

mets seront intacts, comme dans le cas observé par M. Husson; alors l'hémoptysie n'aura d'autre cause probable que l'irritation persistante d'un corps étranger qui, le plus souvent, occupera le lobe moyen, plus souvent encore le lobe inférieur du poumon; l'état général du malade, son âge, la marche de l'affection, viendront aider votre diagnostic, et si, dans le foie ou en tout autre organe, vous avez lieu de supposer la présence d'hydatides, vous serez autorisés à penser que le parenchyme pulmonaire en est lui-même le siège.

Votre attention, du reste, ne peut être attirée sur l'existence des tumeurs hydatiques du poumon qu'à une époque où déjà ces tumeurs ont atteint un grand développement; mais alors vous pourrez les confondre avec des pleurésies enkystées ou interlobaires, comme cela nous est arrivé chez notre jeune homme de la salle Sainte-Agnès. Cependant, quand vous trouverez à l'examen du malade une déformation globuleuse, limitée en un point de la poitrine, l'hypothèse d'un kyste hydatique deviendra bien plus vraisemblable; tôt ou tard la marche de l'affection, très-différente de celle de la pleurésie, et surtout, lorsqu'elle aura lieu, l'expectoration d'hydatides, viendront lever tous les doutes. Peut-être même seriez-vous autorisés, dans les cas où cet accident d'une valeur si significative ne se serait pas produit, peut-être seriez-vous autorisés à supposer encore l'existence des hydatides, lorsque vous verrez subitement survenir du côté de la plèvre des accidents inflammatoires, en même temps que la tumeur globuleuse s'affaîssera, parce qu'alors vous serez en droit de supposer aussi que cet affaîssement de la tumeur est la conséquence de la rupture de la poche hydatique dans la cavité pleurale. Mais ce diagnostic probable deviendra presque une certitude, lorsqu'aux accidents d'une pleurésie aiguë viendront s'ajouter les signes de l'hydropneumothorax. En pareille circonstance, le travail ulcératif en vertu duquel l'hydatide s'est fait jour du côté de la plèvre a compris en même temps quelque rameau bronchique.

Je disais, et il est inutile d'insister sur un fait aussi grossièrement évident, que lorsqu'on constatait dans les matières rendues par l'expectoration la présence d'hydatides, il n'y avait plus de doute possible sur la nature de l'affection qu'on est appelé à traiter. Cependant, alors encore, il reste quelque hésitation pour préciser le siège que la tumeur a primitivement occupé. C'est là un point de diagnostic qu'il faut élucider.

Il est incontestable que l'on a trouvé des kystes hydatiques dans la cavité pleurale. Le fait de M. Vigla, ceux analogues aux faits qu'il a rassemblés dans son mémoire, en donneraient, jusqu'à un certain point, une nouvelle preuve, et quant à moi, j'accepte avec tout le monde l'existence de ces kystes pleuraux. Mais si l'on analyse attentivement, si l'on étudie avec soin les exemples qui en ont été cités, on est tenté de croire que souvent on a pris pour des hydatides de la plèvre des hydatides qui, du

poumon, étaient tombées dans la cavité pleurale, ainsi que cela doit avoir eu lieu, je vous le rappelle, dans le cas rapporté par Dupuytren et Geoffroy. L'observation même de M. Vigla est très-discutable à ce point de vue, parce que, en définitive, le malade ayant heureusement guéri, le contrôle nécroscopique ne put être fait. Si l'on considère, en outre, ainsi que je vous le faisais observer au commencement de cette conférence, que les hydatides se développent le plus habituellement dans les organes parenchymateux, le foie, la rate, les reins, j'ajouterai les ovaires, on est porté à admettre que les poumons n'échappent pas à cette loi générale, et que les acéphalocystes s'y rencontrent bien plus fréquemment que dans la plèvre. D'ailleurs, M. Davaine, dont l'autorité en pareille matière n'est récusée par personne, n'hésite pas à considérer les hydatides de la plèvre comme excessivement rares. D'après les laborieuses recherches auxquelles il s'est livré, une seule fois sur vingt-cinq des hydatides s'étaient évidemment développées d'abord dans la cavité pleurale.

