

que le phénomène se lie à des conditions matérielles analogues, il est vrai, mais dont le siège et la valeur diffèrent essentiellement.

*Cause physique.* — Pour que le phénomène dont il s'agit se produise, il faut qu'il existe dans la poitrine une vaste cavité contenant à la fois du liquide et du gaz; et le bruit de fluctuation est dû aux vibrations sonores que déterminent le choc du liquide et la collision de ses molécules. La coexistence du fluide élastique est une condition essentielle: le bruit n'a point lieu si la cavité renferme exclusivement du liquide, et il est moins évident lorsque le gaz n'est qu'en petite quantité.

*Signification pathologique.* — Le bruit de fluctuation thoracique est l'indice d'un épanchement liquide et gazeux dans la plèvre; très-rarement il annonce l'existence d'une vaste excavation pulmonaire à demi pleine de liquide (1). Il est rare, en effet, que les cavernes du poumon acquièrent des dimensions suffisantes pour qu'il s'y produise un bruit de fluctuation manifeste: les observations de ce genre sont tout à fait exceptionnelles. Il s'ensuit que le bruit de fluctuation thoracique,

(1) La *Gazette des hôpitaux* (23 septembre 1847, p. 475) rapporte un cas d'excavation tuberculeuse occupant les deux lobes du poumon gauche, et qui avait donné lieu, pendant la vie, à la respiration amphorique, au tintement métallique, et à la fluctuation thoracique.

surtout quand il est prononcé et perçu dans une grande étendue de la poitrine, est le signe pathognomonique d'un *hydro-pneumo-thorax*. Il ne saurait d'ailleurs indiquer à lui seul si le gaz provient d'une communication fistuleuse de la plèvre avec les bronches; mais si l'on constate en même temps du tintement métallique et surtout une respiration amphorique manifeste, on ne peut douter de l'existence simultanée d'une perforation pulmonaire.

#### ART. IV. — AUSCULTATION DU LARYNX.

A mesure que l'on remonte vers la partie supérieure des voies aériennes, l'auscultation fournit un moins grand nombre de phénomènes; et surtout moins de données à la sémiotique. C'est ce qui explique pourquoi, à côté des recherches si nombreuses et si complètes sur les signes stéthoscopiques de la poitrine, faites par Laennec et ses successeurs, il en existe si peu sur ceux de la trachée-artère et du larynx. Avant le travail de l'un de nous (*Arch. génér. de méd.*, juillet 1838 et juin 1839), on trouve à peine quelques mots épars sur l'auscultation appliquée au diagnostic et au traitement des maladies du larynx. Laennec et M. Andral n'en font aucune mention. MM. De Laberge et Monneret, dans leur *Compendium*,

imitent ce silence ; et M. Fournet assure que des recherches assez longues à cet égard ne lui ont donné qu'un résultat négatif. Stokes (*A Treatise on the diagnosis and treatment of diseases of the chest*, Dublin, 1838) a cependant consacré un chapitre à ce sujet, et rapporté quelques observations qui ne sont pas sans importance ; mais ni lui, ni aucun auteur, n'ont traité la matière assez complètement. Nous tâcherons de contribuer pour notre part à remplir cette lacune, en indiquant ce que notre expérience personnelle nous a appris.

*Règles.* — Pour l'auscultation du larynx et de la trachée-artère, le malade devra être assis sur une chaise, ou couché sur son lit et placé dans le décubitus dorsal, sur un plan incliné ; la tête un peu renversée en arrière, de manière à tendre les parties, sera portée alternativement du côté opposé à celui où l'on écoute.

L'usage du stéthoscope est ici indispensable ; le médecin l'appliquera sur les parties latérales du larynx ou sur la partie inférieure du cou dans la fosse sus-sternale ; il aura soin de ne presser que légèrement, pour ne pas occasionner de douleur. Dans les maladies aiguës, où la gêne de la respiration est notable, l'auscultation devra se faire rapidement ; dans des circonstances inverses, on pourra procéder avec plus de lenteur. — En tout cas, à l'examen de la partie supérieure du tube

aériefère on devra joindre celui de la poitrine, cette auscultation *indirecte* étant au moins aussi utile que la première pour le diagnostic.

