

neuf jours après le début de la bronchite et du point de côté, il se manifesta du côté droit des signes évidents de pleurésie, et en même temps nous trouvions du souffle voilé à la hauteur de l'angle du scapulum gauche, et des râles sous-crépitaux. Nous avons donc affaire à une pleurésie double avec légère bronchopneumonie. Les jours suivants, tandis que, du côté droit, les signes appartenant à la pleurésie, savoir, la matité absolue, le souffle bronchique à la base, l'égo-bronchophonie sur les limites de l'épanchement, se prononçaient de plus en plus, du côté gauche, au contraire, nous ne trouvions que de l'égo-phonie le long de la colonne vertébrale; mais en même temps, des gargouillements, des craquements humides éclataient dans l'oreille, comme cela s'observe au sommet des poumons remplis de masses tuberculeuses en voie de ramollissement.

Cependant, tandis que les signes stéthoscopiques du côté gauche restaient sensiblement les mêmes, ceux qui caractérisaient l'épanchement à droite se prononcèrent plus nettement encore, et la paracentèse fut résolue. Elle fut pratiquée par M. Dumontpallier, en suivant les règles et en observant les précautions que j'ai indiquées depuis longtemps. On put retirer 900 grammes d'une sérosité parfaitement limpide. Il y eut une grande amélioration; mais la sérosité se reproduisit rapidement, et, quatre jours après, il fallut faire une seconde ponction. Ce fut la dernière, l'épanchement ne reparut plus; cependant la matité persista jusqu'à la fin, et il y eut, jusqu'à huit jours avant la mort, un peu d'égo-phonie vers l'angle de l'omoplate à droite; peu de jours après la ponction on avait entendu du bruit de cuir neuf.

Or, le 4 mai, nous avons commencé à entendre, de la manière la plus évidente, du souffle à gauche, avec respiration et gargouillements amphoriques, principalement vers l'angle de l'omoplate; ces gargouillements, cette respiration amphorique et cavernueuse, furent l'objet de notre attention tous les jours; ils ne cessèrent pas jusqu'à la mort de la malade. Cinq ou six personnes constatèrent chaque jour ces signes stéthoscopiques. M. le docteur Landouzy (de Reims), qui, venu à Paris pour quelques jours, me fit l'honneur d'assister à une visite, examina lui-même notre malade, et ne douta pas plus que nous qu'elle ne fût atteinte de pleurésie du côté gauche avec bronchite. Remarquez bien que si, dans la partie inférieure et moyenne des deux poumons, nous entendions des râles muqueux et sous-crépitaux, rien de ce genre ne s'observait dans les sommets.

En comparant les signes fournis par l'auscultation et par la percussion chez cette jeune femme avec ceux que nous trouvons chez les phthisiques, il n'y avait de différence que dans le siège des bruits. De plus, l'expectoration fut toujours celle de la bronchite; jamais il n'y eut les crachats des vastes cavernes, non plus que l'expectoration des vomiques pulmonaires ou pleurales. L'épanchement semblait diminuer, la matité n'était point absolue et ne remontait pas au-dessus de l'angle inférieur de l'omoplate, mais le souffle amphorique et les gargouillements persistaient toujours dans la partie déclive du poumon

et le long de la colonne vertébrale. Bientôt cette malade eut de l'œdème des extrémités, de la bouffissure du visage; toutefois ses urines ne contenaient pas d'albumine; une diarrhée incoercible l'affaiblit rapidement; l'oppression devint plus grande, et, jusqu'à la veille de la mort, on entendit encore la respiration amphorique et des gargouillements dans la région déjà indiquée. Je ne veux vous rappeler ici que les lésions anatomiques qui ont été constatées dans la poitrine. Le poumon droit était adhérent à la plèvre pariétale dans toute son étendue; il n'y avait point trace de tubercule, et les bronches étaient remplies de mucosités purulentes. Le poumon gauche, libre de toute adhérence, souple, n'offrait aucun dépôt, aucune granulation de nature tuberculeuse; à la coupe, les bronches laissaient écouler du muco-pus, mais dans la plèvre il y avait 3 à 400 grammes de sérosité jaune sans dépôts fibrineux; il n'existait point de fausses membranes à la surface du poumon. L'épanchement pleural était donc peu considérable, le poumon n'était guère comprimé, et cependant le souffle amphorique avait encore été entendu la veille de la mort.

