cavité péritonéale : erreur jusqu'à un certain point justifiée par l'oblitération de cette cavité, par l'amincissement des parois abdominales et par l'atrophie des intestins.

F. Encore un dernier trait d'anatomie pathologique. C'est que, dans un grand nombre de cas, la péritonite chronique est une péritonite tuberculeuse (304. I.). Mais presque toujours, en semblable circonstance, outre les tubercules que l'on constate çà et là dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, particulièrement sur les circonvolutions intestinales, on en constate aussi dans d'autres organes, notamment dans les poumons.

580. *Thérapeutique.* — Que faut-il faire? Que faut-il prescrire? Hélas! en vérité, c'est avec la pensée bien triste et bien décourageante qu'une guérison n'est possible que par exception rare, une fois sur cent, une fois sur mille, que sais-je? Mais enfin toujours est-il qu'on agit, du moins, dans un but certain de thérapeutique palliative, dans le but de soulager les malades et de prolonger leurs jours.

A. Grand repos. Eviter toute pression sur le ventre, toute secousse, tout effort qui réveillerait ou exaspérerait les douleurs. Régime alimentaire habilement et sévèrement maintenu dans une juste mesure. Voilà pour les soins de pure hygiène.

B. Encore, au besoin, les saignées, notamment la saignée locale à l'aide de sangsues sur le ventre, lorsque cette ressource a été négligée dans les commencemens du mal, et aussi lorsqu'il survient quelque recrudescence du molimen inflammatoire; encore quelques saignées, disons-nous, sauf, bien entendu, les contre-indications que l'asthénie peut élever. Mais surtout, et en règle générale, les bains et les demi-bains, simples ou émolliens; la médicamentation émolliente par le moyen de cataplasmes, de fomentations, d'onctions; les exutoires (vésicatoires, cautères, moxas ou sétons), soit sur le ventre même, soit à la partie supérieure des cuisses; et enfin, la mercurialisation par les frictions, ou bien encore par le calomel à l'intérieur.

C. Pourquoi pas la paracentèse? Pourquoi ne pas essayer cette ressource, lorsqu'un épanchement général ou partiel persiste après la cessation de l'orgasme inflammatoire, — et, bien entendu, lorsque les fonctions digestives s'exécutent encore assez régulièrement et que l'état des forces vitales se montre encore assez bon pour fonder une légitime espérance de guérison sur la disparition de l'épanchement? Là peut-être gît une chance de salut, surtout en cas de péritonite partielle. Les fastes de l'art nous présentent des cas dans lesquels, assure-t-on, la nature a sauvé elle-même les malades en ouvrant spontanément une issue extérieure à la collection purulente ou séro-purulente.

ARTICLE XXXIII.

PLEURÉSIE.

(Dictionn. de l'Acad., Vitet, Pinel, Laënnec, etc. — *Pleuresis*, de Paracelse : — par altération, pour Πλευρῖτις, Hipp., mot dérivé de Πλευρά, côte, et qui signifiait un *point de côté*, c'est-à-dire indifféremment la pleurésie et la pleurodynie d'aujourd'hui.)

(Voir nos 303-4.)

581. *Bibliographie.* — LAENNEC. — (*Traité de l'Auscult.*) IIe partie, sect. IV, chap. 1er, *De la pleurésie.*

ANDRAL. — (*Clin. méd.*, — t. IV, p. 402-632.)

CRUVEILHIER. — (Dans le *Dict. de méd. et de chir. prat.*, — t. XIII, p. 281-343.) — Article *Pleurésie.*

CHOMEL. — (Dans le *Répert.*, — t. XXV, p. 6-55.) — Article *Pleurésie.*

HIRTZ. *Recherches cliniques sur quelques points du diagnostic de la pleurésie.* (Dans les *Archives*, février 1837.)

HEYFELDER. *Sur la pleurésie chronique et l'empyème.* (Dans les *Archives*, mai 1839.) — Avec quelques réflexions de M. Valleix, à la suite de ce mémoire.

BARON (Ch.). *De la pleurésie dans l'enfance.* Th. inaug. Paris, 1841.

RILLIET et BARTHEZ. — (*Tr. clin. et prat. des mal. des enf.*, — t. I, p. 140-81.)

