

Quelques médecins pensent que la durée et la marche antérieure de l'affection peuvent servir à distinguer les abcès pulmonaires simples des abcès tuberculeux ; mais si vous y regardez de plus près, vous verrez qu'il n'existe aucun moyen de diagnostic certain : d'une part, en effet, les abcès tuberculeux se forment quelquefois dans l'espace de quelques semaines à partir des premières manifestations appréciables de la phthisie ; d'autre part, les abcès simples sont souvent précédés d'une inflammation qui dure plusieurs mois, et la marche des accidents, comme vous l'avez vu dans l'observation II, est alors entièrement semblable à celle de la phthisie.

esistenza di una cavità morbosa nell'apparato respiratorio, riesce poi oltremodo problematica la determinazione della natura di questa cavità restandone ai soli segni in esame. Moins heureusement inspiré que le clinicien de Paris, le professeur de Naples fonde uniquement son diagnostic sur l'extrême rareté des abcès dans le poulmon.

Trousseau, *loc. cit.*, p. 593.

Biagio Lauro, *Ricerche sugli accessi pleurali (Filiatre-sebezio Giornale delle scienze mediche, 1861).*

(Note du TRAD.)

QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

GANGRÈNE DU POU MON. — PLEURÉSIE. — CANCER ENCÉPHALOÏDE DU POU MON.

Observation de gangrène pulmonaire. — La violence de la phlegmasie n'est pas la cause unique du sphacèle du poulmon. — La bronchite simple peut produire la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

Pleurésie. — Observation de pleurésie sèche compliquée de pneumonie et de pleuro-dynie. — Indications des sangsues dans les affections inflammatoires de la poitrine.

— Pleurésie hémorrhagique. — Pleurésie diaphragmatique.

Cancer du poulmon. — Observation.

MESSIEURS,

L'étude des lésions pulmonaires que nous avons constatées chez un malade qui a succombé hier dans notre service, forme une suite toute naturelle à notre dernière conférence. Les pièces anatomiques présentent certaines particularités du plus grand intérêt, et je vous exhorte à les examiner attentivement après notre leçon.

Cet homme, vous vous en souvenez sans doute, était au déclin de la vie, et d'une constitution débile ; lorsqu'il nous est arrivé, il était malade depuis une semaine ; il avait eu de la dyspnée, de la toux, et un point de côté ; ces accidents étaient survenus très-peu de temps après la guérison d'un typhus fever, dont cet individu avait été atteint. Le lendemain de son entrée, nous constatons que la région thoracique inférieure d'un côté était mate à la percussion ; la matité remontait beaucoup plus haut en arrière qu'en avant. Le stéthoscope nous montrait que, dans un espace d'une grandeur de deux palmes, on n'entendait aucun bruit, ni pathologique ni normal ; mais au niveau de la ligne qui limitait cet espace, il y avait du râle crépitant et de la respiration bronchique. Nous avons donc sous les yeux une double lésion du poulmon : une pleurésie, qu'indiquaient le point de côté, la matité, et

l'absence de toute espèce de bruit dans une certaine étendue de la poitrine ; et une pneumonie, qui nous était révélée par la toux, par des crachats visqueux et sanguinolents, par l'obscurité du son à la percussion, par la respiration bronchique et les râles crépitants.

Je n'ai pas besoin de vous exposer dans tous ses détails l'histoire de ce malade, car à chacune de nos visites je le signalais à votre attention ; je vous rappellerai seulement que notre diagnostic fut ainsi formulé : pleurésie sèche, c'est-à-dire sans tendance à un épanchement *considérable* ; pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, atteignant en arrière le lobe moyen (1). Vous vous souvenez qu'après mon examen, j'ai marqué avec une plume la limite de l'inflammation de la plèvre et celle de la pneumonie, et vous pouvez voir aujourd'hui, en examinant le poumon, que mon diagnostic était exact. Vous pouvez constater que la plèvre présente en bas, latéralement et en arrière, une exsudation de lymphe unie à une très-petite quantité de liquide séro-purulent ; là est aussi le siège de la pneumonie, qui occupe précisément l'étendue que j'avais indiquée.

