

L'obstruction est diffuse, on observe sur les téguments des signes de cyanose et du côté de la respiration des symptômes dyspnéiques.

La *palpation* fournit un signe extrêmement important, l'absence aux régions correspondantes du frémissement vocal.

La *percussion* ne donne pas grand'chose dès le début, car les alvéoles pulmonaires contiennent encore de l'air. Lorsque l'obturation se prolonge, le son prend un caractère tympanique d'une profondeur anormale, ce qui est en rapport avec la résorption partielle de l'air situé derrière l'obstacle.

Les résultats de l'*auscultation* sont plus importants. Au niveau de la zone malade, on ne perçoit point de murmure vésiculaire, parce que le bruit respiratoire transmis du larynx à l'arbre bronchique est impuissant à franchir l'obstacle. L'absence de bronchophonie est due au même motif.

D'autres signes viendront déterminer la nature de l'obstacle. L'existence de râles abondants plaide le plus souvent en faveur d'une obstruction par accumulation exagérée de liquide. En cas de corps étrangers ce seront le plus souvent les anamnétiques qui mettront sur la voie. Lorsque la muqueuse bronchique est le siège d'exsudations fibrineuses, on trouvera des caillots fibrineux dans les crachats. Enfin, s'il y a compression du dehors, il faudra rechercher à se renseigner sur ses causes par l'exploration des organes voisins (cœur, gros troncs artériels, ganglions lymphatiques du médiastin, etc.).

Entre l'intégrité absolue et l'obstruction complète des bronches, il existe un état intermédiaire, la *sténose*, où les symptômes physiques, eux aussi, ont un caractère intermédiaire. Ils se rapprocheront évidemment d'autant plus de ceux de l'obstruction, que le rétrécissement sera plus prononcé. Ils ne donnent aucun renseignement sur les causes de la sténose, causes, d'ailleurs, qui sont celles de l'obstruction bronchique.

Lorsqu'un rétrécissement bronchique n'est pas poussé à un haut degré, comme c'est le cas, par exemple, dans la tuméfaction catarrhale de la muqueuse bronchique, les premières altérations se manifestent ordinairement à l'*auscultation*. Les bruits respiratoires deviennent plus *rudes* ou sont *entrecoupés*; ils se distinguent par de l'expiration très prolongée et s'accompagnent souvent de râles ronflants et de sibilances.

Lorsque la sténose est plus prononcée, le frémissement vocal et la bronchophonie diminuent d'intensité, ainsi que le murmure vésiculaire; les mouvements respiratoires aussi deviennent plus faibles au niveau de la partie malade, pendant qu'il se produit des rétractions inspiratoires et de la cyanose. On arrive ainsi par degré au tableau symptomatique de l'obstruction des bronches. En ce qui concerne le diagnostic de chacune des causes en particulier, nous renvoyons à ce qui précède.

III. — La *dilatation des bronches* ou *bronchectasie* ne peut être diagnostiquée que quand elle est circonscrite et qu'elle a acquis un certain développement. Les dilatations diffuses sont inaccessibles aux méthodes physiques d'investigation; c'est tout au plus si l'on peut soupçonner leur existence d'après les caractères de l'expectoration (bronchorrhée).

De vastes dilatations circonscrites donnent lieu aux signes physiques des excavations, dont nous allons parler à propos des altérations physiques des poumons. On n'obtient donc aucun renseignement sur le caractère plutôt bronchectasique que pulmonaire de l'excavation diagnostiquée. Pour le diagnostic différentiel, l'examen de l'expectoration est indispensable. Si celle-ci ne renferme point d'éléments consécutifs du parenchyme pulmonaire, on conclura à une dilatation bronchique. Mais avant de se prononcer, il faut des explorations continues et multipliées, parce que dans les altérations morbides du poumon, les lambeaux de parenchyme peuvent également faire défaut pendant longtemps. Dans certains cas, il faut même avoir recours aux commémoratifs et à la marche clinique, et alors il arrive souvent que nos appréciations diagnostiques suivent une fausse piste.

