

valeur. Ils sont l'indice le plus certain de la *chlorose avancée*, et de l'*anémie avec diminution notable des globules du sang*.

SECTION II.

AUSCULTATION DE L'ABDOMEN (1).

L'auscultation de l'abdomen comprend l'étude des signes stéthoscopiques fournis par les organes contenus dans la cavité du ventre, et celle des phénomènes de la gestation. Afin de ne pas interrompre l'exposition des signes propres aux maladies, nous traiterons plus loin et séparément de l'auscultation appliquée à la grossesse.

Pour l'exploration des organes abdominaux, le

(1) Dans les maladies de l'abdomen, comme dans celles de plusieurs organes dont il nous reste à parler, l'auscultation est loin d'avoir rendu les mêmes services que dans les affections de poitrine. Si elle a opéré une révolution complète dans la sémiologie des lésions des appareils circulatoire et respiratoire, ici elle s'est bornée à des indications peu nombreuses, et dont la valeur est souvent beaucoup moindre que celle des autres signes rationnels ou sensibles. Aussi ne croyons-nous pas devoir insister longuement sur ces applications diversés de la découverte de Laennec, en nous réservant de donner plus de développement aux phénomènes stéthoscopiques relatifs à la grossesse.

malade sera placé symétriquement dans le décubitus dorsal, les cuisses un peu relevées et les genoux très-légalement fléchis. Parfois on donnera au corps une inclinaison latérale; et, dans des cas rares, on fera mettre le sujet à quatre pattes, pour voir si, par ces changements de position, certains bruits se déplacent, se modifient ou cessent de se faire entendre. — Le ventre sera nu, ou recouvert d'un vêtement mince qui ne détermine pas de frottement.

Le médecin se placera du côté qu'il veut ausculter. Selon les phénomènes qu'il recherche et l'organe qu'il explore, il se servira de l'oreille ou du stéthoscope qui est généralement plus avantageux, en ce qu'il permet de déprimer et de fixer des parties molles et mobiles, et de se rapprocher de celles qui sont situées profondément. Pour apprécier le frottement péritonéal, l'auscultation immédiate vaut peut-être mieux; mais pour l'exploration de l'aorte abdominale, de la vessie, etc., le cylindre est préférable.

Il faut se rappeler que peu de signes stéthoscopiques se produisent spontanément dans le ventre, et que souvent il faut exercer des pressions, des frottements, des chocs artificiels pour les manifester. C'est ainsi qu'on exercera soit des pressions sur les reins, sur la vésicule biliaire, pour déterminer une collision entre plusieurs calculs, soit des frot-

tements s'il s'agit de tumeurs dans l'abdomen, ou des chocs avec une sonde pour reconnaître les concrétions calculeuses de la vessie. C'est ainsi qu'on associera quelquefois la percussion à l'auscultation, dans des cas d'ascite, de tumeurs hydatiques, etc.

Lorsqu'on ausculte les différentes régions de l'abdomen, on n'entend dans les points qui correspondent au tube digestif que les gargouillements produits par le déplacement des gaz dans ce conduit. Dans la direction de l'aorte on ne perçoit que les pulsations que nous avons signalées; mais la plupart des actes des viscères contenus dans l'abdomen s'opèrent sans bruit appréciable. Il n'en est plus de même dans l'état *pathologique*: certains bruits s'exagèrent, d'autres apparaissent d'une manière spontanée ou sont produits artificiellement. — Passons-les successivement en revue, dans les différents organes.

Péritoine. — Dans l'état normal, les déplacements des viscères déterminés par les contractions des muscles abdominaux, par l'abaissement ou l'élévation du diaphragme, par le mouvement péristaltique des intestins, s'opèrent sans bruit, à cause du peu d'étendue de ces déplacements, du peu de résistance qu'offrent les faces contiguës des organes, et surtout à cause du poli des surfaces tapissées par le péritoine.