Nous avons institué ici un traitement antiphlogistique, mais nous avons eu soin de prendre en considération l'âge du malade, son état de débilité, et la période de l'affection. Nous avons appliqué des sangsues et des vésicatoires, et aussitôt après, nous avons administré à l'intérieur le calomel et l'opium, en même temps que nous faisons faire des frictions mercurielles sur la région affectée. Ce traitement parut arrêter la marche de la maladie, et enrayer les progrès de la désorganisation du poumon ; il est certain tout au moins qu'il triompha de la pleurésie. Le pouls était devenu plus calme, et nous conservions quelque espoir de sauver ce malade, parce que la dyspnée était moins forte, et que la respiration était moins fréquente ; elle était loin cependant d'être revenue à la moyenne normale.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que dans l'étude des affections thoraciques, qu'elles soient aiguës ou chroniques, nous devons avant tout tenir compte de ces deux symptômes, le nombre des respirations et l'intensité de la dyspnée. Chez notre homme, quoique la respiration se fût abaissée de quarante à trente, elle dépassait encore de près du double le chiffre normal ; cette circonstance, jointe à l'âge et à la faiblesse du malade, ne nous permettait pas d'espérer sa guérison. Quoique le pouls fût devenu plus calme, quoique l'expectoration san-

(1) Le poumon gauche n'a pas de lobe moyen ; il faut donc simplement entendre par cette expression, la partie moyenne de l'organe. (Note du TRAD.)

guine eût cessé, quoique la dyspnée et la fréquence de la respiration fussent notablement diminuées, cependant la physionomie du patient exprimait toujours la souffrance et la prostration, et le stéthoscope nous révélait une lésion persistante, qui ne présentait aucune tendance à la résolution.

L'auscultation était ici d'un très-grand secours. Un médecin qui eût ignoré ce précieux moyen d'investigation, voyant le pouls plus calme, la fréquence et la difficulté de la respiration moins considérables, aurait pu croire que le malade allait mieux, peut-être même eût-il annoncé sa convalescence. Mais le stéthoscope nous disait que l'hépatisation du poumon n'était point entrée dans une période régressive, et lorsqu'une semaine plus tard nous avons constaté qu'elle occupait toujours la même étendue, alors nous avons porté un pronostic grave. Nous savions, en effet, que les choses ne pouvaient pas rester longtemps en cet état ; nous savions que la lésion pulmonaire agissait comme une épine pour entretenir la maladie, et que notre homme était exposé d'un instant à l'autre à une nouvelle poussée inflammatoire.

Dans ces circonstances, ce malade fut pris de refroidissement, pour avoir été exposé à un courant d'air dans nos salles, dont la ventilation est par trop perfectionnée. Le froid fit sentir son influence sur le larynx ; la voix devint rauque, la respiration sifflante, il y eut une expectoration abondante. Lorsqu'un individu âgé, affaibli par quelque maladie antérieure, est pris, à la suite de refroidissement, d'un enrouement subit et tellement violent qu'il ne peut plus parler qu'à voix basse ; lorsqu'à cet enrouement se joignent de la toux, une respiration striduleuse, une expectoration muco-purulente, soyez assurés que le cas est grave, et que le malade est sous le coup d'un danger immédiat.

Vous connaissez tous l'extrême gravité de la laryngite chez les enfants ; vous savez que cette redoutable maladie détermine un épanchement de lymphe, qui obstrue les voies aériennes et cause la mort par asphyxie, si vous ne réussissez pas à enrayer les accidents par des mesures rapides et énergiques. Chez l'adulte, ce n'est que dans des cas exceptionnels que l'inflammation du larynx produit une effusion de lymphe ; néanmoins c'est une affection sérieuse, qui est bien faite pour exciter nos alarmes. *Chez les gens âgés, la laryngite est accompagnée d'une fièvre intense, et d'une expectoration abondante qui provient évidemment du larynx lui-même ; vous croirez peut-être que cette expectoration est un moyen de guérison, détrompez-vous : je ne me rappelle pas avoir vu un seul malade échapper à une attaque de ce genre. J'ai observé tout ré-*

celement un exemple de cette affection : c'était chez un éminent praticien de province, qui venait d'arriver à Dublin. Il avait été pris d'enrouement après s'être refroidi, et il laissa passer deux ou trois jours sans se faire soigner ; mais, un soir, il éprouva des accidents fort alarmants, et il dut envoyer quérir son ami, le docteur Evanson ; celui-ci fit une prescription, et me fit mander le lendemain. A mon arrivée, je trouvai le malade profondément abattu ; il était tourmenté par une toux laryngée qui ne lui laissait pas un instant de répit ; sa respiration était pénible et rauque ; il rendait des crachats muco-purulents extrêmement abondants. Le pouls était resté fréquent, l'oppression était considérable, et notre infortuné confrère expira la nuit suivante : il était tué par l'épuisement bien plus que par l'asphyxie.

