

dans la grande majorité des cas, les symptômes de la phthisie se suspendent ou restent au moins stationnaires pendant le cours de la grossesse; mais à peine celle-ci est-elle terminée, que l'affection pulmonaire reprend tout-à-coup une activité des plus singulières, et les malades sont rapidement entraînés au tombeau. Toutefois, parmi les faits que nous avons plus récemment observés, il en est quelques-uns qui confirment les assertions contenues dans le paragraphe à propos duquel cette note est écrite. Ainsi nous possédons l'observation d'une femme qui, née d'un père mort phthisique, était restée simplement délicate et sujette à s'enrhumer, jusqu'à l'âge de vingt-trois ans, époque à laquelle elle devint enceinte. Parvenue, sans accident, jusqu'au quatrième mois de sa grossesse, elle fut prise alors d'une abondante hémoptysie, qui se renouvela plusieurs fois, jusqu'au moment de l'accouchement. A peine celui-ci fut-il terminé, qu'un nouveau crachement de sang survint; une fièvre ardente s'alluma, tous les signes de la phthisie pulmonaire la plus aiguë se développèrent, et dix huit jours après son accouchement, la malade avait cessé d'exister.

CHAPITRE V.

CICATRISATION DES EXCAVATIONS TUBERCULEUSES DU POU MON.

143. Une fois développés dans le parenchyme pulmonaire, les tubercules tendent, dans le plus grand nombre des cas, à se ramollir et à se frayer une route au dehors à travers les bronches, laissant à leur place une excavation plus ou moins considérable qui s'agrandit en se réunissant avec d'autres semblables. Le plus souvent ces cavités n'offrent aucun indice de tendance au rapprochement de leurs parois; la sécrétion purulente dont elles sont le siège est pour les malades une cause puissante d'épuisement, et au bout d'un temps plus ou moins long la mort est le résultat de leur présence dans le parenchyme pulmonaire. Tel est le cas le plus commun, celui qui a été si bien décrit par plusieurs écrivains modernes, et sur lequel, par conséquent, nous croyons superflu d'insister. Mais, dans ces derniers temps, Laennec a annoncé que les excavations tuberculeuses du poumon étaient susceptibles de guérir, à l'aide d'un travail de cicatrisation plus ou moins analogue à celui que présentent plusieurs abcès, ulcères ou autres solutions de continuité. Cependant, malgré les précieuses observations sur ce sujet publiées par Laennec, la réalité de la cicatrisation des cavernes pulmonaires est niée par plusieurs médecins, ou du moins rangée par eux au nombre des phénomènes non encore suffisamment avérés. Il nous semble donc utile de faire connaître le résultat de nos observations sur ce point. Citons d'abord quelques faits particuliers; nous

chercherons ensuite à en donner l'interprétation qui nous semblera la plus juste; quelle que soit cette dernière, les faits eux-mêmes ne seront pas perdus pour la science.

A. Une femme de cinquante ans environ mourut avec tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire. Les lobes supérieur et moyen du poumon droit présentaient une induration rouge, avec mélange de coloration noire sous forme de points, de taches ou de lignes sinueuses. Au milieu de ce tissu induré existaient quelques tubercules crus, peu volumineux, et, de plus, cinq ou six grandes cavités pleines d'un pus grumeleux, et qui résultaient très-probablement de la fonte et de l'évacuation de masses tuberculeuses. Le poumon gauche parut d'abord sain dans toute son étendue; cependant, tout-à-fait à son sommet, dans un espace qui aurait pu à peine recevoir une noix, on observait à l'extérieur une couleur noire, une grande dureté et un froncement manifeste. Deux larges bronches s'avançaient vers ce point et s'ouvraient dans une petite cavité oblongue, à parois lisses, et qui aurait pu à peine admettre une noisette. La surface interne de cette cavité, que remplissait un liquide comme séreux, était revêtue par une membrane dense, cellulo-fibreuse; autour d'elle, le parenchyme pulmonaire était noir et dur dans l'étendue indiquée; immédiatement au-dessus d'elle existait le froncement visible à l'extérieur.

La cavité que nous venons de décrire semblait n'être que le reste d'une cavité plus grande, ainsi que paraissent concourir à le prouver, 1° l'espèce d'affaissement qu'avait subi le poumon au-dessus d'elle; 2° le désaccord manifeste entre le diamètre de la cavité et celui des bronches qui s'y ouvraient. Remarquons encore que cette cavité était située là où se rencontrent le plus ordinairement les excavations tuberculeuses.

