

## XXXII. — PLEURÉSIE. — PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

## PLEURÉSIE.

Signes ordinaires de la maladie. — Signes exceptionnels. — Bruit skodique. — Interprétation des bruits de frottement. — Râles crépitants de la pleurésie. — Persistance du souffle dans les épanchements excessifs. — Souffle et voix amphorique, signes de la pleurésie. — Peuvent tromper quelquefois. — Fluctuation intercostale.

## MESSIEURS,

Je conviendrai aisément avec vous que, dans l'immense majorité des cas, la pleurésie est une des maladies qu'il est le plus facile de reconnaître, et, à cet égard, je ne pourrais que vous rappeler les signes que vous trouverez indiqués dans tous vos auteurs classiques, ceux sur lesquels j'appelle sans cesse votre attention au lit des malades. Le point de côté, la toux, l'absence d'expectoration; l'obscurité, puis la matité du son, occupant ordinairement les parties les plus déclives; l'ampliation de la poitrine du côté affecté, l'absence de la vibration thoracique et du bruit respiratoire, le souffle, l'égophonie, la bronchophonie, etc.

Néanmoins, dans quelques cas, très-rares heureusement, tous les signes de la pleurésie existent, et l'autopsie révèle une autre lésion. Ainsi, récemment encore, M. Empis constatait tous les signes d'un épanchement pleurétique chez une jeune femme qu'il avait reçue dans son service de l'hôpital de la Pitié, avec de la douleur dans le côté droit de la poitrine, de la dyspnée et de la fièvre. La percussion donnait une matité absolue dans les deux tiers inférieurs du côté droit du thorax : par l'auscultation, on notait, dans la partie la plus inférieure, une absence presque complète du bruit respiratoire, puis dans les deux tiers moyens, en avant et en arrière, une respiration bronchique très-forte, accompagnée d'une *égophonie considérable*. La malade mourut : il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde, sans le moindre épanchement de liquide.

Il y a deux ans, le médecin que je viens de vous nommer communiquait à la Société médicale des hôpitaux un exemple curieux de kyste hydatique du foie qui avait refoulé le diaphragme et le poumon, au point d'occuper les deux tiers inférieurs du côté droit du thorax, et qui avait donné lieu aux signes d'un épanchement pleurétique, bien qu'il n'y en eût pas.

« Lorsque M. Monneret, dit M. Empis<sup>1</sup>, me confia son service, en

1. *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (séance du 9 octobre 1861).

partant en vacances, il me dit que le malade qui fait le sujet de cette observation était atteint d'un épanchement pleurétique abondant, contre lequel il avait inutilement épuisé tous les moyens médicaux, et qui lui paraissait indiquer la thoracocentèse. Il ajouta qu'il avait essayé de pratiquer lui-même cette opération quelques jours auparavant, mais qu'ayant fait la ponction peut-être un peu trop bas, il croyait avoir pénétré dans le foie et qu'il n'était sorti aucun liquide. Il m'engagea à refaire l'opération un peu plus haut. L'existence d'un épanchement pleurétique chez ce malade ne paraissait pas douteuse. Il y avait du *souffle bronchique* et de l'*égophonie* on ne peut mieux caractérisée en arrière, à la réunion du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs du thorax. Le malade était dans un état cachectique, et il s'affaissait de jour en jour. Je pensai, comme M. Monneret, que la thoracocentèse était indiquée. M. Regnault, interne du service, pratiqua devant moi cette opération, en enfonçant le trocart entre la quatrième et la cinquième côte : il sortit immédiatement par la canule un pus verdâtre dont on remplit tout un bassin; puis, presque subitement, l'écoulement du pus cessa, sans qu'on pût le rétablir. Les signes stéthoscopiques étaient peu modifiés : on entendait encore le souffle bronchique et l'égophonie, et la matité n'avait pas diminué de hauteur en proportion de la quantité du liquide expulsé. Nous laissâmes le malade tranquille, et, deux jours après, il eut une vomique, et rendit par la bouche une grande quantité de pus. Évidemment le pus s'était ouvert une voie au travers du poumon. Le malade mourut très-peu de temps après, et l'autopsie nous fit voir qu'il n'y avait aucune trace d'épanchement dans la plèvre, et que la maladie consistait en un vaste kyste hydatique du foie qui avait suppuré, et qui, par les proportions énormes qu'il avait acquises, avait refoulé le diaphragme et le poumon jusqu'au tiers supérieur du thorax, donnant lieu ainsi, par sa présence, à la matité et aux signes d'épanchement pleurétique que l'on avait constatés. Cet exemple prouve que le souffle bronchique, l'égophonie et la matité ne sont pas des signes toujours suffisants d'épanchement dans la plèvre, car ils peuvent être produits lorsqu'un liquide est enkysté *au-dessous* du diaphragme et qu'il refoule le poumon, en restant en rapport avec lui. »