SÉDILLOT. *De l'opération de l'empyème.* Thèse de concours. Paris, 1841, in-4°.

DAMOISEAU. *Recherches cliniques sur plusieurs points de diagnostic des épanchemens pleurétiques.* (Dans les *Archives*, octobre et décembre 1843.)

VALLEIX. — (*Guide du médecin*, — t. II. Paris, 1843, in-8°. — Chap. VI.)

582. *Définition scolastique.* — Le mot pleurésie, depuis Pinel, ne sert plus qu'à désigner précisément, uniquement, exclusivement, l'inflammation de la plèvre, ou, si l'on aime mieux dire ainsi, du tissu cellulaire sous-pleural.

Je dis depuis Pinel; car il faut savoir qu'antérieurement aux progrès du diagnostic anatomique on ne se faisait pas scrupule de confondre, sous le titre de pleurésie, les simples inflammations de la plèvre et les pleuro-pneumonies; tant il est vrai que le point de côté passait pour le fait capital, pour l'essence même de la maladie, aux yeux des médecins qui se préoccupaient de l'étude des symptômes plus que de celle des altérations anatomiques! Et ce qui est bien digne de remarque, c'est qu'un livre de Pinel lui-même nous offre encore des traces de cette vieille con-

fusion et s'en trouve entaché. Dans la *Médecine clinique* de cet auteur, nous voyons figurer, sous le titre de *pleurésie avec fièvre adynamique*, un cas de pleuro-pneumonie terminé par gangrène. Voici ce cas : — Une femme de soixante-sept ans, d'une constitution affaiblie, est le sujet de l'observation. Premier jour : frisson, point de côté à droite, toux sèche, vomissement spontané. Quatrième jour : dyspnée, douleur thoracique très aiguë, point d'expectoration, pouls fréquent et faible (*Quelques sangsues*). Cinquième jour : embarras gastrique (*Emétique*) ; le soir, paroxysme, QUELQUES CRACHATS ROUILLÉS. Sixième jour : stupeur, prostration, respiration convulsive, pouls rare et faible, point d'expectoration, râlement, aphonie. Septième jour, mort. *Nécropsie :* adhérences très nombreuses des poumons avec la plèvre costale, surface du poumon droit sphacélée, tissu de ce viscère gorgé de mucosités.

583. *Synonymie.* — Vulgairement et suivant une manière de parler assez peu logique : Fausse fluxion de poitrine. — Néologiquement, mais en conformité avec la nomenclature généralement adoptée aujourd'hui pour les inflammations (277) : Pleurite (Alibert, fam. V, *Pneumonoses*, gen. VII. — Piorry, *Tr. de méd.*, t. IV, p. 628. — Roche et Sanson, *Nouv. élém. de path.*, t. I, p. 565. — etc.). — Dans un langage particulièrement usité en vue de la nécessité ou de la convenance d'une opération chirurgicale : Empyème, — lorsque l'épanchement séreux ou séro-purulent de la pleurésie persiste indéfiniment.

§ I. De la Pleurésie aiguë, en particulier.

584. *Remarques touchant le point de vue du siége.* — A. Tantôt la pleurésie se développe libre de toute adhérence, de manière que l'épanchement puisse se répandre régulièrement dans toute l'étendue de la cavité séreuse en refoulant le poumon vers la colonne vertébrale et le médiastin : c'est là même la pleurésie-type, la pleurésie-modèle que nous allons spécialement envisager dans ce paragraphe-ci. Tantôt, au contraire, l'inflammation et l'épanchement n'existent, ne peuvent exister que dans un espace borné ; et pourquoi ? — parce que le veulent ainsi les adhérences pleurales, la plupart du temps plus ou moins anciennes, quelquefois, au contraire, toutes récentes et dues à l'inflammation actuelle : c'est là ce qui constitue les *pleurésies circonscrites* ou *partielles*, touchant lesquelles je me réserve de dire quelques mots dans un paragraphe *ad hoc* (§ III).