Ce diagnostic du siège précis des kystes hydatiques intra-pleuraux est d'autant plus difficile, que des tumeurs hydatiques de la surface convexe du foie peuvent en imposer, soit qu'elles envahissent la poitrine en refoulant le diaphragme sans le perforer, soit qu'elles s'ouvrent un passage sans se rompre à travers les fibres distendues et usées de ce muscle. On pourrait se demander s'il n'en a pas été ainsi dans le fait publié par M. Vigla, si ce fait ne serait pas l'analogie de celui rapporté par M. J. Cruveilhier¹, et dans lequel un kyste hydatique du foie, qui avait pénétré dans la cavité pleurale, ayant été également évacué au moyen de la paracentèse de la poitrine, le malade guérit, comme guérit celui de M. Vigla. Je sais cependant, et j'ai eu le soin de vous le dire, que les observations de ce genre sont excessivement rares; qu'habituellement ces kystes du foie, en se rompant, déterminent une pleurésie rapidement mortelle, mais que, plus souvent encore, il s'établit des adhérences entre eux, le diaphragme, la plèvre, le poumon, de telle sorte que, s'ouvrant dans la cavité qu'ils se sont creusée au milieu du parenchyme pulmonaire, ils se vident par les bronches.

Dans ce dernier cas, comme dans celui que j'indiquais tout à l'heure pour les hydatides du poumon, le diagnostic est presque absolu. Indépendamment de la présence au milieu des matières de l'expectoration de fragments d'hydatides, ou d'hydatides entières, ces matières offrent des caractères particuliers qu'on ne saurait méconnaître. On y retrouve une liqueur de consistance épaisse, filante, d'une couleur jaune qui, par l'action de l'acide nitrique, passe au vert-de-gris, et est évidemment due aux

1. Cruveilhier, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie* en 15 volumes, article ACÉPHALOCYSTES, Paris, 1829, t. I, p. 120.

XXXV. — ABCÈS PULMONAIRES, VOMIQUES
PÉRIPNEUMONIQUES.

Ce sont des affections rares en dehors des cas où l'on a affaire à des vomiques tuberculeuses, à des abcès métastatiques. — Elles sont moins rares chez les enfants, mais alors ces abcès pulmonaires se montrent dans la pneumonie lobulaire. — Le diagnostic des vomiques péripneumoniques est difficile. — On peut les confondre avec les abcès pleuraux.

MESSIEURS,

A la fin de notre dernière conférence, je vous ai montré les poumons de deux individus morts dans nos salles de pneumonie aiguë.

Dans l'une de ces autopsies, vous avez pu voir le poumon gauche avec un vaste foyer qui occupait les parties inférieure et antérieure du lobe supérieur. Ce foyer, constitué par une cavité capable de loger un gros œuf de poule, était divisé, par des cloisons incomplètes, en loges communiquant les unes avec les autres; les parois étaient formées par le parenchyme pulmonaire induré et grisâtre. Il communiquait avec la cavité pleurale par une large ouverture en forme de boutonnière, située sur le bord antérieur de ce lobe pulmonaire et pouvant mesurer 2 centimètres en longueur. Partout ailleurs, le parenchyme du poumon paraissait sain et ne présentait aucune trace de tubercules. Le foyer lui-même ne contenait aucune matière analogue à la matière tuberculeuse; enfin il n'exhalait pas la moindre odeur de gangrène. La cavité pleurale correspondante était remplie d'une grande quantité de pus blanc, crémeux, inodore; les surfaces viscérale et pariétale de la membrane séreuse étaient couvertes, dans les deux tiers inférieurs, d'une couche pulvée, pseudo-membraneuse, épaisse, d'un blanc verdâtre. Le long de la colonne vertébrale et au niveau du diaphragme, le poumon adhérait intimement aux parois de la cavité thoracique; toutefois, en exerçant une traction sur elles, les adhérences cédaient facilement, excepté au niveau du diaphragme où elles étaient si résistantes, qu'il fallut enlever ce muscle avec le poumon. D'un bon tiers moins volumineux que le droit, le poumon gauche avait son lobe supérieur affaissé sur lui-même et appliqué le long du rachis. En cherchant à l'insuffler, on ne pouvait arriver à le gonfler, l'air s'échappant à travers l'ouverture du foyer dont je vous ai parlé.

Le poumon droit ne présentait rien d'anormal que des adhérences pleurales anciennes, assez peu résistantes.

Dans l'autre autopsie, vous voyiez également un vaste foyer purulent

du poumon gauche, mais, à un degré moins avancé que dans le premier cas, et commençant seulement à se former. De plus, tandis qu'ici l'abcès pulmonaire était la conséquence d'une péripneumonie circonscrite ou partielle, là il existait au milieu d'un lobe enflammé dans toute son étendue.

