

tion, au milieu de laquelle on voyait épars, 1° des espèces de fongosités rougeâtres, débris de la membrane muqueuse; 2° des fragments de cartilages qui, semblables à des arêtes, se détachaient des parois bronchiques.

§ II. MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

90. Les altérations présentées par les portions de parenchyme pulmonaire qui entourent les tubercules sont très-fréquentes, et souvent plus graves que l'affection tuberculeuse elle-même.

Nous avons déjà dit (chap. II) que les tubercules pulmonaires reconnaissent dans un certain nombre de cas, pour point de départ, une inflammation aiguë du parenchyme, annoncée par les symptômes ordinaires de la pleuro-pneumonie. Cette inflammation peut se dissiper, et il peut arriver que sur le cadavre on n'en trouve plus d'autre trace que les tubercules eux-mêmes. D'autres fois la pneumonie, au lieu de se résoudre, passe à l'état chronique, ou bien elle est telle dès son début. C'est au milieu des portions de parenchyme pulmonaire ainsi chroniquement enflammées que semblent assez souvent prendre naissance les tubercules. Ce qui paraît démontrer que, dans ce cas, leur développement n'a point précédé la pneumonie, c'est qu'il arrive qu'on n'en trouve que de très-petits et de très-peu nombreux, disséminés au milieu d'une vaste étendue de poumon hépatisé. Assez fréquemment, par exemple, nous n'avons rencontré que deux, trois ou quatre petits tubercules miliaires dans tout un lobe pulmonaire induré; ils semblent alors se développer au milieu de celui-ci, comme ils se produisent au fond des ulcérations des muqueuses, au sein des fausses membranes, etc.

Mais, si l'observation démontre que dans un certain nom-

bre de cas la pneumonie précède les tubercules et en est même la cause occasionnelle, l'observation apprend aussi que beaucoup plus communément les tubercules se développent sans pneumonie antécédente appréciable pour nous pendant la vie, et que celle-ci ne survient plus tard que comme complication. En effet, chez le plus grand nombre des phthisiques, l'invasion des tubercules n'est accompagnée que des symptômes d'une simple bronchite; le son des parois thoraciques se conserve dans son état normal; le bruit respiratoire n'est point altéré. Ce n'est pas à dire d'ailleurs que dans le point même où s'est formé chaque tubercule, cette formation n'ait pas été précédée et causée par un travail de congestion ou d'irritation plus ou moins analogue à celui qui constitue la pneumonie. Déjà nous avons suffisamment insisté sur ce genre de pneumonie exactement borné au point où doit se développer le tubercule. L'ouverture des cadavres en démontre l'existence, et peut même prouver dans plus d'un cas (*voyez les articles précédents*) qu'elle a précédé la formation des tubercules; mais comment la reconnaître pendant la vie?

La pneumonie, moins circonscrite, et appréciable par les symptômes, qui se montre comme affection intercurrente pendant le cours d'une phthisie pulmonaire, peut être aiguë ou chronique. A l'état aigu, elle est remarquable par la fréquence de ses retours. Il n'est pas rare de voir des phthisiques qui, pendant la durée de leur maladie, ont eu jusqu'à douze ou quinze fois des symptômes bien tranchés de pneumonie. Cette inflammation intercurrente est souvent assez facile à reconnaître: ainsi, les crachats changent brusquement de caractère; ils deviennent rouillés, visqueux, transparents: il faudrait d'ailleurs se garder de les confondre avec ceux qui appartiennent à une simple hémoptysie; dans celle-ci le sang expectoré n'est point intimement mêlé avec du mucus, comme dans les

crachats de la pneumonie. En même temps la dyspnée augmente notablement; le mouvement fébrile devient plus intense et continu; l'auscultation et la percussion peuvent donner les différents signes par lesquels est ordinairement annoncée la pneumonie. (Tom. III.)

Mais il s'en faut qu'il soit toujours aussi facile de diagnostiquer une inflammation aiguë développée autour ou dans le voisinage de tubercules pulmonaires. L'expectoration, par exemple, peut ne pas changer de caractère, rester celle qui appartient soit à la bronchite chronique, soit à la fonte de la matière tuberculeuse. L'existence antécédente de divers râles ayant leur siège soit dans les bronches, soit dans les excavations tuberculeuses, peut rendre tout-à-fait nuls les renseignements fournis par l'auscultation, sous le rapport de l'invasion d'une inflammation du parenchyme; il peut aussi arriver que la percussion ne soit pas plus utile, en raison de la coïncidence d'une ancienne hépatisation pulmonaire ou d'une agglomération de tubercules. Enfin, la dyspnée elle-même peut ne pas augmenter d'une manière notable; et quand même la gêne de la respiration deviendrait plus grande, cela ne suffirait pas pour caractériser une pneumonie, puisque bien des causes différentes peuvent produire une pareille augmentation de dyspnée.

