

contre certaines angines, contre les douleurs anciennes et quelques autres états morbides à marche lente. Ces effets bien constatés de la décoction de salsepareille unie à l'acide nitrique m'ont fait penser que ce traitement ne serait pas moins utile dans la toux chronique qui s'accompagne de rougeur et de relâchement de la muqueuse gutturale, d'allongement de la luette et d'un état d'affaiblissement plus ou moins prononcé.

J'ai observé que dans ces cas-là il y a presque toujours des troubles plus ou moins marqués du côté des organes digestifs, et un certain degré d'irritabilité générale; l'analogie que présente cet état avec les conditions morbides dans lesquelles la salsepareille et l'acide nitrique sont d'une utilité évidente, m'a engagé à essayer de cette combinaison, et je puis dire aujourd'hui que je n'ai point été trompé dans mon attente. La décoction de salsepareille à la dose d'une pinte (475 gram.) par jour, additionnée d'une drachme (4 gram.) au moins d'acide nitrique, m'a rendu les plus grands services. Je n'ai pas besoin de vous dire que l'action de ce médicament doit être secondée par le changement d'air, l'exercice, les distractions, et par un régime substantiel, quoique non échauffant. Dans quelques cas, il est nécessaire de cautériser l'arrière-bouche et les amygdales avec une solution de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre: si la luette est considérablement allongée, il faut la toucher fréquemment avec la pierre infernale ou même en pratiquer la résection.

Guidé par les mêmes principes, j'ai souvent employé la décoction de salsepareille et l'acide nitrique chez les personnes faibles et débiles, fatiguées par une toux ou un *hem* léger qui revient incessamment, et qui est accompagné de quelques crachats bronchiques; ces crachats contiennent parfois un peu de sang, mais il ne paraît pas venir des poumons; il provient bien plutôt de quelque érosion de la muqueuse du pharynx et du larynx. Chez ces malades, la toux et l'expectoration ont lieu surtout le matin au moment du réveil; chez quelques-uns, elle dure pendant des semaines entières sans dyspnée, sans douleurs thoraciques, sans fièvre. J'ai observé, en outre, que ce même traitement est souvent efficace chez les individus qui ont été soumis à une salivation mercurielle, dans le cours d'une bronchite ou d'une pneumonie; parfois même il est utile pour achever la guérison des affections pulmonaires, lorsqu'il devient dangereux de continuer l'usage des mercuriaux.

QUARANTE ET UNIÈME LEÇON.

PNEUMONIE. — PLEURO-PNEUMONIE.

ABCÈS DU POUMON.

Pneumonie. — Caractères de l'expectoration. — Elle peut manquer complètement. — Hépatisation du poumon. — Crepitus redux. — Pleuro-pneumonie. — Observation de pleurésie latente. — Pulsations de la poitrine dans la pneumonie. — Observation d'une pneumonie dans laquelle on a entendu un bruit de soufflet dans la région antérieure de la poitrine. — De la saignée dans la pneumonie. — Abscès pneumoniques. — Diagnostic avec les abscesses tuberculeux.

MESSIEURS,

Je désire vous présenter aujourd'hui quelques observations cliniques sur la pneumonie, et je veux, avant tout, vous signaler certaines particularités qui ont trait aux symptômes de cette maladie; je vous parlerai tout d'abord de l'expectoration. Je suppose que vous êtes tous parfaitement renseignés sur les caractères ordinaires des crachats pneumoniques; vous avez pu les étudier à votre aise chez un homme qui est mort dernièrement dans nos salles d'une gangrène du poumon, survenue dans le cours d'une pneumonie aiguë, à la période d'hépatisation.