B. Chez un homme de cinquante-deux ans, les deux poumons contenaient un grand nombre de tubercules crus ou ramollis; le sommet du poumon droit était noir, dur et froncé extérieurement. En l'incisant, nous rencontrâmes à quelques lignes de sa périphérie une cavité irrégulièrement arrondie, assez grande pour admettre une noix, communiquant, par un court trajet fistuleux, avec une seconde cavité plus petite et traversée par une petite bride. L'une et l'autre étaient remplies par une sorte de sérosité rougeâtre. Dans l'étendue de quelques lignes autour de ces cavités existait un tissu blanc homogène, véritablement cartilagineux, qui contribuait à former leurs parois. Ces parois étaient en outre tapissées par une membrane extrêmement mince et fine. Mais ce qui était surtout remarquable, c'est que trois larges bronches se rendaient vers le tissu cartilagineux que nous venons de décrire; une fois qu'elles y étaient arrivées, elles s'oblitéraient tout-à-fait et semblaient se confondre avec lui. Une quatrième bronche, parvenue au niveau des cavités, diminuait de volume, et n'était plus constituée que par un petit canal qui s'ouvrait dans la plus grande de ces cavités, tandis que le reste de la bronche paraissait en quelque sorte aller se perdre dans le tissu cartilagineux accidentel.

Ici, nous trouvons les mêmes circonstances que dans l'observation précédente, et de plus une disposition anfractueuse des cavités, comme celle de la plupart des excavations tuberculeuses, un tissu cartilagineux de nouvelle formation développé autour d'elles, et, de plus, circonstance importante, cinq tuyaux bronchiques, d'un diamètre notable, qui convergent vers deux petites cavités et s'oblitérent en grande partie dans le tissu cartilagineux qui entoure celles-ci. Ici donc, n'est-il pas encore infiniment probable qu'à une époque plus ou moins éloignée de celle où nous examinions le poumon, toutes ces

bronches avaient communiqué avec une ou plusieurs grandes cavités, qui avaient peu à peu diminué, laissant comme trace de leur existence, 1° les deux petites cavités décrites, 2° un tissu cartilagineux de nouvelle formation ?

C. Un homme, âgé de quarante ans environ, succomba à une pneumonie aiguë. La plus grande partie du poumon droit était en infiltration purulente. Vers la partie supérieure du lobe inférieur de ce poumon existait un endroit où le parenchyme pulmonaire était remplacé par un tissu blanc, d'apparence fibro-cartilagineuse. Ce tissu accidentel occupait un espace oblong dont le plus grand diamètre était dirigé perpendiculairement à l'axe du corps; il avait environ deux pouces et demi de longueur sur deux de large; il se continuait de toutes parts d'une manière intime avec le tissu du poumon, excepté en un point, où il en était séparé par une petite cavité ovalaire, occupant moins d'espace que le tissu accidentel, remplie par une matière purulente. Dans ce point du poumon se rendait une large bronche, qui provenait presque directement du principal tronc bronchique du lobe inférieur du poumon droit. Cette bronche, arrivée à la masse cartilagineuse, disparaissait en partie, et communiquait par le reste du canal qu'elle présentait avec la petite cavité interposée entre un point de tissu cartilagineux et le parenchyme du poumon. Il n'y avait dans le reste des poumons aucune trace de tubercule.

Il est présumable que si ce malade eût vécu plus long-temps, la masse cartilagineuse eût fini par envahir en totalité la cavité remplie de pus, dont vraisemblablement nous n'apercevions plus déjà qu'un reste.

D. En effet, chez un autre individu, dont les poumons contenaient des tubercules à divers degrés, nous avons trouvé dans

l'un des lobes supérieurs une production de nature également cartilagineuse, mais sans aucune trace de cavité, soit autour d'elle (*C*), soit à son centre (*B*). Cette production offrait son grand diamètre dirigé suivant la hauteur du poumon; elle avait environ trois pouces de long sur cinq à six lignes de large. Une grosse bronche, parvenue à cette masse cartilagineuse, s'oblitérait tout-à-coup au moment où elle y arrivait, et se confondait avec elle.

Dans ce dernier cas, la disposition de la bronche est le seul indice qui nous conduise à admettre qu'une cavité avait existé là où nous trouvons maintenant une masse cartilagineuse.

E. Au lieu d'une masse cartilagineuse, nous n'avons trouvé dans un cas qu'une simple ligne, une sorte d'intersection fibreuse; dans un autre cas, qu'une sorte de lame de même nature, auxquelles venaient se rendre également plusieurs bronches considérables; arrivées au point où existait le tissu accidentel, leur calibre s'effaçait, et elles se confondaient avec lui.

Ce cas rentre tout-à-fait dans le précédent (*D*). La forme de la production accidentelle est seule différente.

