

physiologique; mais elles n'ont pas encore, jusqu'ici, reçu d'application clinique.]]

Les seuls résultats fournis jusqu'à présent par ces appareils sont les suivants : 1° dans l'âge adulte, et selon la taille, la quantité d'air inspirée, dans une forte respiration, est de 3, 3 1/2 à 4 litres; 2° toutes les maladies du poumon diminuent la capacité respiratoire; 3° on doit soupçonner qu'il existe des lésions anatomiques dans les poumons dès que le plus grand volume d'air que puisse rejeter un adulte, et dans une seule expiration, tombe à deux litres ou à une quantité moindre (Bonnet, de Lyon).

Mais la spirométrie ne peut donner que des résultats peu précis; elle est impuissante à faire connaître la nature de la lésion pulmonaire; de plus, elle n'est véritablement utile que quand on connaît la capacité vitale propre à chaque individu, dans l'état de santé. Pour ces motifs, la spirométrie ne peut donner que de vagues indices sur l'existence des lésions pulmonaires; et, d'un autre côté, l'outillage qu'elle exige en restreindra toujours l'emploi.

CHAPITRE III

SYMPTOMES ÉLOIGNÉS OU GÉNÉRAUX

Les maladies des poumons retentissent sans doute sur toute l'économie, de façon à donner naissance à des symptômes éloignés de l'appareil respiratoire, à des phénomènes généraux. Mais ces accidents ne sont pas tellement particuliers, qu'ils puissent servir à spécifier la nature et le siège du mal. Sous ce rapport, les poumons diffèrent très-notamment de l'appareil cardiaque; ici, tous les accidents généraux sont caractéristiques; là, ils ne le sont nullement. Ainsi, un malade a, par suite d'une maladie de poumon, de la cyanose et de l'œdème: cela ne signifie pas autre chose qu'une gêne de la circulation intrapulmonaire; qu'un individu, affecté d'une maladie du cœur, présente les mêmes symptômes, ils indiqueront, selon toutes probabilités, un rétrécissement d'orifice. D'un autre côté, les maladies du poumon ne donnent lieu à aucun symptôme caractéristique comme l'hypertrophie du foie, les vibrations artérielles, la

petitesse du pouls, etc. De sorte qu'en définitive ce serait en vain qu'on chercherait quelques signes d'une grande valeur dans les symptômes généraux que présentent les maladies des poumons.

CHAPITRE IV

RÉSUMÉ. SIGNES DES PRINCIPALES AFFECTIONS DES POUMONS.

Pleurodynïe. — Douleur vive dans un côté du thorax, le plus souvent au-dessous et en dehors du mamelon; diffuse, mais plus prononcée au centre, superficielle, augmentant par la pression, la toux, la respiration. Diminution ou suspension du mouvement des côtes de cette moitié de la poitrine. Persistance des vibrations produites par la voix. Respiration obscure, quelquefois nulle; pas de matité. Quelquefois fièvre vive, mais ne durant pas longtemps. Le plus souvent apyrexie, circonstance qui est en opposition avec la vivacité de la douleur, et qui démontre qu'il ne s'agit pas d'une affection inflammatoire.

Névrâlgie intercostale. — Douleurs comme des éclairs: points douloureux fixes, respiration pure, apyrexie. Affection se montrant particulièrement chez les hystériques, chlorotiques, etc., et s'accompagnant parfois d'éruption vésiculeuse sur le trajet du nerf (zona).

Pleurésie. — *Pleurésie de moyenne intensité ou ordinaire.* Elle commence souvent comme la pleurodynïe. Outre la douleur, il y a toux pénible, déchirante, absence d'expectoration; le malade ne peut se coucher sur le côté affecté. Quand l'épanchement se forme, la douleur diminue, quoique la fièvre persiste. Le liquide s'accumulant surtout en arrière et en bas, on constate une matité forte, sans vibrations des parois thoraciques, et dont la limite supérieure forme la courbe elliptique décrite plus haut; diminution, puis absence de respiration. Égophonie, absence de râles, souffle voilé; le malade se couche alors sur le côté de l'épanchement. Dans la résolution, frottement plus ou moins fort; ce bruit est très-rare au début de la pleurésie; quand on l'entend, il annonce presque toujours la résorption de l'épanchement. — *Cyrtométrie* (p. 492).