Dans certaines conditions morbides, on entend un bruit particulier qu'on a désigné sous le nom de *frottement péritonéal*. M. Piorry (1) attribue à Laennec la découverte de ce phénomène (2). En juin 1834, M. le docteur Després, dans une communication faite à la *Société anatomique*, annonça « que dans la première période de la péritonite et avant qu'il y ait un épanchement liquide, on entend un bruit de cuir ou de frottement analogue à celui qui a été indiqué comme appartenant à la péricardite. » Plus tard, M. Beatty de Dublin (3), puis MM. Corrigan (4) et Bright (5), donnèrent plus de développement à la description du phénomène; M. Després en a fait le sujet de sa dissertation inaugurale (6); et enfin M. Robert Spittal, dans un mémoire publié en 1845 (7), a déduit de l'analyse de quinze observations les notions relatives au mécanisme de production

(1) *De la percussion médiate*, 1828, p. 174.

(2) Laennec avait en outre annoncé que dans l'ascite, le stéthoscope, appliqué contre l'abdomen, transmettait à l'oreille le choc du liquide mis en mouvement par la percussion.

(3) *Archives gén. de Méd.*, t. VI, 2^e série, p. 431.

(4) *Archives gén. de Méd.*, t. XII, 2^e série, p. 226-235.

(5) *Med. chir. Transact.*, t. IX.

(6) *Thèses de Paris*; avril 1840.

(7) *London and Edinb. monthly journal*, mai 1845, et *Archives gén. de Méd.*, t. VIII, p. 474.

du bruit anormal et à sa valeur sémiotique.

Plus rare que le frottement pleurétique, le frottement péritonéal donne, comme ce dernier, la sensation de deux surfaces rugueuses, qui, en passant l'une sur l'autre, se trouvent arrêtées par leurs aspérités et frottent avec bruit. — Son intensité est variable, et ses deux extrêmes sont un frôlement à peine perceptible, et un râchement rude, appréciable à l'oreille et à la main.

Le mécanisme de sa production est exactement le même que celui du frottement de la plèvre ou du péricarde; c'est-à-dire qu'il exige, pour se manifester, plusieurs conditions, telles que l'existence de deux surfaces rugueuses, dont le contact et le glissement réciproques soient possibles, et qui présentent assez de résistance pour que le bruit ait une certaine intensité. La rareté de ces circonstances réunies dans l'abdomen explique pourquoi le phénomène se montre rarement: en effet, les organes contigus étant presque tous mous et sans fixité, il n'y a presque jamais de point d'appui solide contre lequel un frottement rude puisse s'exercer; et d'ailleurs, dans la péritonite aiguë, la douleur borne ou empêche les mouvements nécessaires à la manifestation du bruit, et dans la péritonite chronique, les adhérences qui se sont formées s'opposent au glissement des surfaces en contact.

Aussi le frottement péritonéal n'est perçu que dans *certaines cas de péritonite*, et surtout de *péritonite tuberculeuse*, parce que les tubercules disséminés dans les fausses membranes forment alors des saillies plus considérables et plus dures. Il sera plus sensible encore lorsque la péritonite partielle aura un siège spécial, quand, par exemple, les pseudo-membranes tapisseront la région convexe du foie et la face inférieure du diaphragme, surfaces qui offrent une résistance et exécutent des frottements plus marqués sous l'influence des mouvements de dilatation du thorax; comme aussi lorsque les dépôts morbides recouvriront des corps pleins ou plus solides, tels que des tumeurs de l'utérus, de l'ovaire, etc.

Selon M. le docteur Spittal, le bruit de frottement peut être produit non-seulement par les mouvements du diaphragme dans l'acte de la respiration, par la contraction des muscles du ventre, ou par les déplacements que détermine la pression de la paroi abdominale antérieure, mais aussi par les mouvements péristaltiques du canal intestinal qui impriment alors aux vibrations sonores un caractère particulier et continu; et cette variété du bruit pourrait servir à différencier le frottement péritonéal produit à la partie supérieure de l'abdomen, d'avec le frottement pleurétique développé à la base de la poitrine.

Il suit de ce qui précède, que le frottement abdominal peut être considéré comme un signe de péritonite générale ou circonscrite, et il annonce que les surfaces malades glissent sans adhérences ou n'ont contracté que des adhérences peu étendues; mais l'absence du bruit morbide ne prouve point l'absence de la phlegmasie, et la rareté du phénomène ôte beaucoup à sa valeur.

