

qui se retire, une épaisse couche de limon sur les points qu'elle abandonne; de sorte qu'on aura, par la percussion : 1<sup>o</sup> aux points naguère occupés par la totalité de l'épanchement, de la matité superficielle due à la présence de la matière fibrineuse restée collée aux parois de la poitrine; 2<sup>o</sup> dans une zone inférieure, une matité profonde et absolue, causée par la masse séreuse qui a glissé sur ces points. Ces deux matités réunies seront limitées par une ligne courbe à sa partie supérieure (matité de la matière fibrineuse), ligne qui devient horizontale en se prolongeant vers les parties latérales et inférieures (matité de la sérosité). » (1) []

Jusqu'à ces derniers temps on s'était surtout préoccupé de la *matité* de la pleurésie, et nullement de la *sonorité* des points que le poumon touche encore; [] depuis les recherches de Skoda, confirmées en partie par celles de M. Barth, et plus récemment par celles de M. N. Gueneau de Mussy (2), on a acquis la connaissance d'un certain nombre de faits nouveaux. Ainsi, au niveau même de l'épanchement, lorsque celui-ci est encore très-petit considérable (au début de la phlegmasie) on constate non pas de la matité, mais un son clair et même légèrement tympanique. Cela tient à ce que le poumon, très-peu refoulé par le liquide, est moins tendu et vibre mieux. Si l'on a donc occasion de pratiquer la percussion *tout à fait au début* de la pleurésie, on remarque une sonorité exagérée dans les points où quelques heures plus tard, avec les progrès de l'épanchement, on signalera de la matité.

Dans les épanchements pleurétiques, même considérables, le sommet de la poitrine reste généralement libre; néanmoins cette portion de poumon demeurée libre s'est rétractée en partie, grâce à son élasticité; elle est par conséquent moins tendue et vibre mieux; de là le son *tympanique* (skodique) que l'on constate dans ces cas à la percussion sous-claviculaire et qui contraste avec la matité absolue des régions inférieures.

Il est des cas où l'épanchement occupe littéralement toute une moitié du thorax, même les régions supérieures;

(1) Peter, *Leçons de clinique médicale*, t. II, p. 520. Paris, 1873.  
 (2) Gueneau de Mussy, *Clinique médicale*, leçon sur la *Tonalité des sons organiques*, t. I, p. 629. Paris, 1874.

dans ce cas, la percussion sous-claviculaire donne une matité complète, ou bien un son tympanique, mais à *timbre métallique* et simulant le *bruit de pot fêlé*. Ce dernier fait est rare; il tient à la compression du poumon qui permet à la percussion de faire vibrer la colonne d'air trachéo-bronchique. Il y a longtemps, du reste, que M. Bouillaud enseigne que le bruit de pot fêlé n'est pas un symptôme exclusif des cavernes pulmonaires et qu'il se rencontre dans certains cas de pleurésie. []

Dans l'**emphysème pulmonaire**, sonorité générale, exagérée, mais surtout forte au niveau des voussures. Toute la poitrine résonne comme un tambour, soit à la percussion superficielle, soit à la percussion profonde. Ici se produit la remarque de Skoda : on peut trouver une diminution de sonorité dans les points où l'air est accumulé en grande quantité et comprimé dans le poumon.

Les mêmes considérations s'appliquent au **pneumothorax** et à l'**hydropneumothorax**, et expliquent des faits, jusqu'ici embarrassants, qui s'étaient présentés à beaucoup d'observateurs. Dans ces cas, on entend tantôt un son exagéré, tympanique à un haut degré, quelquefois une absence presque complète de son, dans des points où il n'y a que de l'air dans la plèvre; le degré plus ou moins fort de tension que l'air subit suffit pour expliquer ces variations dans la matité.

#### § V. — Phénomènes fournis par l'auscultation.

Il ne saurait entrer dans notre plan de faire ici l'histoire complète de l'auscultation; cette science peut, à elle seule, fournir la matière d'un ouvrage, et nous ne voulons pas faire entrer un livre dans un autre livre. D'un autre côté, d'excellents traités ont été publiés sur cette matière, et nous ne pourrions que les reproduire. Nous avons cru devoir insister sur des faits moins étudiés; mais, arrivé à cette partie de notre tâche, nous nous bornons à des indications absolument sommaires et presque aphoristiques.