B. Le plus communément, la pleurésie n'existe que d'un seul côté du thorax, que dans une seule plèvre. Mais quelquefois il arrive que les deux plèvres s'enflamment en même temps (*pleurésie double*). C'est là, au surplus, un fait rare, surtout si l'on ne tient pas compte de ces pleurésies doubles peu intenses et latentes qui, chez certains sujets atteints d'une autre maladie aiguë ou chronique, se forment quelques heures

seulement avant la mort et dans l'agonie même ; si l'on ne tient pas compte non plus de ces cas où, dans les dernières heures d'une grave pleuro-pneumonie d'un seul côté, une pleurésie insignifiante envahit le côté jusque là demeuré sain. Il est rare, très rare, fort heureusement, que les deux plèvres soient prises à la fois d'une inflammation intense avec épanchement abondant ; c'est un cas presque toujours promptement mortel. La chance des malades n'est guère meilleure quand l'épanchement est abondant d'un côté et peu considérable de l'autre, et même quand il est médiocre des deux côtés. Si parfois l'on voit des pleurésies doubles durer un certain temps, se présenter même à titre de maladie décidément chronique, ces pleurésies sont partielles et peu étendues, au moins d'un côté, et le plus souvent même l'une des deux n'est antérieure à la mort que de très peu de temps.

585. *Symptômes.* — A. *Point de côté :* douleur pongitive (46. A. 6.), le plus ordinairement fixée au-dessous du mamelon, — ou du moins à la même hauteur, tout en étant plus latérale, plus éloignée de la ligne médiane ; mais, dans certains cas, fixée en quelque autre place sur le côté affecté ; parfois aussi, se déplaçant, se faisant sentir tantôt ici, tantôt là, dans le cours d'une seule et même pleurésie. Cette douleur est un des symptômes les plus constans ; cependant elle manque quelquefois, et il n'est pas bien rare, assurément, qu'une pleurésie, même aiguë, soit une *pleurésie latente* (304. C.), comme on dit généralement, ou *pleurésie larvée*, comme disait Alibert (*Pneumonoses*, genre cité, esp. 3). Toujours la douleur pleurétique est exaspérée par les mouvemens respiratoires, surtout par l'inspiration, qui se trouve ainsi arrêtée, bornée, et pour ainsi dire écourtée. De là, par conséquent, une *respiration petite*, une *respiration vite*, encore bien même qu'elle ne soit pas très fréquente (46. F. γ.). Mais ce qui exaspère davantage encore la douleur, au point même de la rendre atroce, ce sont les secousses de la toux.

B. *Dyspnée :* se montrant avec les caractères que je viens de décrire (A.), par le fait même du point pleurétique, — ou bien consistant uniquement, lorsque cette douleur n'existe pas, dans une sensation interne de gêne, d'étouffement, qui a sa cause dans la compression du poumon par l'épanchement, et qui est, d'ailleurs, très variable quant à l'intensité, depuis son plus faible degré, depuis un degré à peine incommode, jusqu'au degré de *dyspnée suffocante* (46. F. γ.). Ordinairement, la dyspnée cesse avec le point pleurétique au bout de quelques jours, encore bien même que l'épanchement soit alors plus abondant que dans le principe. Sans doute, avec Laënnec, il faut expliquer cette cessation de la dyspnée, — d'abord, par l'habitude que le poumon peut prendre assez promptement d'être comprimé, quand la compression n'a lieu

que dans une proportion médiocre, — puis, par le développement d'une respiration puérile et vraiment supplémentaire dans le côté sain. Les circonstances principales qui concourent à rendre la dyspnée très intense sont : 1° l'abondance de l'épanchement ; 2° l'extrême rapidité avec laquelle cet épanchement se forme et augmente, ce qui ne permet plus à l'influence de l'habitude d'intervenir pour atténuer et neutraliser en quelque sorte le mal ; 3° l'existence d'une autre affection qui déjà constituait, antérieurement à la pleurésie, un certain degré de gêne respiratoire, tant faible soit-il, comme, par exemple, une bronchite, un emphysème pulmonaire, un vice organique du cœur, etc.

