

ARTICLE II.

SYMPTÔMES QUI ACCOMPAGNENT LES TUBERCULES PULMONAIRES
DANS LES DIVERSES PÉRIODES DE LEUR EXISTENCE.

22. Les symptômes que l'on observe le plus communément chez les phthisiques peuvent être divisés en trois classes. Dans la première se rangent les symptômes qui dépendent directement de la présence des tubercules à divers degrés dans le parenchyme pulmonaire, tels que la dyspnée, la toux, l'expectoration muqueuse, purulente et sanguinolente; divers signes fournis par la percussion et l'auscultation. Dans une seconde classe peuvent être placés les symptômes qui dépendent du trouble sympathique que subissent diverses fonctions consécutivement au développement des tubercules pulmonaires, telles que la fièvre, le marasme, etc. Enfin, une troisième classe comprend les symptômes qui résultent de diverses maladies qui peuvent compliquer l'affection tuberculeuse du poumon, soit que ces maladies intercurrentes aient leur siège dans le poumon lui-même ou dans ses dépendances, soit qu'elles résident dans d'autres organes. Nous avons cru devoir indiquer ici cette triple distinction; mais nous ne pourrions pas nous y astreindre dans la description à laquelle nous allons nous livrer; il nous semble plus important d'indiquer les modifications nombreuses que peut subir un même symptôme suivant les diverses conditions morbides dont nous venons de parler. Ainsi, par exemple, la dyspnée qui résulte de la seule présence des tubercules dans le poumon peut être singulièrement augmentée par certaines complications, telles qu'une pneumonie ou une pleurésie intercurrente, ou bien

encore une maladie du cœur. Ainsi, la fièvre hectique qui appartient à la phthisie pulmonaire peut se trouver notablement modifiée dans son type, dans son intensité, etc., par d'autres affections qui peuvent survenir à diverses périodes de la maladie principale.

§ 1^{er}. DES SIGNES FOURNIS PAR LA PERCUSSION
ET PAR L'AUSCULTATION.

23. La percussion du thorax est loin de donner les mêmes renseignements chez tous les individus atteints de tubercules pulmonaires. Il y a à cet égard de nombreuses variétés qu'il importe de signaler.

24. De nombreux tubercules, soit encore à l'état de crudité, soit déjà ramollis, peuvent exister dans les poumons; ces tubercules peuvent donner lieu à tous les symptômes d'une phthisie au second et même au troisième degré, et cependant le son rendu par les parois du thorax percuté peut n'avoir subi aucune altération. Cette conservation parfaite de la sonorité de la poitrine chez les phthisiques s'observe toutes les fois qu'autour des tubercules crus ou ramollis le parenchyme pulmonaire a conservé son état sain. Or, comme nous l'avons déjà vu, ce cas est loin d'être rare; et, en pareille circonstance, il est clair que la percussion ne peut être d'aucune utilité pour reconnaître l'existence des tubercules.

25. Non-seulement chez beaucoup de malades la poitrine percutée conserve le son clair qui existe dans l'état normal; mais encore, dans un certain nombre de cas, la sonorité des parois thoraciques est réellement plus grande que chez un

individu dont les poumons ne sont point tuberculeux. Depuis long-temps, M. Lerminier a fait remarquer aux personnes qui suivent sa visite cette singulière augmentation de sonorité que présente la poitrine chez plus d'un phthisique. Quelquefois alors le son est tellement clair, qu'on serait tenté de croire qu'un gaz existe dans la cavité de la plèvre, qu'en un mot il y a pneumo-thorax.

Cette augmentation de sonorité paraît surtout se présenter dans deux circonstances : 1° lorsqu'en un point des poumons existe une vaste cavité, résultat de la fonte d'un tubercule, dans laquelle l'air pénètre librement par un ou plusieurs tuyaux bronchiques qui s'y ouvrent, et dont les parois ne sécrètent que peu de liquide, de sorte que cette cavité contient beaucoup plus de gaz que de pus. 2°. Bien qu'il n'existe pas de cavité qui serve de réceptacle à une grande masse de fluide élastique, cette même augmentation de sonorité peut encore se manifester dans le cas où un grand nombre de vésicules pulmonaires ont subi une dilatation notable, d'où résulte un emphysème pulmonaire plus ou moins étendu.

