CHAPITRE II

POSITION DU MALADE

L'examen de la position et de l'attitude du malade peut assez souvent suggérer à un médecin expérimenté des conclusions étendues et importantes, aux points de vue du diagnostic et du pronostic. Quiconque aura considéré cet examen comme secondaire et indifférent, ne tardera pas à se convaincre par son expérience personnelle qu'il a, de gaieté de cœur, négligé des ressources d'exploration clinique absolument dignes d'attention. Commençons par la *position au lit d'une personne bien portante.* Un homme sain (chacun le sait par soi-même) occupe ordinairement au lit une position dorsale ou latérale. On n'oubliera pas que, couché sur le dos, on a les membres inférieurs en extension et en adduction, tandis que, en position latérale, on tient ordinairement les cuisses fléchies sur l'abdomen et les jambes sur les cuisses. La plupart des sujets ont l'habitude de dormir couchés sur le côté; beaucoup d'entre eux évitent la position dorsale de peur de ronfler, ce qui ne laisserait pas de troubler le sommeil de leur entourage.

Chacun a, dans la majorité des cas, sa position latérale préférée, surtout en se mettant au lit pour dormir. Les malades vous raconteront assez souvent qu'ils évitent de se coucher sur le côté gauche : les battements du cœur deviennent alors perceptibles, ce qui les empêche de s'endormir. On voit de temps en temps se développer des subtibilités pédantesques chez des sujets d'ailleurs sains de corps et d'esprit : certains s'imaginent ne pouvoir s'endormir que s'ils occupent tout d'abord la position latérale gauche pour ne se retourner à droite que quand ils sont fatigués de la position latérale gauche, et ainsi de suite. Que l'on vienne à troubler leurs habitudes, et le sommeil les fuit (1).

Dans beaucoup de cas, la position du malade ne diffère guère de celle qu'occupe un homme bien portant. Même malades, un grand nombre de personnes occupent au lit la position qu'ils ont l'habitude de prendre à l'état de santé. Cette *position* est alors dite *active* ou *librement choisie.* A ce propos je rappellerai qu'on voit assez souvent, dans nos salles, des malades dont le lit est tourné vers le mur occuper avec une persistance et

(1) Les enfants adoptent plus volontiers le décubitus latéral, et les personnes âgées le décubitus dorsal.

une prédilection incontestables la position latérale du côté opposé, par la raison bien simple qu'ils sont mieux à même d'observer tout ce qui se passe dans la salle et de s'entretenir d'une manière plus commode avec leurs voisins de lit. Observe-t-on des exceptions à cette règle, on est alors en droit d'en conclure soit que l'on a affaire à des personnes apathiques, maussades, et peut-être même à des misanthropes, soit que la position occupée par les malades n'est plus active, n'est pas choisie librement.

On parle de *position forcée ou passive* toutes les fois que le malade est obligé d'occuper une certaine position bien déterminée, soit par suite de sa débilité, soit parce qu'il veut se préserver de certains malaises que peut lui causer la maladie dont il est atteint. Les positions passives se divisent habituellement en dorsale, latérale, assise et abdominale; quant aux autres positions, elles sont exceptionnelles.

Parmi les positions passives, c'est à la *position collabée* qu'il faut assigner une signification pronostique défavorable, car elle nous avertit impérieusement de l'existence ou de la menace d'un état adynamique (collapsus virium). Cette position se présente sous deux formes. Dans bien des cas tout le corps du malade a glissé vers le bas du lit jusqu'à ce que les pieds soient retenus par la résistance qu'ils y rencontrent. N'ayant pas la force suffisante pour résister à la loi de la pesanteur, comme il le faisait pendant la santé, le corps se déplace vers le bas comme s'il s'agissait d'une masse inerte. Dans ces cas les cuisses sont ordinairement en flexion et abduction et les jambes fléchies sur les cuisses : cette attitude des membres inférieurs est commandée par le poids du tronc qu'ils supportent. Dans une autre forme de position collabée, les malades ayant, pour ainsi dire, creusé avec leurs fesses une fosse profonde dans le matelas du lit, s'affaissent vers cette excavation où convergent d'en haut le tronc et d'en bas les jambes.

Dans quelques cas, l'adynamie se manifeste aussi par la conservation persistante de la même position, même quand, à n'en pas douter, elle doit incommoder le malade ou qu'elle est extraordinaire, presque contre nature, en raison du défaut de force nécessaire pour la changer. On pourra en même temps observer encore d'autres signes de collapsus : nous attirerons surtout l'attention sur un signe très fréquent et important, l'abaissement de la température coïncidant avec l'accélération du pouls.

