

se peut qu'une embolie qui n'oblitére que le rameau principal d'un lobe ou une de ses branches détermine la mort subite par syncope. Cela se comprend si l'on admet l'hypothèse de M. Peter pour expliquer la mort subite.

IV. Tout ce qui précède a trait aux cas mortels. Mais bien que la mort soit, en effet, la suite ordinaire des grosses embolies, il ne faut pas oublier qu'il existe des cas de *guérison*. Seulement ces cas sont obscurs, parce que le diagnostic, non étayé sur une preuve anatomique, reste souvent incertain.

Cependant, voici un malade atteint de phlébite du membre inférieur; brusquement il est pris d'étouffement, d'angoisse précordiale; son visage se cyanose, le cœur bat tumultueusement; il a une soif d'air insatiable; puis au bout de quelques instants, d'une heure, de deux heures, le calme revient, et tout rentre définitivement dans l'ordre. Ce malade a eu évidemment une embolie pulmonaire; mais il échappe aux accidents pour des raisons que nous ignorons, peut-être parce que le caillot s'est dissocié et résorbé rapidement, peut-être parce qu'il n'est pas complètement oblitérant et permet encore la circulation.

Dans les cas d'embolie pulmonaire à forme hémorragique, la guérison peut aussi s'observer. Les râles sous-crépitants et les signes d'induration pulmonaire persistent quelque temps; puis les crachats se décolorent, la dyspnée, l'asthénie cardiaque diminuent; le souffle disparaît et est remplacé par le murmure vésiculaire normal.

Dans ces cas à terminaison favorable, le pronostic est assombri par la possibilité de nouvelles embolies qui se produisent quelquefois.

Diagnostic. — Lorsqu'un sujet atteint d'une phlébite est pris subitement de syncope ou d'accès asphyxiques graves, on ne risque guère de se tromper en affirmant qu'il s'est produit une embolie pulmonaire. Dans ce cas le diagnostic ne présente aucune difficulté.

La diagnostic présente au contraire d'insurmontables difficultés lorsque la notion de cause échappe à l'observateur.

Il est aussi très difficile lorsque l'embolie est d'origine cardiaque. Il est vrai que, dans les cardiopathies, les grosses embolies sont rares; mais le fait peut se présenter. Or, dans ces affections, surtout dans le *rétrécissement mitral*, il se produit quelquefois des accès de dyspnée subite avec soif d'air qui peuvent induire en erreur. La brusque disparition de ces accès, l'absence de douleur thoracique et d'expectoration sanglante pourront faire penser qu'il n'y a pas eu d'embolie, mais ne donneront pas une certitude absolue.

D'autre part, dans les affections mitrales, il se forme, surtout dans l'oreillette droite, des caillots qui, lorsqu'ils sont volumineux et pédiculés (polypes du cœur), peuvent par leur seule présence dans le cœur déterminer des accès de suffocation et des syncopes, simulant le tableau de l'embolie; cependant, il est rare que le début soit aussi brusque que dans l'embolie, de plus les bruits du cœur s'affaiblissent et on peut entendre un bruit de pialement (Ball).

Enfin, dans la sclérose du myocarde avec athérome des coronaires, des accès d'angines de poitrine peuvent s'accompagner de tendance à la syncope, avec dyspnée et pâleur du visage, et l'on pourra penser à une embolie. Les caractères de l'*angor pectoris*, la douleur à la pression des premier, deuxième et troisième espaces intercostaux du côté gauche (douleur du plexus cardiaque de Peter) qui l'accompagnent habituellement, permettront de ne pas la confondre avec l'embolie.

Traitement. — I. La *prophylaxie* constitue la partie capitale du traitement; car lorsque l'embolie s'est produite, le médecin est presque complètement désarmé.

Quand les conditions étiologiques de l'embolie pulmonaire se trouvent réalisées, quand un malade présente de la phlébite, quand on soupçonne chez lui des végétations polypeuses du cœur, il est de toute nécessité de lui imposer les règles suivantes.

Il gardera le lit, évitera tout effort, tout mouvement brusque. S'il s'agit d'une phlébite, le membre malade sera entouré d'un pansement ouaté qui aura surtout pour but de l'*immobiliser*. S'il s'agit d'une fracture de jambe chez un variqueux, le médecin s'abstiendra d'exploration et de manœuvres inutiles. Il ne sera permis au malade de se lever et de revenir à ses occupations que lorsqu'on aura lieu de croire à la disparition du caillot, ou à sa transformation fibreuse.

II. En cas d'accidents syncopaux, si on se trouve auprès du malade, on pratiquera immédiatement la respiration artificielle et on usera de tous les moyens usités contre la syncope (position horizontale, flagellation avec un linge trempé dans du vinaigre, etc.).

