

j'ai lus avec beaucoup d'attention, joints à ceux qu'on trouve dans les ouvrages cités de MM. Racine, Letenneur, Bazierre, Choix, Pinel et Bricheteau, donnent à l'assertion précédente de M. Bouillaud le plus éclatant démenti. Nul doute, en effet, que la pneumonie chronique simple ne soit beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense généralement. Pour s'en convaincre, il ne suffit pas de s'en rapporter seulement à son observation, qui est presque toujours incomplète, il faut encore consulter les auteurs dont l'attention, éveillée sur ce point, a laissé moins de faits échapper, ou qui se sont trouvés dans des conditions favorables pour ce genre d'observations.

Quoi qu'il en soit, dans la deuxième édition de sa *Clinique médicale*, publiée en 1851, M. Andral partageait encore, comme nous venons de le voir, l'opinion de MM. Laënnec, Chomel et Bouillaud sur l'extrême rareté des pneumonies chroniques sans complication de tubercules ou de mélanoses. Mais, éclairé sans doute par une observation plus attentive, il n'a pas tardé de revenir sur ce qu'il avait dit à ce sujet; car, dès l'année 1854, dans la troisième édition de sa *Clinique*, et plus récemment encore (1857), dans une des notes dont il a enrichi l'ouvrage de Laënnec, il tient un tout autre langage. La description qu'il a donnée de la pneumonie chronique me semble même tellement exacte, que je crois devoir la reproduire ici tout entière, afin quelle nous serve en quelque sorte de base et de point de comparaison pour les faits que nous aurons à examiner plus tard.

« La pneumonie chronique me paraît être une affection moins rare que ne le pensent plusieurs médecins. Plusieurs fois, en effet, j'ai constaté sur le cadavre une induration rougeâtre ou grisâtre du tissu de poumon, variable par son étendue et par son siège. Tantôt elle occupait seulement un certain nombre de lobules que séparaient d'autres lobules restés perméables à l'air; tantôt elle avait envahi un lobe entier de l'un ou l'autre poumon. A raison de la dureté toute particulière que présentait le tissu pulmonaire, il n'était pas possible de confondre cette altération avec celle que produit la pneumonie aiguë. Loin d'être devenu plus friable, le tissu enflammé résistait, au contraire, d'une manière remarquable à la déchirure et à la pression. Pendant la vie, l'on avait observé les symptômes de la bronchite chronique, un dépérissement graduel; et de plus, on avait constaté, dans quelques-uns de ces cas, un son mat et l'existence de la respiration bronchique. » (*Traité de l'auscult.*, édit. de 1857, tom. 1^{er}, pag. 586, note.) J'ajouterai que chez les phthisiques il n'est pas du tout rare de trouver autour des tubercules, surtout lorsqu'ils sont ramollis et transformés en cavernes, des traces non douteuses de pneumonie chronique.

Maintenant, la mélanose infiltrée avec induration du poumon doit-elle être considérée comme le produit de l'inflammation chronique de cet organe? Cette importante question, qui se rattache au sujet qui nous occupe, me semble devoir être résolue affirmativement aujourd'hui. Telle est, du moins, l'opinion de MM. Andral (*Anat. path.*, tom. 1, p. 455, et *Clinique médicale*, édit. 1854, t. IV, p. 225 et suiv.), Martin Solon (*Dictionn. de méd.*

et *chir. prat.*, t. XII, art. *Mélanose*) et Alp. Cazenave (*Dict. de méd.*, 2^e édit., t. XIX, art. *Mélanose*). Opinion que je partage entièrement, et que le premier de ces auteurs a étayée de nombreux raisonnements basés sur des faits irrécusables. Lui-même cite un cas remarquable de cette affection dans sa *Clinique médicale*, t. IV, p. 229, et dit en avoir observé plusieurs autres. L'ouvrage de Bayle sur la *phthisie* contient un certain nombre d'observations qui ne peuvent être considérées que comme des exemples de pneumonie chronique avec tubercules et mélanose ou avec mélanose seulement. « C'est principalement dans la maladie que nous avons observée plusieurs fois, dit M. Martin Solon (*loc. cit.*), et que nous continuons d'appeler pneumonie chronique, qu'on rencontre la mélanose infiltrée. » Enfin, on lit, dans la septième lettre, n 11, de Morgani, de *sedibus et causis*, etc., l'histoire d'un individu qui présenta les symptômes d'un catarrhe chronique, et chez lequel on trouva les poumons noirs et durs.

J'ai dit au commencement que M. Broussais était un des premiers qui eût fixé son attention sur la pneumonie chronique, dont il avait en même temps signalé la fréquence. Les recherches auxquelles il s'est livré dans les hôpitaux militaires pendant la campagne de 1806 et 1807, et qu'il a consignées dans son bel ouvrage sur les *phlegmasies chroniques*, ne sauraient laisser aucun doute à cet égard; du moins n'hésite-t-il pas à dire que, dans l'espace de deux années, les maladies chroniques, et en particulier la pneumonie de ce nom, lui ont fait perdre beaucoup plus de malades que les affections aiguës; bien entendu qu'il ne s'agit pas ici de la tuberculisation des poumons, que cet illustre observateur considère aussi comme le résultat d'une phlegmasie chronique. Sans vouloir discuter la valeur de cette opinion que professe également M. Bouillaud, je dirai seulement que les faits contenus dans l'ouvrage indiqué plus haut, et que j'ai lus avec toute l'attention dont je suis capable, me semblent établir d'une manière positive: 1^o que l'auteur a bien réellement observé l'inflammation simple et chronique du poumon, et 2^o qu'il l'a observée un très-grand nombre de fois, mais les faits qu'il a recueillis ayant été jusqu'à présent méconnus ou dénaturés, sans doute à cause de l'ambiguïté des termes dont il s'est servi pour caractériser les différents états du poumon, il importe, ce me semble, tant dans l'intérêt de la science que dans celui de la vérité, de rendre à ceux-ci leur valeur et leur signification naturelle; dans ce but, et aussi pour compléter l'analyse des travaux entrepris sur ce sujet, je crois devoir soumettre à une discussion approfondie, toutes les observations de pneumonie chronique rapportées par M. Broussais. L'examen auquel je me suis livré précédemment, en rendant ma tâche plus facile, fera mieux comprendre en même temps ce qui me reste à dire.

