

La sonorité du thorax est normale, mais on entend une foule de râles muqueux, sibilants et ronflants, disséminés dans toute la poitrine ; en général, il n'existe ni fièvre, ni amaigrissement notable.

3° La *broncheclasis* ou *dilatation des bronches* ressemble beaucoup à la bronchite chronique, qui est d'ailleurs la cause habituelle de sa production ; elle s'en distingue par la grande quantité de crachats puriformes, à odeur fétide, que le malade rend en masse, chaque matin, et parfois par des signes de caverne.

4° *Bronchite capillaire*. — Ses symptômes sont une combinaison des symptômes de la bronchite aiguë avec ceux de l'asphyxie. Dans le cours d'une bronchite ordinaire, la fièvre s'élève, l'état s'aggrave, l'oppression augmente, et bientôt survient une dyspnée qui fait de rapides progrès, la toux est quinteuse avec rejet de matières visqueuses, filantes, etc., la sonorité est normale, l'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants fins ; bientôt se manifestent les symptômes de l'asphyxie, la respiration atteint une fréquence inouïe, la face est pâle, couverte d'une sueur visqueuse, le creux épigastrique est déprimé, le malade éprouve quelques convulsions, tombe dans le coma et meurt. Cependant la guérison n'est pas impossible, et alors l'état général s'amende, la toux devient grasse, humide, et les bronches reprennent leur perméabilité.

PHTISIE. — Le cours de la phtisie peut se diviser en deux périodes, l'une antérieure, l'autre postérieure au ramollissement et à l'évacuation des tubercules¹.

1^{re} Période. — 1^{er} degré : l'individu pâlit, maigrit ; il est pris d'une petite toux sèche, de sueurs nocturnes ; il souffre de névralgies intercostales ; il est essoufflé ; parfois il a des hémoptysies.

Vous trouverez une diminution de sonorité et d'élasticité sous l'une des clavicules. A ce niveau, tantôt il existe une ins-

1. D'après Landouzy, l'asthme dit essentiel serait dû, le plus souvent, à la présence, dans le poumon, d'une épine tuberculeuse.

piration rude qui, lorsqu'elle existe d'une façon permanente chez un individu en mauvais état physiologique, doit faire craindre la tuberculose en l'absence de tout autre signe ; tantôt le murmure vésiculaire est affaibli, l'expiration est prolongée, rude, parfois inégale et saccadée, la voix et la toux retentissent davantage.

2^e degré : Un peu plus tard vous entendez quelques bulles assez grosses, sèches (craquements secs) ou humides (craquements humides) ; il se produit aussi un léger mouvement fébrile.

— Certains arthritiques sont sujets à des poussées de congestion pulmonaire qui, lorsqu'elles siègent au sommet de l'un des poumons, peuvent se présenter avec tous les signes physiques d'une tuberculose au 1^{er} degré. Ces congestions arthritiques, signalées par Trousseau, par Bouchut, par Huchard, etc., se distinguent de la tuberculose par leur mobilité et surtout par l'absence de symptômes généraux ou tout au moins par leur insignifiance si on se rapporte à ce que sembleraient indiquer les signes locaux : la fièvre est nulle ou fugitive et les malades ont l'aspect de gens bien portants quoiqu'ils toussent et ayant un peu de dyspnée ; ils ne maigrissent pas et même souvent continuent à engraisser sans rien faire pour cela. Inutile d'ajouter qu'on ne rencontre jamais le bacille spécifique dans leurs crachats. De tels malades se trouvent généralement fort bien de l'usage des eaux arsénicales et sulfureuses.

Soit au 1^{er} degré, soit au 2^e degré, il pourra être utile : 1° de rechercher le coefficient de déminéralisation (v. p. 165) et l'état du chimisme respiratoire (v. p. 301), ainsi que la séro-réaction de Arloing et Courmont ; 2° d'avoir recours à la radiographie (v. p. 11), à l'épreuve de l'iodure de potassium ou de la tuberculine.

2^e Période. — La toux est beaucoup plus fréquente, les crachats sont verdâtres, opaques, striés de lignes jaunes, et on y trouve des fibres élastiques provenant de la destruction du tissu pulmonaire ; la fièvre est à peu près continue, mais présente souvent un redoublement quotidien ou biquotidien.

