

des inflammations d'anémique, dont le traitement est et doit être antiphlogistique, mais gradué sur sa nature d'anémique et antiphlogistique néanmoins. C'est une simple question de mesure. Mais on ne doit pas désarmer devant l'anémie, et le péril est souvent plus dans l'abstention que dans l'action.

Je termine ici cette longue étude sur les *points de côté*, où j'ai essayé de vous faire voir le rôle énorme des nerfs intercostaux, diaphragmatiques ou du plexus cardiaque dans la pathogénie de ces douleurs. J'espère vous avoir montré comment, par une rapide analyse du contenant et du contenu de la poitrine, on arrive facilement à diagnostiquer la nature d'un point de côté et à en reconnaître la raison anatomique comme la cause originelle; je vous ai donné l'idée mère, je vous ai signalé les faits: à vous de combler les lacunes, s'il en est.

VII

LA PLEURÉSIE

VINGT-SIXIÈME LEÇON

Pleurésie et ses signes physiques. — Matité à forme parabolique et matité à ligne de niveau. — La forme parabolique due au décubitus et à la nature de l'exsudat. — Expérience du flacon. — Valeur diagnostique et pronostique de la courbe parabolique dans la pleurésie. — Souffle avec égophonie et souffle sans égophonie. — Vastes épanchements et moignon pulmonaire. — Toux pleurétique et son mode de production. — Quintes de toux par brusque déplacement du malade; pourquoi. — Valeur séméiotique de la quinte de toux par déplacement, suivant que celle-ci est sèche ou humide. — Pourquoi la toux cesse quand augmente l'épanchement. — Décubitus dans la pleurésie. — Décubitus unilatéral forcé dans les vastes épanchements. — Suffocation subite dans le décubitus opposé. — Valeur de ce signe. — Comment se tient et marche un pleurétique qui porte un vaste épanchement.

MESSIEURS,

Au n° 41 de notre salle des hommes se trouve un malade de trente-quatre ans, maigre, pâle, et d'une assez médiocre constitution: il n'a aucun antécédent fâcheux, et paraît n'avoir jamais été sérieusement malade. Il y a huit jours, il fut pris de frisson en rentrant chez lui; ce frisson n'avait rien de l'éclat ni de l'intensité qui caractérisent le frisson initial d'une phlegmasie parenchymateuse; c'était plutôt une horripilation avec sentiment de froid. Bientôt après, il ressentit une douleur dans le côté droit de la poitrine, puis une gêne assez marquée de la respiration et un besoin irrésistible de tousser; cette gêne était notablement augmentée par la douleur, laquelle s'exaspérait au moment des

quintes de toux; le malade était couché sur le dos et ne pouvait garder aucune autre position.

Voilà déjà quelques signes qui permettent de soupçonner l'affection dont cet homme est atteint; ces signes nous sont fournis par le mode de l'invasion. Dans la pneumonie, en effet, le frisson est éclatant et violent; la douleur, tardive et profonde, n'est que faiblement accusée par les malades. Dans la pleurésie, au contraire, le frisson est modéré, et la douleur, prompte à se manifester, est extrêmement aiguë, ainsi qu'il est arrivé chez notre malade. L'époque d'apparition de la douleur et son acuité, aussi bien que le degré d'intensité du frisson, tels sont les points de repère dans le diagnostic de la pneumonie et de la pleurésie au début. De plus, la matité occupait en totalité les deux tiers inférieurs de la gouttière costo-vertébrale droite. Nous voici donc déjà, même sans le secours de l'auscultation, plus avancés que les anciens, pour lesquels *douleur pleurétique* voulait simplement dire « douleur de côté », et qui désignaient sous le nom de *pleurésie* toute maladie « avec point de côté ». Y avait-il expectoration, c'était la pleurésie *humide*; l'expectoration manquait-elle, c'était la pleurésie *sèche*, c'est-à-dire, en réalité, la véritable pleurésie. Ces mots de *pleurésie sèche* et *humide* ont reçu de nos jours une tout autre acception.