Le tissu pulmonaire présentait, en effet, la consistance du tissu hépatique. Les deux lobes de ce poumon gauche, complètement pris, avaient une coloration grise très-manifeste, et à la surface du poumon incisé, on voyait sourdre du parenchyme condensé une grande quantité de liquide écumeux, grisâtre, de sanie purulente. Le tissu se déchirait aisément sous la pression du doigt, et à la partie postérieure et supérieure du lobe inférieur, on voyait le foyer dont nous parlons. D'une capacité égale à celle de l'abcès que nous avons trouvé à notre première autopsie, ce foyer, complètement rempli d'une matière putrilagineuse de couleur de brique pilée, n'était séparé de la scissure interlobaire que par une lame très-mince de tissu pulmonaire. L'autopsie avait été faite avec grand soin, sans violence, et il ne nous parut pas probable qu'il y eût eu attrition du tissu par la pression de la main de l'élève chargé de l'opération; toutefois, je dois dire que j'ai conservé et que je conserve encore quelques doutes.

Ce sont là, messieurs, deux exemples de ce que l'on appelait des *vomiques*, des abcès du poumon; abcès phlegmoneux, très-différents de ces collections purulentes que nous observons chez les individus tuberculeux, très-différents aussi des abcès dits *métastatiques* qui se rencontrent à l'autopsie des malades emportés par une infection, par une résorption putrides, et qui sont une des lésions caractéristiques de la diathèse purulente.

Ces vomiques, non tuberculeuses, non métastatiques, franchement inflammatoires, sont des lésions excessivement rares, du moins chez les adultes. Je fais cette restriction, parce qu'en effet, chez les individus en bas âge, elles sont très-fréquentes, et en cela je suis complètement d'accord avec les observateurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur la pneumonie des enfants.

L'exception rentre cependant jusqu'à un certain point dans la règle générale, en ce sens que les abcès pulmonaires ne se trouvent que dans la pneumonie lobulaire, affection bien différente de la pneumonie lobaire.

Ces *abcès pulmonaires chez les enfants*, tantôt se montrent disséminés en très-petit nombre dans le parenchyme pulmonaire; tantôt ils sont tellement rapprochés qu'ils ressemblent à des myriades de tubercules. Ce dernier aspect est celui sous lequel ils se présentent le moins souvent. Quand ils sont en très-petit nombre, ou bien ils forment à la surface du poumon de petites ampoules faisant saillie sous la plèvre; ou bien ces petites ampoules, vidées dans les bronches, laissent à leur place une cavité pleine d'air; ou bien encore elles contiennent à la fois de l'air et

du pus. Dans ces divers états, il est difficile de dire si l'ampoule est formée par un lobule suppuré ou par une dilatation de l'extrémité d'une bronche venant aboutir à un lobule dont les cellules ont été rompues; ce ne serait alors qu'une variété de l'emphysème vésiculaire. Mais quand les abcès sont extrêmement nombreux, l'aspect du poumon a quelque chose de spécial qu'il importe de décrire fidèlement.

La pneumonie lobulaire est alors agrégée ou pseudo-lobaire, c'est-à-dire que les lobules enflammés se réunissant en masses assez volumineuses, envahissent la presque totalité ou même la totalité d'un lobe, à la façon de la pneumonie de l'adulte.

Deux jeunes enfants furent pris de pneumonie aiguë. L'aîné fut conduit à l'hôpital des Enfants malades où il mourut quelques jours plus tard; l'autre, allaité par sa mère, fut amené à l'hôpital Necker où il fut placé dans mon service de la salle Sainte-Julie.

La pneumonie était des plus évidentes, mais elle semblait n'occuper que le côté gauche. De ce côté, en effet, on entendait un souffle très-prononcé, et en même temps un retentissement considérable du cri. Il y avait du râle sous-crépitant assez gros, peu d'obscurité du son. Ces signes persistèrent jusqu'à la fin. A droite, la respiration était faible, et, deux jours avant la mort, on commença à entendre quelques bulles de râle sous-crépitant, sans mélange de souffle. Cependant il y eut toujours une fièvre vive et beaucoup d'oppression.

