

substance mucilagineuse, rendue plus acceptable par l'addition d'un principe aromatique, agissent comme topiques émollients sur la muqueuse gutturale et pharyngienne commune aux organes digestifs et respirateurs. Par leur température, quand on les boit chauds, ces liquides excitent la sécrétion cutanée ; dans l'estomac, ils exercent une action topique sur l'extrémité de la dixième paire, et font comme un bain émollient pour la muqueuse où elle se distribue.

Les pâtes béchiques, et toutes ces substances que la gent qui tousse aime à laisser fondre dans la bouche, ont une action analogue, sauf la part qu'il faut faire à la température dans les effets des tisanes chaudes. Peut-être aussi la mastication contribue-t-elle à l'apaisement de la toux ? Est-ce en substituant une action rythmée et volontaire à une action spasmodique, en grande partie réflexe, comme cela a lieu quand on force une femme en proie à une attaque d'hystérie à avaler quelques gorgées de liquide ? Serait-ce en exprimant de la surface muqueuse du pharynx, et en même temps de la cavité des follicules pharyngiens, le mucus qui s'y accumule, quand existe dans les organes respiratoires un état congestif s'étendant jusqu'à l'arrière-gorge ? Dans certaines angines granuleuses, ce mucus peut contribuer à la titillation pharyngienne qu'accusent les malades ; et dans l'acte de la déglutition, ceux-ci ont alors la sensation d'une mucosité qui se détache, et un calme passager succède à ce mouvement.

Quelle que soit l'explication de ce phénomène, le fait est que cette mastication diminue souvent le besoin de tousser, comme le diminue également chez beaucoup de sujets l'ingestion des aliments, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas de lésions graves du pharynx et du larynx qu'irriterait le passage des matières alimentaires.

## DE LA TONALITÉ DES SONS ORGANIQUES

ET DES SIGNES DIAGNOSTIQUES QU'ON EN PEUT TIRER (1)

*Sommaire.* — Recherches d'Austin Flint sur les modifications de la tonalité. — Modalités fondamentales du son (intensité, timbre et tonalité). — Du son tympanique et de sa valeur séméiotique. — Travaux de Skoda. — Des modifications de la tonalité dans diverses conditions pathologiques. — Signes diagnostiques qu'on en peut tirer.

MESSIEURS,

Les modifications apportées par certaines maladies à la résonance des organes abdominaux avaient frappé les plus anciens observateurs ; le mot *tympanite* en est un témoignage.

Les médecins de l'antiquité pratiquaient la percussion pour distinguer l'ascite de la distension gazeuse de l'abdomen, comme il est permis de le conclure de plusieurs passages d'Arétée et de Cælius Aurélianus. Avenbrugger l'a appliquée au diagnostic des affections thoraciques. Après lui, Corvisart, Laennec, et surtout M. Piorry, ont généralisé cette méthode d'exploration et en ont tiré des signes aussi nombreux qu'importants pour reconnaître les maladies. Enfin M. le docteur Austin Flint et M. le professeur Skoda ont encore ajouté aux indications séméiotiques qu'on peut demander à ce mode d'exploration.

La percussion, dont l'emploi avait été si longtemps restreint à la détermination d'un seul état morbide, est devenue, grâce à ces travaux, une méthode vulgaire connue et pratiquée par tous. Aussi, je veux ici me renfermer dans l'étude d'un seul point qui n'a peut-être pas suffisamment appelé l'attention des cliniciens français, je veux parler des *modifications de la tonalité* dont un médecin américain, le docteur Austin Flint, a indiqué la valeur séméiotique et a fait ressortir toute l'importance.

(1) Leçon en partie extraite de la *Gazette des hôpitaux* (4 juin 1865-1868).

Le son présente trois modalités fondamentales : l'intensité, le timbre et la tonalité. Les deux premières avaient presque exclusivement, avant le travail de M. le docteur Flint, été étudiées par les médecins.

