

dropneumothorax, alors aussi que nous avons vu rendre du pus par la bouche en grande quantité, que nous avons diagnostiqué la vomique. Mais il a fallu la réunion de tous ces signes, expectoration particulière, souffle amphorique et tintement métallique, pour arriver à la conclusion.

Quant au second de nos malades, chez lequel il nous a semblé que la vomique commençait à se former, chez lequel l'abcès pulmonaire était encore rempli de la matière putrilagineuse que vous avez vue à l'autopsie, nous n'avons reconnu rien autre chose que l'existence de la pneumonie au troisième degré, et vous comprenez qu'il était difficile qu'il en fût autrement, le clapier n'étant pas encore vidé et ne communiquant ni avec les bronches ni avec la cavité pleurale.

C'est donc la quantité des crachats, cette quantité augmentant tout à coup, c'est leur nature particulière, leur diffluence succédant à leur viscosité, qui guident dans le diagnostic de la vomique ouverte soit simplement dans les bronches, soit, comme dans le cas de Graves et dans le nôtre, ouverte en même temps dans la cavité pleurale. L'époque à laquelle s'est faite cette communication est peut-être l'élément capital du diagnostic. Pour peu que vous y fassiez attention, il est à peu près impossible qu'une vomique péripneumonique s'ouvre tard. L'abcès qui s'est formé dans le parenchyme tendra, comme tout abcès franchement inflammatoire, à aboutir au dehors, et nécessairement le pus se fera jour par les bronches divisées et détruites qui correspondent à la cavité même du foyer; si, en même temps, elle s'ouvre dans le sac pleural, la vomique péripneumonique ne s'en fait pas moins rapidement jour du côté des bronches, car il n'est pas d'exemple dans la science qu'elle se soit ouverte plus tard que le vingtième ou le vingt-cinquième jour. Les abcès qui s'ouvrent le quarantième, le cinquantième, le soixantième jour, sont des abcès de la grande cavité pleurale, ou des abcès formés entre les lobes du poumon. En effet, dans un assez grand nombre de cas, on rencontre entre les lobes du poumon une collection tantôt séreuse, tantôt séro-purulente, quelquefois purulente, emprisonnée entre les lobes par des fausses membranes qui ferment la scissure interlobaire; ces collections, en quelque sorte indépendantes de la cavité pleurale, appartiennent cependant à la plèvre; comme les collections purulentes de celle-ci, elles pourront se faire jour dans les bronches, en perforant le parenchyme pulmonaire, et le malade présentera alors les accidents de la vomique pleurale. Mais, comme les signes de l'épanchement dans la grande cavité auront nécessairement manqué; qu'en définitive, il n'existait qu'une matité semblant appartenir au poumon, on croira avoir affaire à une vomique péripneumonique. Toutefois, ces prétendus abcès du poumon s'ouvrent, je le répète, très-tard, six semaines, deux mois, quelquefois trois, quelquefois quatre mois après le début de la pleuropneumonie. Cette pleuropneumonie primordiale est la cause de l'erreur; on en a suivi toutes les phases, ce que l'on con-

statait semblait en être la suite, et se rapporter à la lésion du poumon et non à celle de la plèvre. Vous croyez alors d'autant plus à la vomique pulmonaire, que les bruits de gargouillement paraissent limités dans le poumon, et ne sont pas accompagnés des signes ordinaires de l'hydro-pneumothorax.

