

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.
Altération du bruit de la voix	} voix bronchique ou broncophonie.	déplissement.
		voix chevrotante ou égophonie.
} voix de polichinelle ou pectoriloquie.	} voix soufflante ou amphorique.	frottement pleural.
		voix métallique d'airain.
Altération du bruit de la voix	} voix métallique bronchique.	voix métallique bronchique.
		— caverneuse.
} voix métallique bronchique.	} — amphorique.	— 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-

ment, qui va en s'obscurcissant de la troisième côte à l'appendice xiphoïde, à cause de la présence des gros vaisseaux et du cœur.

De chaque côté, dans la région de l'aisselle, sonorité pulmonaire bien claire, depuis le creux axillaire jusqu'à la sixième ou la septième côte, inférieurement.

En arrière, enfin, on constate une sonorité bien franche, depuis le haut jusqu'en bas, dans la région interscapulaire. Mais cette sonorité cesse tout à fait, au niveau de la deuxième ou de la troisième fausse côte. En s'écartant un peu en dehors de cette région, de chaque côté, on trouve dans la région sus-épineuse, une résonance très-médiocre, qui s'explique très-bien par l'épaisseur des masses charnues qui recouvrent le thorax en ce point; cette résonance est plus grande dans la région sous-épineuse, où les muscles sont moins épais, et enfin, au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate, la résonance pulmonaire reparait aussi claire et aussi franche qu'elle peut l'être dans tout autre point. A 8 ou 10 centimètres au-dessous de l'omoplate, la matité reparait de nouveau; à droite en effet est le bord supérieur du foie, et à gauche le bord de la rate. On observe, en général, que la matité remonte plus haut à droite qu'à gauche, le foie refoulant assez souvent le diaphragme, même dans l'état le plus parfait de santé. Cette disposition est surtout prononcée chez les femmes, chez lesquelles l'usage du corset fait prendre au foie une configuration et une position tout à fait anormales, bien qu'elles soient compatibles avec l'état de santé. A gauche, au contraire, il peut arriver que la matité de la rate soit remplacée par un son plus ou moins tympanique, dépendant du rapprochement de l'estomac près de la paroi postérieure du tronc.

J'ai dit que chez les sujets maigres, secs, chez les enfants, la résonance, envisagée au point de vue général, était plus forte, l'épaisseur des parois étant moins grande. Généralement aussi, plus la poitrine est large, plus la résonance est forte, en raison de l'ampleur des organes respiratoires. Chez les rachitiques, chez les sujets dont la poitrine est bombée en avant, elle est ordinairement plus faible, parce qu'en raison de la déformation de la poitrine l'expansion pulmonaire ne peut se faire d'une manière bien complète, et parce que souvent les os n'ont pas conservé leur consistance normale ou se sont notablement épaissis.

Élasticité des parois thoraciques. — Il est enfin un dernier phénomène relatif à l'état normal, et que fait apprécier la percussion, je veux parler de l'*élasticité thoracique*. Lorsque, dans l'état de santé, on pratique la percussion médiate sur le doigt, on perçoit une résistance élastique des parois du thorax. Cette résistance élastique est toujours notablement augmentée par la présence dans la cage thoracique de fluides gazeux, par un emphysème pulmonaire, une bronchite accompagnée de râle sibilant, une vaste caverne vide. Au contraire, s'il y a dans la plèvre un épanchement de sang, de pus ou de sérosité, s'il y a des fausses membranes ou des adhérences, une induration du tissu pulmonaire, cette résistance élastique diminuera et pourra même disparaître complètement. Ce signe ne doit, du reste, être considéré que comme accessoire, et venir seulement en aide à l'observateur dans les cas où pourraient subsister quelques doutes.

CHAPITRE II

PERCUSSION DES POUMONS MALADES.

Dans l'état de maladie des poumons, le son que rend le thorax par la percussion peut se rapporter à quatre types principaux. Il peut rester *naturel*, être *diminué*, être *augmenté*, être *modifié dans son timbre*.