#### PHÉNOMÈNES PHYSIOLOGIQUES.

Dans l'état normal, le stéthoscope, placé sur le larynx et la trachée-artère, transmet à l'oreille un murmure descendant et ascendant produit par l'entrée et la sortie de l'air : ce *bruit respiratoire*, à timbre creux, et plus caverneux sur le larynx, varie d'ailleurs en intensité, suivant les individus, et surtout suivant la rapidité et la force avec laquelle l'air circule dans les voies aériennes. — Nous avons vu (p. 178 et 223) que le *retentissement vocal* était également à son maximum dans le larynx, et que la *toux*, outre la secousse qu'elle imprime aux parois du tube, donnait une sensation évidente du passage rapide de l'air à travers un espace creux.

#### PHÉNOMÈNES PATHOLOGIQUES.

Dans quelques maladies du larynx, le murmure respiratoire laryngé peut offrir diverses modifications ; parfois il est seulement plus rude et plus  *râpeux*  que dans l'état naturel. D'autres fois, les altérations du bruit normal sont plus marquées : tantôt on entend un *sifflement* plus ou moins pro-

longé, ou bien un petit *cri aigu* tout particulier; tantôt un *ronflement* dont le timbre variable est, dans certains cas, métallique; tantôt encore un *rhonchus humide à grosses bulles*, et qui ressemble au *râle caverneux*. — Dans quelques circonstances rares, il semble que l'oreille perçoive une espèce de murmure vibrant, de *tremblement*, comme si un voile mobile membraneux était agité par l'air. — Toutes ces modifications, d'ordinaire permanentes, sont quelquefois remarquables par leur intermittence.

*Caractères et signification pathologique.* — Nous devons dire d'avance que chacun des phénomènes précédents n'a point une signification morbide toujours bien tranchée, et qu'il ne faut pas s'attendre à retrouver dans les signes stéthoscopiques des maladies du tube laryngo-trachéal la netteté et la précision qui distinguent ceux des affections pulmonaires. D'ailleurs peu nombreux, comme on vient d'en juger par leur énumération rapide, ils ne sont presque jamais pathognomoniques. Dans les maladies de l'appareil pulmonaire, c'était l'auscultation qui donnait au diagnostic les éléments les plus certains; ici les renseignements fournis par le stéthoscope n'ont qu'une importance secondaire, et les résultats de l'examen des symptômes fonctionnels doivent être placés en première ligne. Ne négligeons point cependant les

services que l'auscultation peut quelquefois nous rendre dans l'étude de la pathologie du larynx, et voyons quelles indications nous pouvons en tirer pour la sémiotique.

Le bruit respiratoire laryngé est *râpeux* dans un grand nombre d'affections du tube laryngo-trachéal, quand la membrane muqueuse est plus sèche, moins lisse, ou diversement altérée: il a, par exemple, ce caractère dans la plupart des cas de *laryngite aiguë* et de *laryngite chronique* avec ou sans rétrécissement du tuyau vocal, avec ou sans ulcérations de sa surface interne. — Quelquefois encore il est plus rude, quand une *tumeur* (hypertrophie du corps thyroïde, kystes, etc.), comprimant les parois de l'organe, en diminue le diamètre. C'est à ce souffle rude et comme caverneux que l'on reconnaît d'une manière exacte le siège réel du larynx, quand il est pour ainsi dire perdu au milieu de vastes tumeurs. L'auscultation, précisant alors les véritables rapports des parties, guide la main du chirurgien dans les opérations qu'il pratique sur les régions du cou.

Le *sifflement laryngo-trachéal* ne diffère du râle bronchique sibilant que sous le rapport de l'intensité et du siège. Cette intensité est ordinairement en raison directe de la gêne de la respiration, et de la difficulté que l'air éprouve à traverser la partie supérieure des voies aériennes; le

sifflement est d'ordinaire si bruyant, qu'il est entendu à distance; d'autres fois, moins fort, il n'est perçu qu'au moyen du stéthoscope placé sur les régions latérales du cou, ou lorsqu'on écoute sur le thorax, dans lequel il retentit de manière à masquer plus ou moins complètement le murmure vésiculaire. — Il accompagne les deux temps de la respiration et souvent l'inspiration seule, dans laquelle il est constamment plus marqué. — Son timbre musical le rend très-facile à reconnaître: mais il n'est pas toujours aussi aisé de décider si le bruit est produit dans le larynx ou dans les tuyaux bronchiques; on lève cette difficulté en auscultant tour à tour sur la poitrine et sur le cou: le point où est le maximum d'intensité du phénomène indiquera le lieu de son origine.