Pleurésie grave. Mêmes symptômes au début; mais bientôt l'épanchement remplit toute une plèvre: on trouve alors de la matité partout, en avant comme en arrière; le thorax est fortement dilaté de ce côté; les espaces intercostaux sont élargis, et moins déprimés qu'à l'état sain; absence de frémissement des parois thoraciques, quand le

malade parle. Si l'épanchement est à droite, le foie est abaissé ; s'il est à gauche, le cœur est refoulé sous le sternum ou à droite de cet os ; absence de murmure respiratoire, quelquefois souffle voilé, au sommet, en arrière ou en avant. Décubitus sur le côté de l'épanchement : impossibilité de se tenir dans toute autre position. Fièvre continue, avec redoublement le soir. Œdème des membres inférieurs. Frissons si l'épanchement devient purulent.

Pleurésie partielle. Jamais primitive ; survenant presque toujours chez des tuberculeux, et s'annonçant par des douleurs vives, qui durent quelques jours et se calment spontanément, ou par l'application de quelques vésicatoires. Pas de phénomènes stéthoscopiques, si ce n'est un peu de frottement.

Pleurésie diaphragmatique. Phénomènes précédents, plus une douleur aiguë très-intense à la base de la poitrine, et une respiration entrecoupée et convulsive, ou une sorte de sanglot.

Pleurésie chronique. Ne diffère de la forme grave que par les symptômes généraux, qui sont ceux de la phthisie.

Hydrothorax. — Phénomènes des épanchements pleurétiques, mais sans douleur ; presque toujours des deux côtés de la poitrine ; généralement plus de liquide d'un côté que de l'autre. L'affection est toujours symptomatique, soit d'une maladie du cœur, soit d'une maladie de Bright, soit d'un état de cachexie ou de débilité, comme on en rencontre chez les vieillards. L'hydrothorax est commun aussi chez les individus âgés qui, par suite d'une maladie chronique, d'une fracture, sont retenus longtemps au lit. Dans ces circonstances il faut presque deviner la maladie, car elle ne s'annonce ni par de la douleur ni par de la toux ; on devra donc, dans les cas spécifiés, explorer le thorax aussitôt qu'il se manifestera quelque aggravation dans l'état habituel du malade.

Pneumonie. — Point de côté sous le mamelon, moins vif que dans la pleurésie ; toux pénible, sèche d'abord, puis avec expectoration visqueuse, collante : plus tard, crachats rouillés, sanglants, jus de pruneau ; pas de voussure notable, si ce n'est quand il y a hépatation de tout un poumon. Matité, jamais absolue ; il y a toujours un certain degré de résonnance et d'élasticité du thorax ; exagération des vibrations thoraciques. Râle crépitant d'invasion, puis souffle tubaire et broncho-phonie : dans la résolution, râle crépitant de retour. Quand la pneumonie accompagne une bronchite ou lui succède, il y a diverses espèces de râles bronchiques. Frissons, fièvre vive, sueur, rougeur de la pommette.

Dans la *pleuro-pneumonie*, il y a une combinaison variable des signes des deux affections ; et, de même, dans la *broncho-pneumonie* ou *pneumonie catarrhale*, un mélange des caractères de la bronchite et de la pneumonie. La *pneumonie lobulaire* des enfants ne se révèle par aucun phénomène stéthoscopique.

Bronchite. — *Bronchite aiguë simple des grosses bronches.* Pas de point de côté, dyspnée légère, fièvre, pendant plusieurs jours ; toux sèche, éclatante, pénible ; puis expectoration blanchâtre, aérée, et enfin de couleur jaune et opaque ; tout le thorax résonne bien, quelquefois d'une manière exagérée. Respiration rude d'abord, puis râles ronflants, sonores, sibilants, qui s'entendent à distance et se perçoivent même par l'application de la main. A la période de sécrétion, râle muqueux, à grosses bulles, etc., quelquefois douleur à la base du thorax des deux côtés, par suite des efforts de toux. Dans les degrés les plus légers, pas de râles.

