

gère resta dans la gorge et les fosses nasales toute la journée. Il y avait ici évidemment une fistule broncho-cutanée. Nous avons vu plusieurs cas de ce genre, et tous les recueils en citent d'analogues. Il serait important de faire des recherches qui apprissent dans quels cas on rencontre de pareilles lésions ; on pourrait alors, renversant la question, remonter de ce phénomène morbide à la maladie qui l'a déterminé.

### § II. — Signes fournis par la palpation.

On n'a pas encore fait des recherches exactes et suffisamment multipliées sur les phénomènes qu'on peut apprécier par l'application de la main sur les parois du thorax ; et l'on n'a pas tout dit non plus sur la valeur des signes que l'on a recueillis par ce procédé d'exploration.

A l'aide de la main, on apprécie la *forme* et les *mouvements* du thorax, l'état des *muscles* et des *espaces intercostaux*, la *tension* de tout le thorax, la *fluctuation* intercostale, la fluctuation produite par la *succussion*, enfin les *vibrations* transmises par la voix.

### VI. — TENSION, FLUCTUATION, VIBRATIONS DES PAROIS THORACIQUES.

La palpation fait percevoir, mieux que l'inspection, les changements de forme, les dépressions, les voussures des côtes, dispositions que les parties molles peuvent cacher à l'œil, soit à cause du développement des muscles, soit en raison de l'abondance du tissu cellulaire ou d'un état d'infiltration œdémateuse. Nous avons indiqué plus haut la valeur de ces déformations, nous n'y revenons pas. On reconnaît aussi, par le toucher, l'écartement des côtes, résultant d'une suffusion séreuse abondante.

Les épanchements abondants dans un côté de la poitrine, une pneumonie de tout un poumon, une infiltration tuberculeuse générale, sont autant de lésions qui donnent au côté affecté une tension particulière, que la main apprécie parfaitement. On sent, en effet, que ce côté est dans un état de plénitude très-marqué ; les espaces intercostaux sont effacés, le relief des côtes est à peine appréciable ; il n'y a

plus d'élasticité ; les mouvements manquent, ou le côté se soulève en masse ; en un mot, on apprécie, par une foule de petites circonstances difficiles à bien préciser, que le côté malade est rempli par un corps plus volumineux et plus résistant que le poumon à l'état sain.

On a assuré que, dans les épanchements pleurétiques, on pouvait constater la fluctuation dans les espaces intercostaux ; nous n'avons jamais pu apprécier ce phénomène, soit en explorant un même espace intercostal, soit en examinant des espaces voisins.

Beau a signalé, de son côté, une *sensation de flot perçue par la main*, lorsqu'on pratique la succussion dans le cas d'hydro-pneumothorax ; jusqu'à présent on n'avait indiqué que le *bruit* qui accompagne cette fluctuation. On trouvera, dans une observation publiée par M. Guyot (1), quelques détails sur ce signe nouveau et digne d'intérêt.

Enfin la palpation fait encore apprécier les modifications que les vibrations des parois thoraciques peuvent éprouver. Quand un individu sain vient à parler, les parois de la poitrine entrent en vibration et font éprouver à la main une sensation particulière de frémissement. Ce phénomène peut être altéré et peut même disparaître dans l'état de maladie ; son absence est marquée au plus haut degré dans la pleurésie.

[ Mais il faut d'abord savoir que chez tous les individus la poitrine ne vibre pas, normalement, avec la même force. Le phénomène se produit avec son maximum d'intensité chez les sujets maigres, à voix forte et grave. La vibration est à peine sensible chez les sujets chargés d'embonpoint, à voix grêle et d'un timbre élevé, chez les femmes, par exemple. M. le professeur Monneret a étudié avec soin ce phénomène (2), et a montré tout le parti qu'on pouvait en tirer pour le diagnostic de certaines maladies, principalement la pleurésie. Dans les cas d'épanchement, on peut, en étudiant les vibrations, suivre avec une grande exactitude l'augmentation ou le retrait du liquide. Dans certains cas difficiles, chez les vieillards en particulier, les vibrations constituent un signe très-précieux, le seul peut-être à l'aide duquel on puisse distinguer la pleurésie de la pneumonie.

(1) Guyot, *Moniteur des hôpitaux*, 11 mai 1834.

(2) Monneret, *Revue médico-chirurgicale*, 1848.

