

Exagération des vibrations thoraciques à la palpation, et exagération du murmure vésiculaire ou respiration puérile à l'auscultation.

Qu'il y ait un épanchement pleural abondant ou une pneumonie étendue, le lobe supérieur pourra se remplir d'une quantité d'air telle que la sonorité y sera notablement augmentée : c'est un phénomène de suppléance. On a donné à cette sonorité exagérée le nom de *bruit skodique* (du nom de Skoda qui l'a signalée le premier). Elle peut atteindre parfois l'intensité et le caractère du bruit de pot fêlé.

III. — PERCUSSION ET AUSCULTATION COMBINÉES POUR LA DÉLIMITATION DES ORGANES

Lorsqu'on veut limiter avec précision des différences de sonorité peu appréciables à l'oreille nue, on combine la percussion et l'auscultation de la manière suivante : on se sert d'un stéthoscope plein, en bois, de seize centimètres de longueur environ, présentant à l'extrémité auriculaire un pavillon, et terminé à l'autre extrémité par une surface légèrement arrondie, très étroite (d'un centimètre environ). On applique cet instrument au centre de l'organe à explorer et, pendant que l'on ausculte, on percute la région circonvoisine, de la manière ordinaire, jusqu'à ce que le son perçu soit modifié.

On peut aussi se servir, à cet effet, du *phonendoscope* du Dr Bianchi; les deux tubes acoustiques étant fixés dans les oreilles, on tient l'instrument de la main gauche et on l'applique assez fortement sur l'organe à délimiter, en un point où celui-ci se trouve le plus rapproché de la peau; puis, au moyen du pouce de la main droite, on pratique des frôlements ou des effleurages méthodiques, assez profonds, dirigés du centre

de l'organe vers sa limite périphérique, et coupant celle-ci perpendiculairement.

Chaque fois que le doigt dépasse l'organe, le bruit perçu dans le phonendoscope pendant le passage du doigt sur l'organe cesse de se produire ou change complètement; en marquant successivement ces différents points, on arrive à délimiter parfaitement l'organe en exploration. Si celui-ci est très étendu comme le foie, le côlon, etc., il faut, pour le dessiner complètement, placer le phonendoscope en plusieurs endroits.

IV. — PHONOMÉTRIE

Cette méthode consiste à faire vibrer un diapason et à le placer perpendiculairement sur la partie à explorer; plus celle-ci renferme d'air, plus le son du diapason sera renforcé (caisse de résonance); moins elle renferme d'air, plus le son sera affaibli (induration pulmonaire, épanchements).

Ce procédé ne vaut pas la percussion.

V. — AUSCULTATION DE LA RESPIRATION

1° Technique.

1. On ne doit ausculter à l'aide du stéthoscope¹ (auscultation médiate) que lorsqu'il est impossible de faire autrement (creux axillaire, région sus-clavière, etc.). Dans tous les cas, il faut appliquer le stéthoscope perpendiculairement à la surface que l'on examine, de manière que le contact soit le plus parfait possible; de plus, le stéthoscope ne doit pas être tenu à la *main pendant que l'on ausculte*.

¹ On se sert généralement de stéthoscopes creux en bois ou en caoutchouc durci; on en trouve encore des stéthoscopes à tube de caoutchouc flexible, mono- ou bi-auriculaires, de Constantin Paul.

2. L'auscultation ne peut jamais être pratiquée *au-dessus des vêtements*; il faut ausculter la poitrine à nu et n'admettre que l'interposition d'un linge mince et *non empesé*.

3. Le malade doit avoir une position naturelle et ne pas prendre de point d'appui par l'intermédiaire de ses membres supérieurs (éviter les contractions des muscles de la poitrine et de l'épaule).

4. Le malade doit respirer *par la bouche et sans faire de bruit*.

5. Il faut s'assurer que le malade respire aussi bien que possible, pour ne pas se méprendre sur l'*intensité* ou le *rythme* de sa respiration.

6. L'auscultation doit se faire *symétriquement*, et s'étendre à tout l'appareil respiratoire.

2° Auscultation à l'état normal.

