

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 *broncheclasie*.

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 saisissez 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.

Il existe parfois une *dilatation de la poitrine* du côté de l'épanchement et une diminution dans les excursions thoraciques ; mais un symptôme plus important consiste dans l'*affaiblissement* ou la *disparition des vibrations vocales*. La percussion donne une *matité* plus ou moins accentuée au niveau de l'épanchement et une disparition de l'espace sonore de Traube lorsqu'il siège à gauche. L'auscultation révèle un *affaiblissement du murmure respiratoire*, ou une absence complète de tout bruit normal ou morbide ; plus rarement un souffle doux, lointain, voilé ¹. La *voix* suit toutes les modifications du bruit respiratoire ; là où il ne s'entend pas, la voix manque également : est-elle faible, la voix devient chevrotante ; c'est l'*égophonie* ou la voix de polichinelle. — Lorsque l'épanchement est peu abondant, il arrive souvent que l'*égophonie* manque et qu'on peut hésiter entre la pleurésie et la spléno-pneumonie. Le plus simple est alors de faire aseptiquement une ponction exploratrice avec une seringue analogue à celle de Pravaz.

On peut utiliser la radiographie.

La *pleurésie purulente* se traduit par l'existence d'une fièvre continue avec exacerbations, par des sueurs nocturnes, un amaigrissement rapide avec une teinte terreuse, de la diarrhée et de l'albuminurie, parfois un œdème de la paroi correspondante du thorax, l'absence de pectoriloquie aphone.

3° La *pleurésie diaphragmatique* donne lieu à quelques symptômes spéciaux : une dyspnée extrême due à l'immobilité du diaphragme ; des douleurs vives au niveau du rebord des fausses côtes et au-dessus de la clavicule, c'est-à-dire sur le trajet du nerf phrénique.

— Il est indispensable, lorsqu'on a constaté l'existence d'une pleurésie, d'examiner l'état du poumon sous la clavicule, les résultats de cet examen ayant une très grande valeur sémiologique. Si le poumon est légèrement comprimé et refoulé, les

1. Plus rarement encore un souffle bruyant et presque caverneux. Pour plus de détails, voyez mon *Manuel de pathologie interne*, 4^e édit., p. 128.

vibrations sont exagérées, la sonorité est tympanique, la respiration forte et supplémentaire : c'est ce que Grancher représente par les signes : $V + P + A +$. S'il existe en même temps des râles pulmonaires, on admet une congestion (plus souvent tuberculeuse) et on a le schéma $V + P + A -$. Enfin, dans les cas de compression bronchique ou d'œdème pulmonaire, les vibrations sont moins intenses et la respiration diminuée ou mêlée de râles : $V - P + A -$. Dans les grands épanchements, il y a augmentation des vibrations avec matité, diminution de la respiration : $V + P + A -$. Tels sont les quatre schémas proposés par Grancher.

— Signalons la pleurésie biliaire et la pleurésie appendiculaire, qui succèdent, la première à l'infection biliaire dans toutes ses modalités, l'autre à la toxi-infection de l'appendicite.

— Mentionnons les pleurésies ozéneuses (fétides, putrides, gangreneuses) qui se traduisent par l'odeur du liquide que la ponction ramène, et qui contient généralement des microbes anaérobies.

NATURE DES ÉPANCHEMENTS PLEURAUX. — Il ne suffit pas d'avoir constaté l'existence d'un épanchement pleural, il faut encore rechercher sa nature, si l'on veut posséder un diagnostic complet qui puisse servir de base au pronostic et au traitement.

Il existe pour cela de multiples procédés, d'une valeur très inégale et d'une application plus ou moins facile et que nous résumons dans l'ordre suivant, après avoir rappelé, pour mémoire, l'étude des échanges respiratoires déjà exposée plus haut (p. 308), et celle des échanges urinaires exposée p. 165.

