

que, sont évidemment de nature très variable. L'émotion seule, telle que la provoque un examen médical, suffit dans bien des cas pour déranger le rythme du pouls. L'irrégularité et l'allorythmie du pouls sont fréquentes dans les lésions cardiaques de tous genres, notamment dans les lésions vasculaires lorsqu'il y a asystolie. Parfois, il s'agit également de maladies du système nerveux central ou d'altérations du pneumogastrique. On observe encore ces caractères du pouls dans les pyrexies, et plus spécialement un peu avant ou un peu après la crise, chez les anémiques et pendant la convalescence. Une irritation intense de la peau, telle que celle produite par les bains froids, peut rendre le pouls irrégulier, de même que certains poisons, le café, le thé ou le tabac, par exemple. Enfin, l'irrégularité du pouls peut encore être engendrée par de la gêne de la respiration, le simple arrêt des mouvements respiratoires et les phénomènes d'invololution propres à la sénilité.

Il est évident que tous ces cas ne reconnaissent pas la même pathogénie ; il s'agit tantôt de troubles de l'innervation centrale, tantôt de désordres de l'innervation périphérique.

## CHAPITRE IV

### EXAMEN DES ORGANES DE LA RESPIRATION

#### Remarques anatomiques.

Dans l'examen des organes respiratoires, on a recours à l'inspection, à la palpation, à la percussion et à l'auscultation. Tout examen de malade qui omet l'une de ces diverses méthodes d'investigation, est incomplet et par cela même sujet aux plus grossières erreurs de diagnostic. On fera bien également d'employer ces divers moyens d'exploration dans l'ordre où nous venons de les énumérer. Cette recommandation a sa valeur, parce que chacun d'eux peut fournir des indices très importants pour l'examen qui vient après, et qu'on peut arriver ainsi plus rapidement et plus sûrement à établir le diagnostic.

Pour obtenir des résultats certains dans l'exploration, non seulement des organes respiratoires, mais de tous les organes thoraciques et abdominaux, il faut que celui qui explore possède un certain nombre de connaissances d'anatomie clinique. Le praticien dépourvu de ces notions est plus embarrassé encore que le chirurgien qui entreprend une opération dans la profondeur sans avoir le moindre soupçon du trajet des vaisseaux et des nerfs les plus importants. Car tandis que ce dernier ne peut, avec un peu d'attention, laisser échapper l'artère mise à nu et animée de battements, ainsi que le tronc nerveux facilement reconnu à sa brillante couleur nacréée, le médecin n'a à sa disposition aucun de ces points de repère.

Tout d'abord, il faut bien se convaincre que l'anatomie du chirurgien et celle du médecin sont essentiellement différentes l'une de l'autre, et cette différence peut s'exprimer mathématiquement d'une manière aussi facile que précise. Au chirurgien, l'anatomie réelle, stéréométrique ; au médecin au contraire l'anatomie superficielle, géométrique. Tout organe sous sa forme naturelle présente de l'intérêt pour le premier ; le second s'occupe spécialement des figures de projection que fournissent à la superficie du thorax et de la cavité abdominale les divers organes qui y sont contenus. Cela tient à ce qu'avec les procédés d'exploration dont dispose le médecin, il ne peut pénétrer qu'à une médiocre profondeur, et que les parties seules des organes deviennent accessibles à l'investigation qui sont situées immédiatement au-dessous des parois thoraciques et abdominales, ou qui n'en sont séparées que par une très mince couche de tissu.

Pour ne pas se perdre dans l'étendue de surface qu'occupe la périphérie

extérieure des poumons, on fera bien de prendre pour points de repère certaines cavités ou saillies naturelles, ou encore certaines lignes bien déterminées. Les surfaces pulmonaires ne sont évidemment pas liées aux limites anatomiques du thorax, car tandis que le poumon se termine en bas à de notables distances au-dessus du bord inférieur du thorax, son sommet dépasse l'ouverture supérieure de la cage thoracique et atteint la région inférieure du cou.