Il faut donc accepter, messieurs, et ce fait en est une preuve irrécusable, que le souffle amphorique peut exister sans tassement, sans induration du parenchyme pulmonaire, sans adhérences ni dépôts pseudo-membraneux des plèvres, enfin sans qu'il y ait compression des gros troncs bronchiques. Quant aux gargouillements, dont le siège était dans les bronches remplies de muco-pus, ils étaient peut-être transmis à l'oreille par une compression superficielle du poumon, là où existait l'épanchement pleural. D'autres conditions que celles invoquées par MM. Rilliet, Barthez et Béhier peuvent par conséquent donner lieu aux bruits amphoriques.

Lorsque la ponction de la poitrine est pratiquée, il est curieux de suivre ce qui se passe pendant que la sérosité s'écoule et après la ponction. A mesure que le liquide s'échappe, les organes déplacés reprennent leurs rapports normaux, la cage thoracique tend à revenir à sa forme normale, et bientôt va réparer le jeu des côtes et du diaphragme. La résonance skodique cesse, le poumon se dilate; bien que la matité persiste dans la plus grande étendue de la poitrine, on entend, en appliquant l'oreille, des râles de volume variable, râles profonds, encore lointains, et souvent le souffle et l'égo-phonie ne disparaîtront que plus tard. Voilà ce qui s'observe le plus ordinairement dans les épanchements aigus, lorsque la ponction est pratiquée avant que le poumon ait contracté d'adhérence, avant que des fausses membranes épaisses lui aient formé une coque résistante et non dilatable. Dans les cas au contraire où, l'épanchement datant de longtemps, des fausses membranes épaisses ont enveloppé le poumon, les parois de la poitrine restent immobiles, les organes abdominaux déplacés reprennent seuls leur situation normale après l'écoulement du liquide; le poumon demeure fixé dans la gouttière vertébrale, et n'est plus perméable à l'air; l'oreille ne perçoit point de râles; s'il existait du souffle et de l'égo-phonie avant la ponction, ces bruits persistent, quelquefois renforcés. De l'énoncé de ces phénomènes, déjà consignés dans un mémoire de

M. Landouzy, ne ressort-il pas que l'épanchement du liquide n'a point de part qui lui soit propre dans la production des bruits de souffle et du chevrottement de la voix. Nous voilà bien loin de la théorie professée par Laennec, acceptée par tous et qui expliquait la voix de jeton, de polichinelle ou de chèvre par la présence d'une quantité plus ou moins considérable de liquide épanché dans la plèvre. En faut-il conclure que le liquide épanché n'ait aucune part dans la production du souffle tubaire, du souffle amphorique et de l'égophonie? Non : mais l'épanchement n'agit sur la production de ces bruits qu'en comprimant le poumon, en le condensant, et en le rendant meilleur conducteur du bruit produit dans les bronches ou transmis seulement par la trachée et les bronches. Le liquide agit alors à la façon des fausses membranes qui enserrant le poumon, puisque, dans les cas d'épanchement extrême, quelquefois le souffle persiste ainsi que l'égophonie. Remarquons cependant que la bronchophonie s'observe plus souvent dans ces cas, et qu'elle est la compagne presque obligée du souffle bronchique; l'égophonie avec ses diverses modalités n'en reste pas moins un signe d'une grande valeur diagnostique dans les épanchements peu considérables de la plèvre.

Messieurs, si dans un grand nombre de cas, nous trouvons dans la pleurésie tous les signes qui appartiennent à la phthisie tuberculeuse arrivée au troisième degré, et si l'erreur de diagnostic devient alors excusable, il arrive par contre que, dans certaines circonstances, des malades qui offrent tous les signes de la forme de pleurésie sur laquelle MM. Rilliet, Barthez, Béhier, Landouzy et moi-même, avons tant insisté, sont très-réellement des tuberculeux chez lesquels l'affection locale occupe les parties moyenne et inférieure du poumon, chez lesquels d'ailleurs existe une phlegmasie chronique des plèvres inséparable d'une lésion tuberculeuse très-avancée.

Vous avez certainement encore présent à la mémoire le fait de cette jeune fille couchée au n° 23 de la salle Saint-Bernard, qui, pendant un mois entier, a fixé si particulièrement notre attention. Je vous rappellerai sommairement son histoire.

Une jeune fille de dix-huit ans, qui tousse depuis deux mois et n'est alitée que depuis quinze jours, entre, le 23 mai 1863, dans notre salle Saint-Bernard. La maladie a débuté comme une bronchite, par un gros rhume. Il n'y a pas eu d'hémoptysie. La fièvre est peu intense. Les crachats sont muqueux et très-peu abondants. Il existe une légère douleur thoracique à droite. Il y a de la diarrhée depuis une quinzaine de jours, sans douleur abdominale.

