

que soit la marche que la maladie suive à ce point de vue, la bronchorrhée est toujours un fait essentiel; c'est plutôt l'excès que la nature de l'expectoration qui semble exercer une influence fâcheuse.

Dans cet exposé des phénomènes qui caractérisent cette forme spéciale de gangrène du poumon, ne retrouvez-vous pas, messieurs, ainsi que je vous l'ai dit, une grande partie des symptômes accusés par notre malade et observés par nous?

Bien qu'offrant plus d'un point de ressemblance avec la forme de gangrène pulmonaire qu'on pourrait appeler la forme classique, celle dont nous parlons en diffère essentiellement par sa marche, qui est chronique, tandis que l'autre procède généralement d'une façon plus aiguë. Elle en diffère par la prédominance de l'élément catarrhal, par la nature de l'expectoration toujours très-abondante, et presque exclusivement constituée par du mucus d'une odeur fétide, gangréneuse, tandis que, dans la gangrène parenchymateuse, les crachats prennent d'ordinaire un aspect de détritibus animaux tout spécial.

Quoi qu'il en soit, cette forme particulière de la gangrène diffère surtout de l'autre par sa bénignité relative; car si la gangrène parenchymateuse se termine quelquefois heureusement, ce sont évidemment des faits du genre de celui que nous venons d'observer ensemble qui ont fourni le plus d'exemples de guérisons.

C'est par l'*atmidiatrique* pulmonaire que ces guérisons ont été généralement obtenues. L'*atmidiatrique* est un procédé thérapeutique qui consiste, vous le savez, à administrer par les voies respiratoires des médicaments, soit pour obtenir une action générale sur l'organisme, comme lorsqu'on administre le chloroforme pour produire l'anesthésie, soit que l'on veuille modifier l'état phlegmasique de l'appareil pulmonaire.

Dans ces cas de gangrène du poumon, les inhalations de *vapeur d'eau térébenthinée* ont rendu de réels services au professeur Skoda (de Vienne), qui les a le premier préconisées. Ce sont elles que nous avons employées chez notre malade, et, à cet effet, nous nous sommes servi de l'appareil fumigatoire de Richard.

Il se compose d'un vase de fer-blanc dans lequel on met de l'eau que l'on chauffe au moyen d'une lampe à alcool placée au-dessous du récipient. Ce vase de fer-blanc renferme un grand flacon de cristal muni de deux tubulures, et rempli d'eau tiède qui est maintenue dans ce bain-marie à une température de 45 à 50 degrés. Une des tubulures reçoit un thermomètre qui sert à régler la température; à l'autre s'adapte un tube recourbé terminé par une extrémité en forme de bec de clarinette. Le malade place cette extrémité dans sa bouche, et inspire l'air qui s'est imprégné de la vapeur d'eau contenue dans le vase et du principe médicamenteux dont elle s'est chargée.

Cet appareil peut, aujourd'hui, être avantageusement remplacé par l'appareil pulvérisateur de M. Saëz-Girons dont je vous ai parlé en plus d'une occasion.

L'appareil pulvérisateur permet, comme vous le savez, de porter jusque

dans les profondeurs des canaux respiratoires, non plus seulement des substances volatiles, comme l'essence de térébenthine, l'huile essentielle de cubèbe ou le copahu que l'on emploie également dans l'appareil de Richard; mais il permet de porter des agents thérapeutiques non volatils, à la condition qu'ils puissent se dissoudre dans l'eau. Aussi, dans la forme de gangrène dont je viens de vous entretenir, me suis-je servi de préparations de tannin, de solution d'extrait de ratania, de sulfate de cuivre, de sublimé corrosif, d'arséniat de soude, modificateurs puissants qui, portés dans les bronches avec l'eau qui les dissout, agissent sur les surfaces malades de manière à hâter singulièrement la guérison. Je n'ai pas besoin de dire que les doses, d'abord très-minimes, doivent être lentement accrues à mesure que l'économie semble s'y habituer.

XXXII. — PLEURÉSIE. — PARAGENTÈSE DE LA POITRINE.

PLEURÉSIE.

Signes ordinaires de la maladie. — Signes exceptionnels. — Bruit skodique. — Interprétation des bruits de frottement. — Râles crépitants de la pleurésie. — Persistance du souffle dans les épanchements excessifs. — Souffle et voix amphorique, signes de la pleurésie. — Peuvent tromper quelquefois. — Fluctuation intercostale.