La région qui correspond à la surface antérieure des poumons présente comme départements naturels la fosse ou creux sus-claviculaire, la région sous-claviculaire et les espaces intercostaux.

La fosse ou creux sus-claviculaire est importante parce qu'elle représente l'espace où est logée la face antérieure du sommet du poumon. Elle a la forme d'un triangle limité en bas par la clavicule, en dedans par le bord externe du sterno-cléido-mastoïdien et en dehors par le bord externe du trapèze. E. Seitz a montré qu'en cet endroit on peut déterminer par la percussion la présence du point le plus élevé du sommet du poumon à 3-5 cent. au-dessus de la clavicule.

Le creux sous-claviculaire est borné en haut par la clavicule, en dehors par le bord antérieur du deltoïde et en bas par le bord inférieur du grand pectoral. Sa partie supéro-externe présente une dépression tout à fait particulière que l'on désigne sous le nom de *dépression de Mohrenheim*. Cette dépression, d'une forme à peu près triangulaire, est limitée en bas par la réunion des bords correspondants des muscles deltoïde et grand pectoral et en haut par le tiers moyen de la clavicule, qui, en ce point, est absolument dépourvue de muscles. Chez beaucoup d'individus le bord inférieur du grand pectoral forme une saillie très appréciable sous la peau, de sorte qu'immédiatement au-dessous, et en rapport exact avec sa direction, l'on constate un sillon plus ou moins prononcé. Ce sillon porte le nom de *sillon de Sibson* et est surtout très marqué chez les hommes fortement musclés, dont la peau est pauvre en tissu adipeux. Un pannicule graisseux extrêmement développé peut le masquer complètement. Ce fait et la prééminence marquée des seins expliquent pourquoi ou ne rencontre pas ce sillon chez les femmes.

Pour la détermination des *espaces intercostaux*, on s'en tiendra à ce que Fr. Conradi appelle, d'après le clinicien français Louis, l'*arête de Louis*. Cet angle correspond au point de réunion du manubrium et du corps du sternum : ce point offre, chez l'individu maigre, l'aspect d'un bourrelet passant transversalement sur le sternum, visible sous la peau, et qui, chez tous les sujets, se présente sous la forme d'une barre transversale à voussure antérieure, que l'on sent facilement et nettement à travers les téguments. Lorsqu'on embrasse l'arête de Louis avec l'indicateur et le médius et qu'on la suit de dedans en dehors, ces doigts circonscrivent, des deux côtés, la deuxième côte au-dessus et au-dessous de laquelle se trouve naturellement le premier et le deuxième espace intercostal. La manière la plus facile de compter de haut en bas les côtes, et par conséquent les espaces intercostaux, consiste à prendre chaque côte entre le pouce et l'index, en sui-

vant une ligne verticale que l'on suppose passer par le mamelon (ligne mammaire). Les débutants sont enclins à compter les côtes en suivant le sternum. Un coup d'œil rapide sur le squelette montre l'insuffisance de ce procédé, parce qu'à cet endroit les cartilages costaux, surtout les inférieurs, se succèdent à si peu de distance et sont reliés entre eux d'une façon si intime par des ligaments, que la délimitation exacte en devient difficile et incertaine.

En prenant comme point de départ la première côte, on ferait preuve de peu d'expérience ; car la plupart du temps cet os est situé profondément et caché par la clavicule, de telle façon qu'il est à peine possible de l'atteindre avec les doigts.

Les *lignes thoraciques* destinées à la localisation des foyers morbides et tirées artificiellement le long de chacune des moitiés antérieures de la cage thoracique, ont pour point de départ la ligne médiane. Cette ligne médiane est censée passer verticalement par le milieu de l'os sternal. À côté d'elle, on trouve la ligne sternale qui longe les bords droit et gauche du sternum. Plus en dehors on rencontre la ligne parasternale droite et gauche, qui est perpendiculaire au milieu d'une ligne reliant le bord sternal au mamelon. À son extrémité supérieure, cette ligne divise la clavicule à la limite du tiers interne avec le tiers moyen. La ligne mammaire est celle qui, partant de la clavicule, se dirige verticalement en bas en passant par le mamelon. Elle correspond, au niveau de la clavicule, à la réunion du tiers moyen avec le tiers externe. La limite extrême de la moitié antérieure du thorax est constituée par la ligne axillaire antérieure. Cette ligne est figurée par une verticale tracée à partir du bord inférieur du grand pectoral, à l'endroit où commence la paroi latérale de la cage thoracique (fig. 40).