œder pense avoir sauvé une malade irrémédiablement perdue par le fait d'une grosse embolie pulmonaire, en injectant immédiatement sous la peau de l'*huile camphrée* (0 gr. 20 de camphre toutes les cinq minutes jusqu'à ce que le pouls se relève et que l'œdème pulmonaire diminue). On se sert d'une solution de camphre dans l'huile d'olive à 1/10; chaque seringue renferme 0 gr. 10 de camphre.

En cas d'accidents asphyxiques qui durent un certain temps, on soutiendra l'action du cœur par les toniques et les stimulants (vin, alcool, musc, ammoniac), les révulsifs cutanés (ventouses, sinapismes, marteau de Mayor). Le malade gardera le repos; on l'enveloppera de linges chauds; on aérera souvent sa chambre. On usera des inhalations d'oxygène.

Si le pouls faiblit, si la stase veineuse est très prononcée, on combattra la surcharge du cœur à l'aide des évacuations séreuses provoquées par l'eau-de-vie allemande; si le sujet est robuste, on pratiquera une large *saignée* (Jaccoud). Quand le paroxysme est dissipé, la marche de la maladie fournira les indications thérapeutiques.

II

MOYENNES EMBOLIES PULMONAIRES
INFARCTUS HÉMORRAGIQUES DU POU MON

Étiologie. — Les embolies pulmonaires de moyen calibre, celles qui amènent l'oblitération d'une artère acineuse, lobulaire, ou multilobulaire, sont de même nature que les grosses embolies; elles sont presque toujours constituées par des caillots sanguins. Ces caillots peuvent avoir toutes les origines que nous avons énumérées pour les grosses embolies; pourtant, il faut dire qu'elles ont leur origine de prédilection dans le *cœur droit*. Au cours des affections valvulaires, des affections du myocarde, de toutes les affections qui entraînent à un moment donné l'asthénie cardiaque, les cavités droites du cœur se dilatent et

le sang y circule difficilement. De cette stase résultent des dépôts de fibrine qui se font particulièrement dans les dépressions situées entre les colonnes charnues du cœur, dans les oreillettes, et dans les auricules, sur les valvules, sur les cordages tendineux, à la pointe du ventricule.

Ces caillots peuvent se détacher, et cette fragmentation est l'origine la plus commune des moyennes embolies pulmonaires, de celles qui donnent naissance à l'infarctus. L'infarctus hémorragique du poumon est donc une complication propre aux affections du cœur, particulièrement aux lésions de l'orifice mitral.

C'est une opinion classique que les lésions de l'orifice aortique se compliquent rarement d'apoplexie pulmonaire. Cependant M. Bucquoy a insisté sur la fréquence de l'infarctus dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles. Dans ce cas, l'infarctus se produirait par le fait d'une thrombose se développant dans une artère lobulaire atteinte d'athérome et serait tout à fait comparable au ramollissement cérébral par thrombose⁽¹⁾.

Les endocardites du cœur droit sont souvent ulcéreuses; elles peuvent donc engendrer des embolies spécifiques dont nous parlerons plus loin.

Des embolies moyennes peuvent se produire après la transfusion du sang. Vulpian et Hayem ont montré que, sur les animaux, à la suite de cette opération, on trouve dans le poumon de petits infarctus à tendance résolutive.

Anatomie pathologique. — Dans le territoire de l'artère obstruée, que ce territoire soit acineux, lobulaire, ou multilobulaire, ce qu'on observe, c'est l'infarctus hémoptoïque de Laënnec, c'est-à-dire le farcissement du parenchyme par du sang extravasé⁽²⁾. Cette infiltration sanguine représente la forme la plus commune de ce qu'on décrit encore sous le nom d'apoplexie pulmonaire (Voy. plus loin).

Si les infarctus hémoptoïques siègent parfois dans les deux poumons, on les trouve limités à un seul de ces organes dans les deux tiers des cas. S'ils sont peu nombreux, c'est presque toujours *en bas et en arrière* qu'on les rencontre; s'ils sont nombreux au contraire, on les trouve disséminés un peu partout; mais ils prédominent aux régions postérieures. Ils sont superficiels ou profonds; superficiels, ils apparaissent au travers de la plèvre, comme une tache ecchymotique plus ou moins saillante. Rarement, ils n'existent qu'au centre du parenchyme; dans ce cas, la palpation du poumon fait sentir un noyau induré à leur niveau.

Leur nombre est variable; on peut n'en trouver qu'un; ordinairement il y en a de deux à quatre, parfois on en trouve quinze, vingt et davantage. Ils sont d'autant moins nombreux qu'ils sont plus volumineux.

