# CHAPITRE II.

## MALADIES DU PARENCHYME PULMONAIRE.

### § I. — Pneumonie.

L'inflammation du poumon donne lieu à des bruits différents, suivant le degré ou l'espèce de lésion que l'inflammation a produite dans la substance pulmonaire. Il faut donc considérer à part l'engouement, l'hépatisation, les abcès.

L'engouement qui marque le début de la pneumonie est annoncé à l'oreille par l'existence du râle crépitant qui se joint au murmure vésiculaire. Ce râle présente le caractère *sec*, c'est-à-dire qu'il a lieu surtout à l'inspiration, et qu'il est formé par des bulles sèches, petites et égales. D'autres fois le râle crépitant est humide ou sous-crépitant; il est alors moins égal, moins fin que le précédent. Cette seconde variété s'observe particulièrement chez les enfants et les vieillards.

L'hépatisation, qui succède à l'engouement, supprime le râle crépitant et le murmure vésiculaire dans l'endroit affecté; cela est tout naturel, puisque le tissu hépatisé est complétement imperméable à l'air. Mais en revanche, ce tissu a la propriété de transmettre à l'oreille tous les bruits qui retentissent dans les tubes bronchiques, tels que le souffle glottique, la voix, la toux, la plainte, etc... De plus, il faut ajouter que dans certaines circonstances indéterminées le retentissement tubaire des bruits laryngés présente un caractère non douteux de chevrotement ou d'égophonie, à l'exception toutefois du souffle glottique, qui n'a pas assez de force ou de timbre pour produire ce phénomène.

Quand l'hépatisation affecte entièrement le tissu pulmonaire placé entre la paroi thoracique et les tubes bronchiques, la forme du retentissement tubaire est pure et parfaitement nette. Mais quand la portion hépatisée est recouverte d'une couche de substance saine, le retentissement vésiculaire qui se fait



dans cette couche vient alors altérer la pureté du retentissement tubaire. Nous avons déjà dit que de ce mélange il résulte une forme de retentissement qui varie encore suivant l'épaisseur plus ou moins considérable de la couche saine superposée à la portion hépatisée.

Si la couche saine est très mince, le souffle glottique est tubo-vésiculaire à l'inspiration et tubaire à l'expiration; les autres bruits laryngés, la voix, la toux, etc., présentent également la forme tubaire pure comme le souffle expiratoire, parce que ces bruits ne se passent qu'à l'expiration. Si la couche saine est épaisse, le souffle glottique est tubo-vésiculaire à l'inspiration et à l'expiration. Dans ce cas, le retentissement du souffle expiratoire présente, avec le caractère vésiculaire, la durée et l'intensité du retentissement tubaire; c'est, comme nous l'avons dit, cette modification connue sous le nom de *murmure expiratoire prolongé*, qui s'entend dans la pneumonie comme dans la tuberculisation pulmonaire, et qui n'a plus la même nature que les râles insonores prolongés de la bronchite à râles vibrants. Mais en même temps que les retentissements du souffle glottique sont tubo-vésiculaires à l'inspiration et à l'expiration, les autres bruits expiratoires, la voix, la toux, etc., présentent également un retentissement qui est tubo-vésiculaire, c'est-à-dire que, sans avoir la netteté de la forme tubaire pure, ce retentissement est beaucoup plus marqué que vis-à-vis des parties du poumon entièrement saines. Je crois inutile de revenir sur tous les détails que j'ai donnés sur le mode de production de ces différentes modifications des retentissements pulmonaires; je me contente de les reproduire comme des faits constatés et suffisamment éclaircis. Je dois répéter également que la matité du son donné par la percussion varie suivant les trois variétés de retentissement des bruits glottiques. Ainsi, elle est complète avec le retentissement tubaire, moins complète avec le retentissement tubo-vésiculaire dont la forme tubaire prédomine; elle est légère avec le retentissement tubo-vésiculaire simple.