MESSIEURS,

Je conviendrai aisément avec vous que, dans l'immense majorité des cas, la pleurésie est une des maladies qu'il est le plus facile de reconnaître, et, à cet égard, je ne pourrais que vous rappeler les signes que vous trouverez indiqués dans tous vos auteurs classiques, ceux sur lesquels j'appelle sans cesse votre attention au lit des malades. Le point de côté, la toux, l'absence d'expectoration; l'obscurité, puis la matité du son, occupant ordinairement les parties les plus déclives; l'ampliation de la poitrine du côté affecté, l'absence de la vibration thoracique et du bruit respiratoire, le souffle, l'égophonie, la bronchophonie, etc.

Néanmoins, dans quelques cas, très-rares heureusement, tous les signes de la pleurésie existent, et l'autopsie révèle une autre lésion. Ainsi, récemment encore, notre collègue dans les hôpitaux, M. Empis, constatait tous les signes d'un épanchement pleurétique chez une jeune femme qu'il avait reçue dans son service de l'hôpital de la Pitié, avec de la douleur dans le côté droit de la poitrine, de la dyspnée et de la fièvre. La percussion donnait une matité absolue dans les deux tiers inférieurs du côté droit du thorax : par l'auscultation, on notait, dans la partie la plus inférieure, une absence presque complète du bruit respiratoire, puis dans les deux tiers moyens, en avant et en arrière, une respiration bronchique très-forte, accompagnée d'une *égophonie considérable*. La malade mourut : il s'agissait d'une tumeur encéphaloïde, sans le moindre épanchement de liquide.

Il y a deux ans, le médecin que je viens de vous nommer communiquait à la Société médicale des hôpitaux un exemple curieux de kyste hydatique du foie qui avait refoulé le diaphragme et le poumon, au point d'occuper les deux tiers inférieurs du côté droit du thorax, et qui avait donné lieu aux signes d'un épanchement pleurétique, bien qu'il n'y en eût pas.

« Lorsque M. Monneret, dit M. Empis (1), me confia son service, en partant en vacances, il me dit que le malade qui fait le sujet de cette obser-

(1) *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux* (séance du 9 octobre 1861).

» vation était atteint d'un épanchement pleurétique abondant, contre lequel il
 » avait inutilement épuisé tous les moyens médicaux, et qui lui paraissait indi-
 » quer la thoracocentèse. Il ajouta qu'il avait essayé de pratiquer lui-même
 » cette opération quelques jours auparavant, mais qu'ayant fait la ponction
 » peut-être un peu trop bas, il croyait avoir pénétré dans le foie et qu'il n'était
 » sorti aucun liquide. Il m'engagea à refaire l'opération un peu plus haut.
 » L'existence d'un épanchement pleurétique chez ce malade ne paraissait pas
 » douteuse. Il y avait du *souffle bronchique* et de l'*égophonie* on ne peut
 » mieux caractérisée en arrière, à la réunion du tiers supérieur avec les deux
 » tiers inférieurs du thorax. Le malade était dans un état cachectique, et il
 » s'affaissait de jour en jour. Je pensai, comme M. Monneret, que la thoraco-
 » centèse était indiquée. M. Regnault, interne du service, pratiqua devant
 » moi cette opération, en enfonçant le trocart entre la quatrième et la cin-
 » quième côte : il sortit immédiatement par la canule un pus verdâtre dont on
 » remplit tout un bassin; puis, presque subitement, l'écoulement du pus
 » cessa, sans qu'on pût le rétablir. Les signes stéthoscopiques étaient peu mo-
 » difiés : on entendait encore le souffle bronchique et l'égophonie, et la
 » matité n'avait pas diminué de hauteur en proportion de la quantité du liquide
 » expulsé. Nous laissâmes le malade tranquille, et, deux jours après, il eut une
 » vomique, et rendit par la bouche une grande quantité de pus. Évidemment
 » le pus s'était ouvert une voie au travers du poumon. Le malade mourut
 » très-peu de temps après, et l'autopsie nous fit voir qu'il n'y avait aucune
 » trace d'épanchement dans la plèvre, et que la maladie consistait en un vaste
 » kyste hydatique du foie qui avait suppuré, et qui, par les proportions
 » énormes qu'il avait acquises, avait refoulé le diaphragme et le poumon
 » jusqu'au tiers supérieur du thorax, donnant lieu ainsi, par sa présence, à la
 » matité et aux signes d'épanchement pleurétique que l'on avait constatés.
 » Cet exemple prouve que le souffle bronchique, l'égophonie et la matité ne
 » sont pas des signes toujours suffisants d'épanchement dans la plèvre, car
 » ils peuvent être produits lorsqu'un liquide est enkysté *au-dessous* du dia-
 » phragme et qu'il refoule le poumon, en restant en rapport avec lui. »

Je vous ai dit cent fois quelles modifications les signes de la pleurésie pouvaient subir chez les divers malades comparés les uns aux autres, chez le même malade, suivant les périodes de la maladie, suivant la quantité, la nature de l'épanchement; je n'y veux pas revenir aujourd'hui, me bornant à appeler votre attention sur quelques signes nouveaux, les uns acceptés par tous, les autres discutés encore et n'ayant pas jusqu'à présent obtenu droit de cité.

