

1° Le malade sera couché ou assis, et dans une station facile à maintenir sans grands efforts musculaires, autrement on entendrait, pendant l'auscultation, un murmure continu (bruit rotatoire), attribué avec raison par Laënnec à la contraction des muscles, et ce bruit masquerait la respiration; il pourrait même être pris pour le bruit vésiculaire. La poitrine sera découverte partout où l'on devra l'explorer; pour l'auscultation on pourra interposer entre l'oreille et la paroi thoracique un linge fin, mais on évitera les vêtements épais, et surtout la laine, la flanelle, etc. On fera respirer le malade, tantôt fortement, tantôt faiblement; on fera quelquefois suspendre la respiration; on engagera, suivant les cas, le malade à tousser, à parler, etc., etc.

2° Le médecin se mettra tantôt du côté du lit opposé au point à explorer, tantôt du même côté; il sera nécessaire de se placer au pied du lit, et directement en face du malade, quand il s'agira de comparer les deux côtés de la poitrine, sous les rapports de la symétrie des mouvements, etc.

Après avoir jeté un coup d'œil sur l'ensemble du malade, pour apprécier sa constitution, son état de maigreur ou d'embonpoint; après avoir recherché s'il existe de la fièvre, on arrivera à l'examen local du thorax. On mettra successivement en usage l'*inspection*, la *palpation*, la *percussion*, l'*auscultation*; dans quelques cas, la *mensuration*, la *succussion*, seront utiles.

La percussion donne quelquefois, dans deux points symétriques de la poitrine, des différences notables qui disparaissent pour se produire dans un ordre inverse si l'on se place de l'autre côté du lit du malade. (Piorry.) On ne négligera pas ce renseignement.

Quand on ausculte, on doit toujours explorer les points symétriques des deux côtés de la poitrine, avec la même oreille; il n'y a pas d'inconvénient à ausculter en arrière de la poitrine avec une oreille et en avant avec l'autre; mais il y en aurait à ausculter, par exemple, avec l'oreille gauche en avant et à droite, et avec l'oreille droite en avant et à gauche; on ne pourrait plus alors comparer les sensations, les deux oreilles n'ayant pas toujours le même degré de finesse.

Tous les médecins ont renoncé, depuis longtemps, à l'emploi du stéthoscope pour l'exploration des bruits du poumon. Cet instrument n'est réellement utile que pour les

points de la poitrine sur lesquels l'oreille ne peut pas s'appliquer et dans les cas où les convenances s'opposent à une exploration directe.

On n'oubliera pas l'examen des matières expectorées.

#### SYMPTOMES ET SIGNES DES MALADIES DES POUMONS.

Nous reproduisons encore une fois la division que nous avons adoptée pour les deux groupes d'affections que nous avons étudiés précédemment; nous décrirons donc successivement : l'*habitude extérieure du corps* dans les maladies de poitrine, les *symptômes locaux* de ces affections et enfin les *phénomènes éloignés et généraux* qui s'y rattachent. Un résumé complétera cette étude.

### CHAPITRE PREMIER

#### DE L'HABITUDE EXTÉRIEURE DU CORPS

L'apparence générale de l'économie est tout aussi caractéristique dans les maladies de poitrine que dans celles du cerveau et du cœur; mais elle varie dans les principaux groupes de maladies, et surtout suivant qu'il s'agit d'une affection aiguë ou d'une maladie chronique. De sorte qu'il y a plus d'une espèce de *type pulmonaire*, comme aussi il y a différents types cérébraux, différents types cardiaques. Nous avons déjà insisté sur cette multiplicité d'apparences générales de l'économie dans les maladies d'une même cavité; nous n'y reviendrons donc plus; mais nous devons, au moins, appeler ici de nouveau l'attention sur un fait que nous considérons comme ayant la plus grande importance pratique.

Avant d'indiquer les particularités de chaque type, nous croyons devoir faire connaître, d'abord, les caractères les plus généraux des maladies des poumons.

Le *facies* frappe tout d'abord. Tandis que, dans les maladies de l'abdomen, la figure exprime la souffrance, l'abattement, les tourments de l'esprit et souvent le masque du *tedium vitæ*; tandis que, dans les maladies du cœur, elle



présente ou les traces de la turgescence sanguine active, ou celles de la stase passive ou mécanique du sang dans le système veineux, ou enfin qu'elle est œdématisée, jaunâtre, cireuse et sans expression; dans les maladies des poumons, l'expression faciale est toujours différente et caractéristique. Ici il ne s'agit plus de souffrances, ni de gêne de la circulation; il s'agit de troubles de la respiration, qui se traduisent et se peignent énergiquement sur la physionomie.

