

Du reste, cet homme n'a pas maigri; il a assez d'embonpoint; sa respiration n'est que très-médiocrement gênée; il n'a point de fièvre; il ne nous a consulté, dit-il, que pour être délivré de cette abondante expectoration qui l'importune, et dont l'odeur est si désagréable. Nous pensons que chez cet individu la matière expectorée a sa source dans la plèvre droite, qui communique avec un tuyau bronchique.

153. Le décubitus sur le côté affecté a été regardé comme un des signes pathognomoniques de la pleurésie avec épanchement. Voici ce que nos observations nous ont appris à cet égard : Dans la très-grande majorité des cas, soit qu'aucune collection n'existe encore, soit qu'il y ait déjà épanchement, le décubitus a lieu sur le dos, plusieurs malades ont toutefois une tendance très-sensible à s'incliner un peu du côté affecté (décubitus diagonal); ce n'est certainement que le plus petit nombre qui se couche tout-à-fait sur le côté où existe l'épanchement. Il faut pour cela qu'il n'y ait plus aucune douleur et que l'épanchement soit très-considérable. Tant qu'il y a fièvre et dyspnée, le décubitus sur le côté opposé à celui de l'épanchement est impossible. Lorsque la pleurésie devient latente, et que, malgré l'existence d'une abondante collection dans l'une des plèvres, il n'y a plus ni gêne sensible de la respiration ni mouvement fébrile, souvent alors le décubitus sur le côté sain accélère notablement la respiration et devient pénible pour le malade. Enfin, chez quelques-uns, placés dans les mêmes circonstances, le décubitus est indifférent: ils se couchent alternativement soit sur le dos, soit sur l'un ou l'autre côté, sans que, dans aucune de ces dispositions, la gêne de la respiration soit augmentée.

Lorsque la plèvre diaphragmatique est particulièrement enflammée, le décubitus horizontal cesse souvent d'être possi-

ble, les malades restent assis sur leur séant, ils inclinent même plus ou moins fortement le tronc en avant, comme si cette position allégeait leur douleur (obs. XVIII, XXI, XXII). Ce signe, d'ailleurs, n'est pas tellement constant qu'il ne puisse quelquefois manquer.

Il suit des considérations précédentes, que, dans le plus grand nombre des cas de pleurésie avec ou sans épanchement, le décubitus ne fournit aucun signe qui puisse faire reconnaître la nature de la maladie. Ajoutons toutefois que, dans quelques circonstances, le décubitus sur le dos avec inclinaison légère du côté de l'épanchement, ou bien le décubitus en sur ce côté, sont tellement tranchés, qu'ils peuvent seuls porter, avant un examen ultérieur, à soupçonner l'existence d'une collection dans la plèvre. Nous avons vu, par exemple, des phthisiques qui, après s'être long-temps couchés indifféremment dans toutes les positions, ne pouvaient plus tout-à-coup se coucher que sur un côté, sous peine de suffocation. Ce décubitus insaisissable nous portait à examiner l'état de la poitrine, et nous constations souvent la présence d'un épanchement qui s'était formé sourdement, sans exaspération bien marquée des symptômes de la maladie primitive, et souvent même sans douleur.

154. Parmi les signes que nous avons jusqu'à présent passés en revue, aucun ne peut être véritablement considéré comme pathognomonique, aucun ne peut indiquer d'une manière certaine l'existence d'un épanchement pleurétique. Toutefois, si, pris isolément, chacun de ces signes a peu de valeur, de leur réunion peuvent naître des probabilités qui équivalent presque à une certitude. Mais il nous reste encore à examiner la valeur d'autres signes plus positifs, et qui, réunis aux précédents, rendent presque toujours facile et sûr le diagnostic

de la pleurésie : ces signes sont fournis par la mensuration du thorax, la percussion et l'auscultation.

