

ceux dont l'explication est la plus obscure; 2° dans l'hydropneumothorax, avec fistule pulmonaire, établissant une communication entre la plèvre et les bronches; 3° dans les cas d'existence d'une vaste excavation pulmonaire, contenant du liquide et des gaz, et communiquant largement avec les tuyaux bronchiques.

D'après Laennec, le tintement métallique est un effet de la résonance de l'air agité à la surface du liquide épanché dans la plèvre, ou de la chute d'une goutte d'eau détachée du sommet de la cavité pleurale sur la couche de liquide amassé à la partie la plus déclive, lorsque le malade se met à son séant ou se lève debout. D'après Dance, au contraire, et pour Beau, le tintement métallique ne se produit que dans le cas de caverne communiquant avec la plèvre par une fistule pleurale, et lorsque le malade respire, tousse ou parle, l'air s'échappe à travers la fistule pulmonaire, en traversant le liquide épanché, pour se rendre à sa surface sous forme de bulles qui, en crevant, détermineraient ainsi le bruit métallique; il est nécessaire, dans ce cas, que l'orifice de la fistule pulmonaire, ou la communication bronchique avec la caverne remplie de pus très-liquide, soit située au-dessous de la surface du liquide. Dans le cas où la fistule pulmonaire existe au-dessus du liquide, on explique la production du tintement métallique par une bulle d'air déplaçant le mucus collé à l'orifice de la fistule. Enfin, d'autres observateurs ont pensé que le tintement n'est autre chose que la résonance d'un râle muqueux ou caverneux dans une caverne spacieuse à la faveur d'une communication établie entre cette cavité et les bronches.

Ce n'est pas le lieu, dans un traité de pathologie générale, de chercher à approfondir ces théories et d'apprécier ce qu'il peut y avoir de vrai dans chacune d'elles; mais, sauf l'explication de Laennec, qui est évidemment défectueuse, les autres rendent parfaitement compte du phénomène d'après l'application raisonnable des lois physiques, et doivent être acceptées. Ce qu'il importe surtout de faire connaître, c'est la signification pathologique de ce bruit anormal. Le tintement métallique net, fort, distinct, existant à la partie moyenne de la hauteur du thorax, dans une grande étendue, et coïncidant avec la respiration amphorique, indique un pneumothorax. Moins fort et moins distinct, limité au sommet, coïncidant avec la respiration cavernueuse ou le gargouillement (gros râle sous-crépitant), il indiquera plutôt une excavation pulmonaire. Quant à l'existence du pneumothorax simple, sans épanchement de liquide dans la cavité pleurale, il constitue un fait tellement rare, que, dans l'immense majorité des cas, ce n'est pas un pneumothorax, mais un hydropneumothorax qui révèle le tintement métallique.

SECTION XII

SIGNES FOURNIS PAR LA SUCCUSSION THORACIQUE.

Au moment où fut découverte l'auscultation, quelques-uns de ces hommes qui prétendent toujours tout trouver dans les anciens auteurs prétendirent que l'auscultation était connue d'Hippocrate, et exhumèrent un passage oublié de ses œuvres, dans lequel on vit en effet un phénomène important d'auscultation, in-

suffisant toutefois pour amoindrir la gloire de Laennec, puisqu'il resta démontré qu'Hippocrate n'en connaissait pas davantage. Ce phénomène le voici :

Si l'on applique l'oreille sur la poitrine d'un sujet atteint d'un épanchement liquide et gazeux dans la plèvre, et qu'en même temps une autre personne, saisissant le malade par les épaules, lui imprime de légères secousses, l'observateur entendra un bruit particulier semblable à une sorte de cliquetis produit par le choc d'un liquide, à celui, par exemple, que l'on détermine en agitant une carafe à demi remplie d'eau. La production de ce phénomène, appelé *Succussion hippocratique*, peut encore avoir lieu lorsque l'on recommande au malade de s'agiter un peu brusquement et d'imprimer lui-même à son corps quelques secousses. Le bruit peut être assez fort pour être perçu par des personnes autres que celle qui a l'oreille sur le thorax du sujet, et souvent le malade en accuse une sensation distincte.