La ligne mammaire exige une remarque spéciale. On sait que le sein offre chez les femmes, et notamment chez les femmes d'un certain âge qui ont eu des enfants, une facilité considérable de déplacement et de déviation. Ce fait aurait pour conséquence des variations de position très prononcées de la ligne mammaire et partant de la ligne parasternale. Aussi est-il nécessaire de bien déterminer la situation normale du mamelon. D'après les recherches de Luschka, qui concordent d'ailleurs avec les mensurations de Momberger, le mamelon, chez l'homme, se trouve le plus souvent entre la 4<sup>e</sup> et la 5<sup>e</sup> côte, à environ 10 centim. de la ligne sternale. Quelquefois il est situé sur la 5<sup>e</sup> ou la 4<sup>e</sup> côte ; très rarement dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal. Chez la femme au contraire, la distance moyenne entre la ligne sternale et la ligne mammaire est un peu plus forte, 11 centim. et, de plus, le mamelon est situé le plus souvent au-devant de la 5<sup>e</sup> côte. Cette distance, il est vrai, n'est pas toujours la même des deux côtés et le mamelon droit notamment se trouve rejeté fréquemment d'un centimètre en dehors. Assez souvent, le mamelon de ce côté est également plus élevé de 0,5 à 1 centim. que celui du côté gauche. Dans les cas douteux, on peut prendre pour guide le point de réunion du tiers externe avec le tiers moyen de la clavicule ; la verticale partant de ce point sera la ligne mammaire vraie.

Les *surfaces latérales du poumon* s'identifient avec les parois latérales du thorax, et sont situées entre les lignes axillaires antérieure et postérieure. La ligne axillaire antérieure descend du bord inférieur du grand pectoral, verticalement, le long de la paroi latérale du thorax, tandis que la postérieure prend naissance au bord inférieur du grand dorsal et suit une direction parallèle à sa congénère. L'espace compris entre ces deux lignes est divisé en deux moitiés, l'une antérieure et l'autre postérieure par une ligne parallèle aux deux premières et appelée ligne axillaire moyenne. Pour la mensuration des hauteurs, on a recours aux espaces intercostaux, dont la numération se fait en recherchant les côtes à leur face antérieure et en

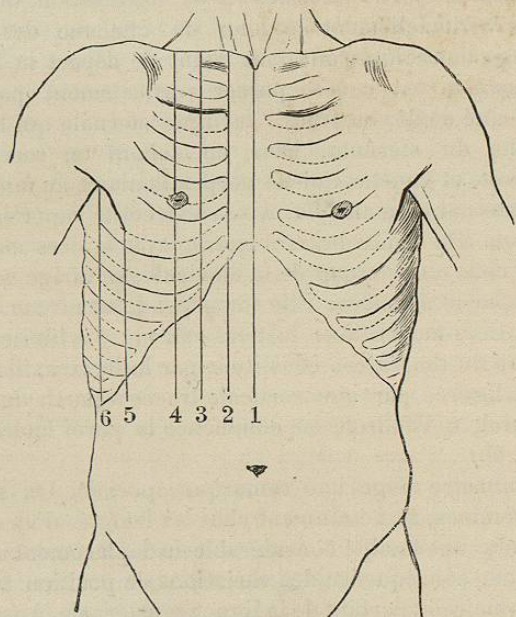


FIG. 40. — Partie antérieure du thorax avec les lignes thoraciques.

1. Ligne médiane. — 2. Ligne sternale. — 3. Ligne parasternale. — 4. Ligne mammaire. — 5. Ligne axillaire antérieure. — 6. Ligne axillaire médiane.

suivant leur direction, avec le pouce et l'index, jusque dans la région latérale de la cage thoracique.

