

écoulés avant que les cavités fussent formées, et pendant ce temps, les phénomènes généraux s'étaient aggravés, la fièvre hectique était survenue. L'intégrité de l'un des poumons ne constitue pas un signe diagnostique certain, car la même condition est assez fréquemment observée dans la phthisie tuberculeuse. Il est probable que l'examen microscopique des liquides expectorés aurait dissipé l'obscurité du diagnostic et nous aurait révélé la véritable nature de l'affection ; mais ce n'est que dans ces derniers temps que l'attention a été éveillée sur cette nouvelle méthode d'investigation, qui promet d'être féconde en résultats importants (1).

OBS. III. — Au commencement du printemps de 1841, le docteur Brereton me pria d'aller voir à Sandfort un jeune garçon de quatorze ou quinze ans, qui avait été pris, quinze jours auparavant, des signes d'une pleuro-pneumonie ; il avait eu une douleur vive dans le côté, il était tourmenté par une toux très-pénible, et il avait expectoré une quantité considérable de crachats caractéristiques, couleur jus de pruneaux. Les symptômes généraux avaient été dès le début d'une grande sévérité, et ils avaient résisté, comme l'affection locale, à un traitement actif et judicieux. Dix jours environ après ma première visite, les choses allaient encore plus mal ; le pouls était à 140 ; la dyspnée était extrême ; le malade était en proie à une jactitation continuelle, il ne pouvait goûter un instant de repos ; la toux était incessante la nuit et le jour ;

(1) Cette espérance, il faut le dire, n'a pas encore été réalisée : Gueterbock, dans un travail considérable, s'est efforcé d'établir les caractères différentiels du pus et des tubercules ; mais, lorsqu'il s'est agi de l'application pratique, il a fini par déclarer qu'il trouvait dans les crachats des phthisiques tous les principes du pus. Plus tard, Andrew Clark a cherché de nouveau dans l'examen microscopique des crachats un signe diagnostique de tuberculisation pulmonaire, et tout récemment le docteur Brown a confirmé les résultats auxquels était arrivé son devancier ; le plus important est celui-ci : on peut affirmer l'existence de tubercules lorsqu'on constate dans les matières expectorées la présence des trabécules élastiques qui forment la trame des cellules aériennes. L'observation ultérieure devra prononcer sur la valeur de ce signe ; je ferai remarquer dès aujourd'hui qu'il appartient à une période déjà avancée de la maladie, puisqu'il suppose un commencement de destruction du tissu pulmonaire ; ce n'est donc point dans la phthisie chronique qu'il serait d'une grande utilité, mais il fournirait des indications précieuses dans la phthisie rapide, dont le diagnostic est souvent entouré des plus grandes difficultés.

Gueterbock, *Essai physiologique sur le pus* (l'Expérience, 1838).

Brown Frederick, *On the diagnosis of phthisis by the microscope* (*British med. Journal*, 1860).

Clark, *Citation empruntée à Brown.* (Note du TRAD.)

en un mot, la situation semblait désespérée, et nous attendions d'heure en heure la mort de l'enfant. L'inflammation occupait à peu près tout le poumon droit ; ce côté de la poitrine donnait dans presque toute son étendue une matité absolue. Pendant la première période de la maladie, il y avait eu des râles crépitants généralisés. Tandis que tout nous faisait présager une terminaison très-prochainement mortelle, le malade fut pris pendant la nuit d'une dyspnée épouvantable avec anxiété et douleur dans le côté ; on crut qu'il touchait à sa dernière heure. Tout à coup, dans un effort soudain, il rendit une grande quantité de matière purulente, et immédiatement il fut quelque peu soulagé. La même lutte se reproduisit la nuit suivante, elle eut le même résultat. Quand je vis l'enfant le lendemain matin, je le trouvai, à quelques égards, dans un état plus satisfaisant ; cependant il était toujours extrêmement abattu, la dyspnée et la fièvre persistaient.

En examinant le côté droit de la poitrine, je constatai que toute la région antérieure, à partir de la clavicule, présentait à la percussion une sonorité exagérée ; cette modification était fort étrange, car sur ces points il y avait primitivement une matité complète. Du reste, le côté droit était évidemment dilaté, et toutes les fois que le malade toussait ou qu'il parlait, on percevait un tintement métallique très-net. Ce phénomène me prouva qu'il existait un vaste abcès pulmonaire, communiquant certainement avec les bronches, et peut-être avec la cavité pleurale ; une telle lésion ne laissait, selon moi, aucune espérance, et je portai un pronostic des plus graves. Pendant une quinzaine de jours environ, le malade rendit encore du pus à différentes reprises et toujours subitement ; à chaque fois cependant, l'expectoration était moins abondante, et elle était suivie d'un amendement notable dans les symptômes généraux. Bref, six semaines après la première de ces crises, la convalescence était très-avancée ; cet enfant est aujourd'hui robuste et bien portant.