Les symptômes de laryngite qui s'étaient développés si brusquement chez notre malade, ne tardèrent pas à être suivis d'autres accidents. Samedi matin, nous l'avons trouvé beaucoup plus mal ; sa figure était livide, l'haleine était d'une abominable fétidité. Les crachats étaient aussi modifiés ; ils étaient devenus verdâtres, ichoreux, et répandaient une odeur intolérable. A dater de ce moment, la prostration alla croissant ; la dyspnée devint excessive, les yeux prirent une fixité étrange, les extrémités devinrent froides, et ce malheureux expira quarante heures après le début de cette nouvelle complication.

En résumé, messieurs, un homme, après un typhus febr, prend une pleuro-pneumonie ; cette maladie est amendée par le traitement, mais l'hépatisation persiste. Au bout de trois semaines, ce malade est atteint de laryngite ; la gangrène envahit le poumon déjà altéré, et la mort survient en quelques heures. Lorsque la gangrène s'empare d'un membre, elle peut s'étendre avec lenteur, et la vie peut persister encore longtemps ; mais il n'en est plus ainsi dans la mortification des organes internes ; celle-ci tue en quelques jours. Dans le poumon, à moins que la constitution du malade ne soit robuste et intacte, à moins que la lésion ne soit très-limitée, le sphacèle entraîne rapidement la mort ; vous avez vu que chez notre malade les accidents n'ont duré que quarante heures, du samedi au lundi matin. La période aiguë de la pneumonie était passée ; l'absence de fièvre et de crachats sanguinolents, la diminution de la difficulté et de la fréquence de la respiration nous l'avaient clairement indiqué ; l'affection avait pris une marche chronique, qu'elle avait gardée pendant une quinzaine de jours ; nous avons vu apparaître alors un nouvel ordre de phénomènes : haleine et crachats fétides, prostration subite des forces, facies

hippocratique, refroidissement des extrémités. Ceux qui ont suivi ce fait avec attention ont dû être frappés de la succession de ces trois stades : inflammation aiguë, — inflammation chronique, — gangrène. Il n'est pas commun d'observer la gangrène du poumon dans le cours d'une pneumonie chronique ; elle est plus ordinairement le résultat d'une phlegmasie aiguë très-intense, et elle survient alors dans les premières périodes de la maladie (1).

(1) La gangrène du poumon dans le cours d'une pneumonie chronique n'est peut-être point aussi rare que le pensait le médecin de Dublin ; déjà M. Andral en a cité un exemple très-remarquable (LXIV^e observation) ; le professeur Traube (de Berlin), qui a vu quatorze cas de gangrène pulmonaire, nous apprend que le sphacèle s'est développé neuf fois à la suite d'une inflammation chronique avec induration du parenchyme ; enfin M. Charcot en a rapporté une observation qui me paraît très-concluante.

Dans tous les cas, et quelle que soit d'ailleurs la nature de l'inflammation qui précède la gangrène, je n'ai pas besoin de faire remarquer, je pense, que la mortification du tissu pulmonaire est complètement indépendante de l'intensité du processus inflammatoire. L'inflammation en elle-même, et abstraction faite des circonstances au milieu desquelles elle se développe, ne peut devenir une cause de sphacèle que lorsqu'elle détermine un gonflement assez considérable pour produire l'étranglement. Or, comme cette condition n'est pas réalisable dans le parenchyme du poumon, il en résulte que la gangrène pulmonaire par excès d'inflammation est absolument inadmissible. C'est dans l'état constitutionnel du sujet, dans l'influence persistante des maladies antérieures qu'il a subies, et peut-être aussi, comme le veut Graves, dans une constitution médicale particulière, qu'il faut chercher les causes de ce redoutable accident.