Ce qui arrive dans la pleurésie interlobaire arrive aussi dans les pleurésies circonscrites de la grande cavité pleurale elle-même. Vous savez, en effet, pour en avoir vu de nombreux exemples, que, dans quelques circonstances, des adhérences se forment entre le feuillet viscéral et le feuillet costal de la plèvre, qu'une pleurésie existant à la base de la poitrine se guérit, tandis qu'une pleurésie de la partie supérieure n'entre pas en résolution et marche à la suppuration. Il survient alors une lésion difficile à reconnaître. Supposons qu'il existât préalablement une pleuropneumonie; l'inflammation pulmonaire s'était manifestée par l'expectoration sanglante et muqueuse, puis les crachats avaient pris la coloration rouillée, marmelade d'abricots; le stéthoscope faisait entendre les râles crépitants pathognomoniques; la pleurésie elle-même avait été caractérisée par ce point de côté violent, différent de cette sensation de poids et d'angoisse que les anciens auteurs rapportaient plus spécialement à la péripneumonie. Des adhérences s'étaient établies entre le poumon enflammé et la plèvre costale. Entre ces adhérences, l'épanchement pleurétique persistant était devenu d'abord séro-purulent, puis tout à fait purulent. Cependant on percevait toujours dans le point correspondant de la matité et du souffle, souffle quelquefois considérable malgré le volume de l'épanchement; car, vous ne l'ignorez pas, le souffle et l'existence d'un épanchement considérable ne s'excluent pas. Vous aviez donc là une pleurésie circonscrite, au niveau de laquelle le poumon comprimé s'affaissait sur lui-même, en proportion de l'épanchement qui finissait par aplatir complètement le parenchyme pulmonaire. Il devenait alors très-difficile de suivre cette évolution, et, dans ce cas, on pouvait croire à une induration pulmonaire existant seule, en raison des signes stéthoscopiques perçus par l'oreille, à savoir le souffle bronchique, le retentissement de la voix, quelquefois même de gros râles gargouillants, phénomènes qui se passent dans la cavité des bronches non encore complètement aplaties, et qui se propagent à travers le parenchyme condensé du poumon et le liquide épanché dans le kyste pleural. On diagnostique alors une pneumonie devenue chronique. Cependant, deux, trois mois à partir de l'invasion, le malade rend tout à coup un flot de pus par la bouche, il a une vomique dans le sens littéral du mot *vomere*, vomir; puis vous entendez dans la poitrine des gargouillements à très-grosses bulles, du tintement métallique, et vous concluez que dans le point induré du poumon, il s'est produit une caverne, alors que cette caverne est constituée par la plèvre. Le seul élément du diagnostic différentiel était, dans ce cas, l'époque de l'ouverture de l'abcès, l'époque

d'apparition de la *vomique*; or, comme je vous le disais plus haut, de tous les signes donnés pour reconnaître les abcès du poumon, l'époque de leur apparition est certainement le signe capital.

En tenant particulièrement compte de ce signe, les erreurs qui consistent à confondre les abcès pleuraux et les abcès pulmonaires pourront être évitées, alors surtout que l'on a suivi le malade depuis le début de son affection. Dans le cas contraire, alors que l'on voit le malade loin du début de son affection, ces erreurs, bien que plus faciles à commettre, peuvent encore ne pas être commises. Généralement, en effet, un épanchement pleural se reconnaît aisément; la matité absolue, la dilatation de la poitrine, qui jamais, absolument jamais, n'accompagne la pneumonie, l'absence de vibration thoracique, sont des phénomènes suffisamment caractéristiques; dans quelques circonstances rares, il est vrai, l'absence de vibration thoracique a lieu dans la pneumonie; d'un autre côté, cette vibration peut se produire dans certains cas de pleurésie, alors que celle-ci, par exemple, est accompagnée de bronchophonie. Mais, lorsqu'à ces phénomènes indiqués s'en ajoutent d'autres, tels que le refoulement du médiastin, le déplacement du cœur vers le côté sain de la poitrine, l'abaissement du foie ou de la rate, on ne saurait plus hésiter à reconnaître un grand épanchement pleural, on ne pourrait le confondre avec une pneumonie. Et si, dans ces cas, le malade a rendu tout à coup par la bouche une grande quantité de pus, sans examiner davantage la poitrine, sans avoir besoin de recourir au plessimètre ou au stéthoscope, vous pouvez affirmer que ce pus provient de la plèvre; l'auscultation confirmera ce diagnostic, en vous faisant percevoir, le plus ordinairement, les signes de l'hydropneumothorax.

J'ai insisté sur cet important sujet, en traitant l'histoire de la pleurésie et du pneumothorax. Je vous rappellerai seulement ici que ces grandes collections purulentes des plèvres peuvent s'ouvrir dans les bronches sans que, d'ailleurs, il en résulte nécessairement un grand dommage pour l'individu.