Mais avant d'aller plus loin, et pour éviter à l'avenir toute espèce d'ambiguïté sur les choses, il est important de bien déterminer la signification des mots qui servent à distinguer les différents états pathologiques du poumon frappé de phlegmasie; aujourd'hui les mots *hépatisation*, *induration*, *carnification*, sont souvent encore employés in-

différemment l'un pour l'autre; il en résulte qu'on est parfois embarrassé de savoir quel sens on doit leur attacher. C'est pourquoi, sans avoir égard à une ressemblance, d'ailleurs plus ou moins éloignée, avec le foie, ni même à l'endurcissement très-réel du tissu pulmonaire dans les deuxième et troisième degrés de la pneumonie aiguë, il serait à désirer qu'on laissât d'abord de côté le mot *hépatisation* qui, pouvant s'appliquer à des choses tout à fait différentes, ne s'applique plus dès lors à aucune d'elles. Ensuite prenant en considération, d'une part, l'état de mollesse et de friabilité du poumon dans l'inflammation aiguë de cet organe, et, d'autre part, son endurcissement manifeste dans l'inflammation chronique, je proposerais, d'après M. le professeur Andral, d'appeler le premier de ces états *ramollissement rouge et gris*, et l'autre *induration rouge, grise, et noire*, quand elle est compliquée de mélanose, réservant le mot *carnification* pour exprimer cet état du tissu pulmonaire, exempt de phlegmasie, mais comprimé depuis un temps plus ou moins long. Si tous les auteurs avaient suivi la même marche, et adopté un langage uniforme et invariable, ils auraient évité bien des méprises, bien des discussions inutiles, et l'on saurait maintenant à quoi s'en tenir, je ne dis pas sur l'existence de la pneumonie chronique, qui me paraît hors de doute, mais sur la fréquence et la gravité de cette affection.

Quoi qu'il en soit, passons à l'examen des observations que M. Broussais a réunies dans le chapitre premier de son *Histoire des phlegmasies chroniques*, intitulé *du catarrhe et de la péripneumonie*. Parmi ces faits, qui sont en très-grand nombre, les uns se sont terminés par la guérison, et les autres par la mort; bien que les premiers soient en tout semblables aux seconds sous le rapport des symptômes et de la marche de la maladie, nous n'en tiendrons pourtant aucun compte, par la seule raison qu'ils manquent de la preuve anatomique, et qu'on n'est pas obligé de nous croire sur parole. Quant aux cas de pneumonie chronique, dans lesquels l'ouverture du cadavre est venue confirmer le diagnostic, il en est plusieurs qui ne sont qu'indiqués, et que je rappellerai seulement en temps et lieu; les autres, au contraire, réduits de la sorte au nombre de treize, mais rapportés avec détails, me semblent encore suffisants pour prouver que M. Broussais a réellement observé la pneumonie chronique. Le même chapitre renferme bien encore deux autres observations (quatorzième et quinzième), dans lesquelles les poumons n'étaient pas indurés; mais comme l'auteur lui-même ne les a citées que pour montrer l'influence du frisson de la fièvre intermittente d'une part, sur l'épuisement des malades, et de l'autre, sur l'engorgement des principaux viscères, et en particulier du poumon chez les sujets *anévrismatico-variqueux*, je ne m'y arrêterai pas davantage.

Il ne nous reste donc plus, en définitive, que treize observations à examiner; sur ce nombre, quatre nous offrent en même temps des traces non équivoques de pneumonie ancienne et récente: en commençant par elles, nous serons plus à même de juger la valeur des expressions qu'emploie habituellement M. Broussais, et d'apprécier la différence qu'il établit entre les états correspondants du poumon.

Obs. I. — (9^e de M. B.). — Il s'agit d'un militaire, âgé d'environ vingt-deux ans, qui fut atteint d'abord d'une *fièvre continue pétychiale* accompagnée de toux. Evacué de l'hôpital pendant sa convalescence, le retour de la toux avec fièvre le força bientôt d'y rentrer une première, puis une seconde fois. Enfin, ces symptômes s'étant exaspérés de nouveau, la respiration devint de plus en plus gênée, et il mourut environ cinquante jours après la terminaison de la *fièvre continue*.

Autopsie. — Beaucoup de sérosité dans les ventricules latéraux. Le lobe gauche partout adhérent, *solidement endurci* dans les trois quarts de son épaisseur, *ramolli et comme réduit en bouillie* à la partie supérieure.

Cette description anatomique du poumon nous représente évidemment deux altérations bien distinctes de cet organe. L'une, qui ne convient qu'à son inflammation lente et chronique, me paraît caractérisée d'une manière suffisante par ces mots: *solidement endurci*; l'autre, qui ne peut être l'effet que de son inflammation aiguë, est assez clairement désignée par ces autres mots: *ramolli et comme réduit en bouillie*. Si l'on considère, d'ailleurs, que ces lésions sont en rapport avec les symptômes observés pendant la vie, et qu'il n'existait pas de tubercules dans la poitrine, on sera forcé d'être de l'avis de M. Broussais, lorsqu'il dit dans ses réflexions sur ce fait intéressant: « Ce catarrhe, après être resté pendant près de deux mois à l'état chronique, s'est subitement changé en péripneumonie très-aiguë (1). »

Car l'épanchement séreux dans les ventricules latéraux du cerveau ne me paraît être dans ce cas, comme dans presque toutes les observations suivantes, qu'un phénomène tout à fait secondaire, et consécutif à la lésion grave des poumons. Cette manière de voir est d'autant plus admissible, qu'une anasarque qui s'était manifestée dans les derniers temps de la maladie avait disparu complètement avant la mort. L'interprétation du fait précédent, telle que M. Broussais l'a donnée, est donc en définitive très-rationnelle, et même la seule que l'on doive admettre.