Tout le monde le sait, la face est pourvue d'un puissant appareil respiratoire, qui, pour être au repos et à peine évident dans l'état de santé, n'en est pas moins prêt à se manifester dans l'état de maladie. Cet appareil respiratoire (nerf de la septième paire — muscles dilateurs des orifices de la face — Ch. Bell et Magendie), qui fonctionne d'une manière synergique avec le thorax et le diaphragme, entre en jeu, dans les maladies de poitrine, aussitôt qu'il y a insuffisance des efforts musculaires ordinaires pour l'entretien de la respiration. Sans doute les muscles de la face contribuent peu à faciliter la respiration entravée, mais cependant ils ne peuvent pas ne pas exalter leur action, avec les autres puissances de la respiration, et d'ailleurs ils agissent dans la limite de leur développement. On voit alors : la dilatation forcée des ailes du nez, l'ouverture de la bouche, l'agrandissement de l'ouverture des paupières, le tiraillement excentrique de tous les traits, en un mot l'*expansion* de la face, signe presque infaillible d'une maladie pulmonaire. On rencontre ce signe à divers degrés avec des modifications, mais au fond toujours le même, chez les phthisiques et les pneumoniques, dans l'emphysème, dans la pleurésie, dans la coqueluche, dans l'asthme, dans le croup; en un mot, dans les affections les plus opposées du même appareil.

La rougeur de l'une des *pommettes* avait déjà été signalée par tous les anciens auteurs. M. Gubler (1) a repris l'étude de ce phénomène, et il résulte de ses observations : que les inflammations pulmonaires donnent lieu à la coloration rouge et à l'augmentation de température des pommettes; que la joue congestionnée correspond au poumon qui est le siège de la phlegmasie, ou du moins à celui qui est le

(1) Gubler, *De la rougeur des pommettes comme signe d'inflammation pulmonaire* (Union médicale, 1857, p. 201).

plus affecté; que cette rougeur se montre dans la phthisie, les pneumonies typhoïdes, la bronchite capillaire, la pneumonie, et particulièrement celle du sommet; enfin, que cette *congestion malarie* peut être le point de départ de plaques érysipélateuses.

M. Jaccoud a publié plusieurs faits dans lesquels la rougeur de la pommette siégeait du côté opposé à la pneumonie. Ces cas exceptionnels n'infirmant cependant pas les conclusions de M. Gubler, qui sont vraies dans l'immense majorité des pneumonies (1).

Un autre phénomène commun consiste dans l'*accélération de la respiration avec mouvements d'élevation du thorax*. L'existence des deux phénomènes se comprend trop facilement pour qu'il y ait besoin de longues explications. La plupart des affections thoraciques portent atteinte à l'hématose, en diminuant la surface d'absorption de l'oxygène de l'air, et il est nécessaire alors que les malades compensent, par des respirations plus nombreuses que de coutume, l'insuffisance de chacune d'elles. Cependant l'ampliation exagérée du thorax peut, à elle seule, fournir à l'air une surface absorbante pour l'accomplissement de l'hématose, de sorte que l'accélération de la respiration n'est pas toujours indispensable. Cette remarque suffit pour expliquer le peu de fréquence, et même, dans quelques cas, la rareté des mouvements respiratoires dans certaines maladies de poitrine. M. Bouillaud fait souvent remarquer que la respiration ne dépasse pas seize et tombe quelquefois au-dessous de ce chiffre, dans certaines variétés de bronchites, dans l'emphysème pulmonaire, etc.; mais, par compensation, le thorax se développe avec énergie et dans tous les sens.

On doit encore prendre en considération le *déclivité* qu'affectent les malades, et qui indique quelquefois la nature de l'affection, quelquefois le côté de la poitrine où se trouvent les principales lésions.

Dans les affections où la *douleur* joue le premier rôle, les malades ne peuvent se coucher sur le côté où celle-ci existe; telles sont la pleurodynie, la pleurésie et la pneumonie au début.

(1) Jaccoud, *Leçons de clinique médicale faites à l'hôpital de la Charité*. Paris, 1867.



