

de solidité. Mais c'est principalement quand le poumon est infiltré de tubercules, que l'induration est marquée et qu'une plus grande résistance se fait sentir.

Des indurations partielles produites par des apoplexies ou de simples exsudations cancéreuses et tuberculeuses se reconnaissent à la percussion, même lorsqu'elles sont profondément situées et recouvertes de portions saines. Si alors on se contente d'appuyer légèrement le plessimètre et de frapper de petits coups, il se produira un son tympanique, mais en appuyant plus fort et en frappant avec plus d'énergie, on obtient un son mat et circonscrit. Quand les indurations ont leur siège inférieurement, dans cette portion du poumon qui recouvre le foie, il faut beaucoup d'habitude pour les reconnaître à coup sûr. Les cavernes, lorsqu'elles sont larges et pleines d'air, rendent un son tympanique (fig. 28, 5); mais elles sont d'ordinaire plus ou moins remplies de

matières liquides et visqueuses et dans ce cas donnent lieu à de la matité.

Si la cavité pleurale contient seulement quelques cuillerées de liquide, on parviendra à le reconnaître en faisant mettre le malade sur son séant et l'examinant ainsi. On détermine facilement, dans cette position, la hauteur ou le niveau de l'épanchement qu'il est bon de noter tous les jours, en traçant une ligne au nitrate d'argent. Quand l'épanchement est unilatéral, l'augmentation de matité est plus facile à reconnaître. Celle-ci disparaît quand on fait prendre au malade une position telle que le liquide se déplace pour s'accumuler ailleurs et l'endroit qui était mat auparavant devient sonore (fig. 29). Lorsque l'épanchement remplit la cavité pleurale tout entière, il n'y a évidemment pas de limite à distinguer. Cependant, même dans ce cas, la matité diffère encore de celle du foie par une moindre sensation de résistance.

Quand le poumon est emphysémateux ou que de l'air a pénétré dans la plèvre, le son prend un caractère tympanique inusité. Cette exagération de la sonorité se rencontre dans une foule de circonstances qu'il est essentiel de ne pas ignorer. Ainsi la condensation qui résulte d'une pneumonie

Fig. 28. *Phthisie. — Atrophie du cœur et du foie. — Abstinence prolongée.* 1, cœur atrophié; 2, infiltration de tubercule du côté gauche; 3, même état du côté droit avec une caverne; 4, foie atrophié; 5, rate; 6, matité anormale de l'abdomen, par suite d'une abstinence prolongée (Piorry).

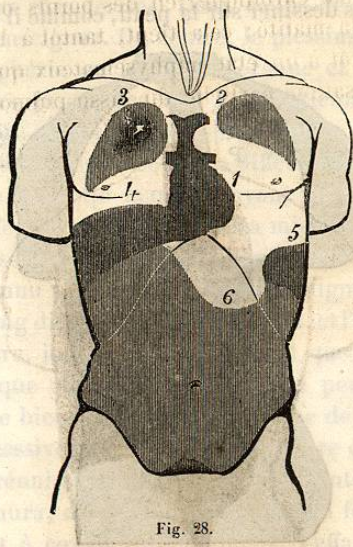


Fig. 28.

localisée à la partie postérieure, une pleurésie partielle, en refoulant l'air dans la portion antérieure de l'organe qui se trouve ainsi distendue anormalement, peuvent donner lieu à cette résonance extraordinaire. Le même effet se produit dans la phthisie chronique, en des points où l'on avait constaté antérieurement de la matité; cela tient, tantôt à la formation de cavités remplies d'air, tantôt à un état emphysémateux qui accompagne les cicatrices et la condensation partielle du tissu pulmonaire.