B. — MALADIES DES POUMONS

Les maladies des poumons sont soumises aux mêmes considérations que celles des bronches. Elles ne sont généralement accessibles au diagnostic, que lorsqu'elles siègent à la surface de l'organe. L'expectoration seule peut donner des indications sur les lésions centrales. Ainsi des crachats rouillés sont l'indice certain d'une pneumonie fibrineuse; les abcès et les foyers gangreneux centraux se reconnaissent également aux caractères de l'expectoration.

Un point qu'on ne peut élucider qu'avec les méthodes physiques d'exploration, c'est la *délimitation des poumons*. Cette délimitation des poumons est importante; elle permet de juger les différences qui existent en tel ou tel point, suivant un ou deux des trois diamètres; elle permet surtout d'apprécier l'augmentation ou la diminution du volume total du poumon.

Aux sommets des poumons, on observe avec une fréquence relative, une *différence* entre les deux côtés *quant à la hauteur et à la largeur*. Cette inégalité se développe au cours de processus chroniques d'induration et d'atrophie; elle est d'une importance capitale, ainsi que l'a montré E. Seitz, pour le diagnostic de la tuberculose à marche insidieuse; c'est là un point que nous avons traité en détail à propos de la percussion topographique du poumon.

I. — L'*augmentation de volume du poumon* se produit tantôt d'une façon aiguë, sous forme de surdistension aiguë qui rétrocede le plus souvent; tantôt elle survient sous forme d'affection permanente et porte alors le nom d'*emphysème pulmonaire alvéolaire*. Le plus souvent les lésions sont doubles, il est rare qu'elles soient unilatérales.

Du côté droit, on reconnaît cette augmentation de volume par la *percussion* qui montre que le bord inférieur du poumon dépasse les limites normales. Du côté gauche, ce signe est le même; mais on constate de plus que le bord antérieur médian s'est rapproché du rebord gauche du sternum, en d'autres termes, que la face antérieure du poumon gauche recouvre plus que

de coutume la face antérieure du péricarde et diminue ainsi ou supprime la matité cardiaque.

Il est évident que l'augmentation de volume du poumon ne peut se réaliser que grâce au refoulement anormal du diaphragme. Il s'ensuit également un abaissement du cœur, de sorte que le choc de la pointe, si toutefois on peut le voir et le sentir, ne se fait plus comme chez les individus bien portants, dans le cinquième espace intercostal gauche, mais bien dans le sixième.

Pour la même raison, la zone tympanique située au-dessous du cœur et que nous décrirons plus tard sous le nom d'espace semi-lunaire de Traube, se trouve raccourcie, notamment suivant le diamètre vertical.

Autre phénomène frappant ; les limites du poumon montrent une mobilité respiratoire plus que médiocre, parce que les poumons distendus outre mesure ne sont plus aptes, pendant l'inspiration, à se distendre davantage.

Lorsque ces états se prolongent, ils influent sur la configuration du thorax qui prend la forme du thorax en inspiration permanente, ectasique ou emphysémateux (*poitrine en tonneau*).

Lorsque les lésions sont très accentuées, le frémissement vocal et la bronchophonie sont légèrement affaiblis ; le bruit respiratoire lui-même diminue d'intensité en raison du peu d'étendue des mouvements de la respiration.

II. — La *diminution de volume du poumon* peut se réaliser dans deux circonstances : ou bien quand les poumons se trouvent comprimés du côté de la cavité abdominale et refoulés ainsi de bas en haut, ou bien quand le parenchyme pulmonaire lui-même est le siège de processus *atrophiques*. On admettra l'existence de cette dernière éventualité lorsque l'on ne trouvera rien du côté des viscères abdominaux. Nous nous bornerons du reste à étudier la diminution atrophique de volume du poumon.

Les signes caractéristiques et spécifiques de ce processus sont fournis par l'inspection et la percussion. En rapport avec la diminution de volume du poumon, les trois diamètres du thorax sont raccourcis, parce qu'il y a ordinairement combinaison d'étranglement des espaces intercostaux, d'énergie médiocre des mouvements respiratoires et de scoliose vertébrale.

A la *percussion*, on trouve le bord inférieur du poumon plus élevé qu'à l'état normal ; la différence de niveau des deux côtés fournit en quelque sorte l'expression mathématique du degré d'atrophie.

