

Avant de terminer notre conférence, je veux vous entretenir d'une affection assez rare, que quelques-uns d'entre vous ont été à même d'observer. Les maladies rares ne sont point seulement des objets de curiosité; vous devez les étudier avec la plus grande attention, afin de pouvoir les reconnaître lorsqu'elles se présentent à vous de nouveau.

Si tous ceux qui ont l'occasion d'observer des cas rares prenaient la peine d'en publier l'histoire, tous ces faits qui paraissent au premier abord isolés et bizarres, formeraient un noyau autour duquel viendraient bientôt se grouper tous les cas analogues, et au bout de peu de temps leur étude comparative pourrait jeter quelque lumière sur un sujet resté obscur jusque-là. Il y a peu d'années encore, le diagnostic des tumeurs encéphaloïdes du poumon était complètement impossible; mais je crois que nous sommes arrivés depuis lors à quelques notions exactes et certaines sur cette question difficile. Le désir de contribuer aux progrès de la science sur ce point m'a engagé à vous rapporter l'observation d'un malade qui a été étudié avec un soin et une attention extrêmes.

John Keating, âgé de trente-six ans, d'une constitution robuste,

qui ont écrit sur la pleurésie diaphragmatique, M. Andral entre autres, ont mis au nombre des symptômes les plus caractéristiques le type de la respiration qui devient purement costale. Le fait est incontestable, mais il n'a peut-être pas été parfaitement interprété. On attribue l'immobilité du diaphragme à l'influence toute mécanique du liquide interposé entre ce muscle et la base du poumon; mais si cette opinion était exacte, le diaphragme devrait conserver au moins une partie de sa mobilité, dans les cas où l'exsudation inflammatoire est tout à fait concrète, ce qui est peut-être la condition la plus ordinaire. Or, même alors on peut observer l'abolition complète de la respiration abdominale. C'est qu'en effet l'immobilité du diaphragme ne tient point à une simple influence mécanique, elle dépend exclusivement d'un trouble vital survenu dans l'activité fonctionnelle de la fibre contractile: il existe, en un mot, une véritable paralysie du muscle. Cette paralysie est consécutive à l'inflammation de la séreuse voisine, et l'on trouve ici une démonstration nouvelle de cette loi de Stokes dont j'ai parlé ailleurs (voy. tom I, la note de la page 188): « On observe d'abord, dit-il, une augmentation de l'innervation musculaire qui se révèle par de la douleur et des mouvements spasmodiques; à cet état succède une paralysie plus ou moins complète. Il en est encore de même lorsque l'inflammation siège primitivement, soit dans les muscles, soit dans la portion des centres nerveux qui les anime. » Je n'ai pas besoin d'ajouter que cette paralysie du diaphragme contribue pour une très-grande part à la gravité de la pleurésie diaphragmatique.

Le même auteur a fait connaître un signe qui n'est pas sans importance pour distinguer la tumeur formée par le foie augmenté de volume, de celle que forme le même organe déplacé par un épanchement sus-diaphragmatique. Je traduis ce passage: « La

exerce la profession d'imprimeur. Il est entré à Meath Hospital le 1^{er} mai 1833; il avait déjà fait quelque temps auparavant un séjour d'un mois à l'hôpital, et il en était sorti au commencement d'avril. Cet homme fait remonter le début de sa maladie à l'été de 1832; à ce moment-là, il devint sujet à des douleurs passagères dans le côté droit de la poitrine; ces douleurs étaient accrues par les inspirations profondes. En novembre dernier, il fut pris de toux, de dyspnée, d'enrouement; l'expectoration, d'abord purement muqueuse, devint sanguinolente; le ventre était constipé. Un peu plus tard, Keating s'aperçut qu'il avait à son réveil un peu d'œdème de la face et du cou; le gonflement était un peu plus marqué du côté droit. Le malade attribuait sa mauvaise santé à l'excès de fatigue, à la privation de sommeil, et au refroidissement, auquel il était exposé en maniant sans cesse du papier humide. Une saignée et une potion pectorale amendèrent ces premiers accidents. Mais comme ce soulagement n'avait été que temporaire, John entra à Meath Hospital au mois de février, avec des symptômes analogues à ceux qui motivent aujourd'hui son retour; ils étaient toutefois moins violents. Le docteur Stokes fit faire une saignée, il soumit le malade à une légère *mercurialisation*, il lui fit appliquer plusieurs