Dans celles où l'*asphyxie* est imminente (asthme, épanchement double, bronchite capillaire, etc.), les malades gardent le plus souvent la position assise; ils se placent sur le bord de leur lit, les jambes pendantes; ils sont quelquefois obligés de passer la nuit dans un fauteuil; s'ils sont couchés, le tronc a besoin d'être soutenu par plusieurs oreillers, la tête est élevée, etc. Cette attitude est caractéristique des maladies de l'appareil respiratoire; on la rencontre dans les maladies du cœur, mais seulement lorsqu'il existe une complication pulmonaire; en sorte que, une maladie cardiaque étant donnée, et le patient affectant le décubitus indiqué, on peut affirmer, avant tout examen, que l'appareil pulmonaire est compromis plus ou moins gravement.

Quand il s'agit d'une affection où l'un des deux côtés de la poitrine est surtout affecté, mais de manière que la respiration y soit *suspendue* à peu près complètement, on remarque que le malade se couche constamment sur le côté malade, afin de laisser au côté sain toute liberté d'action; c'est ce qu'on observe dans la pleurésie d'un seul côté avec épanchement abondant, dans la pneumonie avec hépatisation, dans le pneumothorax et l'hydropneumothorax, dans l'infiltration tuberculeuse de tout un poumon, etc.

Enfin, il y a, dans la phthisie au troisième degré, un décubitus particulier qui, à notre connaissance, n'a pas encore été décrit, et que nous avons entendu signaler seulement par M. Barth, dans ses leçons cliniques. Dans l'immense majorité des cas, les phthisiques ne se couchent que sur le côté sain et ne peuvent se tenir, longtemps au moins, sur le côté où existent la caverne ou les cavernes du sommet du poumon. Nous ne savons si l'on trouverait une explication facile de ce fait, mais il est réel, et, depuis que nous l'avons entendu annoncer par M. Barth, nous en avons constaté un grand nombre de fois l'exactitude. Il résulte de là que quand on voit un phthisique à la troisième période, on peut reconnaître, sans aucun examen, le côté où siège l'excavation tuberculeuse, en prenant en considération seulement le mode du décubitus. Il résulte aussi du même fait différentes particularités remarquables: s'il y a des cavernes au sommet des deux poumons, le malade se couchera du côté de la plus petite; si elles sont égales, le décubitus dorsal sera seul possible; s'il y a une caverne d'un côté et une pleurodynie de l'autre, le décubitus sera égale-

ment dorsal. Nous comptons encore les exceptions à cette règle remarquable.

Cette remarque due à M. Barth, sans être vraie d'une façon constante, l'est cependant dans la grande majorité des cas; les deux tiers au moins des phthisiques arrivés à la troisième période se couchent habituellement sur le côté où siège l'excavation, ou, si les deux poumons sont atteints, du côté le plus malade. Quand ils essayent de se coucher sur le côté malade, ils éprouvent de la gêne respiratoire; ils ont la sensation de la stagnation de mucosités dans l'intérieur du thorax, de râles et de gargouillements qui s'y produisent, et ils se voient bientôt obligés de changer de position.

Tels sont les principaux caractères communs à toutes les maladies de poitrine. Exposons maintenant ceux qui sont particuliers aux principaux groupes d'affections thoraciques.

L'état fébrile, la turgescence de la face, la coloration des pommettes ou d'une d'entre elles seulement, la dyspnée et le point de côté, quelquefois la teinte ictérique de la peau, l'attitude assise ou demi-assise, l'impossibilité de se coucher sur tel ou tel côté de la poitrine, la toux pénible, déchirante, ou l'impossibilité de tousser, dénotent presque infailliblement une pneumonie, une pleurésie, ou toute autre affection aiguë des poumons. C'est là le *type des affections aiguës inflammatoires*.

Aux accidents précédents se joint une anxiété extrême, une crainte, une terreur profonde et une agitation considérable, dans les affections avec menace de suffocation, comme l'apoplexie pulmonaire, la congestion des poumons, l'hémoptysie, le croup, les corps étrangers du larynx ou de la trachée, la bronchite capillaire, les accès d'asthme de l'emphysème, etc. Ces caractères sont d'autant plus importants à prendre en considération, qu'il n'y a pas de maladies qui donnent lieu à des terreurs aussi profondes et aussi soudaines que celles où la respiration est compromise. Aussi, lorsqu'on arrive près d'un malade qui ne peut répondre et qui est en proie aux accidents que nous décrivons, on doit, avant toute chose, rechercher s'il n'existe pas quelque gêne de la respiration, quelque lésion dans le thorax. Nous donnerons à ces accidents le nom de *type des affections asphyxiantes aiguës*.