Bronchite capillaire. Gêne extrême de la respiration, anxiété, suffocation, cyanose du visage et des extrémités. Submatité ; râle sous-crépitant général, mêlé de râles ronflants et muqueux. Fièvre vive ; marche de la maladie, assez lente ; ténacité des accidents. Gravité extrême.

Tuberculisation des poumons. — *Forme commune.* Premier degré : d'abord, phénomènes de bronchite prolongée et souvent de laryngite ; étroitesse de la poitrine, saillie du sternum, dépressions sous-claviculaires et douleurs dans les mêmes points ; matité d'un sommet, respiration rude ou obscure, expiration prolongée et quelquefois soufflante ; hémoptysie. Deuxième degré : craquements secs d'abord, puis humides ; râle muqueux limité à un sommet, soit en avant, soit en arrière, et persistant toujours dans le même point ; autour de ce point, modifications de la respiration, qui est obscure, soufflante ou sèche. Très-souvent phénomènes de pneumonie limitée au sommet, c'est-à-dire : râle crépitant ; souffle, crachats visqueux et, d'un autre côté, état fébrile. Quand on rencontre ces accidents très-localisés chez un sujet d'apparence chétive, on doit craindre l'existence des tubercules ; ces pneumonies partielles guérissent facilement et promptement ; mais, après leur résolution, on découvre de petites cavernes qui n'existaient pas auparavant. Troisième degré : les cavernes sont formées et plus ou moins spacieuses. Une caverne de moyenne dimension, demi-pleine de liquide, donne de la matité à la percussion, et un bruit hydro-aérique ou de pot fêlé, quand le malade a la bouche ouverte ; l'élasticité de la paroi thoracique est moindre et il y a dépression au niveau de la caverne ; quelquefois douleur dans le même point. A l'auscultation, gargouillement, c'est-à-dire râle muqueux avec respiration cavernueuse ; la toux et la voix sont cavernueuses. Quand la caverne est vide, mêmes phénomènes, seulement la respiration est creuse ou cavernueuse avec résonnance métallique. Si la caverne est vaste, on y entend de la respiration amphorique et du tintement métallique, et la percussion peut donner un son clair. Enfin, si le poumon est creusé de cavernes multiples et de petites dimensions, on perçoit un bruit de gargouillement fin et assez étendu, qu'on a nommé cavernuleux (Hirtz). L'expectoration n'est pas caractéristique de la phthisie, mais elle a cependant une grande importance.

On ne doit pas oublier que la chlorose simule quelquefois la phthisie (Rilliet, 1855).

La *phthisie aiguë* ou *phthisie granuleuse* s'annonce par un grand état de dyspnée, l'obscurité générale du murmure vésiculaire, une submatité dans toute l'étendue des poumons et des phénomènes de bronchite. Les circonstances dans lesquelles la maladie se déclare aident surtout au diagnostic. On pensera surtout à la phthisie aiguë quand le malade sera un enfant ou une personne de vingt à vingt-cinq ans, lorsqu'on constatera un état aigu fébrile, sans lésion des organes encéphaliques ou abdominaux; lorsqu'il y aura une dyspnée qui ne s'expliquera ni par une pneumonie ni par une pleurésie, et qu'il n'y aura pas non plus d'affection du cœur. Cette forme de phthisie est insidieuse, quand il n'y a pas de fièvre au début; lorsqu'il en existe, elle est souvent confondue avec la fièvre typhoïde: la nature des accidents du côté du thorax, le peu d'intensité des phénomènes abdominaux, l'absence de l'éruption des taches rosées lenticulaires, aideront au diagnostic.

Pneumothorax. — En général, individu tuberculeux. Dans la grande majorité des cas, la maladie débute brusquement par une douleur vive, dans un côté du thorax; gêne subite et très-prononcée de la respiration, anxiété, suffocation, toux quinteuse, sèche, prolongée; décubitus impossible, le malade est obligé de se tenir assis dans son lit. Côté du thorax sensiblement dilaté, sonorité exagérée. Respiration vésiculaire absente et remplacée par du bruit amphorique; tintement métallique plus ou moins marqué; quelquefois ces accidents ne se manifestent qu'au bout de quelques jours. Chez les vieillards, les alcooliques, les aliénés, le pneumothorax se produit sans causer de dyspnée considérable. — Quand l'épanchement d'air se fait lentement, la suffocation n'est pas aussi imminente; lorsqu'il existe des adhérences, le pneumothorax peut être partiel. Le pneumothorax par rupture de vésicules d'emphysème est problématique.