tumeur de l'hypochondre est constituée par le foie augmenté de volume ou par le foie déplacé. Dans le premier cas, la tumeur présente une surface parfaitement continue, et elle offre une résistance égale et uniforme, depuis son bord le plus saillant jusqu'au point où elle se dérobe à la palpation derrière les côtes; celles-ci paraissent déjetées en avant. Mais il s'agit d'un foie déplacé; il existe, entre la portion la plus convexe de la tumeur et le rebord des fausses côtes, un sillon dont on constate également bien la présence par la vue et par le toucher; au niveau de ce point, la résistance est beaucoup moindre; ce sillon est évidemment formé par l'espace vide que laissent entre elles deux surfaces courbes qui se touchent par leur convexité; l'une de ces surfaces n'est autre que la partie convexe du foie; l'autre est formée par la portion la plus saillante du diaphragme déprimé. »

Andral, *loc. cit.*

Gueneau de Mussy (Noël), *Études sur la pleurésie diaphragmatique* (Arch. gén. de méd., 1853).

Stone, *Cases of diaphragmatic pleurisy* (Medic. Times and Gaz., 1858).

W. Stokes, *Observation on paralysis of the intercostal muscles and diaphragm considered as a new source of diagnosis* (Dublin Journal of medical science, IX). — Also, *Transactions of the British Association*, V. — *Contributions to thoracic pathology* (Dublin medic. Journal, III).

Comparez :

Sir Henry Marsh, *Empyema, its diagnosis and pathology* (Dublin medical Press, 1861). (Note du Trad.)

vésicatoires, et les premiers jours d'avril, cet homme, se sentant un peu mieux, demanda à sortir.

Mais il ne put reprendre son travail, et il vit bientôt reparaitre la même série d'accidents; il se décida donc à rentrer à l'hôpital, et il fut placé dans mon service. Le symptôme le plus pénible était une dyspnée excessive allant presque jusqu'à l'orthopnée; lorsqu'il était couché, le malade ne pouvait respirer que dans le décubitus latéral droit. Au bout de quelques semaines, il lui devint même impossible de garder cette position; pendant les dix-huit ou vingt jours qui précédèrent sa mort, il resta jour et nuit assis dans son lit; il se penchait en avant autant qu'il le pouvait, et il soutenait sa tête au moyen d'un oreiller qu'il plaçait sur ses genoux. On ne peut imaginer de spectacle plus lamentable.

A l'époque où cet homme nous arriva, sa dyspnée était augmentée par le moindre mouvement; alors survenaient aussi des palpitations cardiaques. Il avait une toux sèche, parfois il rendait quelques crachats teints de sang; mais ils étaient peu abondants. Du reste, il n'éprouvait pas de douleurs dans la poitrine; il ressentait seulement un tiraillement dans le côté, lorsqu'il faisait une inspiration profonde. Il avait un peu de gêne dans la déglutition, et il rapportait l'obstacle à la partie inférieure du pharynx; il accusait, en outre, un peu de douleur au niveau de l'épaule droite. La face était pâle, bouffie, elle paraissait légèrement œdémateuse; ces caractères, joints à un certain degré d'exophtalmie, et à la dilatation extrême des narines pendant l'inspiration, donnaient à la physionomie une expression de souffrance et de détresse. La veine jugulaire droite était très-distendue, ainsi que les veines de la cavité axillaire correspondante; mais la distension des vaisseaux veineux était surtout marquée sur la paroi abdominale antérieure: deux veines qui suivaient le trajet de l'artère épigastrique présentaient des sinuosités remarquables de chaque côté de la ligne blanche: elles étaient turgides, et atteignaient le volume d'une plume de cygne.

Cet état de la circulation veineuse, qui indique ordinairement un obstacle dans les cavités droites du cœur, me parut démontrer, avec une pleine et entière évidence, que nous avions affaire à une affection cardiaque. L'autopsie nous a fait voir que la lésion ne siégeait pas dans le cœur, mais bien dans le poumon droit, qui était presque imperméable au sang; le sang noir rencontrait donc un obstacle à sa sortie du ventricule, puisque, du côté droit, il ne pouvait arriver qu'en très-

faible proportion au poumon. N'oubliez donc pas, messieurs, que, si la stase veineuse nous révèle l'existence d'un obstacle dans les voies centrales du sang noir, elle ne nous indique point le siège exact de l'obstruction: il se peut même que la lésion occupe le cœur gauche. Quant aux sinuosités des veines abdominales, plusieurs auteurs les ont signalées; un remarquable exemple de cette disposition a été rapporté par le docteur Wright (de Baltimore), dans ses *Contributions à la pathologie cardiaque*; Renaud a cité un autre fait, dans lequel l'oblitération de la veine cave avait amené la dilatation des veines pariétales, chargées d'une circulation supplémentaire.

