

GANGRÈNES CURABLES DU POUMON.

Laennec a tracé l'histoire anatomique de la gangrène pulmonaire avec tant d'autorité, que sa description a été reproduite et ses divisions adoptées par tous les anatomo-pathologistes; mais, tandis qu'il exposait si clairement les caractères nécroscopiques de la gangrène circonscrite ou non circonscrite, il insistait peu sur la marche et même sur le diagnostic de cette affection.

Les signes physiques fournis par l'auscultation au début sont, dit-il, à peu près les mêmes que ceux des abcès du poumon; mais le râle crépitant s'entend plus rarement que dans la péripneumonie ordinaire, ce qu'il attribue à ce qu'on a rarement l'occasion d'examiner la poitrine dans les premiers jours. C'est plus tard seulement, et quand il s'est formé une excavation, qu'on obtient les signes plus positifs qui révèlent toute excavation pulmonaire, à quelque cause que soit due la fonte des tissus.

Les crachats, ajoute l'illustre auteur de l'auscultation, sont tellement caractéristiques que, sans eux, les autres symptômes seraient tout à fait incomplets. Or de tous les caractères, l'odeur seule a, en réalité, une signification décisive; la coloration varie, dit-il, du vert au brun, au jaunâtre, au gris cendré; leur couleur d'un blanc laiteux au début, redevient à la fin celle d'une sécrétion purulente, et l'odeur gangréneuse ne paraît que de temps en temps quand la maladie devient chronique et surtout quand elle tend à se guérir.

Les symptômes extrêmement variables différeraient beaucoup aux diverses époques de la maladie, et le fait est que la description donnée par Laennec en quelques lignes est bien faite pour démontrer l'incertitude du diagnostic.

Arrivée à une période assez avancée pour que la présence d'une excavation soit à peu près incontestable, la gangrène peut guérir. Guérit-elle quelquefois avant d'avoir déterminé une lésion si profonde? Peut-elle être assez circonscrite pour que les portions altérées soient éliminées lentement et successivement, sans excavation appréciable? Les affections réputées gangréneuses et qui ont disparu avant que l'auscultation eût fourni ces indices extrêmes doivent-elles être ainsi dénommées? Laennec ne formule ni ne résout ces questions, mais il pose la réserve suivante sur laquelle il importe de fixer l'attention (1) :

« Je serais tenté de croire, 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 ces cas, l'existence de petites eschares gangréneuses du poumon; mais deux ou trois fois je n'ai rien trouvé absolument à l'ouverture des corps qui justifiait l'odeur gangréneuse, si ce n'est la promptitude de la putréfaction, particulièrement dans la muqueuse bronchique. »

Il se pourrait donc que des affections d'une autre nature simulassent la gangrène du poumon et vinsent se présenter à l'observateur avec ces crachats si caractéristiques, que sans eux les autres symptômes sont tout à fait incomplets. Il se pourra surtout que les bronches fussent le siège d'une altération spéciale dépendant ou non de ce que Laennec appelle une disposition générale à la gangrène.

C'est à réunir quelques éléments propres à élucider ce point de doctrine, que la note que nous publions ici est consacrée.

La genèse de la gangrène pulmonaire démontrée par l'autopsie a été l'objet de recherches nombreuses et qui sont encore loin

(1) *Traité de l'auscultation médiate*, t. I, p. 250; édition de 1826.

d'être concluantes. Tandis que les uns attribuaient son invasion à une phlegmasie, et ne tenaient pas compte de cette proposition par laquelle commence le chapitre de la gangrène du poumon (1) : on peut à peine la ranger au nombre des terminaisons de l'inflammation de cet organe, et encore moins la regarder comme un effet de son intensité, car le caractère inflammatoire est très peu marqué dans cette affection; d'autres auteurs montraient que l'inflammation développée autour de la partie gangréneuse peut succéder au sphacèle comme effet, au lieu d'intervenir comme cause de la mortification.

