

Topographie clinique de la paroi ar

## PREMIÈRE PARTIE

### GÉNÉRALITÉS

#### CHAPITRE PREMIER

##### TOPOGRAPHIE CLINIQUE

Avant d'aborder l'étude du malade, deux conditions sont indispensables :

1° Il faut connaître exactement la situation absolue et les rapports réciproques des organes sous-jacents aux diverses parois (antérieure, latérale et postérieure) du thorax et de l'abdomen ;

2° Il faut savoir constater si ces rapports sont normaux chez le sujet soumis à l'exploration.

Pour déterminer les rapports ou le volume d'un organe en clinique, on ne se sert pas précisément des mêmes dénominations qu'en anatomie descriptive, puisque l'organe échappe à l'examen direct. On se contente de rechercher les rapports superficiels qu'il présente avec la paroi externe, et, afin de pouvoir établir des termes de comparaison, on fixe à la peau des points de repère conventionnels, des lignes qu'il soit toujours possible de retrouver dans des conditions identiques.

I. La **Palpation** consiste à appliquer la face palmaire de toute la main, ou plus souvent celle des doigts *légèrement* courbés, en exerçant une pression plus ou moins forte, de manière à déterminer la *forme* et surtout la *consistance* des parties sur lesquelles on la pratique.

En topographie clinique, on l'emploie à deux usages principaux : 1° à découvrir l'endroit où se perçoit le choc de la pointe du cœur ; 2° à constater si le bord antérieur du foie dépasse ou non le rebord des fausses côtes.

Nous verrons plus tard que la palpation est utilisée dans d'autres circonstances, telles que l'exploration de la poitrine au point de vue de l'existence d'un épanchement, l'exploration du péricarde, la recherche des tumeurs, etc.

II. La **Percussion**. Si l'on frappe de quelques coups répétés un corps quelconque, il se produit des sons variables selon que celui-ci est solide et compact, ou qu'il est imprégné de liquides ou de gaz ; si le corps que l'on fait ainsi résonner est une cavité, il y aura des différences également selon son contenu, la nature des parois, leur épaisseur, etc.

L'expérience prouve qu'en percutant certains organes à l'état normal, ils rendent des sons parfaitement distincts ; on les a appelés :

- Son clair*, pour les poumons ;
- Son tympanique*, pour l'estomac vide ;
- Son mat*, pour le foie.

TECHNIQUE DE LA PERCUSSION. On peut pratiquer la percussion immédiate, ou la percussion médiate.

a) La *percussion immédiate* se fait en frappant directement la surface explorée, au moyen des extrémités des quatre

doigts de la main droite, réunis sur la même ligne et recourbés à angle droit sur le métacarpe.

Ce procédé est défectueux : d'abord, le son qu'il donne est sourd ; ensuite, on ne sait pas l'appliquer avec assez de précision pour l'utiliser dans la délimitation des organes.

b) La *percussion médiate* se fait en interposant un corps entre la surface percutée et la main qui frappe. Elle se pratique soit au moyen d'instruments, soit par le secours des doigts seuls.

I. Dans la percussion à l'aide d'instruments, on se sert :

1° D'une plaque, généralement graduée, qu'on appelle plessimètre, laquelle est en métal ou en ivoire et revêt des formes diverses, soit celle d'un parallélogramme, soit celle d'un couvercle de boîte ronde ;

2° D'un marteau ordinairement en métal, dont l'extrémité est munie d'un petit tampon de caoutchouc.

Ces instruments présentent plusieurs inconvénients : la plaque ne s'adapte pas toujours intimement à la surface que l'on désire percuter ; dès lors, le son que l'on produit n'est pas exactement celui de la région explorée. De plus, les chocs du marteau sur la plaque, quelle qu'elle soit, donnent toujours naissance à un bruit étranger à celui des organes, et peuvent altérer ou tout au moins masquer les signes réels de la percussion.

On a cherché à obvier au premier inconvénient en confectionnant des plessimètres en forme de pont destinés surtout à éviter les saillies formées par les côtes à la paroi antérieure de la poitrine chez les sujets amaigris.