Il est bien entendu que le phénomène produit par la succussion thoracique varie d'intensité, de timbre, suivant la quantité de liquide et de gaz contenue dans la poitrine et les proportions des fluides entre eux, enfin suivant la force des secousses imprimées au tronc.

Si l'on n'y portait pas une attention soutenue, il serait quelquefois possible de confondre ce bruit avec celui qui se produit dans l'estomac de certains sujets, lorsqu'il y existe à la fois et des gaz et des liquides. On sait que beaucoup de personnes, des femmes surtout, sont très-sujettes à ces sortes de gargouillements stomacaux ou intestinaux, qui augmentent notablement lorsque l'on agite un peu vivement le tronc. Il suffira, pour reconnaître la différence du siège, d'appliquer successivement l'oreille, pendant la production du bruit, sur la région de l'estomac et sur la poitrine.

La condition nécessaire à la production de la fluctuation thoracique est la présence simultanée, dans la cavité de la plèvre, d'une assez grande quantité de gaz et de liquide. Le bruit de fluctuation est déterminé par le choc du liquide contre les parois, et par la collision de ses molécules dans une atmosphère gazeuse.

A la rigueur, il se pourrait que le même bruit se produisît dans une vaste caverne pulmonaire à demi remplie de gaz et de liquides : mais ceci doit être excessivement rare, probablement en raison et de la position profonde de la caverne, environnée de toutes parts de tissu pulmonaire, mou et bien moins résistant que la cage thoracique, et du degré d'épaisseur du liquide, qui est toujours plus dense et plus visqueux que le liquide des épanchements pleuraux.

Le bruit de fluctuation produit par la succussion thoracique est donc, dans l'immense majorité des cas, toujours pourrait-on même affirmer, le signe d'un épanchement liquide et gazeux dans la plèvre, c'est-à-dire d'un *hydropneumothorax*, et si, comme il arrive presque constamment, il coïncide avec une respiration amphorique, il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'une perforation pulmonaire.

SECTION XIII

SIGNES FOURNIS PAR LE BRUIT DE VIBRATION MÉTALLIQUE OU SON D'AIRAIN.

La résonnance métallique du thorax ou bruit d'airain est un nouveau phénomène d'auscultation plessimétrique très-important pour le diagnostic du pneumothorax. Lorsque, chez un malade dont la plèvre renferme une grande quantité d'air, on ausculte en avant, tandis qu'une autre personne percute ou qu'on percute soi-même en arrière sur le plessimètre, l'oreille saisit à chaque coup un son de vibration métallique, ou *bruit d'airain*, comparable au bruit d'un petit sac rempli d'argent, ou mieux d'un ballon de caoutchouc rempli d'air et que l'on choque après l'avoir mis sur son oreille. C'est un phénomène qui résulte de la vibration de l'air dans un sac fortement distendu, et c'est un bon signe du pneumothorax. Il a été plus d'une fois constaté sur les malades. Je l'ai constaté moi-même et il se peut se joindre aux autres signes dont je viens de parler, et je ne doute pas que de nouvelles observations ne viennent confirmer son importance.

SECTION XIV

SIGNES FOURNIS PAR LA VIBRATION ET PAR LE RETENTISSEMENT DE LA VOIX.

Dans l'émission de la voix à l'état normal, il se produit deux sortes de phénomènes. Au dehors, elle retentit avec des différences de timbre, d'intensité, qui ne doivent pas m'occuper ici, mais elle retentit en même temps à l'intérieur de la poitrine ou sur ses parois, par les tuyaux bronchiques, et elle y détermine des vibrations sensibles sous la main et des bruits qui varient selon la région où l'on ausculte.

Le *retentissement de la voix sous l'oreille* varie suivant les régions que l'on ausculte : d'autant plus prononcé que l'on se rapproche davantage du larynx, d'autant plus faible qu'on s'éloigne des gros tuyaux bronchiques; il donne en général à l'oreille la même sensation dans les points correspondants des deux côtés de la poitrine, sauf peut-être au sommet du poumon droit, où il est plus fort, en raison du diamètre plus considérable de la bronche principale de ce côté.