Le docteur Stokes n'attache pas une grande importance aux signes tirés des crachats dans la pneumonie. Voici comment il s'exprime à ce sujet: « Quoiqu'on observe dans un grand nombre de pneumonies des crachats muqueux sanguinolents et visqueux, il s'en faut que ces caractères soient constants. En fait, on peut rencontrer dans cette maladie toutes les variétés d'expectoration, depuis le mucus rare et incolore, jusqu'aux sécrétions les plus diverses. La pneumonie s'établit souvent sans expectoration caractéristique, et elle peut parcourir ainsi toutes ses périodes. D'une manière générale, on peut dire que les

crachats rouillés des Français se rencontrent dans les pneumonies franches qui surviennent chez les individus robustes ; mais je suis convaincu que chez un grand nombre de ces malades débilisés auxquels nous avons affaire dans les hôpitaux, chez les enfants, et dans les pneumonies des fièvres, les caractères des crachats n'ont qu'une faible valeur. » (*Treatise on Diseases of the Chest*, p. 320.)

Mais voici ce que je désire surtout vous faire remarquer, ce que vous ne devez jamais perdre de vue : *il est des pneumonies étendues, dans lesquelles on n'observe aucune espèce d'expectoration, depuis le début de la maladie jusqu'à la résolution complète.* Vous avez pu voir, dans nos salles, une jeune femme nommée Mary Nowlan ; elle avait la moitié d'un poumon et le tiers inférieur de l'autre hépatisés par une pneumonie grave, et pourtant la maladie a débuté sans expectoration ; elle a atteint dans les mêmes conditions sa période d'état, puis est venue la résolution, et le poumon a été rendu à ses conditions normales, sans que nous ayons observé un seul crachat. Comme la maladie était très-sérieuse, cette femme est restée deux mois à l'hôpital ; elle a été pendant tout ce temps l'objet d'une surveillance attentive, et à aucun moment nous n'avons pu découvrir la moindre expectoration. Nous avons observé dernièrement une pneumonie consécutive à une rougeole, et nous avons constaté également l'absence complète des crachats. Ces faits sont singuliers peut-être, mais ils sont, à coup sûr, très-instructifs.

J'ai une autre remarque à vous faire touchant l'expectoration. Un homme prend une pneumonie ; par suite du raptus sanguin qui se fait au début de l'inflammation pulmonaire, il a d'abord des crachats sanglants, puis ils disparaissent au bout d'un jour ou deux ; et alors, bien que le poumon soit fortement engagé, l'expectoration peut manquer complètement jusqu'à la résolution totale de la phlegmasie. J'ai constaté ce fait de la façon la plus nette chez un malade que je voyais avec sir Henry Marsh. Un gentleman qui était atteint d'une pneumonie aiguë, avait eu le premier et le second jour des crachats sanglants ; mais lorsque je le vis, au troisième jour, l'expectoration avait cessé, et elle ne reparut plus ; la guérison fut complète au bout de cinq semaines. Ce malade était un homme instruit et intelligent ; il était parfaitement renseigné sur son affection, et il était imbu de l'antique croyance que toutes les inflammations des poumons doivent se résoudre par l'expectoration. En conséquence, il l'attendait jour et nuit avec une vive anxiété, mais il n'eut pas la satisfaction de voir apparaître un seul crachat.

Vous voyez par là, messieurs, que dans la pneumonie l'expectoration peut faire absolument défaut ; malgré cela, et quoique l'hépatisation soit souvent très-étendue, la résolution peut avoir lieu. D'un autre côté, une portion considérable du poumon peut être prise d'inflammation, le malade peut avoir des crachats sanglants pendant les deux ou trois premiers jours, c'est-à-dire pendant la période de congestion ; puis l'expectoration cesse tout à coup, et la résolution se fait sans que les crachats aient reparu. Ce sont là, j'en conviens, des exceptions rares, car il est de fait que dans la pneumonie nous voyons les crachats présenter des caractères différents aux diverses périodes de la maladie ; mais ces faits n'en sont pas moins importants, et il est bon d'en être prévenu (1).