Les positions forcées sont très souvent observées au cours des maladies des organes respiratoires.

Nous commencerons par mentionner la *position forcée en cas de pleurésie.* La position du malade dans cette affection est différente suivant que la pleurésie est sèche ou avec épanchement : dans le premier cas, le malade persiste à rester couché sur le côté sain, tandis qu'il s'efforce de rester couché sur le côté malade toutes les fois qu'il s'agit d'une pleurésie avec épanchement, que celui-ci soit séreux, purulent, hémorragique ou putride. Les douleurs thoraciques ressenties par le malade, en cas de pleurésie sèche, du côté atteint par l'affection, sont en effet exagérées par la pression exercée sur ce côté. Aussi le malade cherche-t-il à éviter toute

pression sur le côté malade : voilà la raison instinctive qui le fait rester invariablement couché sur le côté sain. La pleurésie avec épanchement ne donne pas naissance à des douleurs, de sorte que, à ce point de vue, le malade pourrait très bien garder longtemps la position sur le côté malade. Mais le malade a encore une autre raison de rechercher cette position : c'est que la position sur le côté sain ne tarde pas à provoquer une dyspnée intense. En effet, il ne faut pas oublier que, en raison de la compression exercée sur le poumon du côté malade par l'épanchement pleural, l'entrée de l'air dans ce poumon est plus ou moins entravée. Que le malade repose sur le côté sain, le thorax de ce côté ayant à supporter le poids du corps, le poumon sain, lui aussi, aurait de la difficulté à aspirer l'air, ce qui en diminuerait la ventilation. Aussi le malade ne tarde pas à occuper la position sur le côté malade : de la sorte, le poumon sain tourné vers le haut est libre et ne supporte aucune charge, d'où son aptitude à prendre une part considérable aux processus respiratoires.

Il arrive assez souvent qu'une pleurésie primitivement sèche se transforme en pleurésie avec épanchement. Les processus qui évoluent dans la cavité pleurale se reflètent sur la position du malade : au début de l'affection, il repose sur le côté sain, mais au fur et à mesure qu'augmente l'épanchement, il tend de plus en plus à se mettre en position sur le côté malade.

Le décubitus abdominal forcé ne se rencontre que rarement dans la pleurésie ; on l'a noté dans le cas de pleurésie diaphragmatique.

Lorsque la cavité pleurale est remplie d'air (*pneumothorax*), ou, ce qui se rencontre plus souvent, contient de l'air et du liquide (*hydro-pneumothorax*) ; lorsqu'il s'y développe de grosses *tumeurs* (par exemple, des carcinomes ou des *kystes hydatiques* volumineux), dans tous ces cas les malades sont couchés sur le côté malade : les raisons en sont absolument identiques à celles que j'ai exposées à propos de la pleurésie avec épanchement.

On observe souvent des attitudes forcées dans toutes les affections bronchiques et pulmonaires qui s'accompagnent de *cavités* (cavernes, vomiques). Ce que l'on rencontre le plus souvent, ce sont des cavernes tuberculeuses formées aux dépens des masses tuberculeuses caséeuses expulsées par expectoration. Les cavernes pulmonaires consécutives à des abcès pulmonaires et à de la gangrène des poumons sont déjà beaucoup plus rares. Quant aux cavernes dues à des kystes hydatiques expectorés, elles constituent des exceptions. Ce sont les cavernes bronchectasiques qui, par leur fréquence, se rapprochent le plus des cavernes tuberculeuses des poumons.

Dans tous les cas que nous venons d'énumérer, la position qu'occupent les malades au lit dépend de l'abondance, mais surtout de la consistance des sécrétions qui séjournent dans les cavernes ou, ce qui revient au même, de l'abondance et de la consistance des crachats (expectoration). En cas de cavernes avec sécrétion peu abondante et visqueuse, les malades sont couchés sur le côté sain (cavernes tuberculeuses) ; au contraire, ils se

couchent sur le côté malade toutes les fois que les cavernes sont remplies de sécrétion abondante et fluide (abcès pulmonaires, gangrène pulmonaire, bronchectasie).

