

quable, cette sonorité exagérée indiquent une induration profonde; c'est là un fait bien connu depuis Andral, et qui peut devenir une cause d'erreur dans un examen peu approfondi, le côté sain en apparence étant en effet le plus malade. Mais ce tympanisme est exceptionnel, et l'on observe le plus souvent tous les degrés de la matité, depuis la submatité jusqu'à une obscurité du son absolue, en rapport avec la présence dans le poumon de masses d'une densité plus grande. Il est donc utile, indispensable d'acquiescer une connaissance approfondie de la percussion et de pratiquer attentivement un examen symétrique, surtout dans les cas nombreux où les lésions sont peu accentuées et où le diagnostic est difficile. C'est sur le sommet surtout que devra porter cet examen et je vous recommande d'explorer avec soin la région sus-claviculaire, où se localisent souvent les premières manifestations, la région sous-claviculaire, et aussi la clavicule elle-même qui, placée en avant à la partie supérieure du poumon, forme un plessimètre naturel, et qui percutée directement, permet de bien apprécier les modifications de la sonorité. Il est également important de pratiquer l'examen de la région postérieure, où les mêmes signes se pourront rencontrer dès le début, surtout au niveau de la fosse sus-épineuse. Cependant la matité pourra affecter d'autres sièges et vous savez déjà que chez les enfants la partie supérieure est ordinairement indemne, tandis que les lésions et par conséquent les signes qui les révèlent se développent en un point moins élevé tel que la

fosse sous-épineuse, le lobe moyen ou la base. Chez l'adulte les mêmes anomalies pourront s'observer dans les formes aiguës ou suraiguës.

Indépendamment de ces changements survenus dans la sonorité normale, on peut rencontrer quelquefois une modification spéciale, le bruit de pot fêlé ou bruit hydro-aérique ou succussion de Woillez. Ce bruit comparable, ainsi que son nom l'indique, à celui que l'on obtient en frappant un vase fêlé, s'observe surtout en avant quand il existe superficiellement une caverne étendue, à parois minces, séparée du thorax par une plèvre épaissie et une faible couche de tissu pulmonaire privée de son activité respiratoire, tandis que l'intérieur de la caverne contient un mélange d'air et de liquide. C'est là un point important qui permet à peu près de fixer le diagnostic; je dis à peu près, car on peut le rencontrer aussi dans certaines pneumonies, dans certaines pleurésies et dans quelques cas d'emphysème. Pour le faire naître, il faut le rechercher en percutant avec plus de sécheresse et moins de souplesse, en ayant soin de faire ouvrir la bouche du malade. Il en résulte une certaine douleur dont il est bon de prévenir d'avance le patient pour ne pas se faire taxer de maladresse. On trouve aussi une sonorité tympanique, qui peut être le fait surtout d'un pneumothorax mais aussi d'une vaste caverne. Il en est de même parfois du bruit d'airain et de la succussion hippocratique.

Bien plus importants sont les résultats donnés par

l'auscultation et je préférerais indiscutablement être privé pour le diagnostic de la tuberculose pulmonaire de tout autre moyen d'investigation, n'avoir jamais à ma disposition un microscope que de ne pouvoir recourir à l'étude des phénomènes stéthoscopiques. En effet, si dans quelques cas la recherche du bacille permet de fixer un diagnostic douteux, dans la majorité des faits, on suivra jour par jour par l'auscultation le développement des lésions pulmonaires; on pourra formuler le diagnostic et le pronostic et de cette connaissance exacte des modifications du parenchyme pulmonaire, déduire les indications du traitement. C'est à elle aussi que nous aurons recours pour diviser en périodes l'évolution de la phtisie pulmonaire.

Les premières modifications portent sur le murmure respiratoire. Étudié surtout au sommet, il se montre affaibli dans son intensité, et la respiration devient obscure, c'est là un des phénomènes initiaux dont il ne faut pas oublier l'importance puisqu'il permet de dépister les premières manifestations tuberculeuses. On l'observe d'abord du côté gauche et à la partie postérieure plutôt qu'à la partie antérieure. Le timbre est aussi fréquemment altéré, et ce qu'on remarque surtout, c'est la rudesse du bruit vésiculaire, sa sécheresse permanente au sommet, et passant par différents degrés avant d'aboutir au souffle qui en représente le terme le plus élevé, comme l'ont montré Barth et Roger. Cette rudesse s'observe aux deux temps ou à un seul temps, c'est alors particulièrement à l'expiration, mais il

ne faut pas oublier que les bruits du sommet droit sont physiologiquement plus rudes.

Le rythme lui-même n'échappe pas à ces modifications portant sur la durée relative des deux temps de la respiration, de telle façon que l'expiration devient très longue. Cette prolongation coïncide avec la rudesse respiratoire et de l'ensemble de ces deux phénomènes résulte une indication sur laquelle j'insiste d'autant plus qu'elle constitue un phénomène du début. Ce point avait échappé à Laënnec et ne fut reconnu qu'en 1833, par Jackson et bientôt ensuite par Andral qui insista sur lui dans sa clinique. Parfois l'inspiration est également prolongée, les deux temps deviennent de même durée, et leur ensemble empiète sur le silence respiratoire.