Quand on percute la poitrine, la bouche restant ouverte, on provoque fréquemment un bruit que Laennec a, le premier, comparé à celui que rend un pot fêlé, sur lequel on frapperait doucement. On réussit à l'imiter assez bien, en croisant la paume des deux mains l'une sur l'autre de manière à laisser un creux entre elles, puis en frappant sur le genou, le dos de la main située en dessous; il en résulte un bruit aigu particulier. J'ai entendu ce même bruit en percutant la poitrine dans des cas de pleurésie, de pneumonie et de phthisie, lorsque le poumon était congestionné, emphysémateux ou renfermait des noyaux apoplectiques; je l'ai même observé sur des poumons sains, lorsque, comme chez les jeunes sujets, les côtes étaient fort élastiques. Les conditions qui semblent favoriser la production de ce bruit sont : 1° une certaine quantité d'air enfermé de façon à rendre le tissu pulmonaire plus tendu; 2° la compression subite de cet air par un corps solide dans son voisinage; 3° la communication de cet air avec l'atmosphère extérieure. Ce bruit n'est donc caractéristique d'aucune lésion spéciale ni d'aucun état pathologique, comme serait une cavité dans le poumon, mais il décèle plutôt un état physique dont l'observation, si on sait judicieusement l'interpréter, sera souvent d'un grand secours pour reconnaître la nature de la maladie (1).

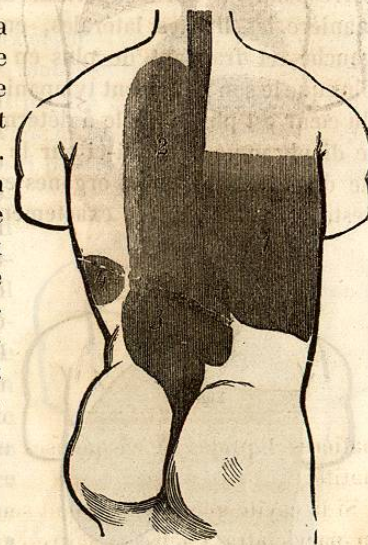


Fig. 29.

*Cœur.* — Le tracé des limites précises du cœur constitue la première difficulté, dans l'art de la percussion. M. Piorry commence par prendre le

(1) Voir un article de l'auteur intitulé: *Clinical Investigation into the Diagnostic value of the cracked-pot Sound.* Recherches cliniques sur la valeur diagnostique du bruit de pot-fêlé. (*Edinburgh medical journal*, mars, 1856.)

Fig. 29. *Pleurésie.* 1, côté droit, dans la position verticale; 2, côté gauche dans le decubitus sur le côté droit; 3, reins, le gauche est hypertrophié; 4, rate (Piorry).

son clair de la partie supérieure du sternum; puis il descend graduellement son plessimètre, jusqu'à ce qu'il arrive au son mat cardiaque. Pour moi, je préfère placer l'instrument, tout d'abord en dessous et un peu en dedans du mamelon gauche, où la matité est la plus intense; puis de le reporter en haut, en continuant de frapper avec le marteau, jusqu'à ce que j'obtienne la sonorité distincte du poumon; je le ramène ensuite vers le cœur et je marque l'endroit précis où la matité commence, ce qui correspond au bord supérieur de l'organe. Je détermine de la même manière les limites latérales, en portant le plessimètre à droite et à gauche, et frappant de plus en plus fort jusqu'à ce que je n'entende plus que le son nettement tympanique du poumon. La situation de la pointe du cœur est plus difficile à déterminer; en effet, comme elle repose sur le diaphragme et celui-ci sur le lobe gauche du foie, il n'est pas aisé de distinguer ces deux organes en cet endroit. Le volume du cœur, du reste, s'apprécie assez exactement d'après ses limites supérieure et latérales.

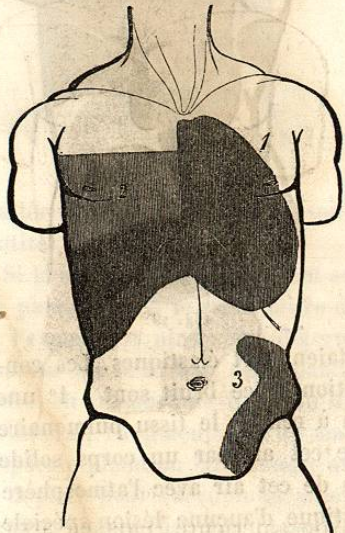


Fig. 30.