Sous l'une des clavicules ou sous toutes les deux, vous constatez de la matité et un défaut d'élasticité, parfois un bruit de pot fêlé, vous entendez des craquements humides qui deviennent de plus en plus gros et constituent le gargouillement ou râle caverneux : la voix et la toux semblent sortir directement de la poitrine (pectoriloquie), etc. 1.

Phthisie aiguë. — Elle se présente sous deux formes : 1° Tantôt elle ressemble à un *catarrhe généralisé* : le malade éprouve une langueur, une faiblesse étranges; il est pris d'une toux sèche et fatigante, la fièvre s'allume, la dyspnée devient bientôt très pénible et le malade meurt asphyxié; cependant la poitrine est restée sonore et l'on n'y a entendu que quelques râles de bronchite. — 2° Tantôt elle ressemble à une *fièvre typhoïde* : ce ne sont ni la dyspnée, ni le catarrhe qui dominant la scène, ce sont les accidents cérébraux et la stupeur.

La phthisie aiguë, quelle que soit sa forme, tue en quelques semaines.

PNEUMONIES. — Les inflammations du poumon qualifiées de pneumonies, se présentent avec des caractères très différents qui en font distinguer plusieurs variétés.

1° La *pneumonie franche ou fibrineuse (pneumococcique)* survient d'ordinaire dans le cours d'une santé parfaite. Elle s'annonce par un frisson intense, prolongé, mais unique, par une fièvre qui s'élève à 40 et 41 degrés, par une douleur de côté qu'exagère tout mouvement du thorax, par une dyspnée proportionnée à l'étendue de la lésion, mais moins marquée que dans la bronchite capillaire.

Le malade tousse et rejette des crachats visqueux, rouillés, comparables à du sucre d'orge et à de la brique pilée et qui contiennent le pneumocoque (V. t. I, p. 448).

Les vibrations vocales sont exagérées au niveau du point

1. A ces signes locaux, qui sont caractéristiques, se joignent une foule d'autres symptômes fournis par les divers appareils. Pour plus de détails, voyez mon *Manuel de pathologie interne*, 4^e édit., p. 471.

Engouement :
Submatité.
Râle crépitant.
Exagération des vibrations
vocales.

Hépatisation rouge :

Matité.
Souffle tubaire.
Bronchophonie.
Exagération des vibrations
vocales.

Hépatisation grise :

Mêmes signes.
Souffle mélangé à de gros râles
humides.
Aggravation de l'état général.

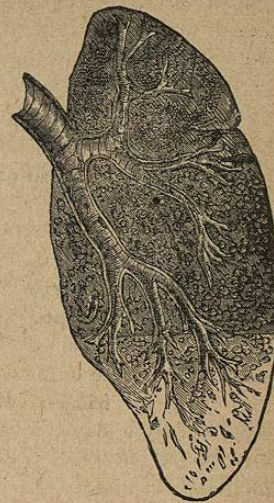


Fig. 44. — Figure schématique destinée à montrer les trois phases de la pneumonie (FENWICK).

Le tiers supérieur du poumon représente la pneumonie à la période d'engouement (fluxion et exsudation) ; à ce niveau, le poumon est lourd, friable, lie de vin, et à la coupe il laisse écouler un liquide visqueux, fibrineux qui est l'exsudat inflammatoire.

Le tiers moyen représente la pneumonie à la période d'hépatisation rouge (coagulation de l'exsudat) : le poumon est rouge foncé, dur ; il ne crépite plus, plonge dans l'eau et ne peut être insufflé. Sa coupe est hérissée de granulations rouges du volume d'un grain de millet ; ce sont les vésicules pulmonaires rendues solides par l'épaississement de leurs parois et la coagulation de l'exsudat. — L'exsudat peut avoir deux destinées différentes : 1° l'exsudat se liquéfie ; il est éliminé par les crachats et le malade guérit ; ou bien 2° les globules blancs deviennent de plus en plus nombreux et la pneumonie passe à l'hépatisation grise.