Ce signe a une valeur plus grande que la respiration saccadée indiquée par Rokitansky en 1837. Bien que ce phénomène ne soit pas sans portée, il est une cause d'erreur possible, car de même que chez les tuberculeux au début, l'inspiration peut se faire en deux ou trois reprises chez des sujets bien portants mais névropathes, chez certaines femmes par exemple; toutefois alors l'inspiration saccadée n'est pas localisée au sommet et perd toute son importance. Le professeur Potain a remarqué que par suite des contractions du cœur, l'inspiration sous la clavicule gauche pouvait présenter des saccades en rapport avec des battements cardiaques exagérés dont la concomitance est d'ailleurs facile à constater.

Je serai bref sur la respiration soufflante qui n'est qu'une exagération de l'expiration prolongée. Ce qu'on observe d'abord c'est le souffle bronchique s'entendant en premier lieu à l'expiration, puis aux deux temps et qui révèle l'induration et l'imperméabilité plus ou moins étendue, parfois de tout un lobe. Quant aux souffles cavitaires, amphoriques, ils ont un timbre spécial en rapport avec l'existence de cavités dont les parois sont résistantes et modifient les bruits respiratoires, par simple propagation pour Laënnec, par consonnance pour Skoda.

A côté de ces bruits simplement modifiés, mais normaux dans leur origine, nous arrivons à l'étude des bruits de formation nouvelle constituant, comme l'a montré Fournet, une chaîne non interrompue du craquement sec au gargouillement, qu'on trouve parfois sur le même malade disséminés dans plusieurs points du poumon (Peter). Les craquements secs représentent le premier anneau de cette chaîne, apparaissant dès le début en un point limité du sommet, où s'observent en même temps les modifications de la respiration que je viens de vous décrire; ils sont peu nombreux, on entend deux ou trois craquements qui éclatent séparément sous l'oreille, secs, sonores, retentissants, en rapport avec l'induration pulmonaire et coïncidant avec l'expiration, et surtout avec la fin de l'inspiration. Ils sont souvent difficiles à provoquer et on ne les obtient qu'en faisant tousser le malade. C'est qu'il existe à cette période peu de mucosités dans les bronches, il faut une forte secousse

de l'air pour les faire vibrer. Mais à côté de ceux qui se modifient par la toux, il en est d'autres qui ont pour caractère spécial de demeurer permanents et qui, malgré des efforts de toux répétés, et quel que soit le moment où l'on observe le malade, conservent des caractères identiques. Ils se font entendre à l'inspiration et aussi un peu à l'expiration.

Cette constance est due à leur origine pleurale ou mieux pleurétique, car ils prennent leur point de départ dans l'existence d'une pleurésie, sans que nous sachions exactement s'ils naissent entre les feuillets de la plèvre elle-même ou dans la couche sous-jacente du parenchyme pulmonaire, comme le pense le professeur Brouardel. Quoi qu'il en soit, ces bruits sont irréguliers, ainsi que l'a montré Laségue, et constituent des phénomènes de début dont vous comprenez toute l'importance à un moment où le diagnostic est encore difficile.

Les craquements humides ne sont en somme que des râles muqueux, avec un retentissement spécial dû à l'induration du parenchyme pulmonaire dans un des points malades. Ils se passent non seulement dans les bronches, mais aussi dans les petites cavernules, aboutissant ainsi, à leur degré extrême, au râle cavernuleux. A une période plus avancée, ces différents bruits sont remplacés par le gargouillement, coïncidant avec un souffle à timbre spécial, se faisant entendre parfois sur une vaste étendue. Il est possible que vous ne le perceviez qu'en faisant tousser le malade lorsque

la cavité creusée dans le poumon s'est à peu près vidée, mais il y reste toujours une quantité de mucosités suffisantes pour faire entendre le bruit spécial qui résulte du mélange de l'air et du liquide. Je n'ouvrirai pas la discussion à propos du tintement métallique et je me contente de vous rappeler qu'il n'est pas absolument pathognomonique du pneumothorax, puisqu'il s'observe fréquemment dans les grandes cavernes. Quant au bruit d'airain, il constitue un signe diagnostique différentiel de beaucoup plus de valeur entre ces deux affections.

A côté de l'auscultation des bruits respiratoires, se place l'auscultation de la voix qui présente une importante série de modifications coïncidant avec les autres signes stéthoscopiques. Tantôt il existe simplement un affaiblissement du retentissement vocal, en rapport avec l'affaiblissement du murmure vésiculaire; cependant chez des individus qui présenteront au sommet une diminution du murmure respiratoire, vous pourrez entendre un peu de bronchophonie variable dans son intensité et dans son timbre. Tantôt il se fera un retentissement vocal, la bronchophonie fera place à la pectoriloquie, différentes l'une de l'autre en ce qu'il semble dans le cas de pectoriloquie, que la voix bien articulée parte du fond de la poitrine, tandis que dans une bronchophonie, même étourdissante, la voix n'est pas aussi distincte et paraît renforcée. La pectoriloquie permettra d'affirmer l'existence de cavernes surtout superficielles, et elle coïncidera avec le souffle cavitaires et

les autres signes d'une lésion avancée. En somme l'auscultation de la poitrine nous révèle les modifications d'abord légères, faisant place bientôt à des bruits anormaux et aboutissant aux bruits bullaires et aux gargouillements, d'où vous pouvez établir cette division en trois périodes : 1^o période de début et d'induration; 2^o période de ramollissement; 3^o période de cavernes.