Maintenant, d'après la signification bien déterminée que notre auteur attache aux mots: *solidement endurci*, *ramolli*, et *comme réduit en bouillie*, nous serons plus à même d'apprécier la valeur des expressions semblables ou analogues dont il pourra se servir par la suite, pour distinguer les deux états du poumon correspondant à l'inflammation aiguë ou chronique de cet organe. Ainsi, nul doute pour moi que les trois observations qui suivent ne ressemblent à la précédente, bien que les termes dans lesquels sont décrites les altérations du poumon soient un peu différents. De part et d'autre en effet,

(1) Notons ici, une fois pour toutes, que M. Broussais donne généralement le nom de *catarrhe* à la phlegmasie chronique du poumon, parce qu'il regarde celle-ci comme succédant ordinairement au premier. « Toutes les fois que les traces de phlegmasie s'étendent au delà de la muqueuse, il y a pneumonie. Mais elle est presque toujours un effet du catarrhe (t. I, p. 171). »

ce sont les mêmes symptômes du côté de la poitrine, les mêmes causes, la même marche et la même terminaison de la maladie; seulement la durée de celle-ci fut beaucoup plus longue.

Obs. II. — (13^e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort vers la fin du troisième mois d'un catarrhe chronique, compliqué de pleurésie, de péritonite et d'inflammation de l'estomac.

Autopsie. — Côté gauche de la poitrine; la partie antérieure et supérieure du parenchyme *endurci*, et, en quelques points, *réduite en bouillie*; presque tout le parenchyme droit *endurci à la consistance du foie*.

Obs. III. — (10^e de M. B.). — Sujet âgé d'environ vingt-quatre ans, et mort quatre mois après le début d'un catarrhe compliqué de l'inflammation des trois grandes membranes séreuses.

Autopsie. Le lobe droit était *légèrement endurci* dans sa partie postérieure. Le lobe gauche se présentait dans l'état d'*induration rouge*, et, dans quelques points, *ramolli et cédant au doigt*, mais sans foyer purulent et sans tubercules.

Obs. IV. (7^e de M. B.). — Sujet âgé de vingt-quatre ans, mort à la suite d'un catarrhe qui durait depuis une année environ.

Autopsie. La partie postérieure du lobe droit était engorgée et désorganisée; on pouvait juger qu'il y avait extravasation, et que les tissus étaient brisés, mais l'*induration était molle et pâteuse*. Toute la moitié postérieure du lobe gauche était *aussi solide que le foie*.

Certes, voilà trois observations qui présentent encore, bien évidemment réunies sur le même individu, des traces non douteuses d'inflammation aiguë et chronique du poumon. Ce que j'ai dit à l'occasion de la première me dispense de toute réflexion; les faits ici parlent assez d'eux-mêmes; je vais donc passer de suite aux exemples de pneumonie chronique simple, dont l'analyse, je l'espère, confirmera de plus en plus ma manière de voir. En effet, nous y verrons M. Broussais se servir toujours à peu près des mêmes termes, pour caractériser des altérations semblables; or, cette heureuse uniformité dans les faits et dans les paroles ne contribuera pas peu, sans doute, à porter la conviction dans les esprits.

Obs. V (4^e de M. B.). — Elle nous présente l'histoire d'un homme âgé de trente-six ans, qui mourut à la suite d'un *catarrhe*, seulement après trente-quatre jours de maladie, depuis le 1^{er} brumaire jusqu'au 5 frimaire.

Autopsie. Flocons albumineux à la surface des plèvres; les deux parenchymes étaient volumineux, et *tellement endurcis dans leur moitié postérieure, qu'ils ne le cédaient point au foie en fermeté*; on ne voyait ni tubercules ni foyer purulent dans la substance du poumon.

Obs. VI (1^{er} de M. B.). — Elle est relative à un jeune homme âgé de vingt-cinq ans, qui fut atteint, au commencement de décembre, d'un *catarrhe* terminé par la mort vers le cinquante et unième jour.

Autopsie. Induration des trois quarts postérieurs des deux lobes, telle qu'on la trouve après la péripneumonie, c'est-à-dire de la *consistance et de la couleur du foie*; aucun foyer purulent, aucun tubercule.

Cette remarque de M. Broussais sur la consistance et la couleur de l'*induration* pulmonaire qui ressemblait, dit-il, au foie, est d'autant plus importante qu'au premier abord on pourrait se méprendre sur le caractère d'une *induration telle qu'on la trouve après la péripneumonie*; mais je ne sache pas que le poumon frappé de phlegmasie aiguë ait jamais présenté la *consistance et la couleur du foie*; bien au contraire, je l'ai toujours vu, dans ce cas, d'une couleur rouge plus ou moins foncée, quelquefois lie de vin, et si peu consistant, qu'il cédait facilement au doigt, et se réduisait en bouillie. Tels ne sont pas assurément, les caractères physiques de l'organe, auquel on a la mauvaise habitude, selon moi, de comparer le poumon dans les deux derniers degrés de la pneumonie aiguë. Il s'agit donc bien ici d'une véritable *induration chronique*, beaucoup plus ressemblante au foie, en effet, que ce qu'on appelle encore généralement *hépatisation*.

Obs. VII (11^e de M. B.). — Sujet âgé de vingt-quatre ans, dont la mort est survenue à la suite d'un *catarrhe* qui durait depuis fort longtemps.

Autopsie. Les deux poumons étaient dans un état d'*hépatisation* presque complète.

Lorsque nous voyons l'*induration chronique* du tissu pulmonaire comparée partout à la consistance solide du foie, on ne saurait douter que, dans ce cas, le mot *hépatisation* ne soit pris dans le même sens. En effet, le catarrhe durait depuis longtemps, et avait déjà déterminé la bouffissure de la face et une couleur jaune paille de la peau, lorsqu'une dysenterie aiguë vint mettre fin aux jours du malade. Une autre preuve, c'est que M. Broussais fut convaincu de la préexistence d'un catarrhe chronique, par l'inspection du poumon; du reste, cette manière de voir est encore confirmée par l'observation suivante.

Obs. VIII (12^e de M. B.). — Un jeune homme, âgé de vingt-deux ans, fut atteint de catarrhe chronique à la suite de fièvre intermittente, et mourut quarante jours environ après l'invasion de la maladie de poitrine.

Autopsie. Le lobe droit était *endurci et de consistance hépatique* dans les trois quarts de son volume. Au centre de cette induration existait un tubercule plein, et l'on remarquait qu'autour de lui la *carnification* était plus solide; le lobe gauche était encore perméable à l'air, mais très-engorgé.

Il importe de faire remarquer qu'ici le mot *carnification* est pris évidemment pour synonyme d'*induration, de consistance hépatique*, car nous allons voir tout à l'heure qu'il est employé seul et dans le même sens afin de caractériser une altération semblable du poumon.