A l'autopsie, lorsque les poumons furent déposés sur la table anatomique, on aperçut à travers la plèvre une multitude de taches d'un blanc jaunâtre, qui tranchaient vivement sur la couleur rouge du parenchyme hépatisé. Il semblait que ce parenchyme fût farci de tubercules à l'état de crudité ou de ramollissement. En coupant nettement une grande masse de poumon, l'aspect était le même, à cela près pourtant que l'on voyait évidemment du pus salissant la surface des tissus incisés, et par conséquent modifiant un peu l'aspect des parties. Si maintenant on laissait tomber un filet d'eau sur ces tissus ainsi altérés, l'eau entraînait du pus qui laissait à découvert une cavité peu régulière, à parois mal déterminées. Ailleurs, le filet d'eau n'entraînant pas la totalité de la matière purulente, il restait une cavité encore plus mal déterminée que tout à l'heure, et une masse assez molle, mais pourtant adhérente au parenchyme. Enfin, parmi ces portions de poumon qui simulaient ainsi au premier abord des tubercules, il en était dont l'eau ne détachait rien, quoiqu'elles fussent très-friables. Tout à l'entour le parenchyme était hépatisé.

Une attention, même assez superficielle, ne nous laissa pas longtemps croire à l'existence des tubercules; il devenait évident que nous avions affaire à une pneumonie lobulaire qui était passée par quatre degrés: hépatisation rouge, c'était la plus grande masse des lobules; hépatisation blonde, correspondant au troisième degré de la pneumonie de l'adulte;

ramollissement partiel des lobules passés à l'hépatisation blonde; enfin, ramollissement complet de ces mêmes lobules, véritables vomiques péripneumoniques.

Il était assez remarquable que ces quatre degrés s'observassent dans le poumon gauche, qui avait été envahi le premier et avec le plus de violence, tandis que le poumon droit, frappé seulement deux ou trois jours avant la mort, n'offrait que les deux premiers degrés.

J'eus soin de faire remarquer, pendant l'autopsie, combien ces lésions différaient des tubercules, et l'on ne pouvait pas ne pas reconnaître, dans ces lobules enflammés, exactement les mêmes formes que l'on voit à la fois dans les lobes entiers chez l'adulte.

D'ailleurs l'extrême acuité de la maladie indiquait une pneumonie franche, et bien que, chez certains enfants qui jusqu'ici avaient à peine toussé, j'aie vu des pneumonies aiguës tuer en quelques jours, et l'autopsie permettre de disséquer un poumon rempli de tubercules à divers états, il n'en est pas moins vrai que l'anatomie pathologique fournit des moyens de distinguer ces pneumonies compliquées de tubercules de celles où le tissu pulmonaire est farci d'abcès. Tout récemment encore, je vous ai fait voir à tous, dans cet amphithéâtre, les poumons d'un enfant à la mamelle où vous trouviez quelques milliers de petites ampoules remplies de pus parfaitement lié. L'enfant n'avait été malade que quinze jours.

Je reviens à ce qui se passe chez les adultes. Les vomiques non tuberculeuses, non métastatiques, purement inflammatoires, sont, vous disais-je, chez eux excessivement rares, à ce point que pour ma part je suis resté près de vingt-cinq ans médecin d'hôpital sans en avoir rencontré un seul exemple. C'est par une de ces singulières coïncidences qui arrivent quelquefois dans la pratique, que les deux cas que nous avons vus ensemble se sont présentés durant la même semaine à notre observation, et encore un de ces faits a-t-il laissé quelques doutes dans mon esprit. Cette lésion est assez rare pour que Laennec, dont l'opinion doit être d'une grande autorité en pareille matière, affirme que, sur plusieurs centaines d'ouvertures d'individus morts de péripneumonie, il ne lui est pas arrivé, dans un espace de plus de vingt ans, de rencontrer plus de cinq à six fois des collections de pus dans un poumon enflammé. « Encore, ajoute l'immortel auteur du *Traité de l'auscultation médiate*, elles étaient peu considérables, peu nombreuses, et dispersées çà et là dans les poumons qui présentaient le troisième degré de l'inflammation. » Une seule fois il rencontra un foyer purulent assez considérable, analogue à celui que nous trouvions dans la première de nos autopsies. Indépendamment des observations qui lui étaient particulières, et, dit-il, malgré le zèle avec lequel on cultivait en France l'anatomie pathologique depuis une vingtaine d'années, il ne connaissait que deux autres cas bien constatés d'abcès du poumon; l'un avait été communiqué en 1823 à l'Académie de médecine,

par Honoré, l'autre avait été publié par M. Andral¹. A l'appui de ce grand témoignage, nous apporterons celui du professeur Chomel, qui, dans un espace de vingt-cinq années, n'a rencontré que trois fois, dans le parenchyme pulmonaire, des collections de pus qui ne paraissaient pas dues au déchirement que détermine si souvent, dans un poumon frappé d'infiltration purulente, la pression des doigts au moment où l'on arrache ce viscère de la cavité qui le renferme².

