

jours muqueuse et très-peu abondante; un quart de crachoir est rempli en vingt-quatre heures.

La mort, prévue depuis plusieurs jours en raison de la rapidité du dépérissement et de l'intensité de la fièvre, a lieu le 22 juin, juste un mois après l'arrivée de la malade dans nos salles.

On trouve, à l'autopsie, une péritonite tuberculeuse généralisée, qui ne s'était traduite pendant la vie par aucune douleur abdominale, et des ulcérations intestinales, qui expliquent la diarrhée persistante.

Il y a très-peu de liquide épanché dans la cavité pleurale droite, bien que la plèvre pariétale soit injectée et parsemée de tubercules crus. Il n'y a pas d'adhérence avec le poumon. Les deux tiers inférieurs du poumon droit sont transformés en une masse presque compacte. Au niveau de la gouttière vertébrale, là où s'entendaient les bruits amphoriques, on voit une masse tuberculeuse du volume d'une petite orange, ayant l'aspect et la consistance du mastic; elle est creusée à sa partie la plus superficielle d'une cavité du volume d'une petite noix séparée de la surface du poumon par une épaisseur de 2 millimètres tout au plus; autour de celle-ci existent cinq ou six autres cavernes moins considérables et en voie de formation. Une cavité assez spacieuse et trois autres plus petites se trouvent tout à fait à la base du poumon, que des adhérences intimes et presque cartilagineuses relient au diaphragme. Le sommet de l'organe est souple et crépité; on ne rencontre à la coupe que quelques granulations tuberculeuses, qui, en certains points, sont réunies deux par deux ou trois par trois; autour de ces tubercules, le tissu pulmonaire paraît sain et parfaitement perméable à l'air.

À la partie moyenne du lobe supérieur du poumon gauche on trouve une cavité capable de loger une noisette; autour d'elle trois cavernules (c'est à ce niveau qu'on entendit dans les derniers jours de la vie des râles caverneux avec résonnance métallique). Grand nombre de tubercules crus disséminés dans ce lobe. Engouement pulmonaire et bronchite concomitantes. Le lobe inférieur est envahi par des tubercules dans toute son étendue: dans les parties supérieures il y a des tubercules crus, et, à la base, des granulations grises.

En réalité, cette jeune malade, femme au point de vue du développement de ses organes, n'était encore qu'une enfant au point de vue pathologique: elle a eu la tuberculisation du jeune âge: — tuberculisation généralisée et non point circonscrite, aiguë et non point chronique.

Mais elle n'avait pas seulement des tubercules à peu près partout, la tuberculisation pulmonaire a encore présenté chez elle cette localisation irrégulière qu'on observe dans l'enfance seulement, c'est-à-dire un développement qui s'opère parfois de la base au sommet, et non point toujours du sommet à la base, ainsi qu'il arrive chez l'adulte. Il en est résulté ce phénomène, insolite chez une femme et assez ordi-

naire chez un très-jeune enfant, de la production de cavernes à la base des poumons avant l'apparition de tubercules au sommet de ces organes.

On comprend maintenant comment, en tenant compte de la rareté des cavernes à la base des poumons chez l'adulte, alors qu'il n'en existe pas aux parties supérieures, et en considérant, d'autre part, que la pleurésie avec signes de cavernes, bien que rare, est relativement plus fréquente que cette forme insolite de la tuberculisation, il était plus rationnel de croire à la pleurésie qu'aux tubercules.

Il me reste maintenant, messieurs, à vous entretenir d'un signe qui me paraît avoir une certaine importance, parce que, dans les épanchements de la plèvre, il vient confirmer l'enseignement fourni par la matité thoracique: je veux parler de la *fluctuation intercostale*. Les chirurgiens avaient signalé la fluctuation des espaces intercostaux dans les cas où des épanchements thoraciques arrivaient à former une saillie à l'extérieur, comme cela s'observe quelquefois lorsque l'épanchement purulent finit par se faire jour à travers les parois de la poitrine, mais je ne sache pas que la *fluctuation intercostale* ait été indiquée comme signe de l'épanchement pleural. Voici comment j'ai été conduit à soupçonner, puis à rechercher, à constater cette fluctuation spéciale, enfin à la reproduire à volonté.

Depuis longtemps, pour pratiquer la percussion, je me sers du plessimètre et d'un marteau; en mesurant, chez les malades de mon service, l'étendue de la matité en frappant sur le plessimètre, la région hypothénar de ma main gauche appuyant sur la paroi de la poitrine, je ressentis chaque coup de marteau porté sur le plessimètre. Cherchant à me rendre compte si je ne percevais que des vibrations imprimées au thorax par le marteau, et transmises par les côtes elles-mêmes, je plaçai cette main de telle façon que la région hypothénar reposât en grande partie sur un espace intercostal; je crus sentir alors un mouvement de flot. Mettant alors mon doigt indicateur à plat dans un espace intercostal, je fis pratiquer la percussion entre divers espaces intercostaux, et je sentis parfaitement la fluctuation chaque fois que l'on percutait la poitrine: il me fut facile de constater par des expériences répétées la différence qui existait entre la vibration transmise par les parois et la fluctuation. — Dans le cas de vibration thoracique, on a sous la main une vibration en masse, tandis qu'en appliquant la face palmaire du doigt indicateur dans un espace intercostal, on a la sensation d'un flot liquide. — Cette fluctuation, que plusieurs d'entre vous ont pu constater comme moi, ne saurait faire l'objet d'un doute, lorsqu'on se place dans les conditions que je vous ai exposées; avec un peu d'habitude, on arrive facilement à la percevoir. Ajoutons que cette fluctuation n'est facilement appréciable que dans les cas d'épanchement assez considérable, et que, bien entendu, elle ne peut plus être perçue lorsque la ponction a été faite, tandis que les vibrations thoraciques dé-

terminées par la percussion existent toujours, quoiqu'il n'y ait plus de liquide dans la plèvre.