1° *Son naturel.* — Lorsque dans l'état de maladie des poumons le son de la poitrine reste *naturel*, cette circonstance indique que les modifications de structure développées dans l'appareil pulmonaire (parenchyme ou séreuse) sont de peu d'importance. — Une vive douleur de côté, par exemple, analogue à celle que fait éprouver l'inflammation aiguë de la plèvre, et qui au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures ne s'accompagne d'aucune matité, d'aucune diminution de la résonance, sera un signe non pas d'une pleurésie, mais d'une pleurodynie rhumatique ou d'une névralgie intercostale.

S'il existe d'autres phénomènes qui ne puissent laisser aucun doute sur l'existence d'une affection pulmonaire, et que cependant la résonance de la poitrine à la percussion soit aussi complète qu'à l'état normal, on sera conduit, par voie d'exclusion, à admettre qu'il n'y a qu'une simple inflammation bronchique. Cependant, il est des cas où le parenchyme lui-même est enflammé, où il ne peut rester aucun doute sur l'existence d'un point pneumonique, d'après la nature des crachats, d'après la violence de la réaction fébrile, et où cependant la résonance thoracique est aussi complète que pendant l'état de santé. Dans cette circonstance, on devra conclure que le point pneumonique est tout à fait central, entouré de cellules aériennes intactes, et qu'il est peu étendu. Par la même raison, la persistance de la résonance thoracique est fréquente dans la pneumonie lobulaire et on la retrouve dans les cas de tuberculisation pulmonaire, lorsque les tubercules sont peu nombreux et disséminés.

2° *Diminution du son de la poitrine.* — La *diminution de résonance* des parois de la poitrine peut présenter de nombreuses variétés, depuis un simple obscurcissement jusqu'à la matité absolue.

L'obscurcissement du son, lorsqu'il ne dépend pas d'un état physiologique, et que l'épaisseur des parois thoraciques, l'embonpoint excessif du sujet (et alors on reconnaît qu'il ne dépend pas d'un état de maladie parce qu'il existe des deux côtés également), est lié à un état morbide, soit des parois thoraciques, soit de la plèvre, soit des poumons. Une certaine tension des parois, leur infiltration œdémateuse, un abcès développé dans leur épaisseur, peuvent donner lieu à cette diminution de la résonance thoracique.

Plus ordinairement l'obscurité du son tient à des lésions anatomiques profondes. Dans la phlegmasie de la plèvre, lorsqu'il s'est fait dans la cavité séreuse un épanchement encore peu considérable, ou, à une époque plus avancée, lorsque des fausses membranes tapissent les deux feuillets de la séreuse, ou enfin lorsque, après la résorption de l'épanchement, le poumon longtemps comprimé n'a plus assez

d'élasticité pour reprendre son volume normal, on constate une diminution de la résonnance thoracique pouvant aller jusqu'à de la matité. Dans tous ces cas, le siège de la matité est la partie inférieure de la poitrine. — Dans l'hydrothorax simple, elle se déplace lorsque l'on fait changer de position au malade.

Dans la pneumonie à son début, dans l'engouement hypostatique de la fièvre typhoïde, dans la phthisie, dans l'apoplexie et dans l'œdème du poumon, on constate encore une obscurité du son, qui alors est fixe, mais ne présente aucun caractère particulier qui puisse servir au diagnostic différentiel. Cependant on observera que dans la plupart des affections que nous venons d'indiquer, sauf la congestion pulmonaire chronique et la phthisie pulmonaire tuberculeuse, c'est à la base postérieure des poumons que l'on rencontre ce phénomène, tandis que, dans la tuberculisation pulmonaire, c'est ordinairement au sommet et principalement sous les clavicules que le son a diminué de clarté et d'intensité.

Matité. — A un degré plus considérable, il n'y a plus seulement obscurité, mais disparition complète de la résonnance; c'est ce que l'on nomme la *matité*; le bruit que l'on perçoit est alors semblable à celui que produit la percussion de la cuisse (*tanquam percussi femoris*).

La matité peut varier dans son étendue et dans son siège. Elle est le signe, soit d'une induration considérable du tissu du poumon, résultant d'une pneumonie au second ou au troisième degré, ou d'une tuberculisation avancée; soit de l'existence d'un abondant épanchement du liquide dans la plèvre, sérum, sang ou pus; soit enfin du développement de tumeurs dans les parois du thorax ou dans la plèvre. Les deux derniers cas sont les plus rares, et la palpation comme aussi les autres procédés d'exploration deviennent nécessaires pour assurer le diagnostic.

