

citer que les cas les plus remarquables, nous dirons que — une dyspnée intense, survenant brusquement chez un phtisique, doit faire craindre un *pneumothorax*; — la fréquence de la respiration jointe aux frissons et aux grandes oscillations de la température doit, chez un opéré ou une femme en couches, faire craindre le développement d'une *infection purulente*; — survenant dans le cours d'une maladie septique ou d'une albuminurie, une dyspnée intense est toujours d'un fâcheux présage; lorsqu'elle s'accompagne de tirage sus et sous-sternal elle indique un obstacle laryngé à la respiration: œdème de la glotte, croup, faux croup. — D'autre part, la cessation de l'orthopnée est, au même titre que celle de la toux et de l'expectoration, d'un mauvais présage au cours de la pneumonie, lorsque la fièvre et les signes locaux persistent.

— Les maladies du poumon et de la plèvre s'accompagnent encore de plusieurs **symptômes généraux** ou de **manifestations éloignées**, de nature diverse, qui ne se prêtent pas à une étude sémiotique spéciale.

Ce sont: la *fièvre* indiquant un travail phlegmasique;

Des *désordres circulatoires* divers, dont les uns se rattachent à la gêne de la circulation pulmonaire, les autres à l'appauvrissement du sang;

Des *troubles nutritifs* exprimant la souffrance des divers organes qui ne reçoivent plus la ration d'oxygène nécessaire à l'accomplissement régulier de leurs fonctions, etc., etc.

Diagnostic des maladies du poumon et de la plèvre.

Les lésions primitives ou secondaires du poumon et de la plèvre sont si fréquentes, l'état de ces organes peut être apprécié d'une façon si facile et si précise, que, alors même qu'aucun signe rationnel (douleur de côté, toux, dyspnée, crachats, etc.) n'appellerait votre attention de ce côté, vous devrez toujours procéder à leur examen¹. Bien souvent votre diagnostic se fera rapidement, car vous constaterez un de ces sym-

ptômes éclatants et significatifs qui ne se prêtent guère à de fausses interprétations, mais ne vous prononcez pas à la hâte, que la découverte de ce signe guide seulement vos recherches, car, outre que cette précipitation serait une preuve d'inexpérience, votre diagnostic doit encore indiquer le siège, l'étendue de la lésion, la période à laquelle elle est arrivée, etc., toutes choses qui ne peuvent être précisées que par un examen méthodique et complet.

Rappelons-nous aussi que, malgré les immenses progrès que Laënnec a fait faire au diagnostic des maladies de la poitrine, il est encore bien des cas embarrassants.

Après avoir rapidement retracé les traits caractéristiques sous lesquels se présentent ordinairement les maladies de poitrine, nous indiquerons les principaux caractères de chacune d'elles.

Caractères indicatifs. — Voici une personne, quel que soit son âge, qui tousse depuis quelques jours: elle a, au début, éprouvé un peu de fièvre, de malaise, d'anorexie, des douleurs sternales s'exaspérant par la toux; vous entendez, surtout en arrière et vers la partie moyenne des poumons, des râles secs, vibrants ou muqueux; vous diagnostiquez une *bronchite*. Si la bronchite s'accompagne d'une grande dyspnée, il y a lieu de craindre qu'elle ne soit *capillaire*.

Les quintes de toux avec inspiration sifflante révèlent la *coqueluche*.

Un vieillard, qui tousse depuis de longues années et expectore d'abondantes mucosités, est très probablement atteint de *catarrhe bronchique* et peut-être de *broncheclatie*.

Voici un adolescent pâle, amaigri, qui tousse, crache le

1. Vous y trouverez fréquemment des lésions inattendues qui vous donneront la clef d'un état morbide dont, au premier abord, vous ne saisissiez pas la signification. Cela est surtout fréquent chez les vieillards qui, habituellement bien portants, sont pris de fièvre, de malaise, d'un peu de toux; ils se plaignent à peine, auscultez-les, vous reconnaissez souvent une pneumonie très grave qui s'est installée sournoisement.

sang, etc. : examinez le sommet de ses poumons, vous y trouverez presque certainement des traces de *tubercules* à un degré plus ou moins avancé, mais que l'on peut à peu près reconnaître par l'aspect plus ou moins défait du malade, la durée de sa maladie, etc.