Hydropneumothorax. — Presque toujours la conséquence du pneumothorax, mais quelquefois aussi la suite de l'ouverture, dans les bronches, d'un épanchement pleurétique. — Aux phénomènes précédents se joignent: le bruit de fluctuation thoracique et la sensation de flot perçue par la main (Beau).

Congestion pulmonaire. — *Congestion active.* De vingt à quarante ans; élévation de la température, excès alcooliques, acide carbonique, causes d'asphyxie, tuberculeux. Sensation de chaleur, de gêne dans la poitrine. Oppression, toux sèche, puis crachats blancs, filets de sang; son obscur quelquefois. Respiration plus faible, quelquefois presque nulle, quoique le point correspondant soit sonore; râles muqueux, fins, se déplaçant facilement; fièvre. Ces symptômes sont quelquefois suivis d'une hémoptysie ou d'une pneumonie.

On rencontre, chez quelques individus, une forme de congestion plus aiguë et plus intense encore, qui se traduit par: une suffocation extrême, un état asphyxique très-rapide et qui fait succomber le malade en quelques minutes: l'insolation en est la principale cause.

Congestion passive. Maladies du cœur, fièvres graves. Aucun accident appréciable pour le malade; on est obligé de soupçonner que le mal existe, et de le rechercher par l'étude des caractères physiques. On rencontre une submatité, une faiblesse considérable de la respiration et des râles fins permanents. Cette affection a de grands rapports avec la bronchite capillaire et l'œdème du poumon.

Congestion pulmonaire des maladies aiguës. Dans le cours des maladies aiguës on observe: ampliation de la poitrine, avec diminution de son élasticité, sensibles l'une et l'autre à la mensuration: respiration puérile, faiblesse du murmure respiratoire, avec ou sans râles sonores; respiration *granuleuse*; submatité de la poitrine, surtout en arrière (Woillez).

Apoplexie pulmonaire. — L'hémoptysie est le seul caractère important, quoique non constant, de cette maladie; mais toute hémoptysie n'est pas un signe d'apoplexie. Quand le foyer est central, on ne perçoit rien par l'auscultation et la percussion. S'il est superficiel, on peut rencontrer de la matité et un râle à bulles plus ou moins grosses; plus tard, bruit caverneux; plus tard encore, phénomènes de pneumonie, limités au voisinage du foyer.

Gangrène du poumon. — Aucun signe certain, si ce n'est la fétidité des crachats.

Emphysème pulmonaire. — Profession exigeant des efforts musculaires, âge avancé. Pas de douleurs thoraciques; dyspnée habituelle, toux, expectoration puriforme ou muqueuse, surtout le matin; apyrexie. Poitrine cylindrique ou globuleuse, irrégulière; voussures partielles, en avant, près du sternum, au-dessus et au-dessous des clavicules; en arrière, à la base; sonorité exagérée, tympanique quelquefois; respiration obscure, quelquefois à peine perceptible; expiration prolongée, dans les points sonores. Très-souvent râles sonores, sibilants, perceptibles à l'oreille et à la main, s'entendant aussi à distance. — Par intervalles, accès de suffocation (asthme), expectoration pituiteuse. Accroissement des accidents en hiver. Complication fréquente des maladies du cœur.

Catarrhe pulmonaire. — Se rattachant à la bronchite et à l'emphysème, mais devant être étudié à part, à cause de son importance.

Forme ordinaire ou simple. Catarrhe purulent. Toux habituelle, un peu fatigante, se produisant par suite des plus légers refroidissements; par l'action de l'humidité, d'un air vif, de l'ingestion des boissons froides, irritantes, alcooliques, etc. Expectoration habituelle, surtout le matin, de matières muqueuses et purulentes; crachats larges,

plaqués, panachés, rarement diffluents ; quand les bronches sont débarrassées, dès le matin, du produit de la sécrétion qui s'est faite la nuit, la toux se reproduit rarement dans la journée. Respiration à peine mêlée de râles, souvent semblable à celle des emphysémateux.