Dans cette dernière maladie, les vibrations sont augmentées. Il en est de même dans la congestion, dans l'infiltration tuberculeuse. Le fait est plus douteux pour les pleurésies avec adhérences sans épanchement. — Dans les épanchements pleuraux, dans le pneumothorax, dans l'emphyème, les vibrations sont supprimées ou diminuées.]

### § III. — Signes fournis par la mensuration.

#### VII. — DE L'AUGMENTATION ET DE LA DIMINUTION DU VOLUME DE LA POITRINE.

Nous avons déjà signalé les cas où la capacité du thorax augmente ou diminue. Ces variations peuvent être très-facilement appréciées par la vue, et il est nécessaire de dire que la mensuration ne saurait en donner une idée aussi exacte que l'inspection. En effet, la mensuration, en quelque lieu qu'elle soit faite, ne peut indiquer ni les voussures ni les dépressions partielles; elle n'indique que les différences de capacité totale qui peuvent exister entre les deux côtés de la poitrine. Ce procédé d'exploration ne donne donc qu'une appréciation grossière, si nous osons ainsi dire, et qui n'acquiert d'importance que quand on rapproche ses résultats de ceux fournis par les autres moyens de recherche.

Quoi qu'il en soit, voici ce que l'on a constaté à l'aide de la mensuration, et l'indication des procédés d'exploration.

On mesure la poitrine dans sa circonférence horizontale ou dans son diamètre antéro-postérieur. Dans le premier cas, on emploie un ruban métrique inextensible; dans le second, on met en usage, ainsi que le faisait Chomel, un compas d'épaisseur. L'emploi de ce dernier instrument est facile. Quant au ruban métrique, on doit l'appliquer fortement contre la poitrine, et s'en servir pour comprimer le thorax jusqu'à ce qu'il ne cède plus. Quelquefois on mesure toute la circonférence de la poitrine, à la base, au sommet, à la partie moyenne; d'autres fois on embrasse seulement une demi-circonférence, et c'est alors presque toujours à la base du thorax; une des extrémités du ruban est fixée sur l'appendice xiphoïde, tandis que l'autre est

dirigée sur une des apophyses épineuses des vertèbres; on répète ensuite la même opération sur le côté opposé du thorax, dans un point symétrique, en ayant soin que, dans les deux cas, le ruban soit bien horizontal. M. Woillez a publié sur la pratique de ce genre d'exploration et sur les résultats qu'il fournit des détails très-dignes d'intérêt (1). Voici, en quelques mots, l'exposé de ses recherches.

Nous donnons d'abord le résumé très-succinct des remarques contenues dans son premier ouvrage.

Il est rare que les deux côtés de la poitrine soient égaux; il en résulte des *hétéromorphies physiologiques* qu'il ne faudrait pas prendre pour le résultat de maladies. Le côté droit de la poitrine est plus étendu que le gauche de 1 à 3 centimètres; quelquefois les deux côtés sont égaux; dans des cas plus rares le gauche est plus étendu que le droit de 1 centimètre, ou de 2 au plus. Il existe souvent des saillies latérales antérieures ou postérieures, soit à droite, soit à gauche. Ces saillies rendent les deux côtés égaux ou le côté gauche plus étendu que le droit; à droite, où leur influence est moins nettement dessinée, elles rendent plus sensible la différence que l'on observe ordinairement à l'avantage du côté droit. La saillie antérieure que présentent les gachers rend ordinairement le côté gauche plus étendu que le droit. Lorsqu'il n'existe pas de saillies à gauche, ce côté n'est jamais plus étendu que le droit.

Dans l'état pathologique, ces rapports changent, et l'on observe une augmentation relative de volume dans l'emphysème et dans la pleurésie avec épanchement; et, au contraire, une diminution dans la pleurésie et la pneumonie en résolution, dans quelques cas de phthisie, etc. Il n'y a aucun changement dans la bronchite.

En analysant avec soin les résultats de M. le docteur Woillez, on ne peut se défendre de l'idée que la mensuration est tout à fait incertaine, comme moyen exact d'appréciation, dans les cas indiqués. En effet, le plus souvent, il n'y a pas de différence, à la mensuration, entre les deux côtés de la poitrine, dans les grandes et importantes affec-

(1) Woillez, *Recherches pratiques sur l'inspection et la mensuration de la poitrine*. Paris, 1836. — *Sur les variations de la capacité thoracique dans les maladies aiguës* (*Mémoires de la Société médicale d'observation*, Paris, 1836, t. III, 129).