Il est des cas, cependant, où le frottement peut devenir un signe capable de guider le praticien dans le diagnostic et le traitement de certaines affections situées au dedans ou au dehors de la cavité du péritoine. Supposons qu'on veuille ouvrir un abcès ou une tumeur hydatique du foie, et que, d'après le procédé de M. Récamier, l'on ait cherché à développer artificiellement entre la tumeur et les parois de l'abdomen des adhérences, sans lesquelles l'opération ne saurait être faite sûrement, la manifestation d'un frottement local serait un signe favorable, en annonçant le travail d'exsudation qui précède la formation des adhérences; et sa cessation au bout de quelques jours indiquerait d'une manière assez certaine que l'adhésion est complète, et que le chirurgien peut enfoncer le bistouri dans la tumeur, sans craindre qu'il se fasse un épanchement dans la cavité du péritoine. De même au moment de ponctionner le ventre pour une ascite, la perception d'un cra-

quement péritonéal, au lieu d'élection pour la paracentèse, devrait faire choisir un autre point, dans la crainte de plonger le trocart dans un intestin en contact avec la paroi abdominale.

Enfin, d'après M. Després (1), « le frottement du péritoine, bien étudié, jettera peut-être quelque lumière sur la thérapeutique des hernies étranglées: tous les chirurgiens savent combien il est important de diagnostiquer, dans certains cas, si un malade porteur d'une hernie irréductible est affecté de péritonite, ou si les symptômes qu'il présente sont produits par un étranglement des viscères herniés. A l'aide du frottement péritonéal, on pourra déterminer quelquefois s'il y a péritonite ou non, puisque ce phénomène se développe en même temps que les premières coliques, et qu'il persiste très-longtemps. »

Estomac. — En auscultant l'estomac, soit en avant dans la fossette épigastrique, soit en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, on entend des bruits variables, tantôt ceux que produisent la déglutition et la chute du bol alimentaire ou des boissons dans la cavité du viscère, tantôt ceux que déterminent les éructations gazeuses à travers l'œsophage, tantôt enfin des espèces de *glouglous* auxquels donne lieu le déplacement des liquides et

(1) *Loc. cit.*, p. 20.

des gaz renfermés dans l'estomac. Ces *glouglous* ont quelquefois un timbre amphorique, et même, dans certains cas de tympanite stomacale, on perçoit un cliquetis métallique assez prononcé résultant de l'agitation des fluides contenus, par les contractions du viscère. Enfin, nous avons vu (p. 416) que parfois le bruit de la systole du cœur prenait un caractère métallique par suite du voisinage de l'estomac distendu par des gaz, et y déterminait même un véritable tintement.

Il est un autre bruit que l'on manifeste par la succussion de l'abdomen et qui donne à l'oreille la sensation d'un flot de liquide mis en mouvement; ce *bruit de fluctuation* peut même être perceptible à distance. S'il n'est que passager, il a peu d'importance pour le diagnostic; mais lorsqu'il persiste et qu'il est spécialement produit même longtemps après l'ingestion des aliments, à une époque où le travail de la digestion stomacale devrait être terminé et laisser le ventricule plus ou moins vide, il a une valeur sémiotique plus grande: il annonce que les liquides et les gaz sont retenus et accumulés dans l'estomac par un *rétrécissement de l'orifice pylorique*, et il devient alors un nouveau signe de cette grave lésion.

Intestins. — Dans quelques circonstances, on entend sur le ventre, outre les borborygmes si fréquents dans l'intestin, surtout au moment de la

digestion, un *bruit de flot* très-remarquable, quelquefois même perçu à une petite distance du malade. Ce bruit se manifeste dans certains cas de *rétrécissement intestinal*, lorsque le gaz et les liquides s'accumulent dans les circonvolutions en deçà de l'obstacle, et sont mis en mouvement par les contractions énergiques de l'intestin hypertrophié.