Voici un autre malade qui a été pris d'un léger frisson, d'une fièvre modérée (38 à 39°), de douleur de côté, d'une toux brève, quinteuse, sèche, vous percutez la poitrine et vous trouvez dans une certaine étendue, en général vers la base, une matité étendue, une absence de vibrations vocales, un souffle doux, de l'égophonie ; il y a tout lieu de croire à une *pleurésie avec épanchement*.

Ou bien, avec un début à peu près pareil (point de côté, frisson violent, fièvre intense, toux, etc.), on vous montre des crachats rouillés, vous entendez des râles crépitants ou un souffle tubaire bien net, vous diagnostiquez une *pneumonie*.

L'odeur extrêmement fétide des crachats indique la *gangrène pulmonaire*.

PLEURODYNIE ET NÉURALGIE INTERCOSTALE. — Si vous êtes consulté pour une douleur vive siégeant sur un des côtés du thorax, douleur augmentant par le mouvement, la toux, la respiration, la poitrine ayant d'ailleurs conservé sa sonorité, l'auscultation ne vous révélant qu'une faiblesse du bruit respiratoire ¹, et le malade n'ayant point de fièvre, vous pouvez diagnostiquer soit une *pleurodynie* (c'est-à-dire une lésion rhumatismale des parois thoraciques), soit une *néuralgie intercostale* ; celle-ci se distingue de la première par le siège des points douloureux, souvent disposés au nombre de trois sur le trajet du nerf, l'un en arrière, près de la colonne vertébrale, l'autre en avant, près du sternum, le troisième au milieu, dans le point d'émergence d'un filet nerveux collatéral.

1. La douleur provoquée par les mouvements respiratoires en détermine instinctivement l'arrêt : aussi ces mouvements manquent d'ampleur et le bruit respiratoire est faible.

PNEUMOTHORAX. — Lorsqu'un phthisique est brusquement pris d'une dyspnée avec oppression extrême et violente douleur de côté, vous devez soupçonner la perforation de la plèvre par des tubercules ramollis et la production d'un pneumothorax ¹. Le côté malade est dilaté, immobile, les vibrations thoraciques ne sont pas transmises : il présente une sonorité exagérée dans les deux tiers supérieurs (là où se trouve le liquide).

On n'entend plus le murmure vésiculaire, mais la respiration, la voix et la toux résonnent comme dans une amphore, d'où le nom d'*amphorique* qu'on leur a donné : de plus, on entend le *tintement métallique* ². En imprimant une secousse au malade, on peut produire un bruit de glouglou désigné sous le nom de *succussion hippocratique*.

Le pneumothorax est une complication très fâcheuse ajoutée à la maladie préexistante.

PLEURÉSIE. — Elle se présente sous des formes diverses :

1° *Pleurésie sèche*. — Elle s'accompagne d'un peu de fièvre, de dyspnée, d'un point de côté, d'une diminution dans les excursions thoraciques, ou bien s'installe sans bruit. Quel que soit son début, elle se révèle par des *bruits de frottement* dus au dépoli des surfaces pleurales qui glissent l'une sur l'autre ; ces frottements pleurétiques s'entendent aux deux temps de la respiration et ils ne sont pas modifiés par la toux, ce qui les distingue des râles bronchiques ³.

2° *Pleurésie avec épanchement*. — Son début peut être obscur, mais d'ordinaire il est nettement marqué par un *frisson* qui a rarement l'intensité de celui de la pneumonie, par une *douleur de côté* d'une intensité très variable, par une *petite toux sèche* et par de la *fièvre*.

1. Si le pneumothorax survient dans le cours d'une pleurésie chronique et par le seul fait de l'évacuation du liquide dans les bronches, il n'existe ni douleur, ni dyspnée.

2. Bruit morbide spécial au pneumothorax et aux vastes cavernes.

3. Lorsque la pleurésie sèche occupe le sommet du poumon, elle y est presque constamment symptomatique de tubercules.