Je vous ai déjà dit, messieurs, que notre malade était constipé; il avait parfois des coliques. L'urine était rare et haute en couleur; l'appétit était perdu; la soif n'était pas très-vive; la langue était nette; le pouls, à 100, était régulier et dépressible.

Examen de la poitrine. — Les espaces intercostaux du côté gauche sont plus distincts, plus enfoncés que ceux du côté droit; ils se dilatent beaucoup plus pendant l'inspiration; quoique moins marqués à droite, ces espaces ne sont ni effacés ni même distendus. La moitié droite de la poitrine donne à la mensuration un demi-pouce de moins que la gauche.

Percussion. — A gauche, en avant, sonorité normale jusqu'à la distance d'un pouce de la ligne médiane du sternum; là, le son devient mat. En arrière, la résonance est naturelle. A droite, matité absolue dans tous les points.

Respiration. — Elle est puérile dans toute l'étendue du côté gauche, sauf au voisinage de la ligne médiane du sternum; là elle prend le caractère trachéal. Cette respiration trachéale existe aussi dans une grande partie du côté droit, en avant; au niveau du mamelon, elle est éclatante et très-nette; immédiatement au-dessous, elle est plus faible; un peu plus bas, elle disparaît entièrement. A droite et en arrière, la respiration ne présente pas, à beaucoup près, le même éclat ni le même timbre trachéal; quelques-unes des personnes qui ont ausculté ce malade trouvaient plutôt dans ces points une respiration bronchique; du reste, près de la colonne vertébrale, le caractère bronchique du bruit respiratoire est évident. On n'entend aucun râle.

Voix. — Dans la partie antéro-inférieure du côté droit, la voix est résonnante; elle est très-analogue, sinon identique, à la bronchophonie; partout ailleurs l'auscultation de la voix donne des résultats normaux.

Cœur. — Il n'est pas déplacé ; les bruits cardiaques sont transmis sur une grande étendue ; on les entend sous les deux clavicules et dans toute l'étendue du côté droit.

Pendant l'acte de la respiration, le côté droit de la poitrine est beaucoup moins mobile que le gauche ; les vibrations produites par la voix sont plus faibles à droite qu'à gauche.

Ces phénomènes physiques persistèrent sans modification jusqu'à la mort ; toutefois la respiration bronchique finit par disparaître à droite, sauf en un point voisin de la colonne vertébrale ; on n'entendit plus alors dans la poitrine qu'un sifflement trachéal, qui masquait tous les autres bruits.

Lorsque John Keating nous arriva le 1^{er} mai, il avait le ventre parfaitement normal ; le foie n'était pas augmenté de volume ; mais, au bout de quelque temps, cet organe fut atteint ; il dépassait ses limites naturelles, et formait une tumeur dure dans l'hypochondre et à l'épigastre. Alors aussi les selles se décolorèrent, et le malade devint jaune. La coloration ictérique n'était pas très-foncée ; je ne puis mieux la comparer qu'à la teinte du citron.

Un autre phénomène remarquable apparut avant la mort : toutes les fois que le malade essayait de prendre la position horizontale, on entendait dans sa poitrine un sifflement éclatant, et la suffocation devenait imminente. La dysphagie fit aussi quelques progrès, mais elle ne fut jamais très-prononcée. L'insomnie, l'impossibilité de garder la position couchée, l'insuffisance de l'hématose et la dyspepsie réduisirent peu à peu ce malheureux à un état pitoyable ; l'œdème de la face et du cou augmentait de jour en jour. Les paupières, transparentes et distendues par une sérosité jaunâtre, étaient tellement gonflées, qu'elles fermaient complètement les yeux ; enfin, le 15 juillet, la mort vint mettre un terme à cette longue scène de souffrances ; quelques instants avant sa fin, le malade avait été pris d'une violente douleur abdominale, à laquelle il était sujet depuis quelque temps.