Il est un autre phénomène que la pression manifeste parfois dans un point limité de l'intestin, surtout dans la fosse iliaque; c'est une espèce de *gargouillement* plus ou moins distinct qui, d'ailleurs, est perçu à la fois par l'oreille, à distance, et par la main qui le développe. Ce phénomène indique la présence simultanée de liquides et de gaz intestinaux; et, quand il est manifeste dans le cœcum, il peut concourir, avec d'autres signes, au diagnostic de la fièvre typhoïde.

L'auscultation pourra encore servir, dans les cas de *hernie*, à déterminer la nature des parties déplacées; si, par exemple, dans une tumeur herniaire, il se produisait sous la pression des doigts un gargouillement perceptible à l'oreille, ce serait un signe certain d'*entéroccèle*.

Chez une malade observée par l'un de nous à l'hôpital de la Charité, dans le service de M. Rayer, et qui était affectée d'un cancer du colon descendant, l'auscultation permit de préciser la nature

d'une petite tumeur développée tout à coup dans l'aîne gauche et s'étendant au-dessous de l'arcade crurale à la partie supérieure et interne de la cuisse : cette tumeur, sonore à la percussion, donnait à la main une crépitation manifeste, et en la comprimant avec le stéthoscope, on y déterminait des craquements plus évidents, une espèce de gargouillement et un bruit particulier annonçant le passage de gaz intestinaux à travers un orifice étroit. Il fut facile de diagnostiquer, d'après ces signes physiques, l'existence d'une *perforation intestinale* que démontra la nécropsie.

Foie et vésicule biliaire. — « Je pense, disait Laennec (4), que le stéthoscope pourra faire reconnaître les abcès du foie, et les kystes hydatiques formés dans ce viscère, lorsqu'ils viendront à s'ouvrir, soit dans l'estomac ou les intestins, soit dans le poumon, comme on en a vu quelques exemples. Dans les deux premiers cas, en pressant l'abdomen dans la portion molle de l'hypochondre droit, on obtiendra probablement un gargouillement manifeste, dû à l'introduction des gaz intestinaux dans l'excavation du foie. Dans le dernier, c'est-à-dire dans le cas de communication fistuleuse de l'abcès du foie avec les bronches, je ne doute pas que l'on n'obtienne la toux et la respiration caverneuses,

(4) Tome III, p. 534.

le râle de même nature, peut-être même la transmission de la voix à travers le tube du cylindre, et, si l'excavation était très-vaste, le tintement métallique. »

L'observation clinique a démontré la justesse de ces prévisions, et plus d'une fois il a été donné de reconnaître aux signes stéthoscopiques précités l'existence d'une communication anormale établie entre le foie (ou même d'autres organes contenus dans l'abdomen) et les voies respiratoires.

Mais ce n'est pas seulement à cette période avancée des affections du foie que l'auscultation peut être utile : elle servira quelquefois au diagnostic de tumeurs diverses de la région hépatique, qui n'auraient aucune communication, soit avec les cavités digestives, soit avec les voies pulmonaires : c'est ainsi qu'elle pourrait contribuer à révéler l'existence d'un *kyste hydatique*, en faisant percevoir (avec l'oreille, aussi bien qu'avec la main) une espèce de *frémissement* particulier produit par la collision des acéphalocystes. L'intensité du bruit, son degré de proximité, indiqueraient si le kyste est près ou loin de la surface convexe du foie, et conséquemment éclaireraient sur la possibilité de l'attaquer par la ponction qui, dans les mains habiles de M. Récamier, a été couronnée de succès.

L'auscultation concourra également à faire reconnaître de simples changements dans le volume

du foie, en permettant de préciser avec exactitude les limites qui le séparent des organes thoraciques. En effet, si, en l'absence de signes de lésions pulmonaires, et sans déplacement de bas en haut du bord hépatique inférieur, on constatait au bas de la poitrine, à droite, le silence du murmure respiratoire jusqu'à un niveau plus élevé qu'à l'ordinaire, on devrait en conclure que le foie est hypertrophié.