Je vous ai dit cent fois quelles modifications les signes de la pleurésie pouvaient subir chez les divers malades comparés les uns aux autres, chez le même malade, suivant les périodes de la maladie, suivant la quantité, la nature de l'épanchement; je n'y veux pas revenir aujourd'hui, me bornant à appeler votre attention sur quelques signes nouveaux, les uns acceptés par tous, les autres discutés encore et n'ayant pas jusqu'à présent obtenu droit de cité.

Il y a quelques années, messieurs, le retentissement *skodique* de la poitrine n'était admis que par un petit nombre de médecins; aujourd'hui on reconnaît généralement que, dans la pleurésie, en percutant au-des-

sous de la clavicule et dans la partie la plus rapprochée du sternum, on obtient un son spécial, demi-tympanique, sur lequel mon illustre collègue de l'école de Vienne, M. Skoda, a, le premier, appelé l'attention des observateurs.

Il est vrai que dans quelques cas rares, où il n'y a évidemment que de la pneumonie, la sonorité *skodique* peut se produire, et plusieurs fois je vous l'ai fait noter au lit du malade. D'autres médecins, et parmi eux je citerai M. Woillez, sont arrivés au même résultat que moi; mais tandis que ce signe ne manque presque jamais dans la pleurésie, lorsque l'épanchement ne remonte pas plus haut que la quatrième côte, il ne se rencontre qu'exceptionnellement quand la pneumonie existe seule, sans complication de pleurésie.

Cependant encore ici, messieurs, je dois faire quelques restrictions. Je vous ai dit qu'un malade pouvait avoir un épanchement pleurétique, alors que l'examen le plus attentif ne permettait de constater l'existence d'autres signes que la matité et l'absence du bruit respiratoire, sans souffle ni égophonie, ni bronchophonie. Dernièrement encore, nous recevions au n° 6 de notre salle Saint-Bernard, une femme qui, avec de graves lésions du cœur, avait un épanchement pleurétique à droite. Quelque soin que nous ayons mis à pratiquer chaque jour l'auscultation, précisément parce que nous ne trouvions pas les signes ordinaires de la maladie, nous n'entendîmes pas une seule fois de souffle, d'égophonie ou de bronchophonie. Bien qu'il n'y eût rien autre chose que de la matité, de l'absence de vibration et de bruit respiratoire, nous n'en avons pas moins affirmé l'épanchement; l'autopsie nous a en effet démontré une suffusion séreuse tellement abondante, que nous avons vivement regretté de ne pas avoir pratiqué la paracentèse du thorax.

Vous savez qu'on a donné le bruit de frottement comme un signe précieux de la pleurésie; au début de cette affection, alors qu'il n'y a pas encore d'épanchement ou que cet épanchement est très-peu abondant, on l'explique par les frottements qu'exercent l'un sur l'autre, dans les mouvements de la respiration, les deux feuilletts de la plèvre dont les surfaces sont revêtues d'une mince couche d'exsudation fibrineuse; vers la fin de la pleurésie, alors que la diminution ou la résorption complète du liquide épanché permet le rapprochement des deux surfaces sereuses, on l'attribue encore à la présence sur ces surfaces de fausses membranes plus ou moins épaisses et résistantes.

Messieurs, les véritables bruits de frottement pleural sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit et qu'on ne le croit.