Quelques écrivains étrangers, en Angleterre surtout, faisaient ressortir l'influence des excès alcooliques comme cause prédisposante, et rapportaient des faits assez probants. Enfin on signalait, avec des exemples incontestables à l'appui, l'existence de foyers hémorragiques comme origine des foyers gangréneux; c'est à M. Genest que revient probablement l'honneur d'avoir un des premiers insisté sur ce mode de production (2); et peut-être n'est-il pas une observation plus caractéristique sous ce rapport, que celle que le D^r Firmin, alors interne des hôpitaux, a insérée dans le *Bulletin de la Société anatomique* (t. XXV, p. 28). Dans tous les cas où l'hémorragie avait précédé la gangrène, les hémoptysies figurent en première ligne parmi les symptômes initiaux, la lésion marche rapidement et se termine par la mort en moins de quelques semaines.

Mais quelle que fût sa cause locale ou générale, occasionnelle ou déterminante, la gangrène devait toujours être rapportée à une altération primitive du parenchyme pulmonaire; on ne supposait pas qu'un autre des éléments qui entrent dans la constitution du poumon pût en être l'origine, lorsque parut le remarquable mémoire de M. Briquet qui devait ouvrir aux recherches une nouvelle voie (3).

Dans ce travail, le savant médecin de l'hôpital de la Charité,

(1) Laennec, *loc. cit.*, p. 433.

(2) *Gazette médicale*, 1836.

(3) *Arch. gén. de méd.*, mai 1842.

alors attaché au service de l'hôpital Cochin, établissait qu'il peut exister une gangrène pulmonaire d'une espèce non encore décrite, et qui serait sous la dépendance de lésions primitives des extrémités bronchiques. Dans quelques cas, les extrémités des bronches seraient susceptibles de se dilater sous forme d'ampoule, et deviendraient le siège d'une altération gangréneuse provoquée plutôt par la forme toute spéciale de la bronchite que par cette disposition gangréneuse générale dont parle Laennec. La gangrène ainsi localisée ne serait reconnaissable à aucun signe physique fourni par l'auscultation ou par la percussion; elle ne serait pas précédée par une pneumonie plus ou moins intense, et serait susceptible de guérir après des phases diverses, mais sans excavation appréciable.

M. Briquet rapporte deux observations toutes deux terminées par la mort. Dans la première, il s'agit d'un homme de 64 ans, chez lequel la maladie mit plus de trois ans à accomplir son évolution. A l'autopsie, on constatait l'existence de dilatations bronchiques de dimension variable, s'ouvrant dans l'excavation gangréneuse. La seconde se rapporte à une femme de 32 ans, dont les antécédents sont mal connus, et qui ne fut soumise à l'examen que pendant quelques jours. L'autopsie fit reconnaître des foyers gangréneux multiples, mais ne communiquant pas avec les bronches.

L'honorable médecin de la Charité ne cite pas de cas détaillés où, la guérison ayant eu lieu, on eût dû soupçonner la présence d'une affection gangréneuse limitée, de la nature de celles dont il a si bien exposé les caractères. Si l'examen cadavérique pouvait seul donner à cette nouvelle forme de gangrène sa sanction irrécusable, il n'en est pas moins vrai que des maladies ayant toutes des symptômes communs, éveillant toutes le soupçon d'un foyer gangréneux pulmonaire et se terminant par une guérison définitive, se présentent assez souvent à notre observation. Il est également vrai que les malades ainsi affectés offrent la plus frappante analogie avec le premier cas publié par M. Briquet.

Voici, en effet, ce qu'on observe :

Un individu d'un âge variable, d'une constitution plus ou moins robuste, le plus souvent éprouvé par des fatigues ou des maladies antérieures multiples, est pris d'une bronchite qui d'abord n'a pas de caractères particuliers : l'oppression est médiocre, la toux peu intense, l'expectoration assez abondante et telle qu'on la rencontre plus ordinairement, à une période déjà avancée des affections catarrhales des bronches. Cependant la santé générale décroît, les crachats deviennent plus copieux et plus purulents, quelques-uns sont d'une fétidité qui appelle l'attention ou du malade ou de ceux qui l'approchent.