Cela est surtout frappant lorsque c'est le poumon gauche qui est malade. Comme le diaphragme s'élève et avec lui le cœur, on trouve souvent la pointe du cœur non pas dans le 5^e, mais dans le 4^e espace intercostal gauche. L'espace tympanique semi-lunaire sous-jacent au cœur augmente en hauteur. Si le bord médian du poumon gauche se rétracte fortement de dedans en dehors, il découvre l'origine de l'artère pulmonaire dont on peut en ce cas suivre les mouvements systoliques dans le 2^e espace intercostal gauche, à l'œil nu et avec la palpation.

La *palpation* et l'*auscultation* fournissent d'autres signes physiques ; mais ceux-ci sont plutôt en connexion avec l'affection fondamentale qu'avec le processus atrophique proprement dit. Ce sont le plus souvent des signes d'induration parenchymateuse, qui amène une exagération du frémissement vocal, de la bronchophonie et s'accompagne de respiration bronchique.

Un phénomène accessible seulement au diagnostic physique et très important pour la pathologie, c'est l'*aptitude du poumon aux déplacements*, sa *dilatabilité*. A l'état normal, le volume du poumon s'accroît avec chaque inspiration et diminue à chaque expiration. La respiration étant normale, la différence entre deux respirations n'est pas considérable ; elle augmente cependant par l'exagération des mouvements respiratoires et arrive à un très haut degré, lorsque l'individu respire profondément, dans le décubitus dorsal. Ces mouvements et ces déplacements du poumon n'ont lieu qu'autant qu'il y a intégrité des espaces pleuraux complémentaires que nous avons déjà étudiés (sinus de la plèvre).

Mais s'il s'est développé des inflammations qui ont amené l'oblitération de ces espaces par la création d'adhérences, le déplacement des bords du poumon se trouve limité ou même supprimé. Le foie conserve donc la même situation pendant les deux phases de la respiration ; et à l'inspiration, on ne voit pas diminuer l'étendue de la zone de matité cardiaque, ni celle de l'espace semi-lunaire. Souvent ces processus inflammatoires ont une marche silencieuse ; c'est dans ces cas que l'on apprécie l'extrême importance diagnostique des méthodes physiques d'exploration.

III. — Lorsque les *alvéoles pulmonaires* sont remplis de liquide, les symptômes physiques dépendent essentiellement de la présence ou de l'absence de bulles d'air dans ce liquide. La première éventualité constitue la règle et va être étudiée dans ce qui suit, tandis que l'autre est en rapport avec les signes de l'obturation des alvéoles pulmonaires par des masses solides et fera l'objet des considérations d'un paragraphe ultérieur.

Lorsqu'il y a *réplétion des alvéoles par des masses aérées*, le signe capital est fourni par l'*auscultation* et consiste dans l'apparition de râles crépitants. A la percussion, on obtient souvent un son tympanique profond et l'inspection révèle des symptômes de gêne respiratoire. Les méthodes physiques d'investigation sont insuffisantes pour nous révéler si le liquide en question est du sang, un exsudat fluide ou un transsudat. L'expectoration nous viendra en aide pour certains cas ; dans les autres, il faudra avoir recours aux anamnestiques et à la marche clinique de l'affection.

On se tromperait étrangement en concluant toujours de la présence de râles crépitants à l'existence d'une maladie des alvéoles pulmonaires. Nous avons dit plus haut que l'accumulation de liquide dans les extrémités terminales des bronchioles pouvait amener des râles crépitants sans participation des alvéoles pulmonaires. Le diagnostic différentiel s'appuiera sur les commémoratifs, la marche clinique et, le cas échéant, sur les caractères de l'expectoration.

Un tableau différent du précédent s'observe, lorsqu'il s'agit de la *réplétion des alvéoles pulmonaires par des masses privées d'air*. Ces masses consistent le plus souvent en matière fibrineuse ou caséuse; on ne rencontre que rarement des liquides absolument privés de bulles d'air. Parmi les raretés, il faut ranger l'envahissement des alvéoles par des masses néoplasiques.

A l'*inspection*, on remarque ordinairement que le thorax est en retard quant aux mouvements respiratoires. Au-dessus de la zone lésée, le frémissement vocal est renforcé: la bronchophonie aussi est intense. Nous avons déjà dit précédemment que l'on observe parfois de l'égophonie ou le phénomène de Baccelli.

La *percussion* donne un son mat qui, au niveau du lobe supérieur du poumon, arrive parfois au son trachéal de Williams.