Nous avons rarement occasion de les entendre au début de la pleurésie, d'abord par cela seul que rarement aussi nous sommes appelés à observer la maladie à son début, et que quelques heures suffisent pour qu'il se soit fait un épanchement plus ou moins notable. C'est donc, en général,

le frottement pleural qui se produit vers la fin de la maladie que nous sommes à même de mieux connaître! Or, je le répète, ce frottement pleural est beaucoup moins commun qu'on ne l'a prétendu.

Entre les médecins qui soutiennent l'opinion contraire à la mienne, entre ces médecins et moi, il y a un malentendu que je tiens à faire cesser.

En premier lieu, cette espèce de bruit du début de la pleurésie ressemblant à celui que produirait le froissement de deux feuilles de papier joseph très-fin, et que l'on appelle bruit de frottement, ce bruit n'est pour moi rien autre chose qu'un bruit de souffle. Voici sur quelles considérations je me fonde. Lorsqu'on ausculte deux ou trois fois par jour, on constate que ce prétendu bruit de frottement devient de plus en plus rude, et arrivé, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, au véritable bruit de souffle, tel qu'on peut l'observer dans la pneumonie. D'un autre côté, la voix retentit avec un son évidemment égophonique, et à mesure que le frottement devient plus accentué, la voix passe à l'égobronchophonie, enfin à la bronchophonie la plus nette. Je suis donc fondé à contester à ce signe le nom de bruit de frottement, et à le considérer, à l'exemple de beaucoup de cliniciens, comme une modification du souffle bronchique.

Quant au bruit de frottement du décours de la pleurésie, il demande aussi quelques explications.

Tout d'abord, lorsqu'en même temps que de la pleurésie il y a de l'emphysème pulmonaire ou de la bronchite chronique, on entend quelquefois des râles vibrants qui persistent dans le même point du poumon pendant assez longtemps, et qui ressemblent à s'y méprendre au bruit particulier que l'on produit en frottant la pulpe du doigt sur la main quand la peau est bien sèche, ou bien en pressant de la neige entre les doigts; mais si ce bruit persiste en un point déterminé de la poitrine, surtout vers les parties postérieure, moyenne et latérale, si on le retrouve après avoir fait tousser et expectorer le malade, il n'est guère possible de le confondre avec un râle grave; c'est là un bruit de frottement dont je n'ai jamais eu l'idée de nier l'existence.

De plus, il est une autre espèce de bruit que l'on entend à la fin de la pleurésie, que l'on considère encore comme un bruit de frottement, très-différent de celui que je viens d'indiquer, et qui ressemble à de la crépitation fine. Ce bruit, que l'on retrouve dans la grande majorité des pleurésies, n'est en réalité qu'un râle crépitant, et je l'ai appelé *râle crépitant de la pleurésie*. L'interprétation que j'en ai donnée est bien simple. De même qu'il n'y a pas d'érysipèle sans tuméfaction fluxionnaire du tissu cellulaire sous-cutané, il n'y a pas d'érysipèle de la plèvre ou de pleurésie sans fluxion irritative du tissu cellulaire sous-pleural et du parenchyme pulmonaire périphérique. Cette fluxion du poumon amène nécessairement dans les vésicules une exsudation séreuse analogue à celle de l'œdème pulmonaire; de là un râle sous-crépitant fin, qui a lieu

assez souvent tout à fait au début de la pleurésie, et qui existe presque toujours quelquefois pendant plusieurs semaines, lorsque l'épanchement étant résorbé, il ne reste plus qu'un état d'œdème subinflammatoire des parties les plus superficielles du poumon.

Je ne dois pas non plus oublier un signe sur lequel j'appelle si souvent votre attention : je veux parler de la persistance du souffle bronchique et de la bronchophonie dans les épanchements excessifs. Longtemps j'avais cru que le souffle disparaissait lorsque l'épanchement devenait considérable; mais lorsque j'eus pratiqué un grand nombre de paracentèses de la poitrine, j'acquis bien vite la conviction que, assez souvent, dans des épanchements de plusieurs litres, et lorsque la matité arrivait jusqu'à la clavicule, lorsque le diaphragme était refoulé, les espaces intercostaux dilatés, la bronchophonie et le bruit de souffle persistaient jusqu'au moment où le trocart avait donné issue au liquide. Vous vous souvenez que plusieurs fois je vous ai invités à constater l'existence de ce signe, et vous avez pu reconnaître en même temps, lorsque j'avais fait la ponction, que la masse du liquide était considérable.