Mais à côté de ces gangrènes dont la cause est bien évidemment dans l'état général du malade, il y a une variété de sphacèle pulmonaire dont la cause est au contraire toute locale : c'est celle qui succède à l'oblitération de l'une des branches de l'artère bronchique (*) : quel que soit le processus qui détermine l'obstruction, qu'elle ait lieu par thrombose ou par embolie, peu importe, le résultat est le même ; si quelque rameau considérable est intéressé, l'arrêt de la circulation a pour conséquence une mortification plus ou moins étendue du poumon, à la condition toutefois que la vie du malade se prolonge assez longtemps.

Andral, *Clinique médicale*, 3^e édit. Paris, 1834.

Traube, *Deutsche Klinik*, 1853.

Charcot, *De la pneumonie chronique*, thèse de l'agrégation. Paris, 1860.

(Note du TRAD.)

(*) J'appelle expressément l'attention sur ce point. J'ai malheureusement laissé persister ici, lors de la première édition de cet ouvrage, une erreur typographique des plus graves, qui attribuait à l'oblitération de l'artère pulmonaire une des formes de la gangrène du poumon. Or, je le répète, cette erreur est capitale : il faut lire *artère bronchique*. La gangrène du poumon par obstruction vasculaire n'a jamais été vue qu'avec l'oblitération des artères bronchiques, seuls vaisseaux nourriciers du tissu pulmonaire ; et ce n'est pas une des moindres erreurs de ceux qui ont introduit en France la doctrine de l'embolie, que d'avoir attribué à l'obstruction de l'artère pulmonaire un effet absolument incompatible avec son rôle physiologique.

Comment nous rendre compte de cette gangrène pulmonaire subite chez notre malade ? Il n'y avait rien dans la nature de l'inflammation du poumon qui pût faire songer à une pareille terminaison. Le phlegmasie durait déjà depuis trois semaines, et elle était arrivée à ce stade dans lequel l'inflammation prend très-rarement la forme gangréneuse. A quoi donc attribuer cette funeste complication ? En partie à la faiblesse de la constitution du sujet, en partie à une influence érysipélateuse qui régnait alors dans l'air. En dehors de ces deux circonstances, rien ne pouvait nous faire prévoir une affection gangréneuse. Du reste, la justesse de cette interprétation est démontrée par la mortification simultanée d'un autre organe, qui n'avait été enflammé que très-peu de temps avant la mort du malade ; je veux parler du larynx : une ulcération gangréneuse a détruit la muqueuse de la face postérieure, et celle qui revêt les cordes vocales. Il s'est donc produit au même moment un sphacèle du poumon et du larynx. Par conséquent, la gangrène pulmonaire ne peut pas être attribuée à une tendance gangréneuse propre à l'inflammation locale ; elle dépend évidemment de l'affection générale, produite par la débilité et par les mauvaises conditions de l'atmosphère. Si ce malade avait eu une plaie sur un point quelconque du corps, je suis convaincu que la gangrène s'en serait emparée ; de même, s'il avait été atteint d'une inflammation des intestins, il est plus que probable que cette phlegmasie eût abouti à la mortification des tissus. Bien souvent, dans les dernières périodes du typhus fever, alors que le malade est épuisé, et que tous les liquides de l'organisme sont altérés, j'ai vu la gangrène envahir simultanément plusieurs points du corps. Voici donc le fait important que je voudrais pouvoir graver dans votre esprit : la gangrène, qui a succédé chez notre malade à la pneumonie chronique, n'était point la conséquence d'un caractère particulier de cette inflammation ; elle dépendait de l'influence exercée sur la constitution de cet homme par certaines conditions atmosphériques spéciales, dont l'action était secondée par l'âge et par la faiblesse du patient.