Nous avons constaté, en outre, que cet homme portait trois tumeurs qui, dans les derniers jours, avaient fait de rapides progrès. Elles étaient situées immédiatement sous la peau, qui avait conservé sa coloration normale ; elles étaient unies, de forme ronde ; le 1^{er} mai, elles ne dépassaient pas le volume d'une noix ; mais, à la mort du malade, elles avaient atteint les dimensions d'une orange. D'abord légèrement mobiles, elles étaient devenues complètement fixes, et elles n'avaient jamais donné lieu à aucune douleur ; les premiers temps, elles nous

avaient paru solides, mais elles étaient devenues peu à peu élastiques et rénitentes, comme si elles étaient constituées par une enveloppe résistante, distendue par un liquide. L'une de ces tumeurs occupait le front, l'autre une des branches de la mâchoire inférieure ; la troisième siégeait au voisinage des apophyses épineuses lombaires.

Voici quels ont été les résultats de l'examen cadavérique :

Thorax. — Le poumon gauche en collapsus est parfaitement sain. Le poumon droit, ou, pour mieux dire, le contenu de la cavité droite du thorax, adhère complètement à la paroi, au moyen d'adhérences serrées qui unissent les deux feuillets de la plèvre. Cette membrane est excessivement épaissie et très-dense. A la place du poumon droit existe une masse solide pesant plus de six livres (2220 grammes) ; la surface en est irrégulière et présente quelques nodosités. Cette masse remplit complètement la cavité thoracique droite, mais elle ne fait pas assez de saillie entre les côtes pour distendre notablement les espaces intercostaux ; elle empiète sur la moitié gauche de la poitrine, elle s'étend un peu au delà de la ligne médiane, et dérobe presque complètement à la vue le péricarde, les gros vaisseaux et la trachée. On eut beaucoup de peine à extraire cette tumeur, en raison de ses adhérences ; on trouva sur un point de sa face postérieure un petit reste de tissu pulmonaire qui était à peu près imperméable à l'air. Cette masse solide était partout homogène et de la même consistance ; elle avait une couleur blanche légèrement altérée par la teinte de la bile ; elle offrait une certaine résistance, et ressemblait parfaitement à un cerveau artificiellement durci.

Chaque section pratiquée dans cette masse donnait lieu à un suintement liquide du tissu encéphaloïde ; la pression augmentait l'abondance de cet écoulement ; en fait, il était évident que la matière cérébriforme entrait pour une grande proportion dans les éléments cellulux ou autres qui donnaient à la tumeur sa fermeté et sa solidité apparentes. En arrière, la tumeur présentait la disposition lobulée ; on y trouvait quelques petits kystes remplis de sérosité jaunâtre. La bronche droite, dont le calibre était notablement diminué, pouvait être suivie à une petite distance dans l'épaisseur de la masse morbide ; le cœur était pâle, un peu atrophié ; la partie inférieure en était seule visible ; la base était recouverte par la tumeur, dans l'intérieur de laquelle les gros vaisseaux semblaient s'enfoncer.

Contrairement à notre attente, le volume du foie était parfaitement naturel ; mais la vésicule, énormément distendue par de la bile, était

au moins trois fois aussi grosse qu'à l'état sain. La tuméfaction apparente du foie tenait à l'abaissement de l'organe, déprimé par la tumeur thoracique. Une masse, composée de la réunion de plusieurs petites tumeurs, remplaçait la plupart des glandes mésentériques ; cette masse avait le volume des deux poings. Elle était formée par de la matière encéphaloïde semblable à celle de la poitrine, et paraissait provenir de la dégénérescence des ganglions du mésentère. Cette tumeur refoulait en haut l'arc transverse du côlon, tandis qu'elle déprimait l'intestin grêle ; elle comprimait le canal cholédoque de manière à empêcher complètement l'arrivée de la bile dans le duodénum, et, par ses parties latérales, elle s'étendait jusqu'aux reins, sur lesquels elle exerçait une certaine pression. La substance du foie était saine, mais elle était verte et injectée par de la bile.