F. Dans des poumons qui offraient plusieurs traces d'inflammation chronique, avec ou sans existence de tubercules, nous avons trouvé des masses, des intersections cellulofibreuses, fibreuses, cartilagineuses, semblables à celle dont il vient d'être question, mais qui en différaient notablement, en ce qu'on ne voyait plus de rameaux bronchiques venir se confondre avec elles. Or, dès que cette dernière circonstance manque, on ne peut plus tirer les mêmes conclusions de la présence de ces productions accidentelles; rien ne porte plus à penser qu'elles occupent la place d'une cavité, et l'on peut

dans ce cas très-bien admettre qu'elles se sont formées d'une manière primitive, comme se forment le tubercule ou la mélanose. Dans les poumons des chevaux, nous avons quelquefois rencontré de semblables masses fibreuses ou cartilagineuses, et chez eux rien ne nous démontrait ou ne nous faisait même soupçonner qu'elles eussent remplacé une cavité. Dans plusieurs cas, d'ailleurs, ces productions ont un siège, qu'il est aisé de déterminer, soit chez l'homme, soit surtout chez le cheval. Ce n'est point le plus ordinairement dans le parenchyme même des lobules pulmonaires qu'elles sont situées, mais bien dans le tissu cellulaire interlobulaire. On peut même en suivre dans celui-ci la formation graduelle. Ainsi, dans quelques cas, ce tissu cellulaire est simplement épaissi; il est alors plus dense, plus apparent que dans l'état normal; les lobules pulmonaires sont séparés les uns des autres par des intersections blanches ou grises. Dans un autre degré ces intersections révèlent un aspect manifestement fibreux; ailleurs, enfin, elles s'élargissent de plus en plus, et, de simples lignes qu'elles étaient d'abord, elles constituent peu à peu des masses plus ou moins régulières, fibreuses ou cartilagineuses, qui refoulent alors les lobules pulmonaires.

G. Un homme de vingt-quatre ans, paraissant phthisique au dernier degré, succomba deux jours après son entrée.

Les deux poumons étaient remplis de tubercules crus ou ramollis. De plus, le sommet du poumon droit était dur et rugueux à l'extérieur, comme déprimé. Incisé en ce point, son tissu présenta plusieurs masses noires au centre desquelles existaient des tubercules de consistance plâtreuse. De grosses bronches venaient de différents points converger vers cet endroit, et, au moment où elles plongeaient dans la substance mélanosée, leur calibre se rétrécissait brusquement, leur ca-

vité s'effaçait, et elles semblaient se transformer en cordons ligamenteux.

Dans ce cas, comme dans les précédents, nous voyons de larges tuyaux bronchiques se terminer brusquement, par oblitération de leur cavité, dans des portions du poumon depuis long-temps imperméables à l'air. Mais, au lieu des productions cartilagineuses nous ne trouvons plus que quelques tubercules crétaqués, avec induration noire autour d'eux. Déjà, dans un autre article, nous avons dit comment pouvait être considérée cette espèce de tubercule; plusieurs faits nous ont alors porté à admettre que leur existence annonce dans un grand nombre de cas la diminution de volume des tubercules, ou du moins un état stationnaire de ces corps. La coïncidence que nous remarquons ici entre la brusque oblitération des tuyaux bronchiques et l'existence de ces concrétions plâtreuses ne fortifie-t-elle pas encore notre opinion sur la nature de celles-ci, opinion qui est d'ailleurs partagée par Laennec?

H. Chez une femme de cinquante ans nous avons trouvé dans les poumons les lésions suivantes :

Poumon droit. — Une large bronche, venant presque directement de la principale division bronchique de ce côté, s'ouvrait dans une petite cavité logée dans le lobe supérieur. Cette cavité à parois minces, transparentes, d'une texture à peu près analogue à celles des parois bronchiques, était occupée par une concrétion cartilagineuse, hérissée d'aspérités, libre dans cette cavité. Cette masse de cartilages avait été d'abord vraisemblablement unie au parenchyme pulmonaire, duquel elle s'était ensuite séparée. Plus tard, elle aurait pu être rendue par l'expectoration, et les parois de la cavité qui la contenait eussent pu se rapprocher.

Tout-à-fait au sommet de ce même poumon, au milieu d'un

tissu très-dur, d'un gris brunâtre, existaient deux petites cavités, pouvant chacune contenir une noisette, communiquant par un court trajet fistuleux, et traversées en différents sens par des brides minces et rougeâtres. Leurs parois étaient tapissées par une membrane très-fine, rougeâtre comme les brides, d'aspect cellulo-séreux. L'une de ces cavités communiquait avec une grosse bronche. Le sommet de ce même poumon présentait des rides et une dépression manifeste.