La pneumonie intercurrente des phthisiques, trop souvent méconnue et négligée, cause la mort prématurée d'un grand nombre de ces malades; d'autres fois elle n'entraîne pas immédiatement leur perte; mais, dans ce cas même, elle est toujours fâcheuse, parce qu'elle favorise le développement des tubercules et en accélère le ramollissement. Plus d'une fois nous avons vu des malades chez lesquels la phthisie pulmonaire n'avait marché pendant long-temps qu'avec une extrême lenteur; une pneumonie survenait et disparaissait après avoir parcouru ses périodes accoutumées; mais dès lors le travail

de la *tuberculisation* pulmonaire prenait un étonnant degré d'activité, non-seulement du côté où avait existé l'inflammation aiguë, mais encore, chose remarquable, dans le poumon opposé, et en un très-court espace de temps de vastes cavernes avaient pris naissance.

La pneumonie chronique des phthisiques, soit qu'elle ait ou non succédé à une phlegmasie aiguë, soit qu'elle ait précédé ou suivi le développement des tubercules, n'entraîne pas un danger aussi immédiat que la pneumonie aiguë; mais elle produit des accidents souvent plus graves que ceux qui dépendent des tubercules; elle détermine des symptômes spéciaux qu'il importe de distinguer de ceux qui appartiennent aux tubercules; de plus, elle donne naissance à diverses altérations du poumon, dont la nature ne nous paraît pas avoir été bien appréciée jusqu'à présent.

Les seuls signes qui, pendant la vie, puissent annoncer l'existence de la pneumonie chronique compliquant les tubercules, sont ceux que fournissent la percussion et l'auscultation. Encore faut-il noter que, s'il n'y a que simple engouement chronique du parenchyme pulmonaire, la percussion n'est à peu près d'aucun secours, et que l'auscultation elle-même ne peut donner, selon nous, que des signes fort douteux. Ce râle crépitant qui, d'après Laennec, doit alors être entendu, ne nous semble pas tellement caractéristique, que, se confondant par des nuances insensibles avec le râle muqueux, il ne puisse également se rencontrer dans une simple bronchite (1). Lorsqu'il y a, au contraire, hépatisation pulmonaire, le son des

(1) Nous avons essayé de démontrer dans le troisième volume que les râles crépitant et muqueux ne sont que de simples variétés d'un même bruit qui se passe, pour l'un et pour l'autre, dans des ramifications plus ou moins grandes de l'arbre bronchique.

parois thoraciques devient mat, et cette matité s'observe le plus souvent dans les points correspondant au sommet du poumon : c'est là, effet, qu'existent le plus grand nombre de tubercules, et que le plus souvent aussi ils se compliquent de pneumonie. En même temps l'auscultation donne divers signes, qui varient suivant qu'au milieu du parenchyme pulmonaire induré les tubercules sont encore crus ou déjà transformés en cavernes. Dans le premier cas, ou bien il y a absence complète de toute espèce de bruit respiratoire et de râle, ou bien l'on entend diverses variétés de râles, qui ont leur siège dans les bronches (râles sibilant, ronflant, muqueux avec grosses ou petites bulles, et même crépitant), ou bien, enfin, ces divers bruits font place au phénomène de la *respiration bronchique*. Alors la résonnance de la voix peut être telle, qu'elle simule plus ou moins parfaitement la pectoriloquie. Dans le second cas, pour peu que les cavernes soient étendues, l'auscultation n'apprend plus rien sur l'état du parenchyme autour d'elles; seulement, la grande évidence de la pectoriloquie peut porter à soupçonner que la caverne est environnée d'un parenchyme induré.