Le sifflement laryngo-trachéal se fait entendre dans le *spasme de la glotte*, soit essentiel, soit lié à l'hystérie, dans la *laryngite striduleuse* (*faux croup* de M. Guersant), dans la *coqueluche*, l'*œdème de la glotte*, dans quelques cas de *corps étrangers*, de *compression de la trachée-artère* par un anévrysme de l'aorte, ou par quelque autre tumeur. Dans la plupart de ces maladies, il prédomine dans l'inspiration; et lorsqu'il se lie à l'œdème de la glotte, le contraste de son intensité au premier temps de la respiration, avec sa faiblesse dans le second, constitue parfois un signe important.

Dans quelques cas d'*ulcérations laryngées avec tuméfaction des bords* et obstacle au passage de l'air, l'auscultation sur le larynx révèle, au lieu de ce sifflement, un *cri sonore*, plus prononcé dans l'inspiration, et analogue au bruit que l'air déterminerait en passant avec rapidité à travers un orifice étroit (Barth, *loc. cit.*, obs. III).

Le docteur Stokes (*loc. cit.*, p. 250) a fait mention d'un autre phénomène stéthoscopique « analogue au bruit déterminé par le jeu rapide d'une petite soupape, mêlé à celui d'une corde de basse. Ce râle n'existe pas toujours; mais quand il se manifeste, il est caractéristique. Il est le plus évident immédiatement au-dessus des cornes du cartilage thyroïde, et disparaît à mesure qu'en auscultant on se rapproche des bronches; parfois il n'est perçu que d'un seul côté du larynx, comme s'il correspondait à une ulcération circonscrite. »

Le *ronflement laryngé* est au sifflement ce que le râle ronflant de la bronchite est au râle sibilant: ce n'est qu'une variété d'un même bruit musical. Du reste il dépend également des vibrations de l'air dans un tube dont la surface interne est tapissée par des mucosités visqueuses ou dont le diamètre est rétréci, et il indique un obstacle au passage du fluide élastique (*laryngite simple ou striduleuse, ulcération avec gonflement des bords, végétations laryngées*, etc.). — Le ronflement a parfois un

*timbre métallique* très-marqué, comme si l'air résonnait dans un tuyau d'airain : ce caractère nous a semblé appartenir au *croup* plus qu'à toute autre altération dont le résultat est la diminution du diamètre du larynx.

Le rhonchus humide à grosses bulles, ou *râle caveux laryngé*, s'entend d'ordinaire à distance, et il est déterminé par le passage de l'air à travers les liquides accumulés dans la partie supérieure des voies aériennes. — Le plus souvent il se propage dans la trachée-artère et ses divisions ; connu sous le nom de *râle trachéal*, ce bruit a été encore appelé *râle des mourants*, parce qu'il se rencontre fréquemment dans les dernières heures de la vie. Il annonce l'accumulation, dans le larynx et la trachée-artère, de liquides que le malade n'a plus la force de rejeter ; c'est, par conséquent, un phénomène très-fâcheux, qui doit faire craindre une mort prochaine. Il est surtout l'indice d'une terminaison funeste et imminente, lorsqu'il est permanent, que la toux ne le fait point cesser, et que, survenu dans le cours d'une maladie grave ou de longue durée, il coïncide avec du râle muqueux dans toute la poitrine. Il constitue un signe moins fâcheux quand il se montre dans certains états pathologiques encore récents, après la submersion, par exemple : dans ce cas, on a d'autant plus lieu de compter sur le retour des noyés à la vie, que le

râle perd davantage de son intensité, et qu'il disparaît plus facilement par les efforts de la toux.

D'autres fois le rhonchus est limité à une portion du tube laryngo-trachéal, et il peut devenir un signe utile pour le diagnostic. Ainsi, dans certains cas d'*hémoptysie*, l'auscultation, en manifestant l'existence d'un *râle humide* dans le larynx, sans rhonchus dans la poitrine ni dans la partie inférieure de la trachée, pourrait faire reconnaître que l'hémorragie a sa source dans le larynx lui-même (Piorry, *Traité de diagn.*, t. I, p. 444). — Quand il existe des *ulcérations laryngées*, la présence d'un *râle caveux* en un point de l'organe peut désigner avec plus de précision le siège de ces ulcères, et le maximum d'intensité du râle indiquer le côté où ils sont le plus nombreux et où l'altération est la plus avancée. Il en est surtout ainsi lorsque les ulcérations occupent le fond des ventricules. — Dans quelques observations de *corps étrangers* dans le larynx ou la trachée-artère, l'auscultation directe révèle le point où le corps s'est arrêté : aussitôt après son introduction dans le tube aérière, il donne lieu à un sifflement variable, et s'il y séjourne depuis quelque temps, il provoque une irritation locale, avec sécrétion de mucosités, et par suite, la manifestation d'un *râle caveux*. — Un rhonchus humide pourrait également se développer dans le larynx consécutivement à la rupture d'un

anévrisme de l'aorte dans les voies aériennes (Piorry, *loc. cit.*, p. 428).