Poursuivons notre diagnostic. Le lendemain de son entrée, le malade avait une fièvre intense et la peau chaude; la température s'était élevée à 40 degrés dans l'aisselle. L'auscultation révélait, vers la base du côté droit, une crépitation très évidente, qui remontait vers la partie moyenne de ce côté de la poitrine; un bruit de souffle sans rudesse au-dessous du point où se percevait la crépitation, et un retentissement de la voix qui se rapprochait plus de la bronchophonie que de l'égophonie. Vous le voyez, messieurs, deux nouveaux signes militaient en faveur d'une pneumonie, à savoir : la crépitation et l'élévation marquée de la température, Wunderlich n'ayant presque jamais vu, dans la pleurésie, la température s'élever au-delà de 39 degrés. Le lendemain, néanmoins, malgré la persistance de la crépitation et la température constatée la veille, vous m'avez vu maintenir mon diagnostic : l'expectoration était, en effet, uniquement spu-

meuse et sans coloration spéciale; or, il me paraissait impossible qu'une pneumonie aussi étendue que l'aurait dû faire supposer la matité constatée, pût exister sans donner lieu à l'expectoration caractéristique que vous connaissez.

Mais ce qui donnait au diagnostic un haut degré de certitude, c'était la forme toute spéciale, et pour ainsi dire géométrique, de la *ligne de contour de la matité*. En effet, la matité ne siégeait pas seulement aux points les plus déclives de la région dorsale, elle était limitée par une ligne courbe à convexité supérieure. Eh bien, ce signe, à lui seul, voulait dire « épanchement dans la plèvre et épanchement d'une certaine nature », ainsi que vous l'allez voir.

Arrêtons-nous un instant sur ce signe, découvert en 1843 par un élève très distingué du professeur Piorry, le docteur Damoiseau (1). Il y a là un problème clinique sur lequel il est bon d'arrêter un peu votre attention.

La courbe de cette matité est de l'ordre des sections coniques : c'est celle qu'on obtiendrait en faisant passer *obliquement* un plan sécant à travers la cavité du thorax. Or, rien n'est plus facile que de concevoir comment la matité d'un épanchement et d'un épanchement d'une certaine nature, est précisément limitée par une semblable courbe.

Ayez, je vous prie, présentes à l'esprit les données suivantes : la position du malade sur le plan incliné du lit, la forme du thorax, la présence d'un épanchement dans la cavité pleurale, la nature de cet épanchement, enfin l'action de la pesanteur, et vous aurez tous les éléments de solution du problème de séméiotique dont je veux vous donner l'explication.

Si le malade était *horizontalement* couché sur le dos, le liquide, obéissant à la pesanteur, se réunirait dans *toute l'étendue* de la gouttière costo-vertébrale, qui est la partie la plus déclive du dos; mais comme le malade est couché sur un plan incliné, le liquide se masse à la partie inférieure de cette gouttière. Voilà un premier fait tout physique, et où n'intervient que la pesanteur.

En voici un autre, physique et physiologique à la fois, dans lequel va intervenir la NATURE du *liquide épanché*. C'est pour n'avoir

(1) *Recherches cliniques sur plusieurs points du diagnostic des épanchements pleurétiques*, dans *Archives de médecine*, octobre 1843, p. 129.

tenu aucun compte de la nature du liquide exsudé que Damoiseau n'a pas pu tirer de sa découverte tout le parti que je vais essayer d'en tirer moi-même.

Supposons, en premier lieu, le liquide complètement *séreux*, c'est-à-dire ayant une fluidité comparable à celle de l'eau ; dès que le malade quittera la position couchée pour prendre la station assise, ou, en d'autres termes, dès que le tronc d'oblique deviendra vertical, le liquide, très fluide par hypothèse, et par suite très docile à la pesanteur, abandonnant la gouttière costo-vertébrale et glissant vers la base de la poitrine, se réunira sur le plan que lui offre le diaphragme. La percussion pratiquée alors donnera une ligne de niveau horizontale, et comme le thorax peut être comparé à un cône, le plan qui passerait par cette ligne de niveau aurait des contours à peu près circulaires.