Avenbrugger avait bien, dans deux passages, parlé des modifications de la tonalité : *Si in aliquâ thoracis parte sonorâ, eâdem intensitate percussâ, sonus altior, morbosum ibi subesse notat ubi altitudo major*. Mais son traducteur et commentateur Corvisart l'avait si peu compris qu'il traduisait *sonus altior* par *son plus superficiel* ; double erreur, car dans la pensée de l'auteur *altior* exprimait une nuance de tonalité, et dans tous les cas, ainsi que Corvisart le reconnaît lui-même, *altus* peut signifier *élevé* ou *profond*, mais jamais *superficiel*.

Dans l'important ouvrage de M. Piorry, l'intensité des sons et leur timbre ont été les objets exclusifs de ses savantes recherches, et la plupart des travaux de l'École française ont maintenu l'étude des sons morbides dans les mêmes limites ; cependant MM. Barth et Roger ont, dans une courte note de leur excellent manuel, fait mention des travaux de M. Flint.

Dans le plus grand nombre des cas, j'ai hâte de le dire, ces appréciations du timbre et de l'intensité des sons fournissent les signes les plus importants et suffisent au diagnostic. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et une étude méthodique de la sonorité organique doit être fondée sur la connaissance des trois propriétés fondamentales du son. Il est même des cas où l'appréciation de la tonalité est l'élément principal du diagnostic, et détermine la signification des résultats plessimétriques. Ainsi, en général, l'expression de son mat indique à la fois une faiblesse des vibrations sonores, le peu d'étendue de leur retentissement et un timbre spécial. Le son mat présente une tonalité plus élevée que celle du son normal, mais si l'on prend l'épithète de mat, ainsi que le font beaucoup de cliniciens, pour synonyme d'obscur, la corrélation peut ne pas exister entre la modalité d'intensité et celle de tonalité ; en d'autres termes, un son aigu peut être plus fort et plus retentissant qu'un son plus grave, et si l'on compare les deux côtés, le côté sain peut être moins sonore que le côté malade : j'ai souvent observé ce phénomène, et je l'ai vu bien des fois devenir une cause d'erreur pour des personnes très-versées, d'ailleurs, dans la pratique de la percussion ; alors l'appréciation de la tonalité devient d'une importance majeure et éclaire le diagnostic.

Quelques personnes ont reproché à l'étude de la tonalité la difficulté que peut présenter son appréciation. On comprend qu'un certain développement du sens musical est nécessaire pour reconnaître les modifica-

tions du ton, mais on y arrive très-facilement avec un peu d'habitude. Dans les cas douteux, où l'écart entre les deux tons n'est pas très-évident, on s'abstient d'en tirer aucune conclusion. Maintenant j'accorderai volontiers que les oreilles fausses sont aussi inaptées à saisir ces nuances que les yeux affectés d'amblyopie ou de daltonisme sont incapables d'apprécier les couleurs, ce qui revient à dire que la séméiologie n'est pas à la portée des infirmes.

Dans les conditions physiologiques, les parties homologues des deux côtés de la poitrine, en rapport avec le poumon, sont sensiblement homotones ; nous en exceptons toutefois les régions correspondant au cœur et au foie qui, suivant le volume de ces organes, leurs rapports plus ou moins immédiats avec la paroi thoracique, présentent une diminution plus ou moins accentuée de la sonorité et une modification corrélatrice du ton.

Dans l'état d'inspiration forcée le ton peut monter un peu par la tension plus grande des parois thoraciques. La tonalité est plus grave dans les poitrines larges et amples que dans les poitrines étroites et resserrées ; par la même raison, elle est plus aiguë au sommet du thorax qu'à la base.

Les modifications de tonalité, comme les autres caractères de la sonorité, peuvent offrir des différences individuelles et doivent être appréciées par comparaison. On aura soin, en comparant les deux côtés ; de se placer dans des conditions absolument semblables ; car la contraction musculaire peut faire varier le ton comme les autres qualités du son. Cette influence des contractions musculaires est surtout sensible dans les régions sous-épineuses, interscapulaires et sous-claviculaires.