Messieurs, il arrive assez souvent que, chez les pleurétiques, on trouve tous les signes stéthoscopiques qui appartiennent à la phthisie tuberculeuse arrivée au troisième degré; c'est à MM. Rilliet et Barthez<sup>1</sup>, à M. Béhier<sup>2</sup>, et, plus tard, à M. Landouzy<sup>3</sup>, qu'il appartient d'avoir plus spécialement appelé l'attention des praticiens sur ce point important de diagnostic. Aujourd'hui c'est un fait acquis à la science, et si, comme je vous le dirai bientôt, on peut encore commettre de graves erreurs, il n'en faut pas moins reconnaître que, avant les travaux des médecins que je viens de vous nommer, ce point curieux de l'histoire de la pleurésie n'avait pas été bien étudié.

Parfois la respiration amphorique, les gargouillements, la voix cavernueuse, sont si marqués, qu'on ne peut se défendre de les rapporter à l'existence de cavernes pulmonaires, surtout lorsque ces bruits ont pour siège le sommet de la poitrine; et, lors même que ces bruits s'entendent vers l'angle inférieur de l'omoplate, on ne peut encore se défendre de la même idée, tant ces gargouillements et le souffle sont identiques avec ceux qui se produisent dans de grandes cavités creusées au milieu du parenchyme du poumon.

Mais le début, la marche de la maladie, la matité des parties défectives, le déplacement des organes voisins, l'amplitude de la poitrine, l'absence

1. Barthez et Rilliet, *Sur quelques phénomènes stéthoscopiques rarement observés dans la pleurésie chronique* (Archiv. gén. de méd., mars 1853).

2. Béhier, *Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit* (Archiv. gén. de méd., août 1854).

3. Landouzy, *Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracocentèse* (Arch. gén. de méd., novembre et décembre 1856).

de lésions au sommet des poumons, enfin l'état général du sujet, permettent ordinairement d'arriver au diagnostic. Cependant l'erreur est quelquefois difficile à éviter, et vous lirez dans le mémoire de MM. Rilliet et Barthez une observation très-intéressante où cette erreur a été commise par un médecin très-expérimenté.

Quelles sont donc les conditions qui, dans le cas de pleurésie aiguë ou chronique, peuvent donner lieu aux gargouillements, à la respiration, à la voix et à la toux amphoriques? MM. Rilliet et Barthez, se rappelant que, lorsqu'une pleurésie se complique de pneumonie, il y avait augmentation du souffle bronchique, furent conduits à penser que dans la pleurésie chronique, avec respiration bronchique, à timbre cavernueux, il existait en même temps que l'épanchement une induration plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire. Pour que le bruit amphorique accompagne un épanchement pleural, il faut, dit à son tour M. Béhier, que le poumon, tassé, induré, soit en rapport avec la trachée ou avec une des grosses divisions des bronches. On comprend, en effet, que, transmis à l'oreille, à travers le poumon induré et à travers l'épanchement qui comprime les tuyaux de gros calibre, tels que l'une des divisions principales de la trachée, les bruits laryngés puissent prendre le timbre amphorique; de plus, si dans la trachée ou les bronches, il y a des mucosités en certaine quantité, ces mucosités, battues par l'air, donneront lieu aux gargouillements. Cette explication fournie par M. Béhier, peu différente d'ailleurs de celle mise en avant par MM. Rilliet et Barthez, cette explication est applicable à quelques cas, mais elle ne l'est pas à tous.

D'une part, en effet, lorsqu'il s'est fait dans la cavité de la plèvre un épanchement considérable, le poumon, refoulé au sommet de la poitrine et dans la gouttière vertébrale vers la racine des bronches, se trouve dans les conditions favorables à la production des bruits amphoriques, et cependant ces bruits ne se produisent pas alors constamment.

D'autre part, ils peuvent se produire quoiqu'il n'y ait qu'un épanchement peu abondant, de telle sorte que le poumon a conservé à peu de chose près ses rapports normaux.

C'est ce dont vous avez pu vous assurer dans le fait que je vais vous rappeler.