J'ai donné, dans la première section (p. 38), une observation de pneumonie où j'avais, pour ainsi dire, suivi la marche de l'hépatisation au moyen des trois modifications précitées du retentissement. Si je reviens en ce moment sur ce fait, c'est pour dire qu'on a souvent l'occasion d'en constater de semblables. C'est ainsi que, quand l'hépatisation marche des parties profondes aux parties superficielles, on peut suivre les progrès de l'envahissement ; comme aussi on peut suivre les progrès du décroissement, par le retour inverse des trois modifications du retentissement pulmonaire.

D'autres fois, il arrive de constater dans le même moment, et sur le même individu, les trois modifications précédentes. Ainsi, le retentissement des bruits laryngés peut être tubaire pur à la fosse sous-épineuse, tubo-vésiculaire avec prédominance tubaire à l'aisselle, et tubo-vésiculaire simple sous la clavicule ; dans le premier endroit, il y a à la percussion matité absolue ; dans le deuxième, matité médiocre, et dans le troisième matité légère. Cela nous apprend qu'à la fosse sous-épineuse l'hépatisation est complète, qu'à l'aisselle l'hépatisation est recouverte d'une couche de substance saine mince, et que, sous la clavicule, la couche saine est plus épaisse qu'à l'aisselle.

Quand la pneumonie se termine heureusement, le tissu hépatisé se résout et revient à l'état d'engouement. Alors les retentissements tubaires cessent de se faire entendre, et sont remplacés par le murmure vésiculaire et par le râle crépitant. Il y a pourtant cette différence entre l'engouement initial et l'engouement de retour, que dans ce dernier le râle crépitant est le plus souvent humide, quelquefois même on entend à sa place un véritable râle muqueux. Du reste, il faut remarquer que le passage des signes de l'engouement à ceux de l'hépatisation, et leur retour, n'ont jamais lieu d'une manière tranchée. Presque tous les signes de ces deux lésions se mélangent dans le moment où la transition s'opère. Il est bon de remarquer aussi que l'hépatisation n'est pas nécessairement



précédée ou suivie de l'engouement ; la vérité de ce fait me paraît indubitable dans ces pneumonies où l'on ne perçoit pas d'autres symptômes que ceux de l'hépatisation.

Il y a de singulières variations dans les symptômes de la pneumonie, pour l'explication desquelles on doit admettre que les produits inflammatoires de la maladie occupent tantôt séparément les voies bronchiques ou le tissu interstitiel, tantôt ces deux siéges à la fois.

Quand la pneumonie donne lieu à des abcès (ce qui est rare, comme on sait), ces abcès présentent les mêmes caractères d'auscultation que les cavernes tuberculaires dont nous parlerons bientôt. Mais il faut pour cela que les abcès communiquent avec les bronches et se trouvent dans toutes les autres conditions nécessaires aux cavernes, quand elles donnent des signes physiques de leur existence.

Il y a dans la pneumonie un fait dont on ne se rend pas parfaitement raison au premier abord, c'est que les matières expectorées que l'on dit être très visqueuses, produisent des râles bullaires et non des râles vibrants. Nous avons déjà fait observer que ces matières, qui sont en effet visqueuses, le sont pourtant bien moins qu'on ne le dit. C'est ainsi que les crachats pneumoniques présentent des oscillations marquées, quand on les agite dans un crachoir, et qu'ils sont expectorés très facilement après une toux légère. Or, ces caractères de fluidité ne se rencontrent plus quand les crachats muqueux sont réellement visqueux et denses, comme on peut s'en convaincre dans les catarrhes qui sont à l'état de *crudité*.

Je dois rappeler aussi que la pneumonie s'accompagne d'une dyspnée qui a pour effet d'exagérer le souffle glottique, et d'exagérer par là même son retentissement, soit dans les tubes bronchiques, soit dans les vésicules ; de là la grande intensité du retentissement tubaire vis-à-vis les points hépatisés et l'intensité non moins grande du murmure vésiculaire dans les points non affectés.