Il y a quelques années, messieurs, le retentissement *skodique* de la poitrine n'était admis que par un petit nombre de médecins; aujourd'hui on reconnaît généralement que, dans la pleurésie, en percutant au-dessous de la clavicule et dans la partie la plus rapprochée du sternum, on obtient un son spécial, demi-tympanique, sur lequel mon illustre collègue de l'école de Vienne, M. Skoda, a, le premier, appelé l'attention des observateurs.

Il est vrai que dans quelques cas rares, où il n'y a évidemment que de la pneumonie, la sonorité *skodique* peut se produire, et plusieurs fois je vous l'ai fait noter au lit du malade. D'autres médecins, et parmi eux je citerai M. Woillez, sont arrivés au même résultat que moi ; mais tandis que ce signe ne manque presque jamais dans la pleurésie, lorsque l'épanchement ne remonte pas plus haut que la quatrième côte, il ne se rencontre qu'exceptionnellement quand la pneumonie existe seule, sans complication de pleurésie.

Cependant encore ici, messieurs, je dois faire quelques restrictions. Je vous ai dit qu'un malade pouvait avoir un épanchement pleurétique, alors que l'examen le plus attentif ne permettait de constater l'existence d'autres signes que la matité et l'absence du bruit respiratoire, sans souffle ni égophonie, ni bronchophonie. Dernièrement encore, nous recevions au n° 6 de notre salle Saint-Bernard, une femme qui, avec de graves lésions du cœur, avait un épanchement pleurétique à droite. Quelque soin que nous ayons mis à pratiquer chaque jour l'auscultation, précisément parce que nous ne trouvions pas les signes ordinaires de la maladie, nous n'entendimes pas une seule fois de souffle, d'égophonie ou de bronchophonie. Bien qu'il n'y eût rien autre chose que de la matité, de l'absence de vibration et de bruit respiratoire, nous n'en avons pas moins affirmé l'épanchement ; l'autopsie nous a en effet démontré une suffusion séreuse tellement abondante, que nous avons vivement regretté de ne pas avoir pratiqué la paracentèse du thorax.

Vous savez qu'on a donné le bruit de frottement comme un signe précieux de la pleurésie ; au début de cette affection, alors qu'il n'y a pas encore d'épanchement ou que cet épanchement est très-peu abondant, on l'explique par les frottements qu'exercent l'un sur l'autre, dans les mouvements de la respiration, les deux feuillets de la plèvre dont les surfaces sont revêtues d'une mince couche d'exsudation fibrineuse ; vers la fin de la pleurésie, alors que la diminution ou la résorption complète du liquide épanché permet le rapprochement des deux surfaces sereuses, on l'attribue encore à la présence sur ces surfaces de fausses membranes plus ou moins épaisses et résistantes.

Messieurs, les véritables bruits de frottement pleural sont beaucoup plus rares qu'on ne le dit et qu'on ne le croit.

Nous avons rarement occasion de les entendre au début de la pleurésie, d'abord par cela seul que rarement aussi nous sommes appelés à observer la maladie à son début, et que quelques heures suffisent pour qu'il se soit fait un épanchement plus ou moins notable. C'est donc, en général, le frottement pleural qui se produit vers la fin de la maladie que nous sommes à même de mieux connaître ! Or, je le répète, ce frottement pleural est beaucoup moins commun qu'on ne l'a prétendu.

Entre les médecins qui soutiennent l'opinion contraire à la mienne, entre ces médecins et moi, il y a un malentendu que je tiens à faire cesser.

En premier lieu, cette espèce de bruit du début de la pleurésie ressemblant à celui que produirait le froissement de deux feuilles de papier josph très-fin,

et que l'on appelle bruit de frottement, ce bruit n'est pour moi rien autre chose qu'un bruit de souffle. Voici sur quelles considérations je me fonde. Lorsqu'on ausculte deux ou trois fois par jour, on constate que ce prétendu bruit de frottement devient de plus en plus rude, et arrive, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, au véritable bruit de souffle, tel qu'on peut l'observer dans la pneumonie. D'un autre côté, la voix retentit avec un son évidemment égophonique, et à mesure que le frottement devient plus accentué, la voix passe à l'égobronchophonie, enfin à la bronchophonie la plus nette. Je suis donc fondé à contester à ce signe le nom de bruit de frottement, et à le considérer, à l'exemple de beaucoup de cliniciens, comme une modification du souffle bronchique.

