

bolique de matité, puis l'établissement d'une zone inférieure de matité absolue, correspondant à une nappe liquide ; et l'élévation de cette zone mate le cinquième jour de la pleurésie. D'ailleurs, la dyspnée et l'angoisse s'étaient simultanément accrues au point que la ponction devint nécessaire, et fut pratiquée ce même jour. 1 200 grammes de sérosité citrine et fibrineuse furent extraits avec l'appareil aspirateur de M. Castiaux et par ce jeune médecin, avec l'assistance de l'interne, M. Bougon.

Cette opération, qui mit fin aux accidents, prouva du même coup l'exactitude du diagnostic et de la théorie, à savoir : qu'il y avait du liquide, et que la toux cesse quand celui-ci est assez abondant pour baigner la totalité du diaphragme.

Tout récemment encore, le fait des quintes de toux sèche provoquées par redressement du tronc, comme signe de la pleurésie, m'a permis de prédiagnostiquer cette affection et de l'annoncer aux élèves avant toute investigation directe, laquelle, séance tenante, vint confirmer mes assertions.

Je prenais possession d'un nouveau service, et l'interne, très instruit, m'en présentait les malades. L'un d'eux était atteint de péritonite chronique ; il s'agissait de savoir si, comme cela était probable, elle était d'origine tuberculeuse. Pour résoudre ce problème, il convenait d'examiner la poitrine. Il n'y avait que de la submatité avec légère douleur à la percussion des sommets en avant ; quelques craquements douteux à l'auscultation. C'était peu. Je fis asseoir le malade pour examiner la partie postérieure de la poitrine. Aussitôt il fut pris d'une petite toux sèche, qui augmentait d'intensité à mesure même que le malade toussait et par le fait précisément des secousses que la toux imprimait à son thorax. Puis, quand la toux avait cessé, je la faisais renaître immédiatement en frappant légèrement son dos du p lat de ma main. Un crachat, un seul, fut rejeté. Je dis alors aux élèves que ce crachat n'était pas la cause de la toux, et qu'il devait y en avoir une cause périphérique, c'est-à-dire pleurale ; c'est-à-dire, en d'autres termes, qu'il y avait une pleurésie, que nous allions chercher.

Or le malade nous dit que, depuis trois jours, il souffrait vivement de la base droite du thorax. Les insertions diaphragma-

tiques étaient, en effet, très douloureuses de ce côté : le phrénique droit était lui-même douloureux et il y avait la douleur pathognomonique à l'épaule correspondante : il n'était donc pas douteux que cet homme n'eût une pleurésie diaphragmatique. A la percussion, on trouvait une matité qui occupait le tiers inférieur de la poitrine en arrière ; on entendait du souffle ainsi que de l'égophonie aux contours supérieurs de cette zone de matité. Rien ne manquait donc à cette pleurésie qui datait de trois jours, et qui était due à un mécanisme semblable à celui qui avait provoqué la pleurésie chez notre jeune malade de l'Hôtel-Dieu, à savoir : la transmission de l'inflammation du péritoine tuberculeux à la plèvre diaphragmatique ; et c'était la toux quinteuse due au déplacement brusque du malade, au redressement du tronc, qui me l'avait fait découvrir.

Ici la chose n'était que curieuse, et sans grand résultat utile : on savait seulement que la situation du malade, désespérée par avance, était devenue d'un degré plus grave ; mais pour notre jeune femme de l'Hôtel-Dieu la découverte avait plus de portée, puisqu'elle conduisait directement au traitement et à la guérison. Telle est la raison de mon insistance à propos du signe que je vous indique, lequel n'est pas connu, et m'a permis de démontrer l'existence de pleurésies qui étaient restées inaperçues, même par des médecins très expérimentés.

Ainsi, dans la pleurésie, la toux se manifeste en raison inverse de l'épanchement ; — vous l'observerez au début de l'affection, alors qu'il n'existe qu'une irritation pure et simple de la plèvre pulmonaire et qu'il n'y a pas encore d'exsudat : la toux est alors le produit direct de l'irritation inflammatoire ; — vous continuerez de l'entendre, lorsque cet exsudat sera peu abondant ; la toux résulte alors de l'irritation produite par le contact de l'exsudat déplacé ; — vous l'entendrez de moins en moins, à mesure que l'épanchement augmentera d'abondance ; — enfin, vous cesserez de l'entendre quand il sera considérable, par cette raison que, pour que la toux se produise, il faut une surface sensible à irriter, une surface qu'anime le nerf pneumogastrique, et que celle-ci a disparu par le fait du dépôt de fausses membranes à la surface de la plèvre pulmonaire, non moins que par le réoulement, le

froncement, le ratatinement du poumon, réduit souvent par l'épanchement à n'être plus qu'une sorte de moignon.