Le *tremblement* dont nous avons parlé indique l'existence d'un *croup* avec fausses membranes flottantes; et si on le trouvait borné au larynx, il serait un signe assez favorable, en ce qu'il annoncerait la présence de concrétions couenneuses peu étendues et susceptibles d'être rejetées par l'expectoration; si, au contraire, l'auscultation démontre que ce *tremblement* se prolonge dans la trachée-artère et les tuyaux bronchiques, le pronostic est fâcheux, et l'on doit conclure que les fausses membranes occupent une grande étendue du tube aérifère (Barth, *loc. cit.*, obs. VI (1)).

*Valeur sémiotique.*—Nous venons de voir que bien peu de maladies du larynx se traduisent par des signes acoustiques spéciaux: la plupart du temps, les altérations les plus diverses donnant lieu à un même effet, l'obstruction mécanique du conduit aérifère, il en résulte que des phénomènes semblables sont les indices de lésions différentes, telles que l'œdème ou l'épaississement et l'induration du tissu cellulaire sous-muqueux, des ulcérations végétantes, des excroissances syphilitiques,

(1) Nous ne parlons point des phénomènes pathologiques fournis par la *voix* et la *toux laryngées*, leur étude appartenant plus spécialement à l'auscultation à distance.

des tumeurs cancéreuses ou d'autre nature, des pseudo-membranes, des polypes ou des corps étrangers. Les signes que nous avons passés en revue n'ont donc pas beaucoup de valeur par eux-mêmes, mais ils en acquièrent une plus grande par la réunion et l'étude comparée de plusieurs caractères, tels que l'intensité du phénomène, son timbre plus ou moins musical, son siège, son degré de fixité ou de mobilité, et enfin par l'auscultation simultanée de la poitrine.

Ainsi, en thèse générale, le bruit anormal laryngé, déterminé par l'obstruction des voies aériennes, et perceptible à distance ou au moyen du stéthoscope, aura une intensité d'autant plus prononcée que cette obstruction sera portée à un plus haut point: dans un premier degré, il se produira seulement un bruit laryngé *râpeux*; dans un second degré, il se formera des bruits *striduleux*, à timbre plus ou moins musical (*sifflement*, *ronflement*, etc.).—L'auscultation du tube laryngo-trachéal, en précisant le point qui correspond au maximum du bruit morbide, fera parfois reconnaître si l'obstacle a son siège dans la partie supérieure de ce conduit, et dépend d'une altération du larynx, ou bien s'il est dû à la compression exercée sur sa partie inférieure par une tumeur, telle qu'un anévrysme de l'aorte, l'hypertrophie du corps thyroïde, etc.: l'oreille jugera avec exactitude

que, dans le premier cas, le bruit se produit dans le larynx même, et que, dans le second, il a son point de départ à une certaine distance, et vient, par exemple, de l'extrémité inférieure de la trachée-artère. — Des bruits fixes, permanents, indiqueront une lésion fixe, dont l'effet mécanique est constant, telle qu'un œdème de la glotte, des végétations sur la membrane muqueuse, etc.; au contraire, l'intermittence des phénomènes acoustiques annoncera une affection spasmodique ou intermittente. Si les bruits se déplacent ou disparaissent momentanément, on diagnostiquera un obstacle mobile, comme serait un corps étranger dans les voies aériennes.

Nous avons avancé que les signes obtenus par l'auscultation du larynx acquerraient plus de valeur par le rapprochement de ceux que fournit l'examen comparatif de la poitrine. En effet, il est un phénomène *thoracique* commun à un grand nombre de maladies de l'organe vocal, savoir, la *diminution du murmure vésiculaire*, diminution dont le degré est en rapport direct avec celui de la lésion : toute altération qui apporte un obstacle notable à l'introduction de l'air dans les voies aériennes, soit qu'elle obstrue ou rétrécisse le diamètre des conduits (gonflement, inflammation, végétations, produits accidentels, etc.), soit qu'elle les comprime de dehors en dedans (tumeurs cancé-