La conséquence à tirer de ce fait, c'est que la gangrène n'est pas toujours le résultat de l'inflammation ou d'une lésion traumatique. A une certaine époque, on croyait que le sphacèle était invariablement la suite d'une inflammation excessive, ou, du moins, d'un travail inflammatoire qui n'était pas en rapport avec la vitalité des parties affectées ; en conséquence, on pensait qu'il était toujours possible de prévenir

cette fâcheuse terminaison de l'inflammation au moyen d'un traitement énergique. Mais, sachez-le bien, certains états de la constitution tendent à convertir en gangrène toutes les inflammations, et cela indépendamment de l'intensité du travail phlegmasique local. C'est ainsi qu'un individu affaibli par le typhus fever, par la variole, ou par une scarlatine maligne, est exposé à la gangrène sous l'influence des causes occasionnelles les plus légères. C'est dans ces cas-là que vous voyez la mortification s'emparer de toutes les parties du corps qui sont soumises à une certaine pression ; bien plus, le sphacèle n'est pas rare, même dans les points qui échappent à l'action de cette cause ; nous en avons trop souvent la preuve dans les varioles confluentes, et vous connaissez la gangrène de la vulve, qui survient chez les enfants après les rougeoles de mauvaise nature. Dans tous ces cas, la mortification n'est point le résultat d'un travail inflammatoire ; et chez notre malade, il est fort probable que l'affection gangréneuse n'a pas été précédée d'une inflammation véritable du tissu pulmonaire.

Un homme âgé de vingt-quatre ans, du nom de William Deeg, est mort dernièrement à l'hôpital de sir Patrick Dun, vingt-neuf jours après une éruption de variole confluyente ; l'histoire de ce malade vient directement à l'appui des considérations que je vous ai présentées. Il est probable que cette maladie se fût terminée par la guérison, s'il n'était pas survenu une énorme gangrène du sacrum, dont l'infirmier ne m'a parlé que lorsqu'elle avait déjà acquis des dimensions fort alarmantes. Cette complication ne m'a été signalée que le dix-huitième jour ; à ce moment le malade avait de l'enrouement et quelques symptômes bronchiques, mais il n'éprouvait aucune difficulté pour respirer. Au bout de peu de jours, il fut pris de dyspnée ; la respiration devint sifflante, et ces accidents ont paru hâter le moment de la mort. Pour tous ceux qui avaient suivi la marche de la maladie, cette terminaison fatale fut amenée par la prostration générale qu'avait déterminée la gangrène extérieure.

A l'autopsie, on découvrit dans le poumon droit deux vastes plaques gangréneuses, et deux plus petites. Les portions sphacélées étaient isolées et séparées du tissu sain par une membrane blanchâtre formée par de la lymphe coagulée : cette gangrène viscérale était-elle la conséquence du sphacèle externe, ou bien les deux lésions étaient-elles le résultat d'une seule et même perturbation constitutionnelle qui avait prédisposé les téguments à se gangrener sous l'influence de la pression ? La pre-

mière supposition paraît la plus probable (1); néanmoins nous ne devons pas perdre de vue que, dans les fièvres, la gangrène envahit souvent des parties qui ne sont soumises à aucune pression : par exemple, la plante des pieds. Mais, chose remarquable, je n'ai jamais vu ces parties se mortifier, sans qu'une portion des téguments évidemment soumise à une certaine pression eût été préalablement gangrenée.

Les observations d'Andral (*Clinique médicale*) sur les rapports qui existent dans les fièvres entre les parties extérieures et les organes internes, les remarques de Cruveilhier sur la gangrène du poumon, ont singulièrement éclairé cette question; elles nous portent à admettre que les eschares de notre malade n'étaient point la conséquence d'une inflammation préexistante, et que la nature avait excité un travail inflammatoire consécutif, pour séquestrer et isoler le tissu frappé de mort.

Il n'est pas hors de propos de vous dire ici que j'ai observé trois cas dans lesquels la fétidité de l'haleine et des crachats était liée à une bronchite, et non point à une gangrène pulmonaire. Dans les trois cas, les crachats étaient abondants, puriformes, et ils provenaient évidemment des bronches; notez ce fait singulier, qu'à l'autopsie de l'un de ces malades, la muqueuse bronchique perdit toute mauvaise odeur, une fois qu'on eut enlevé les mucosités qui la recouvraient. La fétidité était donc ici le résultat d'un trouble vital de la sécrétion (2).