Il varie également suivant l'ampleur de la poitrine et l'épaisseur des parois thoraciques; mais une des conditions qui contribuent le plus à modifier ce retentissement, c'est sans contredit la force et le timbre de la voix : plus le timbre de la voix est bas, plus le retentissement est marqué; il est presque nul chez les femmes et chez les sujets à voix haute et grêle.

Chez l'homme malade, les circonstances que nous venons d'examiner changent beaucoup, et, avec elles, les phénomènes que j'ai signalés. De plus, le retentissement de la voix engendre des bruits anormaux qu'il est indispensable d'étu-

dier. Ainsi je parlerai : 1° de la *vibration des côtes*, et 2° des bruits anormaux dus au retentissement de la voix, qui sont : la *bronchophonie*, l'*égophonie*, la *pectoriloquie*.

CHAPITRE PREMIER

DE LA VIBRATION DE LA VOIX A TRAVERS LES CÔTES.

Lorsqu'un malade parle, la vibration des côtes sous la main augmente lorsque le tissu du poumon est devenu, par le fait d'un état morbide, plus dense et moins perméable à l'air, et cela dans le point correspondant à l'altération matérielle. C'est un fait qu'on observe surtout dans la pneumonie, et que j'ai signalé comme utile au diagnostic de cette maladie et de la pleurésie chez les enfants. On l'observe également chez l'adulte. — La vibration thoracique cesse complètement dans la pleurésie, lorsqu'il s'est fait dans la poitrine un épanchement de liquide, qui empêche l'ébranlement de la voix d'être transmis aux parties solides du thorax. — Quant au retentissement de la voix perçu par l'oreille, il subit, chez l'homme malade, d'importantes modifications : il peut diminuer, cesser complètement, ou être remplacé par des bruits que je vais faire connaître et qui sont en rapport avec certains états morbides particuliers.

CHAPITRE II

DE LA BRONCHOPHONIE.

La bronchophonie est un bruit que Laennec a découvert par l'auscultation et qui est dû à une résonnance très-forte de la voix dans l'intérieur de la poitrine.

On distingue plusieurs espèces ou variétés de bronchophonie : tantôt c'est une simple exagération du bruit naturel de la voix ; d'autres fois, c'est une vibration nette, franche, sèche, semblable au bruit de l'air passant à travers un tube métallique; tantôt enfin, son timbre est aigre, comme chevrotant, c'est un mélange de bronchophonie et d'égophonie d'où la *broncho-égophonie*. Dans ces modifications, la voix est forte, superficielle, mais n'arrive cependant pas à l'oreille avec netteté, comme dans la pectoriloquie; elle est plus diffuse, et surtout se distingue de cette dernière par l'absence des bruits de la respiration et du râle caverneux. Le caractère particulier de chevrotement dans l'égophonie ne permet pas non plus de confondre l'égophonie avec la voix bronchique; il ne pourrait y avoir de doute que lorsque la voix bronchique prend le caractère broncho-égophonique dont j'ai parlé; mais alors la fixité du siège de la bronchophonie, qui reste toujours le même, tandis que celui de l'égophonie change suivant les positions du malade, permet encore d'établir une différence bien marquée.

Les points dans lesquels on entend le plus souvent la bronchophonie sont les

parties postérieures et latérales du thorax. Lorsqu'elle existe en avant, ce qui est loin d'être fréquent, c'est presque toujours sous la clavicule qu'il faut la chercher.

Enfin, son étendue est variable et dépend de celle de la lésion anatomique. Quelquefois elle se fait entendre dans un espace circonscrit et elle a des limites tranchées; d'autres fois cette résonnance va s'affaiblissant et se perd d'une manière insensible.

Le plus ordinairement la bronchophonie coïncide avec la respiration bronchique; déterminés par les mêmes lésions, ces deux phénomènes ont une signification pathologique semblable: ils annoncent un diamètre plus grand des bronches où ils se produisent, et une densité plus grande du parenchyme pulmonaire; altérations dépendant ou d'une dilatation des bronches, circonstance qui est la plus rare, ou d'une induration pulmonaire de nature tuberculeuse, apoplectique ou pneumonique. La première et la dernière de ces trois affections étant les plus communes, il s'ensuit que la bronchophonie est un des signes presque pathognomoniques de la congestion pulmonaire chronique de la tuberculisation commençante, d'une pneumonie aiguë parvenue à la seconde ou à la troisième période, ou enfin d'une pneumonie chronique. La marche de la maladie, le lieu où l'on entend la bronchophonie, la coexistence des autres symptômes suffisent le plus souvent pour permettre d'éviter toute erreur. Nous renvoyons, pour de plus amples détails, à ce que nous avons dit de la respiration bronchique.