(1) Dans son commentaire sur l'aphorisme 848, van Swieten place l'absence d'expectoration au nombre des signes funestes de la pneumonie, et il rappelle à ce sujet les déclarations d'Hippocrate : « *Qui in peripneumoniis siccis pauca cocta educunt, metuendi sunt.* — *Malum quoque si nihil expurgetur, neque projiciat pulmo, sed plenus in gutture ferveat.* » Cullen, retraçant le pronostic de la pneumonie, n'est pas moins affirmatif : « Je pense, dit-il, qu'il est très-rare que la maladie se termine par la résolution sans expectoration ; en conséquence, on doit toujours regarder la toux sèche comme un symptôme fâcheux. »

D'un autre côté, M. le professeur Andral fait observer que la valeur pronostique de l'expectoration a peut-être été exagérée à une époque où l'on regardait la pneumonie comme produite par une matière morbifique fixée sur le poumon, et il rapporte deux observations qui démontrent la possibilité d'une résolution parfaite, alors même que les crachats ne présentent à aucun moment les caractères de l'expectoration pneumonique. Les deux Frank ont émis la même opinion, et Joseph Frank a fait remarquer à ce sujet que « la nature peut se débarrasser des sécrétions morbides par un grand nombre de moyens, outre le crachement qui est le plus prompt. »

Malgré de si imposantes autorités, je crois que les anciens étaient plus près de la vérité ; je ne prétends pas qu'il faille prendre à la lettre et dans sa signification la plus absolue le *malum* d'Hippocrate, mais je crois que l'absence d'expectoration dans la pneumonie est en réalité un symptôme fâcheux, parce qu'elle annonce une durée plus longue du processus morbide, et une résolution plus difficile. Pour émettre une telle assertion, je ne me fonde point, on le conçoit, sur les résultats de mon expérience, je n'y suis point suffisamment autorisé ; j'applique simplement ici les notions plus exactes que nous possédons aujourd'hui sur l'évolution des exsudations inflammatoires. Voyons en effet ce qui se passe lorsque la résolution succède à l'hépatisation rouge : les produits morbides, qui étaient restés solides jusqu'à ce moment, se liquéfient alors ; cette liquéfaction est facilitée par une exhalation séreuse qui concourt par sa présence à désagréger, à diluer, si je puis ainsi dire, les éléments concrets de l'exsudat. C'est là dans le travail de la résolution, une première, une indispensable période ; elle est suivie de l'élimination proprement dite, qui a pour effet de restituer au parenchyme ses conditions normales. Or les produits phlegmasiques ainsi préparés sont

Vous connaissez l'état du poumon enflammé. Il passe à l'hépatisation; une portion de l'organe devient imperméable; au lieu d'être molle, élastique, crépitante, spongieuse, elle se solidifie, elle perd son élasticité; elle devient, en un mot, semblable au foie, dont le nom a été justement choisi pour dénommer cette lésion. Or le stéthoscope nous a révélé un fait des plus curieux: des parties plus ou moins étendues des poumons peuvent être solidifiées, et tellement altérées dans leur texture, que le retour à l'état normal semble complètement impossible; et pourtant nous savons aujourd'hui que, dans de telles conditions, le malade peut revenir néanmoins à une santé parfaite.

Si vous lisez les admirables travaux de Laennec sur la pneumonie, et d'autres ouvrages sur le même sujet, vous verrez que la résolution de la phlegmasie du poumon est indiquée par des crachats particuliers, et par le retour du râle crépitant. Vous savez tous que ce râle se montre avant l'hépatisation, qu'il disparaît lorsque celle-ci est complète, et qu'il se fait entendre de nouveau lorsque commence la résolution. C'est ce dernier rhonchus qui a été appelé par Laennec, *crepitus redux*.