Tels sont les détails les plus importants de ce fait remarquable, qui a été la honte et l'opprobre de la science du diagnostic ; je n'ai pas besoin de vous rappeler en effet que le docteur Stokes et moi nous sommes complètement fourvoyés. J'ai oublié de vous dire que, dans les derniers jours, on entendait parfois un bruit de soufflet très-éclatant au côté droit du cœur. Un anévrysme, une pleurésie circonscrite, une hypertrophie du cœur, une pleuropneumonie avec hépatisation persistante, l'induration du poumon par des tubercules, toutes ces lésions et bien d'autres encore furent successivement mises en cause. Quant à moi, j'abandonnai bientôt la tâche difficile de concilier les phénomènes observés avec l'une des affections que j'avais supposées d'abord ; et dans les derniers temps, malgré l'erreur positive que j'avais commise lorsque que ce malade entra dans mon service, je m'étais résigné à renoncer au diagnostic. Or, il est pour le moins étrange que la présence des tumeurs extérieures n'ait pas éveillé nos soupçons sur la véritable interprétation de ce fait ; quoique nous n'ayons pas pu en pratiquer la dissection, il est bien certain qu'elles étaient de même nature que les productions internes. La vérité est que ces tumeurs n'ont servi qu'à me plonger plus avant dans l'erreur, car je les ai prises pour des formations scrofuleuses. Dans l'état actuel de nos connaissances, il serait prématuré de rechercher quels peuvent être, dans un cas de ce genre, les éléments d'un diagnostic certain ; déjà nous sommes fixés sur la valeur de quelques-uns de ces signes, mais nous avons besoin d'autres faits, avant de pouvoir décrire avec précision l'histoire symptomatique de l'affection cancéreuse des poumons (1).

(1) Depuis lors, cette histoire a été admirablement tracée par le docteur Stokes,

M. Stokes et moi avons rapporté un cas de tumeur encéphaloïde de la poitrine, dans le cinquième volume des *Dublin medical Reports*, et le docteur Houston m'en a communiqué une autre observation, dont je vais vous lire le résumé : « Feu le professeur Todd a donné au musée du Collège royal des chirurgiens une pièce qui se rapporte à une lésion rare des poumons ; malheureusement les renseignements font presque entièrement défaut, car le malade était mourant lorsqu'on l'a apporté à l'hôpital. On sait seulement que le début du mal remontait à plusieurs années ; que cet homme n'avait jamais éprouvé de bien vives douleurs ; que les traits dominants de son affection avaient été une dyspnée croissante, une toux sèche et pénible, qui augmentait sous l'influence du froid ou du travail ; que, dans les derniers temps de la vie, le côté droit de la poitrine était devenu plus volumineux que le gauche ; on sait enfin que le malade était âgé de vingt ans environ.

« L'autopsie a été faite quelques heures après la mort : les deux dans son excellent travail sur le *Diagnostic des cancers du poumon et du médiastin* (XXI^e volume du *Dublin medical Journal*, 1^{re} série). (L'AUTEUR.)

Cette transformation presque totale d'un poumon en matière encéphaloïde paraît se rapporter à la variété décrite par Laennec sous le nom d'*infiltration cancéreuse* ; il paraît ne l'avoir jamais observée, mais Stokes la regarde comme une des formes les plus fréquentes.

Comme on le sait, le cancer pulmonaire est presque constamment composé de tissu encéphaloïde ; c'est à peine si l'on rencontre de temps en temps quelques tumeurs squirrhueuses ou colloïdes, et les travaux les plus récents n'ont fait que confirmer à cet égard les assertions de Laennec ; je rappellerai seulement que l'encéphaloïde du poumon présente parfois dans sa structure certaines modifications qui peuvent le rendre au premier abord méconnaissable : telles sont, entre autres, l'infiltration pigmentaire (*Cancer melanodes*) et l'ossification de la trame celluleuse, sur laquelle Rokitansky a tout particulièrement appelé l'attention.

Je n'ai pas besoin, sans doute, de faire remarquer combien le fait rapporté par Graves est intéressant au point de vue de la symptomatologie du cancer du poumon. Le diagnostic n'avait pas été porté pendant la vie du malade ; par conséquent aucune idée préconçue n'a pu influencer sur la rédaction de l'observation ; or, en fait, nous trouvons ici tous les symptômes que Hughes, Stokes et Walshe ont donnés comme caractéristiques dans leurs travaux ultérieurs. J'ai surtout en vue en ce moment les hémoptysies, les œdèmes partiels, la dilatation variqueuse des veines superficielles du cou et de l'abdomen.

