

en mouvement; remarquez d'ailleurs qu'il ne s'agit point ici d'un mouvement simple : c'est un mouvement de pulsation contre la paroi thoracique; celle-ci bat distinctement contre le stéthoscope, elle soulève à chaque fois la main ou l'oreille de l'observateur, et l'on a parfaitement conscience que ce battement est produit, non pas par un corps solide qui se meut latéralement (ainsi que cela aurait lieu pour le poumon droit hépatisé, déplacé par le choc du cœur), mais par une force impulsive qui fait effort dans toutes les directions, comme si l'on avait sous l'oreille les pulsations d'un anévrisme. En fait, ces battements de la poitrine ont la plus grande analogie avec les pulsations anévrysmales; ils sont seulement un peu plus diffus, et n'ont pas la même force dans tout l'espace qu'ils occupent.

Quelle est donc la cause de ce singulier phénomène? Pour résoudre cette question, il nous faut tenir compte des modifications physiques que l'inflammation avait déterminées dans le poumon. Le tissu pulmonaire était solide; car il n'existait ni respiration bronchique, ni bronchophonie (1); mais il était gorgé de sang, et, au lieu de présenter cette texture légère et spongieuse qu'il doit à ses innombrables cellules aériennes, il offrait sans aucun doute cette injection, cette obstruction générale que Bayle et Laennec ont appelée *engorgement*. Dans cet état d'engorgement, de mollesse, de semi-fluidité, il n'est pas étonnant que le poumon, qui est uni au cœur par des vaisseaux considérables, présente des pulsations presque aussi fortes que celles d'un anévrisme. Vous savez que le cerveau bat (*pulsates*) à chaque contraction du cœur, que les tumeurs fongueuses et encéphaloïdes des membres et du

(1) Le texte porte: *The pulmonary tissue was solid*; il n'y a donc pas d'erreur possible dans la traduction; et cependant nous trouvons ici deux assertions absolument contradictoires; l'absence de respiration bronchique et de bronchophonie n'est pas conciliable avec la solidification du tissu pulmonaire; mais cette contradiction n'est que dans la forme. Il est évident en effet que l'expression de Graves n'est point en rapport avec sa pensée: le poumon solide, lorsqu'il s'agit de pneumonie, n'est autre chose que le poumon hépatisé, et l'auteur nous décrit les altérations de la période congestive; il a même soin de rappeler que cet état du tissu pulmonaire a reçu de Bayle et de Laennec le nom d'engorgement. Voilà qui explique parfaitement l'absence de respiration bronchique, etc. Cette considération et la présence de la conjonction *car* (*for*) qui commence la seconde partie de la phrase m'autorisent, ce me semble, à admettre ici une erreur typographique; je pense qu'une négation a été omise, et qu'il faut lire: le tissu pulmonaire *n'était pas* solide, car il n'existait ni respiration bronchique, ni bronchophonie. Ainsi rétablie, la phrase devient intelligible, et elle exprime un rapport parfaitement exact.

tronc donnent lieu quelquefois à des pulsations si nettes et si fortes, que le chirurgien peut se tromper sur leur véritable nature, et les prendre pour des tumeurs anévrysmatiques.

Lorsque le travail inflammatoire est plus avancé, et que le poumon est converti en une masse dense et solide, chacune des impulsions du cœur est sentie et entendue sur une grande surface. C'est ce qui a lieu, par exemple, dans les cas de *solidification tuberculeuse*, et le docteur Townsend a présenté sur ce point des observations pleines de justesse; mais dans aucun de ces cas, l'observateur ne sera tenté de comparer ce soulèvement de la paroi thoracique à la pulsation d'un anévrisme. Ces pulsations, ces battements du poumon enflammé, indiquent constamment une affection violente et redoutable: alors, en effet, l'action du cœur est grandement excitée, et il est ordinairement très-difficile de la ramener à ses conditions normales. Dans ces circonstances, l'impulsion est assez augmentée pour produire des battements, non-seulement dans le poumon enflammé auquel le cœur est uni par des vaisseaux énormes, mais encore dans les veines superficielles des extrémités; ce fait démontre la justesse de l'explication que je vous ai donnée sur le mode de production de ces pulsations pulmonaires. Chez un malade atteint de pneumonie, que je voyais avec M. Collis, l'action du cœur était extrêmement puissante, et l'on percevait dans toutes les veines de la partie postérieure de la tête, une pulsation distincte, isochrone à chaque battement cardiaque. Sir Philip Crampton a été témoin de ce fait intéressant.