Dans le premier cas, l'augmentation de sonorité est partielle. C'est le plus ordinairement au-dessous de l'une ou de l'autre clavicule, entre cet os et le sein, dans un espace plus ou moins exactement circonscrit, que la poitrine percutée rend un son évidemment plus clair que partout ailleurs. On peut aussi l'observer dans d'autres points, et, par exemple, nous avons constaté plus d'une fois l'existence de cette sonorité extraordinaire dans le creux de l'aisselle, percuté comparativement avec le creux de l'aisselle du côté opposé, dans la fosse sus-épineuse, plus rarement dans la fosse sous-épineuse. En principe général, on conçoit que c'est dans les endroits où se creusent le plus ordinairement des cavernes, que doit se rencontrer l'augmentation partielle de sonorité dont il est ici

question. Il peut d'ailleurs arriver que, recherché plusieurs jours de suite, ce phénomène ne se présente pas constamment. Il cesse si la cavité vide, dont il indiquait la présence, vient à se remplir de liquide ; il reparait à mesure que celui-ci est évacué, et il persiste ou disparaît de nouveau, selon les états alternatifs, et plus ou moins prolongés, de vacuité ou de plénitude de l'excavation tuberculeuse.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque l'augmentation de sonorité des parois thoraciques est due à la dilatation des vésicules pulmonaires, cette sonorité plus grande peut encore être partielle comme dans le cas précédent ; il en est ainsi lorsque la dilatation de vésicules n'existe elle-même que dans une petite étendue. Mais elle peut aussi être générale ; c'est ce qui arrive lorsque de nombreux tubercules sont disséminés dans la totalité du parenchyme pulmonaire, et qu'entre eux un grand nombre de vésicules aériennes se sont dilatées. La dilatation de ces vésicules leur permet de recevoir dans un temps donné une plus grande quantité d'air que dans l'état normal ; de là résulte, d'une manière toute mécanique, l'augmentation de sonorité des parois thoraciques dans les points correspondants. De là aussi résulte l'établissement d'une sorte de respiration supplémentaire, qui peut faire concevoir comment chez beaucoup de phthisiques, dont un grand nombre de vésicules pulmonaires sont refoulées, comprimées, oblitérées, envahies par les tubercules, la dyspnée est cependant peu considérable. Merveilleuse compensation dont l'économie, soit en santé, soit en maladie, nous offre d'ailleurs d'autres exemples ! Ainsi s'agrandissent et se dilatent les artérioles d'un membre, lorsque l'artère principale ne peut plus être traversée par le sang. Ainsi, lorsque, atrophié ou désorganisé, l'un des reins devient inhabile à sécréter l'urine, on voit souvent son congénère acquérir un volume insolite, etc.

On sent qu'il peut devenir quelquefois difficile de décider, dans les cas où les deux côtés de la poitrine ne rendent pas un même son, s'il y a réellement d'un côté augmentation de la sonorité naturelle, ou bien si ce côté ne paraît pas plus sonore, uniquement parce que l'autre, sans être encore mat, a déjà perdu le son tout-à-fait clair de l'état normal. La considération des autres signes peut seule conduire à établir une pareille distinction.

Il est d'ailleurs une circonstance qui, chez un grand nombre de phthisiques, pourrait porter à admettre l'existence de cette augmentation de sonorité du thorax, c'est leur état de maigreur. Les muscles qui couvrent les parois thoraciques sont chez eux tellement atrophiés qu'ils ne forment plus souvent qu'une couche mince interposée entre la peau et les côtes; dans cet état, la poitrine percutée rend toujours un son beaucoup plus clair que lorsque des muscles épais la recouvrent. C'est là, je crois, la cause la plus fréquente de la remarquable sonorité que présentent chez beaucoup de phthisiques les parois thoraciques. Quant à la première cause, qui consiste dans l'augmentation de capacité des vésicules, elle peut être souvent plutôt supposée, qu'il n'est possible d'en démontrer rigoureusement l'existence.

26. La diminution de sonorité des parois thoraciques se manifeste chez les phthisiques dans trois circonstances principales : 1° lorsque dans une partie plus ou moins étendue du poumon, les tubercules sont tellement multipliés, qu'en se touchant et en se confondant ils ont fait disparaître le parenchyme pulmonaire ; 2° lorsque la substance même du poumon est enflammée et indurée autour des tubercules ; 3° lorsque la plèvre devient le siège d'un épanchement liquide.