Nous ajouterons que la grande dyspnée que l'on observe

dans la pneumonie tient à la combinaison de deux espèces de dyspnées : une qui résulte de la fièvre (1), l'autre qui dépend de l'imperméabilité de la substance pulmonaire enflammée. C'est ce qui nous explique pourquoi certaines pneumonies, qui existent sans fièvre ou avec une fièvre légère, ne présentent pas une dyspnée notable. Dans ces sortes de pneumonies, que l'on rencontre surtout chez les vieillards, le souffle glottique ne présente plus l'exagération de celui des pneumonies fébriles, et dès lors on n'y trouve pas non plus la même intensité, soit dans le retentissement tubaire, soit dans le murmure vésiculaire.

### § II. — Pneumonie congestive.

Je comprends sous ce nom la pneumonie appelée *passive*, *hypostatique*, etc., que l'on observe dans les fièvres éruptives, et notamment dans la fièvre typhoïde. On dit assez généralement que cette espèce de pneumonie donne lieu, comme la précédente, à du râle crépitant; mais il me semble que c'est à tort. En effet, pour que du râle crépitant soit produit, il faut que l'air rencontre des obstacles plus ou moins liquides dans les ramifications bronchiques et les vésicules. Or, la congestion vasculaire qui constitue la pneumonie fausse ne peut pas elle-même donner lieu à des obstacles semblables, puisqu'elle est placée en dehors des voies bronchiques. D'ailleurs, il en est de même de la pneumonie inflammatoire ; si, dans cette affection, il y a production de râle crépitant, ce râle ne vient pas de la congestion vasculaire elle-même, mais seulement des produits sanguinolents que l'inflammation a sécrétés dans les voies aériennes, et qui sont rendus au moyen de l'expectoration (2).

(1) Il y a une dyspnée considérable dans le stade de chaleur des fièvres intermittentes.

(2) Il est encore possible, comme je l'ai déjà dit, que le râle crépitant sec que l'on entend dans la pneumonie inflammatoire soit produit par un état de sécheresse déterminé dans les vésicules par l'inflammation ; mais cette circonstance physique ne doit plus se rencontrer dans la pneumonie congestive.



Mais alors, s'il en est ainsi, à quoi faut-il donc rattacher le râle crépitant de la fièvre typhoïde? Il faut seulement le rattacher au catarrhe qui se montre habituellement dans cette maladie, et nullement à la congestion pneumonique. Du reste, les caractères et les périodes de ce catarrhe sont exactement les mêmes que ceux que l'on observe dans les catarrhes non fébriles. C'est ainsi que dans le commencement de la maladie il y a des râles vibrants avec une expectoration rare de mucus non fluide ; ensuite, quand le catarrhe se résout, on perçoit des râles crépitants humides, en même temps que l'expectoration est facile et que le mucus expectoré est devenu fluide. De plus, il y a entre ces deux périodes une époque intermédiaire qui se compose de la fin de l'une et du commencement de l'autre, et qui est marquée par l'existence simultanée des râles vibrants et bullaires.

Les seuls symptômes d'auscultation que l'on puisse rapporter à la pneumonie congestive sont des symptômes négatifs. Ainsi, quand la congestion sanguine est portée au point d'empêcher l'accès de l'air dans les vésicules, quand le tissu pulmonaire est passé à l'état de *carnification*, on cesse de percevoir distinctement le murmure vésiculaire dans les endroits affectés. Mais le tissu carnifié n'a plus en revanche, comme le tissu hépatisé, la propriété de conduire les bruits qui sont contenus dans les tubes bronchiques; dès lors, la perception du souffle, de la bronchophonie, etc., sont nuls ou peu marqués. Je dois renvoyer là-dessus aux observations de M. Bazin, qui a présenté dans sa thèse des observations judicieuses sur le genre de pneumonie qui nous occupe (1).

### § III. — Tubercules pulmonaires.

Les tubercules pulmonaires présentent trois périodes dis-

(1) *Recherches sur les lésions du poumon, considérées dans les fièvres*, Paris, 1834.

tinctes à considérer : 1° Ils sont à l'état de crudité ; 2° ils se ramollissent ; 3° ils sont évacués peu à peu, en laissant plus ou moins vides les cavités ou *cavernes* dans lesquelles ils ont pris leur accroissement. Les tubercules ont des symptômes d'auscultation différents, suivant ces trois phases de leur existence.