Le murmure vésiculaire présente deux caractères : pendant l'inspiration, bruit doux, moelleux, continu ; pendant l'expiration, bruit très faible, à peine perceptible.

La durée de l'inspiration est un peu plus courte que celle de l'expiration; chez l'homme adulte l'inspiration est à l'expiration comme 6 : 7 ; chez la femme, l'enfant et le vieillard comme 6 : 8.

3° Points d'auscultation.

En arrière : La fosse sus-épineuse, la fosse sous-épineuse, la base des poumons ;

Latéralement : la région axillaire (le creux et la base) ; en avant : le triangle sus-claviculaire, la région sous-clavière, la ligne mamillaire jusqu'à la 6^e côte.

De la 6^e côte au rebord des fausses côtes, *zone silencieuse* (ne transmettant aucun bruit respiratoire) ; à droite, elle correspond à la face libre du foie ; à gauche, c'est

l'espace de Traube en rapport direct avec l'estomac (par l'intermédiaire du cul-de-sac inférieur de la plèvre gauche pour la moitié supérieure de l'espace ; voir la planche I).

4° Modifications pathologiques.

Le murmure vésiculaire peut subir un grand nombre de modifications.

Modifications du murmure vésiculaire ¹ .	I. Intensité.	{	1. Respiration forte.	
			2. » faible.	
			3. » nulle.	
	II. Rythme.	{	4. Respiration fréquente.	
			5. Inspiration saccadée.	
			6. Expiration prolongée.	
	III. Caractère.	{	7. Respiration rude.	
			8. » bronchique ou souffle tubaire.	
			9. » caverneuse ou souffle caverneux.	
			10. » amphorique ou souffle amphorique.	
IV. Bruits additionnels.	A. Râles.	{	Secs.	11. Râles ronflants.
				12. » sibilants.
				13. » crépitants.
	Humides.	14. Râles sous-crépita-		
		15. Râles sous-crépita-		
		16. Râles caverneux ou		
	B. Craquements.	{	Humides.	gargouillements.
				17. Craquements secs.
				18. » humides.
	C. Autres bruits.	{		
D. Frottement.	{			

5° Signification clinique.

I. — MODIFICATIONS D'INTENSITÉ.

1. Respiration forte, respiration supplémentaire, respiration puérile²

Elle indique qu'il y a une lésion importante *dans une autre partie de l'appareil respiratoire*, et que celle-ci *ne fonctionne pas*.

¹ Nous ne donnons ici que les modifications les plus importantes, en évitant les subdivisions trop compliquées en pratique.

² Ainsi nommée parce que la respiration est ordinairement *forte* chez les enfants.

2. **Respiration faible**

a) Avec augmentation de la sonorité : *emphysème pulmonaire* ;

b) Avec diminution de la sonorité :

Au sommet : *tubercules* ;

A la base : *épanchement* ;

Aux deux bases : *hydrothorax double*.

3. **Respiration nulle, absence du bruit respiratoire**

Pleurésie avec épanchement.

Atélectasie (pas de bruit de frottement).

II. — MODIFICATIONS DE RYTHME.

4. **Respiration fréquente**

Elle se rencontre dans toutes les affections graves de l'appareil pulmonaire.

5. **Inspiration saccadée**

Siégeant au sommet accompagnée de rudesse respiratoire et de diminution de la sonorité : *tuberculose* (l'inspiration est rendue difficile par adhérences pleurétiques du lobe supérieur).

Peut exister aussi :

Dans la *pleurésie chronique* avec adhérences ;

Dans la *pleurodynie* (à cause de la douleur) ;

Dans l'*asthme* (par action nerveuse).

6. **Expiration prolongée**

Se présente surtout au sommet, au début de la *tuberculose*.

III. — MODIFICATIONS DE CARACTÈRE.

7. **Respiration rude**

Lorsqu'elle existe au sommet de la poitrine, elle indique la *tuberculisation* au début.

8. **Respiration bronchique, respiration soufflante, souffle bronchique, souffle tubaire**

C'est l'intermédiaire entre la respiration rude et la respiration caverneuse ;

Elle a généralement un *ton plus élevé* que le murmure vésiculaire, même renforcé comme dans la respiration forte.