Le son mat dû à la première de ces causes est plus rare que

celui qui résulte de la seconde. Occupons-nous plus particulièrement de celle-ci. Nous avons vu précédemment que l'inflammation des portions de la substance pulmonaire qui entourent les tubercules, peut précéder ceux-ci ; mais plus souvent l'induration d'une partie considérable du poumon, autour des tubercules, ne s'établit que lorsqu'ils sont déjà très-nombreux, ramollis et remplacés par des cavernes. Ce fait important peut être rigoureusement démontré par l'emploi de la percussion. En effet, dans les premières périodes de la phthisie, bien qu'il existe déjà des tubercules nombreux dans les poumons, la poitrine percutée rend partout un son clair ; le cas contraire est une exception. Donc, à cette époque, il n'y a point encore induration du parenchyme pulmonaire ; ce qui ne veut pas dire que dans le point même où s'est développé le tubercule, ou dans quelques-unes des portions de lobules qui l'environnent, il n'y ait point déjà cet engorgement circonscrit dont un degré constitue les granulations de Bayle : plus tard, à mesure que la maladie fait des progrès, et surtout lorsque l'auscultation annonce l'existence de cavernes plus ou moins étendues, la percussion fait reconnaître un son mat en divers points, et principalement autour des cavernes. Celles-ci étant infiniment plus communes, ainsi que les tubercules auxquels elles succèdent dans les lobes supérieurs, c'est dans les points des parois thoraciques correspondant à ces mêmes lobes que la *matité* existera principalement, savoir : au-dessous des clavicules, entre ces os et le sein, dans le creux des aisselles, dans les fosses sus-épineuses, ainsi que dans les sous-épineuses supérieurement.

27. M. Martinet (*Revue Médicale*, 1823) a appelé l'attention sur une modification remarquable du son rendu par la poitrine percutée, là où existe une cavité qui contient à la

fois des liquides et des gaz. La percussion, dit cet habile observateur, fournit alors un bruit semblable à celui qui résulte du léger contact de deux métaux, un véritable *tintement métallique*. Nous n'avons encore pu retrouver ce phénomène que sur trois phthisiques (1), et chez tous les trois une caverne existait dans le point où la percussion donnait le *tintement*. Il ne paraît pas d'ailleurs que ce phénomène soit lié, ni à l'étendue des cavernes, ni à la consistance de leurs parois, ni à leur épaisseur. Nous n'avons pas pu découvrir la condition organique qui en favorise la production.

28. Dans des cas où la percussion ne donne point de renseignements, la simple application de la main sur les parois thoraciques nous a quelquefois découvert le lieu où existait une excavation tuberculeuse, aussi sûrement que le faisait ensuite l'auscultation. Si en effet l'on porte tour à tour la pulpe des doigts sur divers points des parois du thorax, il arrivera quelquefois qu'en plusieurs de ces points, à chaque parole prononcée par le malade, on sentira, à l'extrémité des doigts, un frémissement particulier, qui se prolongera plus ou moins haut le long des doigts et de la paume de la main. La sensation dont les doigts deviennent alors le siège peut être assez exactement comparée à la sensation que l'on éprouve lorsque l'on touche un fil métallique en vibration. Peu prononcé, le frémissement dont il est ici question est un phénomène physiologique chez beaucoup d'individus dont la voix est forte et sonore ; mais s'il est très-fort, assez intense, par exemple, pour produire dans la pulpe des doigts une sensation véritablement pénible, et surtout s'il n'a pas une égale intensité

(1) Depuis que ceci a été écrit, j'ai retrouvé plusieurs fois le tintement métallique là où existait une caverne.