Poumon gauche. — Son lobe supérieur était également induré, avec mélange de coloration grise, brun et noir. Dans ce lobe existait une production cartilagineuse oblongue, assez semblable, pour la forme et la grandeur, à celle décrite précédemment (D). Une bronche arrivait jusqu'à elle, et s'oblitérait brusquement. Non loin de cette production existait une petite cavité arrondie, dont les parois étaient constituées par une membrane cartilagineuse ayant plusieurs lignes d'épaisseur; une grosse bronche s'y ouvrait. — Dans ce même lobe, tout-à-fait au sommet, une bronche considérable se terminait en cul-de-sac, au milieu d'un tissu induré, sans autre production accidentelle. N'y avait-il eu dans ce point que simple dilatation d'une bronche?

Enfin, dans l'intérieur du poumon gauche, existaient éparses plusieurs petites masses arrondies, de nature cartilagineuse, et qui n'avaient avec les bronches aucune connexion apparente.

Ce dernier cas est remarquable, en ce qu'il nous offre réunies la plupart des lésions que chacune des observations précédentes nous a montrées séparées; il nous présente de plus l'existence d'une concrétion cartilagineuse libre au milieu d'une cavité dans laquelle s'ouvrait une bronche.

De l'ensemble des faits que nous venons de citer, il nous semble résulter que des cavités accidentelles plus ou moins grandes ayant existé à une certaine époque dans le parenchyme

pulmonaire, ces cavités peuvent quelquefois diminuer d'une manière notable, et même s'oblitérer complètement. Les circonstances de cette oblitération ont été d'ailleurs très-bien décrites par Laennec; nos observations ne sont à cet égard que confirmatives des siennes. L'oblitération de ces cavités étant bien constatée, on peut demander si c'étaient bien des excavations tuberculeuses. Or, à cette question on peut répondre affirmativement: 1° parce que dans presque l'universalité des cas les seules cavités que l'on rencontre dans le parenchyme pulmonaire sont le résultat de la fonte de tubercules; 2° parce que à peu près dans tous les cas où nous avons trouvé dans le poumon des traces de diminution ou d'oblitération de cavité, il y avait en même temps des tubercules, soit dans le même poumon, soit dans l'autre (A); 3° enfin, parce que dans les cas même où l'on ne rencontre point ces derniers, c'est peut-être une raison de plus pour admettre une plus facile oblitération d'une excavation tuberculeuse précédemment existante. On conçoit en effet que celle-ci doit tendre plus naturellement à cesser de sécréter du pus (cessation qui est la première condition de sa cicatrisation), dans le cas où la cause qui a antécédemment produit le tubercule auquel elle a succédé semble ne plus agir, ou du moins ne manifeste plus son action par la formation d'autres tubercules. Il est d'ailleurs incontestable que dans certains cas on n'a trouvé qu'un seul tubercule dans la totalité des deux poumons. Récemment encore, en ouvrant le cadavre d'une femme déjà avancée en âge, nous avons rencontré vers la base du lobe supérieur de l'un des poumons, près de sa périphérie, un tubercule unique, ayant à peu près le volume d'une grosse noisette. Autour de lui le parenchyme pulmonaire était sain.

Tout en reconnaissant que des excavations tuberculeuses peuvent se cicatrifier, nous avouons que, dans le plus grand

nombre des cas, cette cicatrisation n'est guère utile au malade, en raison de l'existence simultanée d'un grand nombre d'autres tubercules. L'oblitération d'une caverne ne pourrait être avantageuse que dans le cas où il n'existerait qu'un seul tubercule, comme nous venons d'en rapporter un exemple; ou bien, si, consécutivement à la cicatrisation de la caverne, les autres tubercules, existant en petit nombre et entourés d'un parenchyme sain, restaient stationnaires dans leur développement. Il ne faudra donc pas confondre la guérison bien certaine d'un seul tubercule par cicatrisation de caverne, avec la guérison de l'affection tuberculeuse elle-même.

En parlant de la marche de la phthisie pulmonaire, nous avons déjà cité des observations dans lesquelles sont tracés les signes à l'aide desquels il est possible de reconnaître, pendant la vie, qu'une excavation tuberculeuse tend à se cicatriser (138).

Il y a, d'ailleurs, des cas dans lesquels la considération des symptômes a pu jeter une grande lumière sur la question qui nous occupe. On a vu des individus qui, après avoir présenté tous les signes rationnels d'une phthisie pulmonaire, sont cependant revenus à un très-bon état de santé, et chez lesquels l'ouverture du cadavre a démontré l'existence de quelques-uns des états du poumon que nous venons de passer en revue. Nous citerons en particulier le cas suivant, dont nous devons la connaissance à la communication qu'a bien voulu nous en faire notre collaborateur et ami M. Reynaud.