Examen cytologique. — L'un des moyens les plus pratiques est de faire l'examen cytologique du liquide extrait. Pour cela, on recueillera aseptiquement, avec une seringue aspiratrice, quelques centimètres cubes de l'épanchement, qu'on défibrinera avant ou après coagulation ; on centrifugera ensuite, et l'on fera des préparations à la thionine, à l'éosine-hématéine, au triacide d'Erlich, après avoir étalé sur lames

l'émulsion (v. p. 23), par mouvements circulaires avec le fil de platine (et non avec une lame rodée comme pour le sang); dont on interprétera les résultats par leur comparaison avec les formules leucocytaires déjà établies et qui sont les suivantes : = Lymphocytes nombreux, mêlés à des globules rouges, relativement abondants, lorsqu'il s'agit d'une *pleurésie tuberculeuse primitive*; — polynucléaires en grand nombre, avec quelques lymphocytes et quelques éléments uninucléés isolés, lorsqu'il s'agit d'une *pleurésie tuberculeuse secondaire* ou d'un *hydropneumothorax tuberculeux* au début; plus tard, éléments vacuolaires et granuleux en petit nombre et composés de globules rouges peu nombreux, d'amas lymphocitiques altérés, et surtout de polynucléaires vieillis, à noyau très divisé, à granulations neutrophiles très altérées; = dans la *pleurésie rhumatismale*, le dépôt centrifugé ne contient guère que des cellules endothéliales pleurales, isolées ou agglomérées en larges placards, avec quelques rares globules rouges et leucocytes (Renon). = dans les *pleurésies pneumococciques ou streptococciques*, la formule est presque exclusivement polynucléaire, avec addition, dans un assez grand nombre de cas, de grosses cellules jouant le rôle de macrophages vis-à-vis des polynucléaires altérés, et plus rarement de cellules endothéliales altérées; = Dans la *pleurésie éberthienne*, la formule est comparable à celle du sang typhique (voir p. 43), avec quelques cellules endothéliales et des globules rouges en plus, lorsque l'épanchement est hémorragique; lorsqu'il est séreux, elle est tantôt constituée par une prédominance de lymphocytes et de cellules épithéliales, tantôt représentée par une grande abondance de gros mononucléaires et de polynucléaires éosinophiles; = dans les *épanchements pleuraux aseptiques des cardiaques ou des brightiques*, qu'ils soient d'origine mécanique, congestive ou toxique, on rencontre comme éléments prédominants des cellules endothéliales (groupées, soit 2 à 2, avec étranglement à leur point d'union, soit en placard de 8 à 10 cellules, sous forme de masses polynucléées, à contour polycyclique), et, comme éléments accessoires, des globules rouges, des lymphocytes; toutefois, il suffit que, dans le cours de ces épanchements

surviennent des épisodes aigus, congestion pulmonaire, embolie, infarctus pulmonaire (n'eussent-ils aucun caractère infectieux) pour que les polynucléaires apparaissent et deviennent prédominants (Barjon et Cade, Achard et Laubry); = dans les *hémothorax* la formule est la même que celle du sang; toutefois les polynucléaires diminuent et doivent disparaître vers le 25^e jour si le liquide est en voie de résorption, tandis qu'ils augmentent s'il est en voie de suppuration; = dans les pleurésies cancéreuses on peut trouver des cellules spécifiques; de plus, lorsque la pleurésie cancéreuse est hémorragique, on observe l'hématolyse des hématies contenues dans l'épanchement (L. Bard).

Étude bactériologique. — La recherche directe du bacille de Koch dans l'épanchement est moins illusoire depuis qu'on dissout préalablement la fibrine, soit par la digestion artificielle (Jousset), soit par la lessive de soude (Bezançon, Griffon et Philibert). On peut aussi tenter la culture en se servant du sang gélosé et glycérimé, préconisé par Bezançon et Griffon et qui représente un milieu de culture extrêmement favorable au bacille de Koch; néanmoins ce procédé, malgré sa valeur absolue lorsque le résultat est positif, ne résout pas d'une façon assez constante le problème, pour qu'on puisse s'en rapporter à lui lorsque le résultat est négatif.

Inoculation. — Lorsqu'on conserve du doute sur la nature tuberculeuse d'un épanchement, on peut injecter une certaine quantité du liquide extrait aseptiquement par la ponction, dans le péritoine du cochon d'Inde; au bout de quelques semaines son autopsie démontrera s'il est devenu tuberculeux ou non: dans le premier cas, la démonstration est faite de la nature tuberculeuse de l'épanchement; dans le second cas, il n'est pas absolument certain que la pleurésie n'est pas tuberculeuse, car tous les expérimentateurs ont signalé qu'une pleurésie manifestement tuberculeuse peut donner des résultats négatifs après injection de liquide pleural.