Pour se retrouver à la *face postérieure pneumo-thoracique*, on prend pour point de repère l'omoplate. En raison de sa grande mobilité, il est nécessaire de lui assigner une position déterminée et cette position est celle qu'elle occupe lorsque les bras pendent verticalement le long du corps. En ce cas, l'espace recouvert par le scapulum est limité en haut par le premier espace intercostal et descend en bas jusqu'au niveau de la septième, quelquefois de la huitième côte.

Comme points de repère naturels et excellents pour la localisation, nous

avons, à la face postérieure du thorax, les fosses sus et sous-épineuses, les espaces sus, inter et sous-scapulaires.

Les limites des *fosses sus et sous-épineuses* n'ont pas besoin d'une description détaillée, car elles coïncident avec les limites anatomiques bien connues de ces parties.

L'*espace sus-scapulaire* mérite une considération spéciale parce qu'il loge la surface postérieure des sommets pulmonaires. Il est peu étendu et comprend à peu près la portion du premier espace intercostal situé immédiatement à côté du rachis. Son point le plus élevé atteint le niveau de l'apophyse épineuse de la 7<sup>e</sup> vertèbre cervicale qui, en raison de sa saillie prononcée, se sent facilement si elle ne se voit pas et qui porte pour ce motif le nom de vertèbre proéminente. En bas, l'espace sus-scapulaire est limité par le bord supérieur de l'omoplate et son prolongement vers le rachis; en dedans, par la colonne vertébrale et, en dehors, par le bord externe du trapèze.

L'*espace interscapulaire* est constitué par la région qui s'étend entre les bords internes de chaque omoplate. La largeur varie suivant le niveau; sa plus grande étroitesse correspond à la partie supérieure, sa plus grande largeur à la partie inférieure. A ce dernier endroit, au niveau de l'angle du scapulum, la distance entre la ligne vertébrale et le bord interne de l'omoplate est d'environ 9 cent. chez l'adulte.

L'*espace sous-scapulaire* comprend toute la surface du thorax située au-dessous de l'omoplate. En haut, une ligne horizontale passant par l'angle de l'omoplate, en bas le bord inférieur du thorax, le rachis en dedans et la ligne axillaire postérieure en dehors, constituent ses limites. La ligne scapulaire, qui est représentée par une verticale passant par l'angle du scapulum, partage cet espace en deux moitiés interne et externe.

Pour la détermination de la hauteur, on se sert, à la partie postérieure de la poitrine, des apophyses épineuses des vertèbres. Le point de départ de la numération est formé par la septième cervicale. Parfois ce n'est pas une seule, mais trois apophyses épineuses qui proéminent; dans ces cas ce sera toujours celle du milieu qui correspondra à la septième cervicale ou vertèbre proéminente.

Si l'on s'est donné la peine de dessiner sur le vivant les espaces et lignes dont nous venons de parler, on se convaincra aisément que grâce à eux on peut arriver à une localisation des plus exactes, et que l'intelligence des descriptions s'en trouve considérablement facilitée.

#### 1. — Inspection des organes respiratoires.

Les organes respiratoires étant renfermés dans la poitrine, l'inspection ne peut évidemment fournir à leur égard que des résultats indirects. L'expérience nous apprend que telle ou telle affection du parenchyme pulmonaire, des bronches ou de la plèvre, se manifeste par des signes extérieurs déterminés, ce qui permet de conclure de l'apparition de ces derniers à l'existence des premières. Pour la poitrine, l'inspection permet d'étudier : la

forme du thorax, les mouvements respiratoires, et la fréquence de la respiration (1).

A. — Valeur diagnostique de la forme du thorax.

Les expériences physiologiques prouvent déjà à elles seules qu'il existe un certain rapport entre la forme du thorax et l'état du parenchyme pulmonaire. On sait, en effet, que les poumons occupent les deux moitiés de la cage thoracique sans interposition d'air et que par conséquent ils suivent toute modification respiratoire de cette cage elle-même. Lorsqu'on incise un espace intercostal, l'air atmosphérique pénètre dans la cavité pleurale ; im-

(1) Nous croyons, avec Barth et Roger, que l'inspection de la poitrine doit comprendre aussi l'inspection des téguments thoraciques. L'examen de la peau peut donner en effet des résultats qui ne sont pas à négliger.