reuses, kystes, anévrysme, etc.), soit enfin qu'elle produise l'occlusion plus ou moins complète de l'orifice supérieur du tube aërifère (hypertrophie des amygdales, polype des fosses nasales retombant sur la partie supérieure du larynx); toutes ces lésions, disons-nous, détermineront dans la poitrine une diminution du bruit respiratoire qui peut aller jusqu'au silence complet. De la connaissance de ce fait, si utile au diagnostic, découle naturellement la règle de toujours ausculter le thorax dans les affections laryngées. En effet si, dans une maladie du cou, l'on constate sur la poitrine de la faiblesse du murmure vésiculaire, sans aucun signe d'affection thoracique capable de la produire (emphysème double considérable, etc.), on conclura que la maladie dont il s'agit est accompagnée d'un obstacle à l'entrée de l'air dans les voies aériennes; et ce signe indirect est d'autant plus précieux que plusieurs des altérations précitées ne sauraient être reconnues directement par la vue et le toucher, l'œdème, par exemple, qui peut exister à la glotte sans qu'il soit possible de sentir avec le doigt aucune tuméfaction à la partie supérieure du larynx.

Les résultats de cette exploration comparative serviront aussi à établir le diagnostic différentiel entre une suffocation spasmodique et une asphyxie par obstacle matériel; dans le premier cas (spasme

des voies aériennes), le murmure vésiculaire n'est point aboli dans la poitrine, au moins d'une manière continue, tandis que dans le second (obstacle mécanique et permanent au passage du gaz atmosphérique), la faiblesse ou le silence du bruit respiratoire pulmonaire persiste, malgré les efforts énergiques de dilatation du thorax. On prévoit les conséquences qui découlent de cette différence de résultats, lorsqu'il s'agit de déterminer si la trachéotomie doit être pratiquée ou rejetée comme inutile : si, en effet, l'asphyxie dépend d'un spasme de la respiration, l'ouverture de la trachée-artère ne sera d'aucun secours; si, au contraire, la suffocation est due à un obstacle matériel situé dans le larynx, l'opération, en donnant accès à l'air, pourra sauver la vie du malade.

Dans d'autres circonstances, en se rappelant la possibilité de cette diminution du bruit respiratoire thoracique par suite d'obstacles laryngés, on sera en garde contre l'erreur funeste qui consisterait à prendre le silence du murmure vésiculaire pour un signe d'emphysème du poumon, tandis que la maladie du larynx resterait méconnue. En se rappelant, d'autre part, qu'un sifflement peut se produire dans le larynx et retentir jusque dans la poitrine, le médecin, s'il rencontre ce bruit anormal, recherchera avec soin quel en est le point de départ; et la détermination exacte du

siège du phénomène lui fera encore éviter une erreur.

Cet examen comparatif fournira également d'utiles indications, dans certains cas de *corps étrangers* des voies aériennes; il peut arriver en effet que l'obstacle au passage de l'air soit mobile, et que, par suite, le sifflement laryngé, indice d'une obstruction mécanique, se montre seulement par intervalles, ou même disparaisse tout à fait; on saurait alors, grâce à l'auscultation de la poitrine, quelle est la véritable situation du corps étranger: on jugera qu'il est arrêté dans la trachée-artère, si le bruit respiratoire est faible des deux côtés, ou qu'il s'est engagé dans une grosse bronche, si le murmure vésiculaire a cessé d'un côté seulement (1). Et, de même qu'on peut suivre ainsi les déplacements de ce corps dans les voies aériennes, de même il sera possible de décider s'il s'est fixé définitivement dans quelque point de la poitrine,

(1) L'un de nous a eu l'occasion d'observer un enfant qui avait été pris tout à coup de suffocation, et que l'on supposait avoir avalé un corps étranger; l'affaiblissement remarquable du murmure vésiculaire dans un seul côté du thorax (le côté droit), sans matité à la percussion, nous fit diagnostiquer la présence d'un corps étranger arrêté dans la bronche droite; la trachéotomie fut pratiquée: l'enfant rejeta aussitôt un haricot par l'ouverture de la trachée-artère; et le bruit respiratoire reparut ensuite, uniformément perçu dans toute l'étendue de la poitrine.



et s'il y a déterminé par sa présence quelque lésion profonde du parenchyme, d'après l'apparition de phénomènes acoustiques circonscrits dans une région où auparavant le stéthoscope ne révélait aucune condition morbide.