L'auscultation de la poitrine fait percevoir des modifications dans la respiration, la voix et la toux. Nous repro-

duisons presque exactement la division de l'ouvrage de MM. Barth et Roger (1).

[[Voici quelques détails, aussi sommaires que possible, sur le mécanisme et le mode de production des bruits pathologiques que nous révèle l'auscultation.

Nous avons vu plus haut (pag. 461), que le murmure vésiculaire était la résultante de deux bruits, l'un rude, soufflant, formé au niveau des cordes vocales, l'autre fin, excessivement doux, formé à l'embouchure des petites bronches dans les vésicules pulmonaires. Les maladies de l'appareil trachéo-pulmonaire ont pour résultat soit de renforcer, soit de diminuer l'un ou l'autre de ces bruits, soit de l'altérer par des bruits surajoutés.

Certaines maladies du parenchyme pulmonaire, en comblant les vésicules pulmonaires ou en les oblitérant (pneumonie, pleurésie) suppriment le bruit qui se produit au niveau de ces vésicules; la masse du parenchyme pulmonaire hépatisé ou splénisé conduit au contraire plus facilement le bruit qui se passe dans la trachée et les bronches; il en résulte que là où à l'état normal on percevait le murmure vésiculaire, on entend un bruit de *souffle bronchique*, plus ou moins *voilé* ou *rude* (tubaire), qui n'est autre chose que le souffle trachéal normal directement transmis à l'oreille de l'observateur.

Les vibrations de la voix, cessant pareillement d'être modifiées par le parenchyme spongieux du poumon, sont transmises telles qu'on les perçoit en auscultant la trachée ou les bronches (*retentissement vocal, bronchophonie*). Quelquefois la voix subit une modification de son timbre; elle devient chevrotante (*égophonie*). Ce signe, habituel dans la pleurésie avec épanchement, se constate aussi, quoique exceptionnellement, dans la pneumonie et les excavations tuberculeuses; l'explication physique rigoureuse en fait encore défaut.

Les mêmes altérations anatomiques qui font que la voix retentit rendent aussi la toux *retentissante*.

Lorsque les bronches d'un certain calibre s'abouchent directement dans une excavation d'un certain calibre (caverne, dilatation bronchique, cavité pleurale), le souffle, la

(1) MM. Barth et Roger, *Traité pratique d'auscultation*, 6<sup>e</sup> édition, 1863.

voix et la toux deviennent *caverneux*; dans certaines circonstances, l'appareil de résonance est encore plus parfait, et ces bruits prennent le timbre *métallique* ou *amphorique*.

Il est des cas où les voies aériennes sont obstruées par des mucosités et des produits de sécrétion qui, par leur collision avec l'air, donnent naissance à des bruits particuliers appelés *râles*. On les a distingués en *secs* et *humides*. Les premiers prennent naissance quand le dépôt de mucus est visqueux; les seconds quand l'air traverse un liquide très-fluide et produit des bulles. Les râles secs sont graves (*ronflants*) quand ils se passent dans les grosses bronches, ou aigus (*sibilants*) s'ils se produisent dans les bronches plus petites; les râles humides se distinguent d'après le volume des bulles qui les déterminent, volume que l'oreille apprécie facilement; c'est ainsi que l'on distingue des râles à grosses bulles (*gargouillement, râles muqueux*), à bulles moyennes (*râle sous-crépitant moyen*) et enfin à bulles fines (*râle sous-crépitant fin*). Tous ces râles s'entendent à l'inspiration et à l'expiration. Il est une variété très-importante de râle, intermédiaire entre les râles secs et les râles humides, c'est le *râle crépitant*, dont le type s'entend dans la pneumonie franche. Il n'est pas dû à la formation de bulles, mais au déplissement brusque des parois des vésicules agglutinées par une sécrétion visqueuse. Aussi ne se perçoit-il qu'à l'inspiration.

Les mouvements de la plèvre, silencieux à l'état normal, peuvent se trahir par un *bruit de frottement*, dû aux rugosités ou aux fausses membranes qui couvrent la séreuse; ces frottements, qui simulent quelquefois le râle sous-crépitant ou le ronchus grave, sont superficiels, s'entendent aux deux temps de la respiration et ne sont pas modifiés par la toux. ]]

La respiration peut être altérée dans son *intensité*, dans ses *caractères*, dans son *timbre*, ou remplacée par des *bruits anormaux*.