La peau de la région sternale, mate et lisse chez les individus sains, est luisante, grasse, et souvent couverte de pustules d'acné chez les arthritiques ; elle est flasque, mince, et d'une teinte jaune paille, chez les cancéreux ; dans la phtisie avancée, elle est sèche, squameuse et pulvérulente, et parfois elle présente les taches irrégulières couleur café au lait, du pityriasis versicolor, d'où l'ongle détache facilement une mince pellicule épidermique. La partie latérale du thorax, gauche ou droite, est le siège de prédilection du zona, et c'est par l'inspection que l'on reconnaît aussitôt la cause d'un point de côté simulant une pleurodynie ou une pleurésie. Un léger œdème de la peau, limité à un seul côté, est presque toujours l'indice d'une suppuration profonde ; quand il se manifeste chez un pleurétique, il doit faire supposer que l'épanchement a subi la transformation purulente (Barth et Roger).

On devra aussi rechercher les vergetures du thorax sur lesquelles Thaon, Gimbert, Gilbert, Troisier et Ménétrier ont récemment appelé l'attention. Elles siègent d'ordinaire à la partie postéro-inférieure du thorax, et sont parallèles aux espaces intercostaux. Elles s'observent chez les adolescents, au cours de la pneumonie franche, de la pneumonie tuberculeuse, de la phtisie vulgaire, du pneumothorax. Elles sont situées sur le thorax du côté opposé à la lésion, et sont l'effet d'une distension exagérée de la peau et de l'éraillure mécanique de ses parties profondes, particulièrement de la rupture des fibres élastiques (Troisier et Ménétrier). Gilbert explique leur production comme il suit : « L'on peut supposer que l'âge jeune prédispose aux vergetures parce qu'il comporte une vulnérabilité très grande de la peau et une dilatabilité extrême de la cage thoracique. L'on doit admettre que les affections pulmonaires et pleuro-pulmonaires, les occasionnent et les localisent sur le côté sain du thorax, parce qu'elles immobilisent le côté qu'elles frappent, parce qu'elles entraînent une diminution du champ respiratoire, et conséquemment un jeu compensateur du côté sain » (Archives générales de médecine, 1887).

Enfin, on ne devra jamais négliger l'inspection et la palpation combinées de la région sus-claviculaire, en vue de rechercher l'adénopathie sus-claviculaire. Celle-ci est parfois d'un précieux secours pour le diagnostic. Elle est surtout un signe de cancer thoracique (poumon, œsophage) ou abdominal (estomac, duodénum, pancréas, foie, rein, capsules surrénales, utérus, ovaire). L'adénopathie sus-claviculaire, signe d'un cancer latent de l'abdomen, particulièrement de l'estomac, a été signalée par Hensch, Charcot, et récemment étudiée par Jaccoud, Troisier et Belin. Dans ces cas l'adénopathie est formée par des ganglions mobiles, durs, bosselés, indolores, sans réaction inflammatoire, et elle siège surtout à gauche. En dehors du cancer, on peut observer l'adénopathie sus-claviculaire dans la phtisie, la lymphadénie, la syphilis. Mais en général, ces causes d'adénopathie sont facilement reconnues au lit du malade.

médiatement le poumon s'affaisse. Ce fait montre que les poumons se trouvent distendus dans le thorax au delà de leur état d'équilibre et que partout ils exercent, sur la face externe du thorax, une aspiration continue de dehors en dedans, aspiration dont la valeur a été déterminée récemment par Donders et Perls à l'aide du manomètre. Donc les changements d'élasticité du tissu pulmonaire ou, ce qui revient au même, les changements dans la force de traction qui agit incessamment sur la face interne du thorax s'accompagnent de changements dans la forme de la poitrine. Citons comme exemple l'emphysème pulmonaire, où la diminution d'élasticité du poumon amène nécessairement une dilatation du thorax. Au contraire, toute diminution de volume du poumon provoquera une diminution d'amplitude du thorax aux points correspondants, parce qu'autrement il existerait entre la surface pulmonaire et la paroi interne du thorax un espace vide d'air.