Le tiers inférieur représente la pneumonie à la période d'hépatisation grise (suppuration) : les parties malades perdent leur aspect granuleux et leur couleur, elles deviennent grisâtres, très friables et infiltrées de pus ; mais c'est par exception que ce pus creuse un foyer et constitue un abcès.

enflammé ; à ce niveau la sonorité est diminuée et l'on entend le râle crépitant. Dès que l'exsudat fibrineux s'est coagulé (hépatisation), le râle crépitant est remplacé par du souffle bronchique ou tubaire ; si l'on fait parler le malade, aux points où l'on a constaté le souffle tubaire, la voix est diffuse, éclatante et inarticulée : c'est la bronchophonie correspondant à l'exagération des vibrations thoraciques que l'on éprouve au palper. Plus tard, lorsque l'exsudat coagulé se léquéfie pour se résorber, on peut encore entendre le râle crépitant, dit *de retour*.

2° La *pneumonie érysipélateuse*, due à l'envahissement du poumon par le streptocoque de l'érysipèle, présente une symptomatologie qui diffère sensiblement de celle de la pneumonie franche ou pneumococcique.

Il existe un frisson initial avec point de côté, toux et dyspnée comme dans la pneumonie, mais le facies, au lieu d'être coloré et vultueux, est pâle, terreux, sans rougeur de la pommette ; le frisson se répète à plusieurs reprises ; la toux est quinteuse, souvent coqueluchoïde ; l'expectoration au lieu d'être rouillée est jaunâtre et purulente d'aspect, et contient le streptocoque en chaînettes nombreuses. Les signes physiques, au lieu de rester localisés dans une région de la poitrine, se déplacent avec le déplacement de l'érysipèle pulmonaire qui, après avoir le plus souvent débuté par la base d'un des poumons, s'étend progressivement et successivement en hauteur, atteignant la partie moyenne, puis la partie supérieure de l'organe, et le plus souvent gagne l'autre poumon. La fièvre tombe graduellement par lysis, au lieu de tomber brusquement.

3° La *pneumonie catarrhale*, ou état fœtal, coïncide fréquemment avec la bronchite capillaire ; elle consiste dans l'extension de la phlegmasie aux canalicules respirateurs et aux vésicules pulmonaires ; elle s'annonce par l'élévation de la température qui atteint 40 degrés et par l'apparition de signes qui ressemblent à ceux de la pneumonie franche ou fibrineuse, mais en diffèrent par leur moindre intensité : ainsi on entend un râle sous-crépitant très fin, presque crépitant,

une respiration légèrement soufflante ; les crachats peuvent être striés de sang, mais ils ne sont ni rouillés, ni visqueux.

4° La *pneumonie caséuse* consiste en une inflammation chronique du poumon, de nature tuberculeuse, et caractérisée, au point de vue anatomique, par des dépôts blanchâtres comparables à du fromage ; ces dépôts détruisent les parties du poumon qu'ils occupent, se ramollissent et sont éliminés, laissant après eux des cavernes ; les symptômes ressemblent beaucoup à ceux de la tuberculose pulmonaire ordinaire.

5° La *pneumonie hypostatique* ou *congestion pulmonaire* se rencontre fréquemment comme complication d'une foule d'états morbides. Elle se traduit par un sentiment de chaleur, de gêne et d'oppression dans la poitrine ; le malade tousse et rejette quelques crachats visqueux, parfois striés de sang. La congestion occupe presque toujours le bord postérieur et la base des poumons ; à ce niveau le son est un peu affaibli¹, on constate une diminution du bruit respiratoire qui peut aussi devenir soufflant, et parfois quelques râles muqueux très fins.

6° La *pneumonie interstitielle* ou *sclérose du poumon* consiste dans l'inflammation chronique du tissu conjonctif qui entre dans la structure du poumon ; bien rarement primitive, elle ne se développe guère que sur le pourtour d'autres lésions du poumon et ne se traduit souvent par aucun signe².

Dans la *pneumonie massive*, l'exsudat obstrue complètement les alvéoles et les bronches. Les signes physiques sont très modifiés : il n'y a pas de râles, ni de souffle, mais une absence de la respiration, une abolition des vibrations thoraciques, une matité absolue ; le signe dominant est la dyspnée. Si le malade expectore, les signes physiques habituels apparaissent.

