

les bruits de scie, ont été généralement observés avec les rétrécissements considérables des orifices cardiaques. Cette considération de la tonalité m'a permis dans quelques cas d'attribuer à deux origines différentes des bruits qu'on entendait simultanément à la pointe et à la base, et qui ne paraissaient être, à quelques personnes, que la propagation du même bruit dans deux directions différentes. Un bruit propagé diminue d'intensité à mesure que l'on s'éloigne de son point d'origine, mais il conserve la même tonalité, et quand la tonalité du bruit n'est pas la même dans deux points, on est en droit d'affirmer qu'on a affaire à une double lésion. Peut-être cette considération de la tonalité du bruit de souffle pourra-t-elle servir à faire distinguer les insuffisances simples ou avec dilatation des orifices de celles qui sont accompagnées de rétrécissements.

A propos de la tonalité des bruits du cœur, je ferai une dernière remarque, c'est que des bruits très-aigus, quoique plus forts, peuvent donner à la main une sensation de frémissement vibratoire moindre que celle qui est produite par des bruits graves, quoique moins intenses à l'oreille; il est facile d'expliquer ce phénomène par cette loi physique qui veut que les sons les plus graves produisent des vibrations plus lentes et plus étendues, et partant plus appréciables pour la main.

MODIFICATIONS DU DIAMÈTRE DE LA POITRINE (1)

Sommaire. — Changements dans les dimensions verticales de la cage thoracique. — Moyen de les apprécier. — Variations de direction de la douzième côte. — Conditions pathologiques qui modifient l'obliquité des côtes.

MESSIEURS,

Dans l'étude des modifications que les maladies apportent à la configuration et aux dimensions de la poitrine, les médecins se sont presque exclusivement occupés de l'étendue transversale de cette cavité. On a inventé des instruments et des méthodes ingénieuses pour apprécier avec exactitude les dilatations et les rétrécissements du thorax : tout le monde connaît les intéressantes études de M. Woillez sur ce sujet. Les changements dans les dimensions verticales de la cage thoracique peuvent, dans certains cas, fournir au diagnostic d'utiles renseignements.

On peut apprécier les modifications survenues dans l'étendue verticale d'un des côtés d'une poitrine régulièrement conformée en comparant en arrière l'inclinaison des deux dernières côtes, et en avant la hauteur relative des rebords costaux dans chaque hypochondre; mais les cartilages qui forment ceux-ci étant peu mobiles subissent rarement dans leur position des changements notables; la direction de la douzième côte, que sa mobilité a fait nommer côte flottante, offre des variations beaucoup plus fréquentes et plus facilement appréciables.

Quand le diamètre vertical de la cavité thoracique est agrandi, le diaphragme refoulé en bas entraîne dans ce sens les côtes auxquelles il s'attache; la douzième côte devient plus oblique. Lorsque cet agrandissement est borné à un seul côté, de ce côté là seulement cette côte présente une inclinaison plus accentuée, et son bord inférieur est situé plus

(1) Extrait d'une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu et publiée dans *l'Union médicale*, n° 95, août 1866.

bas que le bord inférieur de sa congénère, si on les compare à une égale distance de la crête épineuse; en même temps elle se rapproche du rachis. L'espace qui sépare son bord inférieur des vertèbres est moindre que du côté opposé.

L'emphysème généralisé détermine un agrandissement notable du diamètre vertical de la poitrine et augmente l'obliquité de la dernière côte. Dans les épanchements pleurétiques d'une médiocre abondance les dernières côtes peuvent rester à la même hauteur, mais il n'en est pas de même dans ceux qui remplissent toute la cavité de la plèvre, et dans ceux qui restent emprisonnés entre la base du poumon et la face convexe du diaphragme. Je regarde ce signe comme un des plus importants pour constater ce genre d'épanchement, surtout quand il succède aux symptômes de la pleurésie diaphragmatique.

Dernièrement, chez une femme dont le foie était distendu par des kystes hydatiques, la constatation d'une matité occupant le tiers inférieur de la poitrine avait fait supposer à un chirurgien habile que le diaphragme était refoulé en haut par le développement de la poche hydatique; l'obliquité de la dernière côte me fit conclure à l'existence d'un épanchement pleurétique que d'autres signes vinrent affirmer. Il était évident que si le diaphragme avait été repoussé en haut, la dernière côte eût suivi le mouvement ascensionnel.

Le pneumothorax produit au plus haut degré l'obliquité plus grande et l'abaissement de la dernière côte.

Après la résorption des épanchements pleurétiques, en même temps que le côté affecté s'affaisse et devient plus étroit, son diamètre vertical diminue par la convergence des côtes; Laennec a signalé ce fait, et c'est peut-être la seule circonstance dans laquelle il indique un changement apporté à la hauteur de la cavité thoracique.

Nous rappellerons, en terminant, que nous avons supposé la poitrine régulièrement conformée. Le rachitisme peut modifier l'obliquité des côtes qui convergent dans le sens de la concavité des courbures rachidiennes et s'étalent en s'écartant du côté de leur convexité.

PLEURÉSIE DIAPHRAGMATIQUE (1)

Sommaire. — Considérations historiques. — Opinion de Laennec. — Observations d'Andral. — J. Frank.

Phénomènes du début. — Points douloureux. — Bouton diaphragmatique. — Points phréniques. — Douleurs réflexes sus-claviculaires. — Caractères de la toux. — Signes fournis par la percussion. — Modifications de la tonalité. — Troubles des fonctions digestives. — Phénomènes généraux (fièvre, délire, etc.).

Diagnostic. (Péricardite. — Péritonite périhépatique. — Hépatite. — Méningite. — Rhumatisme du diaphragme.)

Pronostic. — Anatomie pathologique. — Traitement.

MESSIEURS,

Aucune affection peut-être ne manifeste les vicissitudes de la science d'une manière plus frappante que la *pleurésie diaphragmatique*. Considérée comme une maladie très-importante et très-grave par les anciens qui lui avaient imposé le nom de *paraphrénésie*, elle trouve à peine une place dans les traités récents de pathologie; pour Laennec, elle constitue un cas, dont il ne s'occupe qu'à un point de vue purement anatomique. La plupart des auteurs qui ont écrit après lui ne la mentionnent qu'en passant, sans en décrire les symptômes caractéristiques. Je me hâte d'excepter le *Traité de clinique médicale* de M. Andral, qui renferme cinq observations pleines d'intérêt, suivies de réflexions, où la physionomie distinctive de cette affection est esquissée en traits rapides, mais saisissants. Ayant eu l'occasion d'observer plusieurs fois cette variété de pleurésie, et frappé de certains phénomènes qui m'ont paru pouvoir fournir à la discussion clinique un sujet intéressant, j'ai complété mes observations par les documents que j'ai pu trouver dans les ouvrages classiques. C'est à l'ouvrage de M. le professeur Andral que j'ai fait les plus larges emprunts. J'ai eu surtout en vue la détermination des signes qui peuvent éclairer et préciser le diagnostic de cette affection.

Si, dans la langue hippocratique, le mot de *paraphrénésie* paraît avoir

(1) Leçons extraites en partie des *Arch. gén. de médecine*, septembre 1853.