Quant au diagnostic de l'induration du parenchyme pulmonaire et de l'épanchement liquide dans la cavité pleurale, sans être toujours facile, il est assez souvent possible. Dans l'induration pulmonaire, la matité est fixe, quelle que soit la position du malade; elle est ordinairement moins complète, occupe rarement tout un côté de la poitrine; elle est plus marquée sur un point, tout autour duquel elle va en diminuant, à mesure que l'on s'en éloigne. — Quand elle résulte d'une hépatisation pneumonique, elle est ordinairement bornée à un seul côté, ou du moins beaucoup plus prononcée d'un côté que de l'autre, plus fréquente aussi en bas ou au milieu qu'en haut. — Tient-elle à la tuberculisation? elle est presque toujours bornée au sommet, et elle va en diminuant d'intensité à mesure que l'on se rapproche de la base, à moins qu'elle ne soit compliquée d'épanchement, comme il arrive dans certains cas de pleurésie tuberculeuse.

Si la matité trouve sa raison d'être dans un épanchement, elle est ordinairement plus complète, à son maximum d'intensité en bas du poumon et diminue peu à peu à mesure que l'on se rapproche du sommet, à moins que l'on n'ait affaire à un épanchement occupant toute la hauteur du thorax, ce qui n'est pas très-commun. Si l'épanchement occupe la plèvre gauche, il peut donner lieu, quand il est considérable, à un refoulement du cœur à droite, et l'on constate la matité dans une région beaucoup plus étendue de ce côté que dans l'état normal. De plus, dans les cas d'épanchement séreux, il est souvent possible, et ceci est pathognomonique, de faire changer la matité de place et d'étendue en faisant varier

l'attitude du sujet. Le déplacement du liquide est beaucoup plus commun dans l'hydrothorax, où nulle fausse membrane ni adhérence ne gêne les mouvements du sérum, que dans la pleurésie, qui s'accompagne ordinairement de la formation de l'une ou de l'autre de ces altérations anatomiques.

3° *Augmentation de résonnance des parois thoraciques.* — Les cas dans lesquels il y a *augmentation de sonorité* sont plus rares que les précédents. Là aussi on observe plusieurs nuances, ce que l'on a appelé le *son clair* et le *son tympanique*.

Le *son clair* n'est autre chose que le son normal un peu exagéré, et conservant le caractère de la résonnance naturelle; il peut être plus ou moins étendu: lorsqu'il occupe toute la poitrine, en conservant les divers degrés d'intensité relative qui ont été signalés précédemment lorsque nous avons décrit les résultats de la percussion à l'état normal, il n'est en général que le signe d'un amaigrissement général; cependant il peut être aussi déterminé par un emphysème des parois thoraciques, mais alors il se reconnaît facilement à la tuméfaction des parties molles et à la crépitation qu'elles font entendre sous la pression du doigt. Limité au point où existe une tumeur molle, élastique des parois thoraciques, c'est le signe d'une hernie du poumon. Mais l'affection dont il est le plus ordinairement le symptôme est l'emphysème pulmonaire.

Dans ce cas, il peut être étendu à toute la poitrine; mais il est rare qu'il n'y ait pas quelque point où il soit plus marqué que dans d'autres, au niveau par exemple des cartilages costaux. Le plus ordinairement aussi la poitrine est modifiée dans sa forme, plus bombée; les espaces intercostaux sont saillants, et par contre les clavicules paraissent presque déprimées. Si l'emphysème n'est que partiel, la sonorité exagérée coïncide habituellement avec une voussure plus fréquente à la partie antérieure que partout ailleurs.

Si l'emphysème est considérable, la matité précordiale et normale disparaît presque entièrement, le cœur se trouvant alors recouvert par le bord antérieur du poumon gauche; la limite inférieure du son mat descend alors plus bas que dans l'état normal, par suite de l'abaissement du diaphragme.