Dans d'autres cas, ce sont des affections de la plèvre qui donnent naissance à des modifications de forme du thorax. Il est clair que l'accumulation de liquide dans la cavité pleurale ne peut se réaliser que par le refoulement du poumon en dedans et du thorax en dehors. L'épanchement gazeux intrapleural produira les mêmes effets, parce qu'alors la force de traction du poumon est amoindrie sinon supprimée.

Il est enfin un troisième groupe de déformations thoraciques qui sont engendrées par altérations primitives du squelette. Il s'agit tantôt d'anomalies congénitales, tantôt de difformités acquises à la suite de maladies constitutionnelles. Comme les poumons s'adaptent à toutes les déviations de forme de la cage thoracique, on comprend facilement que ces dernières ne demeurent pas sans réaction sur l'intégrité et l'aptitude fonctionnelle du tissu pulmonaire. W. A. Freund a assigné à ces déviations une importance tout à fait exceptionnelle, en essayant de démontrer par une série d'observations fort minutieuses que, pour beaucoup de cas, et notamment pour les cas héréditaires de tuberculose et d'emphysème pulmonaire, c'était la déformation du squelette thoracique qui était le fait primitif, et la lésion pulmonaire seulement le fait secondaire.

Au point de vue étiologique, on pourrait d'une façon superficielle diviser les diverses formes du thorax en formes pulmonaire, pleurale et constitutionnelle. Mais en pratique cette division n'est pas possible pour tous les cas ; pour les influences constitutionnelles notamment, les opinions sont tellement divergentes que la première chose à faire, c'est d'abandonner le principe d'une division étiologique. En outre, dans certains cas d'anomalie de forme du thorax, il faut, ainsi que nous le verrons dans les chapitres qui vont suivre, faire entrer en ligne de compte le cœur, les organes logés dans le médiastin, et enfin le foie ou la rate.

Dans l'examen de la forme de la poitrine, il importe de veiller à une bonne position et à un bon éclairage du malade. S'agit-il d'explorer la partie antérieure, le malade se couchera dans le décubitus dorsal ; quant à l'exploration des parties latérale et postérieure, elle exige la position assise sinon la station debout. Il faudra éviter à tout prix le moindre déplacement artificiel engendré soit par une mauvaise position, soit par une négligence dans

la tenue du corps. La lumière devra être vive et tomber directement sur la poitrine. Tout éclairage maladroitement disposé, toute ombre inégalement répartie sur la surface à examiner, expose à des erreurs et à de fausses conclusions. L'explorateur lui-même devra toujours se placer bien en face de la poitrine à explorer, parce qu'avec un éclairage latéral et oblique, l'un des côtés du thorax peut paraître facilement de dimensions moindres que son congénère.

L'inspection doit toujours porter également sur des régions symétriques, parce qu'ainsi l'œil apercevra nettement les difformités les moins apparentes. Celui qui, à force d'examiner avec beaucoup de soin, possède une grande habileté dans l'inspection de la poitrine, trouvera dans son regard exercé un instrument que rien ne peut remplacer, pas même les appareils de mensuration les plus fins et les plus exacts.

Le squelette thoracique présente l'aspect d'un cône aplati devant et derrière, à sommet tronqué, et à large base. Cet aspect est modifié par l'adjonction des parties molles de telle façon que c'est précisément la partie supérieure du cône thoracique qui, grâce aux nombreux muscles qui la garnissent, acquiert le plus grand développement. L'aplatissement des faces antérieure et postérieure persiste quand même, il est vrai, de sorte qu'à la section transversale le thorax ressemble à un haricot, dont le hile regarde en arrière, la colonne vertébrale correspondant à la portion la plus concave de ce hile. Immédiatement au-dessous des clavicules la face antérieure de la poitrine commence à présenter une voussure, et cette voussure atteint son maximum à peu près au niveau du mamelon. En arrière, on ne sera pas étonné de trouver une légère déviation de la colonne vertébrale vers la droite, déviation qui atteint la partie supérieure de la colonne dorsale et est en rapport avec l'usage prédominant de la main droite; chez les droitiers en effet la musculature du côté droit l'emporte sur celle du côté gauche.