155. Dans un certain nombre de cas, le côté du thorax où siège l'épanchement devient évidemment plus ample que le côté opposé. Pour peu que le côté malade soit plus grand que l'autre de cinq à six lignes, cet agrandissement est sensible à la simple vue; mais à cet égard l'illusion est très-facile et l'on ne doit assurer que l'un des côtés du thorax est réellement dilaté que lorsqu'on l'a mesuré comparativement avec l'autre à l'aide d'un ruban, dont on fixe une des extrémités sur une apophyse épineuse et l'extrémité opposée sur le milieu du sternum. Nous n'avons vu dans aucun cas cette dilatation aller au-delà d'un pouce et demi. Dans cet état de dilatation, les côtes et leurs cartilages présentent la situation où ils se trouvent pendant les grandes inspirations; les espaces intercostaux sont fortement bombés et dépassent le niveau des côtes; on peut sentir quelquefois dans ces mêmes espaces, à travers les muscles, une fluctuation évidente. Lorsque ces symptômes existent, aucun doute ne peut être élevé sur la nature de la maladie, car une simple hépatisation du poumon ne les produit jamais. C'est surtout d'après l'existence de ces symptômes que les anciens chirurgiens se décidaient à pratiquer l'opération de l'empyème. Mais la dilatation de l'un des côtés du thorax est malheureusement loin d'être un phénomène constant; elle peut ne pas exister dans les cas mêmes où plusieurs litres de liquide sont épanchés dans la plèvre, et où le poumon, refoulé, est devenu imperméable à l'air. La dilatation du thorax du côté malade peut s'opérer en très-peu de temps; nous l'avons trouvée quelquefois portée déjà à un haut degré dès le quatrième ou cinquième jour d'une pleurésie aiguë.

Lorsque l'épanchement commence à se résorber, et qu'une

cause quelconque empêche le poumon de se dilater convenablement et de se rapprocher suffisamment des côtes, on voit ces dernières s'affaisser pour combler le vide qui existe entre elles et le poumon. Le côté de la poitrine où a existé l'épanchement devient alors plus étroit que le côté resté sain. Laennec a consigné dans son ouvrage de très-belles observations sur ce sujet. Ce rétrécissement partiel ou général d'un des côtés de la poitrine peut exister sans troubler en aucune manière la santé. Nous connaissons plusieurs individus qui ont éprouvé un pareil rétrécissement, après avoir présenté tous les symptômes rationnels d'une pleurésie chronique; cependant leur respiration n'est nullement gênée, et ils jouissent d'une très-bonne santé.

156. Dès qu'un léger épanchement commence à se faire dans la plèvre, il est annoncé par la diminution de sonorité des parois thoraciques du côté où il existe. A mesure que l'épanchement devient plus considérable, la poitrine, percutée, rend un son de plus en plus mat. D'abord ce son mat n'existe qu'inférieurement, puis il se fait entendre dans toute l'étendue du côté affecté, depuis la fosse sus-épineuse et la clavicule jusqu'à la base du thorax.

Lorsqu'il y a double épanchement, le son diminue également à la fois des deux côtés; et si la collection est peu abondante, la diminution de la sonorité, égale à droite et à gauche, peut n'être pas remarquée, ou bien être considérée comme un état physiologique. On sait, en effet, que chez plusieurs individus très-bien portants la poitrine, percutée, rend beaucoup moins de son que chez d'autres qui paraissent placés dans les mêmes circonstances.

Dans quelques cas d'épanchements circonscrits, la matité n'existe aussi que dans un point limité. Ainsi, chez un individu

nous n'avons trouvé de son mat qu'à la partie latérale moyenne d'un des côtés du thorax (obs. XXVII); chez un autre, nous ne l'avons noté qu'au niveau des cartilages costaux et derrière une partie du sternum (obs. XXIV).

Dans d'autres cas d'épanchements circonscrits, la sonorité des parois thoraciques n'est nulle part diminuée, et le diagnostic devient alors très-obscur. Il en est ainsi dans plusieurs cas de pleurésies interlobulaires (obs. XXIII), diaphragmatiques (obs. XVIII, XIX, XX), ou bien encore lorsque l'inflammation est bornée à la portion de plèvre qui tapisse la face interne du poumon et les médiastins (obs. XXIV, XXV).

Enfin nous devons rappeler ici que la douleur rend quelquefois la percussion tout-à-fait impraticable.

157. Lorsque, chez un individu atteint de la pleurésie avec ou sans épanchement, on applique sur la poitrine l'oreille nue ou armée du stéthoscope, on arrive à des signes plus variés, plus précis que ceux fournis par la percussion.

Dès le début de la maladie, lorsqu'il n'y a point encore épanchement, mais que la douleur est très-vive, le bruit respiratoire est sensiblement plus faible du côté où existe la douleur que du côté opposé. De ce même côté, les parois thoraciques se dilatent moins fortement. La percussion, lorsqu'elle peut être pratiquée, fait d'ailleurs entendre un son égal des deux côtés. Tels sont les phénomènes qu'on observe à cette époque; en voici maintenant l'interprétation: le bruit respiratoire est plus faible du côté affecté, parce que l'intensité de la douleur porte instinctivement le malade à dilater moins fortement les parois thoraciques de ce côté. De là, diminution de la quantité d'air qui, dans un temps donné, pénétre dans le poumon. Cela est si vrai que, si la douleur est moins vive, le

thorax se dilate également des deux côtés, et que des deux côtés aussi le bruit respiratoire a une égale intensité.