La façon dont les malades se comportent dans ces cas est aisée à expliquer. On sait que la toux et l'expectoration sont provoquées par l'arrivée des sécrétions des cavernes sur la muqueuse bronchique, dont la suscep-

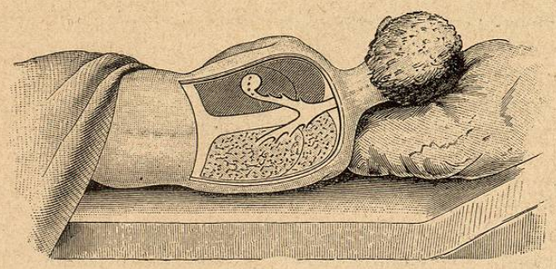

Fig. 1. — Malade couché sur le côté sain.

tibilité et l'irritabilité très grandes déterminent ce phénomène. Le malade n'a pas de quintes de toux tant que les sécrétions séjournent dans la caverne même. Représentons-nous maintenant un malade atteint d'une caverne avec sécrétion abondante et fluide ; contrairement à la règle énoncée plus haut, il est couché sur le côté sain. Que va-t-il se passer ? Il suffit de regarder la figure schématique ci-jointe (fig. 1), pour que les

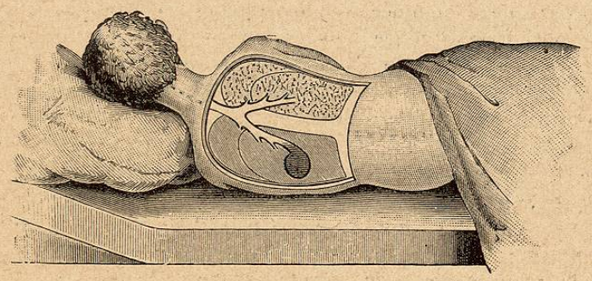

Fig. 2. — Malade couché sur le côté du poumon caverneux.

conséquences de cette position sautent aux yeux : la sécrétion formée dans la caverne va s'écouler sans cesse dans la bronche afférente, d'où des quintes de toux ininterrompues. En revanche, le malade est-il couché sur le côté malade, la sécrétion peut s'accumuler jusqu'à ce que la cavité en soit complètement ou presque complètement remplie. C'est alors seulement qu'elle viendra en contact avec la muqueuse de la bronche afférente (fig. 2). Aussi le malade choisit-il d'une manière inconsciente la

position sur le côté malade, car il s'est aperçu qu'elle l'expose moins aux quintes de toux que l'autre. La même explication s'offre aussi à l'observation suivante : les sujets atteints d'abcès pulmonaires et de gangrène pulmonaire ou de bronchectasie ne toussent et ne crachent que quelques fois dans une journée entière ; mais en revanche les masses expectorées chaque fois sont en quantité considérable et affluent simultanément par la bouche et le nez. Wintrich l'a dénommée justement expectoration à pleine bouche. Voici un exemple qui démontre clairement l'importance que présente, pour le diagnostic des cavernes, l'examen de la position que le malade occupe au lit : il n'est pas très rare de voir des cavernes si profondément enfouies dans le parenchyme pulmonaire que les procédés physiques d'exploration sont incapables de les déceler. Quelquefois seule la nature des crachats permettra de soupçonner leur existence.

Il convient, dans des cas semblables, de faire attention à la position du malade. Si, en cas de sécrétion fluide et abondante, le malade reste couché en permanence sur un seul et même côté, on est alors autorisé à penser que la caverne présumée est logée dans le poumon correspondant.

Dans les cavernes avec sécrétion visqueuse (cavernes tuberculeuses des poumons), celle-ci adhère à la paroi de la caverne et ne pénètre pas facilement dans la bronche afférente, aussi les malades peuvent-ils garder le décubitus latéral sur le côté sain. Il y a encore une autre raison qui porte les malades à préférer le décubitus sur le côté sain : c'est qu'une pleurésie sèche se développe assez souvent au niveau de la caverne.

On a observé, dans quelques cas rares de cavernes avec sécrétion fluide et abondante, les positions étranges suivantes : décubitus abdominal, position verticale (dénommée pseudo-orthopnée) et décubitus dorsal forcé. Lorsque la caverne est logée dans les portions antérieures du poumon et que sa bronche principale s'abouche dans la paroi postérieure de la caverne, c'est seulement en décubitus abdominal que le malade pourra se reposer pendant un temps prolongé ; s'il se met en décubitus dorsal ou latéral, la sécrétion ne tarde pas à atteindre la muqueuse bronchique. Le malade est assis sur le lit (position pseudo-orthopnéique) toutes les fois que la caverne se trouve dans les parties inféro-antérieures du poumon et que sa configuration et l'abouchement de sa bronche principale sont conformés de telle sorte que les sécrétions ne peuvent s'y accumuler en grande quantité que si le malade occupe cette position. Quant au décubitus dorsal forcé, on le constate toutes les fois que les cavernes occupent les parties postéro-inférieures des deux lobes inférieurs des poumons.