Chez la femme il faut faire relever le sein et le maintenir en dehors. On se rappellera que, dans la position normale, les oreillettes sont à droite et que les ventricules sont à gauche. Le volume du cœur à l'état physiologique diffère suivant les individus. On peut toutefois admettre, en règle générale, que si la matité transversale mesure plus de cinq centimètres il est hypertrophié: Piorry en a vu qui avaient au-delà de dix-sept centimètres de diamètre. Dans l'hydropéricarde on a observé que la matité siège plutôt à la partie supérieure du sternum que de l'un ou de l'autre côté. (Piorry, Reynaud.) Dans la péricardite la voussure se fait inférieurement (fig. 30, 1). Dans l'hypertrophie avec dilatation du ventricule droit, la matité s'étend vers la ligne médiane et parfois même la dépasse (fig. 31, 5). Dans l'hypertrophie analogue du ventricule gauche, la matité s'étend plus ou moins de ce côté, suivant l'augmentation de volume du cœur (fig. 31, 4, et fig. 52). Quand l'hypertrophie est concentrique, il n'y a que peu ou point d'augmentation de volume, mais la densité est considérablement accrue.

La présence de tubercules dans les parties du poumon qui entourent le cœur, des anévrismes ou d'autres tumeurs qui le compriment ou se

Fig. 30. Péricardite, pneumonie, et distension du rectum. 1, Péricardite. 2, Pneumonie séparable néanmoins de l'extrême matité du foie. 3, Rectum distendu par des matières. (Piorry.)

trouvent dans son voisinage; l'hypertrophie du foie, un empyème considérable, etc., etc., rendent parfois difficile et même impossible, la mesure exacte de la matité de cet organe. Les déplacements du cœur, produits par un épanchement pleurétique unilatéral le refoulant de l'autre côté, ceux occasionnés par la grossesse, par des tumeurs ovariennes ou par une ascite, qui le repoussent vers le haut, peuvent encore se constater par la percussion, surtout quand on parvient à reconnaître l'impulsion de la pointe, par la palpation ou l'auscultation.

*Foie.* — Pour trouver les limites de cet organe, on commence par appliquer le plessimètre du côté droit, là où la matité et la résistance sont le plus considérables. On le porte alors en haut jusqu'à ce qu'on distingue le son clair du poumon; puis on le ramène vers le bas et on marque la ligne du changement de son. Notons que celle-ci pourrait indiquer aussi bien le bord inférieur du poumon que la surface convexe du foie. En effet, puisqu'il y a là une mince lame de tissu pulmonaire qui descend au devant du foie, il faut s'assurer de la place où le son tympanique cesse inférieurement et cela en ne frappant que de petits coups, et en second lieu, fixer l'endroit où se termine la matité parenchymateuse à la partie supérieure, mais en redoublant la force de la percussion, de manière à ce que les vibrations se communiquent aux parties profondes. L'intervalle de ces deux lignes est plus large chez certains individus que chez d'autres, il est encore plus étendu à la partie postérieure où il faut aussi chercher plus profondément ces lignes de démarcation. En portant

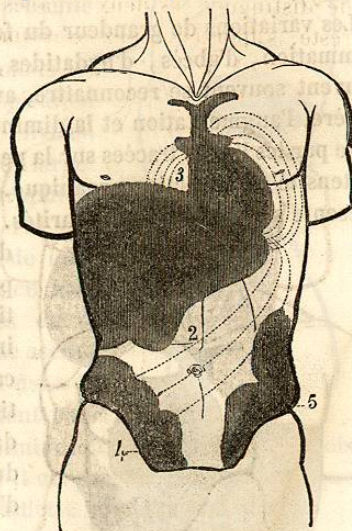


Fig. 31.

le plessimètre du côté droit vers la partie antérieure, puis en arrière vers la gauche du malade, on arrive à limiter le bord supérieur tout entier; on marque une ligne à l'encre sur la peau, excepté là où le foie vient en contact avec la pointe du cœur, par l'intermédiaire du diaphragme. Quant au bord inférieur il est d'habitude très facile à distinguer. Il est bon de se rappeler néanmoins que, de même qu'une lame de poumon descend au devant du foie, de même une mince couche de ce dernier se trouve du côté droit au devant de l'intestin.