Dès que l'épanchement commence à se former, le bruit respiratoire présente un peu moins de force que du côté resté sain. A mesure que l'épanchement augmente, le bruit respiratoire devient de plus en plus faible, tandis que de l'autre côté il acquiert une intensité beaucoup plus grande que dans l'état physiologique. Ce qu'il faut remarquer, c'est que, lors même que l'épanchement est déjà assez considérable, le bruit respiratoire continue à s'entendre, mais seulement beaucoup plus faible que du côté où il n'y a point d'épanchement. Nous l'avons entendu d'une manière très-distincte dans un cas où la plèvre contenait un demi-litre de liquide. Enfin, lorsque l'épanchement devient encore plus abondant, le bruit respiratoire cesse tout-à-fait de se faire entendre, soit seulement inférieurement et postérieurement, soit dans toute l'étendue d'un des côtés du thorax. En raison des positions variables que peut prendre le poumon refoulé par le liquide, les signes fournis par l'auscultation, sous le rapport de la présence ou de l'absence du bruit respiratoire dans certaines parties, peuvent présenter quelques anomalies importantes à noter. Ainsi, dans la très-grande majorité des cas, le poumon se trouve refoulé en totalité vers la colonne vertébrale, et le bruit respiratoire cesse progressivement de s'entendre de bas en haut, tant en arrière qu'en avant, le malade étant supposé assis dans son lit. Mais quelquefois le poumon, au lieu de se porter vers la colonne vertébrale, est directement refoulé d'avant en arrière, et *reste appliqué sur les côtes sous forme d'une lame peu épaisse*. Alors le bruit respiratoire n'est plus perceptible en avant, tandis qu'en arrière on l'entend encore, mais faible. Le lobe inférieur du poumon peut être retenu à sa place ordinaire par d'anciennes adhérences; l'épanchement

ne peut alors s'effectuer que dans l'espace occupé par le lobe supérieur, le bruit respiratoire ne manque que dans cette partie, et cette circonstance insolite peut porter à méconnaître la véritable nature de la maladie.

Lorsque l'épanchement est considérable, avons-nous dit, le bruit respiratoire est nul; mais tantôt aucun autre bruit ne le remplace, tantôt on entend cette même *respiration bronchique* dont nous avons décrit les caractères et indiqué la cause en parlant de la pneumonie. Nous avons dit alors qu'elle pouvait se manifester toutes les fois que l'air ne pouvait pénétrer au-delà des bronches : dans le cas de pneumonie, l'hépatisation du tissu pulmonaire s'oppose à l'introduction de l'air dans les vésicules; dans le cas d'épanchement pleurétique, la condensation toute mécanique du tissu pulmonaire produit le même effet. L'observation apprend d'ailleurs que la première de ces causes produit beaucoup plus souvent que la seconde le phénomène de la respiration bronchique. Aussi est-elle aussi commune dans les cas de pneumonie au second ou au troisième degré, qu'elle est rare dans les cas d'épanchements pleurétiques. On peut s'en convaincre en parcourant nos observations particulières.

Quand les bronches sont pleines de mucosités, l'interposition d'un liquide entre les poumons et les côtes n'empêche pas d'entendre les différents râles auxquels peut donner lieu l'accumulation de ces mucosités. Cette remarque n'est pas sans importance, car l'existence de ces râles pourrait porter à penser que le poumon se trouve en contact immédiat avec les côtes, et à méconnaître par conséquent la maladie.

Lorsqu'on fait parler un individu sain pendant que l'oreille est appliquée sur sa poitrine, tantôt on entend dans tous les points une résonnance plus ou moins forte, qui se présente selon les individus avec mille modifications de timbre et d'in-