Le volume des infarctus est également variable; habituellement il est visible qu'ils occupent un lobule (infarctus lobulaire) et leur volume est celui d'une aveline. Parfois ils sont plus gros et comprennent plusieurs lobules (infarctus multilobulaire).

Ce que nous avons dit plus haut montre qu'il peut en exister de plus volumi-

⁽¹⁾ PÉRIER, De l'apoplexie pulmonaire dans l'artério-sclérose et les cardiopathies artérielles; *Thèse de Paris*, 1891.

⁽²⁾ Nous nous servons du mot *hémoptoïque* que l'autorité de Laënnec a rendu classique, malgré la critique grammaticale qu'en a faite LITTRÉ, *Dict. de médecine*. — *Hémoptoïque* est pris pour *hémoptysique* ou *hémoptique*.

neux encore (infarctus lobaires). Enfin on trouve parfois des infarctus tout petits, gros comme une lentille; ce sont des infarctus acineux.

Les infarctus forment des nodules d'une couleur noirâtre ou violacée. Gendrin les comparait à des truffes; ils sont parfois couleur de jais.

Les infarctus ont la forme des départements vasculaires embolisés, c'est-à-dire qu'ils reproduisent la forme d'un lobule ou d'un agrégat de lobules. Les infarctus sous-pleuraux ont en général une forme pyramidale; la base de la pyramide est périphérique, tandis que le sommet regarde le hile. Les infarctus profonds ont la forme ovoïde.

A la coupe, on remarque que le tissu noir de l'infarctus est compact, privé d'air. Ce tissu est granuleux; mais les granulations sont ici plus grosses que dans l'hépatation pneumonique (Laënnec). Si l'infarctus est récent, la coupe laisse écouler un liquide noirâtre, non spumeux; s'il est ancien, la coupe est sèche et dure, et, par le grattage, on parvient difficilement à chasser des alvéoles quelques grumeaux qui ressemblent à du sang desséché; le tissu, en vieillissant, devient élastique et friable. Le dessèchement tient à la résorption de la partie liquide du sang épanché.

Laënnec a montré que sur la coupe on peut distinguer trois zones à l'infarctus: une zone centrale, rouge noir, qui constitue l'infarctus proprement dit; une zone moyenne, rouge clair; une zone périphérique d'un rouge pâle tirant sur le jaune.

En résumé, suivant Duguet, trois caractères grossiers appartiennent à l'infarctus: sa couleur noirâtre, ses granulations volumineuses, sa densité très grande.

La structure de l'infarctus, pour Laënnec, était la suivante; c'est un épanchement sanguin dont les limites sont formées par les intersections fibro-celluleuses qui séparent les lobules. Laënnec place le siège anatomique de l'hémorragie dans les cellules aériennes dont la forme est représentée par l'aspect granuleux de la surface de section. Le microscope confirme la conception de Laënnec; il montre les alvéoles pulmonaires remplis de globules rouges, au milieu desquels on voit, de distance en distance, quelques globules blancs. Ces globules sont enserrés dans un réseau de fibrine. On trouve aussi, dans les alvéoles, des granulations pigmentaires, de grosses cellules épithéliales chargées de pigment, et parfois aussi des cristaux d'hématidine (Cornil et Ranvier). Les artères, les veines, les bronchioles, les travées alvéolaires, même les lymphatiques (Cornil et Ranvier) sont remplis d'un sang qui ne diffère en rien de celui qui est contenu dans les alvéoles. Ainsi, dans l'infarctus hémoptoïque type, le sang épanché dans les alvéoles, le sang épanché dans le tissu conjonctif, le sang contenu

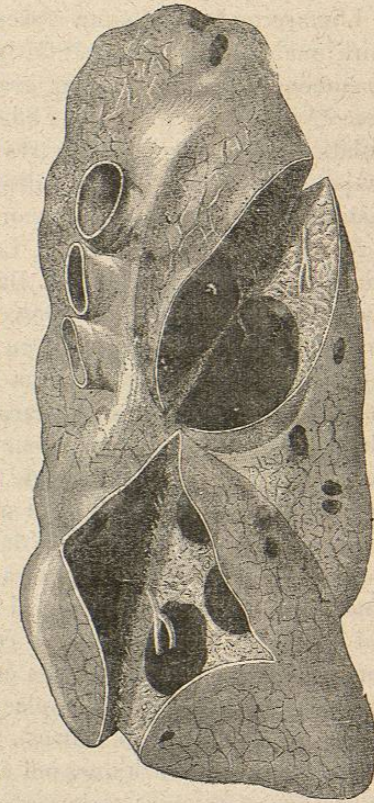


FIG. 12. — Infarctus du poumon, multilobulaires, lobulaires et acineux. (D'après l'Atlas d'anatomie pathologique de Cruveilhier.)