A l'*auscultation*, on perçoit du souffle bronchique, et s'il se produit des râles, ceux-ci ont un caractère de consonance.

Pour le diagnostic de la nature des masses privées d'air qui remplissent les alvéoles, l'examen des crachats peut être d'une grande utilité (crachats rouillés dans la pneumonie fibrineuse, etc.). Il faut tenir grand compte également de l'anamnèse et de la marche clinique.

IV. — Lorsqu'il existe derrière la paroi thoracique des *excavations circonscrites*, les signes physiques sont les mêmes aussi bien pour les *cavernes bronchectasiques* que pour les *cavernes pulmonaires* et le *pneumothorax* ou le *pyopneumothorax enkystés*. Les caractères de l'expectoration, les commémoratifs et la marche clinique permettront le plus souvent de séparer le pneumothorax, la bronchectasie, des cavernes proprement dites, quelles que soient d'ailleurs les causes de ces dernières (tuberculose, abcès, gangrène, échinocoques, etc.).

Parmi les signes physiques les plus sûrs de l'existence d'une cavité, il faut ranger les *phénomènes métalliques*. Mais en définitive, il n'est pas un seul signe qui appartienne exclusivement aux cavernes, et si l'on songe que ces dernières doivent toujours avoir un certain volume pour provoquer des altérations physiques appréciables, on comprendra facilement que le diagnostic n'est pas aussi aisé qu'on le pense.

A l'*inspection* on est ordinairement frappé par une légère rétraction du thorax et une énergie moindre des mouvements respiratoires dans la zone de l'excavation. Parfois, à l'occasion d'un accès de toux, il se produit des voussures expiratoires des espaces intercostaux.

La *palpation* révèle une augmentation d'intensité du frémissement vocal au niveau de la cavité et si l'on a recours à la palpation linéaire, on peut arriver à dessiner la projection de la paroi de l'excavation sur la paroi de la poitrine. La bronchophonie est renforcée également. Dans certains cas, il survient de l'égophonie, et pour peu que la cavité soit assez vaste et ses parois assez lisses, la bronchophonie acquiert une consonance métallique.

La *percussion* donne le plus souvent de la matité, plus rarement de la sonorité tympanique, qui possède les diverses formes de variations de to-

nalité. La variation de tonalité de Wintrich décide s'il y a ou non libre communication avec le larynx; mais rappelons que cette variation peut s'observer aussi pour le son trachéal de Williams et pour le son tympanique de percussion du larynx et de la trachée. C'est grâce à la variation de tonalité interrompue de Wintrich qu'on apprend le siège de la communication; et en la combinant avec la variation de Gerhardt, on peut arriver à déterminer approximativement la configuration de la cavité.

La sonorité tympanique au niveau d'une excavation disparaît lorsque celle-ci est comblée par des sécrétions; si elle renferme en même temps de l'air et du liquide suffisamment abondant ou fluide, les changements de position peuvent rétrécir ou supprimer le domaine du son tympanique. Souvent on perçoit au niveau des cavernes le bruit de *pot fêlé*. Enfin il semble qu'il faille accorder une signification toute spéciale à la respiration à métamorphose découverte par E. Seitz.

A l'*auscultation*, on entend de la respiration bronchique. Au niveau de vastes cavernes à parois polies, cette respiration peut acquérir la consonance amphorique ou la résonance métallique. Les râles caverneux, ont parfois un timbre métallique et lorsqu'ils sont intenses, deviennent accessibles à la palpation. H. Baas attribue un rôle diagnostique important aux râles post-expiratoires. Parmi les bruits plus rares, il faut ranger le tintement métallique et le bruit de flot hippocratique.

C. — MALADIES DE LA PLÈVRE

I. — On reconnaît l'existence de *rugosités à la surface des feuillets pleuraux*, dès que le déplacement respiratoire de ces feuillets s'accompagne de bruits de frottement. Lorsque ces bruits de frottement sont intenses, ils sont perceptibles non seulement à l'oreille, mais encore au palper. En même temps, les mouvements respiratoires du côté malade sont moins énergiques, quelquefois entrecoupés, ce qui est dû à la douleur qu'ils provoquent. Küssner et Ferber ont montré, à l'aide d'observations fort instructives, qu'il suffit de rugosités développées sur un seul des feuillets séreux pour produire le frottement pleurétique.

