LÉSIONS CADAVÉRIQUES

OBSERVÉES CHEZ LES SUJETS VICTIMES DU CROUP.

C'est à tort que des auteurs respectables ont cru pouvoir s'écarter de la route si bien tracée par l'illustre Morgagni. Ont-ils rendu un grand service à la médecine, en décrivant isolément les transformations organiques? On ne saurait étudier avec fruit ces transformations sans connaître l'histoire des maladies qui les ont opérées; et l'anatomie pathologique est considérée aujourd'hui, avec raison, comme l'une des branches les plus importantes de la médecine: elle en est le complément. Sans elle l'étude des maladies se trouve réduite à une vaine et stérile classification. Les observations faites sur les cadavres, rattachées au contraire à la science médicale, la rendent féconde en résultats heureux.

Ce n'est que par l'ouverture des corps que l'on peut se rendre raison des phénomènes observés sur les vivans malades. Il est heureusement loin de nous ce tems où la superstition, l'ignorance et le

respect mal entendu pour les restes humains empêchaient les médecins d'interroger les organes dont la lésion avait causé la mort.

Voici ce que présente l'autopsie anatomique des cadavres de sujets morts dans un accès de croup.

L'individu semble avoir été asphyxié; sa face et son cou sont gonflés, ses yeux saillans.

A la première incision faite sur le cou, il jaillit des flots d'un sang noir qui vient des vaisseaux nombreux et prodigieusement gonflés de cette région. Le corps thyroïde en est surchargé (1).

(1) Le docteur Aimé Grimaud (*Nature et anatomie-pathologique du croup*, ou *Angine trachéale des enfans*, Journal complémentaire des sciences médicales, janvier 1822) dit: Voici ce qu'un grand nombre d'ouvertures d'enfans morts du croup nous a constamment fait connaître. La membrane muqueuse qui se déploie dans la cavité buccale et sur l'isthme du gosier est d'une pâleur constante; avec beaucoup d'attention on y découvre les follicules plus développés; à la voûte palatine je les ai souvent trouvés de la grosseur de grains de millet. La langue, qui est sensiblement augmentée de largeur et d'épaisseur, est couverte d'un enduit grisâtre, quelquefois légèrement noirâtre, vers sa base; les papilles de sa surface, excédant leur volume ordinaire, donnent naissance aux crevasses qu'on y remarque.

La couleur du canal pharyngo-œsophagien est d'un gris pâle, et les glandes muqueuses chargées de le lubréfier sont un peu plus développées que dans l'état sain, surtout à la

La membrane muqueuse du larynx est rouge ou rougeâtre, suivant la violence de l'inflammation et l'époque à laquelle la mort est survenue (1). Elle est communément recouverte d'une couche albumineuse plus ou moins épaisse. Tantôt c'est une *véritable* membrane accidentelle, solide, qui remplit tout le tube vocal; d'autres fois elle est mollasse et paraît adhérer plutôt à certains points qu'à d'autres. Elle s'étend jusque dans les bronches, ou ne paraît fixée qu'au larynx. Son adhérence à la membrane muqueuse enflammée est quelquefois fort remarquable. Je l'ai vue recevoir des stries rougeâtres qui figuraient assez bien des petits vaisseaux développés sur le tissu malade. Ces stries se répandaient, suivant des directions variées, jusque dans l'intérieur même de la couche albumineuse. Cette apparence organique n'est point illusoire. Bréra (2)

---

partie supérieure. J'y ai trouvé naguère une production membraniforme blanchâtre, adhérente, épaisse d'une demi-ligne, et se prolongeant jusque dans l'estomac, singularité qui a paru bien curieuse à MM. les docteurs Grimaud et Moncla, présens à l'ouverture de l'enfant, victime d'un croup fort intense, qui avait commencé par une angine tonsillaire.

(1) Royer-Collard, article *Croup, Dictionnaire des sciences médicales*.

(2) *Annot. medico-pratich.* Crema, 1807.

pense que les concrétions de la trachée-artère peuvent s'organiser, que les vaisseaux qu'on y aperçoit sont formés par la prolongation des artères, et qu'ils sont susceptibles d'être injectés: c'est aussi l'opinion du docteur Ribes. Cet habile anatomiste m'a dit avoir plusieurs fois rencontré cette disposition. Je l'ai souvent observée sur les plèvres, à la suite de pleurésie chronique.

On remarque aussi que la fausse membrane est, le plus ordinairement, unie à la membrane muqueuse par un liquide visqueux, non coagulé.

Il arrive quelquefois qu'on ne rencontre pas de fausse membrane, mais bien un amas considérable de mucosités filantes, ou des espèces de polypes implantés çà et là sur la surface muqueuse et particulièrement à la partie postérieure.