Chez le malade dont je vous ai parlé d'abord, et que je voyais avec sir Henry Marsh, nous avons constaté un phénomène étrange qui a vivement excité notre attention: nous entendions non-seulement au niveau du cœur, mais sur toute la région antérieure de la poitrine, un bruit de soufflet parfaitement net et très-éclatant. Ce bruit n'existait ni dans les artères sous-clavières, ni dans les carotides; sir Henry Marsh, qui avait suivi le malade avec le plus grand soin dès le début, était parfaitement certain de n'avoir rien entendu de pareil pendant les premiers jours; le bruit de soufflet n'apparut que lorsqu'il y eut une matité absolue et une absence complète du murmure respiratoire au niveau de la portion inférieure du poumon; le bruit augmenta en intensité à mesure que l'inflammation envahit la partie supérieure du poumon droit. Ce symptôme insolite nous causa de vives inquiétudes; il nous faisait craindre que l'inflammation ne se fût étendue au cœur et aux gros vaisseaux, complication qui nous eût enlevé toute espérance. En



raison même de cette appréhension, nous avons observé ce symptôme avec la plus grande sollicitude. Pendant plusieurs jours, il persista dans toute son intensité; mais lorsque l'auscultation ainsi que les phénomènes généraux nous révélèrent le déclin de l'inflammation pulmonaire, alors le bruit de soufflet devint graduellement moins violent et moins éclatant, et dans l'espace de quatre jours il disparut complètement.

Laissant à d'autres le soin d'expliquer ce phénomène remarquable, je me bornerai pour le moment à vous dire que les souffles cardiaques sont rares dans la pneumonie; ils n'ont pas été mentionnés par Laennec, et même il paraît ressortir d'une de ses propositions, qu'il ne connaissait pas la possibilité de leur production dans ces circonstances. Voici ce qu'il dit, en effet, en parlant du bruit de soufflet cardiaque: « D'autre part, nous ne l'avons jamais rencontré dans l'excitation fébrile franche, à moins que l'individu ne fût en même temps extrêmement nerveux. » Or, dans le fait que je viens de vous citer, le souffle n'était point lié à l'état du système nerveux; il était bien évidemment sous la dépendance de la lésion inflammatoire du poumon; car son intensité a toujours été exactement proportionnelle à la violence de la phlegmasie (1).

Voyons maintenant les indications de la saignée dans la pneumonie. Cette maladie sévit en ce moment comme une véritable épidémie; pendant le mois dernier, il ne s'est pas écoulé de semaine que nous n'ayons eu quatre ou cinq cas de pneumonie franche. Un de ces malades est mort; il avait une hépatisation de la totalité du poumon gauche; dès le début, nous avons porté un pronostic funeste. Pour les autres malades, nous avons été plus heureux; quelques-uns sont

(1) Si l'existence des souffles cardiaques est rare dans l'excitation fébrile franche, il n'en est point ainsi dans les maladies fébriles avec tendance à l'adynamie. W. Stokes, qui a fait une étude approfondie de l'état du cœur dans les fièvres, rapporte l'observation d'un certain nombre de malades qui ont présenté un souffle systolique pendant le cours du typhus fever.

Le malade de Graves paraît avoir été atteint d'une pneumonie franche, et la production d'un souffle cardiaque est exceptionnelle dans de telles circonstances. Quant à la perception de ce souffle au niveau de la région antérieure droite du thorax, il y a là vraisemblablement un simple phénomène de transmission; le bruit était propagé et renforcé par le poumon solidifié; la disparition du souffle au moment même où l'hépatisation entra en résolution, est un puissant argument en faveur de cette interprétation.