Dans les conditions pathologiques nous pouvons dire, d'une manière générale, que la tonalité s'élève sous l'influence des lésions intra-thoraciques qui diminuent la sonorité ; comme les indurations du parenchyme pulmonaire, les tumeurs, les épanchements pleuraux. Dans ces circonstances, la différence de ton n'ajoute aucune signification nouvelle aux autres renseignements fournis par la percussion. Mais une élévation de la tonalité peut coïncider avec une augmentation du son.

L'élévation de la tonalité, l'augmentation de la sonorité et une modification du timbre qui donne au son thoracique des caractères analogues à ceux du son abdominal, constituent le son tympanique. La valeur séméiotique de ce son et les conditions dans lesquelles il se produit ont été étudiées par le docteur Skoda ; cependant l'illustre médecin de Vienne ne cherche pas à le définir, il dit seulement qu'*il est le contraire*

du son non tympanique et que celui-ci est celui qu'on obtient en percutant la paroi thoracique qui recouvre un poumon sain, normalement distendu par l'air. La condition de sa production, ajoute-t-il, est une tension médiocre du poumon. Voici sur quelle expérience il appuie cette proposition : si l'on percute un estomac lié à ses deux extrémités, après l'avoir modérément insufflé, on obtient un son tympanique ; si, au contraire, on le distend par l'insufflation jusqu'aux dernières limites de son extensibilité le son devient sourd ou mat.

A cette proposition incontestable, fondée sur de nombreuses expériences et qui, comme nous le verrons, donne une interprétation très-satisfaisante de faits cliniques inexpliqués avant M. Skoda, le professeur viennois en ajoute une autre qui aurait besoin de quelques commentaires : *les poumons fournissent à la percussion un son tympanique quand ils sont en partie privés d'air*. Elle n'est évidemment pas une conséquence rigoureuse de la première, de ce qu'une tension excessive d'une paroi élastique diminue l'amplitude et l'intensité des vibrations sonores, et rend par conséquent le son plus fort et plus aigu, il ne s'ensuit pas nécessairement que la privation d'air, que l'abaissement de la tension au-dessous de la normale soit la condition indispensable du son tympanique.

En étudiant la valeur séméiotique du son tympanique, nous aurons l'occasion de revenir sur les observations de M. Skoda. Quelle que soit l'opinion qu'on adopte sur la théorie de ce son, et en se plaçant à un point de vue clinique, on peut, je crois, résumer ainsi les conditions pathologiques dans lesquelles on l'observe : *il se produit : 1° quand la capacité respiratoire est diminuée dans une partie du poumon, soit par une lésion de cet organe, soit par un développement anomal des parties voisines ; 2° quand l'air occupe de vastes cavités contiguës à la paroi costale ou qu'il infiltre le tissu pulmonaire déchiré ou distendu outre mesure.*

Ainsi, lorsqu'un épanchement liquide a envahi la partie postérieure et inférieure du thorax on peut trouver du son tympanique dans les régions thoraciques antérieures et latérales, ou même en arrière au-dessus de l'épanchement, si celui-ci ne s'élève pas à une grande hauteur. Il est bien évident que s'il remplit toute la cavité pleurale, le côté malade donnera partout un son mat. C'est dans la pleurésie que le son tympanique a été pour la première fois signalé par M. Skoda. Aussi en France nous lui donnons volontiers le nom de bruit skodique ; dans les épanchements moyens on le rencontre au niveau des régions axillaire et sus-mammaire ; dans la pleurésie diaphragmatique, le son tympanique

forme une zone sonore qui contourne la base de la poitrine, dessine les limites supérieures de l'épanchement et apporte un nouveau signe au diagnostic de cette affection. Dans un cas de collection purulente située entre le foie et le diaphragme, j'ai constaté un son tympanique à la partie inférieure de la poitrine, avec ampliation de la base du thorax.