[[ L'asphyxie de la submersion, celle de la strangulation rentrent dans cette catégorie. Il faut en distinguer l'asphyxie



par la vapeur de charbon, qui n'est pas une asphyxie proprement dite, c'est-à-dire une simple diminution de l'oxygène et une augmentation de l'acide carbonique du sang ; c'est un véritable empoisonnement, dû à la fixation de l'oxyde de carbone sur l'hémoglobine des globules rouges du sang, qui deviennent ainsi incapables d'absorber l'oxygène (Cl. Bernard). (1)]]

Dans les affections chroniques l'habitude extérieure est fort différente, mais le type varie suivant l'effet produit sur les poumons et sur l'économie entière par la lésion existante.

S'agit-il d'un état anatomique qui soustrait une grande étendue de poumon à l'action de l'air, on a surtout des phénomènes d'asphyxie lente. Les malades sont dans l'orthopnée, restent habituellement assis dans leur lit ou sur un fauteuil, ne peuvent se coucher ; ils ont la tête élevée ou renversée en arrière, leur respiration est haute et fréquente ; la face est pâle ou violette, les lèvres sont livides, les joues marbrées ou couvertes de veinules dilatées, les extrémités sont cyanosées, la peau est froide et couverte d'une sueur visqueuse ; il y a des détentes, mais tous ces accidents reviennent après un certain temps de repos. Ce type, qui est celui des *affections asphyxiantes chroniques*, traduit infailliblement, pour un observateur exercé, quelque une des maladies suivantes : un épanchement pleurétique remplissant tout un côté du thorax, un épanchement double, l'hydrothorax, la congestion passive du poumon dépendant des affections du cœur, l'œdème pulmonaire, l'engouement des bronches, la bronchite capillaire à marche lente, la phthisie granuleuse généralisée et quelques autres affections du même genre.

Pour les maladies pulmonaires qui agissent plutôt en altérant ou appauvrissant les liquides de l'économie, par suite d'une sécrétion excessive, par suite d'une inflammation lente, d'une suppuration, etc., comme les tubercules, le cancer, la mélanose, le catarrhe pulmonaire chronique simulant la phthisie, elles produisent un type différent qu'on pourrait nommer *type des affections organiques*. L'apparence extérieure des phthisiques en est la plus complète expression. Ses traits principaux sont : la

(1) Voy. *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article *Asphyxie*, par P. Bert.

décoloration générale de la peau et l'amaigrissement, l'expression de souffrance de la face, la coloration bleuâtre des sclérotiques, une toux extrêmement fréquente avec ou sans expectoration, la déformation de la poitrine, la courbure du tronc en avant, enfin la fièvre hectique et les accidents de colliquation.

[[Un autre signe fréquent quoique non constant ni pathognomonique de la tuberculose confirmée, est la déformation particulière de la dernière phalange des doigts, connue sous le nom de *doigts claviculés* ; la phalange paraît augmentée de volume, renflée en massue ou en bague de tambour ; en outre la convexité des ongles, surtout dans le sens longitudinal, est augmentée, d'où une incurvation souvent très-accusée de ces produits épithéliaux.]]

Si l'on veut y faire bien attention, on parviendra souvent, à l'aide de ces caractères, à reconnaître, avant tout renseignement d'auscultation, le siège et souvent la nature de la lésion pulmonaire.

Nous n'avons cité que les principales espèces de *types* de l'habitude extérieure du corps dans les maladies de poitrine ; il y en a bien quelques autres, mais que nous ne pourrions citer sans entrer dans des détails trop particuliers. Il nous suffit d'avoir indiqué les groupes qui sont les plus communs, et qui ont, par conséquent, la plus grande importance dans la pratique.

## CHAPITRE II

### SYMPTOMES ET SIGNES LOCAUX

Les uns sont physiques, les autres fonctionnels. Ceux de la première espèce étant plus nombreux, plus facilement appréciables, plus caractéristiques surtout, fixeront tout d'abord notre attention.

#### ART. I. — SYMPTOMES PHYSIQUES.

Les symptômes de cet ordre sont extrêmement nombreux, car on peut explorer la poitrine à l'aide de moyens