Cette première crise passe plus ou moins inaperçue, la fétidité de l'expectoration s'atténue ou disparaît, la bronchite persiste; il y a peu ou pas de fièvre.

A un intervalle indéterminable, la bronchite semble subir une certaine recrudescence, l'expectoration devient d'un jaune verdâtre, parfois brune, d'autres fois grise, elle est de nouveau d'une fétidité singulière et gangréneuse, son abondance va croissant et peut atteindre des limites extrêmes; d'ordinaire elle se produit comme par accès à diverses heures de la journée, le matin, le soir, dans la nuit, en laissant des périodes de repos pendant lesquelles l'haleine garde plus ou moins une odeur désagréable; les forces diminuent, l'appétit s'amoindrit, la fièvre est modérée ou nulle, les fonctions digestives peu troublées. A l'auscultation, on constate la présence de râles humides occupant plus ou moins d'étendue, gros ou sous-crépitants, persistant dans les mêmes points, disséminés, mobiles, s'accompagnant ou non de retentissement bronchique de la voix, sans matité prononcée; il survient parfois quelques frissons de courte durée qui précèdent l'expulsion abondante des crachats; la toux n'a pas de caractère spécifique. Cet état de choses peut se prolonger des semaines, des mois, presque des années, au grand détriment de la santé générale, qui s'affaiblit, sans arriver néanmoins jusqu'à la débilité hectique d'une tuberculisation avancée; il y a peu ou pas d'hémoptysie. Quelle que soit la continuité du mal,

on observe, de temps à autre, des suspensions, l'expectoration diminue, et c'est toujours par là que l'amendement persistant ou momentanément commence, la fétidité cesse graduellement ou disparaît tout à coup; pendant les intermissions, les signes stéthoscopiques s'atténuent ou ne se modifient pas.

Si la période de repos est longue, le malade semble se rétablir; si elle est courte, il en éprouve un soulagement dont l'économie profite à peine; quelque marche que la maladie suive à ce point de vue, la bronchorrhée est toujours un fait essentiel; c'est plutôt l'excès que la nature de l'expectoration qui semble exercer une influence fâcheuse.

Les chances de curabilité sont nombreuses; en regard du fait cité par M. Briquet, on trouverait un grand nombre de guérisons obtenues, en général, à l'aide de moyens qui paraissent fort peu proportionnés à la gravité supposée de la maladie.

Chez une malade confiée aux soins de mon excellent collègue M. le Dr Béhier, l'expectoration de forme gangréneuse avait été précédée par des accidents nerveux graves qu'on avait cru pouvoir rapporter à une fièvre intermittente pernicieuse contractée dans un pays marécageux. Les préparations de quinquina, judicieusement administrées, n'avaient pas empêché une cachexie manifeste de se produire; l'affection survenait dans les conditions les plus défavorables, l'expectoration était excessive, d'une fétidité à peine tolérable, les quintes de toux violentes. Il survenait de temps à autre des syncopes qui semblaient devoir terminer la vie; la malade pouvait à peine se tenir debout et ses forces diminuaient graduellement; la dyspnée revenait par accès, tantôt suffocante, tantôt presque insignifiante. Les choses durèrent ainsi pendant près d'une année, avec des intermissions variables, inégales, plus ou moins incomplètes, se prolongeant pendant des heures, des journées, rarement une semaine. Après cette longue épreuve, la malade se rétablit, et la guérison est aujourd'hui parfaitement confirmée.