« La fausse membrane n'est, dit M. Chaussier, » qu'une concrétion lymphatique albumineuse, qui » s'est moulée à la surface des parties enflammées, » y a formé une couche plus ou moins épaisse, y » a pris une ténacité, une consistance plus ou moins » grande, suivant le degré, la durée de l'irritation » inflammatoire; aussi ces fausses membranes sont » accolées à la surface des parties, et lorsqu'on » les a détachées on peut les diviser dans tous les » sens indistinctement: elles ressemblent beaucoup,

» par leur nature et leur consistance, à ces fausses
» membranes que Ruysch formait en fouettant du
» sang avec des tiges de bouleau, à ces concrétions
» polypeuses que l'on trouve si fréquemment dans
» le tronc des gros vaisseaux, ou mieux encore à
» la couenne du sang des pleurétiques. Si dans quel-
» ques cas on a cru remarquer à ces concrétions
» une texture lamineuse, une apparence fibreuse,
» un examen plus attentif a bientôt dissipé cette il-
» lusion première. Jamais on n'y a trouvé cette trame
» cellulaire, cette disposition d'aréoles et de ramus-
» cules vasculaires, cette résistance, cette extensi-
» bilité, qui caractérisent les parties organisées (1). »

J'ai déjà rapporté plusieurs observations qui prouvent que la fausse membrane n'est pas essentielle au croup. Je démontrerai plus loin qu'il peut être le résultat du gonflement inflammatoire de la membrane muqueuse qui tapisse le conduit aérien. Suivant Ghisi la fausse membrane est quelquefois si tenace qu'on ne peut que très difficilement l'inciser. Callisen (2) a observé qu'au milieu d'une suffocation imminente, des malades rendaient un

(1) *Chaussier*, traduct. de Selle, par Nauche.

(2) *Observatio de concretione polyposa.* Vid. *Act. societ. med. Hauniensis*, 1 vol.

tube membraneux semblable à celui de la trachée et des bronches, et que cette excrétion était accompagnée de quelques gouttes de sang. Il n'est pas le seul auteur qui fasse mention de ce phénomène : Wahlbom dit avoir vu le côté externe des fausses membranes teint de sang. Bernard et Vieusseux (1) ont fait aussi la même remarque. L'anatomie pathologique a fait justice de l'opinion de Samuel Aurivill, de Wilcke, qui pensaient que la membrane rejetée par les malades est réellement la tunique interne de la trachée-artère, qui, venant à se gonfler plus qu'à l'ordinaire, perd ses adhérences et se détache (2).

Les poumons, le foie et le cerveau sont gorgés d'un sang noir et épais.

Ghisi, Home, J. Ferriar, Lévêque-Lasource, Poussin (3), Sedillot l'aîné, Carron d'Annecy (4), Ruette, de la Roche (5), assurent avoir trouvé la

(1) *Mémoire sur le croup.*

(2) *Diss. de angina infantum in patria recentioribus annis observata*, Upsal, in-4°, 1764.

(3) *Journal de méd., chirur. et pharm.*, tom. XX, pag. 202, et tom. XXII, pag. 342.

(4) *Recueil périodique de la société de médecine*, 11e année, tom. XXV, pag. 163 et 164 ; 12e année, tom. XXVIII, pag. 243.

(5) Vid *Vieusseux.*

membrane muqueuse de la trachée-artère plus ou moins enflammée. Le dernier de ces auteurs l'a vue ainsi modifiée sur le cadavre d'une femme de cinquante-trois ans.

M. le professeur Chaussier dit (1) « que la surface » de la trachée est souvent parsemée de quelques » points rougeâtres plus ou moins rapprochés, que » les vaisseaux sont plus distendus, plus apparens, » les villosités qu'ils forment plus saillantes et plus » alongées que dans l'état naturel. »

« Si on plonge la membrane dans l'eau, ajoute-» t-il, ces villosités prolongées flottent à la surface, » forment des espèces de franges très fines et d'une » texture évidemment vasculaire. Lorsque l'inflam-» mation a duré long-tems et lorsqu'elle a été très » intense, ces villosités offrent l'aspect d'excrois-» sances, de fongosités plus ou moins considéra-» bles. »

Halenius, Engstroem, Bœck, Salomon (2), Wood, Schultz (3), Mahon de Chartres (4), Du-

(1) *Pyrétologie de Selle*, trad. de Nauche, pag. 394.

(2) *Voyez* l'ouvrage de Michaelis.

(3) Voyez *Home*, ouv. cit., pag. 28; et Rosen.

(4) *Mémoire de la société de médecine*, t. II, p. 208.

reuil (1). Lullier, Terrade (2), Harles, Réchou (3), Vieusseux, Odier, Rogery (4).

Ces auteurs, d'après leurs observations, ne croient pas à la nature inflammatoire du croup.