II. — Les *adhérences conjonctives*, établissant en quelque sorte des ponts de jonction entre les deux feuillets de la plèvre, se reconnaissent quelquefois à la gêne qu'elles opposent à la locomotion respiratoire des poumons. Le fait est surtout frappant, lorsque des adhérences de ce genre ont amené l'oblitération des espaces pleuraux complémentaires.

Lorsqu'il existe dans la cavité pleurale des collections gazeuses ou liquides, les adhérences trahissent parfois leur présence par l'intégrité ou le renforcement, au niveau de leur insertion à la plèvre costale, du frémissement vocal et de la bronchophonie.

III. — L'*épaississement des feuillets pleuraux*, ce qu'en clinique on appelle des couennes pleurétiques, demeure souvent latent pendant la vie.

Il faut qu'il soit bien accentué pour diminuer l'intensité du son de percussion, du frémissement vocal, de la bronchophonie et du murmure vésiculaire.

IV. — Les symptômes physiques qui appartiennent à l'*accumulation de liquide dans la cavité pleurale* sont évidemment en rapport avec l'abondance de l'épanchement. Celui-ci a-t-il atteint un certain volume, le fait se traduira à l'*inspection* par de la dilatation du thorax. En même temps, il y a élargissement des espaces intercostaux ; la peau qui les recouvre est tendue ; les mouvements respiratoires sont moins énergiques : ils sont en retard sur ceux du côté sain ou sont supprimés complètement. Les organes voisins sont fréquemment déplacés. Si le liquide siège à droite, le cœur est refoulé au delà de la ligne mammaire, le foie descend plus bas que d'habitude ; s'il est à gauche, le cœur est chassé plus ou moins à droite au delà de la ligne sternale droite ; en même temps, on constate un abaissement de la rate et du lobe gauche du foie. Il est rare de voir le thorax être le siège de pulsations bien prononcées.

A la *palpation*, le frémissement vocal est diminué ou supprimé au niveau de l'épanchement. La palpation linéaire permet de fixer les limites de ce dernier et de contrôler les données de la percussion. Ce n'est qu'aux points où le liquide est traversé par des brides que les vibrations vocales peuvent être conservées ou accrues. De même, on observe du renforcement du frémissement vocal au-dessus du niveau du liquide en raison de la compression subie par le poumon. On a également attiré l'attention sur ce que la peau du côté malade se laisse plisser moins facilement que celle du côté sain. L'application de la main permet de reconnaître nettement et de poursuivre la moindre intensité des mouvements respiratoires. Lorsque l'épanchement est très abondant, le diaphragme peut être refoulé jusqu'à convexité inférieure, de sorte qu'il devient accessible à la palpation sous le rebord costal.

La *percussion* immédiate de la région malade révèle une augmentation de résistance du thorax. Dans la zone de l'épanchement, le son est mat ; mais cette matité ne commence pas exactement au niveau du liquide. Elle augmente au fur et à mesure que l'on se rapproche du bord inférieur du poumon, c'est-à-dire au fur et à mesure que l'épaisseur de la couche liquide augmente. Le niveau de la matité part de la colonne vertébrale et se dirige obliquement de haut en bas et d'arrière en avant, car dans le décubitus dorsal le niveau du liquide tend à devenir horizontal. Il est rare de voir la limite supérieure de la matité être horizontale ou plus élevée en avant qu'en arrière. Très souvent, cette limite au lieu d'être figurée par une horizontale continue présente des ondulations sur lesquelles Damoiseau a attiré le premier l'attention. En cas d'épanchement du côté gauche, la disparition de la sonorité de l'espace semi-lunaire peut devenir un signe important pour le diagnostic.

Lorsque l'exsudat est peu abondant, le niveau du liquide offre des variations respiratoires, en ce sens qu'à chaque inspiration sa hauteur diminue. Les changements de position influent également sur la direction du niveau

supérieur qui tend toujours à l'horizontale ; mais alors tout est subordonné à la consistance du liquide et aux brides qui peuvent exister. En tous cas, il faut attendre plus ou moins longtemps pour pouvoir apprécier ces différences.