Obs. IX (3^e de M. B.). — *Catarrhe chronique* ayant duré plus de soixante jours.

Autopsie. Du côté droit, le parenchyme était *endurci* dans toute sa circonférence, mais seulement à un demi-pouce de profondeur; le parenchyme gauche était *carnifié* dans presque toute son étendue.

Les altérations qualifiées par les adjectifs *endurci, carnifié*, me semblent être tout à fait de la même nature, mais seulement désignées par des noms différents; ce qui me porte à le croire, ce sont les

paroles suivantes de M. Broussais: « Ayant fait l'ouverture des corps d'un grand nombre d'individus morts de *catarrhe*, je me suis convaincu que tous ceux qui avaient toussé pendant un mois et demi ou deux mois, qui avaient eu plusieurs alternatives de fièvre et d'apyrexie, et qui périsaient brusquement après un léger œdème, avaient les poumons dans cet état d'*induration* que l'on appelle *carnification*, ou, par comparaison avec le foie, *hépatisation*. » (*Loc. cit.*, p. 94.) Il est donc certain, d'après ce qui précède, et comme je l'ai dit plus haut, que M. Broussais prend les mots *hépatisation, carnification et induration*, indifféremment l'un pour l'autre, et qu'il s'en sert également pour distinguer les altérations qui sont le résultat de la pneumonie chronique.

Obs. X (2^e de M. B.). — *Pleuro-pneumonie chronique* chez un homme dans la force de l'âge, terminée par la mort au bout de trente-six jours.

Autopsie. Les deux lobes étaient dans l'*induration* presque dans toute leur étendue, à tel point qu'on avait lieu d'être surpris que le malade eût pu conserver si longtemps l'exercice de toutes ses fonctions.

Obs. XI (3^e de M. B.). — *Catarrhe chronique, changé en péripneumonie chronique* qui ne dura pas moins de trois mois et demi, depuis la fin de décembre jusqu'au 12 avril, époque à laquelle le malade succomba.

Autopsie. Le désordre intérieur se bornait à une *induration* de toute l'étendue du lobe droit; le gauche était en très-bon état.

Voilà deux observations dont le titre seul indique suffisamment la nature de l'affection observée par M. Broussais; aussi le mot *induration* lui sert-il pour en exprimer les caractères anatomiques; peut-être me demandera-t-on pourquoi les autres observations que j'ai dit être du même genre, ne sont pas désignées sous le même nom? J'avoue que la raison de cette légère différence m'échappe complètement; mais on ne saurait s'en prévaloir, je crois, pour soutenir que celles-ci ne sont pas des exemples de pneumonie chronique. Si l'on veut se rappeler les motifs pour lesquels M. Broussais préfère le mot *catarrhe* à celui de *péripneumonie*, et considérer en même temps que, malgré la diversité des titres, l'état du poumon est toujours décrit à peu près dans les mêmes termes, on sera bien obligé de conclure à l'identité des lésions de cet organe.

Obs. XII (6^e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-quatre ans; trois mois de durée, depuis le commencement de janvier jusqu'à la fin de mars. Mort.

Autopsie. Le lobe droit sain; le lobe gauche totalement *endurci*.

Obs. XIII (8^e de M. B.). — *Catarrhe chronique*. Vingt-deux ans; mort après deux mois environ de maladie, depuis la fin de novembre jusqu'au 25 janvier.

Autopsie. Le lobe droit, fort engorgé, était encore obscurément crépitant; le lobe gauche engorgé, mais encore perméable dans sa partie antérieure, *endurci* et visiblement désorganisé dans ses trois quarts postérieurs; mais cette *induration n'avait pas la dureté hépatique*.

TOME II. 4^e s.

De toutes les observations qui précèdent, celle-ci est la seule où l'existence d'une véritable induration chronique soit peut-être contestable. Cependant, il faut savoir que le sujet était anévrysmatique, et que cette fâcheuse disposition, en produisant un engorgement passif de tous les viscères, a bien pu s'opposer en partie à l'*induration hépatique* du poumon. Les réflexions suivantes, que j'emprunte à M. Broussais, donnent à cette hypothèse une telle vraisemblance, qu'on peut, ce me semble, la regarder comme l'expression exacte de la vérité. « Je me contenterai, dit-il, de faire observer ici que l'état d'engorgement et de varice du système sanguin pulmonaire, doit être scrupuleusement distingué de l'*induration*, qui ne peut jamais résulter que d'une inflammation. Or, on voit l'une et l'autre disposition dans le cadavre de Payo (sujet de l'observation précédente). Le lobe droit est engorgé comme le foie et la rate, tandis que le lobe gauche conserve les traces d'une inflammation des capillaires sanguins pulmonaires, terminée par *induration*. »

Au reste, cette forme de la pneumonie n'est-elle donc pas, comme la forme aiguë, susceptible de passer par différents degrés; et ne peut-on pas admettre que, suivant telle ou telle circonstance, l'*induration* pulmonaire sera plus ou moins ferme, et semblable au foie? C'est, je crois, ce qui est arrivé dans le cas qui nous occupe; et l'on peut juger par là de l'exactitude que M. Broussais a mise dans toutes ses descriptions.

De la discussion à laquelle je viens de soumettre les faits contenus dans le premier chapitre de l'histoire des phlegmasies chroniques, il résulte, ce me semble, que si quelquefois l'auteur s'est servi d'un langage équivoque, il ne s'est pas trompé du moins sur la nature de la maladie. En admettant donc qu'il ait bien réellement observé la pneumonie chronique, il s'agit de savoir maintenant s'il pense qu'elle est aussi rare que le disent les médecins dont j'ai parlé précédemment. Eh bien, pour arriver à connaître son opinion à cet égard, il suffit de jeter un coup d'œil sur les réflexions qui suivent la plupart des observations qu'il rapporte. Déjà le nombre de ces dernières me paraît assez considérable pour faire voir qu'il a rencontré fréquemment la pneumonie chronique; cependant elles ne sont encore qu'une bien faible partie de celles qu'il dit avoir observées pendant la vie des malades comme après leur mort. Ainsi, tantôt il parle d'une *foule de catarrhes* qui se renouvelaient sous l'influence du froid et des fatigues auxquelles étaient exposés les soldats de la grande armée, et qui finissaient par aboutir à une *induration funeste* (*loc. cit.*, pag. 92); tantôt il dit avoir vu, dans les hôpitaux mêmes, un grand nombre de ces malheureux succomber à la même maladie, faute de pouvoir se préserver du froid (pag. 93). Dans un autre endroit, on remarque qu'il était fort ordinaire de voir un catarrhe survenir avec la fièvre continue, ou pendant sa durée, persister après la guérison de cette fièvre, et se terminer lentement par une *induration mortelle*. « Tous les malades, dit-il, dont la toux n'a pas cédé en même temps que la fièvre, ou peu de jours après, ont succombé; et l'*autopsie* m'a convaincu qu'ils devaient leur mort à une *induration chronique*; j'en ex-

cepte les vrais phthisiques, dont j'offrirai le tableau dans un autre lieu. » (Loc. cit., pag. 107.)