Le professeur Williams a rapporté (1) l'observation intéressante d'un malade qui avait présenté, pendant la vie, une tumeur située au-dessous des fausses côtes droites, tumeur d'abord solide, puis molle, élastique, sonore à la percussion, donnant à l'oreille un bruit de gargouillement, et même un tintement métallique par les secousses de la toux ou par une percussion plus forte ; à l'ouverture de cette tumeur, il s'échappa une matière brunâtre mêlée de pus et de gaz fétides. A l'autopsie, on constata l'existence d'un vaste abcès formé aux dépens du foie, à la face antéro-supérieure de son lobe droit, et dans le fond de la poche purulente on découvrit le colon qui communiquait avec elle par deux perforations ulcéreuses.

Dans certains cas de *calculs biliaires*, en plaçant le stéthoscope (en même temps qu'on exerce des

(1) *London med. Gaz.*, décembre 1845; et *Archives gén. de Méd.*, 1846, t. x, p. 211.

pressions) sur la région correspondant à la vésicule, il sera possible d'entendre de la *crépitation* produite par le frottement réciproque des concrétions calculeuses. Lisfranc, qui le premier signala ce fait (1), a réussi à déterminer ce *bruit de collision* chez un sujet dont le foie débordait les fausses côtes, et chez lequel, après la mort, on trouva plusieurs calculs dans la vésicule.

Sur un malade, dont M. Martin-Solon a publié l'histoire (2), la région de la vésicule biliaire, auscultée médiatement, communiquait à l'oreille, pendant les fortes expirations, une crépitation résultant du choc de calculs multiples, et ce choc était en outre sensible à la main ; cinq calculs furent rejetés par les selles, et à une exploration répétée quelques jours après, il fut impossible de retrouver, soit avec les doigts, soit avec le stéthoscope, la sensation de froissement qui avait été distinctement appréciée.

Dans l'observation suivante, que l'un de nous a recueillie à l'Hôtel-Dieu, l'auscultation servit encore à confirmer le diagnostic d'une lésion curieuse et rare de l'appareil biliaire. Un homme âgé d'environ cinquante ans avait depuis longtemps

(1) *Mémoire sur de nouvelles applications du stéthoscope*; août 1823.

(2) *Bulletin de thérapeutique*, 1849, t. xxxvi, p. 360.

un ictère foncé; dans le cours de sa maladie, il survint une expectoration abondante d'une matière verdâtre et amère. Ce liquide était-il versé directement du foie dans les voies respiratoires? — La rareté d'un fait semblable nous faisait hésiter à en admettre la réalité; mais l'auscultation ayant révélé l'existence d'un gargouillement tout à fait à la base et en arrière, du côté droit de la poitrine, mit hors de doute l'existence d'une communication fistuleuse établie entre les conduits biliaires et les bronches, et l'ouverture du cadavre démontra la justesse de ce diagnostic.

Un autre malade, que nous avons pu suivre pendant un mois à l'Hôtel-Dieu, nous présenta des phénomènes stéthoscopiques non moins extraordinaires. Il avait eu un abcès par congestion, qui faisait à la région dorsale une saillie considérable; l'abcès s'était ouvert spontanément dans les bronches et le pus avait été rejeté par la bouche. La tumeur du dos disparut, mais les crachats puriformes persistaient, et, en auscultant en arrière, à gauche de la colonne vertébrale, au niveau de la neuvième côte, on entendait par intervalles, surtout dans les grandes inspirations et pendant la toux, du gros gargouillement et parfois ces espèces de cris donnés par les cavernes tuberculeuses. Dans ce cas, il restait certainement un trajet fistuleux, établissant une communication entre les voies

aérijfères et un point de la colonne vertébrale non cicatrisé.

Rate. — L'auscultation n'a rien appris sur les affections de la rate; dans quelques cas seulement où il s'agirait de juger si cet organe est augmenté de volume, elle pourrait servir (moins bien que la percussion) à déterminer ses limites supérieures, en faisant connaître que la respiration s'entend dans le voisinage de la rate, moins bas que d'ordinaire.