Fig. 31. Hypertrophie du foie et du cœur. — 1, Foie hypertrophié; on l'a vu s'étendre aussi loin que les lignes pointillées l'indiquent sur l'abdomen. 2, Vésicule du fiel distendue. 3, Oreillette droite hypertrophiée — 1<sup>o</sup> ventricules hypertrophiés; 4, Cæcum rempli de matières. 5, Rectum et côlon descendant, également remplis (Piorry).

Il faut donc être sur ses gardes quand on veut en déterminer les limites inférieures; un coup de marteau un peu fort ferait entendre la résonance tympanique de l'intestin, à travers le tissu du foie. Le bord inférieur doit donc être percuté à l'inverse du bord supérieur. A mesure que l'on descend, il faut frapper moins fort. Néanmoins la limite inférieure du foie est en général facile à reconnaître tant il y a de contraste entre la sourde densité de celui-ci, et la résonance élastique des intestins et de l'estomac.

La limite supérieure de cet organe est généralement située à deux travers de doigt environ, en dessous du mamelon droit, en un point qui correspond à la 5<sup>e</sup> côte. Son bord inférieur descend jusqu'au niveau des cartilages costaux. La matité jécorale dans l'état normal s'étend généralement à cinq centimètres du côté gauche et mesure sept centimètres et demi de haut en bas et dix centimètres dans la région hépato-latérale. (Piorry).

Les variations de grandeur du foie qui dépendent de congestion, d'inflammation, d'abcès, d'hydatides, de tumeurs, d'atrophie, etc., etc., peuvent souvent se reconnaître, avec certitude, par la percussion. Dans l'ictère, l'augmentation et la diminution de cet organe, comme on le constate par les lignes tracées sur la peau, sont généralement en rapport avec l'intensité de l'affection organique. S'il y a des tumeurs, le bord inférieur présente souvent des irrégularités. S'il existait, dans les lobes inférieurs

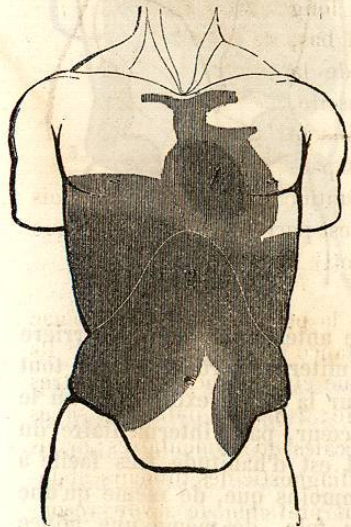


Fig. 52.

bord inférieur descendait jusque dans la fosse iliaque droite (fig. 52).

Fig. 32. *Hypertrophie du foie et de la rate dans la leucocythémie. — Cœur hypertrophié.* — 1. Hypertrophie du cœur avec dilatation. 2. Matité considérable, s'étendant à la plus grande partie de l'abdomen et dépendant de l'hypertrophie du lobe droit du foie, ainsi que de celle de la rate. (Empruntée en partie à Piorry.)

Lorsque la vésicule du fiel est distendue par la bile, ou bien renferme une certaine quantité de calculs biliaires, on peut facilement le reconnaître et délimiter la matité qui en résulte et qui a son siège au bord inférieur du foie, en avant et un peu sur le côté.

*Rate.* — La percussion de la rate exige que le malade soit couché sur le côté droit. Il vaut mieux faire cet examen avant qu'après le repas. A la partie antérieure, la sonorité de l'estomac et des intestins permet de trouver facilement le bord de la rate. En arrière, cependant, cet organe s'approche des reins, ce qui rend sa limite plus difficile à fixer. Les bords supérieur et inférieur se reconnaissent en frappant l'instrument avec une certaine force et suivant la règle (N° 10) de la page 65. Cet organe présente une grande résistance à la percussion.