Chez William Deeg, le péricarde était, dans toute son étendue, adhérent au cœur; malgré cela, la circulation avait toujours été parfaitement normale: ce fait a déjà été signalé par Morgagni, et je l'ai observé moi-

(1) Le docteur Budd a adopté la même interprétation pour la gangrène du foie qui se développe chez certains malades, consécutivement à des gangrènes des membres ou de quelque autre partie du tégument externe.

G. Budd, *Diseases of the liver*, édit. de 1853, p. 132. (Note du TRAD.)

(2) Il n'est pas sans intérêt de rapprocher de cette observation de Graves cette déclaration de Laennec: « Je serais même tenté de croire, dit-il, d'après plusieurs cas dans lesquels les malades ont survécu, que l'odeur et l'aspect des crachats tels que je viens de les décrire ne prouvent pas toujours l'existence d'une excavation gangréneuse dans le poumon, et que ces caractères peuvent quelquefois dépendre d'une disposition générale à la gangrène qui n'a son effet que sur la sécrétion muqueuse des bronches.

« Il est vrai qu'on pourrait également supposer, dans ce cas, l'existence de petites eschares gangréneuses du poumon... Mais deux ou trois fois je n'ai absolument rien trouvé, à l'ouverture des corps, qui justifiait l'odeur gangréneuse, si ce n'est la prompti-

même plusieurs fois. Baillie, dans son *Anatomie pathologique*, cite un cas d'absence du péricarde, qui n'est probablement rien autre qu'un exemple d'adhérence générale. Les faits de ce genre réfutent complètement la théorie de Barry, qui attache une si grande importance à la disposition du péricarde, au point de vue de la mécanique de la circulation. Il est vraiment fâcheux pour la profession médicale que cette théorie ait excité autant d'enthousiasme, car elle repose sur des principes qui sont inconciliables avec les lois de l'hydrostatique. Quant à moi, depuis la publication du travail de Barry, je n'ai négligé aucune occasion de montrer les erreurs évidentes dont il est entaché, et je suis extrêmement heureux que le docteur Arnott, dans son *Traité de physique*, se soit servi des mêmes arguments que moi, pour donner le coup de grâce à cette théorie.

Je veux vous parler maintenant d'un malade nommé T. Kelly, qui a été soigné par M. Knott. Cet homme est atteint de pleuro-pneumonie; l'inflammation du poumon modifiant celle de la plèvre, la pleurésie appartient à cette variété qui a été nommée sèche. Or, si vous vous borniez à examiner l'habitus extérieur de cet homme, à étudier les caractères de la putréfaction, particulièrement dans la muqueuse bronchique. » (*Traité d'auscultation*, édit. d'Andral, t. III, p. 556.)

Quelle est la véritable signification des faits de ce genre? Faut-il admettre que, sous l'influence d'une disposition individuelle toute spéciale, les sécrétions des bronches peuvent présenter une fétidité gangréneuse, alors même qu'il n'existe pas de sphacèle, véritable dans l'appareil respiratoire? ou faut-il penser que, dans les cas analogues, on a affaire à une véritable gangrène des extrémités bronchiques? Je n'hésite pas, pour ma part, à accepter cette dernière interprétation. Dès 1841, M. Briquet appelait l'attention sur cette forme spéciale de gangrène, dans laquelle les extrémités des bronches dilatées, en ampoule forment à la surface du poumon des cavités contenant un liquide visqueux grisâtre, très-fétide; ces cavités sont tapissées par la membrane interne très-molle flasque, blanchâtre, s'enlevant par le grattage et exhalant une forte odeur de gangrène. Cette espèce de gangrène dont la réalité a d'abord été niée, entre autres par M. Leblay et par MM. Monneret et Fleury, est incontestable aujourd'hui, et le travail plus récent de M. Lasègue en a définitivement établi l'existence. Dittrich a soigneusement distingué la gangrène qui, débutant par le tissu pulmonaire, s'étend ensuite aux bronches, de celle qui, indépendante de la mortification du parenchyme, envahit tout d'abord la muqueuse bronchique. D'après Rokitansky, cette forme de gangrène affecte très-souvent les bronches dilatées, et les cavités qui résultent de leur disposition saciforme. Le même auteur croit que la plupart des cas de guérison de sphacèle pulmonaire se rapportent en réalité à la gangrène de grosses dilatations bronchiques entou-