Les tubercules crus diminuent ou abolissent l'imperméabilité de la substance pulmonaire qu'ils occupent ; dès lors, l'air cesse d'arriver dans les vésicules, ou n'y arrive qu'en petite quantité, et par conséquent il y a diminution ou suppression du murmure vésiculaire. Quand les tubercules crus affectent entièrement tout le tissu pulmonaire placé entre les tubes et la paroi thoracique, ce tissu est assez bon conducteur pour pouvoir transmettre les retentissements tubaires des bruits laryngés ; mais, sous ce rapport, il y a une grande différence entre lui et le tissu hépatisé. Si le tissu pulmonaire est incomplétement affecté, et si une couche saine recouvre l'altération tuberculeuse, il peut y avoir aussi dans cette circonstance retentissement tubo-vésiculaire des bruits laryngés, et par conséquent bruit d'expiration prolongée.

Quand les tubercules sont ramollis, et que leur cavité communique avec les voies aériennes, il résulte du déplacement du liquide tuberculeux par l'air des râles bullaires variés. C'est ainsi que l'on entend du râle aussi fin que le râle sous-crépitant de la pneumonie, si le produit liquide du tubercule est déplacé par l'air dans une ramification bronchique d'une extrême ténuité ; le râle ressemble au râle muqueux de la bronchite, quand le produit tuberculeux se trouve dans une très petite caverne ou un rameau bronchique plus spacieux que le précédent ; quand enfin les cavités sont considérables, on a le gargouillement dans toute son intensité. Du reste, ces trois espèces de râles se succèdent le plus ordinairement par transition insensible dans le cours d'une phthisie tuberculeuse ; ils présentent les mêmes caractères physiques que ceux du catarrhe, mais ils diffèrent un peu de ces derniers, en ce qu'ils ne sont



presque jamais aussi nourris qu'eux ; le plus souvent, et surtout dans les commencements de la phthisie, ils consistent en bulles plus ou moins rares qui s'entendent sur les points circonscrits où siégent les cavités tuberculeuses.

Il arrive quelquefois d'entendre des râles vibrants (sibilants, sonores, etc.) sur les points affectés. Cela prouve que le produit tuberculeux est plus épais que dans le cas où il donne lieu à des râles bullaires. D'autres fois, mais plus rarement, les râles vibrants paraissent dépendre d'un rétrécissement organique ou permanent des ramifications bronchiques, parce qu'alors on les entend plusieurs jours de suite au même endroit, et toujours avec la même intonation. Néanmoins les râles vibrants sont bien rarement des symptômes de tuberculisation. Dans la grande majorité des cas, ils se lient à l'existence d'une bronchite qui complique les tubercules.

Quand les cavernes sont vides ou presque vides, qu'elles sont superficielles et qu'elles communiquent librement avec les voies bronchiques, elles donnent lieu au retentissement tubaire des bruits laryngés (souffle caverneux, toux caverneuse, pectoriloquie, etc.) ; et ce résultat se conçoit très bien, si l'on considère que les cavernes doivent être regardées sous le rapport physique comme des appendices aux tubes bronchiques. On conçoit également que l'intensité des retentissements tubaires produits dans les cavernes varie comme le degré d'étendue de ces cavernes. Ainsi, quand elles ont le diamètre des troncs bronchiques, le retentissement qui s'y passe ressemble à celui des troncs bronchiques ; si elles sont aussi spacieuses que la trachée ou le larynx, on y percevra un retentissement tubaire semblable à celui du tube laryngo-trachéal ; enfin, lorsque les cavernes sont considérables, le retentissement tubaire des bruits laryngés y présentera un timbre légèrement métallique. C'est assez dire que les retentissements caverneux des bruits laryngés se confondent souvent avec les retentissements bronchiques.