Au-dessus de la zone de matité, on perçoit fréquemment le bruit de pot fêlé. Le son obtenu à la percussion de la surface antérieure de la poitrine est souvent très intense et très profond (skodisme), et dans le cas où l'épanchement est très abondant, on observe le ton trachéal de Williams.

Les résultats de l'*auscultation* sont des plus variés. Lorsqu'il existe un épanchement peu abondant, le murmure vésiculaire est affaibli ; lorsque le liquide est en quantité suffisante pour comprimer le poumon jusqu'à le priver d'air, il se produit de la respiration bronchique (souffle pleurétique, souffle de compression). Enfin lorsqu'il s'agit d'un exsudat très abondant, le murmure vésiculaire est nul, soit à cause de la suppression de la transmission du son, soit parce que la compression atteint, outre le parenchyme pulmonaire, les bronches qui s'y rendent. Le murmure respiratoire peut prendre le caractère amphorique.

Dans la zone occupée par l'épanchement, la bronchophonie est le plus souvent affaiblie ; au-dessus de la bronchophonie, on rencontre fréquemment de l'égophonie. Quelquefois aussi, on perçoit le phénomène de Baccelli.

La nature du liquide peut être déterminée avec probabilité par la marche clinique et le tracé thermique ; avec certitude par la ponction seulement.

Lorsque le liquide est enkysté, tous les symptômes physiques qui supposent la possibilité du déplacement de l'exsudat, font défaut. Le dessin de la matité notamment devient irrégulier et il ne se produit ni déplacements respiratoires, ni modifications de niveau consécutivement aux changements d'attitude du corps.

Lorsqu'un épanchement purulent cherche à se frayer une voie au dehors, on voit apparaître une tumeur fluctuante dite *empyème de nécessité*, tumeur que nous avons appris à différencier des collections extra-pleurales.

Il faut bien se garder de confondre l'épanchement intra-pleural avec la réplétion des alvéoles pulmonaires par des masses solides. Dans cette dernière, il n'existe point de dilatation thoracique ni de refoulement des organes voisins ; mais on constate un renforcement du frémissement vocal. La zone de matité est irrégulière, souvent limitée aux sommets, ou bien elle est plus prononcée aux sommets qu'à la base. Lorsqu'il s'agit d'altérations du côté gauche, l'espace semi-lunaire n'est pas sensiblement modifié dans ses diamètres.

V. — Dans l'*accumulation de gaz dans la cavité pleurale*, on constate tout d'abord de l'ectasie du thorax et une participation moins énergique de ce dernier aux mouvements de la respiration. L'intensité de ces modifications, ainsi que de celles dont il nous reste à parler, est subordonnée à la quantité des gaz. Quant aux organes avoisinants (cœur, foie, rate), ils sont déplacés.

Le frémissement vocal est ou affaibli ou supprimé.

Le son de percussion dépend de la quantité de gaz et de la tension de la paroi thoracique; il est tantôt tympanique, tantôt et plus souvent mat. Il conserve ces caractères bien au delà des limites normales du poumon. La plupart du temps, il présente de la consonance métallique, quoiqu'il faille quelquefois user d'artifices précédemment décrits pour bien faire ressortir le timbre métallique (bruit d'airain). Tant que persiste l'orifice fistulaire qui a donné lieu à l'épanchement gazeux, il faut s'attendre à percevoir le bruit de pot fêlé.

La respiration et la bronchophonie elles-mêmes ont un timbre métallique. Toutes deux paraissent affaiblies et la première possède le caractère bronchique. Les changements d'attitude déterminent, dans bon nombre de cas, la variation de tonalité de la consonance métallique de Biermer.

Les signes physiques de l'épanchement *intra-pleural de gaz et de liquide* sont à peu de chose près ceux de l'état morbide que nous venons d'étudier. On constate de la dilatation du thorax qui prend une part moins énergique aux mouvements respiratoires; les organes voisins sont refoulés et le frémissement vocal est diminué d'intensité ou anéanti. A la percussion, la limite qui sépare le liquide du gaz est indiquée par une ligne de matité absolue; en cas de changements d'attitude, il se produit chaque fois des modifications dans les limites de la matité, à cause de la tendance à l'horizontale du niveau liquide. Le symptôme le plus important, notamment quand le liquide est peu abondant, est le bruit de succussion. Le bruit fistulaire peut également avoir de l'intérêt pour le diagnostic. La respiration et la bronchophonie présentent la consonance métallique; dans des cas assez rares, on entend du tintement métallique. Si le foyer pathologique se trouve enkysté, on observe les signes cavitaires déjà décrits.