Il y a trois ans, M. le docteur Bordes me mandait en consultation pour un fruitier de la rue des Gravilliers, chez lequel nous devions nous rencontrer à dix heures et demie du matin. Il avait reconnu un épanchement thoracique considérable, datant déjà de deux mois et plus; il me pria d'arriver avec les instruments nécessaires pour pratiquer la ponction de la poitrine; j'arrivai, en effet, prêt à faire cette opération, lorsque le malade me montra, dans un saladier, 5 litres de pus qu'il avait rendus pendant la nuit. Le reste du jour, il en rendit une grande quantité, et, en moins d'une semaine, il en rendit 44 litres, qui furent mesurés exactement. Pendant encore trois semaines ou un mois, il continua de vomir du pus, pour me servir de son expression; aujourd'hui il se porte à merveille.

Les grandes vomiques pleurales peuvent donc, comme les vomiques pulmonaires, se faire jour à travers les bronches; mais, indépendamment des signes que nous avons donnés, la quantité même de pus rendue ne permettrait pas au praticien d'avoir un instant de doute. Il est impossible qu'un abcès du poumon contienne un litre de pus; à mon avis, cela est impossible, tandis que les abcès de la plèvre peuvent en renfermer 2, 3, 4 litres; de plus, comme le pus se renouvelle chaque jour, un individu peut en rendre des quantités plus considérables encore. Ainsi, Legroux a cité le fait d'un individu qui, dans un espace de temps assez long à la vérité, en avait rendu 42 à 43 litres, qui avaient été mesurés; et dans une des séances de la Société médicale des hôpitaux de Paris, de l'année 1854, je lisais à mes collègues l'observation, recueillie par moi, d'une petite fille de six ans, que j'avais opérée d'un empyème, et qui, dans l'espace d'un peu plus de six mois, rendit une quantité de pus qui, pouvant être évaluée à 200 grammes par jour, atteignit par conséquent l'énorme poids de 40 kilogrammes.

Cette différence capitale entre la quantité de pus expectorée dans le cas de vomique pleurale et celle qui est rendue lorsqu'il existe une vomique pulmonaire, rend donc le diagnostic entre ces deux affections facile à établir. Ainsi, quantités différentes du pus rendu, époque différente de l'ouverture des vomiques, tels sont les éléments essentiels de ce diagnostic. Toutefois, chez les enfants, ce dernier élément peut faire défaut.

Chez les enfants, en effet, les collections purulentes de la plèvre peuvent se faire jour dans les bronches avec une très-grande rapidité. Une pleurésie a été nettement constatée à son début. L'épanchement a été reconnu, il a augmenté; bientôt se sont manifestés les symptômes indiquant qu'il est devenu purulent; puis, vers le quinzième, le dix-huitième, le vingtième jour de son affection, le malade rend des flots de pus par la bouche. Il est impossible de méconnaître là une vomique pleurale. Chez l'adulte, ces cas sont exceptionnels; ils s'observent cependant dans certains cas de diathèse de suppuration. Chez les femmes, par exemple, en état puerpéral, vous pourrez voir des abcès pleuraux se former très-rapidement, et très-rapidement aussi, plus rapidement que cela n'arrive dans les cas ordinaires, se faire jour à travers les bronches. Il y aurait alors de grandes difficultés de diagnostic, l'apparition rapide du pus dans les matières de l'expectoration pourrait donner des doutes; mais si l'on a assisté au début des accidents, si l'on a reconnu l'existence d'une pleurésie suppurée, ce que feraient soupçonner et l'état puerpéral dans lequel se trouve placée la malade, et les symptômes généraux qu'elle aura éprouvés, vous songerez aux réserves qu'il faut faire quand la vomique se fait brusquement jour au dehors.

Relativement à l'anatomie pathologique, j'appellerai votre attention sur

les caractères qui distinguent ces collections purulentes, résultat d'une inflammation franchement aiguë, des vomiques que nous rencontrons chez les phthisiques. Je ne saurais mieux faire que de reproduire textuellement ici ce que Laennec a écrit sur ce sujet :

« Quoique la couleur et l'aspect de la matière tuberculeuse, dit-il, soient assez semblables, dans quelques cas, à ceux du pus, ils en diffèrent cependant le plus ordinairement par le mélange de fragments de tubercules ramollis de consistance friable. L'exacte circonscription, d'ailleurs, des excavations formées par le ramollissement de la matière tuberculeuse, la fermeté de leurs parois, la fausse membrane molle qui les unit dans tous les cas, et la membrane demi-cartilagineuse qui lui succède quelquefois, suffisent pour caractériser une lésion bien différente des foyers purulents décrits ci-dessus. » J'ajouterai, messieurs, que l'on ne voit jamais de vomique tuberculeuse sans trouver en même temps de nombreuses masses de tubercules à divers degrés d'évolution, soit dans le même poulmon, soit dans l'autre.