Au n° 30 de notre salle Saint-Bernard, entrant, le 14 avril 1862, une femme de vingt et un ans. Elle était accouchée à l'hôpital de Lariboisière dans les premiers jours de novembre 1861, et quelques jours après son accouchement elle avait eu quelques accidents du côté droit du bassin. Ces accidents toutefois n'avaient pas été bien graves, puisqu'elle avait pu quitter l'hôpital quinze jours après sa délivrance. Depuis cette époque, à chaque période menstruelle, elle avait de la fièvre et des vomissements. Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par nous, nous trouvions dans la fosse iliaque gauche une tumeur très-considérable, remontant jusqu'à

la crête de l'os des îles, descendant sur les parties latérales du bassin, et enveloppant en arrière l'utérus, qui était enclavé. Cette tumeur abdominale, qui nous parut être un phlegmon pelvi-utérin, diminua très-lentement, et avait presque disparu un mois plus tard; comme elle ne causait d'ailleurs aucun accident, nous la laissâmes sur l'arrière-plan pour nous occuper de troubles pathologiques d'une bien autre importance, et sur lesquels je veux fixer plus particulièrement votre attention.

En effet, le 18 avril, c'est-à-dire quatre jours après son entrée à l'hôpital, notre jeune malade se plaint de toux et d'un point de côté à droite. L'auscultation ne nous révélait rien autre chose qu'un catarrhe aigu généralisé, et les phénomènes thoraciques semblaient s'amender, lorsque, le 29, c'est-à-dire neuf jours après le début de la bronchite et du point de côté, il se manifesta du côté droit des signes évidents de pleurésie, et en même temps nous trouvions du souffle voilé à la hauteur de l'angle du scapulum gauche, et des râles sous-crêpitants. Nous avons donc affaire à une pleurésie double avec légère bronchopneumonie. Les jours suivants, tandis que, du côté droit, les signes appartenant à la pleurésie, savoir, la matité absolue, le souffle bronchique à la base, l'égo-bronchophonie sur les limites de l'épanchement, se prononçaient de plus en plus, du côté gauche, au contraire, nous ne trouvions que de l'égo-phonie le long de la colonne vertébrale; mais en même temps, des gargouillements, des craquements humides éclataient dans l'oreille, comme cela s'observe au sommet des poumons remplis de masses tuberculeuses en voie de ramollissement.

Cependant, tandis que les signes stéthoscopiques du côté gauche restaient sensiblement les mêmes, ceux qui caractérisaient l'épanchement à droite se prononcèrent plus nettement encore, et la paracentèse fut résolue. Elle fut pratiquée par M. Dumontpallier, en suivant les règles et en observant les précautions que j'ai indiquées depuis longtemps. On put retirer 900 grammes d'une sérosité parfaitement limpide. Il y eut une grande amélioration; mais la sérosité se reproduisit rapidement, et, quatre jours après, il fallut faire une seconde ponction. Ce fut la dernière, l'épanchement ne reparut plus; cependant la matité persista jusqu'à la fin, et il y eut, jusqu'à huit jours avant la mort, un peu d'égo-phonie vers l'angle de l'omoplate à droite; peu de jours après la ponction on avait entendu du bruit de cuir neuf.

Or, le 4 mai, nous avons commencé à entendre, de la manière la plus évidente, du souffle à gauche, avec respiration et gargouillements amphoriques, principalement vers l'angle de l'omoplate; ces gargouillements, cette respiration amphorique et caverneuse, furent l'objet de notre attention tous les jours; ils ne cessèrent pas jusqu'à la mort de la malade. cinq ou six personnes constatèrent chaque jour ces signes stéthoscopiques. Landouzy (de Reims), examina lui-même notre malade, et ne

douta pas plus que nous qu'elle ne fût atteinte de pleurésie du côté gauche avec bronchite. Remarquez bien que si, dans la partie inférieure et moyenne des deux poumons, nous entendions des râles muqueux et sous-crêpitants, rien de ce genre ne s'observait dans les sommets.