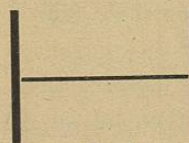


Fig. 1

II. L'autre procédé de percussion médiate n'exige aucun instrument. Ici, un doigt de la main gauche tient lieu de plaque plessimétrique, et l'on produit les

chocs au moyen d'un ou de plusieurs doigts de la main droite frappant directement le doigt de la main gauche. Ce procédé, qu'on appelle la *percussion digitale*, est infiniment supérieur au premier, et il est presque exclusivement employé aujourd'hui. Voici ses avantages : Le doigt plessimétrique s'adapte parfaitement à la surface explorée, et donne donc exactement la sonorité de cette dernière; il fournit des notions utiles sur l'élasticité des parois avec lesquelles il est en contact; enfin, le doigt percuteur ne produit pas de sons étrangers, et il est susceptible de plus de légèreté que le marteau dans les percussions délicates.

*Règles à suivre dans la percussion digitale :*

On appuie fortement un seul doigt de la main gauche *bien étendu* (l'index ou le médium), sur la partie que l'on veut percuter, de manière qu'il fasse *complètement corps avec elle*; puis, au moyen d'un ou de deux doigts de la main droite légèrement courbés (de préférence, le médium seul), on frappe de deux coups secs la seconde phalange du doigt plessimétrique, parfois même pour plus de netteté l'ongle et l'index.

On peut formuler ces indications en quatre règles :

1° Le doigt plessimétrique doit être bien étendu et intimement appliqué sur la surface que l'on percuter;

2° Le choc doit se faire *perpendiculairement* à cette surface;

3° Le choc doit être sec, c'est-à-dire que le doigt percuteur doit se relever *aussitôt que le choc est produit*; sans cela, il amortit le coup et éteint les vibrations;

4° Enfin, tout le mouvement doit se passer dans l'articulation du poignet, et non dans l'articulation du coude ou de l'épaule. Grâce à cette précaution, le choc peut être rendu plus court, et l'on peut mieux graduer son intensité, ce qui est très important.

En général, il faut percuter légèrement, et ne pratiquer la percussion forte que pour explorer des parties profondément situées.

Cela étant posé, voici comment on se sert de la percussion en topographie clinique : On percuter le long des lignes décrites plus haut, en ayant soin : 1° de placer le doigt plessimétrique perpendiculairement à ces lignes; 2° de frapper au niveau même des lignes au moyen du doigt percuteur. Dès que l'on perçoit une différence de sonorité, on trace une marque sur la peau, et ainsi l'on établit exactement les limites de séparation des organes dont le son n'est pas le même.

A ce propos, nous avons quelques remarques à faire. Si

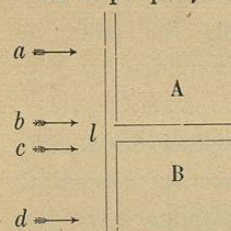


Fig. 2

l'on avait à percuter deux organes se trouvant en rapport comme l'indique la figure ci-contre, et que l'un d'eux, A par exemple, eût une sonorité claire tandis que l'autre, B, rendit un son mat, rien ne serait plus facile que de découvrir la ligne de démarcation des deux organes. En effet, la percussion four-

nirait le même caractère en *a* et en *b* d'une part, en *d* et en *c* d'autre part : la ligne de séparation se trouverait donc nécessairement entre *b* et *c*, c'est-à-dire en *l*.

Mais ce n'est pas ainsi que les choses se passent en réalité; les organes se recouvrent toujours plus ou moins, et, comme conséquence, les lignes de démarcation ne sont pas aussi faciles à trouver. Supposons, en effet, deux organes présentant les rapports représentés dans la figure 3; si A donne une sonorité tympanique et que l'on percuter en *a*, le caractère fourni sera tout à fait net, de même que

la percussion en *e* indiquera la sonorité exacte de B, la matité par exemple. Si l'on pratique la percussion en *d*,

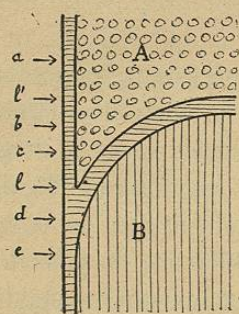


Fig. 3

il n'y aura encore aucun motif pour que le son obtenu soit altéré ; mais il en sera tout autrement si l'on percute le point *c* ; ici, la sonorité ne sera ni franchement claire comme en *a*, ni franchement mate comme en *e* et en *d* ; ce sera, si l'on veut, de la submatité, et celle-ci se modifiera encore à mesure que l'on se rapprochera du point *a*. Entre *a* et *d*, il y aura donc une série de transitions presque imperceptibles qui rendront très difficile, sinon impossible, la détermination du point *l*, correspondant à la limite anatomique, profonde, de l'organe B.