Certains caractères distinguent le râle de retour de celui du début: le premier a des bulles plus grosses et plus humides; il est entendu pendant toute la durée de l'inspiration; on le perçoit aussi, quoiqu'à un plus faible degré, pendant l'expiration. Au début de la pneumonie, la première partie de l'inspiration est pure, le râle n'apparaît qu'à la fin du mouvement inspiratoire, les bulles en sont extrêmement fines, elles ont un caractère de sécheresse très-prononcé. La nature opère la résolution de la pneumonie, non-seulement par l'ab-

entraînés au dehors par deux voies bien distinctes; une partie est directement emportée par l'expectoration; l'autre partie est résorbée, pour être éliminée par les organes sécréteurs, notamment par les reins. C'est alors en effet que l'on voit apparaître dans l'urine ces sédiments auxquels les anciens attachaient à bon droit une si grande importance; ces dépôts étaient pour eux le signe d'une bonne coction, ils sont aujourd'hui pour nous l'indice du travail salutaire qui rend au poumon sa souplesse et sa perméabilité.

Les choses étant ainsi, il devient très-facile de concevoir pourquoi l'absence d'expectoration dans la pneumonie est un symptôme fâcheux; une des voies de l'évacuation des matériaux exsudés est alors supprimée, l'absorption et la sécrétion consécutive doivent faire tous les frais du travail éliminateur, par conséquent ce symptôme nous annonce, comme je le disais plus haut, une durée plus longue du processus morbide et une résolution plus difficile. Ainsi se trouve démontrée la doctrine traditionnelle, et cette démonstration est une déduction naturelle et légitime de nos connaissances actuelles sur la pathogénie et l'évolution des produits morbides. L'idée est la même, l'expression seule a changé.

(Note du Trad.)

sorption des éléments que le processus morbide a déposés dans le parenchyme pulmonaire, mais aussi par une sécrétion qui se fait à l'intérieur des cellules aériennes et des petites bronches; c'est la présence de cette sécrétion qui produit le râle crépitant de retour. Or, les remarques que je vous ai faites sur l'absence totale de l'expectoration dans certaines pneumonies, trouvent ici leur application; dans ces cas, en effet, vous ne pouvez pas avoir de *crepitus* de retour.

Ainsi, chez Mary Nowlan dont je vous parlais tout à l'heure, la résolution de l'inflammation pulmonaire a eu lieu sans que nous ayons entendu le plus léger râle. Il n'est point indispensable, pour la résolution de l'hépatisation, qu'il se fasse une hypersécrétion dans les canaux bronchiques au moment où la nature est occupée à reprendre par l'absorption les matières déposées dans le parenchyme. Le plus souvent, il est vrai, ces matières sont éliminées et par la voie de l'absorption et par la voie de l'excrétion. Mais dans quelques cas le travail de l'absorption interstitielle suffit à lui seul pour atteindre le but, et les faits que je vous ai rapportés le prouvent jusqu'à l'évidence. Je dois ajouter, toutefois, que de pareils faits sont rares, et que la résolution se fait alors beaucoup plus lentement que lorsqu'il existe une expectoration facile.

Vous savez, messieurs, qu'un des traits les plus caractéristiques de la pneumonie est sa complication avec la pleurésie. Nous avons vu plusieurs cas de phlegmasie du poumon compliquée de l'inflammation de sa membrane d'enveloppe, mais je n'ai pas souvenance que nous ayons observé un seul exemple de pleurésie ou de pneumonie pure. Chez ce malade, atteint de pleuro-pneumonie, que nous avons actuellement dans nos salles, l'inflammation a envahi tout d'abord la partie supérieure du poumon droit, et cela est d'autant plus remarquable, que la pneumonie débute ordinairement par le lobe inférieur. Ici, néanmoins, la pneumonie et la pleurésie étaient localisées toutes deux au sommet de la poitrine; chacune d'elles avait à peu près la même étendue; l'inflammation du parenchyme correspondait exactement à celle de la séreuse. Quelque temps après l'arrivée de ce malade, nous constatons que la lésion suivait une marche progressive; mais elle présentait dans son extension une particularité vraiment curieuse: l'inflammation pleurale du sommet se limitait, et cessait de s'étendre; mais l'inflammation du poumon se propageait en bas et en arrière, de sorte qu'au bout de deux ou trois jours, nous avions une pleuro-pneumonie dans la partie supérieure de la poitrine, et une pneumonie

simple, sans complication de pleurésie, dans la région postéro-inférieure du poumon.