Quand les cavernes sont entourées d'un tissu complétement

tuberculeux, le retentissement tubaire qui s'y produit est moins appréciable que quand elles sont superficielles. Cela tient, comme nous le savons, au peu de conductibilité de la matière tuberculeuse; dans ce cas, il peut arriver que le souffle expiratoire ait seul assez de force pour être transmis à l'oreille. J'ai même vu une caverne profondément enfoncée dans une masse de matière demi-transparente, qui n'avait donné lieu à aucun retentissement appréciable de souffles glottiques, bien qu'elle fût vide et en libre communication avec les voies bronchiques.

Il faut bien se garder de rapporter à une lésion du sommet du poumon le souffle qui s'étend sur la limite interne de la fosse sus-épineuse, et qui résulte du retentissement du souffle glottique à travers les parties solides du cou, comme nous l'avons indiqué (p. 20).

Si les cavernes sont recouvertes d'une couche de tissu pulmonaire sain qui ait une épaisseur notable, on perçoit sur le point qu'elles occupent un retentissement tubo-vésiculaire de tous les bruits laryngés; si cette couche saine a peu d'épaisseur, le retentissement tubo-vésiculaire a la prédominance tubaire, c'est-à-dire qu'il est tubaire pur pour tous les bruits laryngés qui se font à l'expiration, et que le souffle glottique inspiratoire seul a un retentissement tubaire mélangé d'une faible portion de murmure vésiculaire.

Ces deux modifications des retentissements tubaires sont surtout faciles à observer quand une caverne est superficielle dans un point, et se trouve dans un autre point recouverte par une couche de substance vésiculeuse : dans le premier sens, on perçoit les retentissements tubaires purs, et dans le second, ces retentissements sont tubo-vésiculaires, avec ou sans prédominance tubaire, suivant l'épaisseur plus ou moins considérable de la substance saine. Est-il nécessaire d'ajouter que ces retentissements se comportent de la même manière que dans les cas d'hépatisation incomplète? Toutefois, en remarquant que dans la pneumonie l'élément tubaire de ces retentissements



combinés vient des tubes bronchiques, tandis qu'ici il se forme dans la caverne.

Nous devons ajouter que lorsque la caverne est très considérable, et qu'elle est douée de sonorité métallique, les différents bruits qui s'y passent ou qui y retentissent, peuvent revêtir le timbre métallique.

Tels sont les symptômes que l'auscultation fait percevoir dans les différentes périodes de l'altération tuberculeuse des poumons. Il nous reste maintenant à apprécier la valeur d'autres signes dont on entend fréquemment parler à propos du diagnostic de la phthisie pulmonaire.

Le bruit d'expiration prolongée a été donné par Jackson et M. Andral comme le caractère symptomatique des tubercules crus. Ce bruit, comme nous le savons, résulte de la combinaison des retentissements tubaire et vésiculaire; il n'est pas propre seulement à la phthisie, puisqu'il existe aussi dans la pneumonie et dans la pleurésie. Nous savons également qu'en le considérant comme symptôme de la phthisie, il annonce bien plus souvent une caverne que des tubercules crus; et dans ces deux circonstances, il suppose une couche de substance saine superposée à la lésion tuberculeuse Je dois répéter que le bruit d'expiration prolongée n'existe jamais dans la phthisie, non plus que dans les autres maladies où on l'entend, sans être accompagné de retentissement tubo-vésiculaire des autres bruits laryngés, et notamment d'une pectoriloquie imparfaite. Ce bruit de la tuberculisation n'est plus de la même nature que celui de la bronchite, qui est un râle insonore.

Je ne connais pas de signe qui puisse faire distinguer le bruit d'expiration prolongée des tubercules crus, de celui qui tient aux cavernes. On pourrait croire au premier abord que lorsque cette modification de bruit s'entend dans le premier degré de la phthisie, elle se rapporte aux tubercules crus, et que plus tard elle dépend des cavernes; mais, en y réfléchissant, on voit qu'on s'exposerait par là à de fréquentes erreurs, car il n'y a pas toujours un rapport constant d'intensité entre

les symptômes rationnels de la phthisie et les degrés de l'altération tuberculeuse ; et il n'est pas rare de constater la présence d'une caverne même considérable chez un individu qui vient chercher les secours de l'art pour un toux médiocre et quelques sueurs nocturnes, c'est-à-dire qui n'a que les apparences d'une phthisie au premier degré.