J'emprunte les faits suivants à la pratique du docteur Stokes.

OBS. IV. — Un gentleman âgé de vingt-deux ans environ fut pris de douleur dans le côté, de toux et de fièvre, et quelque temps après, il eut une expectoration purulente très-copieuse. Un peu plus tard, on put constater les signes physiques d'un vaste abcès dans la région antéro-supérieure, latérale et postérieure du poumon. On jugea le malade atteint de cavernes tuberculeuses d'une grande étendue.

Voici ce que révélait l'examen de la poitrine : toute la région thoracique correspondant au lobe supérieur du poumon gauche était abso-

lument mate; depuis la deuxième côte jusqu'au mamelon, on entendait une respiration caverneuse, du gargouillement et de la pectoriloquie; les mêmes signes étaient perceptibles le long du bord inférieur du muscle grand pectoral, depuis l'aisselle jusqu'à la septième côte. Les crachats étaient abondants; ils étaient composés de muco-pus, mais ils n'étaient pas fétides. Le pouls était plein, régulier, au-dessous de 90.

On institua un traitement purement palliatif. Bientôt le pouls rede-  
vint normal; la fièvre hectique s'éteignit, la matité diminua graduel-  
lement, et dans l'espace de quelques mois le malade était rendu à la  
santé. Tous les signes d'excavation avaient disparu.

Obs. V. — Un enfant de douze ans avait été pris, durant le cours  
d'une rougeole, de symptômes pulmonaires graves. Après la terminai-  
son de la fièvre éruptive, le pouls était resté vif, la peau était chaude,  
la respiration précipitée; dix jours plus tard, le malade commença à  
rendre, par l'expectoration, du pus de mauvaise nature. La fétidité de  
cette matière augmentait incessamment.

Je vis cet enfant trois semaines après la disparition de sa rougeole.  
L'expectoration était abondante, d'un gris cendré; elle répandait une  
horrible odeur qui infectait tout l'appartement; le poumon gauche était  
sain, ainsi que le lobe supérieur du poumon droit; mais tout le lobe  
inférieur était absolument mat à la percussion; l'auscultation faisait  
entendre au même niveau un souffle caverneux d'un timbre éclatant,  
presque métallique, et une pectoriloquie qui blessait l'oreille.

Le malade fut mis à la diète lactée; il prit des toniques, on l'em-  
mena à la campagne, et dans l'espace de quelques semaines il guérit  
parfaitement.

Obs. VI. — M. D... est âgé de vingt-cinq ans; il a les épaules élevées,  
et il a l'habitude de se tenir incliné en avant. Il s'est mis à tousser pen-  
dant l'automne de 1839; le pouls a pris de la fréquence; le malade a  
maigri rapidement, et il a présenté tous les accidents généraux de la  
phthisie au début. A quelques semaines de là, M. D... a commencé à  
expectorer une matière purulente sanieuse, qui avait la couleur de  
l'urine, mais qui n'était pas fétide; la quantité de liquide rendu dans  
une journée variait d'une demi-once à une once. Alors le malade vint  
habiter la ville. La région claviculaire droite était mate à la percus-  
sion; jusqu'à la troisième côte, le murmure respiratoire était très-faible;  
au niveau même de la clavicule, existait un gargouillement très-dis-  
tinct, qu'on entendait également dans la région acromiale, surtout pen-  
dant les efforts de la toux.

Peu de temps après, le pouls devint plus calme, et l'expectoration,  
tout en conservant les mêmes caractères, diminua de quantité. M. D...  
se rendit alors à Cork, et il y passa la plus grande partie de l'hiver.  
Il me revint au printemps suivant; il avait repris de l'embonpoint,  
et ne présentait aucun symptôme, aucun signe physique d'affection  
pulmonaire.

Je pourrais ajouter aux faits que je viens de vous rapporter plu-  
sieurs autres exemples d'abcès péricapneumoniques; mais ceux-là me  
paraissent établir suffisamment que cette terminaison de la pneumonie  
est plus fréquente qu'on ne l'a cru jusqu'ici, et qu'elle est plus souvent  
curable qu'on ne le supposerait, si l'on s'en rapportait uniquement à  
la gravité de la lésion (1).