Catarrhe pituiteux. Bronchorrhée. Respiration plus gênée, dyspnée plus marquée que dans les cas précédents, toux et expectoration plus continuelles. Produit de sécrétion consistant en un liquide à peine visqueux, complètement transparent, légèrement filant, homogène, surmonté d'une mousse fine, persistante. Les malades en rendent jusqu'à 250 grammes dans les vingt-quatre heures. Complication fréquente de l'emphysème.

Catarrhe simulant la phthisie. Fièvre, toux constante, amaigrissement, sécrétion purulente, râles muqueux dans toute l'étendue de la poitrine. Dans quelques points, surtout en arrière, au sommet ou à la partie moyenne, râle simulant le gargouillement ; respiration rude, légèrement soufflante, quelquefois voisine de la respiration caverneuse, par suite de dilatation des bronches. Dépérissement général comme dans la phthisie. Différences avec la phthisie : il n'y a que des signes douteux de cavernes, et la lésion est ordinairement double, égale des deux côtés, et aussi prononcée à la partie moyenne des poumons qu'au sommet ; enfin, elle survient à un âge plus avancé que celui où débute la phthisie. Il est vrai que quelques vieillards deviennent aussi phthisiques, mais, chez ceux-là, il se forme ordinairement des cavernes très-faciles à reconnaître avec certitude.

Dilatation des bronches. — Maladie qui simule ordinairement la phthisie. Causes : âge avancé, pleurésies, pneumonies répétées ou passant à l'état chronique, bronchites chroniques. Mécanisme : traction excentrique exercée par les adhérences pleurétiques sur le poumon ; ou bien atrophie de l'organe par absorption interstitielle. L'affection est rarement double ; un poumon diminue de volume, tandis que l'autre s'élargit et fait saillie dans l'autre moitié du thorax (Barth).

Caractères : avant le développement de l'affection, une ou plusieurs affections inflammatoires thoraciques, comme : pneumonie, pleurésie, bronchites. — Pas de douleur, gêne de la respiration : décubitus sur le côté sain ; toux grasse, humide, quinteuse ; crachats purulents, de 3 à 400 grammes par jour ; déformation et atrophie d'une moitié de la poitrine ; respiration affaiblie ou rude, bronchique et caverneuse.

Différences avec la phthisie : siège à la partie moyenne ou inférieure d'un seul poumon ; rarement caractères de cavernes en avant ; pas d'hémoptysie ; l'apparence extérieure n'est pas celle de la tuberculisation ; le teint se conserve frais, les forces persistent longtemps. Commémoratifs : maladies inflammatoires des organes pulmonaires, plus ou moins longtemps auparavant. Dans tous les cas, diagnostic très-difficile.

LIVRE TROISIEME

MALADIES DE L'ABDOMEN

Sous ce nom, nous comprenons toutes les affections des organes abdominaux et les maladies qui, sans résider tout entières peut-être dans l'abdomen, y ont au moins leurs localisations les plus importantes ; telles sont : les affections puerpérales, certaines maladies des reins ; l'ascite elle-même. Ces diverses maladies, et d'autres que nous pourrions nommer, sont abdominales par leurs principales manifestations plutôt que par leur origine même.

Nous indiquerons d'abord, d'une manière très-sommaire, les principales dispositions anatomiques de la cavité abdominale et les règles à suivre dans l'examen des maladies de cette région du corps ; puis nous passerons à l'étude des signes de ces maladies, lesquelles se divisent naturellement en trois groupes : signes fournis par l'habitude extérieure du corps, signes locaux, signes éloignés et généraux ; nous terminerons, comme dans les livres précédents, par un résumé qui contiendra l'énoncé pur et simple des signes principaux des affections abdominales.

CONSIDÉRATIONS ANATOMIQUES SUR L'ABDOMEN.

La paroi abdominale antérieure, la seule qui puisse être explorée, présente des dispositions qui varient selon l'âge et le sexe.

Chez tous les jeunes enfants, l'abdomen est très-volumineux et comme globuleux, l'ombilic est situé très-bas ; chez les enfants de quatre à dix ans, il est encore gros et saillant, mais d'une manière moins prononcée ; dans l'ado-