Supposons maintenant le liquide entièrement *fibrineux*, c'est-à-dire à peine fluide ; lorsque le malade se mettra le tronc dans la position verticale, le liquide, doué de propriétés adhésives, n'obéira que lentement et difficilement à la pesanteur, et la plus grande partie en restera adhérente aux points de la gouttière costo-vertébrale primitivement occupés ; de sorte que l'exsudat, dans la position verticale qu'a prise le malade, conserve à peu près la même disposition qu'il affectait quand le tronc était sur un plan incliné ; aussi la ligne de niveau de la matité — et c'est là que j'en voulais venir — ne sera-t-elle plus horizontale comme tout à l'heure, mais oblique à l'axe du cône thoracique, et le plan qui passerait par cette ligne de matité donnerait une ligne d'intersection de forme à peu près parabolique.

Supposons enfin que l'épanchement soit *séro-fibrineux* : il se ramassera comme les précédents aux points les plus déclives du thorax, le malade étant couché ; puis, dès qu'il s'assoira, la partie séreuse de l'épanchement glissera vers la base de la poitrine et sur le diaphragme, laissant, comme une eau boueuse qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne ; de sorte qu'on aura par la percussion : 1° aux points naguère occupés par la totalité de l'épanchement, de la matité superficielle due à la présence de la matière fibrineuse restée collée aux parois de la poitrine ; et 2° dans une zone inférieure, une matité profonde

et absolue causée par la masse séreuse qui a glissé sur ces points. Et ces deux matités réunies seront limitées par une ligne courbe à sa partie supérieure (matité de la matière fibrineuse), ligne qui devient horizontale en se prolongeant vers les parties latérales et inférieures (matité de la sérosité). Et ce que j'ai dit de la sérosité restée adhérente aux parois de la poitrine est vrai, *à fortiori*, des fausses membranes exsudées sur place et adhésives de leur nature.

Une expérience des plus simples va rendre évident ce que je viens de vous dire.

Soient deux vases transparents, l'un contenant de l'eau et l'autre une matière visqueuse et colorée, telle que du goudron.

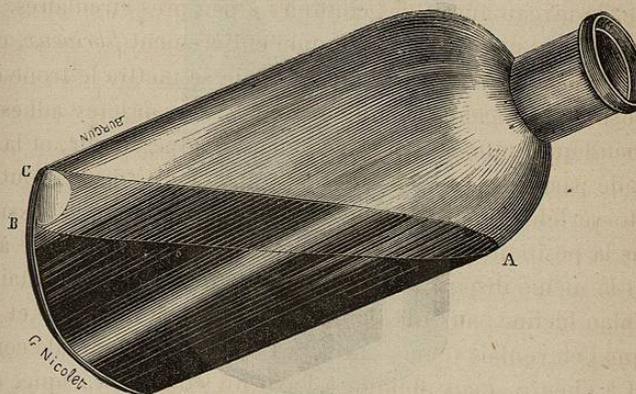


Fig. 36.

Quelle que soit la position que j'imprime au vase qui contient l'eau, celle-ci, étant très fluide et non adhésive, se ramasse aux parties inférieures, et suivant une ligne de niveau parfaitement horizontale. Au contraire, si le liquide est visqueux comme dans le vase qui contient du goudron, voici ce qui arrive : le flacon (fig. 36) étant placé dans une position oblique analogue à celle d'un malade couché dans un lit, le liquide s'accumule naturellement aux parties inférieures, de façon que le plan qui le limite supérieurement est horizontal, et l'intersection de ce plan avec les parois du flacon est exactement une parabole ABC. Si main-

tenant je replace ce flacon dans la position verticale (fig. 37), la partie la plus fluide du goudron se précipite au bas du vase, et la limite supérieure de cette partie fluide est la ligne de niveau circulaire A'B'; tandis que la portion visqueuse, restée adhérente aux parois, est précisément disposée suivant les contours de la

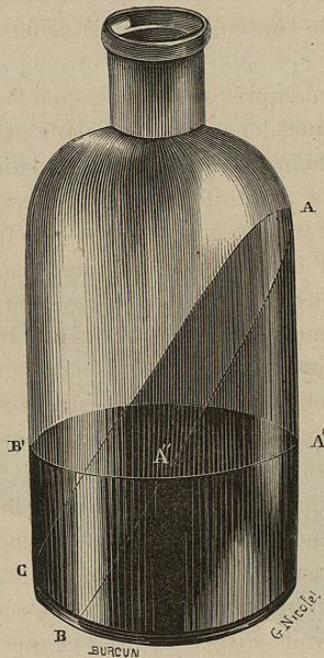


FIG. 37.

parabole primitive ABC. Vous voyez que cette parabole se raccorde avec la ligne de niveau suivant un angle obtus AA'B', ouvert en haut et en dehors.