La toux causée par le déplacement du liquide peut être assez quinteuse et pénible pour que le malade, qui s'est aperçu des conditions de production de cette toux qui le fatigue, se condamne spontanément à l'immobilité. Tel était le cas d'une jeune femme que vous avez vue à la clinique de la Pitié. Elle ne pouvait s'asseoir, se retourner même dans son lit, sans éprouver les quintes de toux les plus pénibles. Je mis fin à cette cause de fatigue en faisant pratiquer deux jours de suite, matin et soir, une injection de morphine de 1 centigramme au niveau des insertions diaphragmatiques correspondant à l'épanchement. C'est là une médication que je vous recommande en pareil cas. Commencez même par l'injection d'un demi-centigramme de morphine ; cela peut être suffisant.

En résumé, tout déplacement brusque du tronc aussitôt suivi de toux suppose un déplacement de liquide venant exciter des filets du nerf vague. Cette excitation peut avoir lieu soit à la périphérie du poumon, soit à l'intérieur des canaux bronchiques : dans le premier cas, la toux est sèche et quinteuse ; dans le second, elle est humide et se produit avec ou sans quintes.

Réciproquement une *toux sèche* et *quinteuse*, provoquée par le brusque déplacement du malade, est le signe excellent d'une *pleurésie* avec *exsudat peu abondant*.

La *toux humide*, provoquée dans les mêmes conditions, n'a de valeur diagnostique qu'autant qu'elle est *quinteuse* et suivie de l'expectoration de nombreux crachats, — auquel cas elle est le signe, par ordre de fréquence, d'une *caverne pulmonaire*, d'une *vomique* ou d'une *dilatation des bronches*.

Quand tout un côté de la poitrine est rempli d'eau, le malade se couche toujours d'une certaine façon, et exclusivement de cette façon, laquelle est hautement significative, pour qui sait voir et interpréter ce qu'il voit.

La raison de cette manière de se coucher du pleurétique, je vous la dirai tout à l'heure ; et ceci m'amène à vous parler du *décubitus* dans la pleurésie :

« Tantôt le malade se couche du côté sain, et tantôt du côté malade. » Voilà qui est vrai, et bientôt dit. Mais pourquoi ces « tantôt » contradictoires ?

Au début de la pleurésie, quand la paroi de la poitrine est parfois si cruellement endolorie, le malade se couche du côté sain, parce que « cela lui fait mal » de s'appuyer sur une paroi dont les nerfs intercostaux sont enflammés ; et il évite de comprimer le côté qui souffre, absolument comme il s'abstiendrait de peser sur un coude ou un genou douloureux.

Mais plus tard, quand la douleur s'est calmée et que l'exsudation s'est effectuée, l'épanchement gênant l'ampliation du poumon du côté correspondant à la pleurésie, le malade se place instinctivement dans une situation telle que le poumon sain fonctionne dans sa plus grande amplitude, et, pour atteindre ce résultat, il se couche alors sur le côté affecté ; de manière à permettre aux parois opposées de se dilater au maximum et en toute liberté.

Voilà pourquoi le pleurétique se couche « tantôt du côté sain et tantôt du côté malade ». Dans le premier cas, il cherche à éviter d'aggraver sa douleur ; dans le second, il s'efforce de respirer le mieux possible.

Eh bien, il est des pleurétiques qui ne peuvent absolument se coucher que sur un côté, toujours le même, sous peine de suffoquer dès qu'ils se placent un moment sur le côté opposé. Le côté sur lequel ils sont alors toujours couchés est le côté malade et la maladie consiste en un *vaste épanchement*. Dans ce cas, en effet, le poumon correspondant étant comprimé par le liquide, la surface de l'hématose est diminuée d'autant ; il s'ensuit que le malade place son poumon sain (le seul qui fonctionne efficacement) dans les conditions où il puisse se dilater au mieux de son hématoxose ; c'est-à-dire qu'il se couche sur le côté malade — qui a cessé d'être douloureux — et laisse ainsi toute liberté de dilatation au côté sain. Mais, dès qu'il veut changer cette position, aussitôt le liquide épanché, se déplaçant comme le tronc, en obéissant à la gravité, s'en vient peser sur la cloison du médiastin et comprimer le seul poumon qui soit valide. De là cette suffocation immédiate qui force le malade à reprendre au plus vite sa position première.