La vomique franchement péripneumonique est donc une affection très-rare, chez les adultes du moins, et dans les conditions analogues à celles que nous venons d'observer dans nos salles. Rappelez-vous d'autant plus ces faits, que vous n'en retrouverez peut-être plus d'exemples avant longtemps.

Résumons maintenant en peu de mots l'histoire de nos malades, — histoire intéressante à beaucoup d'égards, au point de vue surtout du diagnostic de la pneumonie, j'entends le vrai diagnostic de cette maladie, que la clinique seule peut vous faire connaître, en présence duquel les médecins les plus expérimentés se trouvent parfois embarrassés, et non point de ce diagnostic ordinairement si simple et si facile que vous apprenez théoriquement dans les traités classiques.

Le premier de nos malades était un jeune homme de vingt-six ans, de vigoureuse constitution. Entré le 25 mars à l'hôpital, il était souffrant depuis quatre jours. Le mal avait débuté par une violente douleur de l'épaule gauche, qu'il avait éprouvée en sortant d'un bal, à la suite duquel il s'était exposé à une transition brusque du chaud au froid. Cependant il se remit le lendemain au travail, et, bien que, le soir de ce jour, sa douleur fût augmentée, bien qu'il s'y joignît de la fièvre, de l'oppression, de la toux, bien qu'il eût passé la nuit sans dormir, il reprit encore ses occupations le 23 mars; il mangea peu à son repas de midi; le soir il eut beaucoup de peine à regagner son logis. Dans la nuit, la douleur d'épaule s'accrut encore; il s'y ajouta une autre douleur occupant la base de la poitrine au-dessous de la mamelle gauche, accompagnée d'un très-gros frisson. Le 25, ainsi que je vous l'ai dit, il entra à l'Hôtel-Dieu où nous le vîmes le lendemain matin. Sa fièvre était ardente; sa figure exprimait l'anxiété la plus vive. Il était dans une grande agitation; il ne se plaignait que de la douleur d'épaule qui s'exagérait par la toux et par les efforts de la respiration, laquelle était gênée, difficile. Toutefois, si les mouvements de l'articulation étaient pénibles, la pression n'augmentait pas la douleur que le malade accusait dans cette région; il se plaignait aussi, mais modérément, de son point de côté. La toux n'était pas accompagnée d'expectoration. Cependant l'intensité du

1. Andral, *Clinique médicale*, t. II, p. 313.

2. Chomel, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., Paris, 1842, t. XXV, p. 151.

mouvement fébrile, l'anxiété considérable, me faisaient penser à une pneumonie profondément située, inaccessible à nos moyens d'investigation, tandis que la douleur locale donnait l'idée d'un rhumatisme articulaire à son début qui peut-être se généraliserait le lendemain. Suivant cette dernière indication, je fis appliquer dix ventouses scarifiées *loco dolenti*. Dès le soir, cette douleur était moindre à l'épaule, mais le point de côté était plus douloureux, accompagné d'une anxiété extrême, d'une gêne considérable dans les mouvements respiratoires et dans les efforts de toux. Le lendemain, ces accidents étaient très-prononcés, la fièvre était plus vive, l'agitation plus grande. La percussion ne nous donnait qu'un peu de matité à la région du cœur; l'auscultation ne révélait aucun phénomène appréciable. L'expansion pulmonaire était, il est vrai, entravée par la douleur qui empêchait les mouvements du thorax. Cependant, les crachats, jusque-là peu abondants et albumineux, se coloraient en jaune sucre d'orge; ils étaient visqueux et expectorés avec peine. Le soir, il s'en ajouta d'autres, sanglants, apoplectiques, d'un rouge vif, aérés, mais encore adhérents. Notre diagnostic pneumonie se confirmait, bien que les signes physiques manquaient absolument; la percussion seule nous donnait de la matité à la région du cœur, matité qui se limitait dans une étendue de 10 centimètres environ, du mamelon au sternum, où l'on constatait un certain degré de voussure: la pression exercée sur cette région faisait souffrir le malade qui accusait une poignante douleur. Je conclus à une péricardite compliquant la pneumonie. L'autopsie, sur laquelle je reviendrai, nous montra notre erreur sur ce point; il existait seulement une hypertrophie considérable du cœur.