Il arrive quelquefois que l'on entend la bronchophonie dans des cas de pleurésie avec épanchement; mais alors elle n'est pas aussi franche et aussi nette que lorsqu'il y a hépatisation pulmonaire. Elle prend le caractère chevrotant de broncho-égophonie que j'ai indiqué plus haut; de plus, elle dure moins longtemps, paraît moins superficielle que dans la pneumonie; enfin il peut arriver qu'elle se déplace lorsque l'on fait changer de position au malade, le liquide tendant toujours à rester dans les points les plus déclives; mais ces cas sont si rares, et si chez un sujet dans la poitrine duquel on a constaté un épanchement on entend la bronchophonie forte et rapprochée de l'oreille, on sera en droit de conclure à l'existence d'une induration pulmonaire, en même temps qu'à celle d'une pleurésie, c'est-à-dire à une pleuro-pneumonie.

CHAPITRE III

DE L'ÉGOPHONIE.

Le phénomène découvert par Laennec et auquel il a donné le nom d'égophonie consiste en une résonnance particulière de la voix, d'un timbre assez aigre, tremblotante, saccadée, qui n'est pas sans quelque analogie avec le bêlement d'une chèvre, ou que l'on comparerait plus justement encore avec la voix de polichinelle, telle que les bateleurs la produisent en mettant entre les dents un jeton, ou le petit instrument appelé *pratique*.

L'égophonie varie d'intensité et quelquefois aussi de caractère, suivant les points où elle se fait entendre; dans le voisinage des grosses bronches, par

exemple, il s'y joint un retentissement remarquable. Il peut arriver que l'égophonie accompagne la voix elle-même au moment où elle se produit; c'est le cas le plus ordinaire. Cependant il peut arriver aussi qu'elle soit distincte de l'articulation des sons, et que l'on entende, en deux temps, la résonnance vocale et le retentissement égophonique; enfin il est des circonstances où le chevrottement vient à la suite du son articulé comme un véritable écho. J'ai dit, en parlant de la bronchophonie, qu'elle est très-superficielle et semble se produire sous l'oreille même ou sous le stéthoscope. L'égophonie est toujours assez éloignée et paraît être assez profonde; c'est là un des caractères dont il faudra tenir compte dans les cas douteux où il sera difficile d'établir un diagnostic différentiel. J'ai indiqué, il n'y a qu'un instant, le moyen de reconnaître les cas où les deux modifications de la voix se trouvent réunies et se combinent ensemble pour constituer la broncho-égophonie. Cette variété, que l'expérience seule apprend à reconnaître, est au moins aussi commune, sinon plus, que l'égophonie pure.

L'égophonie a son lieu d'élection à la partie postérieure et moyenne de la poitrine, dans la région de la fosse sous-épineuse, quelquefois un peu plus bas. Il est assez rare de l'entendre en avant et sur les côtés; cependant, comme bien d'autres observateurs, je l'ai constatée en avant et en haut, presque sous la clavicule. — L'étendue dans laquelle on la constate le plus ordinairement est assez limitée; ce n'est guère que dans un espace de 10 à 12 centimètres carrés; et l'on peut dire sans crainte de se tromper, que, dans presque tous les cas où elle est plus étendue, c'est près de l'angle inférieur de l'omoplate qu'elle a son maximum d'intensité. — La position du malade qui est la plus favorable à sa production est la position assise; mais il arrive quelquefois qu'en faisant changer le malade de position, le siège de l'égophonie varie, ce dont rend très-bien compte la tendance qu'a le liquide contenu dans la plèvre de se porter toujours vers les points les plus déclives, lorsqu'il n'y a pas d'adhérences qui s'opposent à son déplacement. Cette variation dans le lieu de production de l'égophonie est un signe qui permet de la différencier des autres altérations de la résonnance de la voix, la bronchophonie ou la pectoriloquie, qui ne se déplacent jamais.