Il arrive quelquefois que l'on constate un son clair au niveau d'une grande excavation pulmonaire tuberculeuse; mais c'est une exception, et il faut, pour qu'il en soit ainsi, que les cavernes soient spacieuses, complètement vides de liquides, et en même temps que le tissu environnant soit resté souple, sans la moindre induration. Ce phénomène ne se rencontre jamais que dans le sommet du poumon.

On serait assez porté à croire, à priori, qu'il doit y avoir augmentation de sonorité dans la dilatation des bronches. C'est tout le contraire que l'on observe, cette lésion étant le plus ordinairement accompagnée d'une sorte de condensation du parenchyme pulmonaire.

Enfin on doit à Skoda deux observations assez importantes confirmant des faits déjà connus. La première, c'est que, dans quelques cas d'emphysème pulmonaire généralisé, excessif et accompagné d'une forte tension des parois thoraciques, le son, au lieu d'être exagéré, peut paraître moins intense qu'à l'état normal; l'auscultation suffit pour faire reconnaître cette exception à la loi commune.

La seconde, c'est que, dans la plupart des cas d'épanchement pleurétique un peu abondant, il y a *exagération de la résonance, son tympanique* au-dessus du niveau du liquide; dans cette circonstance, le son clair a son siège au-dessous de la clavicule, et quelquefois dans toute la partie latérale antérieure de la poitrine. Plus bas et en arrière il y a toujours une matité d'autant plus grande que l'on percute plus inférieurement. Chez un malade observé par Landouzy, le son tympanique existait dans une pleurésie chronique datant de six mois, avec rétrécissement du thorax et sans épanchement. Pareil phénomène se rencontre quelquefois dans la pneumonie, au-dessus des parties hépatisées dans la région du thorax correspondant au tissu pulmonaire resté sain, dans la tuberculose pulmonaire, dans quelques cas de bronchite, etc. Cette observation dont on a fait beaucoup de bruit, et que l'on a voulu caractériser par le nom de *bruit skodique*, n'a pas, comme on le voit, de signification précise; et d'ailleurs, si c'est une découverte, tout l'honneur en revient non à Skoda, mais à Avenbrugger qui a dit: *Verum si media pars aqua repleta fuerit, revocabitur resonantia major in illa parte quam aquosus humor non occupaverit*. Mais si le côté n'est rempli d'eau qu'à moitié, on obtiendra un son plus fort dans la partie du poumon que ne touche pas l'humour aqueuse (1).

Le son *tympanique* ressemble tout à fait à celui que rend l'hypochondre gauche, lorsque l'on percute sur la région de l'estomac distendu par des gaz. Il ne se fait guère entendre dans la percussion du thorax que lorsqu'il existe un épanchement gazeux dans la plèvre, quelle qu'en ait été la cause. Son intensité est en général proportionnée à la quantité de gaz épanché. Il n'est pas d'ordinaire fort étendu, parce que le phénomène ne survient que chez des sujets phthisiques et dont les poumons ont contracté des adhérences dans une grande partie de leur surface.

4° *Modifications de timbre dans le son que donne la percussion.* — Assez souvent le son est modifié dans son timbre, et à cette modification se rattachent le son *hydro-aérique* et le *bruit de pot fêlé*.

Son hydro-aérique. — On constate souvent un son clair et creux, circonscrit, au sommet du poumon, et dépendant d'une caverne superficielle, fort vaste et remplie d'air. Dans les cas où il se rencontre à la fois dans la caverne de l'air et des liquides, ce bruit prend souvent un timbre particulier; on le désigne sous le nom de *bruit hydro-aérique*.

Bruit de pot fêlé. — D'autres fois, et ceci est beaucoup plus fréquent, on produit dans ces circonstances un son clair accompagné d'un petit claquement sec, analogue à celui que donnerait par la percussion du doigt un vase fêlé, d'où le nom de *bruit de pot fêlé*. Ce phénomène ne se manifeste que lorsque le malade tient la bouche ouverte pendant qu'on pratique la percussion, et il indique presque toujours l'existence d'une caverne pulmonaire, tuberculeuse, vaste, superficielle et contenant des gaz et des liquides.

Un médecin anglais, Richard Cotton, a fait de nombreuses recherches sur les circonstances qui favorisent la production de ce bruit. Suivant ce praticien, la

(1) Avenbrugger, 1808, page 374.

valeur diagnostique du bruit de pot fêlé a été appréciée de diverses façons: les uns le regardent comme un signe certain d'une cavité pulmonaire, d'autres le rattachent à des états pathologiques très-différents entre eux; quelques-uns enfin révoquent en doute la signification pathologique.

