

à-dire que jamais l'expectoration n'avait présenté les caractères de la vomique classique.

En examinant la malade, on constatait tout d'abord l'existence d'une douleur excessive à gauche de la poitrine et dont le maximum se trouvait aux troisième et quatrième espaces intercostaux, un peu en dehors du mamelon ; cette douleur s'étendait, du reste, en avant jusqu'en dessous de la clavicule et elle s'exagérait par les mouvements et par la toux. Sous la clavicule et en dehors, la matité était complète et la respiration nulle ; on ne pouvait rechercher les vibrations thoraciques, vu l'affaiblissement de la malade qui ne pouvait parler que très difficilement et dont la voix était enrouée. En arrière, la sonorité était normale et un peu atténuée en haut ; il y avait ces râles sibilants et sous-crépittants des deux côtés de la poitrine, plus nombreux à gauche. A la partie externe, dans la verticale de l'aisselle, on trouvait, au niveau des troisième et quatrième espaces intercostaux, une submatité accentuée ; cependant, à l'auscultation, le murmure vésiculaire était très distinct et il n'y avait pas de souffle. Toute la région était tuméfiée, bien qu'il n'y eût pas d'œdème à proprement parler, mais de la bouffissure ; le doigt s'enfonçait facilement, mais ne laissait pas de godet.

Les résultats de l'examen devaient faire penser de suite à une pleurésie interlobaire. On pouvait, il est vrai, songer à l'existence d'une pneumonie lobaire profonde. Dans ce cas, en effet, on trouve de la submatité et non de la matité, par suite de la résonance des parties superficielles qui sont encore perméables à l'air. Mais cette pneumonie profonde s'accompagne des crachats caractéristiques, de souffle, et il est très rare qu'on ne puisse pas, en certains points, entendre la crépitation. On pouvait encore penser à l'existence d'une pneumonie congestive, mais il n'y avait pas de souffle diffus et le murmure vésiculaire à la partie externe était normal ; une percussion superficielle donnait de la sonorité et ce n'était qu'en percutant profondément qu'on obtenait de la submatité. Il est donc évident que le poumon présente une couche superficielle perméable à l'air, et que l'augmentation de densité n'existe que dans les parties profondes.

En dehors de la congestion pulmonaire et de pneumonie profonde, on ne pouvait guère penser qu'à un épanchement pleural. Or, il n'y avait pas d'épanchement dans la grande cavité, car c'est vers la base qu'il s'accumule dans l'immense majorité des cas. Il se rassemble dans cette partie de la cavité pleural parce que, quoi qu'on en ait dit, il obéit aux lois de la pesanteur, et, chez un malade au lit, il remplit d'abord le sinus costodiaphragmatique en arrière, puis il remonte peu à peu, et, comme vous le savez, la courbe de la matité a alors été établie par