Quant au bruit de frottement du décours de la pleurésie, il demande aussi quelques explications.

Tout d'abord, lorsqu'en même temps que de la pleurésie il y a de l'emphysème pulmonaire ou de la bronchite chronique, on entend quelquefois des râles vibrants qui persistent dans le même point du poumon pendant assez longtemps, et qui ressemblent à s'y méprendre au bruit particulier que l'on produit en frottant la pulpe du doigt sur la main quand la peau est bien sèche, ou bien en pressant de la neige entre les doigts ; mais si ce bruit persiste en un point déterminé de la poitrine, surtout vers les parties postérieure, moyenne et latérale, si on le retrouve après avoir fait tousser et expectorer le malade, il n'est guère possible de le confondre avec un râle grave ; c'est là un bruit de frottement dont je n'ai jamais eu l'idée de nier l'existence.

De plus, il est une autre espèce de bruit que l'on entend à la fin de la pleurésie, que l'on considère encore comme un bruit de frottement, très-différent de celui que je viens d'indiquer, et qui ressemble à de la crépitation fine. Ce bruit, que l'on retrouve dans la grande majorité des pleurésies, n'est en réalité qu'un râle crépitant, et je l'ai appelé *râle crépitant de la pleurésie*. L'interprétation que j'en ai donnée est bien simple. De même qu'il n'y a pas d'érysipèle sans tuméfaction fluxionnaire du tissu cellulaire sous-cutané, il n'y a pas d'érysipèle de la plèvre ou de pleurésie sans fluxion irritative du tissu cellulaire sous-pleural et du parenchyme pulmonaire périphérique. Cette fluxion du poumon amène nécessairement dans les vésicules une exsudation séreuse analogue à celle de l'œdème pulmonaire ; de là un râle sous-crépitant fin, qui a lieu assez souvent tout à fait au début de la pleurésie, et qui existe presque toujours quelquefois pendant plusieurs semaines, lorsque l'épanchement étant résorbé, il ne reste plus qu'un état d'œdème subinflammatoire des parties les plus superficielles du poumon.

Je ne dois pas non plus oublier un signe sur lequel j'appelle si souvent votre attention, je veux parler de la persistance du souffle bronchique et de la bronchophonie dans les épanchements excessifs. Longtemps j'avais cru, sur la foi de mes maîtres et des auteurs les plus compétents sur la matière, que le

souffle disparaissait lorsque l'épanchement devenait considérable ; mais lorsque j'eus pratiqué un grand nombre de paracentèses de la poitrine, j'acquis bien vite la conviction que, assez souvent, dans des épanchements de plusieurs litres, et lorsque la matité arrivait jusqu'à la clavicule, lorsque le diaphragme était refoulé, les espaces intercostaux dilatés, la bronchophonie et le bruit de souffle persistaient jusqu'au moment où le trocart avait donné issue au liquide. Vous vous souvenez que plusieurs fois je vous ai invités à constater l'existence de ce signe, et vous avez pu reconnaître en même temps, lorsque j'avais fait la ponction, que la masse du liquide était considérable.

Messieurs, il arrive assez souvent que, chez les pleurétiques, on trouve tous les signes stéthoscopiques qui appartiennent à la phthisie tuberculeuse arrivée au troisième degré ; c'est à MM. Rilliet et Barthez (1), à M. Béhier (2), et, plus tard, à M. Landonzy (3), qu'il appartient d'avoir plus spécialement appelé l'attention des praticiens sur ce point important de diagnostic. Aujourd'hui c'est un fait acquis à la science, et si, comme je vous le dirai bientôt, on peut encore commettre de graves erreurs, il n'en faut pas moins reconnaître que, avant les travaux des médecins que je viens de vous nommer, ce point curieux de l'histoire de la pleurésie n'avait pas été bien étudié.

Parfois la respiration amphorique, les gargouillements, la voix caverneuse, sont si marqués, qu'on ne peut se défendre de les rapporter à l'existence de cavernes pulmonaires, surtout lorsque ces bruits ont pour siège le sommet de la poitrine ; et, lors même que ces bruits s'entendent vers l'angle inférieur de l'omoplate, on ne peut encore se défendre de la même idée, tant ces gargouillements et le souffle sont identiques avec ceux qui se produisent dans de grandes cavités creusées au milieu du parenchyme du poumon.