Relativement au pronostic, je ne puis parler ici d'après ma seule expérience, puisque, ainsi que je vous l'ai dit, je n'avais jamais rencontré d'exemples d'abcès du poulmon avant les deux cas qui ont été le sujet de cette conférence. A en juger d'après ces cas, à en juger d'ailleurs aussi par ce qu'ont écrit les auteurs qui en ont parlé, les pneumonies qui se terminent par des abcès entraînent généralement la mort. A la vérité, Laennec, Graves et d'autres avec eux, admettent la possibilité d'une heureuse terminaison, les collections purulentes se faisant alors jour par les bronches et les foyers se cicatrisant; mais, sans nier la possibilité de cette guérison, je partage l'avis des médecins qui regardent ces cas heureux comme devant être excessivement rares et tout à fait exceptionnels.

Enfin, quant au traitement, vous comprenez, messieurs, qu'il n'a rien de spécial. Jusqu'au moment où l'existence de l'abcès poulmonaire peut être reconnue, ce traitement ne diffère en rien de celui de la pneumonie ordinaire; une fois l'abcès formé, notre intervention ne saurait avoir prise sur une affection de cette nature, placée tout à fait en dehors de nos moyens d'action.

XXXVI. — TRAITEMENT DE LA PNEUMONIE.

De la pneumonie franche exempte de toute complication. — La médecine expectante, — Les émissions sanguines locales et générales. — Les vésicatoires. — Les préparations antimoniales, et principalement le kermès, donnés à haute dose selon la méthode de Rasori. — Traitement par les substances alcooliques.

MESSIEURS,

Il est assurément, dans les différents hôpitaux que vous fréquentez, peu de services où l'on emploie les émissions sanguines générales ou locales aussi sobrement que dans le nôtre. C'est qu'en effet la nécessité, l'utilité même de cette médication, sont loin de me paraître aussi clairement démontrées, quant à présent, qu'elles semblent l'être à la plupart des médecins aux yeux desquels nier l'influence des saignées dans les phlegmasies poulmonaires serait presque nier l'évidence.

Même dans la pneumonie, maladie qui, selon les idées reçues, commanderait plus que toute autre les émissions sanguines, vous m'entendez bien rarement les prescrire. Si, en quelques circonstances, j'y ai recours, parce qu'elles me paraissent indiquées en vue de certaines complications plutôt que pour combattre l'élément inflammatoire ordinaire de la fluxion de poitrine, ces circonstances sont trop exceptionnelles pour infirmer en rien la règle de conduite que je me suis tracée déjà depuis un grand nombre d'années.

Cette pratique, messieurs, diffère tant de celle qui est suivie, je dois le dire, presque universellement; elle se trouve tellement en opposition avec ce qui est accepté par le public non médical qui ne saurait comprendre qu'une fluxion de poitrine guérisse sans saignée, que je dois entrer dans des explications à ce sujet, en vous exposant mes idées sur le traitement de la pneumonie.

La pneumonie n'est pas une de sa nature; les formes qu'elle revêt, son plus ou moins d'intensité ou d'étendue, l'influence des constitutions médicales régnantes, les conditions individuelles des malades, telles que l'âge, le sexe, le tempérament; les conditions de santé antérieure, les maladies que l'inflammation poulmonaire peut compliquer, ou bien au contraire les accidents qui peuvent se jeter à la traverse, sont autant de circonstances dont le médecin doit avant toutes choses s'enquérir, dont il doit tenir compte, et qui, modifiant singulièrement la maladie, sont aussi la source d'indications thérapeutiques très-différentes.

Nous laisserons de côté, pour un instant, cette espèce particulière de pneumonie que j'appelle plus volontiers *catarrhe péripneumonique*, qui