Vous comprenez d'ailleurs que la percussion de toute la couche parabolique (fig. 37) ne donnera naissance qu'à une matité relative, tandis que la matité sera absolue dans toute la couche horizontale. C'est ce que je vous ai fait constater sur les malades.

Eh bien, messieurs, le flacon qui contient l'eau, c'est la poitrine envahie par de la sérosité fluide; le flacon qui renferme le goudron, c'est la poitrine où l'épanchement est surtout fibrineux.

S'il y a peu de goudron, tout reste collé aux parois du vase, et il n'y a pas de ligne horizontale quand, d'oblique, le vase redevient vertical : si la masse du goudron est considérable et surtout si celui-ci est mélangé à de l'eau, une partie reste adhérente et dessine la parabole; une autre, plus fluide, glisse en bas et se place horizontalement. Et vous avez ainsi l'image de ce qu'est une cavité pleurale contenant à la fois de la matière fibrineuse et de la sérosité.

Vous avez déjà compris, messieurs, qu'à l'aide de ces détails presque géométriques, on peut non seulement reconnaître l'existence d'un épanchement, mais encore en induire la *nature* du liquide épanché, et par suite faire le pronostic et formuler les bases d'un traitement rationnel. Mais n'anticipons pas.

Avant d'aborder ces importantes questions, laissez-moi vous rappeler des notions élémentaires de physiologie pathologique.

Vous savez qu'une phlegmasie de membrane séreuse donne naissance à trois sortes d'exsudats : si la phlegmasie est franche, l'exsudat est fibrineux, c'est-à-dire adhésif et comme glutineux; si l'hypérémie phlegmasique est moins franchement inflammatoire, l'exsudat sera séro-fibrineux; enfin il sera tout à fait séreux, c'est-à-dire tout à fait liquide et en aucune sorte adhésif, si le mode de cette hypérémie tend à se rapprocher de l'hypérémie sécrétoire.

Ainsi, tantôt l'exsudat est fibrineux, tantôt séro-fibrineux, et tantôt enfin il est presque exclusivement séreux. Chez notre malade du n° 41, vous voyez, par tout ce que je vous ai dit des conditions physiques de la question, et de la forme de la courbe de matité lorsqu'il était assis, que son épanchement était séro-fibrineux avec prédominance des fausses membranes sur la sérosité.

Le pronostic s'en déduit immédiatement, comme vous le verrez tout à l'heure.

Mais, avant d'aborder cette importante question, que j'aurai soin de généraliser, laissez-moi revenir aux tracés plessimétriques de Damoiseau.

Les courbes paraboliques qu'il a signalées sont des courbes *latérales*, c'est-à-dire constatées sur des malades qui se couchaient sur le côté affecté. Au contraire, quand le malade se couche *sur*

le dos, comme notre homme du n° 41, la courbe n'est qu'une moitié de parabole. Vous le comprenez sans qu'il soit nécessaire d'insister.

Le même auteur a aussi fait connaître une curieuse conséquence de sa découverte : c'est l'existence de courbes paraboliques superposées, à dimensions variables, lesquelles indiquent, par leur superposition, le degré d'augmentation d'un épanchement.