Reins. — L'auscultation servira-t-elle au diagnostic de quelques affections des reins? On peut supposer que, dans un cas de calculs multiples, en contact dans l'un des bassinets, une pression exercée par la main sur la région lombaire correspondante ferait entendre un frottement dû aux rugosités de ces concrétions; mais c'est un fait sur lequel l'expérience n'a pas encore suffisamment prononcé. — Nous en dirons autant de la supposition d'une fistule rénale communiquant à l'extérieur ou avec un point du tube digestif: la pénétration de l'air ou des gaz intestinaux dans les cavités du rein pourrait déterminer des phénomènes stéthoscopiques particuliers, et le stylet boutonné y rencontrant des calculs, donnerait lieu, par son choc, à la production d'un bruit.

Vessie. — Dans son mémoire sur les applications du stéthoscope à plusieurs affections chirurgicales,

Lisfranc signala les services que l'auscultation pouvait rendre dans la recherche des calculs vésicaux: « Pour que le cylindre fournisse des sensations plus distinctes, dit Lisfranc (1); on l'applique, dépourvu de l'embout, sur le corps du pubis et sur la partie postérieure du sacrum: alors, si le cathéter est introduit dans une vessie vide, et qui ne contient pas de calculs, les mouvements réguliers que l'on imprime à cet instrument font entendre des sons qui ressemblent à ceux de la pompe foulante mise en jeu. — Si l'on place des tissus mous dans la vessie, le stéthoscope ne fournit pas d'autres données que celle qui vient d'être indiquée. — Mais toutes les fois qu'il y existe un calcul, on entend une espèce de *cliquetis* extrêmement distinct, ou bien des sons semblables à ceux que fournit l'action d'une lime sur un corps dur. Les plus légers mouvements imprimés au cathéter donnent ces sensations. »

Poursuivant ces indications, que Laennec a reproduites et confirmées, M. Moreau de Saint-Ludgère (2) a essayé de rendre l'auscultation vraiment *immédiate*; et, dans ce but, il a proposé d'adapter, à l'aide d'un morceau de liège, au pavillon d'une sonde métallique, la plaque d'un sté-

(1) *Loc. cit.*, p. 26.

(2) *Thèses de Paris*; 1839.

thoscope. L'instrument ainsi disposé est introduit dans la vessie; on ausculte en appliquant l'oreille sur la plaque, et les sons arrivent alors directement à l'observateur.

La difficulté de tenir l'oreille sur la plaque du cystoscope de M. Moreau, et d'imprimer en même temps à la sonde les mouvements nécessaires pour produire le choc, suggéra à M. Leroy d'Étiolles l'idée d'adapter à toute sonde exploratrice un tube acoustique flexible et d'une grande longueur. Ce tube acoustique, formé d'un fil de laiton roulé en spirale, et revêtu de caoutchouc et d'un tissu de soie, se fixe par un bout sur le cathéter, et s'applique à l'oreille, par l'autre extrémité, au moyen d'un pavillon d'ivoire. Il paraît que cet appareil transmet les sons avec une grande intensité, et sans altération.

Quel que soit le procédé qu'on emploie, on aura une idée assez juste, d'après la nature du bruit que manifestera le choc de la sonde contre les calculs, du degré de solidité des concrétions, de leur disposition, de leur mobilité, et peut-être même de leur nombre.

Dans le but de reconnaître (ce qui est difficile par le cathéter seul) un petit fragment de pierre logé dans une cellule, ou très-peu saillant, ou entouré de faisceaux musculaires durs et hypertrophiés, dont le contact avec la sonde produirait des

sensations presque semblables à celles que fournirait le calcul, M. Leroy d'Étiolles a encore imaginé (1) d'adapter au bas d'une sonde en caoutchouc des viroles métalliques larges de quelques millimètres, et distantes d'un centimètre. Le cathéter métallique ordinaire, passant au-dessus d'un fragment disposé comme nous l'avons dit plus haut, donne un son continu, et qui est insuffisant, tandis que par les viroles métalliques placées à distance les unes des autres, il éprouve des secousses qui, transmises surtout par le tube acoustique en caoutchouc, peuvent révéler l'existence de corps très-peu saillants. M. Leroy d'Étiolles assure qu'il a eu de fréquentes occasions de recourir avec avantage à cet instrument (2).

Ainsi, à l'aide de l'auscultation, il sera possible d'établir un diagnostic positif, et l'on ne confondra pas un fongus ou une tumeur molle de la vessie avec une concrétion calculeuse. Ainsi encore, on évitera ces fatales erreurs parfois commises par des chirurgiens qui taillèrent des individus dont la vessie ne contenait point de calcul.