A l'état normal, la rate ne dépasse jamais les fausses côtes, même pendant une inspiration profonde. Elle mesure, d'après Piorry, environ dix centimètres de long sur sept et demi de large. Certaines maladies ont pour effet de l'atrophier, d'autres d'en amener l'hypertrophie. Je l'ai vue atteindre au-delà de trente centimètres de long sur vingt de large et s'étendre en haut et en bas, comme l'indiquent les lignes pointillées de la fig. 55. Un épanchement pleurétique, une ascite, une pneumonie ou des dépôts tuberculeux dans le lobe inférieur du poumon gauche, rendent parfois difficile ou même impossible la délimitation de la rate. Toutefois quand on n'en peut distinguer la matité, il est permis d'en conclure que ses dimensions ne sont pas excessives. (Maillot.)

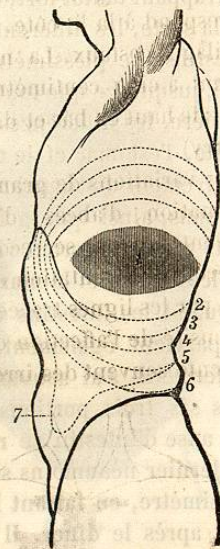


Fig. 55.

*Estomac et intestins.* — Les sons rendus à la percussion, par l'estomac et les intestins, sont de la plus haute importance pour le praticien. 1° Ils lui donnent le moyen de reconnaître la forme et les dimensions d'autres organes, tels que : le foie, la rate, la vessie; 2° ils lui indiquent si ces viscères renferment ou non des matières fécales ou alimentaires; 3° ils fournissent un élément important pour le diagnostic des tumeurs abdominales. Il est donc indispensable pour tout praticien de savoir reconnaître, suivant les circonstances, les différences de sonorité particulières à l'estomac, aux petits et aux gros intestins. Pour acquérir cette connaissance, il faut avoir en même temps celle de la position relative des diffé-

Fig. 33. 1. Rate légèrement hypertrophiée et légèrement refoulée en haut. Les lignes pointillées indiquent l'hypertrophie de l'organe dans certaines maladies. 7. Élongation de la rate à sa partie inférieure, dans la leucocythémie (d'après Piorry).

rents viscères abdominaux et des régions auxquelles ils correspondent. Ainsi, c'est habituellement le foie et non l'estomac qui occupe la prétendue région épigastrique, située juste au-dessous de l'appendice xyphoïde. Ce dernier organe, est même le plus souvent caché par les dernières côtes gauches, en dessous du cœur et de la base du poumon (fig. 1 et 2).

Quand on explore l'abdomen au moyen de la percussion, on doit appliquer le plessimètre, d'abord sous le cartilage xyphoïde, en l'y appuyant avec fermeté, puis descendre le long de la ligne médiane jusqu'au pubis, en frappant tantôt fort, tantôt légèrement avec le marteau. On distinguera de la sorte, les différents sons rendus par l'estomac, le côlon et les petits intestins. Le plessimètre sera ensuite promené sur l'un, puis sur l'autre côté, jusqu'à ce que toute la surface du ventre ait été parcourue. De cette manière, les différences de sonorité entre le cœur, le côlon ascendant à droite, l'estomac et le côlon descendant à gauche, seront perçues et respectivement distinguées de la résonnance rendue par les petits intestins. Les sons, ainsi que la résistance, seront modifiés suivant que les différents viscères seront vides ou remplis, comme on peut s'en assurer avec le plessimètre et le marteau, sur son propre corps.

Quand les intestins contiennent des liquides ou des matières solides, on parvient également à reconnaître et à délimiter les parties qui les renferment. J'ai souvent réussi à déterminer le bord interne du côlon dans ses trois portions ascendante, transverse et descendante. Parfois une anse d'intestin se rencontre entre la paroi abdominale et l'estomac. Ce dernier néanmoins se délimite facilement en appuyant un peu plus le plessimètre, en faisant boire ou manger le patient ou mieux en l'examinant après le dîner. Il est rare que l'intestin grêle ne rende point un son tympanique, et cela permet de le distinguer facilement de l'estomac et du gros intestin. La profondeur à laquelle siège une nodosité intestinale quelconque, sera appréciée assez exactement, d'après la force avec laquelle il faut appuyer le plessimètre et percuter, pour en tirer un son mat et tympanique.