L'existence de l'égophonie coïncide toujours avec la respiration ou souffle bronchique, et avec l'absence du murmure vésiculaire et de la vibration vocale perceptible à la main, appliquée sur les parois de la poitrine. Il n'est pas fréquent de l'observer des deux côtés. Le temps pendant lequel on entend de l'égophonie est ordinairement assez court; il varie de trois à six ou sept jours au plus; quelquefois, après sa disparition, pendant un espace plus ou moins long, elle reparaît vers la fin de la maladie. Cette réapparition tient à la circonstance suivante: pour que l'égophonie se produise, il est nécessaire que l'épanchement ne soit pas extrêmement considérable; elle existe donc au début de l'affection, alors que la quantité de liquide est médiocre; si l'épanchement devient très-abondant, elle cesse d'avoir lieu; mais, lorsque le liquide diminue par suite de sa résorption partielle, les conditions de résonnance redevenant les mêmes qu'au commencement de la pleurésie, le chevrottement reparaît pour cesser définitivement lorsque tout le liquide a disparu.

Laennec expliquait l'égophonie par l'aplatissement des tuyaux bronchiques

comprimés par un épanchement de liquide dans la cavité de la plèvre, et par l'agitation de la surface du liquide déterminée par les vibrations sonores. Il pensait, et cette hypothèse, fort plausible, a été admise par les auteurs qui se sont occupés d'auscultation, que cet aplatissement des bronches les faisait ressembler à des instruments à anche, basson ou hautbois, dans lesquels le son est toujours empreint d'un certain caractère de chevrotement.

De tout ce que nous venons de dire, il résulte que la signification pathologique de l'égophonie est des plus simples. Elle annonce constamment la présence d'une certaine quantité de liquide dans la plèvre, et sa valeur est d'autant plus grande que le phénomène est plus manifeste. Presque toujours, c'est à la pleurésie aiguë qu'il faut rattacher cet épanchement, le chevrotement de la voix étant plus rare dans la pleurésie chronique et dans ce que l'on est convenu d'appeler l'hydrothorax.

Cependant de l'absence du phénomène il ne faudrait pas conclure absolument à la non-existence de l'épanchement pleurétique; si le liquide est très-abondant et comprime entièrement le poumon, l'égophonie ne se produit pas; de même, si l'épanchement est limité par des adhérences ou des fausses membranes, elle manquera de même. Si son existence est un signe positif certain, sa non-existence n'est pas un signe négatif absolu.

Si la modification de la voix se rapproche de la bronchophonie, ou se mélange avec elle, cette broncho-égophonie sera l'indice d'une pleuropneumonie, au diagnostic de laquelle viendra aider une réaction fébrile très-intense, toujours plus forte dans la pneumonie franche que dans la pleurésie simple. La coexistence de quelques bulles, de râle crépitant, ne ferait que confirmer la pensée de cette complication.

Enfin, rappelons que, dans quelques cas rares, on a constaté l'existence de l'égophonie chez des sujets affectés de péricardite avec épanchement; mais ce sont là de ces exceptions que l'on doit signaler pour être complet, et auxquelles il faudrait se garder d'accorder une valeur trop grande.

N'oublions pas de dire, avant de terminer ce qui a trait à l'égophonie, que, chez quelques individus, et surtout chez des vieilles femmes, dont la voix a naturellement un timbre chevrotant, on pourrait quelquefois croire à l'existence d'une égophonie qui, en réalité, n'existe pas. Cette circonstance a été probablement une des raisons qui ont porté Chomel à dire qu'il ne saurait accorder à l'égophonie toute l'importance que Laennec lui attribue, ni la considérer comme pathognomonique d'un épanchement dans la plèvre. Barth et Roger ont fait remarquer que, dans ces cas, l'auscultation comparative de la résonance vocale des deux côtés suffira pour éviter toute erreur. S'il existe d'un seul côté, le chevrotement est pathologique; s'il est perçu des deux côtés également, avec conservation de la sonorité normale, c'est un phénomène naturel.