Dans un cas relaté par le Dr Molley, et qui pourrait, à la ri-

gueur, servir de type (1), les accidents suivirent la même marche et se produisirent dans des conditions analogues. Si nous nous sommes dispensé de rapporter en détail l'observation précédente, nous croyons qu'on ne lira pas sans intérêt le fait publié par le D^r Molley et dont voici la traduction à peine abrégée :

OBSERVATION. — D... C., 49 ans, relieur, vient me consulter le 27 août 1851. Il se plaint de malaise depuis quelques jours, d'accablement et d'une sensation de faiblesse remarquable dans le côté gauche de la poitrine. La face est altérée, pâle, le teint est jaunâtre ; il n'y a pas de toux. Pendant longtemps le malade a eu des habitudes d'intempérance, mais depuis deux ans, il y a complètement renoncé.

Le 31, il n'y a pas d'amélioration ; la percussion de la poitrine ne révèle rien, mais on constate, à l'aide d'un stéthoscope, un craquement qui offre beaucoup d'analogie avec le frottement pleural, et qui occupe le tiers moyen du poumon gauche en avant ; l'inspiration prolongée se divise en deux ou trois temps qui correspondent chacun à un effort de volonté distinct ou plutôt à une contraction musculaire différente. Du reste, pas de douleur à l'inspiration, pas plus qu'à la pression. — Traitement : vésicatoire ; opium, trois pilules par jour de un demi-centigramme chacune.

Le 4 septembre, l'état est peu satisfaisant : si le malade paraît de temps en temps retirer quelque bénéfice du traitement qu'il suit, quelques heures suffisent à le faire retomber comme précédemment. La respiration est cependant peu gênée, et l'effort musculaire peut encore être considérable et prolongé, puisque le malade a pu faire à pied le trajet d'aller et retour au jardin de Zoologie de Regent's Park, qui est à une grande distance de sa demeure.

Le 6, sensation de faiblesse plutôt que de douleur dans la poitrine ; un peu de toux. — Un vésicatoire est appliqué sur le

(1) *The Lancet*, mai 1854.

côté ; un autre est appliqué le lendemain à la région dorsale.

Le 8, la nuit a été bonne, pas de douleur ni de gêne de la respiration ; toux ; l'expectoration qui le 6 avait déjà commencé à se produire a pris une couleur foncée, noirâtre ; elle est semi-purulente et très fétide ; pouls à 102, non déprimé. — Toniques, gentiane, vin et bouillon.

Le 10, l'expectoration est six fois plus abondante ; elle est plus franchement purulente et exhale une odeur gangréneuse caractéristique. Tout en causant avec le malade, je fis une curieuse remarque. Une odeur très désagréable, analogue à celle d'un gaz fétide, échappée sans nul doute de la cavité respiratoire, se répandit tout d'un coup dans la chambre : le malade se prit alors à tousser et à évacuer, disant que son attaque le prenait, qu'il avait dans la bouche un goût de poisson, et qu'il en avait ainsi pour un quart d'heure. Trois fois ce fait se reproduisit dans la journée.

Le 12, l'expectoration, tout en augmentant beaucoup, a conservé les mêmes caractères ; les accès de toux sont devenus bien plus fréquents. Malgré cela, pas de douleur thoracique. Bruit de gargouillement entendu à distance quand le malade parle ; pouls à 102. Le sommeil est assez bon ; les aliments sont tolérés. — Solution de chlore et d'opium ; infusion de gentiane.

Le 14, on continue à noter la toux et l'abondance extrême des crachats, qui sont noirs, purulents, d'une odeur très forte et mélangés à un mucus très fluide. Le malade se dit débarrassé du goût fétide dont il se plaignait ; il demande des aliments solides et les prendrait avec plaisir. Pouls à 98, plus fort que la veille. Léger bruit de craquement en avant et en arrière de la poitrine ; le dédoublement de l'inspiration ne persiste plus.

Le 15, l'expectoration a quelque peu diminué ; elle a aussi perdu ses caractères : au milieu d'un liquide noirâtre, flottent des masses globuleuses, puriformes, blanches, jaunes ou grisâtres, intimement mélangées au sang, et faciles à enlever. Le nombre et la nature des crises, la fétidité des crachats, n'ont pas varié.