Un son tympanique avec ampliation de la paroi thoracique, avec faiblesse et acuité du bruit respiratoire chez des malades présentant de la fièvre, de la dyspnée et les autres symptômes qu'on observe dans les inflammations aiguës des organes respirateurs, m'ont permis plusieurs fois de diagnostiquer des pleurésies interlobaires, et plusieurs fois l'autopsie est venue malheureusement confirmer ce diagnostic.

Dans un cas où un vaste épanchement remplissait tout le côté gauche de la poitrine et refoulait le cœur à droite, j'ai constaté de ce dernier côté une résonance tympanique. Enfin, dans quelques cas rares d'épanchements peu abondants et formant une couche mince entre le poumon et la paroi thoracique, le son, au lieu d'être mat, est clair et tympanique. M. Skoda, dans ses expériences, avait constaté ce fait (1). Je l'ai rencontré plusieurs fois dans ma pratique : j'ai vu des malades qui présentaient des signes incontestables d'épanchement pleurétique avec souffle intense dans tout un côté, et chez lesquels la percussion donnait un son tympanique qui, chez quelques-uns, fut au bout de quelques jours remplacé par un son mat. On comprend qu'un état emphysémateux du poumon, que des brides pseudo-membraneuses empêchant ou limitant le refoulement du poumon, puissent le placer dans des conditions favorables à la production de ce phénomène.

On en conçoit la possibilité en percutant un plessimètre appuyé sur une masse liquide dans laquelle est plongé à une petite distance de la surface un ballon rempli d'air. On peut dans un bain faire commodément cette expérience à l'aide d'un foulard mouillé dans lequel on emprisonne de l'air et dont on maintient les extrémités entre ses genoux. On trouve alors qu'un son clair indique à la surface de l'eau le voisinage du ballon enfoncé à plus d'un centimètre de profondeur.

Toutes les fois qu'une lésion du parenchyme pulmonaire y restreint l'étendue de la surface respiratoire, on peut, dans le voisinage de cette lésion, trouver du son tympanique. Dans la pneumonie on le constate habituellement autour du tissu induré ou dans la région opposée au foyer morbide : ainsi lorsque la pneumonie occupe le lobe supérieur en

(1) *Traité d'auscultation*, traduction d'Aran, p. 24.

arrière, c'est sous la clavicule et dans l'aisselle qu'on observe le son tympanique, en même temps que dans la partie moyenne de la région postérieure du thorax ; dans la pneumonie centrale, le son sera tympanique à la superficie.

Le même phénomène se reproduit autour des indurations d'une autre nature : on le rencontre ordinairement dans le voisinage d'une infiltration tuberculeuse ou hématique. On peut en trouver aussi dans des parties de poumon clair-semées de granulations tuberculeuses, comme l'a remarqué M. Skoda.

Ce que nous avons dit des indurations pulmonaires peut s'appliquer à toutes les tumeurs intra-thoraciques. J'ai trouvé du son tympanique au niveau de tumeurs anévrysmales de l'aorte, et, dans ce cas, sa constatation peut devenir un des éléments du diagnostic.

Dans la péricardite avec épanchement, on trouve constamment du son tympanique dans la région sous-claviculaire gauche, dans la région sous-axillaire et quelquefois même en arrière, au-dessous du scapulum.

Une hypertrophie considérable du cœur peut produire des modifications analogues dans le son thoracique, en général moins accentuées.

Des anomalies d'organes extra-thoraciques peuvent produire le son tympanique quand elles entraînent une diminution de la capacité respiratoire. On peut l'observer dans les hypertrophies du foie et de la rate qui soulèvent le diaphragme. La distension de l'estomac par des gaz peut produire un son tympanique à la base du côté gauche ; il est probable que dans ce cas la sonorité stomacale contribue autant et plus que le refoulement du diaphragme à modifier le son thoracique. On observe en effet ce phénomène dans des cas où la distension de l'estomac n'est pas très-considérable et ne peut pas apporter obstacle à l'action des muscles respirateurs.