Les crachats ne peuvent plus ici nous fournir aucune lumière, puisque, dans le cas où la pneumonie est chronique, ils ne sont jamais que ceux de la simple bronchite. Quant à la dyspnée, il semblerait *à priori* qu'elle devrait être, dans ce cas, plus considérable que lorsque les tubercules sont entourés d'un tissu encore perméable à l'air, et cependant l'observation nous a convaincu que, dans le plus grand nombre des circonstances, la respiration n'était pas notablement plus gênée dans un de ces cas que dans l'autre. Il semble qu'alors une sorte de respiration supplémentaire s'établit dans les portions de poumon restées perméables à l'air. Au moment même où nous écrivons cet article, il existe dans les salles de M. Lermi-

nier un homme de soixante-quatre ans, qui, sans le secours de l'auscultation et de la percussion, semblerait n'être atteint que d'un simple catarrhe pulmonaire chronique. En effet, depuis long-temps il tousse, et expectore chaque jour une assez grande quantité de mucus puriforme, souvent divisé en plaques arrondies, qui surnagent à une sérosité trouble. D'ailleurs il n'a pas de fièvre, la respiration ne paraît point gênée, la parole est libre et haute, la voix forte, le décubitus est indifférent; il y a assez d'embonpoint, la face a une bonne coloration, et l'énergie musculaire est proportionnée à l'âge du malade. Mais si l'on percute le thorax, dans l'espace compris entre la clavicule droite et le sein du même côté, on reconnaît un son très-mat, et dans cette même étendue le bruit naturel d'expansion pulmonaire est remplacé par le phénomène de la respiration bronchique, mêlé par intervalles à du râle muqueux. Nul doute, d'après ces signes, que le vieillard dont nous venons de tracer l'histoire ne soit atteint d'une inflammation chronique du lobe supérieur du poumon droit; nous regardons même comme très-vraisemblable, d'après d'autres observations, l'existence d'un certain nombre de granulations tuberculeuses au milieu de la portion de poumon induré; et cependant la respiration n'est pas plus gênée que chez les individus atteints d'une simple bronchite chronique; la nutrition n'est pas sensiblement altérée.

Considérée sous le rapport de ses caractères anatomiques, l'inflammation chronique qui règne autour des tubercules pulmonaires présente plusieurs variétés. Il peut y avoir simple engouement du parenchyme, qui présente alors diverses nuances de rougeur. Le plus souvent le tissu pulmonaire est induré, et cette induration peut exister avec coloration rouge, grise ou noire; nous parlerons seulement avec quelques détails de cette dernière, de ses causes et de sa nature.

L'induration noire du poumon a été regardée comme le résultat de l'infiltration de son tissu par une matière de production nouvelle, par la *mélanose*. Cette matière, a-t-on dit, se trouve unie ou combinée, molécule à molécule, avec le tissu même de l'organe où elle s'est développée. On conçoit qu'il en peut être ainsi dans un certain nombre de cas; on conçoit que la matière colorante qui constitue la mélanose peut se déposer et se solidifier dans chacune des mailles ou aréoles du parenchyme, d'où résultera une apparence d'endurcissement de celui-ci, de même qu'elle peut former un dépôt solide en un point circonscrit et constituer une masse ou concrétion mélanique. Mais nous croyons facile de démontrer que dans le plus grand nombre des cas, l'induration d'un organe, qui est en même temps coloré en noir, est indépendante de cette couleur noire, et qu'elle est le simple résultat d'une phlegmasie chronique. Tel est le cas surtout de l'induration noire du poumon (phthisie avec mélanose). En effet, on retrouve cette même induration du parenchyme pulmonaire avec toutes les couleurs possibles, le rouge, le gris clair, le gris foncé, l'ardoisé. Dans certains cas, on peut suivre dans un même poumon la transition insensible de la teinte grise à la couleur ardoisée la plus foncée; et là où celle-ci n'existe pas, le parenchyme pulmonaire n'est pas moins dur. Il faut donc nécessairement en conclure que l'état d'endurcissement du poumon ne diffère pas essentiellement du même état d'endurcissement avec coloration blanchâtre ou grisâtre. Dans ce dernier cas, on n'hésite pas à rapporter l'induration pulmonaire à une simple inflammation chronique: pourquoi n'en ferait-on pas aussi dépendre l'induration noire? Une simple nuance de couleur n'est certainement pas suffisante pour regarder comme différents deux états qui se ressemblent d'ailleurs tout-à-fait, soit sous le rapport de leurs autres caractères anatomiques,

soit sous celui des symptômes qui les ont annoncés pendant la vie, soit enfin sous celui des causes qui leur ont donné naissance. Ainsi donc, ou il faut regarder la phthisie avec mélanose de Bayle comme une simple variété de pneumonie chronique, ou il faut augmenter encore le nombre des phthisies et y rapporter, comme autant d'espèces distinctes, l'induration blanche, grise, jaune, du parenchyme pulmonaire.