Il arrive souvent que, dans la pleuro-pneumonie, l'inflammation du parenchyme gagne du terrain en dépit de tous nos efforts, tandis que la pleurésie reste stationnaire. Souvenez-vous donc que les phlegmasies de la plèvre ne présentent jamais cette tendance à la généralisation qui appartient à la pneumonie ; lorsque l'enveloppe séreuse de l'organe s'enflamme, l'étendue complète de la lésion est déterminée au bout de vingt-quatre heures ; il en sera tout autrement dans l'inflammation du poumon ; la lésion peut être limitée d'abord à quelques points isolés, mais elle s'étend progressivement dans toutes les directions, de sorte qu'au bout de peu de jours, elle intéresse une portion considérable du parenchyme. Quelquefois même, ce n'est qu'après un grand nombre de jours que la pneumonie s'arrête dans sa marche envahissante.

Le malade dont je viens de vous entretenir est très-intéressant pour les élèves qui étudient l'auscultation ; on perçoit chez lui de la façon la plus nette tous les signes physiques de la pneumonie simple et de la pleuro-pneumonie. Je n'ai pas à m'arrêter sur ce sujet, mais je vous engage à examiner cet homme avec la plus grande attention.

Il est mort dernièrement dans notre service un individu qui était affecté d'une double pleuro-pneumonie ; cette maladie est presque fatalement mortelle. Chez cet homme, le poumon gauche était enflammé dans la région supérieure et antérieure, le poumon droit était atteint en bas et en arrière ; de sorte que les deux poumons, considérés ensemble, étaient affectés aux deux extrémités opposées de leur diamètre transverse. Ce malade nous est arrivé dans un état de faiblesse extrême, et il était évident pour tout le monde qu'il était perdu. La respiration était pénible et précipitée ; l'oppression et l'anxiété étaient énormes ; une toux incessante déchirait la poitrine de ce malheureux, sa physionomie était altérée par la souffrance ; le pouls était faible et rapide. Le stéthoscope nous montrait que les deux poumons étaient solidifiés dans une grande partie de leur étendue ; cette lésion, l'âge du patient, la prostration des forces vitales, nous interdisaient toute espérance. C'était un pauvre diable appartenant à la plus basse classe de la société ; il avait toujours été mal nourri, mal vêtu, mal logé, et il avait toute sa vie enduré le froid et la fatigue. Il avait été employé à briser des pierres le long d'une route, au prix de quatre pence (40 centimes) par jour. Et avec cette misérable ressource, il s'efforçait encore d'aider sa famille. Incessamment exposé à toutes les intempéries de l'atmosphère, il prit

une pleuro-pneumonie violente ; celle-ci, négligée d'abord, revêtit un caractère des plus sévères, et lorsque ce malheureux entra à l'hôpital, il était malade depuis plusieurs semaines ; il était tombé peu à peu dans la prostration la plus complète, et il n'était capable d'aucune réaction.

Si vous voulez vous faire une juste idée du danger que court un malade atteint de pneumonie, vous ne devez pas tenir compte seulement de l'étendue de la lésion pulmonaire, vous devez avant tout prendre en considération la fréquence de la respiration, et les symptômes asphyxiques. Vous verrez des individus respirer avec facilité, quoiqu'ils aient un poumon tout entier solidifié par l'hépatisation, et vous en verrez d'autres qui, avec une lésion beaucoup moins étendue, sont en proie à toutes les tortures de l'asphyxie.