Ce n'est pas tout : l'examen de la poitrine fournira des lumières sur la *nature* des maladies du larynx, par l'existence ou l'absence de signes concomitants dans le poumon. Si, par exemple, un bruit râpeux ou striduleux, coïncidant avec des symptômes de phthisie laryngée, avait fait présumer qu'il existe des ulcérations dans le larynx, et si, en même temps, l'auscultation du thorax révélait des signes de tuberculisation pulmonaire, on conclurait que ces ulcérations sont de nature tuberculeuse. Que si, au contraire, chez un malade présentant ces mêmes symptômes de phthisie laryngée, on ne constatait aucun bruit anormal dans la poitrine, et si, en même temps, on découvrirait en quelque point du corps des traces de syphilis constitutionnelle, on devrait en inférer qu'il s'agit d'ulcérations vénériennes. Le même examen du thorax, dans certains cas d'œdème de la glotte, en dénotant la présence de tubercules du poumon, ferait soupçonner que le gonflement œdémateux s'est développé autour d'une ulcération tuberculeuse, et qu'il n'est pas purement phlegmasique.

L'auscultation devra enfin être toujours prati-

quée dans les affections du larynx et de la trachée-artère, afin de reconnaître s'il existe des *complications* du côté des organes pulmonaires. Ainsi, dans le croup et dans la laryngite simple, il faudra rechercher s'il n'est point survenu simultanément quelque phlegmasie de la membrane muqueuse des bronches et surtout du parenchyme du poumon. Il est vrai que dans les altérations laryngées où l'obstacle à l'introduction de l'air détermine un bruit striduleux très-fort, le diagnostic des maladies de poitrine devient très-difficile, parce que ce ronflement peut masquer tout à fait le murmure vésiculaire, ou parce qu'il n'arrive point dans les bronches et le poumon assez d'air pour y produire des râles; dans ces cas, heureusement, la percussion, dont les résultats ne sont pas modifiés par la même cause, vient au secours du médecin.

On comprendra sans peine de quelle importance sont pour la thérapeutique les résultats obtenus par cette double auscultation; d'une part, on ne laissera pas succomber sans secours à une affection laryngée un individu qu'on aurait cru atteint d'emphysème pulmonaire, et d'autre part, on ne pratiquera pas inutilement la trachéotomie sur un malade menacé de suffocation par une angine purement spasmodique, ou, dans des cas désespérés, sur des individus chez lesquels l'altération du larynx serait

compliquée de lésions pulmonaires prochainement mortelles.

## CHAPITRE II.

### AUSCULTATION DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Dans l'auscultation appliquée à l'appareil circulaire, il y a deux parties distinctes dont l'étude doit être séparée, savoir, l'auscultation du cœur et celle des gros vaisseaux.

#### ART. I. AUSCULTATION DU CŒUR.

Nous suivrons dans cet article la division que nous avons adoptée pour l'appareil pulmonaire : après avoir énoncé quelques règles à observer, nous exposerons les phénomènes physiologiques fournis par l'auscultation du cœur, et enfin nous décrirons les phénomènes pathologiques.

##### § I. RÈGLES PARTICULIÈRES.

Pour que l'observateur juge bien des résultats obtenus par l'auscultation, il faut que le malade soit dans un état de calme parfait, afin qu'aucun trouble artificiel de la circulation ne devienne une cause d'erreur. Dans certains cas au contraire, on provoquera une accélération des mouvements du

cœur, pour rendre par là plus évidents des bruits anormaux auparavant peu distincts : c'est dans ce but que l'on fait marcher un peu rapidement, pendant quelques pas, des malades que l'on soupçonne atteints d'une affection du cœur, et chez lesquels on développe ou l'on exagère, par cet exercice, des phénomènes qui autrement auraient été nuls ou assez faibles pour passer inaperçus.

Le plus ordinairement, pour l'examen, le sujet sera couché ; mais comme la position horizontale est souvent impossible à conserver, à cause de la dyspnée, le tronc et la tête devront reposer sur un plan incliné ; quelques malades ne peuvent même garder que la position assise. — Souvent il est bon de les ausculter d'abord couchés et ensuite assis, afin de voir si ces différences d'attitude n'entraînent pas des variations dans les phénomènes acoustiques. C'est ainsi que, dans certains épanchements du péricarde, on entend un bruit de souffle quand l'individu est couché, bruit qui peut disparaître dans la position assise, sans doute par suite du déplacement du liquide qui, dans le premier cas, comprimait l'origine des gros vaisseaux, et qui, dans le second, se porte à la partie inférieure du péricarde. — Pour ausculter postérieurement, M. Piorry recommande de faire asseoir le malade, le corps un peu renversé en arrière, à