Ici se trouve établie d'une manière très-positive la distinction entre la pneumonie chronique et la tuberculisation des poumons; il faut vraiment n'avoir jamais lu ce passage, pour soutenir que M. Broussais a toujours confondu ces deux maladies ensemble; c'est souvent ainsi qu'on porte des jugements qui sont entachés d'erreur, faute d'un examen suffisant des faits.

Enfin, vers la fin de l'automne de l'année 1806, M. Broussais eut encore l'occasion de voir un grand nombre d'individus qui succombèrent à une *induration chronique*, survenue à la suite d'une fièvre intermittente (pag. 123). Certes, en voilà bien assez pour démontrer combien la pneumonie chronique est fréquente, du moins dans certaines circonstances; nouvelle preuve de la légèreté de quelques auteurs, qui n'ont pas craint d'accuser M. Broussais d'avoir en quelque sorte *inventé* cette maladie terrible, et cela parce qu'ils ne se sont pas trouvés à même de l'observer.

De mon côté, pendant l'année 1833, époque à laquelle je remplissais les fonctions d'interne à Bicêtre, j'ai fait l'autopsie de trois vieillards qui furent frappés de mort subite, et dont la principale lésion organique était une induration plus ou moins étendue des poumons. Je ne rapporterai pas ici ces faits intéressants, par la raison que je les ai déjà publiés dans un autre *mémoire sur les différentes causes qui peuvent amener subitement la mort* (*Archives génér. de méd.*, numéros d'avril et mai 1838); je pourrai cependant un peu plus tard en tirer quelques conséquences relatives au sujet qui nous occupe.

Jusqu'à présent je me suis borné à rechercher les caractères anatomiques de l'inflammation lente du poumon, et nous avons vu qu'à quelques exceptions près, dont la discussion a même fait promptement justice, tous les auteurs ont considéré cette maladie comme étant entretenue par une induration du tissu pulmonaire. Nous avons vu de plus que cette induration, toujours la même de sa nature, présentait néanmoins une foule de variétés sous le triple rapport de l'étendue, de la couleur et de la consistance. Quittant enfin le domaine de l'anatomie pathologique, je devrais maintenant entrer dans celui de la pathologie proprement dite, afin de compléter l'histoire de cette affection.

Mais n'ayant pas eu moi-même occasion de l'observer pendant la vie, je ne pourrais que rassembler les documents qui sont épars dans les ouvrages mentionnés ci-dessus. Cependant, comme un pareil travail n'a pas encore été fait, et que le sujet ne manque ni d'intérêt ni d'utilité, je ne terminerai pas mes recherches sans esquisser les principaux traits de cette histoire.

Causes. — La pneumonie chronique n'atteint pas également tous les hommes; les individus d'une constitution délicate, ou bien affaiblis par l'âge, les maladies ou des fatigues excessives, y sont particulièrement disposés. Parmi les causes occasionnelles, une des plus communes, sans contredit, est l'impression du froid longtemps prolongée, ou reçue dans un moment où le corps est médiocrement

échauffé et recouvert d'une sueur moite. Quelle que soit sa manière d'agir, le résultat est toujours à peu près le même, dans l'un et l'autre cas, c'est d'abord une simple irritation pulmonaire, qui peut aller jusqu'à l'inflammation la plus violente; néanmoins celle-ci, plus ou moins intense à son début, a généralement besoin d'être entretenue et renouvelée par le retour des mêmes causes, pour passer à l'état chronique et se terminer par induration; aussi l'observe-t-on principalement sous cette forme chez les militaires en campagne (Broussais), et chez les pauvres ouvriers que la nécessité force souvent de quitter l'hôpital avant leur guérison parfaite (Bazierre). Le frisson des fièvres intermittentes peut également produire le même effet.

Pareille chose arrive encore chez les vieillards indigents qui peuplent nos hospices. Quoique ces malheureux ne se trouvent pas absolument dans les mêmes circonstances que les premiers, il n'en sont pas moins exposés à tous les inconvénients des alternatives de chaud et de froid.

En effet, chacun peut voir, comme moi, que, malgré leur grand âge, qui les met dans des conditions toutes particulières et très-favorables aux irritations de poitrine, leurs vêtements sont trop légers et leur nourriture insuffisante; le jour, ils ne peuvent sortir de leur chauffoir sans être saisis par le froid qui concentre, en quelque sorte, vers le poumon le peu de vie qui leur reste à l'extérieur. Pendant la nuit, c'est bien pis encore; couchés dans de vastes salles où l'air pénètre quelquefois de partout, et manquant des objets nécessaires pour se préserver du froid, ils grelottent dans leur lit, et se relèvent souvent le lendemain matin sans avoir pu se réchauffer. De là, comme on le conçoit aisément, ces catarrhes perpétuels, qu'on dit, sans beaucoup de réflexion, être le triste apanage de la vieillesse, et qui minent sourdement leur misérable existence, à laquelle une inflammation aiguë ou chronique du poumon vient mettre ordinairement le dernier terme.

Symptômes. — La pneumonie chronique offre deux modes bien distincts de développement; en effet, tantôt elle succède à la pneumonie aiguë, et tantôt elle se développe primitivement, et pour ainsi dire d'emblée. Au premier abord, on pourrait, si l'on n'y prenait garde, confondre cette affection avec le catarrhe pulmonaire; mais il sera presque toujours possible de la distinguer à l'aide des symptômes suivants: elle s'annonce ordinairement par de la toux, de la fièvre, de la dyspnée, de la matité au niveau de l'endroit endurci, de la respiration bronchique, et de la bronchophonie; en outre à une époque plus ou moins éloignée du début, on observe un dépérissement graduel, une couleur jaunâtre de la face, et un œdème qui commence par cette partie du corps, envahit les pieds, et devient même quelquefois général. Revenons un instant sur chacun de ces signes.