En comparant les signes fournis par l'auscultation et par la percussion chez cette jeune femme avec ceux que nous trouvons chez les phthisiques, il n'y avait de différence que dans le siège des bruits. De plus, l'expectoration fut toujours celle de la bronchite; jamais il n'y eut les crachats des vastes cavernes, non plus que l'expectoration des vomiques pulmonaires ou pleurales. L'épanchement semblait diminuer, la matité n'était point absolue et ne remontait pas au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, mais le souffle amphorique et les gargouillements persistaient toujours dans la partie déclive du poumon et le long de la colonne vertébrale. Bientôt cette malade eut de l'œdème des extrémités, de la bouffissure du visage; toutefois ses urines ne contenaient pas d'albumine; une diarrhée incoercible l'affaiblit rapidement; l'oppression devint plus grande, et, jusqu'à la veille de la mort, on entendit encore la respiration amphorique et des gargouillements dans la région déjà indiquée. Je ne veux vous rappeler ici que des lésions anatomiques qui ont été constatées dans la poitrine. Le poumon droit était adhérent à la plèvre pariétale dans toute son étendue; il n'y avait point trace de tubercule, et les bronches étaient remplies de mucosités purulentes. Le poumon gauche, libre de toute adhérence, souple, n'offrait aucun dépôt, aucune granulation de nature tuberculeuse; à la coupe, les bronches laissaient écouler du muco-pus, mais dans la plèvre il y avait 3 à 400 grammes de sérosité jaune sans dépôts fibrineux; il n'existait point de fausses membranes à la surface du poumon. L'épanchement pleural était donc peu considérable, le poumon n'était guère comprimé, et cependant le souffle amphorique avait encore été entendu la veille de la mort.

Il faut donc accepter, messieurs, et ce fait en est une preuve irrécusable, que le souffle amphorique peut exister sans tassement, sans induration du parenchyme pulmonaire, sans adhérences ni dépôts pseudo-membraneux des plèvres, enfin sans qu'il y ait compression des gros troncs bronchiques. Quant aux gargouillements, dont le siège était dans les bronches remplies de muco-pus, ils étaient peut-être transmis à l'oreille par une compression superficielle du poumon, là où existait l'épanchement pleural. D'autres conditions que celles invoquées par MM. Rilliet, Barthez et Béhier peuvent par conséquent donner lieu aux bruits amphoriques.

Lorsque la ponction de la poitrine est pratiquée, il est curieux de suivre ce qui se passe pendant que la sérosité s'écoule et après la ponction. A mesure que le liquide s'échappe, les organes déplacés reprennent leurs rapports normaux, la cage thoracique tend à revenir à sa forme naturelle, et bientôt va reparaitre le jeu des côtes et du diaphragme. La résonnance

skodique cesse, le poumon se dilate; bien que la matité persiste dans la plus grande étendue de la poitrine, on entend, en appliquant l'oreille, des râles de volume variable, râles profonds, encore lointains, et souvent le souffle et l'égophonie ne disparaîtront que plus tard. Voilà ce qui s'observe le plus ordinairement dans les épanchements aigus, lorsque la ponction est pratiquée avant que le poumon ait contracté d'adhérence, avant que des fausses membranes épaisses lui aient formé une coque résistante et non dilatable. Dans les cas au contraire où, l'épanchement datant de longtemps, des fausses membranes épaisses ont enveloppé le poumon, les parois de la poitrine restent immobiles, les organes abdominaux déplacés reprennent seuls leur situation normale après l'écoulement du liquide; le poumon demeure fixé dans la gouttière vertébrale, et n'est plus perméable à l'air; l'oreille ne perçoit point de râles; s'il existait du souffle et de l'égophonie avant la ponction, ces bruits persistent, quelquefois renforcés. De l'énoncé de ces phénomènes, déjà consignés dans un mémoire de M. Landouzy, ne ressort-il pas que l'épanchement du liquide n'a point de part qui lui soit propre dans la production des bruits de souffle et du chevrottement de la voix? Nous voilà bien loin de la théorie professée par Laennec, acceptée par tous et qui expliquait la voix de jeton, de polichinelle ou de chèvre par la présence d'une quantité plus ou moins considérable de liquide épanché dans la plèvre. En faut-il conclure que le liquide épanché n'ait aucune part dans la production du souffle tubaire, du souffle amphorique et de l'égophonie? Non: mais l'épanchement n'agit sur la production de ces bruits qu'en comprimant le poumon, en le condensant, et en le rendant meilleur conducteur du bruit produit dans les bronches ou transmis seulement par la trachée et les bronches. Le liquide agit alors à la façon des fausses membranes qui enserrant le poumon, puisque, dans les cas d'épanchement extrême, quelquefois le souffle persiste ainsi que l'égophonie. Remarquons cependant que la bronchophonie s'observe plus souvent dans ces cas, et qu'elle est la compagne presque obligée du souffle bronchique; l'égophonie avec ses diverses modalités n'en reste pas moins un signe d'une grande valeur diagnostique dans les épanchements peu considérables de la plèvre.