La sonorité de la poitrine est normale à gauche, au sommet comme à la base; à droite, au contraire, il y a une matité absolue dans les deux tiers inférieurs en arrière, tandis que le sommet résonne bien. A l'auscultation on ne trouve à gauche que des râles vibrants ou muqueux disséminés aux parties moyenne et inférieure, mais non point au sommet; à droite, il n'y a rien non plus en ce point, mais au niveau des points où existe la matité, c'est-à-dire

vers la partie moyenne de la poitrine, on entend de gros râles, avec souffle et voix amphoriques.

On diagnostique une *bronchite généralisée* et une *pleurésie* à droite, avec bruits amphoriques. Ce diagnostic se fonde sur la marche de la maladie, la petite quantité et la nature de l'expectoration, ainsi que sur le siège de la matité et des bruits anormaux.

Les choses restent dans cet état pendant quinze jours, au bout desquels la fièvre augmente notablement et les forces diminuent. Des râles muqueux se font entendre au sommet gauche. Mais c'est toujours aux parties moyennes de la poitrine qu'ils sont et plus nombreux et à bulles moins volumineuses; vers la base, ils sont même aussi fixes que dans la bronchite capillaire. A droite, la respiration et la voix sont également amphoriques.

A partir du vingtième jour après son entrée à l'hôpital, la malade a un accès fébrile chaque soir; son état général devient très-mauvais; son aspect est celui d'un individu atteint de fièvre typhoïde: elle a de la céphalalgie, des bourdonnements d'oreilles, de la surdité, des vertiges dans la station verticale. Sa langue est sèche, sa soif vive; elle a depuis deux jours des selles involontaires.

Le vingt-cinquième jour, on entend à gauche, et pour la première fois dans la fosse sous-épineuse, du gargouillement avec souffle amphorique, quelques râles ont une résonance comme métallique. Il y a toujours prédominance des râles à la base: ainsi, vers les parties inférieures, les râles, plus nombreux et plus fins, sont presque crépitants. Toujours du souffle, des râles et de la voix amphoriques à la partie moyenne et vers la gouttière vertébrale droite de la poitrine. — L'expectoration est toujours muqueuse et très-peu abondante; un quart de crachoir est rempli en vingt-quatre heures.

La mort, prévue depuis plusieurs jours en raison de la rapidité du dépérissement et de l'intensité de la fièvre, a lieu le 22 juin, juste un mois après l'arrivée de la malade dans nos salles.

On trouve, à l'autopsie, une péritonite tuberculeuse généralisée, qui ne s'était traduite pendant la vie par aucune douleur abdominale, et des ulcérations intestinales, qui expliquent la diarrhée persistante.

Il y a très-peu de liquide épanché dans la cavité pleurale droite, bien que la plèvre pariétale soit injectée et parsemée de tubercules crus. Il n'y a pas d'adhérence avec le poumon. Les deux tiers inférieurs du poumon droit sont transformés en une masse presque compacte. Au niveau de la gouttière vertébrale, là où s'entendaient les bruits amphoriques, on voit une masse tuberculeuse du volume d'une petite orange, ayant l'aspect et la consistance du mastic; elle est creusée à sa partie la plus superficielle d'une caverne du volume d'une petite noix séparée de la surface du poumon par une épaisseur de 2 millimètres tout au plus; autour de celle-ci existent cinq ou six autres cavernes moins considérables et en voie de formation. Une caverne assez spacieuse et trois autres plus petites se trouvent tout à fait à la base du poumon, que des

adhérences intimes et presque cartilagineuses relient au diaphragme. Le sommet de l'organe est souple et crépitaüt ; on ne rencontre à la coupe que quelques granulations tuberculeuses, qui, en certains points, sont réunies deux par deux ou trois par trois ; autour de ces tubercules, le tissu pulmonaire paraît sain et parfaitement perméable à l'air.

A la partie moyenne du lobe supérieur du poumon gauche on trouve une caverne capable de loger une noisette ; autour d'elle trois cavernules (c'est à ce niveau qu'on entendit dans les derniers jours de la vie des râles caverneux avec résonnance métallique). Grand nombre de tubercules crus disséminés dans ce lobe. Engouement pulmonaire et bronchite concomitants. Le lobe inférieur est envahi par des tubercules dans toute son étendue : dans les parties supérieures il y a des tubercules crus, et, à la base, des granulations grises.

En réalité, cette jeune malade, femme au point de vue du développement de ses organes, n'était encore qu'une enfant au point de vue pathologique : elle a eu la tuberculisation du jeune âge : — tuberculisation généralisée et non point circonscrite, aiguë et non point chronique.