Si les considérations précédentes conduisent à admettre que l'induration noire du poumon n'est autre chose qu'une pneumonie chronique, avec addition d'une matière colorante, on concevra des cas où celle-ci peut se former sans que le tissu où elle a pris naissance se soit préliminairement induré; c'est ce que ne pouvaient pas admettre les auteurs qui regardaient l'induration comme appartenant à la présence même de la mélanose. Aussi, Laennec en a-t-il séparé avec soin cette simple couleur noire que l'on observe souvent dans les poumons, sous forme de lignes ou de plaques, sans que la consistance ordinaire de ces organes soit en rien changée. Mais s'il est démontré que l'induration du poumon n'est pas le produit de la mélanose, il n'y aura plus de raison pour établir une distinction entre la coloration noire qui accompagne certaines indurations pulmonaires, et celle qui existe sans induration, et dont Laennec a fait une classe à part, sous le nom de *matière noire pulmonaire*. Il est des cas où, au milieu d'un parenchyme pulmonaire généralement sain, on trouve éparses quelques masses noires et dures, qui, au premier aspect, semblent être étrangères au tissu du poumon; mais isolez, sans le couper ni le déchirer, un lobule où existe une de ces masses, vous verrez ce lobule induré, partiellement ou en totalité, offrir plusieurs nuances de coloration; grisâtre en plusieurs points, brunâtre en d'autres, et enfin tout-à-fait noir là où, avant cet examen détaillé, vous n'aviez reconnu autre chose que l'exis-

tence d'une masse mélanique : alors celle-ci se présentera à vous sous son véritable aspect ; elle ne vous paraîtra plus qu'une portion même du tissu pulmonaire, chroniquement enflammée et colorée en noir, comme les portions voisines, également indurées, sont colorées en rouge, en gris ou en brun.

L'induration noire du poumon a été observée à tous les âges de la vie. Je l'ai observée dans toute l'étendue du lobe supérieur du poumon gauche, chez une fille de neuf ans. Fréquemment, à la Charité, je l'ai trouvée chez des individus qui n'avaient pas trente ans. Cependant, il est vrai de dire que c'est surtout chez les vieillards que la pneumonie chronique s'accompagne le plus souvent de coloration noire, comme si la disposition à la formation des tubercules, très-prononcée dans la jeunesse, était remplacée plus tard par la disposition à la sécrétion de la matière mélanique. C'est même une circonstance remarquable que, lorsque celle-ci est très-abondante, et qu'en même temps le poumon contient des tubercules, ceux-ci, dans un certain nombre de cas, semblent tendre à la guérison ou du moins leur développement paraît arrêté : c'est ce que semble indiquer, comme nous le verrons plus bas, leur apparence crétacée, leur tendance à se transformer en concrétions pierreuses.

Dans la xxxiii^e observation de son ouvrage sur *la Phthisie*, Bayle parle d'un poumon qui, après avoir été incisé, présentait un aspect un peu analogue à celui de certains granits. Il était composé, dit l'auteur, d'une infinité de granulations arrondies, d'un noir d'ardoise et de la grosseur d'un pois, réunies par une substance plus molle, mais de la même couleur. Bayle regarde ce cas comme un exemple de phthisie granuleuse avec mélanose. Mais nous ne pouvons voir autre chose dans ces granulations noires que des portions de lobules qui, consécu-

tivement à une phlegmasie chronique, s'étaient indurées et noircies. Remarquez que Bayle indique très-bien qu'autour des granulations le parenchyme pulmonaire était plus mou, circonstance capitale, et qui est tout-à-fait d'accord avec ce que nous avons dit de l'état du parenchyme pulmonaire autour des granulations, lorsque nous avons essayé d'en pénétrer la nature (Chapitre I). Ce parenchyme plus mou, ajoute Bayle, était également coloré en noir. Ce qui s'appelait mélanose dans les granulations aurait donc dû, d'après Laennec, ne plus s'appeler autour d'elles que matière noire pulmonaire. Mais non, c'est toujours la même sécrétion, le même dépôt de matière colorante ; seulement le tissu où s'opère cette sécrétion a subi en plusieurs points une modification de consistance, et de ces indurations partielles est résultée la forme de granulation.