#### X. — ALTÉRATIONS DE RHYTHME, D'INTENSITÉ, DE CARACTÈRE ET DE TIMBRE DE LA RESPIRATION.

Quand une moitié des poumons ne respire pas, l'autre la supplée, et le murmure respiratoire augmente, s'exagère; il en résulte une respiration *puérile supplémentaire* ou *eva-*

*gérée*. Cette respiration est moelleuse comme dans l'état normal, et le rapport entre la durée de l'inspiration et celle de l'expiration est conservé. La respiration puérule n'annonce pas d'affection du point où elle se manifeste, mais elle indique qu'une autre partie de l'appareil pulmonaire est altérée.

La respiration est *faible* ou *nulle* dans la **pleurodynie**, la **pneumonie** commençante, les **épanchements pleurétiques considérables**, les **infiltrations tuberculeuses**, en un mot dans toutes maladies où le parenchyme pulmonaire cesse d'être perméable à l'air. Elle est faible également et comme *humée* dans l'**emphysème**, mais en même temps accompagnée d'expiration prolongée.

Nous avons indiqué la valeur de la respiration *fréquente* ou *rare*. L'*expiration prolongée* caractérise surtout l'**emphysème pulmonaire** et les **tubercules** à l'état de crudité.

La respiration peut prendre divers *caractères*.

Elle est *rude* quand elle a perdu son moelleux habituel. L'**emphysème**, la **bronchite commençante**, les **tubercules crus** lui donnent ce caractère.

Elle est *tubaire* quand elle ressemble à un *souffle* dans un tube métallique : il y a deux espèces de souffle : le souffle pur et le souffle voilé. Toutes les causes d'induration du parenchyme pulmonaire produisent ce souffle, et notamment : la **pneumonie**, les **tubercules**, l'**apoplexie pulmonaire**, et, en général, toutes les maladies avec épanchement de matières concrescibles dans le poumon. Le souffle existe, mais voilé, dans les **dilatations des bronches**. Selon M. Monneret, et contrairement à l'opinion généralement adoptée, le souffle bronchique est un symptôme très-fréquent de la **pleurésie**.

Quand la respiration semble se faire dans un espace creux, plus volumineux que les bronches, elle est dite *caverneuse*; cette espèce de murmure respiratoire indique une **dilatation des bronches**, une **caverne tuberculeuse** ou **gangréneuse**.

La respiration *amphorique* indique ou une très-large **caverne** ou un **pneumothorax**. Cependant il résulte des observations de MM. Barthez et Rilliet, que : 1° la respiration

caverneuse, la respiration amphorique et le gargouillement peuvent être perçus dans la pleurésie et en l'absence de toute excavation pulmonaire ; 2° et que ces bruits ne sont que le retentissement exagéré de ceux qui se produisent normalement dans la trachée et dans les grosses bronches (1). Ces observations ont été confirmées par M. le professeur Béhier (2).

#### XI. — ALTÉRATION DE LA RESPIRATION PAR DES BRUITS ANORMAUX.

On nomme *râles* les bruits anormaux qui se passent dans les bronches, et *frottements* ceux qui s'exécutent dans la plèvre.

Nous ne pouvons pas donner d'indications sur les caractères de ces bruits, et moins encore sur leurs divisions, leur nature, etc. ; nous serions, malgré nous, entraîné beaucoup plus loin que nous ne voudrions. Qu'il nous suffise d'indiquer en quelques mots la valeur que l'on doit attribuer à chacun d'eux.

*Rôle crépitant.* **Pneumonie** à la première période et dans la résolution; **bronchite capillaire**, **œdème du poumon**; quelquefois le frottement pleurétique simule ce bruit.

*Rôle sous-crépitant.* **Bronchite capillaire**, **œdème du poumon**, **bronchite**, **pneumonie** se terminant par une bronchite.

*Rôle muqueux.* **Bronchite**, **accumulation de liquides** dans les bronches, par suite de **bronchorrhée**, **d'apoplexie pulmonaire** et de **congestion passive** du poumon (comme dans les maladies du cœur).

*Rôle caverneux*, mélange de râle muqueux et de respiration caverneuse : **cavernes** de diverses origines, mais surtout tuberculeuses.

*Râles ronflants et sibilants* ou *vibrants* : sécrétion visqueuse des bronches. **Bronchite** à la première période, **emphysème**.