Les mêmes positions qu'en cas de cavernes avec sécrétion fluide sont occupées par les malades atteints de *pleurésie purulente enkystée* (*empyème*) et de *pyo-pneumothorax*, quand le pus s'est frayé une voie dans les poumons et les bronches. On a parfois rencontré dans ces cas des attitudes tout à fait extraordinaires. Henoch, par exemple, a observé un homme avec pyo-pneumothorax perforé qui se mettait de temps en temps

en décubitus dorsal et, la tête fortement penchée en bas, expectorait du pus en abondance. Grâce au soulagement que lui procurait l'expectoration du pus, il pouvait se reposer pendant un certain temps ; puis, le pus s'accumulait à nouveau en grande quantité, et le malade était pris de nouveaux malaises.

Une attitude morbide extrêmement fréquente chez les sujets atteints d'affections des voies respiratoires, c'est la *position orthopnéique*, dénommée aussi *orthopnée* tout court. Les malades s'y mettent dès qu'ils souffrent de dyspnée et, suivant le degré de la dyspnée, elle va du décubitus dorsal avec le tronc fortement élevé jusqu'à la position assise et même avec le tronc penché en avant. Les malades prennent cette attitude parce qu'ils s'aperçoivent que les excursions respiratoires du thorax qui, dans la position assise, n'a pas à supporter le poids du corps, s'accomplissent plus librement et avec moins de difficulté. Il faut y ajouter que dans cette attitude les muscles respiratoires, par exemple le grand pectoral, peuvent agir avec plus d'énergie. La position orthopnéique s'accompagne ordinairement d'autres signes indiquant des troubles de l'hématose ; qu'il nous suffise de rappeler pour mémoire, parmi les plus habituels et les plus importants, la cyanose de la peau et la mise en action des muscles respiratoires auxiliaires.

Il va sans dire que la position orthopnéique présente de l'importance non seulement au point de vue du diagnostic, mais encore à celui du pronostic ; en effet, les troubles de la respiration peuvent, le cas échéant, amener l'asphyxie.

C'est Traube qui a le premier attiré l'attention sur la différence à établir entre l'orthopnée et la pseudo-orthopnée. Le *primum movens* dans l'orthopnée, c'est le défaut d'air, tandis que dans la pseudo-orthopnée le malade a surtout en vue de se mettre à l'abri de certains autres malaises. En d'autres termes, dans la pseudo-orthopnée il peut même ne pas y avoir de cyanose, ni mouvements respiratoires plus pénibles à exécuter.

Lorsque les malades prennent l'attitude passive commandée par l'affection dont ils sont atteints, le pronostic est, sous certains rapports, plus favorable que s'ils gardent une attitude qui n'est pas en conformité avec la nature de la maladie. En effet, dans les derniers cas, nous avons affaire soit à des sujets si débilités qu'ils ne peuvent plus garder l'attitude passive, soit à des personnes à conscience si obnubilée qu'elles ne ressentent plus les malaises déterminant l'attitude anormale ; or, il est évident que ces deux éventualités commandent un pronostic défavorable.

Disons quelques mots de l'influence exercée par les *affections cardiaques* sur la position des malades. Notons que ce sont surtout les cardiaques qui se gardent bien, autant que possible, de prendre le décubitus latéral gauche : eux surtout sont sujets à des sensations désagréables, en raison des battements cardiaques perçus dès qu'ils se couchent sur le côté gauche. Par suite des troubles fréquents de la circulation pulmonaire les cardiaques présentent de la dyspnée ; aussi n'est-il pas étonnant

de voir beaucoup d'entre eux occuper au lit la position orthopnéique (1).

Le décubitus abdominal se rencontre de temps en temps dans la *périnite* chronique, presque toujours *tuberculeuse*. Les malades prétendent que, grâce à cette attitude, ils éprouvent dans la cavité abdominale des sensations moins pénibles et qu'ils respirent plus librement.