Le plus souvent la toux est sèche, cependant elle est parfois accompagnée d'une expectoration muqueuse plus ou moins abondante. Les crachats peuvent être alors ceux de la bronchite, lorsque cette maladie vient s'ajouter à la première, ou sanguinolents, comme dans la pneumonie aiguë, pendant une

exaspération momentanée de la phlegmasie, ou noires, et même tout à fait noirs, lorsque, en même temps, il y a mélanose du poumon. La fièvre, ainsi que la toux, est en général très-modérée. Il arrive même assez fréquemment qu'elles disparaissent tout à fait pendant le jour. Mais lorsqu'on a l'occasion d'observer les malades le soir, et surtout pendant la nuit, comme l'a fait M. Broussais, on ne tarde pas à s'apercevoir que ceux que l'on croyait guéris, ou du moins en pleine convalescence, ont de la toux, les pommettes colorées et un léger mouvement fébrile.

Parfois aussi leur respiration éprouve une certaine gêne qui devient plus sensible lorsqu'ils se livrent à quelque exercice un peu fatigant, ou qu'ils montent un escalier. Si l'on percuta la poitrine, on trouve un son mat, principalement en arrière, où la pneumonie chronique a son siège ordinaire. Ce son ne change jamais de place dans les différents mouvements du malade; il est d'ailleurs en rapport avec l'étendue de l'induration. On le cherche souvent en vain lorsque l'inflammation est bornée à quelques lobules isolés ou situés vers le centre du poumon, ou bien encore aux premières couches du tissu qui circonscrit les cavernes chez les phthisiques. L'auscultation présentera des caractères variables suivant que la pneumonie chronique sera simple ou compliquée de catarrhe. Dans le dernier cas, l'oreille peut percevoir toutes les variétés de râles qui tiennent à la présence dans les bronches d'un mucus plus ou moins épais. Dans le premier, il y a bronchophonie et respiration bronchique; « celle-ci, cependant, ne m'a jamais paru, dit M. Andral, en cas semblable, aussi prononcée que dans la pneumonie aiguë. » (*Traité de l'ausc.*, quatrième édit., t. I, pag. 387, note.)

Il est rare que l'amaigrissement et la teinte jaunâtre de la peau tardent beaucoup à se manifester. Ces symptômes n'ont d'ailleurs rien de spécial dans la maladie qui m'occupe. Ce n'est qu'en dernier lieu que survient l'œdème qui, comme je l'ai dit, envahit d'abord les paupières, puis la face, les pieds et quelquefois tout le tissu cellulaire sous-cutané. Mais habituellement il disparaît vingt-quatre ou trente-six heures avant la mort.

Marche, durée et terminaison. — Tels sont les symptômes ordinaires de la pneumonie chronique. L'ordre dans lequel je les ai présentés peut donner une idée assez exacte de la marche de cette affection. Cependant je dois ajouter, d'après M. Broussais, que lorsqu'elle est bien traitée, les symptômes vont en diminuant, et la guérison peut s'opérer sans effort critique et d'une manière insensible. Au contraire, si les causes continuent d'agir, et si le malade s'abandonne à son appétit, ce calme est interrompu par une exaspération fébrile avec retour des symptômes du début. Ils cèdent encore au traitement antiphlogistique, mais le malade reste plus faible qu'auparavant. Les mêmes erreurs peuvent reproduire plusieurs fois les mêmes accidents dans le courant de deux à quatre mois. Ce dernier terme est le plus long que M. Broussais ait eu l'occasion d'observer.

Enfin, l'œdème paraît: il annonce ordinairement la mort, qui arrive tout à coup quand le malade a

longtemps souffert, tandis qu'elle est précédée d'une longue agonie, s'il succombe avant d'être épuisé.

Je ne sais pas jusqu'à quel point ceci s'accorde avec ce qui se passe chez les individus avancés en âge, car on ne trouve aucun fait de ce genre dans les auteurs. Je ferai seulement remarquer que les trois vieillards dont j'ai fait l'autopsie sont morts subitement, et sans avoir offert aucun symptôme de maladie, si ce n'est peut-être un peu de toux, du moins au rapport de leurs camarades.

Complication et traitement. — La pneumonie chronique existe rarement seule. Ses complications les plus fréquentes sont le catarrhe et la pleurésie chroniques. Dans tous les cas, ces phlegmasies ne font qu'accroître la gravité de la principale affection.

Quant au traitement, il ne diffère pas de celui des inflammations chroniques en général. Il est exposé, du reste, avec détail et d'une manière judicieuse dans les ouvrages déjà cités de MM. Letenneur, Bazierre et Broussais. Je me contenterai de dire ici que ces auteurs paraissent avoir retiré de grands avantages des exutoires, et en particulier des cautères et du séton appliqués sur la poitrine. Bien entendu qu'il serait infiniment préférable de chercher à prévenir la pneumonie chronique par tous les moyens qui sont à notre disposition et qui, d'après les causes ordinaires et bien connues de cette grave maladie, pourraient être employés, ce me semble, dans plusieurs circonstances avec un plein succès.

(*Journ. des Connaiss.-médico-chir.*, mai 1840.)

50 *Essai sur la pathologie de la moelle épinière* (1); par le docteur WILLIAM BUDD.

Les fonctions de la moelle épinière ont fort occupé les physiologistes dans ces derniers temps, et ont été étudiées avec beaucoup de succès par Marshall Hall (*voyez le n° de janvier des Archives*), Muller, Volckmann et d'autres. Le fait suivant est résulté de leurs recherches: Quand, chez un animal, la connexion de la moelle épinière avec le cerveau est rompue par la décapitation ou autrement, si l'on vient à appliquer un stimulus à la surface du corps, l'influence de ce stimulus est transmise à la moelle épinière, et de là, *réfléchi* aux nerfs moteurs, elle détermine la contraction de différents muscles. Les expériences qui manifestent les divers modes de cette action prouvent avec certitude que l'organe des sensations et de la volonté n'est plus en jeu. La part que prend la moelle épinière à ce phénomène a été désignée sous le nom de *fonction réfléchie*.