C. *Toux :* quelquefois nulle ou à peu près, mais le plus ordinairement se produisant à intervalles plus ou moins fréquens ; jamais par quintes ; généralement petite et comme avortée, contenue qu'elle est par une sorte d'instinct, à raison de l'exaspération qu'elle amène dans le point pleurétique ; essentiellement sèche, en tant qu'elle n'est liée qu'à une pleurésie pure et simple, ou bien tout au plus la voit-on amener quelques crachats pituiteux, spumeux, mêlés parfois de filets de sang. Ainsi, Arétée déjà, parmi les anciens, l'avait-il très bien caractérisée, avec cette concision pittoresque qui est le propre de son génie (1). L'expectoration ne devient glaireuse et abondante que lorsque la bronchite a fini par survenir, comme c'est assez la règle, en complication de la pleurésie (506. A.-B.).

D. *Décubitus :* sur le côté affecté ou sur le dos, du moins chez la généralité des malades qui se tiennent ainsi de préférence, ou même forcément, parce que le décubitus sur le côté sain ne peut avoir lieu sans augmenter la dyspnée, et quelquefois même provoque immédiatement un accès de suffocation. Cependant il est des cas où l'on observe le contraire, où le malade ne se couche que sur le côté sain.

E. *Matité thoracique :* plus ou moins manifestement constatée par voie de percussion (45. I.), dès que l'épanchement est formé, et partout où il constitue une sorte de nappe liquide plus ou moins épaisse entre le poumon et la paroi du thorax. Quand cet épanchement est peu considérable, il tend en vertu même de la pesanteur, chez un malade couché en plein ou à moitié sur le dos, à occuper et il occupe effectivement la région postérieure-inférieure de la cavité pleurale. Mais, pour peu que l'épanchement soit abondant, il se répand sur toute la surface des poumons, l'écarte des parois thoraciques, à moins qu'il n'y ait des adhérences dans quelques points. Assez souvent, peu d'heures après l'invasion de la maladie, le son est mat dans la moitié inférieure, voire même

(1) Liv. I, c. 10 (Περὶ πλευρίτιδος). — Βὴξ ξηρὴ, πτυελὰ μόλις ἀναγόμενα. — C'est-à-dire : « Toux sèche, crachats à peine produits. »

dans la totalité du côté affecté. La matité thoracique ne saurait faire entièrement défaut que dans le cas de *pleurésie sèche*, c'est-à-dire où il n'y a pas d'épanchement, mais seulement exsudation pseudo-membraneuse, si tant est qu'il puisse y avoir de telles pleurésies, point d'anatomie pathologique que nous allons discuter tout-à-l'heure. (587. B.) Toutes les fois que l'épanchement est très abondant et persiste au-delà de trois à quatre septénaires, la matité thoracique survit encore un certain temps à la résorption complète de cet épanchement ; la résonnance normale ne reparaît qu'assez lentement, et même, dans beaucoup de cas, elle ne redevient jamais ce qu'elle était avant la maladie ; j'en dirai la cause ci-après (F. 6.).

F. *Faiblesse ou nullité du bruit respiratoire vésiculaire* (46. F. γ.) : symptôme non moins constant, non moins immanquable que la matité, partout où un épanchement s'interpose entre le poumon et la paroi thoracique.

α. Lorsque l'épanchement se produit en très grande abondance dès les premiers momens, incontinent le bruit respiratoire ne se fait plus du tout entendre dans le côté affecté, excepté le long de la colonne vertébrale, vers la racine du poumon, dans une largeur d'environ trois travers de doigt, où il se laisse entendre encore, quoique avec moins de force que du côté sain. Cette absence totale de la respiration, après quelques heures de maladie, est un signe infaillible qui permet d'affirmer l'existence d'un épanchement pleurétique, lors même que le point de côté n'est pas là. De plus, la persistance de la respiration vers la racine du poumon, — avec le timbre bronchique, cela va sans dire, que la respiration a là naturellement, — n'est pas un signe moins constant ; signe qui, en effet, existe même dans les pleurésies chroniques, où l'épanchement est le plus considérable et où le poumon se trouve réduit au dernier degré de refoulement et d'aplatissement contre la colonne vertébrale. Chez beaucoup de sujets, la respiration s'entend encore assez bien dans la région sous-claviculaire, quoique toutes les autres preuves soient réunies pour annoncer un épanchement abondant et formé tout-à-coup, tel que nous venons de le considérer ; on peut, en pareil cas, tenir pour certain que le sommet du poumon est uni à la plèvre costale par des adhérences anciennes. Mais, autrement, si l'on n'a, du reste, que les signes d'un épanchement médiocre, la respiration sous-claviculaire prouve seulement que l'épanchement ne monte pas jusque là, ou ne forme qu'une couche très mince sur le lobe supérieur du poumon. Un point fort important à remarquer, relativement à la cessation générale et subite du bruit respiratoire dans un côté tout entier, c'est qu'en semblable occurrence on doit se garder de croire que l'épanchement soit sur-le-champ aussi considérable qu'il l'est dans les pleurésies chroniques où