Voici maintenant le point de pratique : quand un malade vous dira qu'il est habituellement oppressé, et qu'il n'a que de l'oppression; qu'il tousse à peine, mais que « depuis quelque temps il ne peut se coucher que sur un seul côté; qu'il est *immédiatement pris de suffocation dès qu'il essaye de dormir sur le côté opposé,* » croyez et affirmez que cet individu a un énorme épanchement dans le côté de la poitrine sur lequel il se couche habituellement et sur lequel il est obligé de se coucher exclusivement.

Voici un cas, entre autres, où ce signe, à savoir la *suffocation subite par le changement de décubitus*, m'a permis d'emblée, et avant toute investigation directe, d'affirmer l'existence d'un énorme épanchement pleurétique.

C'était à la fin du siège de Paris, le 27 janvier 1871, je recevais à l'hospice de La Rochefoucauld, transformé en ambulance, un artilleur de trente-deux ans, harassé, surmené et affamé comme l'étaient alors nos malheureux soldats. Il était pâle, oppressé seulement, ne toussait plus et n'avait pas de fièvre. Le médecin-major, qui ne l'avait jamais ausculté depuis le début de sa maladie (laquelle remontait à deux mois, et bien qu'il toussât alors), l'avait considéré comme un paresseux, lui avait refusé de l'envoyer à l'hôpital et ne s'était décidé à l'évacuer sur La Rochefoucauld que parce que, décidément, le pauvre artilleur avait failli « se trouver mal » la veille étant de service et que ses camarades l'avaient pris en grande compassion.

Le billet d'envoi portait comme diagnostic « bronchite », et l'interne, qui n'avait pas eu le temps d'ausculter le malade, lequel d'ailleurs, je le répète, n'avait pas de fièvre et ne toussait pas, me le désignait comme un homme fatigué plutôt que comme un véritable malade.

Or les premières paroles de ce pauvre homme — ces premières paroles sur lesquelles j'attire toujours votre attention, auxquelles je vous avertis de prendre garde; ces premières paroles, véritables cris de la souffrance, si expressives, parce qu'elles trahissent ce qu'éprouve habituellement le malade, ce qui le trouble le plus et le préoccupe par suite au plus haut point — les premières paroles de ce pauvre homme avaient été « qu'il avait la respira-

tion courte depuis qu'il était malade, mais qu'il ne pouvait avoir son souffle et *étouffait dès qu'il se couchait sur le côté droit.* » Je n'en demandai pas davantage et j'annonçai aux assistants que cet homme avait certainement un vaste épanchement pleurétique à gauche.

Cela dit, je leur fis voir qu'en effet le cœur battait à 2 centimètres en dedans du mamelon droit, que la matité s'élevait jusqu'à la première côte, que le poumon était refoulé jusque vers l'angle sterno-claviculaire gauche; que la respiration normale était abolie; qu'il y avait du souffle sans égophonie aux parties supérieures de la poitrine à gauche; et qu'il n'y avait pas de doute à avoir quant à l'existence d'un énorme épanchement, lequel, dans l'espèce, devait être séreux, la fièvre étant très modérée et sans exacerbations (la température du matin était de 37°,7, celle du soir de 38°,7).

Du reste, mon diagnostic, dont le point de départ avait été, je le répète, la suffocation survenant dès que le malade se couchait sur un certain côté, ce diagnostic trouva sa consécration par la ponction que je fis le surlendemain de l'entrée du malade. L'opération donna issue à *trois litres et demi* de sérosité citrine, du poids de 3^k,450. Et c'était cette masse liquide que le pauvre homme traînait ainsi avec lui depuis près de deux mois dans un des forts de Paris!

Je pourrais sans profit multiplier les citations; rappelez-vous seulement le cas de mon artilleur du siège de Paris, et cet exemple vous suffira.

Mais ce n'est pas seulement le décubitus qui est intéressant et significatif au cas de pleurésie abondante; la *station debout*, l'*aspect* du malade et sa *marche* ne le sont pas moins.