Je prescrivis, le 23, une application de vingt ventouses scarifiées sur la région précordiale; on continua de donner un gramme de kermès en dix pilules, médication qui avait été commencée la veille. L'expectoration, toujours difficile, avait encore changé de nature; les crachats étaient couleur jus de pruneaux, un peu visqueux, adhérents au vase; le 29 seulement, cinquième jour de l'entrée du malade à l'hôpital, neuvième jour du début de son affection, on commença à entendre du râle crépitant; mais ce bruit était si loin sous l'oreille, si difficile à percevoir, que l'on pouvait en contester l'existence. Les accidents généraux persistaient d'ailleurs en augmentant d'intensité.

Le 30 mars, les crachats avaient pris la coloration chocolat, sans fétilité. L'auscultation de la poitrine faisait entendre en arrière un souffle tubaire à timbre assez éclatant, bien que le souffle parût éloigné de l'oreille, et mêlé de râles muqueux à bulles moyennes. Le retentissement de la voix était broncho-égophonique. La matité, dans la fosse sous-épineuse, était remplacée depuis l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas par une sonorité exagérée que l'on obtenait en percutant avec force. Cette exagération était si grande en avant jusqu'au niveau du mamelon,

alors même que la percussion était modérée, que le son en était comme stomacal. Nous disions alors : Cet homme a une pneumonie, pneumonie centrale qui, envahissant jusqu'à la partie antérieure du poumon, a perforé le parenchyme, et déterminé un épanchement d'air et de pus dans la cavité pleurale, en établissant une communication entre cette cavité et les bronches; en un mot, nous diagnostiquâmes une vomique péripleurique avec hydropneumothorax.

Le 31 mars, nous notions l'affaiblissement du murmure vésiculaire sous la clavicule gauche; le souffle lointain à timbre amphorique vers la région précordiale; l'absence du bruit respiratoire en bas. En arrière, le murmure vésiculaire était tellement faible qu'on l'entendait à peine dans la région de l'omoplate; il était remplacé par le souffle amphorique très-lointain, à partir de l'angle inférieur de cet os; la voix avait une résonance métallique, mais voilée; les bruits du cœur s'entendaient par propagation en arrière.

Le 4^{er} avril, l'expectoration, qui la veille avait une couleur chocolat commençant à se mélanger de crachats verdâtres, devint abondante, formée par un liquide assez épais, dans lequel nageaient des crachats verdâtres sans traces de sang, aérés, non visqueux. L'auscultation faisait entendre encore le souffle amphorique qui se produisait et disparaissait alternativement, mais auquel s'ajoutait un bruit analogue à celui que produiraient des bulles d'air traversant un liquide qu'elles feraient bouillonner.

Le 3 avril, les accidents généraux étaient tellement augmentés, l'état du malade était si grave, si désespéré, qu'il ne fut plus possible de songer à le faire changer de position pour examiner sa poitrine en arrière. L'expectoration était rare, et, dans le crachoir, on voyait quatre à cinq larges crachats épais, verdâtres, purulents. Le pouls était petit, à 140, intermittent; la peau, couverte de sueur visqueuse, présentait une cyanose très-caractérisée; l'anxiété était extrême, l'oppression excessive, la voix presque éteinte.

Le 4 avril, ce jeune homme était à l'agonie; il avait rendu, le matin et dans la nuit, une grande quantité de pus épais, crémeux, blanc verdâtre, inodore, qui remplissait deux crachoirs. Le soir, il fut pris de *subdelirium*, et le matin du 5 avril il expirait.

L'autopsie nous montrait les lésions que je vous ai fait voir; de plus, ainsi que je vous l'ai dit, nous trouvions le péricarde intact; mais le cœur, très-volumineux, occupant l'espace que nous avions limité avec le plessimètre, appuyait sur le poumon induré; ce qui, sans aucun doute, exagérant la voussure et la matité précordiale, nous avait fait croire à l'existence d'une péricardite.