Il est un autre signe que l'on rapporte aux tubercules crus, c'est le bruit de craquement. Ce bruit n'est autre chose que le râle bullaire à bulles rares, et plus ou moins sèches, que l'on entend quand la matière tuberculeuse est déplacée par l'air dans les petites cavernes ou les ramifications bronchiques. Ce bruit de craquement ne diffère pas, comme nous le savons, des râles bullaires du catarrhe bronchique, et il serait impossible de l'en distinguer, si malgré soi on ne se laissait influencer, tant par le siége de ces craquements qui se trouve à la partie supérieure des poumons, que par sa coïncidence avec les autres symptômes de la phthisie. Cela est si vrai, que dans le catarrhe simple, mais généralisé, il y a fréquemment sous les clavicules, ou vers la fosse sus-épineuse, des râles bullaires, qu'il est extrêmement difficile de distinguer des prétendus craquements de l'altération tuberculeuse.

Quand on réfléchit à la forme du bruit de craquement, on ne comprend guère que ce bruit ait pu être rattaché aux tubercules crus. Car, enfin, y a-t-il, dans ce genre de lésion, la moindre circonstance de déplacement ou de choc capable de déterminer l'espèce de crépitation qui constitue le craquement? Il est très probable qu'ici, comme pour la détermination du mode de production du murmure expiratoire prolongé, on s'est laissé entraîner par la considération des symptômes rationnels qui forment le premier degré de la phthisie, en supposant que la crudité des tubercules devait nécessairement répondre à cette période de l'appareil symptomatique. Mais, comme nous le disions tout à l'heure, il s'en faut de beaucoup que les différentes phases de l'altération tuberculeuse répondent de point en point aux diverses périodes des symptômes



rationnels ; et, si comme nous le disions également, on constate souvent des cavernes étendues avec l'apparence du premier degré de la phthisie, on doit admettre sans hésiter que de très petites cavernes ramollies peuvent exister dans ce même degré pour donner lieu à ces râles ténus et rares que l'on appelle craquements.

M. Hirtz a donné deux signes de l'altération tuberculeuse (1). L'un, qui est le *bruit respiratoire râpeux*, est produit par les tubercules à l'état de crudité. Ce bruit ne paraît pas différer du retentissement tubo-vésiculaire du souffle glottique ; s'il paraît plus rude ou plus râpeux que le murmure vésiculaire, cela tient à la forme tubaire qui se combine avec le murmure vésiculaire. M. Hirtz a oublié de dire que ce bruit (si pourtant c'est bien le tubo-vésiculaire) est plus marqué et plus long à l'expiration qu'à l'inspiration ; il faut ajouter dès lors qu'il n'est pas propre seulement aux tubercules crus, et qu'il se rapporte bien plus souvent aux cavernes profondes.

L'autre symptôme signalé par Hirtz est le *râle cavernuleux* produit dans les cavernes de capacité moyenne, et qui tient le milieu pour la forme entre le râle muqueux et le gargouillement. Mais ce râle, de même que le gargouillement, peut se produire dans les tubes bronchiques à l'occasion de simples catarrhes, et y présenter les mêmes caractères que lorsqu'il se passe dans les cavernes.

Enfin, pour ne rien omettre, je dois parler d'un signe que M. Fournet a observé au commencement de la phthisie, c'est le bruit du *froissement pulmonaire* (2). Ce bruit ne s'entend que pendant l'inspiration, et il *résulte de ce que le poumon lutte avec effort contre l'obstacle* (les tubercules) *qui gêne son expansion*. Il présente trois variétés d'intensité : au plus haut degré, c'est un *bruit de cuir neuf ;* au second, un *bruit plaintif gémissant ;* au troisième, c'est le *bruit rapide et sec que l'on*

(1) Thèse, Strasbourg, 1836.
(2) *Recherches cliniques sur l'auscultation*, etc. Paris, 1839.