W. Stokes, *Diseases of the heart and the aorta*. Dublin, 1854. (Note du Trad.)

aujourd'hui en pleine convalescence, les autres ont quitté l'hôpital parfaitement guéris. Chez tous, nous avons employé la saignée; mais aucun d'eux n'a été saigné largement. En général, deux saignées de 12 onces (384 gram.) étaient suffisantes; dans quelques cas, nous avons tiré jusqu'à 36 onces de sang; mais il est très-rare que, dans le cours d'une pneumonie, j'aie été obligé d'extraire par la veine plus de 50 onces de sang. Souvenez-vous bien de ce fait; vous entendrez dire à beaucoup de médecins qu'il est indispensable de pratiquer des saignées beaucoup plus abondantes; vous les entendrez se vanter d'avoir tiré 40, 50, et même 60 onces de sang, en une ou deux émissions sanguines. Cet emploi *héroïque* de la lancette est le plus souvent contre-indiqué dans la pneumonie, et il révèle un manque de tact chez le praticien; et d'ailleurs, si le médecin était suffisamment renseigné sur l'action des autres moyens thérapeutiques, il n'aurait pas exclusivement recours à la saignée. Quelle que soit, à cet égard, l'opinion de certaines personnes peu réfléchies, je vous dirai qu'il est extrêmement important de guérir une maladie, en soustrayant au malade le moins de sang possible; vous pouvez être sûrs que chaque once de sang normal que vous enlevez est promptement remplacée par deux onces de liquide d'une qualité bien inférieure (*very far inferior in quality*). Les individus qui ont été profondément débilités par une maladie sont dans de très-mauvaises conditions pour recouvrer la santé, et une convalescence prolongée est toujours dangereuse; dès lors, il est de toute évidence que le médecin doit s'efforcer de guérir un malade, sans lui enlever ses moyens de résistance, sans le priver de son sang.

Souvenez-vous donc, messieurs, que vous pouvez guérir une pneumonie au moyen de saignées modérées, et sans plonger votre malade dans une prostration pleine de périls. Loin de moi la pensée de blâmer les émissions sanguines; cette pratique a pour elle la sanction irrévo- cable du temps et de l'expérience; je me borne ici à exprimer un doute, et je me demande si la pneumonie est une maladie qui exige impérieusement l'emploi *héroïque* de la lancette. Je crois qu'un homme atteint de bronchite grave doit subir une déplétion sanguine presque double de celle qui est nécessaire pour triompher d'une pneumonie franche.

Il va sans dire que, dans les affections pulmonaires, nous adoptons différents modes de traitement, selon les conditions diverses de nos malades. Nous voyons souvent que l'inflammation du poumon peut



être enrayée en un espace de temps très-court ; de même la bronchite peut être coupée en vingt-quatre heures. Si vous avez la chance d'assister au début de la maladie, vous pouvez en arrêter la marche ; ce moment passé, tout ce que vous pouvez faire, c'est de la conduire à bonne fin à travers ses phases successives. Un individu entre à l'hôpital ; il est malade depuis huit jours, peut-être depuis plus longtemps ; une partie du poumon est à la période congestive de la pneumonie ; sur un autre point, l'hépatisation est faite. Vous ne pouvez prétendre triompher en un jour de cette affection. Dans ces conditions, vous pouvez être contraints de saigner, mais vous pouvez parfaitement ne tirer qu'une quantité modérée de sang ; vous avez une autre arme : c'est le tartre stibié (1). Je n'insiste pas sur ce médicament ; vous con-

(1) Sans connaître les expériences qui se faisaient à cette époque dans quelques hôpitaux d'Allemagne, Graves était arrivé par l'observation clinique seule à rejeter comme inutiles et dangereuses les saignées abondantes que l'on pratiquait encore de son temps dans la pneumonie. A ce seul titre, ce passage est déjà extrêmement remarquable, mais il acquiert plus d'intérêt encore au point de vue de l'histoire de la pratique médicale contemporaine ; il est en effet l'indice d'une période de transition, et il nous démontre que la révolution qui s'est faite depuis quelques années dans la thérapeutique, s'est accomplie lentement et progressivement ; or la constatation de ce fait est d'une haute importance ; car, si la transformation, loin de s'opérer brusquement, a présenté dans sa marche graduelle plusieurs phases successives, c'est qu'elle a été le résultat d'une étude plus attentive des faits, et de notions plus exactes sur la marche naturelle des phlegmasies ; il y a donc là pour la doctrine nouvelle une puissante garantie de vérité.