Rokitansky, *Zu den Osteoidgeschwulsten* (Wochenbl. der Zeits. der k. k. Ges. der Aerzte zu Wien, 1857).

Marshall Hughes, *On the cancer of the lungs* (Guy's hospital Reports, 1841).

Stokes, *Researches on the pathology and diagnosis of cancer of the lungs and mediastinum* (Dublin medic. Journal, 1842).

Walshe, *On the nature and treatment of cancer*. London, 1846. (Note du TRAD.)

poumons étaient altérés, mais le droit était profondément modifié dans sa structure. Des tumeurs de grosseurs diverses, depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une orange, étaient disséminées dans le parenchyme, de sorte qu'elles l'avaient presque entièrement fait disparaître. Les grosses bronches, quelques débris de tissu pulmonaire autour des tumeurs les moins volumineuses, un petit fragment du lobe supérieur, voilà tout ce qui restait du poumon. Toutes ces tumeurs étaient enkystées; elles consistaient en une matière glaireuse, épaisse, blanchâtre, semblable à du pus, contenue dans une fine trame cellulaire. Ce tissu cellulaire provenait de la face interne du kyste; c'est de ce tissu que dépendait la consistance de la tumeur: lorsqu'on la coupait, elle conservait sa forme. Toutes les masses morbides du poumon, depuis leur début jusqu'à leur développement complet, présentaient les mêmes caractères; seulement les grosses tumeurs tendaient à se réunir et à se fusionner, et elles renfermaient une proportion de liquide relativement plus considérable. Au moyen de la malaxation ou de la macération, on pouvait débarrasser la trame cellulaire de tout le liquide qui y était infiltré. On conserve dans le musée une préparation de ce genre: on y voit dans tous leurs détails le kyste et le tissu cellulaire qui constituaient le squelette de ces tumeurs.

« Sur tous les points de son étendue, la masse morbide adhérait aux parois de la poitrine; ayant acquis un volume plus considérable que celui de la cavité dans laquelle elle était renfermée, elle avait refoulé les espaces intercostaux, le médiastin et le cœur. La lésion était moins avancée dans le poumon gauche que dans le droit; des deux côtés, elle était plus développée dans le lobe inférieur. »

J'ajouterai en terminant que le musée du Collège des chirurgiens possède une moitié du poumon cancéreux de Keating; l'autre moitié est conservée dans le musée de Park-street.

QUARANTE-TROISIÈME LEÇON.

PNEUMOTHORAX. — PNEUMATOSE.

Observation de pneumothorax à marche lente. — Sécrétion gazeuse de la plèvre. —

Pneumothorax essentiel. — Opinion de l'auteur. — Observations à l'appui. — Discussion de la doctrine de Williams.

Pneumatose. — Caractères distinctifs de la pneumatose péritonéale et de la pneumatose intestinale. — Emphysème spontané du tissu cellulaire sous-cutané.

MESSIEURS,

J'ai à vous entretenir aujourd'hui d'un malade qui a succombé à une affection pulmonaire d'un grand intérêt. Cet homme, nommé Michaël Irwin, portait une lésion complexe du poumon; or, malgré l'étendue et la multiplicité des ravages qu'elle a commis, le docteur Houghton en a décrit toutes les particularités, avec une précision parfaite, dans le sixième volume du *Dublin medical Journal*, et cela six mois avant la mort du malade. Hier, nous avons vérifié l'exactitude des descriptions de M. Houghton, et je dois dire que cette connaissance parfaite de l'auscultation lui fait le plus grand honneur; les partisans du stéthoscope trouveront dans ce fait une démonstration nouvelle de la puissance et de l'utilité de cette méthode d'investigation.

Chez Michaël Irwin, nous n'avons pas trouvé moins de cinq ou six lésions dans les poumons et leurs annexes; toutes ces altérations que l'autopsie nous a révélées le 24 janvier 1833 ont été décrites dans un mémoire qui date des premiers jours de juin 1832. Peut-on demander une preuve plus saisissante de la certitude des signes stéthoscopiques? Qui donc, il y a une quinzaine d'années, aurait osé s'aventurer à préciser le diagnostic des lésions, dans les affections obscures de la poitrine? C'est pourtant ce qui a été fait ici, et aucune des modifications pathologiques n'avait échappé à la sagacité de l'observateur.