Messieurs, si dans un grand nombre de cas, nous trouvons dans la pleurésie tous les signes qui appartiennent à la phthisie tuberculeuse arrivée au troisième degré, et si l'erreur de diagnostic devient alors excusable, il arrive par contre que, dans certaines circonstances, des malades qui offrent tous les signes de la forme de pleurésie sur laquelle MM. Rilliet, Barthez, Béhier, Landouzy et moi, avons tant insisté, sont très-réellement des tuberculeux chez lesquels l'affection locale occupe les parties moyenne et inférieure du poumon, chez lesquels d'ailleurs existe une phlegmasie chronique des plèvres inséparable d'une lésion tuberculeuse très-avancée.

Vous avez certainement encore présent à la mémoire le fait de cette jeune fille couchée au n° 23 de la salle Saint-Bernard, qui, pendant un mois entier, a fixé si particulièrement notre attention. Je vous rappellerai sommairement son histoire.

Une jeune fille de dix-huit ans, qui tousse depuis deux mois et n'est alitée que depuis quinze jours, entre le 23 mai 1863, dans notre salle Saint-Bernard. La maladie a débuté comme une bronchite, par un gros rhume. Il n'y a pas eu d'hémoptysie. La fièvre est peu intense. Les crachats sont muqueux et très-peu abondants. Il existe une légère douleur thoracique à droite. Il y a de la diarrhée depuis une quinzaine de jours, sans douleur abdominale.

La sonorité de la poitrine est normale à gauche, au sommet comme à la base; à droite, au contraire, il y a une matité absolue dans les deux tiers inférieurs en arrière, tandis que le sommet résonne bien. A l'auscultation on ne trouve à gauche que des râles vibrants ou muqueux disséminés aux parties moyenne et inférieure, mais non point au sommet; à droite, il n'y a rien non plus en ce point, mais au niveau des points où existe la matité, c'est-à-dire vers la partie moyenne de la poitrine, on entend de gros râles, avec souffle et voix amphoriques.

On diagnostique une *bronchite généralisée* et une *pleurésie à droite*, avec bruits amphoriques. Ce diagnostic se fonde sur la marche de la maladie, la petite quantité et la nature de l'expectoration, ainsi que sur le siège de la matité et les bruits anormaux.

Les choses restent dans cet état pendant quinze jours, au bout desquels la fièvre augmente notablement et les forces diminuent. Des râles muqueux se font entendre au sommet gauche. Mais c'est toujours aux parties moyennes de la poitrine qu'ils sont et plus nombreux et à bulles moins volumineuses; vers la base, ils sont même aussi fins que dans la bronchite capillaire. A droite, la respiration et la voix sont également amphoriques.

A partir du vingtième jour après son entrée à l'hôpital, la malade a un accès fébrile chaque soir; son état général devient très-mauvais; son aspect est celui d'un individu atteint de fièvre typhoïde: elle a de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, des vertiges dans la station verticale. Sa langue est sèche, sa soif vive; elle a depuis deux jours des selles involontaires.

Le vingt-cinquième jour, on entend à gauche, et pour la première fois dans la fosse sous-épineuse, du gargouillement avec souffle amphorique, quelques râles ont une résonnance comme métallique. Il y a toujours prédominance des râles à la base: ainsi, vers les parties inférieures, les râles, plus nombreux et plus fins, sont presque crépitants. Toujours du souffle, des râles et de la voix amphorique à la partie moyenne et vers la gouttière vertébrale droite de la poitrine. — L'expectoration est tou-