Le second de nos malades était un homme de cinquante-trois ans, également fort et vigoureusement constitué; il se plaignait depuis six

mois de fréquents maux de tête, de grandes lassitudes. Huit jours avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, le 8 avril, il s'était trouvé plus fatigué, plus fourbu, selon son expression, qu'il ne l'était d'habitude. Il avait été pris de fièvre, sans gros frisson ni point de côté. Il disait n'avoir pas d'oppression, mais la valeur de ce renseignement était nulle, car, lors de son arrivée, il disait encore n'être point oppressé, bien que nous pussions constater une gêne notable de la respiration, qui était courte, fréquente, anxieuse. Il avait une fièvre considérable. A la percussion, la poitrine rendait à droite un son normal; à gauche, en avant, sous la clavicule, le son était exagéré, skodique. En arrière, il était mat de haut en bas. Le murmure vésiculaire, normal à droite, en avant comme en arrière, l'était également à gauche, là où nous constatons la sonorité; mais, en arrière, il était remplacé par un souffle tubaire des plus intenses, avec bronchophonie; son summum d'intensité était dans la fosse sous-épineuse.

Le soir de l'entrée du malade à l'hôpital, il n'avait rejeté qu'un crachat jaune safrané, spumeux, aéré, non adhérent au vase. Le 9, au matin, son crachoir était au tiers rempli de crachats diffluent, verdâtres, quelques-uns brunâtres rappelant le brun de la rouille. Je fis faire une saignée de deux palettes en même temps que je prescrivis 50 centigrammes de kermès en cinq pilules. Le soir de ce jour, le sang, qui avait bien coulé, présentait un aspect diffluent; le caillot non rétracté était couvert d'une couenne peu épaisse, verdâtre. Le pouls était dépressible, mou comme le matin; on n'osa pas insister sur les émissions sanguines.

Le 10 avril, le crachoir était encore rempli au tiers de crachats très-diffluent, aérés, couleur de dissolution de gomme sale, tirant un peu sur le jus de pruneaux. Le pouls avait la fréquence et les autres caractères qu'il présentait la veille. L'oppression était extrême, elle augmenta encore dans la soirée; le malade tomba dans l'assoupissement, son expectoration prit la coloration chocolat; son pouls très-mou battait 136 à la minute. Il succomba le 11 avril à quatre heures du matin.

Nous trouvions, à l'ouverture du corps, les lésions de la pneumonie suppurée et peut-être une vomique commençante, ainsi que je vous l'ai dit.

A ces deux observations de vomiques péripleuriques, j'en ajouterai une troisième empruntée aux *Leçons cliniques* de Graves (leçons sur les *Abcès dans le poumon*).

« Au début du printemps de 1841, le docteur Brereton m'emmena voir avec lui, à Sandfort, un jeune garçon de quatorze à quinze ans qui, quinze jours auparavant, avait éprouvé les symptômes d'une pleuropneumonie avec douleur vive dans le côté et toux très-violente: il avait expectoré des crachats caractéristiques, et d'autres couleur jus de pruneaux; les symptômes généraux avaient été fort graves, aussi bien que les symptômes locaux inflammatoires; du moins, ils n'avaient pas cédé à un traitement

très-judicieux et d'ailleurs fort actif. Dix jours environ après ma première visite, les choses allèrent de mal en pis, et, à ce moment, le pouls battait à peu près 140 fois : la dyspnée était excessive, avec agitation, jactitation, insomnie, une toux incessante la nuit et le jour. Le cas nous parut désespéré, et nous attendions la mort d'heure en heure. La pneumonie occupait la presque totalité du poumon droit, et, de ce côté, nous avions une grande matité. Notons que, dans la première période de la maladie, on avait entendu des *râles crépitants* dans toute l'étendue des poumons. »

L'illustre clinicien de Dublin comprenait à merveille que le fait dont il est ici question pouvait être considéré comme une vomique pleurale; mais il a soin de dire, et ceci est capital, qu'il y avait eu des *râles crépitants* au début dans toute l'étendue des poumons, ce qui ne permet guère de supposer autre chose que l'existence d'une pneumonie. Je veux cependant faire une réserve. Graves dit : *On avait entendu des râles crépitants*. J'aurais mieux aimé qu'il les eût entendus lui-même.

« Pendant que les choses étaient dans ce triste état, continue Graves, le malade fut pris, dans la nuit, d'une difficulté énorme de respirer, avec anxiété et douleur de côté; on le crut sur le point de rendre l'âme. Lorsque tout à coup, après un effort soudain, il rendit une grande quantité de matière purulente; immédiatement après, il fut comparativement mieux. Une lutte semblable se répéta la nuit suivante; elle eut le même résultat.