(1) Chrestien, de la Percussion et de l'Auscultation dans les maladies chirurgicales, p. 132.

(2) M. Cornay a également proposé un instrument pour reconnaître par les sensations fournies à l'oreille les corps solides engagés dans les cavités et dans les parties molles, et il l'a désigné sous le nom de stéréoscope. (Gazette médicale, 1846, p. 473.)

Utérus et ovaires. — L'auscultation appliquée à l'utérus révèle, dans la grossesse, des signes importants dont nous parlerons plus loin. Dans les maladies, elle ne fournit pas d'autres phénomènes que des bruits de souffle qui se passent dans les gros vaisseaux placés derrière l'utérus, et qui dépendent de la compression que cet organe exerce lorsqu'il est considérablement augmenté de volume, par des tumeurs développées dans ses parois ou par des produits anormaux formés dans sa cavité.

Lorsqu'il existe des tumeurs hypogastriques, ovariennes, tubaires, etc., l'auscultation pourrait en indiquer la nature; et la perception de *battements doubles* ferait reconnaître qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine. Un bruit de souffle aurait moins de valeur pour annoncer cette dernière lésion, puisqu'il pourrait être dû à la compression des artères iliaques.

Gros vaisseaux de l'abdomen. — Enfin, en auscultant sur les différents points de l'abdomen qui correspondent aux gros vaisseaux, on entendra parfois des *souffles* ou des *bruissements*, qui dépendront, soit d'anévrysmes de l'aorte (1), des artères iliaques, etc., soit de la compression exercée sur les vaisseaux par les viscères abdominaux

(1) Voyez Auscultation de l'aorte, p. 496.

eux-mêmes (rate, foie), ou par des tumeurs de différente nature.

SECTION III.

AUSCULTATION DE LA TÊTE.

Maladies de l'encéphale.

L'auscultation, qui a enrichi la science de tant de signes importants pour les affections de poitrine, a peu fait jusqu'à ce jour pour le diagnostic des maladies de l'encéphale. Dans l'état physiologique, en appliquant l'oreille sur les divers points de la tête, on entend d'une manière distincte la résonnance de la voix, qui est souvent remarquable par un caractère chevrotant; les bruits de la déglutition sont encore facilement perçus; le murmure respiratoire, fort et caveux quand on place le stéthoscope sur la joue, est moins distinctement transmis quand on ausculte sur le crâne; enfin, les bruits du cœur n'arrivent plus que très-faibles jusqu'à l'oreille; mais on ne peut saisir aucun bruit propre à la tête et qui ait sa source dans l'encéphale.

Se développe-t-il des bruits nouveaux dans l'état pathologique?—En 1833, M. le docteur Fischer,

de Boston, annonça (1) qu'il avait découvert un *bruit de soufflet encéphalique* chez six enfants atteints d'affections aiguës ou chroniques des méninges et d'inflammation du cerveau. Ce bruit de soufflet, synchrone aux pulsations artérielles, était appréciable partout, mais beaucoup plus distinct au-dessus de l'extrémité antérieure de la suture sagittale.

En poursuivant ses recherches, le docteur américain dit avoir rencontré ce bruit anormal dans plusieurs cas d'hydrocéphale ou d'encéphalite, chez les enfants qui souffrent de la dentition, et chez deux petits malades atteints de coqueluche, mais seulement au moment où la quinte de toux cessait, et pendant que l'accumulation du sang vers la tête se reconnaissait encore à la rougeur de la face.

Selon lui, ce souffle aurait son siège dans les troncs artériels de la base du crâne, et serait dû à la compression exercée sur ces vaisseaux toutes les fois que le cerveau est refoulé par un épanchement de liquide, ou augmenté de volume par un engorgement inflammatoire. Le calibre de ces artères étant alors diminué, et le sang ne circulant plus qu'avec difficulté, c'est à cette gêne de la cir-

(1) *The Med. Magaz.*, n° 5, et *Gaz. méd.*, t. II, n° 2; janvier 1834.