Je ne veux pas accorder à ce signe une importance exagérée, mais je devais vous le signaler.

Avant de vous parler de la paracentèse de la poitrine, importante question qui nous occupera pendant plusieurs séances, je tenais, messieurs, à traiter quelques-unes des questions nouvelles qui se rattachent au diagnostic de la pleurésie; il me sera plus facile maintenant d'exposer devant vous ce que j'ai à dire de la ponction thoracique, n'ayant plus à m'arrêter à des détails diagnostiques qui m'auraient forcé quelquefois à abandonner mon sujet principal.

PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

§ 1. — Observations. — Aperçu historique sur l'opération de la paracentèse de la poitrine, pratiquée pour les épanchements dans la cavité pleurale.

En 1855, je pratiquais la paracentèse de la poitrine chez une malade âgée de trente ans, qui était atteinte de pleurésie avec épanchement considérable.

Cette femme, couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard, s'était toujours parfaitement bien portée: elle nous avait, du moins, constamment répété que jamais elle n'avait éprouvé le moindre trouble sérieux dans sa santé jusqu'au moment où elle fut prise de l'affection qui l'amenait ici le 2 mai, et dont elle racontait ainsi le début:

Deux mois environ avant son entrée à l'Hôtel-Dieu, sans malaise précurseur, sans s'être exposée à un refroidissement, sans aucune cause appréciable, elle ressentit tout à coup une douleur de côté qui, pendant la nuit, fut excessivement violente. Le lendemain, cependant, elle se rendit à son travail, bien que sa douleur n'eût pas complètement cédé, et s'exaspérât sous l'influence du plus petit effort. Sa respiration était gênée, beaucoup plus courte que d'habitude; un peu de malaise général, d'inspiration, furent les seuls phénomènes généraux qui se manifestèrent pendant sept semaines; mais depuis huit jours ils avaient augmenté, de telle sorte que la malade fut obligée d'abandonner ses occupations pour garder la chambre et même le lit une grande partie de la journée.

Le 2 mai, elle ressentit un frisson; son oppression, jusque-là très-peu prononcée, le fut davantage, et, dans l'après-midi, elle se fit admettre à l'Hôtel-Dieu. Le soir, M. Beylard, mon chef de clinique, lui trouvait de la fièvre et constatait les phénomènes suivants:

À la première inspection, en faisant découvrir la poitrine, il fut frappé

de la déformation du thorax. Du côté gauche, il y avait une voussure considérable; la région sous-claviculaire était plus effacée qu'à droite, et dans les grands mouvements d'inspiration, ce côté gauche paraissait immobile. La percussion donnait une matité absolue, s'étendant de bas en haut, en avant, jusqu'à 4 à 5 centimètres au-dessous de la clavicule; en arrière, jusqu'à la crête de l'omoplate. Au-dessus du niveau de la matité, en avant comme en arrière, on retrouvait la sonorité; là aussi, en appliquant l'oreille sur la poitrine, on entendait du souffle bronchique et de la bronchophonie. Le souffle s'entendait dans toute la hauteur du scapulum; dans la fosse sous-épineuse, il y avait une égophonie très-nettement caractérisée.

La malade toussait, mais peu, et n'expectorait pas. Le mouvement fébrile était d'ailleurs très-moderé.

Le diagnostic était facile: il s'agissait bien évidemment d'un épanchement pleurétique considérable, mais d'un épanchement produit par une de ces singulières pleurésies qui, tout en n'étant accompagnées que de peu de symptômes généraux, amènent une exhalation séreuse très-abondante.

C'est là, en effet, messieurs, un fait remarquable sur lequel j'appelle déjà toute votre attention, à savoir, qu'il est une espèce de pleurésie dans laquelle, à en juger par les phénomènes généraux réactionnels, le mouvement inflammatoire est fort peu de chose, dans laquelle aussi les troubles fonctionnels dépendants de la lésion de l'appareil respiratoire sont si insignifiants qu'ils passent inaperçus. Ainsi, tandis que dans la pleurésie aiguë ordinaire, en même temps que la fièvre et les autres phénomènes réactionnels sont très-prononcés, il y a un point de côté violent, une gêne considérable de la respiration; dans l'espèce particulière de pleurésie dont nous parlons, en même temps que la fièvre est presque nulle, le point de côté est à peine sensible, la respiration semble se faire comme d'habitude. Eh bien! messieurs, fait plus remarquable encore, c'est cette *pleurésie*, en quelque sorte *latente*, qui donne lieu aux épanchements les plus excessifs. Les troubles que ces épanchements devraient entraîner sont, je le répète, si insignifiants en apparence, que les individus ne réclament que très-tard les secours du médecin, et que celui-ci ne peut arriver au diagnostic qu'au moyen des signes fournis par la percussion et par l'auscultation.

Ainsi notre malade est allée consulter deux médecins, et l'un d'eux à qui elle a demandé conseil pour des accidents qu'elle accusait du côté de la matrice, en voyant qu'elle était venue à pied chez lui, et qu'elle venait de monter ses étages sans se plaindre de la moindre oppression, ne soupçonna même pas qu'elle avait un épanchement dans la poitrine. Vous comprenez, messieurs, que si je vous signale cette particularité, ce n'est pas pour reprocher à notre confrère une erreur de diagnostic,