Le lendemain, de grosses masses purulentes, blanchâtres, nagent encore dans les crachats, qui présentent une coloration moins foncée, et dégagent une odeur moins vive. Les accès de toux ont lieu toutes les deux heures.

Le 19, diminution de la toux et de l'expectoration ; crachats arrondis, puriformes, mêlés à un liquide filant.

Le 20, rechute ; le malade souffre plus que jamais du côté gauche de la poitrine ; la douleur s'étend même au côté droit ; la toux et l'expectoration ont augmenté. Il est survenu une bronchite aiguë développée sous l'influence du froid ou de la constitution médicale régnante (grippe). Pouls à 100, plein, développé ; râles fins, surtout dans l'expiration. — Vésicatoire sur le côté gauche.

Le 21, il s'est fait une amélioration notable ; la toux est facile ; la douleur thoracique a cessé. Expectoration formée de mucus bronchique et d'un peu de matière pultacée.

Le 22, une toux violente trouble le sommeil du malade. Depuis ce jour jusqu'au 30, les crachats sont composés d'un liquide gris sale, contenant des débris de matière puriforme ; l'abondance de l'expectoration est très grande. Le pouls est vif, fréquent, l'appétit bon, l'urine abondante et très acide.

Dans la première quinzaine d'octobre, l'expectoration devient plus purulente, plus uniforme et contient moins de mucus bronchique. Les accès de toux sont beaucoup plus rares. Le tiers moyen du poumon gauche en arrière et au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate est plus perméable à l'air ; près de l'angle des côtés, existe une petite cavité dans laquelle l'air s'introduit en produisant un souffle caverneux.

Le 15 octobre, une imprudence du malade ramène l'abondance et la fétidité des crachats, ainsi que les douleurs thoraciques. Grâce au traitement employé, ces symptômes alarmants s'apaisent dans les jours qui suivent. Les crachats diminuent peu à peu, prennent les caractères de ceux qui accompagnent la bronchite chronique. Au commencement de novembre, il s'y mêle quelques stries de sang ; mais le sang n'est pas fondu avec les

crachats et vient ou des amygdales ou du pharynx, ou plutôt de la surface sécrétante du poumon.

Le 21 novembre, une véritable hémoptysie a lieu ; puis tout se calme, l'expectoration redevient purulente, puis muqueuse ; de temps à autre cependant elle contient encore quelques filets sanguins.

Le 2 décembre, le malade va habiter Holloway, dans le but de changer d'air. A partir de ce moment, son rétablissement se fait d'une manière rapide, au point de lui permettre de reprendre son travail.

Des exemples analogues ont été observés par des médecins dont on ne saurait récuser le savoir et qui n'ont pas hésité à admettre l'existence d'une gangrène pulmonaire guérie ; ce sont des faits de ce genre qui ont fourni matière au succès thérapeutique des inhalations térébenthinées essayées d'abord par le professeur Skoda, de Vienne (1).

Le premier malade était un homme assez robuste, dans la force de l'âge ; la maladie datait du 11 mars 1852, et, dès le 21 du même mois, il était soumis aux inhalations d'huile essentielle de térébenthine, qu'il répétait toutes les deux heures pendant cinq à dix minutes ; on lui administrait, en outre, 5 centigr. de sulfate de quinine toutes les heures, jusqu'à la dose d'un gramme au plus par jour. L'expectoration n'était pas de moins d'une livre et demie chaque jour ; au bout de trois semaines de traitement, elle était diminuée des cinq sixièmes. A la sixième semaine, cet homme put se lever et faire quelques pas ; les crachats, moins abondants, avaient toujours conservé à peu près la même fétidité.

L'appétit reste assez bon, les forces reviennent, l'état général est satisfaisant, ce qui n'empêche pas qu'au commencement de juin la toux persiste, l'expectoration n'a pas cessé, et il reste encore une fétidité intermittente ; on entend, du côté droit de la poitrine et dans la portion inférieure, quelques râles muqueux

(1) *Zeitschrift der Gesellsch. der Aerzte zu Wien*, 1853.