Mais le début, la marche de la maladie, la matité des parties déclives, le déplacement des organes voisins, l'amplitude de la poitrine, l'absence de lésions au sommet des poumons, enfin l'état général du sujet, permettent ordinairement d'arriver au diagnostic. Cependant l'erreur est quelquefois difficile à éviter, et vous lirez dans le mémoire de MM. Rilliet et Barthez une observation très-intéressante où cette erreur a été commise par un médecin très-expérimenté.

Quelles sont donc les conditions qui, dans le cas de pleurésie aiguë ou chronique, peuvent donner lieu aux gargouillements, à la respiration, à la voix et à la toux amphoriques ? MM. Rilliet et Barthez, se rappelant que, lorsqu'une pleurésie se complique de pneumonie, il y avait augmentation du souffle

(1) Barthez et Rilliet, *Sur quelques phénomènes stéthoscopiques rarement observés dans la pleurésie chronique* (Archiv. gén. de méd., mars 1853).

(2) Béhier, *Note sur un souffle amphorique observé dans deux cas de pleurésie purulente simple du côté droit* (Archiv. gén. de méd., août 1854).

(3) Landonzy, *Nouvelles données sur le diagnostic de la pleurésie et les indications de la thoracocentèse* (Arch. gén. de méd., novembre et décembre 1856).

bronchique, furent conduits à penser que dans la pleurésie chronique, avec respiration bronchique, à timbre caverneux, il existait en même temps que l'épanchement une induration plus ou moins considérable du parenchyme pulmonaire. Pour que le bruit amphorique accompagne un épanchement pleural, il faut, dit à son tour M. Béhier, que le poumon, tassé, induré, soit en rapport avec la trachée ou avec une des grosses divisions des bronches. On comprend, en effet, que, transmis à l'oreille, à travers le poumon induré et à travers l'épanchement qui comprime les tuyaux de gros calibre, tels que l'une des divisions principales de la trachée, les bruits laryngés puissent prendre le timbre amphorique ; de plus, si dans la trachée ou les bronches, il y a des mucosités en certaine quantité, ces mucosités, battues par l'air, donneront lieu aux gargouillements. Cette explication, fournie par M. Béhier, peu différente d'ailleurs de celle mise en avant par MM. Rilliet et Barthez, cette explication est applicable à quelques cas, mais elle ne l'est pas à tous.

D'une part, en effet, lorsqu'il s'est fait dans la cavité de la plèvre un épanchement considérable, le poumon, refoulé au sommet de la poitrine et dans la gouttière vertébrale vers la racine des bronches, se trouve dans les conditions favorables à la production des bruits amphoriques, et cependant ces bruits ne se produisent pas alors constamment.

D'autre part, ils peuvent se produire quoiqu'il n'y ait qu'un épanchement peu abondant, de telle sorte que le poumon a conservé à peu de chose près ses rapports normaux.

C'est ce dont vous avez pu vous assurer dans le fait que je vais vous rappeler.

Au n° 30 de notre salle Saint-Bernard, entrant, le 14 avril 1862, une femme de vingt et un ans. Elle était accouchée à l'hôpital de Lariboisière dans les premiers jours de novembre 1861, et quelques jours après son accouchement elle avait eu quelques accidents du côté droit du bassin. Ces accidents toutefois n'avaient pas été bien graves, puisqu'elle avait pu quitter l'hôpital quinze jours après sa délivrance. Depuis cette époque, à chaque période menstruelle, elle avait de la fièvre et des vomissements. Lorsqu'elle fut examinée pour la première fois par nous, nous trouvions dans la fosse iliaque gauche une tumeur très-considérable, remontant jusqu'à la crête de l'os des îles, descendant sur les parties latérales du bassin, et enveloppant en arrière l'utérus, qui était enclavé. Cette tumeur abdominale, qui nous parut être un phlegmon pelvi-utérin, diminua très-lentement, et avait presque disparu un mois plus tard ; comme elle ne causait d'ailleurs aucun accident, nous la laissâmes sur l'arrière-plan pour nous occuper de troubles pathologiques d'une bien autre importance, et sur lesquels je veux fixer plus particulièrement votre attention.

En effet, le 18 avril, c'est-à-dire quatre jours après son entrée à l'hôpital, notre jeune malade se plaint de toux et d'un point de côté à droite. L'auscultation ne nous révélait rien autre chose qu'un catarrhe aigu généralisé, et les phénomènes thoraciques semblaient s'amender, lorsque, le 29, c'est-à-dire