VI. — Les signes physiques fournis par la *présence dans la cavité pleurale de masses privées d'air*, c'est-à-dire le plus souvent de masses néoplasiques, peuvent ressembler entièrement à ceux des épanchements liquides. Dans les cas douteux, c'est la ponction qui décidera de la question. En tous cas, il y aura absence complète des symptômes basés sur la possibilité des déplacements du liquide pleural.

8. — Examen du larynx.

Dans les affections du larynx, il y a deux méthodes d'exploration qui offrent un intérêt pratique : la palpation et l'inspection. Les anciens médecins étaient obligés, dans l'inspection du larynx, de se contenter de la vue extérieure de l'organe; mais, aujourd'hui la découverte et l'utilisation pratique du miroir laryngien permettent l'examen minutieux et complet de l'intérieur du larynx.

L'exploration du larynx au moyen du laryngoscope et des appareils accessoires constitue la *laryngoscopie*. Grâce à cette dernière, on peut suivre, jusque dans les moindres détails et dans une cavité inaccessible à l'inspec-

tion directe, tous les processus, qu'ils soient physiologiques ou morbides.

Si par l'ophtalmoscopie, on obtient, dans l'examen du fond de l'œil, des résultats diagnostiques analogues, la laryngoscopie me semble la surpasser au point de vue pratique, car elle seule a permis l'introduction, dans la cavité du larynx, d'instruments et de médicaments, et leur application à des zones malades tout à fait circonscrites.

Étant donné le caractère primitif des méthodes d'investigation dont disposaient les anciens médecins, on comprend facilement que leurs connaissances des affections du larynx se résumaient à peu de chose; pour le diagnostic ils ne pouvaient user que de signes douteux et sans aucun caractère pathognomonique. Pour citer un exemple, qui de nos jours oserait conclure à l'existence d'altérations anatomiques définies de l'intérieur du larynx, en présence d'un enrouement, d'une douleur laryngée, ou de cornage?

On aurait tort cependant de jeter par-dessus bord les méthodes anciennes et de les remplacer exclusivement par la laryngoscopie.

L'emploi du laryngoscope n'est pas toujours facile, notamment chez les enfants, et il est parfois des circonstances où il nous faut faire un diagnostic instantané avec l'aide du doigt introduit dans le larynx. En d'autres termes, nous ne pouvons, malgré la laryngoscopie, nous passer, dans tous les cas, de la palpation laryngée que nous ont transmise nos prédécesseurs.

A. — PALPATION DU LARYNX

La palpation du larynx, comme l'inspection, peut être externe ou interne. Dans la palpation externe, on se contente d'appliquer les doigts sur les diverses parties extérieures du larynx; dans la palpation interne, on introduit les doigts dans la cavité buccale en tâchant d'atteindre, autant que faire se peut, certaines régions de l'organe.

Lorsque, pendant l'émission de la parole, on pose le pouce et l'index légèrement de chaque côté des cartilages laryngiens, en des points symétriques, on perçoit une trémulation spéciale, que nous appellerons *frémissement laryngé*. Brücke qui, le premier, a décrit ce phénomène l'a expliqué par la transmission aux parois laryngées de vibrations perceptibles des cordes vocales. Conformément à cette interprétation, nous voyons l'intensité du frémissement varier suivant la région soumise à la palpation.

Le maximum de netteté et d'intensité des vibrations correspond au bord inférieur du cartilage thyroïde. De là, elles se propagent, en s'affaiblissant progressivement, vers le haut et vers le bas, et peuvent être suivies jusque bien au delà du domaine laryngien proprement dit. On les sent très facilement tout le long de la trachée, tant que celle-ci demeure accessible à la palpation; on les rencontre également au-dessus et au-dessous de l'os hyoïde. La netteté particulière qu'elles présentent au niveau du bord inférieur du cartilage thyroïde, s'explique par la présence à ce niveau de l'insertion des cordes vocales et par les conditions spécialement favorables à la propagation des vibrations.