la respiration est pareillement nulle, et où l'on trouve, à l'autopsie, le poumon tout-à-fait aplati. Il paraît constant, comme Laënnec le pensait, que, dans les cas où l'épanchement a tout-à-coup un certain degré d'abondance, le poumon est d'abord suffoqué en quelque sorte, et cesse de se dilater et d'admettre l'air, quoiqu'il ne soit soumis qu'à une compression médiocre, et qu'il ait à peine perdu, par exemple, un quart de son volume. Souvent alors, au bout de quelques jours, le poumon s'habitue à ce degré de compression; et quoique l'épanchement n'ait point diminué, et qu'il se soit même quelquefois un peu augmenté, on recommence à entendre dans plusieurs points le bruit vésiculaire, tantôt, il faut le dire, extrêmement faible et obscur, tantôt, au contraire, approchant déjà de son intensité naturelle. C'est là un fait que Laënnec et d'autres observateurs après lui ont constaté, soit par l'autopsie cadavérique, soit par la comparaison des signes stéthoscopiques avec le degré de la *dilatation thoracique*, cet autre signe dont je vais parler tout-à-l'heure (K.).

ϵ. L'épanchement, à la fois abondant et subit, dont nous venons d'indiquer les caractères stéthoscopiques (α.), n'est pas, tant s'en faut, la règle. Le plus ordinairement, au contraire, notamment chez les enfans et chez les adultes d'une bonne et vigoureuse constitution, la pleurésie aiguë n'entraîne tout d'abord qu'un épanchement assez médiocre. Et alors, le bruit vésiculaire ne cesse de se faire entendre que dans une partie du côté affecté; et c'est à la région postérieure inférieure, comme de juste, — ai-je besoin de le dire? — qu'il commence à faire défaut, là même où commence à se manifester la matité thoracique (E.). Quelquefois même après quelques jours de maladie, il s'entend dans tous les points où la matité, à ce qu'il semble, ne laissait guère lieu d'espérer qu'on pût le rencontrer et l'entendre encore. Seulement il est beaucoup plus faible que du côté sain. Faut-il ajouter qu'il n'est mélangé d'aucun râle, à moins qu'il n'y ait, par exemple, une bronchite ou une pneumonie?

γ. Au fur et à mesure qu'un épanchement, d'abord léger et médiocre, va augmentant de jour en jour, le bruit vésiculaire manque dans une étendue de plus en plus considérable; il faiblit et s'évanouit peu à peu. A n'en juger que par l'impression faite sur l'ouïe, on croit d'abord, ce qui est bien la réalité, n'entendre la respiration que dans une sorte de lointain; bientôt on ne fait plus que la soupçonner, et enfin on ne l'entend plus du tout, si ce n'est vers la racine du poumon (α.).

δ. Lorsque l'épanchement se résorbe et disparaît, le bruit de la respiration reparaît aussi peu à peu et suivant des progrès successifs qui correspondent exactement à la résorption de l'épanchement. Toutefois, si l'épanchement a été très considérable et qu'il ait duré plusieurs mois, seulement même plusieurs semaines, si, en d'autres termes, le poumon