(1) Extrait des *Medico-surgical transactions*, t. XXII, 1839.

Les recherches des physiologistes ont consisté surtout en expériences sur les animaux d'un ordre inférieur. Le but de ce mémoire est de montrer que, dans certaines circonstances, la fonction réfléchie s'exécute chez l'homme comme chez les animaux décapités.

Obs. I. — John Lang, âgé de 43 ans, présenta une courbure de la colonne vertébrale, vers sa dix-huitième année, avec paraplegie; la paralysie disparut au bout de vingt-trois mois environ, mais il y eut deux récides: la première après un intervalle de 12 ans, la seconde deux années plus tard. Chaque fois elle succéda à des efforts prolongés, mais elle ne dura pas plus de quelques semaines. Quand je vis le malade, c'était la quatrième récide, et la paralysie avait quinze mois de date. La courbure de l'épine n'avait pas augmenté depuis la première atteinte, et dans les intervalles mentionnés plus haut, la santé était tout à fait bonne. On ne nota jamais aucun signe d'abcès: dans les trois premières atteintes, la sensibilité avait été presque abolie dans les membres paralysés, mais on n'y avait pas remarqué de mouvements involontaires. Entre le mois de juillet 1856 et avril 1857, je recueillis les détails suivants: saillie du dos, sans déviation latérale, qui comprend les vertèbres dorsales, depuis la cinquième jusqu'à la onzième inclusivement; les apophyses épineuses sont très-proéminentes; très-légère douleur, seulement à la pression.

La sensibilité de la moitié inférieure du corps est diminuée à partir de l'ombilic; elle est presque abolie dans les extrémités inférieures; le malade sent à peine un fort pincement; pas de mouvements volontaires dans ces membres. Une fois ou deux, en faisant de grands efforts de volonté, il put exercer un mouvement limité du premier et du second orteil: mais ce mouvement à peine marqué, se montra une ou deux fois, et ne se répéta plus. Le malade ne peut commander à d'autres mouvements dans les jambes, et néanmoins si l'on vient à pincer ou à piquer la peau, le membre correspondant est pris de sautilllements très-vifs; les orteils sont rétractés vers la plante des pieds; le pied est relevé vers le talon, et le genou fléchi. Cet état de tension persiste quelques secondes après la cessation du stimulus, puis il y a relâchement soudain. Une fois ou deux, tandis qu'on excitait ainsi la jambe gauche, les deux premiers orteils du pied droit se rétractèrent simultanément; l'inverse n'arriva jamais, et généralement, quand une jambe remuait, l'autre restait immobile, à moins qu'on n'appliquât les stimulus sur toutes deux à la fois. Les contractions dues à la stimulation de la jambe gauche étaient plus fortes que celles qu'une même cause déterminait dans la droite; le pincement ou la piqure étaient sentis par le malade, mais l'application d'un stimulus dont il n'avait pas la conscience, excitait des mouvements beaucoup plus vifs.

Quand on passe légèrement une plume sur la plante du pied, on détermine des convulsions encore plus fortes; elles se succèdent par secousses rapides, qui durent aussi longtemps que le stimulus. Dans ces expériences, le malade n'a aucune conscience du contact exercé; toutes les fois qu'on lui demande s'il sent quelque chose, il répond invariablement:

« Non, je ne sens rien; mais vous voyez que ma jambe sent assez bien. » Quand toute autre partie du membre est irritée de la même manière, les convulsions sont très-faibles, et beaucoup moins vives que par un pincement ou une piqure. En chatouillant différents points de la moitié supérieure du corps, on ne produit aucun mouvement des extrémités inférieures, bien que ce chatouillement provoque le rire.

Des convulsions semblables à celles qui ont été déjà décrites résultent constamment de la défécation et de l'émission des urines: elles sont alors plus fortes que dans toute autre circonstance, en sorte qu'on est obligé de tenir le malade pour qu'il ne tombe point; pendant l'expulsion des fèces, les convulsions se suivent rapidement, et le passage des matières et de l'urine est interrompu par moments: à la fin de ces excrétiens, les convulsions deviennent plus faibles, et le jet de l'urine est continu. Pendant la miction, plus la vessie est distendue, plus les mouvements convulsifs sont vifs. Le malade sent peu le passage des urines. De légères contractions involontaires ont lieu dans les jambes, quand la vessie est distendue, et quand il y a envie d'aller à la garde-robe. Dans toutes ces circonstances, les convulsions sont tout à fait involontaires, et la volonté ne peut ni les modérer, ni les influencer en aucune façon; les émotions morales ne les renouvellent pas. La sensibilité est parfaitement intacte dans la moitié supérieure du corps. L'appétit est bon, les digestions sont régulières; il y a peu d'amaigrissement, et point d'atrophie des jambes.

Lang resta dans le même état jusqu'au printemps de 1857, pendant lequel, sans qu'on fit aucun remède, la motilité normale et la sensibilité revinrent par degrés dans les jambes; à mesure que la puissance des mouvements volontaires augmentait, la tendance aux mouvements involontaires diminuait. Quand je vis le malade pour la dernière fois, il pouvait marcher un peu avec des béquilles, et rester ainsi plusieurs heures; mais toujours il était obligé de se faire tenir les jambes lorsqu'il allait à la garde-robe. A l'époque où la paralysie était la plus complète, il y eut un peu de difficulté à respirer et des palpitations: ces phénomènes devenaient toujours plus intenses quand le malade s'endormait, de sorte qu'il était aussitôt réveillé par l'anxiété qui en était la suite.

Cette observation est intéressante par la réunion de deux circonstances curieuses: 1° la perte totale des mouvements volontaires dans les extrémités inférieures; 2° l'existence de contractions involontaires dans les muscles à la suite de l'application d'un stimulus sur la peau ou sur les membranes muqueuses. Ces contractions étaient sans doute semblables à celles qu'on observe chez un animal décapité, et elles étaient provoquées de la même manière. La sensibilité, quoique non éteinte dans les extrémités inférieures, ne fut pour rien dans la production des mouvements involontaires; car ils étaient toujours plus vifs quand l'application du stimulus n'était pas sentie par le malade, quand, par exemple, on passait légèrement une plume sur la plante du pied.