tensité, tant cette résonnance est nulle. Si l'on applique l'oreille sur la poitrine d'un malade dont la plèvre est le siège d'un épanchement, il arrive souvent que du côté de cet épanchement la résonnance de la voix est tout autre que du côté opposé. Dans plusieurs cas elle se rapproche assez du timbre de la voix de la chèvre; de là le nom d'*égophonie*, sous lequel Laennec désigne cette modification de la voix. Mais il nous semble très-important de noter que ce mot *égophonie* n'est qu'un terme générique sous lequel il faut comprendre de nombreuses modifications qui ne ressemblent plus à la voix chevrotante. Ainsi, par exemple, Laennec a remarqué lui-même que souvent ce n'est plus un chevrotement qu'on entend, mais bien un bruit tout-à-fait analogue à la voix du *Polichinelle*. D'autres fois il semblerait que la voix passe au travers d'une trompette; ou bien elle est comme étouffée, et l'articulation de chaque mot est accompagnée d'une sorte de souffle tout particulier. Ailleurs on croirait entendre un de ces instruments de la foire, connus vulgairement sous le nom de *mirlitons*; il faut d'ailleurs se garder de confondre ces différents bruits anormaux, qui se lient à l'existence d'un épanchement, avec la simple résonnance de la voix; car cette résonnance est au contraire plus forte du côté opposé à celui où a lieu l'épanchement. Souvent les diverses nuances de l'égophonie n'existent que par intervalles et ne se marquent que dans la prononciation de certains mots. Nous avons vu, par exemple, un malade chez lequel le chevrotement de la voix existait seulement, mais d'une manière très-marquée, lorsqu'il prononçait le mot *oui*.

On sent facilement que de ces nombreuses variétés dans la résonnance de la voix pourraient résulter de fréquentes illusions, et qu'il serait même possible que l'on regardât comme un effet pathologique un phénomène de l'état de santé. Mais

il est un moyen assuré d'éviter l'erreur, c'est de ne jamais prononcer s'il y a, ou non, égophonie, avant d'avoir entendu aussi la voix du côté présumé sain. Souvent, après avoir cru qu'il y avait égophonie là où les autres signes annonçaient un épanchement, on n'a reconnu l'erreur qu'après avoir appliqué l'oreille sur le côté opposé.

La voix ne présente aucune modification, tant que l'épanchement est très-peu considérable; les différentes variétés de l'égophonie apparaissent lorsque l'épanchement devient plus abondant; s'il augmente encore, la résonnance particulière de la voix disparaît de nouveau. Cependant cette règle n'est pas aussi constante qu'on l'a établie. Nous avons très-manifestement entendu la voix résonner tout autrement que du côté sain, dans un cas où un épanchement énorme existait dans la plèvre; on entendait en même temps la *respiration bronchique* à un très-haut degré (obs. XXI). Dans ces deux cas la cause de la résonnance de la voix n'est pas vraisemblablement la même. Lorsque l'épanchement est peu considérable, le son de la voix est modifié par le seul fait de sa transmission à travers un liquide; alors le poumon n'est que médiocrement comprimé; mais si, par suite de l'augmentation de l'épanchement, cette compression devient extrême, si l'air ne peut plus pénétrer au-delà des grosses bronches, il vibre dans celles-ci d'une manière particulière, qui donne lieu, d'autre part, à la *respiration bronchique*, et, d'autre part, à une résonnance toute spéciale de la voix, qui se rapproche plus ou moins d'un véritable chevrottement. La nature du corps interposé entre le poumon et les côtes ne semble plus avoir de part à la production de ces phénomènes; cela est si vrai, qu'on les retrouve absolument identiques dans des cas où la plèvre n'est le siège d'aucun épanchement. Nous avons vu, en effet, que lorsqu'un poumon est hépatisé, on entend, en même temps

que la respiration bronchique, une résonnance particulière de la voix, qui tantôt ressemble à celle qui existe lorsqu'il y a dilatation des bronches, tantôt simule plus ou moins parfaitement la pectoriloquie, et tantôt enfin se rapproche du chevrottement qui constitue la véritable égophonie.

Nous croyons pouvoir conclure des considérations précédentes, que la différence qui existe entre la résonnance de la voix produite par un épanchement dans la plèvre, et la résonnance de la voix qu'on entend dans le cas d'hépatisation pulmonaire, n'est pas assez tranchée dans tous les cas pour qu'on puisse regarder l'égophonie comme le signe certain, pathognomonique, d'un épanchement pleurétique. Toutefois une distinction doit être ici établie. Si en même temps que le son est un peu mat, et qu'il y a égophonie, on entend le bruit naturel d'expansion pulmonaire, sans mélange d'aucun râle crépissant, mais seulement plus faible que du côté opposé, on peut être certain qu'il y a épanchement, et non pneumonie; si, au contraire, avec un son très-mat et une résonnance de la voix qui se rapproche plus ou moins du chevrottement, on n'entend aucun bruit respiratoire, ou bien si celui-ci a été remplacé par le bruit de la respiration bronchique, il nous semble impossible de décider, d'après ces seuls signes, s'il y a épanchement dans la plèvre, ou inflammation du parenchyme pulmonaire. Dans ce cas, l'absence de toute expectoration sanguinolente est une très-forte présomption en faveur de l'existence d'un épanchement; on en acquiert la certitude si l'on observe que le côté affecté est plus dilaté que l'autre (1).