a été soumis à une compression et trop forte et trop longue, le bruit vésiculaire court risque de ne jamais recouvrer son intensité naturelle; souvent, plus d'un an après la convalescence, comme j'ai eu l'occasion de m'en assurer chez quelques individus, il a une intensité de moitié moindre dans le côté affecté que dans le côté sain. A quoi cela tient-il? Dans mon opinion, basée et sur des considérations physiques et sur les investigations nécroscopiques, cette diminution du bruit vésiculaire tient uniquement, ainsi que la permanence de la matité thoracique (E.), à l'état de compacité extraordinaire où, comme va nous l'apprendre l'anatomie pathologique (587. A. ϵ.), le parenchyme pulmonaire se trouve réduit par suite d'un refoulement longtemps prolongé, et non pas, comme tant de gens le répètent, à l'interposition de pseudo-membranes, interposition, assurément, aussi insignifiante, aussi peu faite pour altérer notablement les phénomènes de percussion et d'auscultation que l'est celle d'une pièce d'habillement, — d'une pièce de toile ou de flanelle, par exemple, — sous la main qui percute, et sous l'oreille qui ausculte.

G. *Respiration bronchique* (46. F. γ.): symptôme, non pas constant, mais très fréquent en cas d'épanchement pleurétique, quoi qu'on en ait dit; se présentant, selon les cas, dans ses divers degrés d'intensité, sous toutes ses formes, même sous la forme de souffle tubaire, qui, comme on sait, en est le maximum; se faisant entendre là même où il y a matité à la percussion, ou bien, encore, dans le voisinage de cette matité, — et cela, sans doute, toutes les fois que l'épanchement est médiocre, mais cependant suffisant pour comprimer le poumon du malade jusqu'à y oblitérer, dans une certaine étendue, la respiration vésiculaire, jusqu'à ne point permettre que, là, l'air aille au-delà des gros rameaux bronchiques. En vérité, je ne puis m'expliquer comment certains médecins se sont crus en droit de contredire et de nier un fait d'observation aussi commune, j'allais dire aussi banale, que la respiration bronchique des pleurétiques. Avec Laënnec, avec MM. Andral, Chomel, Hirtz, Grisolle, et tant d'autres observateurs que je ne saurais compter, je puis et je dois, moi aussi, attester la réalité du fait sur la foi de ma propre expérience, de mon expérience en cela déjà grande et vieille, eu égard à la fréquence des pleurésies. Tout récemment encore, l'un des membres les plus distingués de la médecine militaire, M. Michel Lévy, apportait son témoignage à l'appui du même fait (*Gaz. méd.*, année 1843, p. 31). De même que la respiration bronchique se montre dans le commencement de la pleurésie, de même aussi, lorsque l'épanchement, après avoir été considérable et avoir produit la cessation totale et absolue du bruit respiratoire dans le côté affecté, vient enfin à diminuer par l'effet de l'absorption, la respiration bronchique ne manque

pas de reparaître alors (*respiration bronchique de retour*). Voici, au reste, l'ordre successif suivant lequel, en général, la respiration bronchique, sinon toujours respiration tubaire, du moins respiration rude, reparaît dans les diverses parties du côté affecté, et y précède la réapparition de la respiration naturelle ou vésiculaire : d'abord, vers la racine du poumon, là même où le bruit respiratoire n'avait jamais cessé entièrement de se faire entendre (F.), ce bruit reprend une intensité plus grande, un timbre décidément tubaire; bientôt la respiration, tubaire ou rude, recommence à se faire entendre dans la région sous-claviculaire et dans la fosse sus-épineuse; puis, on l'entend sous toute l'étendue de l'omoplate, et enfin elle reparaît progressivement dans la partie latérale et le bas de la poitrine. Si cet ordre successif n'est pas une loi universelle et infaillible, si quelquefois on rencontre des cas exceptionnels, la raison en est dans l'existence d'adhérences anciennes entre la plèvre pulmonaire et la plèvre costale : en tout cas, la partie où une adhérence un peu étendue a lieu laisse toujours entendre plus ou moins la respiration, au plus fort même de l'épanchement; et c'est toujours là,—comme aussi dans la région supérieure du thorax qui n'aura été que peu ou point atteinte, en règle générale du moins, par l'épanchement, — que la respiration commencera à se faire entendre avec plus de force à la période de la résorption.

H. *Bronchophonie* (46. F. γ.) : se présentant, comme de raison, dans tous les cas de pleurésie où existe la respiration bronchique, dont elle est l'alliée inséparable; obéissant aux mêmes lois, aux mêmes conditions d'existence, de siége, d'apparition, de disparition et de réapparition.