Celui qui porte un vaste épanchement dans la poitrine, le porte ordinairement d'une façon caractéristique; il semble que leseau d'eau qui pèse sur un côté de son diaphragme tire en bas toute la partie correspondante de la poitrine; le fait est que le malade se tient alors légèrement penché de côté, l'épaule un peu abaissée, l'avant-bras fléchi, la main rapprochée de la ceinture; et c'est dans cette position qu'il marche, lentement et avec prudence. Si en même temps la figure est pâle, que les narines se relèvent à

chaque inspiration, que la voix soit entrecoupée pour reprendre haleine au milieu d'une phrase, pensez de suite à un épanchement pleurétique très abondant. Une simple tape appliquée alors du plat de la main sur le côté du dos suspect confirmera votre soupçon et complètera le diagnostic. Tout récemment j'ai eu l'occasion de vous signaler à distance un de ces vastes hydrothorax, chez un malade venu à la consultation de l'hôpital. Ce qu'il y avait de plus piquant dans le cas de cet homme, c'est qu'il sortait de l'asile de convalescence de Vincennes, après avoir séjourné près de trois mois dans un service de cet hôpital-ci, et qu'il avait entraîné dans chacun de ces lieux son épanchement méconnu. Il avait 3 litres d'eau dans le côté gauche de la poitrine, que je lui retirai le lendemain de son entrée dans nos salles. C'était donc là une pleurésie latente, s'il en fut; et les médecins qui l'avaient vu ignoraient sans doute ce signe que je vous indique. J'espère que vous n'oublierez pas l'aspect du malade et la façon dont il se tient, lorsqu'un côté de sa poitrine est rempli et alourdi par un vaste épanchement pleurétique.

Au moment où j'allais ponctionner la poitrine de ce malade, il se produisit un incident dont il faut que je vous parle : les élèves du service, vivement préoccupés, m'avertirent qu'ils avaient entendu le murmure vésiculaire à la base même de la poitrine, du côté où je leur avais annoncé l'épanchement, et ils me demandèrent si, nonobstant leur remarque, j'allais procéder à l'opération.

Ils avaient parfaitement entendu, mais mal interprété; je veux donc vous prémunir contre cette cause possible d'erreur : en effet, la matité est absolue, comme dans le cas de ce malade, dans tout un côté de la poitrine; il y a de la voussure, une notable dilatation constatée par la mensuration au cyrtomètre ou au ruban; le foie est affaissé ou le cœur refoulé à droite; tout enfin vous dénote l'existence d'un vaste épanchement dans un côté de la poitrine, et néanmoins un doute obsède encore votre esprit et arrête votre trocart — vous entendez la respiration tout le long de la gouttière costo-vertébrale, et surtout à la base de la poitrine. Vous auscultez à diverses reprises; il n'y a pas de doute, c'est bien le murmure vésiculaire que vous percevez en ces

points. Mais, s'il y a murmure vésiculaire, c'est donc que le poumon n'a pas disparu, c'est donc qu'il n'y a pas d'épanchement et que la ponction est contre-indiquée.

Eh bien, en pareil cas, le bruit respiratoire est incontestable, mais la conclusion déduite erronée : c'est d'un *bruit de propagation* qu'il s'agit.

La démonstration du fait est facile à donner et fut, en effet, fournie séance tenante. Par suite même de la suppression de tout un poumon par l'épanchement, le seul poumon qui soit désormais perméable reçoit la totalité de la colonne d'air trachéale et respire avec une ampleur et une force inusitées : c'est la respiration puérile, *exagérée*, laquelle, en raison de son exagération même, se transmet au côté opposé de la poitrine, à celui qui ne respire pas, et s'y transmet aux parties adjacentes, c'est-à-dire à la portion du thorax la plus voisine de la ligne médiane, à la gouttière costo-vertébrale. Pour résoudre la question, auscultez alors successivement par tranches horizontales, du côté sain au côté malade, et alors voici ce que vous entendrez : du côté sain un murmure respiratoire intense presque soufflant; du côté malade ou suspect, encore le murmure respiratoire, mais beaucoup moins intense déjà; — puis, faisant toujours cheminer votre oreille suivant une ligne horizontale, en vous éloignant toujours ainsi davantage de la colonne vertébrale, vous arriverez bientôt à un point où le murmure respiratoire disparaît absolument; dans la région axillaire le silence est complet.

Ce sont là des minuties d'auscultation; mais vous voyez, par l'incident, qu'elles ne sont pas sans importance, *minima magni momenti*.

Dans de prochaines conférences, je vous parlerai des *Pleurétiques* et de ce qu'il faut leur faire.