Il serait superflu de signaler les nombreuses circonstances ou conditions morbides dans lesquelles la percussion de l'abdomen est appelée à rendre des services au praticien. Les déplacements et les variations de dimension de l'estomac ou des intestins; la hernie fémorale et crurale; les tumeurs mésentériques, ovariennes et autres; les adhérences et les épanchements péritonéaux sont fréquemment diagnostiqués et leurs limites établies au moyen d'une exploration attentive, à l'aide du plessimètre et du marteau. La percussion va même jusqu'à éclairer sur la nature des tumeurs, car elle fait sentir des résistances différentes, suivant qu'elle porte sur un fungus hématode, sur un squirrhe, un kyste, sur une tumeur osseuse, etc. Il faudrait bien se garder de confondre avec une tumeur quelconque des hypertrophies du foie et de la rate, l'utérus dans l'état de gestation, la vessie distendue, l'estomac rempli de matières alimentaires, etc. Il ne faut pas oublier non plus que, lorsque le patient est couché sur le dos,

l'estomac offre généralement à la percussion une certaine résonnance, tandis que dans la station debout, il donne ordinairement un son mat, à cause de la pesanteur de son contenu.

Il est souvent utile, dans la pratique, de savoir décider, si un lavement, ou un purgatif donné par la bouche, est ou non dans le cas d'opérer avec rapidité. Si, par exemple, on trouve de la matité dans la fosse iliaque gauche, sur le trajet du côlon descendant, on conclura que cette partie de l'intestin doit être remplie de matières fécales; un lavement est alors indiqué. Mais si la fosse iliaque gauche donne un son tympanique et la droite un son mat, un lavement ne saurait servir à grand'chose, attendu qu'il n'arrivera pas jusqu'au cæcum, c'est alors un purgatif par le haut qui conviendra (fig. 30 et 31).

Les épanchements liquides dans le péritoine sont susceptibles d'être étudiés avec une grande exactitude par la percussion. De même que dans la pleurésie ils offrent un niveau horizontal et un changement de position y produit les mêmes effets. Enfin, c'est encore un moyen de reconnaître le siège des distensions gazeuses dans l'abdomen. Si l'intestin renferme le gaz, la note tympanique sera partielle et limitée, mais si c'est la cavité du péritoine elle sera plus uniforme et se rencontrera dans toute son étendue (fig. 54).

*Reins.* — Pour faire la percussion des reins, le malade doit être couché sur le ventre et sur la poitrine. Cette position a l'avantage de faire écouler, vers les parties les plus déclives, tout liquide qui serait dans l'abdomen, pendant que les intestins viennent au contraire flotter à la partie la plus élevée. A la faveur de ces circonstances, la matité et la grande résistance qu'offrent les organes rénaux les font reconnaître tout d'abord (fig. 27 et 29). Le son clairement tympanique des intestins, qui se perçoit dans les deux flancs, permet de limiter avec facilité leur bord externe. Au côté interne, la matité se confond avec celle de la colonne vertébrale. L'augmentation de volume de l'un ou de ces deux organes,

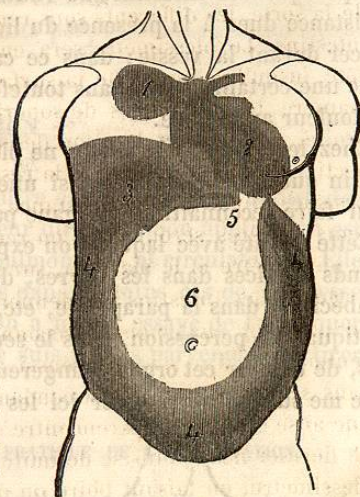


Fig. 34.

Fig. 34. Hydropisie de l'abdomen; hypertrophie du cœur et anévrisme. — 1. Anévrisme de la crosse de l'aorte du côté droit. 2. Hypertrophie du cœur, et principalement de l'oreillette droite. 3. Foie refoulé en haut. 4. Liquide ascitique, gravitant vers les parties déclives, le malade étant sur le dos. 5 et 6. Estomac et intestins à la partie antérieure et supérieure. (Piorry.)