(1) Aux signes physiques qui viennent d'être indiqués on peut ajouter les suivants, qui me semblent être d'une grande valeur, et dont j'ai vérifié toute l'exactitude avec M. Reynaud, qui le premier les a fait connaître. Je crois ne

158. L'inflammation de la plèvre est accompagnée d'un trouble plus ou moins marqué des diverses fonctions. Ainsi, dans les cas les plus ordinaires, la circulation est accélérée, la chaleur de la peau augmentée; en un mot il y a fièvre. Dans la période d'acuité, le pouls est communément remarquable par sa dureté; il contraste avec le pouls mou de la pneumonie, avec le pouls petit et serré de l'inflammation de la séreuse abdominale.

Tant que la phlegmasie de la plèvre ne cède pas, la fièvre

pouvoir mieux faire que de transcrire ici textuellement les propres paroles de cet habile observateur.

« L'absence plus ou moins complète des vibrations des parois thoraciques perçues par la main appliquée contre elles au moment où le malade parle, est l'indice certain, quand elle n'a lieu que d'un côté, qu'un épanchement pleurétique plus ou moins abondant existe dans ce même côté. Cette exploration ne nécessite point que le malade soit assis ni découvert. L'appréciation de la différence existant sous ce rapport dans les deux côtés de la poitrine, peut faire reconnaître la quantité du liquide épanché; et cette même appréciation, faite à diverses hauteurs dans le côté affecté, permet souvent de reconnaître celle à laquelle il s'élève, et de déterminer son niveau. Dans les cas où une pneumonie coïncidera avec l'épanchement pleurétique, et alors bien souvent les symptômes qui appartiennent à l'inflammation du parenchyme de l'organe manquent entièrement, on verra apparaître l'un de ces signes (le râle crépissant) en faisant coucher le malade sur le ventre. Dans ce cas aussi on verra l'égophonie devenir bronchophonie. Le malade étant couché dans cette même position, qu'il existe, ou non, pneumonie, l'épanchement sera reconnu aux signes suivants: un bruit très-marqué, semblable à celui de deux corps frottant l'un contre l'autre, un peu saccadé, ayant lieu alternativement de haut en bas et de bas en haut dans les mouvements d'inspiration et d'expiration, et plus ou moins marqué, plus ou moins rapide, suivant l'étendue et la rapidité de ces mêmes mouvements, sera sensible à l'oreille nue ou armée du stéthoscope, appliqué sur le côté malade. Plusieurs circonstances anatomiques, faciles à apprécier, peuvent s'opposer à ce que ce phénomène ait toujours lieu.

(Thèse inaugurale, 1829.)

persiste; lorsqu'elle se modère ou qu'elle passe à l'état chronique, la peau perd sa chaleur, mais le pouls conserve une fréquence habituelle qui chaque soir devient plus considérable; chaque soir aussi la température de la peau s'élève. Il ne paraît y avoir de sueur abondante que dans le cas où des tubercules viennent à se développer dans la plèvre ou dans les fausses membranes qui la tapissent.

Enfin, dans un degré encore plus chronique de la maladie, le pouls perd lui-même sa fréquence, et toute espèce de mouvement fébrile disparaît. Cette apyrexie complète coïncide constamment avec une respiration libre. Dans cet état, le malade est loin d'être guéri; car l'auscultation et la percussion font encore reconnaître l'existence d'un épanchement plus ou moins considérable; mais le malade se trouve placé dans les conditions les plus favorables à la résorption de l'épanchement. Ce fait est un de ceux qui peuvent servir à démontrer combien était erronée l'opinion des anciens, qui pensaient que la fièvre était nécessaire à la résolution de la plupart des maladies chroniques. L'observation prouve, au contraire, qu'une phlegmasie chronique ne peut guère se terminer heureusement qu'autant que la fièvre a d'abord cessé. C'est encore ainsi que, lorsque des tissus accidentels (tubercules, squirrhes, etc.) se développent dans un organe quelconque, ils ne produisent en général aucun désordre tant que la fièvre ne survient pas. Celle-ci, loin de favoriser leur résolution, comme l'admettaient les anciens, est l'indice de leur ramollissement, et c'est communément à dater de l'apparition du mouvement fébrile que des symptômes graves commencent à se manifester.

Le sang tiré de la veine nous a présenté presque toujours un caillot plus ou moins dense recouvert d'une couenne épaisse. Les cas où cette couenne a manqué sont si peu nombreux,