Je ne puis songer à aborder ici dans tous ses détails la question de l'indication de la saignée dans les phlegmasies, mais je veux au moins rappeler quelques faits, et exposer quelques considérations qui me paraissent restreindre à certains cas exceptionnels l'opportunité des émissions sanguines générales dans la pneumonie franche.

A deux années de distance, Balfour, en Angleterre, et Dietsch, en Allemagne, ont montré, en s'appuyant sur des relevés statistiques, le danger des saignées dans l'inflammation du poumon ; un peu plus tard, Alison faisait connaître les résultats de son observation, et il confirmait ainsi les travaux de ses devanciers ; à la même époque, Bennett (d'Édimbourg) soumettait cette importante question à une étude approfondie : comparant et groupant les résultats fournis par les auteurs précédents, par M. Louis, par M. Grisolle, par M. Bouillaud et par sa propre pratique, il arrivait à cette conclusion : La mortalité qui s'élève à la proportion de 1 sur 3 lorsque la pneumonie est traitée par les saignées, tombe à 1 sur 7 lorsque la maladie est combattue par le tartre émétique, à 1 sur 13, d'après Dietsch, si l'on emploie l'expectation pure, et s'est abaissée au chiffre de 1 sur 26 dans l'infirmerie royale d'Édimbourg, sous l'influence d'un traitement rationnel d'où sont exclues les émissions sanguines. Dès lors l'élan est donné, partout on se met à l'œuvre, on étudie de plus près la marche naturelle de la pneumonie, les faits deviennent de jour en jour plus nombreux, les résultats de l'observa-

naissez tous cette méthode de traitement, vous savez les règles qui doivent vous servir de guides. S'il existe une inflammation de l'estomac et des intestins, vous devez vous abstenir de l'émétique, sous peine d'aggraver les accidents intestinaux et d'affecter gravement le tube digestif. Donnez alors le calomel. Si l'on me demandait quel médicament j'emploierais de préférence, lorsqu'une hépatite vient compliquer la pneumonie, je répondrais, sans hésiter, le calomel. Dans ce cas-là, je le mets bien au-dessus de l'émétique, lors même que ce dernier serait bien supporté par l'estomac : le calomel est un agent précieux, et ses propriétés antiphlogistiques sont bien connues. Plus la durée de la pneumonie se prolonge, moins nous pouvons compter sur le tartre stibié ; en conséquence, dans bon nombre de ces cas, où l'hépatisa-

tion sont confirmés par l'étude de la lésion elle-même, bientôt la transformation est complète, et la doctrine nouvelle fait de nombreux prosélytes en France, en Angleterre, en Allemagne, et dans les deux Amériques.

Pour moi, si quelque chose m'étonne dans cette histoire, c'est que cette modification, je devrais dire cette réforme, se soit fait si longtemps attendre ; car il me semble que l'inutilité de la saignée dans la pneumonie devait sauter aux yeux, dès l'instant où l'on se demanderait sérieusement et sans idée préconçue : Quels effets peut avoir la soustraction d'une certaine quantité de sang au point de vue de la résolution de la phlegmasie ? Je conçois très-bien que l'emploi de la saignée ait prévalu aussi longtemps qu'on n'a eu que des notions plus ou moins vagues sur les caractères de l'inflammation pulmonaire, aussi longtemps que, sans autre indication précise, on a dirigé les émissions sanguines contre un molimen inflammatoire, ou une diathèse de stimulus plus ou moins hypothétique ; mais ce que je comprends beaucoup moins aisément, c'est que la saignée, en tant que méthode générale de traitement de la pneumonie, n'ait pas été abandonnée, dès que l'évolution naturelle de la lésion a été mieux connue. Il ne s'agit point en effet de se payer de mots, la chose vaut assurément la peine d'être examinée de près.