I. *Égophonie* (46. F. γ.) : symptôme dont l'existence n'est pas constante, mais qui, lorsqu'il existe, est des plus caractéristiques, j'allais dire pathognomonique, et indique infailliblement un épanchement pleurétique de médiocre quantité. Je ne dois pas répéter ce que j'en ai dit en *Pathologie générale*, dans le passage auquel je renvoie mes lecteurs. Mais ajoutons, ici, que l'égophonie paraît vers l'époque où l'épanchement commence à devenir un peu notable, où la matité thoracique se prononce, et le bruit vésiculaire se trouve affaibli; qu'elle peut persister pendant plusieurs mois, quand l'épanchement reste médiocre; qu'elle disparaît, quand il devient très abondant; qu'elle reparaît de nouveau (*égophonie de retour*, Laënn.), quand il commence à diminuer; et que, lorsqu'il est réduit à très peu de chose, elle disparaît enfin irrévocablement. Disons encore qu'elle indique, sans aucun doute, la partie supérieure de l'épanchement, ou celle qui a le moins d'épaisseur; que, dans les points où elle a lieu, souvent aussi existe le phénomène de la respiration bronchique, et qu'alors, par conséquent, elle est jointe à une bronchophonie plus ou moins marquée; enfin, que lorsqu'elle se manifeste dans toute

ou presque toute l'étendue d'un côté de la poitrine, l'épanchement réunit une double condition, celle d'être en quantité médiocre et d'être uniformément répandu sur toute la surface du poumon. Dans ce dernier cas, on entend encore presque partout un reste de bruit vésiculaire, parce que la couche liquide ne comprime pas assez le poumon pour empêcher l'air d'y pénétrer : et si les choses restent en cet état pendant toute la durée de la maladie, il y a lieu, suivant Laënnec (t. II, p. 141), d'affirmer que le poumon est maintenu à peu de distance des côtes par des adhérences anciennement formées çà et là. La seule circonstance qui puisse faire manquer parfois l'égophonie à la période initiale de l'épanchement pleurétique, c'est l'existence d'adhérences anciennes qui unissent une grande partie de la surface pulmonaire à la plèvre costale. Quant à l'égophonie de retour, elle ne manque jamais dans le cas où la maladie marche rapidement, et elle est alors d'autant plus marquée que la résorption de l'épanchement a moins tardé de se faire : mais dans les pleurésies chroniques, et dans les pleurésies aiguës dont l'épanchement se résorbe très lentement, elle est beaucoup moins sensible et quelquefois nulle, à raison, sans doute, de la forte compression et du complet aplatissement qu'ont subi les rameaux bronchiques, à raison de la perte de ressort qui s'ensuit, de la difficulté que l'air éprouve à s'introduire dans les canaux comme auparavant, et du peu de retentissement qu'il est permis à la voix d'y présenter.

J. *Respiration puérile* (46. F. γ.), *dans le côté sain :* phénomène des plus ordinaires, et qui se produit là, à titre de respiration supplémentaire, pour peu que, dans le côté affecté, l'épanchement soit abondant et refoule le poumon de manière à diminuer considérablement l'espace ouvert à l'accès de l'air. A combien plus forte raison encore, si un poumon se trouve tellement aplati que la respiration ne s'y fasse plus du tout !

K. *Dilatation thoracique :* symptôme beaucoup moins sensible, moins constant et d'une valeur séméiologique moins sûre que les phénomènes de percussion et d'auscultation, mais qui ne laisse pas cependant que d'être assez souvent bon et utile à prendre en considération. Si on fait déshabiller une personne attaquée de pleurésie avec épanchement abondant, on reconnaît au premier coup d'œil, dans bon nombre de cas, que le côté malade est dilaté, que les espaces intercostaux sont plus larges et plus bombés que dans le côté sain. Et cela se remarque dans les épanchemens même récens. Laënnec (t. II, p 139) assure avoir trouvé *souvent* la dilatation très marquée après deux jours de maladie. Cette dilatation est assurément bien plus tranchée sur les sujets maigres que sur ceux qui ont beaucoup d'embonpoint; elle l'est fort peu sur les femmes dont les mamelles sont volumineuses. Si, à l'aide d'un ruban, on mesure