de potassium.....	4 —
Extrait de ciguë.....	4 —
Extrait de jusquiame.....	2 —
M. s. a.	

3° Dans le cas de troubles graves des fonctions de l'intestin, ces moyens seraient remplacés par l'application d'un vésicatoire qu'on panserait au cérat saturné ou laudanisé.

4° Chaque jour avant le principal repas, le malade prendra un peu d'iodeure d'amidon, qui sera préparé extemporanément en laissant tomber de cinq à dix gouttes de teinture d'iode pure dans une tasse d'eau de riz sucrée. La liqueur, qui deviendra bleue, sera avalée aussitôt.

5° On pourra faire alterner l'usage de cette liqueur avec celui d'un sirop ioduré, et en particulier du sirop antiscorbutique (4 grammes pour 200 grammes). On pourra le faire suivre de l'usage d'un peu de vin créosoté, si les entrailles le supportent bien.

6° Les fonctions du ventre seront régularisées; en cas de constipation, on donnera des pilules de belladone, ou un peu d'eau magnésienne; en cas de diarrhée, des lavements astringents et opiacés (feuilles de noyer ou écorce de chêne, et têtes de pavots).

7° En cas d'intolérance pour l'alimentation, on fera précéder le repas d'une de ces doses :

℥ Phosphate de chaux.....	1 gramme.
Opium brut.....	0 <sup>rs</sup> ,05
M. s. a. pour une dose.	



8° Le régime sera composé d'aliments toniques, non irritants, comme il a été dit à l'ordonnance n° XXIII. On boira avec avantage aux repas une eau bicarbonatée calcaire, telle que l'eau de Pougues.

9° Une saison aux eaux-mères de Bex ou de Salins sera indiquée, si l'état général du sujet permet d'en tirer parti.

*Ordonnance n° XXVI.* — Phthisie scrofuleuse. Lésions étendues. Ramollissement multiple. Fièvre. Diarrhée. Cachexie.

Je conseille les moyens suivants :

1° Le malade prendra, chaque matin à jeun, la valeur d'un verre à vin de Bordeaux d'eau sulfurcuse de Labasère dans une tasse de lait chaud.

Après trois semaines, ce moyen sera remplacé par l'usage d'une cuillerée à café de vin créosoté (formule du professeur Bouchard), qui sera prise dans une tasse d'infusion aromatique, de bourgeons de sapin par exemple.

2° Le malade fera, chaque matin, une séance de pulvérisation à l'eau sulfureuse d'Enghien, et le soir une même séance à l'eau phéniquée au centième.

3° On répétera, une fois environ par semaine, une cautérisation ponctuée, que l'on fera porter alternativement sur les régions sous-claviculaires et sur les deux épaules.

4° Chaque soir, le malade prendra une cuillerée à soupe de la mixture suivante :

℥ Infusion de polygala . . . . .	100 grammes.
Oxymel scillitique . . . . .	20
Sirop de morphine . . . . .	30
Teinture d'aconit . . . . .	4
M. s. a.	

En cas d'insomnie, cette cuillerée sera répétée chaque heure, jusqu'à concurrence de quatre à cinq cuillerées.

5° Le malade fera chaque matin, sur tout le corps, une friction humide avec un linge mouillé d'eau sulfureuse artificielle, et la fera suivre aussitôt d'une friction sèche.

6° En cas de diarrhée, il prendra avant de chacun de ses repas une dose de 4 grammes de phosphate de chaux en poudre, en ajoutant à chacune quatre à cinq gouttes de laudanum de Sydenham.

7° S'il y a lieu, on lui administrera en plus, chaque soir, un lavement composé d'un verre d'une décoction de têtes de pavots, additionné d'une cuillerée à soupe d'eau-de-vie simple ou d'une cuillerée à café de teinture de ratanhia.

8° Régime tonique. Vin de quinquina à la fin du repas. Viandes sèches et grillées et viande crue au besoin. Peu de potages et de boissons. On pourra ajouter à ces dernières un peu d'eau de chaux. Le lait lui-même pourra être essayé, grâce à cette addition.

9° Le malade doit être soustrait, autant que possible, à tous les accidents de température. Il gardera la chambre tant que le soleil ne permettra pas la promenade. Un séjour dans le midi ne sera utile que si le malade peut s'y installer confortablement et pour un long temps. Pau, Menton, Dax, seront alors les stations à choisir. Mais il faut attendre, pour autoriser le départ, que la fièvre et la diarrhée se soient notablement réduites, ou mieux encore qu'elles aient totalement disparu.

## CONCLUSION

---

Ainsi que vous avez pu le voir, Messieurs, ces cinq formes de la phthisie pulmonaire ont des caractères par lesquels elles se rapprochent, d'autres par lesquels elles se séparent profondément. Leur diagnostic n'est pas une simple curiosité scientifique; je crois vous avoir démontré combien il importe au contraire à la détermination des indications thérapeutiques et au traitement du malade.

Partis des conceptions de la pathologie générale, nous sommes arrivés à des applications pratiques dont nous avons établi la valeur distincte à l'aide des signes dont elles se réclament.

J'ai fort insisté sur ces applications; les malades, pas plus que les moyens thérapeutiques, ne manqueront à notre étude, s'il nous est donné d'y revenir et de l'approfondir.

La phthisie pulmonaire est devenue, par sa fréquence, la menace de nos générations, le fléau de nos cités, l'écueil de notre civilisation.

S'il appartient surtout aux économistes d'en sonder les causes et de les attaquer dans les erreurs et dans les vices où elles résident, à nous d'en combattre les effets et de lutter pied à pied pour le salut des individus, avec la patience et avec l'énergie qu'inspire notre vocation médicale.

## TABLE DES MATIÈRES

---

	Pages.
PRÉFACE.....	I
De la phthisie commune.....	1
De la phthisie acquise.....	57
De la phthisie aiguë.....	110
De la phthisie arthritique.....	158
De la phthisie scrofuleuse.....	238
CONCLUSION.....	330

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES.