La recherche du point *l*, au contraire, ne présentera aucune difficulté, à la condition que l'on commence la percussion au niveau d'une région franchement mate, en *e* par exemple ; dès que la plus légère modification se produira dans la sonorité, on saura que l'on a dépassé le point *l* et qu'il se trouve immédiatement au-dessous.

On voit qu'il est très facile de trouver les limites superficielles des organes placés dans les conditions que nous venons d'indiquer ; ces limites sont toujours suffisantes en clinique, pour deux raisons : 1° elles n'exposent pas aux causes d'erreur comme la recherche des limites profondes des organes, car celles-ci varient nécessairement selon l'épaisseur du tissu interposé (entre l'organe mat et la paroi que l'on percute) ; 2° les limites superficielles se déplacent en même

temps que les limites profondes, en ce sens que si un organe est atteint d'hypertrophie, il refoule devant lui la lamelle qui le sépare de la paroi, et comme conséquence il augmente l'étendue de sa sonorité à la peau. Si l'organe B, par exemple, s'hypertrophiait, il repousserait la portion de A qui le recouvre et le point de contact qui se trouve en *l* pourrait être reculé jusqu'en *c* ou en *b*.

C'est dans ces conditions que se trouvent le foie et le cœur par rapport aux poumons. Nous reviendrons sur les détails concernant la percussion de ces deux organes, à propos de l'appareil digestif et de l'appareil circulatoire.

Terminons ces généralités sur la topographie clinique par quelques renseignements qu'il sera facile de retrouver dans la planche I.

1. Les mamelons sont situés généralement au-devant de la 4<sup>e</sup> côte, ou immédiatement au-dessous ; ils correspondent donc ordinairement au 4<sup>e</sup> espace intercostal.

2. La ligne intermamillaire mesure en moyenne 21 centimètres, chez l'adulte.

3. La ligne médiosternale, de la fourchette du sternum à la base de l'appendice xiphoïde, a une longueur moyenne de 18 centimètres.

4. La limite supérieure anatomique du foie arrive, sur la ligne mamillaire droite, à la hauteur du mamelon (bord inférieur de la 4<sup>e</sup> côte).

5. La limite clinique, ou bord supérieur de la matité

hépatique, longe le bord inférieur de la 6<sup>e</sup> côte droite jusqu'au niveau de la ligne mamillaire.

6. A partir du bord droit du sternum, la limite anatomique se confond avec la limite clinique et longe le bord inférieur du cœur.

7. Le bord antérieur, ou limite inférieure clinique du foie, ne dépasse pas le rebord des fausses côtes depuis la 10<sup>e</sup> côte jusqu'à la ligne parasternale; à partir de ce point, le bord inférieur se dirige vers la pointe du cœur.

8. La pointe du cœur bat généralement dans le 5<sup>e</sup> espace intercostal ou derrière la 5<sup>e</sup> côte, à égale distance de la ligne mamillaire et de la ligne parasternale gauches, et à 8 ou 10 centimètres de la ligne médiane.

9. Le bord droit anatomique dépasse notablement le bord droit du sternum, et se trouve généralement entre ce bord et la ligne parasternale du même côté.

10. Le bord droit *clinique*, c'est-à-dire la limite droite de la matité précordiale, s'arrête au bord gauche du sternum.

11. Le bord gauche anatomique s'étend de la pointe jusqu'au cartilage de la 2<sup>e</sup> côte.

12. Le bord gauche *clinique*, ou limite gauche de la matité précordiale, ne dépasse pas le bord supérieur du 4<sup>e</sup> cartilage costal, au niveau de son attache au sternum.

13. Le bord inférieur se confond avec le bord supérieur du foie, et se trouve sur une ligne allant de la pointe du cœur au mamelon droit.