Siégeant au sommet et peu intense : *tubercules* à la première période.

Siégeant vers la base ou la partie moyenne du poumon, *faible*, et paraissant éloignée : *épanchement pleurétique* (il y a diminution de sonorité et absence de vibrations thoraciques dans toute l'étendue de l'épanchement ; bruit de frottement au-dessus de celui-ci).

Si elle est *intense*, paraissant superficielle, accompagnée de diminution de sonorité, et siégeant avec une égale intensité dans toute l'étendue de la matité : *hépatisation pulmonaire*. (vibrations thoraciques conservées ou augmentées, expectoration caractéristique, etc.).

9. **Respiration caverneuse, souffle caverneux**

Caverne pulmonaire (suite de fonte tuberculeuse ou d'abcès ou de gangrène, etc.).

Parfois, *dilatation bronchique*.

Dans ce dernier cas, symptômes généraux moins graves, expectoration spéciale (pas de fibres élastiques), etc.

10. **Respiration amphorique, souffle amphorique**

Se produit lorsqu'il existe une *caverne très étendue*, ou dans le *pneumothorax* avec fistule pulmonaire.

IV. — BRUITS ADDITIONNELS.

A. *Râles.*11. **Râles ronflants, ronflements, rhonchus bronchiques**

Ils peuvent s'entendre dans toute la poitrine et caractérisent le *catarrhe bronchique*.

12. **Râles sibilants, sifflements**

Même signification que les râles ronflants.

13. **Râles crépitants, crépitations, râles vésiculaires**

Ce sont des râles fins, ne s'entendant qu'à l'inspiration, et ne donnant pas l'impression d'un liquide traversé par de l'air; ce sont des râles secs.

Les râles crépitants à la base se manifestent surtout dans la *pneumonie* à la période d'engouement (accompagnés de diminution de sonorité et d'augmentation des vibrations thoraciques; ils sont suivis bientôt du souffle tubaire intense; ils reparissent enfin à la période de résolution: râles crépitants de retour).

Ils peuvent exister aussi dans l'*œdème pulmonaire* et dans la *congestion pulmonaire*.

Siégeant au sommet et en avant, ils indiquent une *pneumonie tuberculeuse*.

14. **Râles sous-crépitanants, râles muqueux fins, râles humides**

S'entendent à l'inspiration et à l'expiration.

S'ils siègent surtout aux bases: *bronchite*;

S'ils siègent seulement aux sommets, et plus particulièrement d'un seul côté: *tubercules à la période de ramollissement*.

15. **Râles sous-crépitanants gros, râles muqueux, râles sous-crépitanants à grosses bulles**

Même signification que les râles sous-crépitanants fins.

16. **Râles caverneux, gargouillements**

Ils se distinguent des râles sous-crépitanants gros ou à grosses bulles, en ce qu'ils sont accompagnés de respiration caverneuse.

S'ils siègent au sommet du poumon: *caverne tuberculeuse*.

B. *Craquements.*17. **Craquements secs**

S'entendent principalement aux sommets et indiquent la *tuberculose* au début.

18. **Craquements humides**

Ils sont consécutifs aux craquements secs et aboutissent aux râles muqueux ou aux gargouillements: *tubercules en voie de ramollissement*.

C. *Autres bruits.*19. **Les gémissements, les piaulements**

se produisant aux sommets (avec diminution de sonorité) indiquent la *tuberculose pulmonaire*.

D. *Frottement.*20. **Le bruit de frottement**

prend naissance dans la plèvre et s'entend surtout à l'inspiration; il est souvent saccadé, et varie de force depuis le

simple *frôlement* jusqu'au *raclement*; c'est un bruit superficiel; il ne se modifie point par la toux (ce qui le distingue des râles).

Il caractérise la *pleurésie sèche* (frottement rude);

Dans la *pleurésie avec épanchement*, il se manifeste à la limite supérieure de celui-ci et annonce la résorption du liquide épanché (contact des deux feuillettes de la plèvre).