Eh bien ! je laisse pour un instant *le malade* de côté, je vais même plus loin, et, pour ne rien enlever de sa valeur à mon argumentation, j'abandonne également la notion de *maladie*, et je concentre toute mon attention sur *la lésion* pulmonaire. Soit donc une hépatisation rouge : une exsudation albumino-fibrineuse a envahi tous les éléments du parenchyme sur une étendue plus ou moins considérable ; cette exsudation s'est solidifiée, elle a enlevé au poumon son élasticité, sa souplesse, et surtout sa perméabilité ; elle a annihilé, au point de vue de la fonction, une certaine portion de l'organe de l'hématose. Dans de telles conditions, que faut-il pour que la guérison ait lieu ? Il faut que l'exsudat disparaisse. Que peut la saignée pour favoriser cette disparition ? C'est ce que je dois examiner maintenant. La soustraction d'une certaine quantité de sang, a-t-on dit, rend l'absorption plus active, et, partant, facilite l'élimination des produits morbides : tel est en réalité le seul argument qui ait été proposé ; je ne crains pas de dire qu'il n'est que spécieux ; on a oublié que la disparition de l'exsudat est nécessairement précédée de sa liquéfaction (voy. la note de la page 55) ; on a



tion est bien nettement établie, nous donnons la préférence au calomel; nous l'administrons à petites doses, mais nous en continuons l'usage jusqu'à ce que la bouche soit légèrement touchée.

Les abcès du poumon sont regardés comme une terminaison rare de la pneumonie; de plus, on leur attribue une signification pronostique des plus fâcheuses. Les faits que je vais vous rapporter vous prouveront que des malades peuvent guérir, après avoir présenté certains signes stéthoscopiques auxquels on accorde une valeur décisive; ils vous montreront que vous ne devez point vous guider uniquement d'après les signes physiques, et que vous ne devez point vous hâter de porter un pronostic mortel, par cela seul que l'auscultation vous a révélé quelque lésion pulmonaire très-étendue. Ces observations dé-

oublie que l'agent principal de cette liquéfaction est une exhalation séreuse qui se fait à travers les vaisseaux de la partie enflammée; on a oublié enfin que cette transformation régressive de l'exsudat n'est pas l'œuvre d'un jour, et qu'elle exige forcément un certain temps. En conséquence, bien que de nombreuses expériences aient démontré que les saignées répétées rendent l'absorption plus active, cette conclusion n'est pas applicable au cas particulier dont il s'agit ici; l'absorption des produits de l'inflammation doit être précédée de leur liquéfaction, et les émissions sanguines n'ont sur cette dernière aucune espèce d'influence. Ainsi, même lorsqu'on se place au point de vue exclusif de l'anatomie pathologique, lorsqu'on ne tient compte que de la lésion, rien ne prouve la nécessité de la saignée, rien ne vient en démontrer l'utilité. Cette conclusion négative sera bien plus justifiée encore, si nous nous élevons au-dessus de ces considérations purement anatomiques, et si nous venons à songer au malade: c'est lui en effet qui doit faire les frais de sa guérison, et le médecin ne peut raisonnablement se proposer d'autre but que celui-ci: mettre son malade dans des conditions telles qu'il puisse accomplir le travail anormal qui lui est imposé, ou si l'on aime mieux, veiller à ce que le malade puisse traverser heureusement les phases successives qui constituent l'évolution naturelle de sa maladie. Or, comme cette évolution exige un certain temps, comme pendant ce temps les mouvements nutritifs sont suspendus ou accomplis aux dépens de l'organisme, je ne pense pas que le meilleur moyen de conduire la maladie à bonne fin, soit d'enlever au malade les matériaux de sa résistance. N'oublions jamais un précepte qui doit dominer toute la thérapeutique: il faut un certain degré de force pour résoudre une phlegmasie (Kaltenbrunner). En résumé, soit que j'envisage uniquement la lésion inflammatoire, soit que je prenne en considération la maladie et le malade, je suis conduit à reconnaître que la saignée n'est point indiquée dans le traitement de la pneumonie.