Nous avons eu le soin, messieurs, d'utiliser cette notion en sens inverse pour ainsi dire, c'est-à-dire que nous l'avons appliquée à la mensuration de la résorption de l'épanchement. Vous nous avez vu chaque matin mesurer la courbe que présentait notre malade : c'est ainsi que le premier jour nous avons constaté une courbe dont le rayon vertical, mesuré à partir d'un point fixe situé à 8 centimètres de la colonne vertébrale, était de 17 centimètres et demi ; la deuxième courbe, prise le lendemain, et mesurée dans les mêmes conditions, ne donnait plus que 12 centimètres et demi ; la troisième ne marquait que 10 centimètres ; la quatrième, 12 centimètres, et la cinquième, la dernière que nous ayons recherchée, ne mesurait que 11 centimètres. Vous voyez donc, messieurs, que la notion de ces courbes successives donne exactement la mesure de la résorption de l'épanchement. Cette mesure est, comme vous le voyez, assez exacte, puisque nous avons pu constater, pendant la période de résolution, une augmentation de 1 centimètre qui accusait un léger accroissement.

D'un autre côté, M. Damoiseau a constaté, et cette conclusion diagnostique a sa valeur, que, si l'épanchement augmente, au lieu d'une ligne courbe on a par la percussion une ligne de niveau horizontale. Rappelez-vous mon expérience du vase contenant de l'eau pure, et concluez alors que cette ligne de niveau horizontale vous indique l'existence d'un épanchement séreux.

Piorry a démontré que cette ligne de niveau se déplace suivant les mouvements du malade ; et c'est là un signe important de l'existence d'un épanchement non moins que de sa fluidité. Vous avez pu juger dernièrement de la valeur de ce signe.

Un homme était entré dans notre service de la Charité, salle

Saint-Charles, n° 6 ; il avait eu, deux mois auparavant, un point de côté vite disparu, n'y avait pris aucunement garde, et avait persisté à travailler ; il ne se plaignait que d'être légèrement oppressé. Il y avait de la matité dans toute l'étendue de la poitrine en arrière et à droite ; en avant, cette matité remontait jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du mamelon, le malade étant couché. Mais parce que, malgré cette matité, on entendait en arrière la respiration vaguement et comme dans le lointain, le chef de clinique croyait qu'il n'y avait que des fausses membranes assez épaisses pour produire la matité et amoindrir le murmure vésiculaire. Cependant le fait de la ligne de matité en avant me portait à croire qu'il y avait là du liquide se prolongeant en nappe. La vérification de ma supposition était chose facile, grâce au signe indiqué par Piorry. Je déterminai devant les élèves la ligne de matité antérieure, le malade étant couché ; puis je le fis asseoir. « S'il n'y a que des fausses membranes, disais-je, la ligne de matité restera invariable ; si c'est du liquide qui lui donne naissance, elle va s'élever dès que le malade se sera mis le tronc dans la position verticale. » Et c'est ce qui eut lieu : le malade s'étant assis, la matité s'éleva de 5 centimètres suivant une ligne horizontale et dépassa de beaucoup le niveau du mamelon. Certain désormais de la présence d'un épanchement que je dis même devoir être fort abondant, je fis, séance tenante, devant les élèves la ponction de la poitrine et retirai près de 3 litres de sérosité légèrement fibrineuse. Le malade, assez stoïque, et qui ne se plaignait jamais, sinon d'être un peu gêné la nuit pour respirer, avoua cependant qu'il était « joliment débarrassé ». Le liquide ne se reproduisit pas, la constitution étant bonne, et cet homme sortit guéri à quelque temps de là.

Toutes ces données sont précieuses, non seulement pour distinguer l'épanchement fibrineux de l'épanchement séreux, mais même pour établir l'existence de la pleurésie ; car il est à peu près impossible, ou tout au moins invraisemblable, qu'une pneumonie se révèle par une matité à forme parabolique ou arrondie ; et il est impossible que des fausses membranes puissent se déplacer suivant une ligne de niveau.