Pour obtenir le son de pot fêlé, il faut faire ouvrir la bouche du malade et lui faire tourner la figure du côté de l'observateur. En effet, des malades chez lesquels existe le bruit de pot fêlé ne le présentent plus à d'autres examens, parce qu'ils tournaient la figure du côté opposé à l'observateur.

Souvent le bruit de pot fêlé, très-sensible et très-évident au premier choc de percussion, disparaît après un ou deux chocs du doigt: quelquefois, au contraire, on ne l'obtient pas du premier coup; quoi qu'il en soit, le bruit de pot fêlé vrai donne toujours une sensation de vide, unie à un tintement métallique plus ou moins vibrant.

Mais il existe une modification du son donné par la percussion, qui se rapproche beaucoup du bruit de pot fêlé, et que l'on nomme *son de bois*; il faut une oreille bien exercée pour le distinguer du bruit de pot fêlé, et alors il s'en distingue aux caractères suivants: la percussion prolongée ou répétée n'altère en rien et ne fait jamais disparaître le *son de bois*; il est plus dur, plus résistant, moins vibrant et jamais métallique; enfin, on l'obtient également la bouche étant ouverte ou fermée.

Les conditions pathologiques qui donnent lieu à ce *son de bois*, qui simule le bruit de pot fêlé, sont un épaississement partiel du tissu pulmonaire, ou de la plèvre. Le bruit de pot fêlé, au contraire, indique toujours certainement l'existence d'une cavité pulmonaire.

Cotton affirme avoir rencontré plusieurs fois, chez de jeunes enfants parfaitement portants, le bruit de pot fêlé, entièrement semblable à celui que donne une large excavation pulmonaire. J'ai eu l'occasion très-souvent de constater un pareil phénomène. C'est sur les enfants de cinq à six ans que ce bruit de pot fêlé se faisait entendre, la bouche étant largement ouverte; si, au contraire, la bouche était fermée, le son devenait résistant, vibrant, comme du bois. Le bruit de pot fêlé se rencontre souvent, enfin, chez de jeunes enfants atteints de bronchite chronique, d'emphysèmes ou de tubercules pulmonaires au premier degré, les portions de poumon tuberculisées étant entourées de tissu sain, mais probablement hypertrophié.

En résumé:

1° Le véritable bruit de pot fêlé est, chez l'adulte, un signe certain d'excavation pulmonaire.

2° On le rencontre souvent chez des enfants bien portants, ou chez de jeunes sujets atteints de bronchite chronique ou d'emphysème. On le trouve quelquefois aussi chez de jeunes enfants atteints de phthisie au premier degré.

3° On le confond facilement et souvent avec un autre son donné par la percussion, et qui indique des états pathologiques très-différents (1).

(1) Cotton, *The Lancet*, avril 1857.

SECTION XVI

SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC DES MALADIES DES ORGANES CIRCULATOIRES PAR LA PERCUSSION DU CŒUR ET DES GROS VAISSEAUX.

A l'état normal, on constate dans la région précordiale une matité dont l'étendue et les caractères sont excessivement variables, suivant les individus. Chez les uns, le cœur est très-superficiel, et une partie du péricarde se trouve en contact direct avec les parois thoraciques; chez d'autres, il en est séparé par une lame du poumon gauche, qui le recouvre plus ou moins complètement. Il en résulte de grandes différences dans l'étendue de la matité. Cependant, si l'on cherche à établir une moyenne entre toutes les dimensions qui se rencontrent le plus habituellement, on est conduit à admettre que la matité normale de la région précordiale est de 4 à 5 centimètres carrés, depuis la quatrième côte jusqu'à la sixième; le maximum de l'obscurité du son est au centre de ce carré; il va en diminuant de chaque côté et se confond avec la résonance du poumon; en bas, elle se perd dans la résonance stomacale; quelquefois, en bas et à droite, elle se continue avec le lobe gauche du foie. (Voyez page 1061 la figure 247.) Une percussion plus forte et plus profonde fait reconnaître que l'étendue réelle de la matité précordiale est plus considérable que celle que nous venons d'indiquer.