J'ai parlé plus haut de cas exceptionnels: je crois qu'on peut les diviser en deux groupes. Les faits du premier ordre sont signalés par Graves. « Si vous avez le bonheur d'assister au début de la maladie, dit-il, vous pouvez en arrêter la marche. » Tant que l'on n'a affaire qu'à la fluxion congestive qui précède l'exsudation, il se peut en effet que la saignée, en diminuant la quantité totale du sang, triomphe de l'hypérémie pul-

montrent que la guérison peut encore avoir lieu, après qu'il s'est formé de vastes abcès dans les poumons; elles prouvent en outre que des abcès pulmonaires, bien circonscrits, sont plus fréquents que ne semblent le croire Laennec et ses disciples. Il est vrai de dire, toutefois, que, lorsque la suppuration s'empare du tissu du poumon, la nature dispose toutes choses pour que le pus, ainsi formé, soit promptement éliminé ou facilement absorbé.

La structure toute spéciale du parenchyme pulmonaire, les rapports qu'il présente avec les cellules aériennes et avec les petites bronches, permettent d'arriver facilement à ce but; il suffit, pour cela, que le

monaire, et prévienne ainsi le développement ultérieur des accidents, en en supprimant la cause instrumentale.

Je rapprocherais volontiers cette action de la saignée de l'effet qu'elle produit dans l'hémorrhagie cérébrale: pratiquées à temps, les émissions sanguines peuvent être utiles pour dissiper le *molimen hæmorrhagicum*, et prévenir la rupture des vaisseaux; mais, une fois l'épanchement formé, elles n'ont aucune influence sur lui.

Qu'on réfléchisse maintenant combien il est rare d'assister au début de la pneumonie franche, et l'on conviendra avec moi que, si cette indication de la saignée est rationnelle, elle est par contre extrêmement restreinte.

Dans d'autres cas, les émissions sanguines sont impérieusement indiquées, bien que le poumon soit déjà hépatisé: il arrive parfois en effet qu'avec une hépatisation d'une étendue médiocre, il existe une congestion généralisée; alors la diminution du champ de l'hématose est si considérable que l'on voit apparaître les symptômes les plus alarmants; l'asphyxie est imminente, et le malade va succomber, si l'on ne vient promptement à son secours. La saignée, en faisant disparaître l'élément congestif, peut être ici d'une grande utilité, quoiqu'elle ne modifie en rien l'hépatisation; délivré de l'accident qui le menaçait d'un péril immédiat, le malade se retrouve dans des conditions qui lui permettent d'attendre la guérison, et la maladie reprend dès lors ses allures naturelles.

Balfour, *Edinburgh med. and surg. journal*, 1847.

Diell, *Der Aderlass in der Lungenentzündung*. Wien, 1849.

Alison, *Edinburgh med. and surg. journal*, 1856.

Bennett, *Clinical lectures on the principles and practice of medicine*. Edinburgh, 1859.

Rokitansky, *Lehrbuch der path. Anat.* Wien, 1859.

Comparez:

R. B. Todd, *Clinical lectures*. London, 1860.

Handfield Jones, *A record of thirty-two cases of pneumonia (Medico-chirurg. Review, 1861)*.

Austin Flint, *Clinical report of pneumonia, based on an analysis of 133 cases (North American med.-chir. Review, 1861)*.

Austin Flint, *On the treatment of pneumonia (American medic. Times, 1861)*.

(Note du Trad.)



liquide purulent qui résulte du travail inflammatoire, occupe une position telle qu'il puisse être aisément évacué par les canaux bronchiques, ou absorbé par le tissu même du poumon. Dans les autres organes, il n'existe pas une voie d'élimination aussi facile; aussi, ce que la nature peut faire de mieux, c'est de rassembler le pus dans la cavité d'un abcès circonscrit, qui se frayera peu à peu une route jusqu'à l'extérieur. Il résulte de là que, dans la plupart des organes, la collection du pus en abcès est le procédé habituel d'évacuation, tandis que la suppuration diffuse est l'exception; mais pour les poumons, c'est la proposition inverse qui est vraie; la suppuration diffuse est la règle, la formation d'un abcès circonscrit est l'exception. Les considérations que je viens de vous présenter ont été parfaitement discutées par le docteur Stokes, dans son admirable travail sur les affections pulmonaires; mais, à l'époque où il écrivait, ni lui ni moi ne connaissions la fréquence des vastes abcès du poumon; nous avons été éclairés sur ce point par des observations ultérieures.