Localisé au sommet, il indique une *pleurésie tuberculeuse*.

VI. — SUCCUSSION THORACIQUE

Moyen d'exploration qui consiste à imprimer une secousse à la poitrine du malade; on l'emploie lorsqu'on soupçonne l'existence d'un *hydropneumothorax*. Dans ce cas, on entend un *clapotement* particulier, soit à distance, soit en appliquant l'oreille contre la paroi thoracique.

VII. — AUSCULTATION DE LA VOIX

On fait compter le malade à haute voix (de 1 à 10, par exemple) pendant qu'on l'ausculte; il est bon de se boucher l'oreille opposée à celle que l'on applique sur la poitrine du malade.

A l'état normal, on entend un bourdonnement confus plus prononcé au niveau de la trachée et des grosses bronches (près du sternum, en avant; entre les omoplates et vers la partie supérieure de celles-ci, en arrière). Il est plus intense au sommet droit par suite du diamètre plus considérable de la bronche correspondante.

A l'état pathologique, on distingue principalement :

1. La bronchophonie;
2. La pectoriloquie;
3. L'égophonie.

1. Bronchophonie, voix tubaire

C'est une exagération parfois très forte du retentissement de la voix; elle se perçoit dans un espace assez étendu; elle est toujours accompagnée de respiration rude ou de souffle tubaire.

Elle s'entend surtout en arrière et en bas (en même temps que le souffle tubaire), dans la *pneumonie* (retentissement très fort);

Dans la même région mais plus faiblement, dans la *pleurésie avec épanchement*;

Plus rarement en haut et en avant (sous la clavicule), dans la *tuberculose*.

On peut l'entendre aussi dans la *dilatation bronchique*.

2. Pectoriloquie, voix caverneuse, voix articulée

La voix est aussi exagérée, mais nettement articulée; si l'on fait parler le malade à *voix très basse*, il se produit un chuchotement qui permet de comprendre parfaitement ce qu'il dit; le phénomène est très circonscrit, et il est accompagné ordinairement de gargouillements et de souffle caverneux.

La pectoriloquie siège généralement au sommet et indique l'existence d'une *caverne pulmonaire*; celle-ci fait l'office d'une caisse de résonance.

3. Égophonie (de *αἴε*, chèvre, et *φωνή*, voix), voix chevrotante, voix de Polichinelle

La voix est tremblotante, aiguë, semblant venir de très loin à travers un porte-voix métallique, ou ressemblant à celle d'une personne qui parlerait avec un jeton entre les

dents et les lèvres ; elle rappelle le bêlement d'une chèvre. Elle s'entend le plus souvent à la région moyenne et postérieure de la poitrine, dans le voisinage de l'angle inférieur de l'omoplate.

Elle caractérise l'épanchement pleural (pleurésie ou hydrothorax), et se perçoit à la limite supérieure de celui-ci.

Si elle apparaît dans le cours d'une pneumonie, elle indique une complication du côté de la plèvre (*pleuro-pneumonie*).

VIII. — AUSCULTATION DE LA TOUX

Lorsqu'on hésite si un phénomène se passe dans la plèvre ou dans le poumon (tissu pulmonaire ou bronches), on fait tousser le malade ; dans le premier cas, le bruit ne subit aucune modification *après la toux*.

A l'état normal, la toux provoque à l'auscultation un bruit sourd et confus.

A l'état pathologique, la toux présente certains caractères qui peuvent confirmer les renseignements fournis par la respiration et par la voix.

1. La toux tubaire ou bronchique

est très forte ; elle a la signification du souffle tubaire (*induration du tissu pulmonaire* ou *épanchement pleurétique*).

2. La toux caverneuse

produit un retentissement plus fort et plus creux que normalement. Elle indique une *caverne*.

3. Le tintement métallique

est un bruit éclatant, de courte durée, de timbre métallique,

qui se produit parfois pendant la respiration mais surtout pendant que le malade parle ou tousse ;

Il caractérise : Une *caverne très vaste* ;

Le *pneumothorax* ;

L'*hydropneumothorax*.