Je donnais des soins, il y a dix-huit mois, à un jeune homme qui était affecté d'une carnification générale du poumon gauche ; un épanchement pleurétique du même côté avait tellement déplacé le cœur, qu'on le sentait battre sous le sein droit. Cette maladie durait depuis près de quatre mois ; malgré d'aussi fâcheuses conditions, le liquide fut complètement absorbé, le poumon revint peu à peu à un état normal ; bref, la guérison fut complète. Six mois plus tard, je fus mandé de nouveau auprès de ce jeune homme ; il s'était exposé au froid, et il avait été pris d'une pneumonie très-violente ; cette fois-ci la lésion siégeait à droite ; je constatai, par l'auscultation et par la percussion, que la presque totalité du poumon était solidifiée : eh bien ! ce malade ne m'a jamais présenté le moindre symptôme d'asphyxie, la dyspnée était extrêmement légère ; la guérison eut lieu au bout de deux mois.

C'est là, en vérité, une singulière histoire : une année, ce gentleman est pris d'une pleurésie grave, qui amène un épanchement considérable ; celui-ci comprime le poumon au point de lui enlever toute activité fonctionnelle, et de plus il déplace le cœur ; l'année suivante, ce jeune homme est atteint d'une pneumonie qui siége dans l'autre poumon et qui en amène la solidification complète, et cependant il guérit encore. Je n'ai pas besoin de vous dire que le malade est d'une constitution robuste et qu'il ne présente aucune trace de scrofule ; autrement il eût certainement succombé à l'une ou à l'autre de ces attaques. Il demeure à Crumlin, et dans les deux cas, son médecin traitant a été le docteur Adams (de Stephen's-green).

On a bien pu apprécier ici l'utilité du stéthoscope ; non-seulement il nous a révélé la nature et l'étendue de la lésion, mais il nous a fait

connaître le point précis sur lequel nous devons appliquer les sangsues, les vésicatoires, les sétons, etc.

J'ai observé récemment un cas très-intéressant de pleurésie latente. Le malade avait été vu d'abord par mon ancien élève, M. B. Guinness. Un jeune gentleman, d'une constitution délicate, s'étant exposé au froid, fut pris d'une fièvre légère qui avait toutes les apparences d'une fièvre catarrhale; elle céda au bout de cinq ou six jours; mais ce jeune homme resta très-faible. Je le vis le dixième jour; il avait une petite toux, mais il respirait régulièrement, sans dyspnée; il n'avait jamais éprouvé de douleur dans le côté; sauf de la faiblesse et un peu d'insomnie, il n'accusait aucune souffrance. Je ne pourrais vous dire ce qui me porta à percuter sa poitrine, peut-être était-ce tout simplement la force de l'habitude: quoi qu'il en soit, je découvris ainsi un vaste épanchement pleurétique du côté droit. Un traitement convenable amena une guérison complète (1).

Chez un malade que je voyais il y a quelque temps avec sir Henry Marsh, j'ai eu l'occasion d'observer ces pulsations singulières de la poitrine qui accompagnent fréquemment la pneumonie, et que Laennec rapportait à l'impulsion du cœur transmise par le poumon hépatisé (2).

(1) M. le professeur Trousseau a tout particulièrement insisté sur l'absence presque complète de dyspnée qu'on observe dans certaines pleurésies. « Tandis que dans la pleurésie aiguë ordinaire, dit-il, en même temps que la fièvre et les autres phénomènes réactionnels sont très-prononcés, il y a un point de côté violent, une gêne considérable de la respiration; dans l'espèce particulière de pleurésie dont nous parlons, en même temps que la fièvre est presque nulle, le point de côté est à peine sensible, la respiration semble se faire comme d'habitude. Eh bien! fait plus remarquable encore, c'est cette pleurésie en quelque sorte latente qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs. Les troubles que ces épanchements devraient entraîner sont, je le répète, si insignifiants en apparence, que les malades ne réclament que très-tard les secours du médecin, et que celui-ci ne peut arriver au diagnostic qu'au moyen des signes fournis par la percussion et par l'auscultation. »

La connaissance de ces pleurésies sans gêne notable de la respiration est d'une extrême importance, car elle nous montre le danger qu'il y aurait à faire de la dyspnée l'indication principale de la thoracentèse. M. Trousseau a eu soin de combattre cette erreur, et il a montré que c'est l'étendue de l'épanchement qu'il faut avant toute autre chose prendre en considération. (*Loc. cit.*, 1, p. 620.)

