

La vomique franchement péricardique 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. Vous l'avez vu d'abord couché au n° 19 de la salle Sainte-Agnès, puis au n° 7. 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 en cette région; il se plaignait aussi, mais modérément, de son point de côté. La toux n'était point accompagnée d'expectoration. Cependant l'intensité du 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 mouve-

ments 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 manquassent 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 1 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 fétidité. 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 péricardique avec hydro-pneumothorax.

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 résonnance métallique, mais voilée; les bruits du cœur s'entendaient par propagation en arrière.

Le 1^{er} avril, l'expectoration, qui la veille avait une couleur chocolat com-

mençant 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 péripneumoniques, je vais en ajouter une troisième que je vous traduirai des *Leçons cliniques* de Graves. La leçon où je prends cette observation a pour titre: *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 cra- » chats 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-judi- » cieux 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 pourtant 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 expecto-
» ration 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 MM. les professeurs 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 ainsi 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'était 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 quelque 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 diffluite 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 hémorrhagiques, 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'hydro-pneumothorax, 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 diffluite 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 ces 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 péricorporelle. 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 constatait 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 pleuropneumonie. 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'hydro-pneumothorax.

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 encore une grande quantité, et, en moins d'une semaine, il en rendit 11 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 du 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 vingtième, le dix-huitième 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 en dehors.

Pour compléter ce qui a trait à ce que je voulais vous dire des abcès pulmonaires, j'ajouterai quelques mots relatifs à l'anatomie pathologique et à leur mode de terminaison.

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 vous 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 poumon, 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 poumon 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, pour ce qui est du traitement, vous comprendrez, messieurs, qu'il ne comporte rien de spécial. Jusqu'au moment où l'existence de l'abcès pulmonaire 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.