1. Il se peut que la matité soit très accentuée, sans l'être autant que dans les épanchements pleurétiques.

2. Ou du moins on ne sait si l'exagération des vibrations vocales, le souffle et la bronchophonie doivent être rapportés à la lésion primitive sur le pourtour de laquelle s'est développée la sclérose, ou à la sclérose elle-même.

= Les signes physiques peuvent faire défaut pendant un temps assez long dans les pneumonies *centrales* et les pneumonies du *sommet*.

Weil a signalé dans la pneumonie infantile (dont les signes stéthoscopiques peuvent faire défaut pendant les premiers jours) un signe très spécial qui permettrait, à la seule inspection des petits malades, de faire le diagnostic dès le début de la maladie, et qui consisterait dans un *défaut d'expansion* de la paroi thoracique, strictement limité à la région sous-claviculaire du côté atteint

Signes fournis par l'examen du larynx.

Les signes fournis par l'examen du larynx sont :

A. Des troubles fonctionnels .	Douleur. Toux et expectoration. Dyspnée. Altérations de la voix et aphonie.
B. Des désordres appréciables à l'auscultation et au laryngoscope	Souffle laryngien. Ulcérations. — Nécroses, etc. Polypes et végétations. OEdème.

Or l'examen complet du larynx ne pouvant être fait qu'à l'aide du laryngoscope, nous allons indiquer son manie-
ment¹.

1. Il est souvent facile chez les enfants de tout âge et même chez les adultes, d'inspecter directement la face antérieure, le sommet et les bords de l'épiglotte : — Il suffit pour cela, lorsque le sujet a la bouche grande ouverte, d'introduire profondément un abaisse-langue coudé et d'exercer une pression plus ou moins forte sur la base de la langue, en faisant basculer légèrement en haut le manche de l'instrument. Cette pression provoque presque toujours la contraction réflexe des muscles constricteurs du pharynx et, comme conséquence, un soulèvement en masse du larynx qui permet d'apercevoir la face antérieure, la pointe et les bords de l'épiglotte. — On conçoit tout le profit que la clinique peut retirer d'un pareil examen, notamment dans les cas de diphtérie.

Laryngoscopie. — L'emploi du laryngoscope ne date que de quelques années : c'est à Türck et à Cerzmarck que revient en grande partie l'honneur de sa découverte.

L'examen laryngoscopique se fait à l'aide de deux miroirs (miroirs laryngien et réflecteur) et d'une lampe.

Le *miroir laryngien* ou *laryngoscope* consiste en un petit plan en verre ou en acier, quadrangulaire, ayant de 1 1/2 à 2 centimètres de surface, à bords mousses, fixé par un de ses angles à une tige rigide qui se termine par un manche. Avant d'être appliqué, ce miroir doit être légèrement chauffé pour ne pas être terni par la respiration.

Le *réflecteur* est un miroir légèrement concave, disposé de façon à recueillir les rayons d'une lampe et à les projeter dans le fond de la gorge ; il est percé, à son centre, d'une ouverture par laquelle regarde l'observateur.

Si le malade supporte difficilement le contact du miroir laryngien, faites-lui prendre pendant deux ou trois jours 1 gramme de bromure de potassium, car ce sel a la propriété d'anesthésier la muqueuse à l'arrière-gorge, ou encore faites-lui sucer de la glace pendant quelques minutes avant l'examen ; de plus, l'application du miroir doit être faite sans tâtonnements.

Le docteur Labordette a imaginé un *spéculum laryngien* assez ingénieux, mais qui est cependant peu employé.

Examen. — Le malade et le chirurgien sont assis vis-à-vis l'un de l'autre, mais séparés par une table étroite sur laquelle sont placés la lampe et le réflecteur disposé de manière à projeter les rayons lumineux dans la gorge du malade.

Celui-ci ouvre largement la bouche et tire la langue au dehors, le chirurgien la saisit avec sa main droite entourée d'un linge¹ ; alors sa main gauche armée du laryngoscope l'applique sur la face inférieure du voile du palais, ainsi d'ail-

1. Ou bien c'est le malade lui-même qui la tient, de telle sorte que le chirurgien peut avec sa main droite porter un instrument dans le larynx.