*Craquement.* **Tubercules** commençant à se ramollir, **adhérences sèches** de la plèvre.

*Tintement métallique.* **Cavernes** et **hydropneumothorax**.

(1) Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris, 1855.

(2) Béhier, *ibid.*, et *Conférence de clinique médicale, leçons faites à la Pitié*. Paris, 1864.

*Frottement pleurétique. Pleurésie en résolution.* On a attribué le frottement à l'emphysème, mais à tort.

XII. — ALTÉRATIONS DE LA VOIX ET DE LA TOUX.

*Bronchophonie* ou résonance de la voix, dans la **pneumonie** et toutes les **indurations pulmonaires**; *égophonie* dans les **épanchements moyens**, quelquefois dans la *pneumonie* ou dans des cas d'*excavation*. *Voix caverneuse* et *voix amphorique*, dans le cas d'**excavation** plus ou moins large des poumons ou d'**épanchement d'air** dans la plèvre, et quelquefois dans la **pleurésie**. Mêmes caractères pour la toux.

§ VI. — Signes fournis par la succussion.

Ce mode d'exploration ne donne qu'un seul signe, celui qu'on nomme *bruit de flot* ou de *fluctuation*.

XIII. — BRUIT DE FLUCTUATION THORACIQUE.

On produit ce phénomène en imprimant au tronc des mouvements brusques et en sens opposés. Le malade peut également le développer par les mouvements du corps. Le bruit qu'on entend ressemble au ballotement d'un liquide dans une bouteille qui contiendrait à la fois de l'air et de l'eau; il est assez difficile de percevoir ce phénomène à une grande distance; il faut presque toujours, pour l'entendre, approcher l'oreille à quelques centimètres de la poitrine. Le bruit a quelquefois un timbre aigu et sonore qui rappelle le son argentin du tintement métallique.

Ce phénomène exige, pour sa production, la présence de gaz et de liquides dans la cavité de la plèvre; il est donc pathognomonique de l'**hydropneumothorax**. On ne l'a jamais perçu dans le cas de cavernes. Il est bien entendu qu'on ne le confondra pas avec le bruit de gargouillement stomacal. (Voy. *Maladies de l'abdomen*.)

Nous avons parlé plus haut de la sensation de *flot* perçue par la main. (Voy. p. 440.)

ART. II. — SYMPTOMES FONCTIONNELS.

La *douleur*, la *dyspnée*, la *toux*, sont les principaux symptômes fonctionnels qu'on puisse observer dans les affections de poitrine. Il faut y ajouter l'étude des *matières expectorées* et celle de l'*air expiré*.

XIV. — DE LA DOULEUR.

La douleur est un symptôme commun à un grand nombre d'affections de poitrine, mais on peut tirer de son siège, de ses caractères, de son intensité, de sa durée enfin, des renseignements précieux pour le diagnostic.

*Caractères.* La douleur du thorax siège particulièrement le long du sternum, à l'épigastre, à la base de la poitrine, au dos, entre les épaules, ou enfin au-dessous et un peu en dehors du mamelon; celle-ci est la plus commune de toutes. Les malades la comparent à un déchirement, à une brûlure, à un point, à une contusion; quelquefois c'est un simple sentiment de pesanteur. Elle est permanente ou bien elle ne se montre que quand les malades font une grande respiration, ou qu'ils se livrent à des efforts pour parler, tousser, etc. D'autres fois la douleur ne se réveille qu'à la pression, ou que par le décubitus sur un des côtés de la poitrine.

L'invasion en est lente ou rapide, quelquefois instantanée. Tantôt elle augmente, tantôt elle diminue à partir du moment de l'invasion. Elle est ou n'est pas accompagnée de fièvre, de toux, d'expectoration.

Son point de départ est très-variable, ce qui explique les variétés qu'elle présente. Elle occupe, en effet, soit les parties molles des parois de la poitrine, soit les nerfs intercostaux, soit enfin le diaphragme ou la plèvre. Selon la très-judicieuse remarque de Récamier, le poumon, à cause de la nature des nerfs qu'il reçoit, ne saurait être aussi sensible que les autres parties que nous avons indiquées; de sorte que l'existence d'une douleur vive doit toujours faire penser que la plèvre ou les parois thoraciques sont affectées soit primitivement, soit consécutivement. Nous reviendrons sur ce fait.