Les sujets atteints d'*affections douloureuses du foie* prennent habituellement le décubitus latéral gauche, et le décubitus latéral droit en cas d'*affections semblables de la rate* : la raison en doit être cherchée dans les efforts qu'ils font pour prévenir toute pression sur l'organe sensible. En revanche, si ces organes sont augmentés de volume et indolores, les malades affectent habituellement le décubitus latéral droit dans les affections du foie, et le décubitus latéral gauche dans celles de la rate ; dans la position contraire les viscères hypertrophiés et très alourdis tireraient sur les ligaments suspenseurs, ce qui aurait pour résultat des sensations douloureuses et pénibles.

L'attitude des malades peut devenir d'importance capitale pour le diagnostic des *calculs néphrétiques*. En faisant lever les malades on s'apercevra que l'épaule du côté malade est abaissée ; en d'autres termes, la colonne vertébrale décrit une courbe à convexité tournée vers le côté sain ; le corps est penché en avant. Détail aisé à noter dès que l'on fait marcher les malades : le membre inférieur du côté malade n'est posé sur le sol qu'avec beaucoup de précautions, et les malades le font avancer avec grande prudence en faisant exécuter plutôt au bassin un mouvement de rotation. Cette attitude caractéristique peut persister des semaines et même des mois, en l'absence même de tout autre signe de calculs rénaux.

D'après Leube, il serait très important, au point de vue du diagnostic de l'*ulcère rond de l'estomac*, de constater que les douleurs épigastriques se déclarent ou s'exagèrent quand le malade se met en décubitus latéral gauche. En cas d'inflammation du cæcum, de l'appendice et des tissus environnants (typhlite, appendicite, péri et para-typhlite), les malades gardent d'une manière persistante le décubitus latéral droit avec la cuisse droite fléchie sur le bassin et la jambe fléchie sur la cuisse : de la sorte ils font relâcher autant que possible les parois abdominales et préviennent toute tension dans le voisinage des foyers inflammatoires.

Les sujets atteints d'affections nerveuses prennent des attitudes très caractéristiques. En cas de *paralysie unilatérale* (*hémiplégie*), les malades ont l'habitude de coucher sur le côté affecté : ils présentent, pour ainsi dire, une position collabée unilatérale. Pour changer de position, ils ont besoin qu'on vienne à leur aide. Un coup d'œil jeté sur ces malades suffit déjà pour porter le diagnostic d'hémiplégie.

(1) Ce sont surtout les malades atteints de lésions mitrales qui présentent la position orthopnéique ; on les désigne communément sous le nom de *cardiaques assis*, par opposition aux *cardiaques couchés*, appellation appliquée aux aortiques, qui se préservent par le décubitus des vertiges et autres signes d'anémie cérébrale.

L'attitude que prennent les *méningitiques* est on ne peut plus frappante. La tête est en extension forcée, l'occiput vient presque en contact avec la nuque et s'enfonce profondément dans l'oreiller. Toute tentative de flexion de la tête échoue invariablement : les muscles de la nuque, en contracture tonique, y opposent une résistance invincible (raideur de la nuque si redoutée des médecins).

Le *tétanos*, lui aussi, provoque des attitudes particulières et facilement reconnaissables. Ce qui frappe dès le premier abord, c'est la raideur et la rigidité généralisées. Les malades ne s'appuient parfois que sur l'occiput et les talons ; le dos, en raison de la contracture des muscles dorsaux, décrit une courbe à convexité antérieure (opisthotonos), de sorte que l'on peut sans difficulté aucune interposer la main entre le dos et le matelas (1).

Dans la *tétanie*, les membres supérieurs prennent par accès des attitudes très étranges : les mains et les doigts sont en flexion forcée, les doigts sont en outre en adduction les uns par rapport aux autres ; cette attitude rappelle celle de l'accoucheur qui s'apprête à introduire sa main dans le vagin d'une parturiente. Nous nous contenterons de ces quelques exemples, force nous est de renoncer à décrire en détail les attitudes caractéristiques que prennent les malades par suite de l'atrophie, des paralysies et des contractures des muscles isolés.

Nous ne pouvons non plus nous arrêter à décrire les attitudes anormales provoquées par les différentes *affections articulaires*. En terminant ces considérations sur l'attitude des malades, nous attirerons l'attention sur une affection musculaire que l'on peut reconnaître au premier coup d'œil. Nous voulons parler de la *trichinose*. Il est assez fréquent de voir la flexion permanente des avant-bras sur les bras, en raison de la contracture persistante du biceps traversé de part en part par les trichines.

(1) On décrit aussi l'emprosthotonos, déterminé par la contracture généralisée des muscles fléchisseurs, et le pleurosthotonos, provoqué par la contracture des muscles d'un seul côté du corps.