Continuons l'histoire clinique de notre malade du n° 41. Le lende-

main de son entrée, le souffle et l'égophonie étaient très évidents; le surlendemain, le souffle disparaissait, mais l'égophonie persistait, et l'on entendait toujours la crépitation, dont je vous ai déjà parlé, laquelle avait fait croire pendant un instant à l'existence d'une phlegmasie pulmonaire. Cette fausse *crépitation de la pleurésie* peut recevoir deux interprétations. Trousseau croyait que, dans ce cas, il y avait une véritable crépitation, due à l'inflammation concomitante de la partie superficielle du poumon en rapport de contiguïté et presque de continuité avec l'épanchement et les fausses membranes. La plèvre viscérale enflammée réagirait par le simple contact sur le parenchyme pulmonaire, de même qu'au contact de l'inflammation érysipélateuse de la peau il se fait une infiltration fibrineuse du tissu cellulaire sous-cutané. Je préfère une autre interprétation : je pense, avec Damoiseau, que cette crépitation est produite par un mécanisme analogue à celui qui détermine le frottement pleural; c'est la locomotion du poumon qui fait frotter l'une sur l'autre les deux plèvres recouvertes de fibrine à l'état granuleux; c'est toujours un frottement pleural, mais moins rude que celui qui s'entend au niveau des fausses membranes; et cette différence de rudesse tient justement à ce que les conditions physiques du phénomène ne sont pas les mêmes, la fibrine granuleuse étant plus molle et moins rude que celle qui constitue les fausses membranes.

Cette crépitation, messieurs, est un bon signe du début de la pleurésie; elle précède l'épanchement, qui, par sa présence, écarte les deux feuillets de la plèvre, et par conséquent s'oppose à cette fausse crépitation. Ce phénomène se produit de nouveau lorsque l'épanchement a disparu, ou tout au moins lorsqu'il a diminué, de façon à permettre le frottement des deux plèvres devenues rugueuses par le dépôt de la fibrine; c'est alors une sorte de crépitation de retour, moins fine que la première, parce que la fibrine a été comme boursouflée par l'exsudat séreux. Vous l'avez entendue, messieurs, cinq ou six jours après l'entrée de notre malade à l'hôpital, et vous l'avez entendue, j'insiste à dessein sur ce point, dans le lieu même où, la veille, le souffle et l'égophonie, c'est-à-dire les deux signes caractéristiques d'une pleurésie, étaient manifestes.

Plus tard, vous avez perçu une autre variété de frottement, celle qui est connue sous le nom de *bruit de cuir neuf*, de frottement pleural; je n'insiste pas sur ce signe, puisque je lui reconnais des conditions d'existence analogues à celles qui déterminent la fausse crépitation.

Je voudrais maintenant, pour compléter la partie séméiotique de cette leçon, vous donner l'explication de quelques signes de la pleurésie et étudier les particularités propres à quelques-uns d'entre eux. Voyons d'abord ce qui est relatif au souffle : il s'entend le plus souvent dans les points qui correspondent à la ligne de niveau; il est moelleux et presque doux, si on le compare au souffle rude de la pneumonie.

Chez notre malade, il était intense, quoique doux, et on l'entendait, *par transmission*, du côté sain. C'est là une cause d'erreur assez fréquente et qui tient à l'une des deux conditions suivantes : la *minceur* des parois thoraciques chez l'enfant, et leur *maigreur* chez l'adulte. Au fond, c'est une affaire de conductibilité facile du son. Les parois grasses ou revêtues de plans musculaires puissants conduisent beaucoup moins bien le son. On évitera l'erreur, qui consisterait à croire à un double épanchement, en percutant les deux côtés de la poitrine; là où le souffle est transmis, la poitrine reste sonore.

Du reste, ce souffle transmis du côté malade au côté sain se distingue assez bien, si on a le soin d'ausculter successivement tous les points intermédiaires entre le lieu où le souffle réel a son maximum d'intensité et celui où il est à son minimum; on a alors une sorte d'échelle décroissante, qui démontre bien qu'il n'existe en réalité qu'un souffle, dont l'intensité diminue à mesure que l'oreille s'éloigne de son lieu d'origine.

Je vous dirai tout à l'heure comment la chose précisément inverse peut être observée, c'est-à-dire comment, au cas d'épanchement thoracique, on peut entendre le murmure vésiculaire du côté malade, et comment on reconnaît que ce n'est là qu'un bruit vésiculaire de transmission.

Quant à l'égophonie, dont j'ai eu souvent l'occasion de vous parler dans le cours de cette leçon, je tiens à ce que vous sachiez exactement à quoi elle est due. Elle est le résultat de la