Obs. I. — En 1837, je fus mandé à Rathmines pour voir un enfant qui présentait les symptômes que voici: depuis plusieurs semaines, il avait de la toux, de la dyspnée, une expectoration sanguinolente et de la fièvre; il maigrissait, et il avait des sueurs nocturnes; lorsque je le vis, le pouls était extrêmement rapide, la respiration était précipitée et difficile; l'aspect du malade donnait l'idée d'une dissolution prochaine.

Le côté droit de la poitrine, surtout dans la région sous-claviculaire, était mat à la percussion; à chaque accès de toux, on entendait le gargouillement d'un liquide contenu dans une vaste cavité; ce gargouillement était si bruyant, qu'il n'était pas nécessaire de recourir au stéthoscope pour l'entendre. Du reste, il était impossible de pratiquer un examen complet des conditions physiques de la poitrine; car, chaque fois que le malade toussait, il rendait par la bouche une quantité considérable de pus, mêlé de sang; ce liquide était d'une si horrible fétidité, que je fus pris de nausées, et que je ne pus rester au delà de quelques minutes dans la chambre; elle était complètement infectée par cette odeur abominable. Je déclarai immédiatement que l'enfant était perdu, et je me bornai à prescrire quelques palliatifs. Quelques mois plus tard, je fus bien surpris de revoir ce garçon avec toutes les apparences de la santé; il servait d'aide à son père qui était tavernier. Depuis lors, il a achevé sa croissance; c'est aujourd'hui un jeune homme d'une force moyenne; il se porte très-bien, et il

n'éprouve d'autre incommodité qu'une certaine brièveté de la respiration; encore n'en est-il gêné que lorsqu'il fait quelque exercice un peu fatigant. Il existe une dépression évidente au-dessous de la clavicule droite.

Obs. II. — Pendant l'été de l'année 1839, sir Philip Crampton me conduisit à l'hôtel de Shelbourne; il voulait me montrer un garçon de douze ans qui avait été au collège en France, et qui avait été pris, au printemps précédent, d'un refroidissement dont il souffrait encore actuellement. La maladie n'avait pas été traitée avec beaucoup de soin, ou pour mieux dire on n'avait fait aucun traitement jusqu'au jour où l'amaigrissement avait été très-prononcé, et où la constitution avait été menacée par les progrès du mal. Alors seulement, on avait écrit au père, qui s'était rendu en France en toute hâte; à son arrivée, il apprit qu'un médecin distingué avait déclaré qu'il s'agissait d'une phthisie à son dernier période, et qu'il n'y avait plus aucun espoir. L'enfant fut ramené en Irlande à petites journées; et, quoique ce voyage se fit avec la plus grande circonspection, le malheureux père eut plus d'une fois à craindre de voir son fils expirer pendant la route. *La maladie avait été si insidieuse à son début, elle avait eu une marche si invariablement progressive, elle était arrivée à une gravité telle, qu'on ne pouvait véritablement concevoir aucune espérance.* Les signes physiques et l'état général étaient les mêmes que dans le cas précédent; l'expectoration n'était cependant ni aussi abondante, ni aussi fétide. Comme chez l'autre enfant, un seul poumon était atteint. Les parents avaient le plus grand désir d'emmener leur enfant à la campagne; sir Philip Crampton et moi, nous hésitions beaucoup à permettre ce déplacement, tant le danger nous paraissait imminent. Quoique bien et dûment prévenus, les parents mirent leur projet à exécution: cinq mois plus tard, j'apprenais avec la plus profonde stupéfaction que l'enfant avait parfaitement guéri, et qu'il chassait dans le comté de Tipperary.

L'histoire de la maladie et sa terminaison inespérée prouvent que ces deux garçons ont été atteints d'une pneumonie chronique, qui a abouti à la formation d'un vaste abcès dans le lobe supérieur d'un poumon; cette lésion, après avoir fait courir les plus grands dangers aux malades, a cédé au travail réparateur de la nature.

Je ne sais vraiment pas comment on aurait pu distinguer cette affection d'un abcès tuberculeux. Si la marche de la maladie avait été plus rapide, le diagnostic aurait été possible; mais, dans les deux cas, les progrès du mal avaient été lents et insidieux; plusieurs mois s'étaient