Dans certains cas, en même temps que la surface pulmonaire accessible à l'air extérieur pendant chaque inspiration a diminué d'étendue, ce gaz occupe dans la poitrine de vastes cavités contiguës à la paroi costale ; ou bien il distend outre mesure les cellules du poumon altérées dans leur texture et d'autres fois s'infiltré dans le tissu conjonctif interlobulaire ; c'est ce qu'on observe dans le pneumothorax, dans les vastes cavernes superficielles, dans les dilatations bronchiques et dans les emphysèmes pulmonaires.

Dans ces conditions on observe le plus souvent un son tympanique ; c'est dans le pneumothorax et l'emphysème qu'il est ordinairement le plus accentué et il en est considéré comme un des signes les plus con-

stants. Et cependant, comme M. Skoda l'a remarqué, le son tympanique peut être remplacé par un son obscur et presque mat, lorsque la distension des parois thoraciques est excessive et que la tension de l'air accumulé dans le parenchyme pulmonaire ou dans la plèvre est portée à un très-haut degré.

J'ai examiné à un point de vue exclusivement clinique et séméiotique les différents états morbides dans lesquels se produit le son tympanique ; ses conditions physiques ne me paraissent pas encore bien déterminées. Dans l'emphysème, dans le pneumothorax ce n'est pas la *privation d'air*, condition du phénomène suivant M. Skoda, qui produit le son tympanique. Quand une partie du poumon est imperméable, ce n'est pas parce que les parties voisines de la lésion sont privées d'air qu'elles donnent ce son ; je serais plus disposé à admettre que, l'air ne pénétrant pas dans les parties malades, celles qui les entourent sont le siège d'une expansion supplémentaire, que leurs parois sont plus tendues, en même temps que leurs cavités aérifères sont dilatées, et que telle est la condition productrice de ce son à la fois plus intense et plus élevé que le son normal (1).

I. — La modalité tympanique du timbre de certains tons thoraciques exagérés peut être peu appréciable ; on constate seulement une résonance plus forte que du côté opposé. Alors on peut se demander si elle est réellement augmentée dans le côté le plus sonore, ou si elle ne paraît pas telle, parce qu'elle est amoindrie de l'autre côté. Dans ce cas, qui se présente très-fréquemment à l'observation et que j'ai souvent vu devenir une cause d'erreur, l'appréciation de la tonalité est très-importante et l'élévation du ton détermine le côté malade. Dans les excavations très-superficielles on peut constater un son exagéré, caverneux, souvent accompagné de bruit de pot fêlé ; mais les modifications de timbre, comme le caractère caverneux, sont bien plus difficiles à définir et à déterminer que les modifications de tonalité ; le bruit de pot fêlé peut exister quelquefois sans caverne. Dans ce cas, le ton est habituellement plus élevé du côté où existe la caverne, et ce signe désigne ce côté comme étant le siège d'une lésion probable, pourvu toutefois que la caverne ne soit que de dimensions moyennes. Dans un cas de caverne superficielle très-étendue, le ton m'a paru abaissé. D'ail-

(1) Dès 1840, ignorant les travaux de M. Skoda et ayant observé l'exagération de la sonorité au niveau de la région sous-claviculaire chez les pleurétiques, je donnais aux élèves qui suivaient mes cours d'auscultation l'explication que je propose ici sous toute réserve.

leurs, pour reconnaître l'existence des cavernes, la percussion n'a qu'une importance très-secondaire. Elle en a une considérable, au contraire, quand il s'agit de diagnostiquer des granulations disséminées dans le parenchyme, et les renseignements qu'elle fournit peuvent donner une valeur très-grande à des nuances de bruit respiratoire, insuffisantes en elles-mêmes pour fonder le diagnostic.