Toute anomalie de forme du thorax se manifeste par des dilatations, des rétrécissements, ou des combinaisons irrégulières de ces deux modifications. Nous avons donc à distinguer la forme ectasique, la forme rétractée et la forme irrégulière du thorax. Il s'y rattache une série de subdivisions selon que les difformités atteignent les deux, ou l'un des côtés, ou encore certaines régions circonscrites de la poitrine.

#### Thorax ectasique ou dilaté.

L'emphysème pulmonaire est l'affection où l'on observe le plus fréquemment l'ectasie bilatérale du thorax. Un thorax ainsi dilaté porte encore le nom de thorax inspiratoire permanent ou en tonneau (fig. 41). Il est caractérisé par l'augmentation de dimension de tous ses diamètres, mais surtout du diamètre sterno-vertébral. En même temps, toutes ses faces paraissent plus arrondies, et sa coupe transversale se rapproche de la forme circulaire. Cette déformation est due à une plus forte voussure du sternum

en avant, à une augmentation de courbure d'avant en arrière de la colonne vertébrale et à un arrondissement plus prononcé des côtes sur la totalité de leur trajet. Les modifications sont surtout apparentes aux parties supérieure et moyenne de la poitrine, d'où cette conformation du thorax en fût ou en tonneau. Il est plus rare de voir la dilatation répartie également sur toute la hauteur.

L'aspect des creux sus-claviculaires est variable; la dépression est parfois à peine diminuée de profondeur; parfois elle a disparu complètement; parfois enfin elle est transformée en voussure. Généralement le sternomastoïdien est très développé et très saillant, tandis que le cou paraît rac-

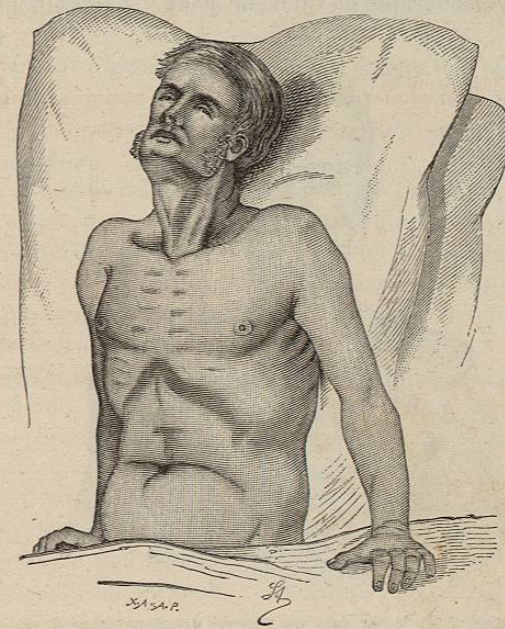


FIG. 41. — Thorax en tonneau de l'emphysème pulmonaire. (Obs. personnelle.)

courci et élargi. Les espaces intercostaux semblent élargis aussi; la dépression qui leur correspond a disparu dans la partie supérieure de la poitrine; elle est très peu profonde à la partie inférieure. Pendant les mouvements respiratoires, on n'observe qu'une excursion limitée de la cage thoracique; au plus fort de l'expiration elle-même, le thorax semble encore être en état d'inspiration, d'où son nom de thorax inspiratoire permanent.

La forme de thorax que nous venons de décrire est tellement caractéristique qu'à elle seule elle suffit parfois à l'édification du diagnostic probable d'emphysème pulmonaire. Il ne faut pas croire pourtant que tout emphysème pulmonaire engendre de l'ectasie thoracique. Ce n'est pas seulement l'intensité de la maladie qui exerce son influence sur le développement de la difformité en question, mais encore le plus ou moins de résistance du