CHAPITRE IV

DE LA PECTORILOQUIE.

La pectoriloquie découverte par Laennec est une résonance non plus de la voix, mais de la parole elle-même, c'est-à-dire une transmission directe du son

articulé qui semble sortir de la poitrine et passer dans l'oreille ou dans le tube du stéthoscope. C'est avec cet instrument qu'on l'apprécie le plus distinctement; cependant avec un peu d'habitude, on parvient, avec l'oreille, à la reconnaître aussi facilement que les autres bruits de la voix.

Laennec a dû admettre trois sortes de pectoriloquie: « l'une parfaite, caractérisée par la transmission évidente de la voix à travers le stéthoscope, par l'exacte circonscription du phénomène et des signes que la toux, le râle et la respiration donnent en même temps. »

Les deux autres espèces, la pectoriloquie imparfaite et la pectoriloquie douteuse, consistent seulement dans la transmission du son, non plus de la parole articulée, et ont plus ou moins de rapport avec la bronchophonie, de laquelle elles ne se distinguent que par des signes accessoires tirés de l'état général, de la marche de la maladie, du siège, etc. Cependant on parviendra le plus souvent à distinguer ces deux ordres de phénomènes l'un de l'autre en réfléchissant que dans la bronchophonie le retentissement est plus éclatant que dans la pectoriloquie, qu'il est aussi moins circonscrit, tandis que dans cette dernière on limite facilement le champ de production du phénomène, lequel est plus local et borné en quelque sorte au point du poumon correspondant à l'altération anatomique.

Pour que la pectoriloquie se produise, il faut qu'il existe dans le poumon une cavité de grandeur moyenne, dont les parois soient suffisamment denses, qui soit complètement vide, qui communique librement avec un ou plusieurs rameaux bronchiques, ne soit pas trop profondément située dans l'épaisseur du parenchyme; enfin il est nécessaire que la partie correspondante à la caverne soit adhérente aux côtés. De plus, il faut que le malade ait encore assez de force pour pouvoir parler à haute voix; la pectoriloquie ne se produira pas dans ces cas de phthisie laryngée où la voix est éteinte, non plus que chez ces sujets tellement épuisés par la maladie qu'ils ne s'expriment plus qu'à voix basse.

Les conditions qui s'opposent à la production de la pectoriloquie sont les circonstances tout à fait opposées aux précédentes. Si l'excavation pulmonaire est trop petite, le renforcement de la voix sera à peine sensible; si elle est trop grande, au contraire, et que les parois en soient flasques, molles, ou si elle est centrale, et si les communications avec les bronches sont obstruées, il ne pourra y avoir de voix caverneuse.

Le siège principal de la pectoriloquie est la partie supérieure et antérieure de la poitrine; cependant elle peut s'entendre dans tous les points où le poumon est creusé d'une caverne dans les conditions que nous avons indiquées.

La pectoriloquie peut disparaître momentanément, lorsque la cavité se remplit de mucus, lorsqu'elle en contient seulement une certaine quantité, et lorsque les communications bronchiques avec la caverne sont oblitérées par quelque muco-sité visqueuse et tenace. Il suffit alors de quelques efforts de toux et d'une expectoration qui débarrasse les bronches et vide l'excavation pulmonaire pour faire reparaitre la voix caverneuse.

La pectoriloquie est toujours accompagnée de souffle caverneux ou de râle muqueux à grosses bulles, et de gargouillement; elle indique toujours l'existence d'une cavité creusée dans le tissu pulmonaire, par la fonte de masses

tuberculeuses ramollies, ou par une destruction gangréneuse du parenchyme. Il serait à la rigueur possible de la rencontrer dans des cavités qui auraient succédé à des foyers apoplectiques purulents ; mais ceci est beaucoup plus rare, et jamais, dans ces cas, le retentissement de la voix n'est aussi fort que dans les cavernes de la tuberculisation pulmonaire.

En résumé, on peut conclure, et sans aucun danger de se tromper, que la pectoriloquie est le signe pathognomonique des excavations tuberculeuses ou autres du poumon.