Le *séro-diagnostic* a été appliqué au diagnostic des pleurésies tuberculeuses par Courmont qui a vu qu'on peut obtenir

une séroration positive en mélangeant à la culture du bacille de Koch, soit le sérum sanguin, soit le liquide pleural (mélanges à 1 pour 20, 1 pour 10, 1 pour 5). Le pouvoir agglutinant du sang et le pouvoir agglutinant de la sérosité ne sont pas d'ailleurs toujours égaux : celui du sang peut être, plus ou moins élevé et exister en l'absence de celui de la sérosité, et inversement. La séro-réaction positive est plus rare dans les pleurésies tuberculeuses secondaires, consécutives à des lésions très avancées du poumon. Elle est plus fréquente en cas de pleurésie tuberculeuse primitive, bénigne ; toutefois, d'après Courmont lui-même, la séroration pleurale peut être absente au début de la pleurésie et ne devenir positive qu'au bout d'un certain temps.

Cryoscopie. — La méthode cryoscopique a été appliquée par Castaigne à l'étude des liquides épanchés dans la plèvre. Mais elle n'a fourni jusqu'ici aucun renseignement sur leur nature ; elle permettrait seulement de reconnaître quand le processus pleurétique a terminé son évolution ascendante. D'après l'auteur précité, dans les pleurésies récentes, en voie d'augmentation, il existerait une légère différence entre les points de coagulation du sérum et du liquide pleural ; dans les pleurésies qui ne sont plus en voie d'augmentation, les points cryoscopiques du liquide pleural et du sérum seraient identiques.

Exploration de la perméabilité de la plèvre. — Ce procédé d'exploration, préconisé en 1900 par Ramond et Tourlat et par Castaigne, consiste essentiellement dans l'étude de l'élimination urinaire (quant à la quantité et quant à la durée) d'une substance (bleu de méthylène, iodure de potassium, salicylate de soude) injectée comparativement sous la peau et dans la plèvre.

Une perméabilité pleurale, restée normale, permet de penser qu'il ne s'agit pas de pleurésie tuberculeuse primitive.

Une perméabilité pleurale diminuée, observée au cours d'une pleurésie à évolution lente et insidieuse, doit faire penser à la tuberculose, mais ne permet pas de l'affirmer puisqu'elle

peut se rencontrer, rarement il est vrai, au cours d'épanchements pleurétiques, mécaniques et non tuberculeux (Widal et Ravaut).

Dans un cas de pleurésie pneumococcique, la perméabilité pleurale a été trouvée par Widal et Ravaut, normale au point de vue de la quantité éliminée, mais très ralentie au point de vue de la durée.

— Les injections de tuberculine sont susceptibles de fournir des renseignements d'une valeur incontestable, mais elles sont trop dangereuses pour être employées sans nécessité absolue.

BRONCHITES. — Elles présentent de nombreuses variétés :

1° La *Bronchite aiguë* débute par un sentiment de picotement et d'ardeur dans le larynx et la trachée, avec oppression ou constriction pénible derrière le sternum ou entre les deux épaules ; en même temps surviennent de la courbature, du mal de tête et une fièvre légère.

Le malade est atteint d'une toux, d'abord sèche, qui ne tarde pas à s'accompagner de crachats séreux, puis grisâtres et opaques ; toutefois la respiration reste assez libre.

Le thorax conserve sa sonorité. A l'auscultation on entend des râles d'abord secs (sibilants ou ronflants), puis humides (muqueux et sous-crépitants) ¹.

La bronchite aiguë guérit en quelques jours ; cependant elle peut passer à l'état chronique.

2° La *Bronchite chronique* se caractérise par une toux plus ou moins fréquente, revenant par quintes, surtout le matin, et accompagnée d'une expectoration abondante de mucosités verdâtres, blanchâtres, purulentes, ou d'un liquide filant, transparent, mousseux ².

1. Ces râles s'entendent surtout en arrière, de chaque côté de la colonne vertébrale, au niveau de la bifurcation des bronches ; mais si la bronchite est intense, ils peuvent exister dans presque toute l'étendue du poumon, surtout en arrière et à sa base.

2. Il est des malades qui ne rejettent que quelques crachats arrondis et nacrés : c'est le *catarrhe sec* de Laënnec.