Que si nous suivons la même coloration dans d'autres tissus, nous en trouverons d'abord où elle est le résultat d'une sécrétion normale. C'est ce qui arrive, soit chez l'homme pour la membrane choroïde et les ganglions bronchiques, soit surtout chez certains animaux où la couleur noire est répandue naturellement dans plusieurs tissus, et en particulier dans les membranes tégumentaires interne ou externe. Comme production morbide, nous en trouvons un bien plus grand nombre d'exemples chez l'homme lui-même : ainsi, la membrane muqueuse gastro-intestinale chroniquement enflammée, les fausses membranes du péritoine, les ulcérations artérielles autour de leurs bords ou dans leur fond, les portions de tissu cellulaire qui forment les parois de fistules ou d'abcès, présentent fréquemment une couleur noire plus ou moins foncée. C'est dans les mêmes circonstances que le parenchyme pulmonaire s'indure et noircit. Cette coloration insolite peut résulter, ou d'une simple modification qu'éprouve le sang par sa stase prolongée

dans les tissus (1), ou peut-être de la sécrétion d'une matière colorante particulière, qui, dans les divers tissus que nous venons de citer, se produit sous l'influence d'un travail inflammatoire, comme elle se forme naturellement dans la choroïde. Plus que tout autre organe, le poumon, frappé d'inflammation chronique, a une tendance particulière à acquérir la couleur noire; celle-ci s'empare alors des parois des vésicules pulmonaires, ou, si l'on veut, du parenchyme des lobules, comme, par suite des seuls progrès de l'âge, et indépendamment de toute inflammation antécédente, elle tend à se former dans les espaces interlobulaires. Mais il nous semble que, dans le poumon du moins, la seule existence de cette couleur noire ne saurait constituer un tissu accidentel particulier, ainsi que l'a établi Laennec, lorsqu'il a désigné sous le nom de mélanose, soit infiltrée, soit en masse, l'induration noire du parenchyme pulmonaire. La phthisie avec mélanose de Bayle ne nous semble être autre chose, nous le répétons, qu'une simple pneumonie chronique, ayant pour caractère anatomique l'hépatisation ordinaire, plus une couleur noire. Les symptômes assignés par Bayle à cette espèce de phthisie sont d'ailleurs absolument les mêmes que ceux qui appartiennent à toute induration du parenchyme pulmonaire. Il est d'ailleurs assez rare de ne trouver aucun tubercule dans un poumon frappé d'induration noire. Bayle n'en a cité que trois cas dans son ouvrage. Nous en consignerons ici une observation, qui servira à nous prouver l'identité des symptômes de la mélanose pulmonaire et de la pneumonie chronique, en d'autres termes, de l'in-

(1) Les expériences de Hunter et d'autres physiologistes ont en effet prouvé que le sang dont la circulation est ralentie ou suspendu dans une partie, y prend une teinte noirâtre de plus en plus foncée, soit qu'il soit encore soutenu dans les vaisseaux ou qu'il soit stagnant hors de leur cavité.

duration noire du poumon et de son induration rouge ou grise (1).

XVII. OBSERVATION.

Pneumonie chronique avec induration noire du parenchyme;
bronches dilatées.

Un homme de quarante-neuf ans, ayant quitté le service militaire en 1815, a toujours été valétudinaire depuis cette époque. Jusqu'en 1819, il ne s'alita point; le catarrhe pulmonaire chronique dont il était atteint, et qui s'exaspérait par intervalles, ne l'empêchait pas de se livrer au travail. Mais, à dater de la fin de 1819, le catarrhe devint plus intense et plus fatigant, d'abondantes hémoptysies survinrent par intervalles; la respiration devint habituellement gênée: les forces se perdirent; la diarrhée se montra et cessa à plusieurs reprises. Ce malade, dans le cours de ces deux dernières années, entra plusieurs fois à la Charité, et en sortit chaque fois un peu soulagé. Il y entra, pour la dernière fois, vers le milieu du mois de septembre 1822. Il était alors parvenu au plus haut degré du marasme et de la faiblesse; la toux était fréquente, la dyspnée considérable; le décubitus horizontal ne pouvait être gardé. La poitrine percutée rendait un son un peu mat dans la plus grande partie du côté gauche. A gauche, en arrière, l'on entendait plusieurs variétés du râle bronchique humide. En plusieurs points, la voix résonnait avec force; cette résonance était surtout très-marquée dans la fosse sus-épineuse; à

(1) Voyez d'autres faits relatifs à la pneumonie chronique, non compliquée de tubercules, dans le tome III.