Remarquons également que les émotions morales n'amenaient jamais de convulsions. Quoique la pa-

ralysie durât depuis près de deux ans, les extrémités inférieures avaient conservé leurs forces. Dans la paraplegie avec abolition complète de la motilité, l'atrophie des membres paralysés est d'ordinaire considérable.

Obs. II. — Une jeune femme, de constitution scrofuluse, après avoir été affectée de carie des vertèbres cervicales fut prise de paralysie des bras, et peu après de la jambe droite. Quand je la vis, je trouvai aux bras une paralysie complète de la motilité, avec diminution de la sensibilité. La jambe était aussi paralysée, mais on y déterminait des contractions involontaires dans les mêmes circonstances que pour le cas précédent, et avec plus de facilité. Le plus léger déplacement des couvertures en contact avec le membre donnait lieu à de fortes contractions; puis, au bout de quelques secondes, les muscles se relâchaient soudain, et le membre retombait dans sa position première. Chaque fois qu'on renouvelait le stimulant, la contraction était moindre qu'auparavant. Les convulsions excitées par la défécation et l'émission des urines étaient beaucoup plus marquées pendant la durée de ces excrétiens; le bras droit se convulsait comme la jambe, mais beaucoup moins. La sensibilité était peu diminuée. Il n'y eut jamais de convulsions dans le bras ni dans la jambe gauche. La jambe droite, quand la vessie était distendue, était aussi prise de convulsions avec douleurs analogues aux crampes. Les déjections étaient volontaires: la sensibilité et la volonté étaient intactes partout ailleurs. L'intelligence et la mémoire n'avaient pas diminué.

Cette jeune femme vit ses forces s'épuiser graduellement, et elle mourut avec des symptômes de suffocation. L'autopsie ne fut pas faite.

La diminution successive de l'intensité des convulsions à chaque excitation nouvelle, montre que l'action motrice réfléchie peut s'épuiser, comme l'action volontaire. C'est, du reste, le seul cas où j'aie observé des convulsions douloureuses.

Obs. III. — Robert Holland, matelot de 17 ans, robuste et jusqu'alors bien portant, tomba sur le dos, du haut d'un mât, ce qui ne l'empêcha pas cependant de continuer son service. Depuis lors il se plaignait parfois de douleurs et de faiblesse dans les reins. Vers le commencement de décembre, il avait de la difficulté à courir, et cette faiblesse des jambes augmentant, il se mit au lit le 4 janvier. Il ne pouvait alors ni se tenir debout, ni mouvoir les extrémités inférieures: celles-ci étaient dans l'extension, très-roides, avec intégrité de la sensibilité, sauf un léger engourdissement dans les cuisses. Les bras avaient conservé leur force. Quelques jours après, l'émission des urines était un peu difficile.

Depuis cette époque jusqu'au 11 mars 1858, on constata l'état suivant: sensibilité des extrémités inférieures intacte, abolition des mouvements volontaires dans ces membres qui sont roides par suite d'une contraction permanente dans les muscles. Les jambes sont quelquefois étendues, quelquefois fléchies sur la cuisse, et le passage de l'une à l'autre position est tout à fait involontaire. Quand elles sont dans l'extension, il faut une grande force pour les fléchir, et quand la puissance cesse, elles reprennent aussitôt leur position première; si l'on pince

la peau, le membre correspondant sautille avec force: s'il était préalablement dans l'extension, il se place momentanément dans la flexion et *vice versa*. Parfois, quand on stimule une jambe l'autre s'en ressent: la contraction musculaire ainsi provoquée est très-forte; elle est tout à fait involontaire, et l'influence de la volonté ne la modifie aucunement. Si l'on pince toute autre partie du corps, on ne détermine pas de mouvements semblables; mais quand le malade urine, ses deux jambes s'agitent comme lorsqu'on les pincit. Quand les jambes ont été beaucoup excitées par ces pincements, elles sont prises d'un tremblement qui dure quelques minutes. Il en est de même après l'émission des urines; aucune douleur ni sensation de fatigue dans les jambes. Les déjections sont volontaires. Il existe une courbure de l'épine formée par la saillie des vertèbres dorsales, depuis la quatrième jusqu'à la neuvième inclusivement. Motilité et sensibilité intactes dans tous les autres points du corps. Santé générale assez bonne. Plus tard, les jambes devinrent un peu moins roides: on pouvait encore, en les pincant ou en les chatouillant, déterminer des mouvements convulsifs, beaucoup plus faibles qu'auparavant.

Au commencement d'avril, le malade fut pris d'une hémoptysie abondante, puis les autres symptômes de la phthisie se développèrent rapidement, de larges eschares se formèrent au sacrum et aux hanches; l'intelligence persista; les extrémités inférieures étaient complètement privées de mouvements volontaires, avec conservation de la sensibilité. Jusqu'à la fin on put déterminer dans les jambes de légères convulsions. La mort eut lieu le 5 mai.

Autopsie. — Les vertèbres qui formaient la courbure furent séparées; leurs lames étaient un peu ramollies, surtout du côté droit: quand on les incisa, il s'écoula une petite quantité de pus déposé du côté droit de la moelle, sur la face externe de la meninge rachidienne. Cette membrane, dans l'étendue d'un pouce et demi, étendue correspondante à la saillie de l'épine, était d'un gris noirâtre, et elle était plus injectée que les portions supérieures et inférieures, dont l'aspect paraissait normal. Au-dessous de la courbure, la meninge était distendue par une sérosité transparente. Le diamètre de la moelle était très-rétréci dans la portion qui répondait à la courbure. Le cordon rachidien fut enlevé avec sa gaine qu'on ouvrit, et qui ne contenait pas de pus. Les vaisseaux de la pie-mère étaient très-flexueux et gorgés de sang rouge dans les points situés au-dessus et au-dessous de la courbure, mais surtout au-dessous; ils l'étaient beaucoup moins vis à vis la courbure. Quant à la moelle même, son volume était ordinaire; la portion correspondante à la courbure était ramollie postérieurement, dans une longueur d'environ deux pouces. La substance nerveuse n'était pas tout à fait diffuse, mais elle se détachait par lambeaux quand on versait dessus un léger filet d'eau; les autres parties résistaient à l'action d'un même courant. Ce ramollissement était beaucoup plus marqué postérieurement, la moitié antérieure résistant à une traction assez forte. La portion malade était sans injection et parfaitement blanche; les nerfs qui en partent étaient fermes et d'aspect nor-