Dans beaucoup de cas de tuberculisation commençante, l'appréciation de l'intensité du son offre des difficultés sérieuses et laisse l'esprit dans le doute. J'ai entendu, en présence d'un fait de ce genre, un des cliniciens les plus éminents de Paris dire : Je reconnais que le son est différent, mais je n'oserais dire qu'il est plus obscur. Souvent alors la comparaison des tonalités fournit un renseignement utile.

Dans l'emphysème pulmonaire localisé, la question que nous soulevions tout à l'heure se pose à nouveau : la sonorité est plus accentuée d'un côté que de l'autre. Que doit-on en conclure ? L'élévation de la tonalité du côté le plus sonore viendra, avec les signes stéthoscopiques, y dénoncer l'état morbide du parenchyme pulmonaire.

Comme nous l'avons dit plus haut, dans le pneumothorax, le ton s'élève en même temps que la résonance augmente. Ainsi, à de très-rare exceptions près, les lésions des organes intra-thoraciques, qu'elles augmentent ou diminuent l'intensité du son, font monter la tonalité.

II. — Pour les viscères creux de l'abdomen, avec une tension égale la tonalité varie suivant la capacité des organes. Ainsi le son est plus grave au niveau de l'estomac qu'au niveau de l'intestin. Dans le même organe, quand la tension arrive à une certaine limite, plus elle augmente et plus le son s'élève dans l'échelle diatonique.

Comme l'a montré M. Skoda, un organe membraneux, dilaté par l'air jusqu'aux dernières limites de son extensibilité, peut donner un son mat qui est en même temps très-aigu, comme une corde dont le ton s'élève à mesure qu'on la tend davantage.

III. — Si l'appréciation de la tonalité introduit dans les résultats fournis par la percussion des notions utiles, quelquefois importantes, elle ne doit pas être négligée dans la pratique de l'auscultation, elle peut ajouter quelques données à la détermination des bruits respiratoires et de leur valeur séméiologique. Il est bien certain que le son produit par la vibration de l'air dans un tube est d'autant plus aigu, toutes les autres conditions restant les mêmes, que le diamètre de ce tube est plus étroit.

Ainsi, toutes les conditions morbides qui rétrécissent le calibre des bronches peuvent élever la tonalité du bruit respiratoire. J'ai souvent

observé, dans le premier degré de la tuberculisation, que le bruit respiratoire devenait plus aigu en même temps qu'il était plus faible.

Les compressions des grosses bronches par des ganglions lymphatiques malades ou par une tumeur d'une autre nature, produit le même phénomène dans toute la partie du poumon à laquelle se distribue la bronche comprimée. La faiblesse et l'acuité du bruit respiratoire servent alors de témoignage à cette compression.

Le bruit respiratoire présente une tonalité plus aiguë derrière un épanchement pleurétique qui l'affaiblit sans le faire disparaître. Il peut offrir le même caractère dans la période de résolution d'une pneumonie, en même temps qu'on perçoit de l'expiration prolongée.

Dans la pneumonie superficielle, l'acuité du souffle bronchique indique que l'induration inflammatoire n'enveloppe pas les grosses divisions des bronches. Le souffle pleurétique est notablement plus aigu que le souffle tubaire de la pneumonie. C'est un des meilleurs caractères que permettent de distinguer ces deux variétés de souffle.

Dans la pleuro-pneumonie avec épanchement, le souffle reste plus grave et indique que sous la couche liquide existe une induration pulmonaire, autour des gros tuyaux bronchiques, qui augmente leur résistance à l'action compressive du liquide épanché.

Les râles sibilants aigus, disséminés et se présentant avec des nuances diverses dans les différents points de la poitrine, indiquent l'extension de la bronchite aux petites divisions de l'arbre respiratoire, tandis que le ronchus des grosses bronches est habituellement grave, et quand il devient aigu par les rétrécissements qu'apportent au calibre de ces bronches les mucosités qui les obstruent, le sibilus aigu retentit avec une tonalité uniforme dans toute la partie du poumon où se distribue la bronche rétrécie.

