

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.

droite, l'on entendait encore un peu de râle mêlé au bruit naturel de la respiration. Les crachats étaient formés d'un mucus épais, verdâtre, homogène. Le malade n'avait jamais de sueur. Son pouls était fréquent; une abondante diarrhée l'épuisait. (*Tisane de lichen; looch.*)

Les jours suivants, l'affaiblissement fit de rapides progrès, les jambes s'œdématisèrent, une fluctuation obscure se fit sentir dans l'abdomen; le malade expira sans agonie.

OUVERTURE DU CADAVRE.

Le cœur, bien proportionné, contenait un caillot fibreux blanc dans ses cavités gauches.

Le tissu du poumon droit était transformé, à son sommet, en une substance d'un noir foncé et très-dure. Une substance semblable était disséminée sous forme de petites masses isolées dans plusieurs autres points du poumon; dans leur intervalle, une grande quantité de mucosité sanguinolente engouait le poumon.

Le poumon gauche, dans toute son étendue, avait cessé d'être perméable à l'air. Son tissu, très-dur, présentait partout un mélange de couleur noire et grise. Dans toute sa périphérie, non loin de la surface extérieure, existaient de petites cavités qui auraient pu admettre une noisette; toutes communiquaient avec un tuyau bronchique presque capillaire; la membrane de l'intérieur des bronches se continuait sur les parois de ces cavités: il nous fut dès lors démontré qu'elles étaient formées par les dernières ramifications bronchiques dilatées et terminées en cul-de-sac. Tout-à-fait au sommet du poumon existait une cavité semblable, mais plus vaste qu'aucune des autres. C'est en ce point que le retentissement de la voix avait été surtout très-remarquable. La muqueuse des bronches était

d'un rouge intense. Des adhérences intimes unissaient le poumon gauche aux côtes.

Abdomen. — La surface interne de l'estomac était blanche et sa muqueuse saine.

Les quatre cinquièmes supérieurs de l'intestin grêle ne présentèrent rien de remarquable. Quatre ou cinq ulcérations, à bord inégal et peu élevé, à forme brunâtre, existaient dans le cinquième inférieur. Dans leurs intervalles, la muqueuse était blanche. La surface interne du colon descendant, de l'S iliaque et du rectum, était vivement injectée et tapissée par une matière comme purulente.

Le foie, de volume ordinaire, présentait, soit à sa surface extérieure, soit à son intérieur, un tissu d'un blanc jaunâtre, disposé sous forme de plaques et de lignes sinueuses, dans l'intervalle desquelles apparaissait, comme resserré dans le plus petit espace possible, le tissu rouge ordinaire du foie.

La rate avait une densité remarquable et une pesanteur spécifique beaucoup plus grande que celle d'aucun autre organe. Son tissu, d'une belle couleur rouge-vermeil parfaitement uniforme, présentait une coupe lisse qui rappelait entièrement l'aspect d'un jambon, ou bien encore de certains muscles épais qui sont déjà exposés depuis quelque temps au contact d'un air froid. Déchiré, il avait encore un aspect tout-à-fait identique avec celui d'un muscle dont on aurait également déchiré les fibres.

Une petite quantité de sérosité était épanchée dans le péritoine.

Si l'on résume les symptômes présentés par ce malade, on voit qu'ils caractérisaient tous une inflammation chronique du

parenchyme pulmonaire. Et, en effet, l'induration noire qui occupait une grande partie des poumons semblait être la même altération que l'induration grise qui en occupait d'autres points; dans l'une comme dans l'autre, nous ne pouvons voir autre chose que des nuances peu importantes d'un même état morbide, savoir, d'une pneumonie chronique. Cette induration noire se présentait en quelques points sous forme de masses isolées, que séparait un tissu sain ou gravement altéré. Or, nous avons vu, dans la discussion qui précède cette observation, qu'il n'y avait pas plus de raison pour regarder ces masses noires isolées comme un produit de nouvelle formation, comme un tissu accidentel, sous le nom de *mélanose en masse*, que d'y rapporter l'induration noire d'un lobe pulmonaire entier, sous le nom de *mélanose infiltrée*. On conçoit que ces masses peuvent résulter du simple dépôt d'une certaine quantité de matière colorante noire au milieu du parenchyme pulmonaire refoulé, mais le plus souvent elles semblent n'être autre chose que des pneumonies partielles ou lobulaires avec coloration noire. Au milieu de ce parenchyme enflammé, on ne trouvait d'ailleurs aucune trace de tubercule, ce qui ne prouve rien autre chose, si ce n'est que chez cet individu l'inflammation n'avait point tendance à se terminer par la formation du produit nouveau appelé *tubercule*. Mais, pendant la vie, aurait-on pu affirmer que le poumon en était entièrement exempt? Nous ne le pensons pas. A la vérité, l'expectoration était purement catarrhale, mais dans beaucoup de cas de tubercules pulmonaires, elle n'est jamais plus caractéristique. L'auscultation n'apprenait rien non plus sur leur existence; mais nous avons vu précédemment que l'auscultation ne peut révéler la présence des tubercules dans les poumons que lorsqu'il y a des cavernes. La fièvre hectique n'était pas bien marquée, et surtout il n'y avait pas de sueur; mais

cette fièvre et les sueurs abondantes qui en marquent le redoublement peuvent fort bien manquer complètement, tant que les tubercules sont peu nombreux, et surtout tant que le poumon n'est pas encore creusé par des excavations plus ou moins nombreuses. Il est bien certain que plus d'une fois nous avons trouvé des tubercules formés par le poumon au milieu d'un tissu chroniquement enflammé, chez des individus qui n'avaient pas présenté d'autres symptômes que ceux qui nous ont été offerts par l'individu qui fait le sujet de la présente observation.