RÉSUMÉ DES SIGNES FOURNIS PAR L'AUSCULTATION DES BRUITS RESPIRATOIRES ET DE LA VOIX.

Après avoir indiqué les signes découverts par Laennec dans les bruits respiratoires et qui forment une partie importante de son auscultation, je vais en donner le résumé dans un tableau synoptique. Le médecin aura ainsi sous les yeux l'ensemble des phénomènes fournis à la séméiotique du poumon par la recherche des bruits respiratoires normaux et anormaux.

Altération du bruit respiratoire.	} altération de la force du bruit	respiration augmentée.
		— diminuée.
} altération de timbre dans le bruit respiratoire.	} expiration prolongée.	— nulle.
		respiration rude.
} altération de timbre dans le bruit respiratoire.	} — soufflante ou bronchique.	— caverneuse.
		— amphorique.
Altération du bruit respiratoire par des bruits anormaux.	} rales secs	ronflant.
		sibilant.
} rales humides ou bulleux	} crépitant.	sous-crépitant.
		muqueux.
} rales humides ou bulleux	} gargouillement.	craquement.
		tintement métallique.
} rales humides ou bulleux	} frottement pleural.	déplissement.
		frottement pleural.
Altération du bruit de la voix	} voix bronchique ou broncophonie.	voix chevrotante ou égophonie.
		voix de polichinelle ou pectoriloquie.
} voix bronchique ou broncophonie.	} voix soufflante ou amphorique.	voix métallique d'airain.
		voix métallique d'airain.
Altération du bruit de la voix	} voix métallique bronchique.	— caverneuse.
		— amphorique.

SECTION XV

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR LA PERCUSSION DE LA POITRINE.

De même que l'auscultation, la percussion de la poitrine fournit des symptômes de la plus haute importance et que je vais successivement examiner dans les différents points où ils se produisent, en cherchant à déterminer leur signification au point de vue du diagnostic des maladies des poumons et du cœur. J'ai précédemment exposé les règles auxquelles on doit se conformer pour percuter convenablement, et je n'y reviendrai pas ; mais j'ai besoin, avant d'étudier l'état pathologique, de jeter un coup d'œil rapide sur les phénomènes que l'on découvre dans la poitrine au moyen du procédé opératoire découvert par Avenbrugger.

CHAPITRE PREMIER

PERCUSSION DES POUMONS A L'ÉTAT NORMAL.

Il est des auteurs qui ont cru nécessaire de diviser la poitrine en un nombre considérable de régions, pour mieux apprécier les modifications de résonnance que produit la percussion dans chacune d'elles. A mon avis, ces divisions et subdivisions (on n'a pas distingué moins de quinze régions dont douze sont doubles) sont complètement inutiles, et nous pensons qu'il est plus simple, prenant successivement le thorax en avant, en arrière et latéralement, de décrire brièvement les résultats de la percussion de la partie supérieure à la partie inférieure de chaque côté.

Résonnance normale des côtes et des parois de la poitrine. — La définition de la résonnance type de la poitrine est chose assez difficile. Cette résonnance consiste en un son clair, particulier, auquel Piorry a donné le nom de son *pulmonal*, et que l'on ne pourra parvenir à reconnaître que par l'habitude, par une expérience souvent répétée, soit sur le cadavre, soit, ce qui est préférable, sur des individus sains.

On devra tout d'abord tenir compte des degrés divers d'épaisseur des parois thoraciques, qui modifient considérablement l'intensité de la résonnance, laquelle, on le comprend facilement, sera loin d'être la même chez des enfants, chez des sujets maigres, ou des individus d'un embonpoint considérable.

A gauche, le son est clair, au-dessus, au niveau et au-dessous de la clavicule, jusqu'à la quatrième côte ; il devient obscur au niveau des mamelles et dans la région précordiale ; il redevient clair au niveau de la septième côte, et là se confond avec la résonnance tympanique que donne la grosse extrémité de l'estomac. A droite, la résonnance est forte depuis le haut du thorax jusqu'en bas, au niveau de la sixième ou de la septième côte ; à partir de ce point, il fait place à la matité de plus en plus complète que donne le foie.

En avant, au milieu, dans la région sternale, on trouve un son clair supérieure-