*obtient en soufflant sur du papier sec.* Ces trois variétés rentrent, l'une dans le frottement pleural, l'autre dans les râles vibrants, la troisième, enfin, dans le retentissement du souffle glottique ; et l'on doit croire que M. Fournet les a réellement entendues dans le commencement de la phthisie, comme il l'assure. Mais qu'est-ce qui démontre que ces bruits, si différents de caractères, résultent d'un même mode de production, et surtout que ce mode de production est le froissement de la substance pulmonaire ?

La conséquence qui découle de l'examen que nous venons de faire, c'est que la plupart des bruits respiratoires morbides se rencontrent dans la phthisie pulmonaire, et que de tous les symptômes d'auscultation que cette maladie présente, aucun d'eux ne se rattache essentiellement à l'altération tuberculeuse ; si l'oreille leur trouve un caractère spécial, c'est que l'oreille est déjà malgré elle influencée par leur siége et par la concomitance des autres symptômes rationnels de la phthisie. On peut donc poser ce principe que : *Tout état anormal dans l'auscultation de la partie supérieure du poumon doit faire mettre en question l'altération tuberculeuse.*

Le dernier bruit que produisent les phthisiques est le gargouillement de la trachée. Ce bruit est le signal d'une asphyxie mortelle : il annonce que les matières tuberculeuses sont accumulées dans l'arbre bronchique, par suite de la faiblesse extrême qui met le malade dans l'impossibilité de les expectorer.

### § IV. — Œdème du poumon.

Depuis Laënnec, on regarde comme signes de l'œdème pulmonaire la diminution ou la suppression du murmure vésiculaire et le râle sous-crépitant. Le premier de ces deux symptômes existe réellement dans l'œdème, et se comprend très bien si l'on considère que le liquide infiltré comprime les vésicules et les rend plus ou moins imperméables à l'air. Mais en est-il de même du râle sous-crépitant ? Non, certainement ;



car, pour que l'œdème pulmonaire pût produire ce râle, il faudrait, comme l'admet Laënnec (1), que *la plus grande partie de la sérosité fût contenue dans les vésicules.* Or, ce fait, très important dans la question qui nous occupe, n'est rien moins que démontré. Voici, au contraire, les raisons qui prouvent que le liquide de l'œdème est placé en dehors des vésicules : 1° Si l'on comprime le tissu d'un poumon œdémateux, de manière à faire refluer le liquide dans les bronches, on n'y parvient aucunement. 2° Si l'on suspend un poumon œdémateux de manière que la partie œdémateuse soit supérieure et que les bronches soient dans la partie déclive, on ne voit pas la moindre goutte de liquide suinter à l'orifice béant des tubes bronchiques. Or, quand on fait cette double expérience sur un poumon sain, dont on a préalablement injecté les voies aériennes avec de l'eau, le liquide injecté abandonne avec la plus grande facilité les vésicules et les ramifications bronchiques, pour se porter dans les gros tubes. 3° Enfin, si le siége de l'œdème était réellement tel que Laënnec le suppose, le malade qui en serait affecté aurait une expectoration abondante et facile de matière séreuse. Or, le rejet de ces matières n'est qu'accidentel dans l'œdème pulmonaire ; il arrive seulement quand l'œdème se complique d'un catarrhe avec production de mucus non fluide, lequel catarrhe exige, comme on le sait, beaucoup d'efforts de toux, et sollicite la sécrétion pituiteuse des glandes sous-muqueuses du larynx et de la trachée.

La raison principale pour laquelle on admet que dans l'œdème le liquide occupe en partie les vésicules, c'est que si l'on incise un poumon à demi infiltré de sérosité, on voit un liquide écumeux sourdre des surfaces incisées, et l'on regarde la présence de l'écume comme une preuve certaine que l'air et le liquide étaient contenus ensemble dans les voies aériennes antérieurement à l'incision. Mais cette conséquence n'est pas aussi rigoureuse qu'on le croirait d'abord. En effet, l'écume

(1) *De l'auscultation médiate*, t. I, p. 353.