dans les mêmes points correspondants des deux côtés du thorax, on doit le considérer comme un phénomène pathologique. Cette inégalité dans l'intensité de l'espèce de vibration qui se communique aux doigts appliqués sur le thorax, pendant que les malades parlent, peut être surtout facilement distinguée au-dessous des deux clavicules. Dans plusieurs cas où ce frémissement vibratoire n'existait à un haut degré que sous l'un de ces os, nous avons pu nous assurer qu'il annonçait l'existence d'excavations plus ou moins considérables, entourées d'un parenchyme pulmonaire induré. Cette dernière condition nous paraît plus essentielle à la production du phénomène de vibration dont il s'agit ici, que ne semble l'être la plus ou moins grande étendue des excavations tuberculeuses. Lorsqu'au contraire il n'y a qu'induration du parenchyme pulmonaire sans excavation, cette sensation de vibration cesse complètement d'être perçue, tandis que l'on continue à la percevoir dans les points où l'air remplit encore les vésicules pulmonaires. L'absence de vibration d'un côté du thorax suffit souvent pour diagnostiquer l'existence d'une pneumonie ou d'un épanchement pleurétique de ce côté, avant que la percussion et l'auscultation aient été pratiquées.

29. Il est maintenant reconnu que l'application de l'oreille sur les parois thoraciques, faite dans le but de percevoir les différents sons ou bruits qui peuvent être produits dans les poumons, fournit des renseignements plus nombreux et plus variés que ceux qui peuvent être donnés, soit par la percussion, soit par la simple application de la pulpe des doigts sur la poitrine. Il s'en faut toutefois qu'en ce qui concerne la phthisie pulmonaire l'auscultation doive être considérée dans tous les cas comme un guide suffisant ou infaillible. En effet, les tubercules peuvent exister en grand nombre dans le parenchyme

du poumon; ils peuvent même être déjà en partie ramollis, et cependant l'auscultation peut être tout-à-fait insuffisante pour avertir de leur existence; et, si l'on s'en tenait alors aux seuls renseignements qu'elle donne, plus d'une fois un poumon tuberculeux serait regardé comme un poumon sain. Dans d'autres circonstances même où l'auscultation fournit un certain nombre de signes, ceux-ci sont loin d'être toujours tellement tranchés, qu'il soit possible dans tous les cas d'annoncer, d'après eux seuls, l'existence de tubercules pulmonaires. Est-ce à dire que la découverte de la méthode de l'auscultation n'a que peu éclairé le diagnostic de la phthisie? On comprendrait bien mal notre pensée, si de ce que nous venons de dire on tirait une pareille conclusion. Dans une foule de cas l'auscultation rend ce diagnostic infiniment plus précis, plus rigoureux; beaucoup mieux qu'aucun autre mode d'investigation, elle peut marquer l'étendue, le siège et le degré de l'altération du poumon. Plus d'une fois elle a découvert des excavations tuberculeuses chez des malades qui ne semblaient atteints que d'une bronchite chronique peu intense, ou tout au plus de tubercules encore crus et peu nombreux. Mais ce dont il est important de se pénétrer, c'est que, pour établir un diagnostic ou un pronostic quelconque chez un malade menacé de phthisie pulmonaire, on ne doit jamais accorder à l'auscultation une exclusive confiance; on s'exposerait certainement à commettre les plus graves erreurs, si en même temps l'on n'avait égard aux autres signes.

30. Lorsque des tubercules plus ou moins nombreux et à différents degrés existent dans les poumons, ils peuvent être annoncés, soit par diverses modifications du bruit respiratoire, soit par l'existence de différents râles, soit enfin par le retentissement particulier que présente la voix dans un ou plusieurs points de la poitrine.

31. Laennec a très-bien décrit le bruit *sub generis* que l'oreille perçoit à chaque inspiration, lorsqu'on l'applique sur la poitrine d'un individu sain. Ce bruit que dans le troisième volume de cet ouvrage nous avons désigné sous le nom de *bruit d'expansion pulmonaire* ou de *respiration vésiculaire*, peut continuer à se présenter chez certains phthisiques, tel qu'il existe dans l'état sain; d'autres fois il est manifestement plus faible; d'autres fois il acquiert une intensité beaucoup plus grande; en outre, il peut avoir conservé toute sa netteté, ou être plus ou moins mêlé à du râle. Étudions ces différentes variétés, qui se trouvent en rapport, soit avec les différents états des tubercules eux-mêmes, soit avec les dispositions variées que peut affecter le parenchyme du poumon autour des tubercules.