Desessarts dit (5) qu'il n'y a « ni dans la bouche, ni dans la trachée-artère, ni dans les bronches, ni dans les poumons, aucun *caractère* inflammatoire. » Suivant ce médecin, cette assertion est celle de tous les observateurs. Mais Desessarts annonce, en même tems, n'avoir fait lui-même aucune ouverture de cadavres; c'est probablement pour cette raison qu'il a émis une opinion si peu conforme aux faits connus d'anatomie-pathologique.

Hecker, Beauchêne (6), Lesage de Rouen (7), et le célèbre anatomiste suédois Roland Martin,

(1) Voyez *Schwilgué, Dissertation sur le croup aigu.*

(2) *Journal de méd., chirurg. et pharm.*, tom. XV, p. 352; tom. XII, pag. 85.

(3) *Recueil périodique de la société de médecine*, t. XXII, pag. 7.

(4) Double, *Traité du croup*, p. 110 et 115; et Vieusseux.

(5) *Mémoire sur le croup*, 1807.

(6) *Recueil périodique de la société de médecine*, 9e année, tom. XXI, pag. 20.

(7) *Journal de méd., chirurg. et pharm.*, t. XXV, p. 274.

n'ont fait aucune mention de l'état inflammatoire. M. Lobstein (1) n'a trouvé *qu'une seule fois* des traces d'inflammation sur la membrane muqueuse de la trachée-artère.

Il arrive tous les jours que des médecins ont constaté l'existence d'une maladie inflammatoire, et qu'à l'ouverture des cadavres ils n'ont retrouvé dans l'organe qu'ils soupçonnaient malade aucune trace de lésion. Il eût été plus exact de dire que la lésion était extrêmement légère. Un examen attentif nous a convaincu que le degré d'altération pathologique d'un organe ne répond pas toujours à la violence de la phlegmasie.

M. Royer-Colard (2) dit : « *Quand la maladie* (le croup) *a été violente et n'a duré que quelques heures*, cette membrane, et surtout *celle du larynx*, est ordinairement *rouge et enflammée dans une grande partie de son étendue*. Lorsque, *dans un croup ordinaire*, le malade a succombé dans *la seconde période*, cette membrane est colorée d'une *teinte rosée ou rouge clair, qui paraît être un reste d'inflammation ; les vaisseaux*

(1) *Mémoire sur le croup*, inséré dans le septième vol. des *Mémoires de la société médicale d'émulation*.

(2) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome VII, article *Croup*.

sont visiblement engorgés, et la matière visqueuse dont elle est recouverte offre elle-même, quand on la racle avec le scalpel, une couleur rougeâtre très prononcée. Si la maladie est arrivée jusqu'à *la fin de sa troisième période*, *ces apparences n'ont plus lieu d'une manière aussi uniforme ni aussi constante; on rencontre encore quelquefois des traces de rougeur sur la membrane muqueuse aérienne*, mais ces traces ne sont pas toujours très sensibles, et il n'est pas même très rare de trouver cette membrane dans son état naturel. » M. Royer-Colard, en écrivant ces lignes remarquables, a donné des preuves d'une grande sagacité, et il a exprimé de grandes vérités, trop peu appréciées de la plupart de ceux qui s'obstinent à croire que les traces d'une phlegmasie ne sauraient s'effacer à l'instant de la mort, et qui prétendent qu'une maladie qui, durant son cours, a offert les signes les plus manifestes de l'inflammation n'est pas une phlegmasie, parcequ'ils n'ont point trouvé à l'ouverture des cadavres des traces palpables et grossières de cette lésion morbide.

Si M. Guersent (1) avait médité ce passage, il n'aurait point dit que, dans l'état actuel de nos con-

(1) *Dictionnaire de médecine*, t. VI.

naissances, il était impossible d'admettre des maladies semblables avec des caractères anatomiques entièrement différens. Je lui répéterai avec M. Roche (1), et pour exprimer brièvement et en général ce que M. Royer-Colard vient de démontrer avec tant de précision et d'évidence, « qu'il n'est pas de » maladie dont les traces cadavériques ne varient » plus ou moins suivant l'époque de son cours à » laquelle la mort est survenue. »

Lorsque les enfans sont morts à la suite de plusieurs accès de croup, les mêmes phénomènes d'anatomie-pathologique que j'ai détaillés plus haut s'observent; mais les poumons laissent des traces de phlegmasie. Il en est de même lorsque la pneumonie s'est développée avant ou pendant les accès de croup.

Si le croup s'est compliqué des *fièvres gastrique, adynamique, gastro-adynamique, ataxique, putride, maligne nerveuse, d'hydrocéphale aigu, d'arachnoïdite*, ... la membrane muqueuse du canal digestif offre des points d'inflammation, des ulcérations; on remarque aussi les

(1) *Journal universel des sciences médicales*, cah. de mars 1823, p. 284.

mêmes altérations après la rougeole, la scarlatine, la variole concomitantes au croup; mais, dans ces maladies éruptives, l'arrière-bouche et les poumons laissent toujours apercevoir des traces d'une vive phlogose.