» Quand je vis ce jeune garçon le lendemain matin, je le trouvai, à quelques égards, dans une meilleure condition; toutefois, il avait encore une grande faiblesse, beaucoup de fièvre et de difficulté pour respirer.

» En examinant le côté droit de la poitrine, toute la partie antérieure, à partir de la clavicule jusqu'en bas, jusqu'au niveau du diaphragme, rendait un son très-différent de celui que j'avais noté auparavant; alors ce son était mat et maintenant il était clair. Le côté de la poitrine était évidemment dilaté et le stéthoscope y découvrait un tintement métallique toutes les fois que le malade toussait ou parlait. Ce phénomène me prouva qu'il existait un abcès très-grand dans le poumon, communiquant, d'une part, avec les bronches et probablement, d'autre part, avec la cavité pleurale. Je jugeai le cas tout à fait sans ressource.

» A quinze jours de là, ou un peu plus tard, survint encore une expectoration purulente, qui se renouvela, mais chaque fois en moindre quantité et chaque fois avec une notable amélioration. Enfin, six semaines après la première expectoration purulente, la convalescence était très-avancée, et aujourd'hui ce jeune garçon est fort et parfaitement bien portant. »

Les deux cas que nous avons observés ensemble, celui de Graves, qui en rapporte d'autres encore, ceux observés par Laennec, par Honoré, par

Andral et Chomel, établissent d'une façon incontestable l'existence possible de cette vomique péripneumonique franchement inflammatoire.

Mais ce n'est pas tout, messieurs, que de constater l'existence d'une vomique à l'ouverture du corps, il faut tâcher de la constater au lit des malades, de la diagnostiquer sur le vivant. Voyons donc s'il y a des signes capables de nous faire reconnaître cette maladie.

Les éléments de ce diagnostic sont généralement peu nombreux. Les signes indiqués par Laennec, le râle muqueux très-fort, à grosses bulles, manifestement caverneux, se faisant entendre dans le lieu de l'abcès; la pectoriloquie évidente remplaçant la bronchophonie qui existait précédemment; la respiration et la toux devenant caverneuses, de bronchiques qu'elles étaient; le *souffle, dans l'oreille* lorsque l'abcès est voisin de la surface du poumon, *voilé* lorsque quelque partie des parois de l'abcès est mince et molle, ces signes réunis ont été très-rarement constatés. Ils sont loin d'être aussi faciles à distinguer que le prétend Laennec : la pectoriloquie, le souffle dans l'oreille, en particulier, appartiennent aussi bien et bien plus à la vomique pleurale qu'à la vomique péripneumonique; on en demeure convaincu lorsqu'on lit le chapitre *Abcès du poumon* dans les *Leçons cliniques* de Graves. Cet auteur rapporte trois ou quatre faits qui lui appartiennent autant qu'ils appartiennent à Stokes et qui sont des cas d'abcès pleuraux ouverts dans la cavité des bronches. Toutefois, en considérant ce qui s'est passé chez le malade de notre première observation, en considérant qu'ici la vomique a été reconnue sur le vivant, nous ne pouvons nous refuser à admettre qu'il existe quelques signes essentiels. Outre ceux qui ont été indiqués par Laennec, il en est d'autres plus importants selon moi.

D'abord il a existé une pneumonie aiguë, très-aiguë; puis, à une période plus avancée, l'individu rejette tout à coup, par l'expectoration, une grande quantité de matière puriforme mélangée de sang, présentant, en raison de ce mélange, la coloration chocolat : c'est quelquefois une expectoration diffluente ressemblant tantôt à celle que l'on observe dans certains cas d'apoplexie pulmonaire, tantôt au liquide contenu dans certains abcès du foie, dans certains abcès formés dans la profondeur du tissu musculaire. C'est un mélange de sang et de pus. En même temps surviennent des phénomènes stéthoscopiques nouveaux, on a, dans un point limité du poumon, une respiration amphorique, un gargouillement à grosses bulles, et quelquefois aussi il s'y joint un bruit métallique qui se passe dans la caverne.

Chez notre premier malade, ce n'est pas l'expectoration qui nous a conduit seule au diagnostic. Les crachats, d'abord hémorragiques, étaient cependant devenus couleur chocolat, c'est-à-dire mélangés de pus et de sang. C'est au sixième jour de l'entrée à l'hôpital, au dixième de la maladie, alors que se sont manifestés tout à coup les symptômes de l'hé-