32. Il est d'abord des cas (et ils sont loin d'être rares) dans lesquels le bruit d'expansion pulmonaire ne paraît avoir notablement augmenté ni diminué d'intensité; en même temps sa netteté n'est point altérée; il existe en un mot tel qu'on le retrouve chez les individus qui se portent le mieux. Nulle part ailleurs on n'entend de râle ni de pectoriloquie. Ici donc par la seule auscultation on ne pourrait certainement pas soupçonner l'existence d'une affection du poumon. Cependant tous les autres signes semblent annoncer la présence de tubercules dans cet organe: ainsi le malade est tourmenté d'une toux sèche et opiniâtre; il a eu de fréquentes hémoptysies; la respiration est courte, accélérée, la maigreur fait de rapides progrès; chaque soir le pouls s'accélère, et la peau devient brûlante, des sueurs partielles ou générales commencent même à avoir lieu. Certes, bien que dans des cas de ce genre la percussion et l'auscultation ne donnent aucun renseignement, quel praticien hésitera à reconnaître un premier degré de

phthisie pulmonaire? Si à cette époque une affection intercurrente entraîne le malade au tombeau, on trouve effectivement des tubercules dans le poumon. Mais ces tubercules ne sont point très-multipliés; ils ne sont point encore ramollis; un parenchyme sain les entoure. C'est ce que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de vérifier. De ces faits nous n'hésiterons donc point à conclure qu'au début d'un certain nombre de phthisies pulmonaires l'auscultation est impuissante pour révéler l'existence des tubercules.

Dans quelques cas plus rares, ces tubercules existent déjà en grand nombre, plusieurs sont même ramollis, les malades meurent par le poumon; et cependant, peu de temps encore avant la mort, le bruit d'expansion pulmonaire s'est fait entendre comme dans l'état normal, mêlé toutefois le plus souvent à des râles bronchiques humides, tels que celui-ci existe dans le catarrhe pulmonaire le moins intense.

Assez souvent, tandis que d'un côté l'auscultation fait reconnaître d'une manière non douteuse l'existence des tubercules, elle ne fait entendre rien autre chose dans l'autre poumon, que la respiration vésiculaire de l'état normal. D'après ce que nous venons de dire, il est clair que cela ne prouve pas que de ce côté le poumon soit exempt de tubercules; cela prouve seulement que ces corps y sont moins nombreux, moins avancés dans leur développement; qu'un tissu sain les entoure, et qu'enfin de ce même côté les bronches, peu enflammées, sécrètent peu de liquide, d'où résulte l'absence du râle.

33. Chez d'autres malades, le bruit d'expansion pulmonaire n'est plus celui de l'état normal: il est ou plus faible ou plus fort.

34. La diminution d'intensité du bruit respiratoire ne peut

être bien appréciée qu'autant qu'elle est partielle. En effet, chez beaucoup d'individus très-bien portants, l'oreille, appliquée sur les parois thoraciques, n'entend qu'un souffle respiratoire très-léger, à peine perceptible. Il est même des personnes qui, par de profondes respirations, ne le rendent pas sensiblement plus fort. Il faudrait se garder de prendre pour un état pathologique cette absence à peu près complète du bruit respiratoire. Loin de là, la faiblesse générale, uniforme, de ce bruit, indique souvent un état très-sain des poumons. Mais il n'en est plus de même si la faiblesse du bruit d'expansion pulmonaire n'est pas égale des deux côtés dans les points qui se correspondent, comme, par exemple, sous l'une et l'autre clavicule. Chez des malades dont l'un des poumons contenait à son sommet de nombreux tubercules miliaires tellement agglomérés, qu'on distinguait à peine entre eux le parenchyme pulmonaire, l'auscultation ne nous a donné d'autre signe de l'existence de ces tubercules qu'une notable diminution dans l'intensité du bruit respiratoire du côté où ils avaient pris naissance. Dans plusieurs cas de ce genre, la sonorité des parois thoraciques ne nous parut point être sensiblement diminuée. Nous avons encore constaté la faiblesse du souffle respiratoire, et même son absence totale, dans des points où après la mort nous trouvions des tubercules disséminés en nombre plus ou moins grand au milieu d'un parenchyme pulmonaire fortement induré et devenu tout-à-fait imperméable à l'air. Là, d'ailleurs, il y avait absence de respiration, le son était mat. Ces assertions peuvent être surtout facilement vérifiées en auscultant et en percutant comparativement chez un certain nombre de phthisiques la portion du thorax située au-dessous des clavicules.

La diminution d'intensité du bruit respiratoire, ou son absence complète dans un espace plus ou moins limité, ne sau-