Une femme mourut, à l'âge de quarante ans, d'une affection cancéreuse de l'estomac. Plusieurs années auparavant, cette femme avait eu tous les symptômes d'une phthisie pulmonaire, qui avait donné les plus fortes craintes pour sa vie. Cependant, contre l'attente des médecins qui la soignaient alors, ces symptômes se dissipèrent peu à peu, et madame ***

cessa même complètement de tousser. Pendant les années suivantes, l'affection de l'estomac commença à se dessiner, mais la malade ne toussa pas, et, pendant la dernière année de son existence, en particulier, elle n'offrit aucune espèce de phénomène morbide du côté des voies respiratoires.

L'ouverture du cadavre fut faite par M. Baumez, interne de l'hôpital de la Charité, en présence de M. le professeur Chomel, médecin ordinaire de la malade, et de M. Reynaud. Il y avait dans l'estomac un cancer dont il est inutile de nous occuper ici.

Les poumons étaient sains dans presque toute leur étendue; leur sommet adhérait aux côtes; tous deux présentaient dans ce point une couleur noirâtre et un froncement remarquable. Le sommet du poumon droit, incisé, offrit, au-dessous de la plèvre et dans une petite étendue, une induration de couleur grise noirâtre; immédiatement au-dessous de cette induration existait un corps de forme arrondie, de consistance crétacée, adhérent de tous côtés au parenchyme qui, autour de lui, était sain. Près de ce corps, et se confondant avec l'induration pulmonaire, apparaissaient deux petites masses tuberculeuses remarquables par leur friabilité et leur sécheresse.

Au sommet du poumon gauche existait une induration semblable à celle du droit, sous le rapport de l'étendue et de la couleur; au milieu de la portion indurée on voyait une petite quantité de matière tuberculeuse dure, friable et contenue dans une cavité. Il n'y avait pas, comme à droite, de tubercule crétacé proprement dit.

De ce fait peuvent être tirées plusieurs conséquences importantes. Il démontre d'abord qu'une induration noire peu étendue du parenchyme pulmonaire, avec présence d'un tubercule crétacé au milieu d'elles, peut exister sans provoquer la toux, sans causer de dyspnée. Mais si nous remontons aux

circonstances antécédentes, nous serons conduits à regarder cet état du poumon comme un vestige de l'affection pulmonaire très-grave qui avait eu lieu chez la malade quelques années auparavant. Il nous semble infiniment vraisemblable que là où fut trouvé un tubercule crétaqué, avec induration noire autour de lui, avait existé jadis une masse tuberculeuse beaucoup plus considérable, qui, soit à l'époque de sa formation, soit pendant la période de son ramollissement, avait déterminé les symptômes de phthisie observés chez la malade. Soit que cette masse ait été ensuite résorbée ou évacuée, la cavité qu'elle occupait, en revenant sur elle-même, avait produit le froncement du sommet du poumon; ce qui restait de cette cavité s'était en quelque sorte moulé sur un débris de tubercules, qui avait déjà subi une remarquable modification dans ses propriétés physiques, et qui tendait à se transformer en une concrétion calculeuse.

SECTION QUATRIÈME.

OBSERVATIONS SUR DIVERSES PRODUCTIONS ACCIDENTELLES DÉVELOPPÉES DANS LE POUMON.

En traitant, dans la section précédente, de la phthisie pulmonaire, j'ai eu occasion de parler de plusieurs des espèces de phthisies admises par Bayle; c'est ainsi que j'ai cité des cas relatifs à la phthisie avec mélanose, à la phthisie granuleuse, à la phthisie calculeuse. Bayle avait aussi admis une phthisie produite par le développement de masses cancéreuses au sein du parenchyme pulmonaire. Plusieurs fois aussi j'ai trouvé dans le poumon des productions squirrheuses et encéphaloïdes; mais ce qui m'a frappé dans les cas de ce genre que j'ai eu occasion d'observer, c'est que d'autres productions semblables existaient en même temps dans d'autres parties du corps, de telle sorte que, dans ces cas, la lésion pulmonaire elle-même n'avait pas joué l'unique rôle dans la production des symptômes; aucun signe caractéristique ne l'avait même révélée au milieu des nombreux phénomènes morbides qui révélaient la souffrance simultanée de plusieurs organes. Je consignerai ici un cas de ce genre; puis je rapporterai quelques observations d'hydatides développées dans les poumons.