Bien que le point de côté soit beaucoup plus constant dans la pleurésie que dans l'inflammation du poumon, cependant il peut manquer aussi bien que la dyspnée: « Pleuritis ritides frequenter sunt occultæ quia indolentes, unde gravissimi errores in praxi succedunt. » (Baglivi, *De praxi medica*, lib. 1, c. IX.) (Note du TRAD.)

(2) J'ai relu attentivement l'histoire de la péricardite dans l'ouvrage de Laennec

Or, cette explication ne me semble pas complètement satisfaisante. Et d'abord, le battement est trop fort pour qu'on puisse lui attribuer cette cause. Ainsi, chez le rév. M..., la pulsation était aussi violente au niveau du sein droit et même plus en dehors, qu'au niveau de la région précordiale. Si cette pulsation dépendait de la transmission du choc cardiaque par un corps solide, sa force, en un point quelconque, devrait être inversement proportionnelle à la distance du cœur. C'est ainsi qu'un homme qui porte une grosse enclume sur sa poitrine, ressent à peine un léger choc lorsqu'on frappe sur cette enclume avec un marteau à deux mains. Mais, chez mon malade, la pulsation occupait toute la région antérieure du poumon droit, ce qui est déjà assez loin du cœur, surtout chez un homme à poitrine bien développée; et cependant, en bien des points, la force de la pulsation était aussi grande qu'au niveau même de la région cardiaque; conséquemment, on ne peut pas voir dans ce phénomène une simple propagation du choc du cœur.

D'une autre part, il n'est point aisé de concevoir comment l'impulsion du cœur, transmise à travers le poumon, peut mettre cet organe

(3^e édit., 1837), et je n'ai rien trouvé qui se rapporte à ces pulsations singulières du poumon. Dans une autre partie de son livre, l'auteur, étudiant l'étendue des battements du cœur, a simplement écrit ceci: Un poumon hépatisé ou fortement comprimé par un épanchement séreux ou séro-purulent transmet les battements du cœur avec plus de force que celui qui est sain et perméable à l'air. Il fait remarquer en même temps dans une note, que les excavations tuberculeuses et le pneumothorax transmettent plutôt le bruit que l'impulsion du cœur, tandis que l'endurcissement du poumon par la péricardite ou sa compression par un épanchement liquide, favorise plutôt la propagation de l'impulsion que la transmission du bruit. Dans l'hypothèse d'une hépatisation du poumon, l'explication de Laennec est inattaquable; l'étendue normale des battements du cœur est modifiée dans ce cas; il y a là un simple fait de transmission. Mais le phénomène signalé par Graves est tout autre; il ne s'agit plus du renforcement d'un bruit ou d'une impulsion, il s'agit d'un véritable mouvement communiqué à la paroi thoracique; d'ailleurs on verra plus loin que ces pulsations ont été vues dans la première période de la pneumonie, c'est-à-dire avant l'hépatisation. Les deux ordres de faits ne sont donc point comparables, et le reproche adressé à Laennec par le médecin de Dublin me paraît tomber de lui-même. Du reste, le phénomène qu'il signale ici doit être extrêmement rare, si j'en juge d'après le silence de la plupart des auteurs. Toutefois Skoda a signalé ces impulsions isochrones aux battements du cœur, et il donne de ce fait une explication fort analogue, pour ne pas dire identique, à celle de Graves: « On ne saurait douter, dit-il, que l'impulsion que l'on perçoit au niveau d'un poumon hépatisé ou d'un poumon infiltré de tubercules, est causée par le battement des artères qui traversent le poumon. » (*Traité de percussion et d'auscultation*, traduction d'Aran, p. 341. Paris, 1854.) (Note du TRAD.)