(1) Comparez le remarquable article que M. Trousseau a consacré dans sa clinique  
à l'étude des abcès pulmonaires et des vomiques péricapneumoniques. Il s'est principale-  
ment occupé du diagnostic de la vomique pleurale et de la vomique péricapneumonique:  
c'est là en effet le point le plus difficile et le plus obscur de l'histoire des abcès dans  
le poumon. Après avoir montré l'insuffisance des signes stéthoscopiques indiqués par  
Laennec (gargouillement, pectoriloquie, souffle), le professeur de l'Hôtel-Dieu a fait  
voir que l'on pouvait trouver, en dehors de l'auscultation et de la percussion, des élé-  
ments diagnostiques d'une haute importance. Ces éléments sont les suivants: Existence  
bien constatée d'une pneumonie aiguë. — Modifications subites dans la nature des  
crachats; ils étaient sanguinolents, ils prennent tout à coup les caractères d'un mé-  
lange de pus et de sang. Changement dans la quantité des matières expectorées;  
cette quantité augmente soudainement. — Ouverture précoce de l'abcès dans les  
bronches. « L'époque à laquelle s'est faite cette communication, dit M. Trousseau,  
est peut-être l'élément capital du diagnostic. Pour peu que vous y fassiez attention, il  
est à peu près impossible qu'une vomique péricapneumonique 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 péricapneumonique ne s'en fait pas moins rapi-  
dement jour du côté des bronches, et 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. »

Ces signes sont d'autant plus précieux que le diagnostic est réellement impossible par  
les seuls signes physiques; tous les observateurs sont d'accord sur ce point. Dans un  
travail récent sur les abcès pleuraux, le professeur Biagio Lauro n'hésite pas à déclarer  
qu'une fois l'abcès pleural ouvert dans les bronches, il est impossible de le distinguer  
par l'auscultation de la vomique vraiment pneumonique; il ajoute que les signes phy-  
siques nous font connaître l'existence d'une cavité anormale dans l'appareil respiratoire,  
mais qu'ils ne peuvent nous renseigner sur la nature de cette cavité: *Da tutto ciò si  
rileva che mentre si può diagnosticare matematicamente per mezzo dei segni fisici la*

Quelques médecins pensent que la durée et la marche antérieure de l'affection peuvent servir à distinguer les abcès pulmonaires simples des abcès tuberculeux ; mais si vous y regardez de plus près, vous verrez qu'il n'existe aucun moyen de diagnostic certain : d'une part, en effet, les abcès tuberculeux se forment quelquefois dans l'espace de quelques semaines à partir des premières manifestations appréciables de la phthisie ; d'autre part, les abcès simples sont souvent précédés d'une inflammation qui dure plusieurs mois, et la marche des accidents, comme vous l'avez vu dans l'observation II, est alors entièrement semblable à celle de la phthisie.

*esistenza di una cavità morbosa nell'apparato respiratorio, riesce poi oltremodo problematica la determinazione della natura di questa cavità restandone ai soli segni in esame.* Moins heureusement inspiré que le clinicien de Paris, le professeur de Naples fonde uniquement son diagnostic sur l'extrême rareté des abcès dans le poulmon.

Trousseau, *loc. cit.*, p. 593.

Biagio Lauro, *Ricerche sugli accessi pleurali (Filiatre-sebezio Giornale delle scienze mediche, 1861).*

(Note du TRAD.)

## QUARANTE-DEUXIÈME LEÇON.

### GANGRÈNE DU POU MON. — PLEURÉSIE. — CANCER ENCÉPHALOIDE DU POU MON.

Observation de gangrène pulmonaire. — La violence de la phlegmasie n'est pas la cause unique du sphacèle du poulmon. — La bronchite simple peut produire la fétidité de l'haleine et de l'expectoration.

Pleurésie. — Observation de pleurésie sèche compliquée de pneumonie et de pleurodynie. — Indications des sangsues dans les affections inflammatoires de la poitrine.

— Pleurésie hémorrhagique. — Pleurésie diaphragmatique.

Cancer du poulmon. — Observation.

#### MESSIEURS,

L'étude des lésions pulmonaires que nous avons constatées chez un malade qui a succombé hier dans notre service, forme une suite toute naturelle à notre dernière conférence. Les pièces anatomiques présentent certaines particularités du plus grand intérêt, et je vous exhorte à les examiner attentivement après notre leçon.

Cet homme, vous vous en souvenez sans doute, était au déclin de la vie, et d'une constitution débile ; lorsqu'il nous est arrivé, il était malade depuis une semaine ; il avait eu de la dyspnée, de la toux, et un point de côté ; ces accidents étaient survenus très-peu de temps après la guérison d'un typhus fever, dont cet individu avait été atteint. Le lendemain de son entrée, nous constatons que la région thoracique inférieure d'un côté était mate à la percussion ; la matité remontait beaucoup plus haut en arrière qu'en avant. Le stéthoscope nous montrait que, dans un espace d'une grandeur de deux palmes, on n'entendait aucun bruit, ni pathologique ni normal ; mais au niveau de la ligne qui limitait cet espace, il y avait du râle crépitant et de la respiration bronchique. Nous avons donc sous les yeux une double lésion du poulmon : une pleurésie, qu'indiquaient le point de côté, la matité, et