14. Le bord inférieur<sup>1</sup> du poumon droit longe le bord inférieur de la 6<sup>e</sup> côte, du sternum jusqu'à la ligne mamillaire.

<sup>1</sup>Nous appelons bord inférieur du poumon une ligne passant au milieu de l'espace parcouru par le bord antérieur de la base du poumon, dans la respiration moyenne.

15. Son bord interne suit la ligne médiosternale jusqu'au 5<sup>e</sup> cartilage costal.

16. Le bord inférieur du poumon gauche part de la pointe du cœur, coupe la 6<sup>e</sup> côte au niveau de la ligne mamillaire, et se dirige en bas et en arrière.

17. Le bord interne du poumon gauche quitte la ligne médiosternale au niveau de la 3<sup>e</sup> côte, et se porte vers la pointe en coupant l'articulation du 4<sup>e</sup> cartilage costal avec le sternum.

18. Le bord supérieur et interne des poumons, au point de vue clinique, c'est-à-dire la projection à la peau de la limite interne des deux poumons, s'étend de la fourchette sternale à l'angle du cou et de l'épaule; cette ligne limite en dedans la région sus-claviculaire (en topographie clinique).

Les dimensions et les rapports plessimétriques des organes seront donnés plus loin dans l'étude des appareils spéciaux; nous avons voulu surtout désigner les grandes lignes topographiques qui permettent de retrouver rapidement les limites normales des organes à la paroi antérieure.

Si on voulait tracer ces limites physiologiques avant de commencer l'examen plessimétrique, il faudrait procéder de la manière suivante :

1<sup>o</sup> Déterminer le siège de la pointe du cœur;

2<sup>o</sup> Tracer une ligne légèrement concave en haut, puis convexe, se dirigeant de la pointe du cœur vers le mamelon droit;

3<sup>o</sup> D'un point situé sur la ligne médiosternale, au niveau de l'articulation du 3<sup>e</sup> cartilage costal, tracer une deuxième ligne courbe à concavité droite, passant par l'articulation de la 6<sup>e</sup> côte et longeant le bord inférieur de celle-ci jusqu'à la ligne mamillaire droite;

4° Du même point sur la ligne médiosternale, tracer une troisième ligne aboutissant à la partie supérieure de la pointe du cœur, contournant ensuite celle-ci pour se diriger obliquement en bas et en dehors, et couper la 6° côte au niveau de la ligne mamillaire gauche ;

5° Enfin, de la première ligne, au point où elle coupe la ligne parasternale gauche, tracer un S renversé, très allongé, dirigé en bas et à droite, et aboutissant par son extrémité inférieure à l'intersection du rebord des fausses côtes droites et de la ligne parasternale du même côté.

On aurait ainsi les limites normales de la sonorité pulmonaire, de la matité du cœur, de la matité hépatique, ainsi que du son tympanique stomacal qui caractérise l'espace de Traube.

Il y a à la paroi antérieure quelques régions cliniques qui méritent d'être signalées :

1° La région sus-claviculaire, limitée en dedans par les lignes *or*, *st* (planche I), en avant par la clavicule et en arrière par le bord externe du trapèze ; cette région permet d'explorer nettement le sommet du poumon ;

2° La région précordiale, pour l'examen du cœur ;

3° La matité hépatique, pour l'exploration du foie ;

4° L'espace de Traube, utile à connaître parce qu'il est limité par plusieurs organes importants (foie, cœur, poumon, rate : voir la planche I), et qu'il comprend, outre une portion de l'estomac, la *partie antérieure du cul-de-sac inférieur de la plèvre* ;

5° La région épigastrique, située sur la ligne médiane, à égale distance environ de la base de l'appendice xiphoïde et de l'ombilic ; cette région permet d'explorer l'estomac surtout dans sa portion pylorique ;

6° La fosse iliaque droite, correspondant au cæcum, ou origine du gros intestin ; et la fosse iliaque gauche, renfermant l'S iliaque située entre le côlon descendant et le rectum.

Nous verrons la topographie clinique de la paroi postérieure et des parois latérales lorsque nous étudierons les appareils que l'on explore dans ces régions.