Mais elle n'avait pas seulement des tubercules à peu près partout, la tuberculisation pulmonaire a encore présenté chez elle cette localisation irrégulière qu'on observe dans l'enfance seulement, c'est-à-dire un développement qui s'opère parfois de la base au sommet, et non point toujours du sommet à la base, ainsi qu'il arrive chez l'adulte. Il en est résulté ce phénomène, insolite chez une femme et assez ordinaire chez un très-jeune enfant, de la production de cavernes à la base des poumons avant l'apparition de tubercules au sommet de ces organes.

On comprend maintenant comment, en tenant compte de la rareté des cavernes à la base des poumons chez l'adulte, alors qu'il n'en existe pas aux parties supérieures, et en considérant, d'autre part, que la pleurésie avec signes de cavernes, bien que rare, est relativement plus fréquente que cette forme insolite de la tuberculisation, il était plus rationnel de croire à la pleurésie qu'aux tubercules.

Il me reste maintenant, messieurs, à vous entretenir d'un signe qui me paraît avoir une certaine importance, parce que, dans les épanchements de la plèvre, il vient confirmer l'enseignement fourni par la matité thoracique, je veux parler de la *fluctuation intercostale*. Les chirurgiens avaient signalé la fluctuation des espaces intercostaux dans les cas où des épanchements thoraciques arrivaient à former une saillie à l'extérieur, comme cela s'observe quelquefois lorsque l'épanchement purulent finit par se faire jour à travers les parois de la poitrine, mais je ne sache pas que la *fluctuation intercostale* ait été indiquée comme signe de l'épanchement pleural. Voici comment j'ai été conduit à soupçonner, puis à rechercher, à constater cette fluctuation spéciale, enfin à la reproduire à volonté.

Depuis longtemps, pour pratiquer la percussion, je me sers du plessimètre et d'un marteau ; en mesurant, chez des malades de mon service, l'étendue de

a matité en frappant sur le plessimètre, la région hypothénar de ma main gauche appuyant sur la paroi de la poitrine, je ressentis chaque coup de marteau porté sur le plessimètre. Cherchant à me rendre compte si je ne percevais que des vibrations imprimées au thorax par le marteau, et transmises par les côtes elles-mêmes, je plaçai cette main de telle façon que la région hypothénar reposât en grande partie sur un espace intercostal ; je crus sentir alors un mouvement de flot. Mettant alors mon doigt indicateur à plat dans un espace intercostal, je fis pratiquer la percussion entre divers espaces intercostaux, et je sentis parfaitement la fluctuation chaque fois que l'on percutait la poitrine : il me fut facile de constater par des expériences répétées la différence qui existait entre la vibration transmise par les parois et la fluctuation. — Dans le cas de vibration thoracique, on a sous la main une vibration en masse, tandis qu'en appliquant la face palmaire du doigt indicateur dans un espace intercostal, on a la sensation d'un flot liquide. — Cette fluctuation que plusieurs d'entre vous ont pu constater comme moi, ne saurait faire l'objet d'un doute, lorsqu'on se place dans les conditions que je vous ai exposées ; avec un peu d'habitude, on arrive facilement à la percevoir. Ajoutons que cette fluctuation n'est facilement appréciable que dans les cas d'épanchement assez considérable, et que, bien entendu, elle ne peut plus être perçue lorsque la ponction a été faite, tandis que les vibrations thoraciques déterminées par la percussion existent toujours, quoiqu'il n'y ait plus de liquide dans la plèvre.

Je ne veux pas accorder à ce signe une importance exagérée, mais je devais vous le signaler.

Avant de vous parler de la paracentèse de la poitrine, importante question qui nous occupera pendant plusieurs séances, je tenais, messieurs, à traiter quelques-unes des questions nouvelles qui se rattachent au diagnostic de la pleurésie ; il me sera plus facile maintenant d'exposer devant vous ce que j'ai à dire de la ponction thoracique, n'ayant plus à m'arrêter à des détails diagnostiques qui m'auraient forcé quelquefois à abandonner mon sujet principal.

PARACENTÈSE DE LA POITRINE.

§ I. — Observations. — Aperçu historique sur l'opération de la paracentèse de la poitrine, pratiquée pour les épanchements dans la cavité pleurale.

En 1855, je pratiquais la paracentèse de la poitrine chez une malade âgée de trente ans, qui était atteinte de pleurésie avec épanchement considérable.

Cette femme, couchée au n° 12 de la salle Saint-Bernard, s'était toujours parfaitement bien portée : elle nous avait, du moins, constamment répété que jamais elle n'avait éprouvé le moindre trouble sérieux dans sa santé jusqu'au moment où elle fut prise de l'affection qui l'amena ici le 2 mai, et dont elle racontait ainsi le début :