La tonalité plus aiguë de la voix est le meilleur caractère qui distingue l'égophonie de la bronchophonie. Pour être juste, je dirai que j'ai entendu faire cette remarque par le docteur Teissier, en 1835.

Dans la pleurésie, la toux, en même temps qu'elle est accompagnée d'un sifflement expiratoire, produit quelquefois un retentissement aigu qu'on ne peut mieux comparer qu'à un *étournement* comprimé. J'ai cru pouvoir attribuer, dans d'autres cas, cette variété de retentissement de la toux à l'induration du parenchyme pulmonaire autour des tuyaux bronchiques d'un petit calibre, ou rétrécis peut-être par la compression qu'ils subissaient.

IV. — Enfin, dans les affections du cœur, les bruits très-aigus, comme

les bruits de scie, ont été généralement observés avec les rétrécissements considérables des orifices cardiaques. Cette considération de la tonalité m'a permis dans quelques cas d'attribuer à deux origines différentes des bruits qu'on entendait simultanément à la pointe et à la base, et qui ne paraissaient être, à quelques personnes, que la propagation du même bruit dans deux directions différentes. Un bruit propagé diminue d'intensité à mesure que l'on s'éloigne de son point d'origine, mais il conserve la même tonalité, et quand la tonalité du bruit n'est pas la même dans deux points, on est en droit d'affirmer qu'on a affaire à une double lésion. Peut-être cette considération de la tonalité du bruit de souffle pourra-t-elle servir à faire distinguer les insuffisances simples ou avec dilatation des orifices de celles qui sont accompagnées de rétrécissements.

A propos de la tonalité des bruits du cœur, je ferai une dernière remarque, c'est que des bruits très-aigus, quoique plus forts, peuvent donner à la main une sensation de frémissement vibratoire moindre que celle qui est produite par des bruits graves, quoique moins intenses à l'oreille; il est facile d'expliquer ce phénomène par cette loi physique qui veut que les sons les plus graves produisent des vibrations plus lentes et plus étendues, et partant plus appréciables pour la main.

### MODIFICATIONS DU DIAMÈTRE DE LA POITRINE (1)

*Sommaire.* — Changements dans les dimensions verticales de la cage thoracique. — Moyen de les apprécier. — Variations de direction de la douzième côte. — Conditions pathologiques qui modifient l'obliquité des côtes.

MESSIEURS,

Dans l'étude des modifications que les maladies apportent à la configuration et aux dimensions de la poitrine, les médecins se sont presque exclusivement occupés de l'étendue transversale de cette cavité. On a inventé des instruments et des méthodes ingénieuses pour apprécier avec exactitude les dilatations et les rétrécissements du thorax : tout le monde connaît les intéressantes études de M. Woillez sur ce sujet. Les changements dans les dimensions verticales de la cage thoracique peuvent, dans certains cas, fournir au diagnostic d'utiles renseignements.

On peut apprécier les modifications survenues dans l'étendue verticale d'un des côtés d'une poitrine régulièrement conformée en comparant en arrière l'inclinaison des deux dernières côtes, et en avant la hauteur relative des rebords costaux dans chaque hypochondre; mais les cartilages qui forment ceux-ci étant peu mobiles subissent rarement dans leur position des changements notables; la direction de la douzième côte, que sa mobilité a fait nommer côte flottante, offre des variations beaucoup plus fréquentes et plus facilement appréciables.

Quand le diamètre vertical de la cavité thoracique est agrandi, le diaphragme refoulé en bas entraîne dans ce sens les côtes auxquelles il s'attache; la douzième côte devient plus oblique. Lorsque cet agrandissement est borné à un seul côté, de ce côté là seulement cette côte présente une inclinaison plus accentuée, et son bord inférieur est situé plus

(1) Extrait d'une leçon clinique faite à l'Hôtel-Dieu et publiée dans *l'Union médicale*, n° 95, août 1866.