L'absence de sueur, dans ce cas, qui a été d'ailleurs notée par Bayle comme un des caractères de la variété de pneumonie chronique, désignée par lui sous le nom de *phthisie avec mélanose*, est une circonstance importante, en ce qu'elle prouve que les sueurs de la phthisie pulmonaire ne sont pas le simple résultat de l'inflammation chronique du poumon. D'un autre côté, il ne nous semble pas que ces sueurs dépendent seulement de l'existence des tubercules: en effet, d'une part, dans le poumon, nous avons vu ceux-ci être très-multipliés, mais encore crus, et alors nous n'avons pas observé de sueur; d'autre part, dans tous les organes, des tubercules nombreux peuvent se développer sans que des sueurs surviennent. Quelle est donc leur cause, ou du moins avec quel état morbide coïncident-elles? Nous sommes porté à admettre que les sueurs de la phthisie, qui sont un des symptômes les plus caractéristiques de ses dernières périodes, ne résultent ni de l'imperméabilité du poumon à l'air, comme le croient quelques personnes, ni de la seule présence des tubercules, comme d'autres l'admettent; mais que ces sueurs dépendent bien plutôt de la suppuration abondante qui s'établit dans le poumon à la suite de la fonte des tubercules. Cette opinion paraîtra encore plus vraisemblable, si l'on réfléchit que la plupart des cas, autres

que ceux de phthisie pulmonaire, où l'on observe ces sueurs, sont des cas de phlegmasie chronique avec abondante excrétion de pus au dehors (1).

Dans cette observation, nous ferons aussi remarquer, bien que cette circonstance soit étrangère au sujet qui nous occupe actuellement, le retentissement très-remarquable de la voix, qui coïncidait à la fois et avec une induration pulmonaire noire considérable, et avec une notable dilatation de plusieurs rameaux bronchiques. (*Voy.*, sur ce point, tom. III.)

Là où le poumon était induré, l'on n'entendait point la respiration bronchique; l'on n'entendait pas non plus le bruit d'expansion pulmonaire, mais seulement diverses variétés de râle humide, et surtout du râle muqueux proprement dit. Ce râle avait son siège unique soit dans les grosses bronches, soit dans les petites dilatées. Ici donc l'auscultation ne donnait d'autres renseignements que ceux qu'elle aurait fournis dans le plus simple cas de catharre pulmonaire avec sécrétion abondante de la muqueuse aérienne.

Nous appellerons encore l'attention sur l'état particulier que nous présenta la rate sur ce sujet, état qui ne nous fut révélé pendant la vie par aucun symptôme appréciable.

§ III. MALADIES DE LA PLÈVRE.

91. Plus souvent encore que le parenchyme pulmonaire, la plèvre présente des altérations diverses chez les phthisiques. La plupart de ces altérations sont le résultat d'une inflammation aiguë ou chronique.

(1) Le cas d'abcès de la rate, avec existence de sueur abondante semblable aux sueurs de la phthisie, que nous avons rapporté plus haut, fortifierait encore cette manière de voir.

Dans presque tous les cas où le poumon contient des tubercules, d'intimes adhérences unissent dans une partie plus ou moins grande de leur étendue les plèvres costale et pulmonaire. Ces adhérences sont généralement en rapport avec le nombre des tubercules; elles sont plus considérables lorsqu'autour de ceux-ci le parenchyme pulmonaire est induré. On les trouve surtout dans les points correspondant à ceux du poumon où les tubercules sont accumulés en plus grande quantité. Dans quelques cas où les poumons, sains d'ailleurs, ne nous ont offert qu'une masse unique de tubercules réunis en un point, près de la périphérie de l'organe, nous avons trouvé la plèvre libre partout d'adhérence, excepté là où existait la masse tuberculeuse.

Quelquefois on ne rencontre pas d'adhérences, et la plèvre costale paraît seule avoir été altérée. Alors on la trouve épaissie par plaques isolées, qui correspondent à des amas de tubercules; ou plutôt cet épaississement, le plus souvent apparent, dépend d'une sécrétion de lymphe coagulable, qui s'est opérée sur l'une ou l'autre des faces de la plèvre. Quelquefois nous avons trouvé colorés en un noir foncé ces épaississements partiels, soit réels, soit apparents, de la plèvre pulmonaire. Alors la périphérie du poumon était parsemée de plaques noires, s'élevant de plusieurs lignes au-dessus du niveau de la surface de l'organe, et paraissant ainsi constituer de véritables tumeurs mélaniques. Mais, dans plusieurs d'entre elles, il était facile d'apercevoir leur véritable nature: en effet, elles n'étaient pas toutes uniformément noires; un assez grand nombre offraient une teinte blanche ou grisâtre, et, dans cet état, elles ne semblaient être autre chose qu'une accumulation de pseudo-membranes à la surface libre de la plèvre, ou plus souvent encore un épaississement notable du tissu cellulaire très-fin, mais très-vasculaire, qui unit la plèvre au poumon.