La présence des gros vaisseaux à la base du cœur modifie légèrement la résonance sternale.

Il y a une autre manière de percuter le cœur et que l'on doit au docteur Baccelli de Rome (1). Ce médecin ayant constaté que le cœur forme une espèce de triangle curviligne équilatéral dont l'un des bords est couché sur le diaphragme, mesure alors la ligne de matité horizontale du cœur. — Ayant marqué la longueur de la ligne transversale du cœur couchée sur le diaphragme, il prend cette longueur à l'aide d'un compas et de l'une et l'autre extrémité il décrit deux arcs de cercle du côté du mamelon, lesquels se croisent en un point. Il réunit ce point aux deux extrémités de la ligne fixée par la percussion, et il a, dit-il, le triangle équilatéral dans lequel se trouve le cœur. — Cela fait, par des calculs analogues, en joignant l'angle gauche du triangle à l'épaule droite et l'angle droit à l'épaule gauche, il prétend séparer les cavités gauches des cavités droites, mais cela me paraît très-hypothétique, et je préfère seulement les résultats de la première méthode de mensuration du cœur.

A l'état pathologique, on constate des phénomènes de matité qui sont en rapport avec la nature et l'étendue des altérations anatomiques développées dans le cœur et dans le poumon gauche, dans les gros vaisseaux ou dans le médiastin; mais ces phénomènes sont loin de suffire la plupart du temps pour permettre de porter un diagnostic précis.

La résonance est exagérée dans la région précordiale, lorsqu'il y a un état emphysémateux du bord interne du poumon qui recouvre la face antérieure du

(1) Voyez *Gazette hebdomadaire*, année 1868, p. 321.

péricarde. Il est excessivement rare que cette résonance anormale dépende de la présence de gaz dans le péricarde, et le pneumopéricarde est une altération tout exceptionnelle.

Le plus souvent, lorsque l'organe central de la circulation est malade, il y a augmentation de l'étendue et du timbre de la matité. Cette augmentation de matité est liée, ou à la présence de caillots volumineux dans les cavités du cœur, ou à une hypertrophie de l'organe lui-même, ou à la présence d'un épanchement de liquide dans le péricarde. Quelques différences dans la manière dont s'établit la matité et dans sa forme permettent de distinguer l'hydropéricarde de l'hypertrophie du cœur. Dans l'hydropéricarde, la matité augmente d'étendue bien plus rapidement que dans l'hypertrophie; si l'épanchement est très-abondant, la matité forme un triangle tronqué dont la base touche au diaphragme, et quelquefois le niveau supérieur de la matité pourra changer suivant la position du malade, devenant plus bas, si le malade est assis ou debout; dans ce dernier cas aussi, le diamètre transversal l'emportera sur le diamètre vertical.

Suivant Corvisart, Piorry, Cammaz et Clarck, il serait possible de reconnaître par la percussion les dilatations du cœur avec amincissement ou avec épaissement des parois, les altérations isolées de telle ou telle cavité; mais ce sont des états particuliers pour le diagnostic desquels la percussion ne fournira que des données approximatives, et qui ne pourront jamais être reconnues à peu près certainement qu'à l'aide de l'auscultation.

Quant aux gros vaisseaux, une matité anormale de la région sternale supérieure pourra, jointe à l'auscultation, faire reconnaître l'existence d'une dilatation anévrysmatique de l'aorte ascendante ou d'un véritable anévrysme; mais, seule, elle ne suffirait point, car il est plus d'une affection qui pourrait donner lieu à cette matité, parmi elles nous citerons l'augmentation de volume et la tumeur des ganglions bronchiques, les abcès du médiastin, etc.

LIVRE SIXIÈME

DES SIGNES FOURNIS AU DIAGNOSTIC PAR L'EXAMEN DE L'APPAREIL DIGESTIF.

SECTION PREMIÈRE

SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DES LÈVRES.

L'état des lèvres présente de l'intérêt et peut devenir un signe diagnostique d'une valeur réelle, mais il faut remarquer qu'il est impossible de l'isoler complètement des autres phénomènes morbides.