

par suite de calculs, de néphrite scrofuleuse, de pyélite ou de toute autre maladie se reconnaît de cette manière, comme on le voit à gauche, dans la fig. 29. L'atrophie de ces organes est plus difficile à préciser, cependant une percussion habile permet de la découvrir.

Vessie. — C'est par la seule percussion que l'on doit explorer ce viscère lorsqu'il est plus ou moins distendu et qu'il s'élève au-dessus du pubis. On en distingue aisément le contour arrondi, d'une part, au son tympanique des intestins, de l'autre, à la matité et à l'augmentation de résistance dues à la présence du liquide. Une partie de l'intestin peut se placer devant la vessie; dans ce cas, il faut presser sur le plessimètre avec une certaine force, sans toutefois appuyer jusqu'à faire éprouver de la douleur au malade.

Chez les enfants, la vessie ne plonge pas aussi profondément dans le bassin que chez l'adulte, aussi une petite quantité de liquide suffit-elle pour faire reconnaître cet organe par la percussion.

Cette facilité avec laquelle on explore l'état de la vessie, rend les plus grands services dans les fièvres, dans l'apoplexie, dans le délire, dans l'imbécillité, dans la paraplégie, etc., etc. Il est arrivé plus d'une fois, en pratiquant la percussion, dans le seul but de s'assurer de l'état des intestins, de trouver cet organe dangereusement distendu.

Je me suis borné à noter ici les applications les plus usuelles et les

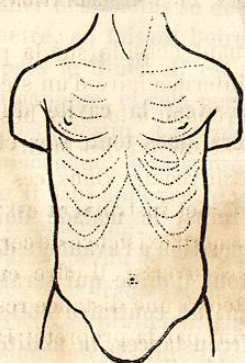


Fig. 55.

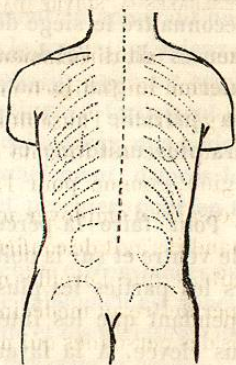


Fig. 56.

plus pratiques de l'art de la percussion, celles, en un mot, que chacun avec un peu d'étude et de zèle peut apprendre à bien pratiquer en quelques mois. Pour la description des points spéciaux, tels que la percussion du fœtus dans la matrice, la détermination exacte des oreillettes et des ventricules, des portions ascendante et transverse de la crosse de l'aorte, etc.,

Fig. 35 et 36. Contours linéaires des faces antérieure et postérieure du tronc; utiles pour consigner les résultats de la percussion et de l'auscultation.

je ne saurais mieux faire que de vous renvoyer aux admirables travaux de Piorry (1) et de Maillot (2).

Une méthode très commode pour noter les résultats de la percussion, consiste à marquer au crayon, sur un tracé linéaire du tronc, les différents contours et des ombres en rapport avec l'étendue et l'intensité de la matité constatée. Dans ce but j'ai fait faire de petits dessins de la face antérieure et postérieure du tronc (fig. 55 et 56). Ils sont en feuilles séparées et gommées par derrière, de sorte que l'on peut facilement les porter avec soi et les coller où l'on veut dans son carnet. Ces mêmes dessins peuvent servir également à marquer la position des bruits perçus à l'auscultation de la poitrine.

AUSCULTATION.

L'auscultation a pour objet de reconnaître et d'apprécier la nature des bruits divers qui se produisent à l'intérieur du corps. Son application est principalement utile pour les organes pulmonaires et circulatoires. Elle est encore appelée à rendre des services dans certains cas de grossesse et durant le travail de la parturition. On a même essayé de l'appliquer à la tête, mais je dois ajouter que je ne suis jamais parvenu à en tirer aucun parti.

RÈGLES GÉNÉRALES A SUIVRE DANS LA PRATIQUE DE L'AUSCULTATION.

L'auscultation se fait directement en appliquant l'oreille sur la partie soumise à l'examen, ou indirectement, avec l'intermédiaire d'un stéthoscope. En règle générale, l'auscultation directe répond à tous les besoins, sauf quand la surface est inégale ou si l'on veut limiter les bruits dans une petite région, comme pour l'auscultation du cœur. Dans ces deux cas, il est nécessaire d'employer un stéthoscope. Cet instrument est d'un bon service quand il s'agit de confirmer ou d'infirmer l'existence de certains bruits plus faibles que l'oreille nue aurait découverts. Il offre encore l'avantage de permettre au médecin de tenir la tête à une distance respectueuse du corps des personnes qui ne brillent point par la propreté. Enfin, chez les femmes c'est le procédé le plus convenable d'ausculter, au moins la partie antérieure de la poitrine. Sachez donc que le stéthoscope n'est qu'un moyen d'arriver à l'appréciation exacte des changements pathologiques, indiqués par certains bruits.

(1) De la percussion médiate, etc., Paris, 1828. Du procédé opératoire, Paris, 1831. De l'examen plessimétrique de l'aorte ascendante et de la crosse aortique, etc. *Archives gén. de méd.*, vol. IX, 1840, p. 431. — *On Percussion of the Uterus, and its Results in the Diagnosis of Pregnancy: Monthly Journal*, 1846-7, p. 857. — *Atlas de Plessimétrisme*, Paris, 1851.

(2) L. Maillot, *Traité de la percussion médiate*, etc., Paris. Traduit en anglais par le Dr Georges Smith, de Madras.

2. Dans le choix d'un stéthoscope, portez votre attention sur les points

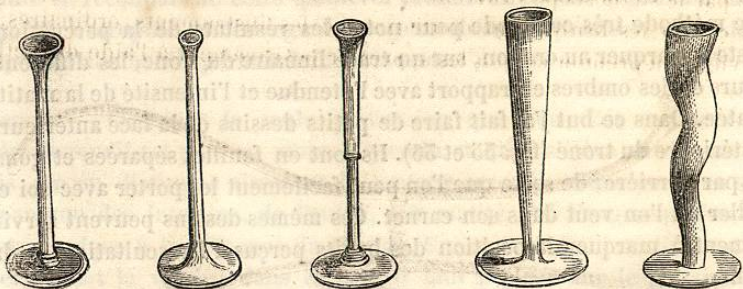


Fig. 37.

Fig. 38.

Fig. 39.

Fig. 40.

Fig. 41.

suivants : 1° l'embout auriculaire doit bien s'adapter à votre oreille ; 2° l'extrémité évasée du pavillon n'aura pas au-delà de trois centimètres et demi de diamètre, il doit être bien arrondi, afin de ne pas blesser la peau du malade ; 3° il sera léger et portatif.

Les instruments en gutta percha, fabriqués dans ces derniers temps, remplissent parfaitement ces conditions.

La forme des stéthoscopes varie à l'infini : ceux représentés par les fig. 37 à 39 sont les plus commodes. Leur pavillon est assez étroit et s'adapte mieux sur les

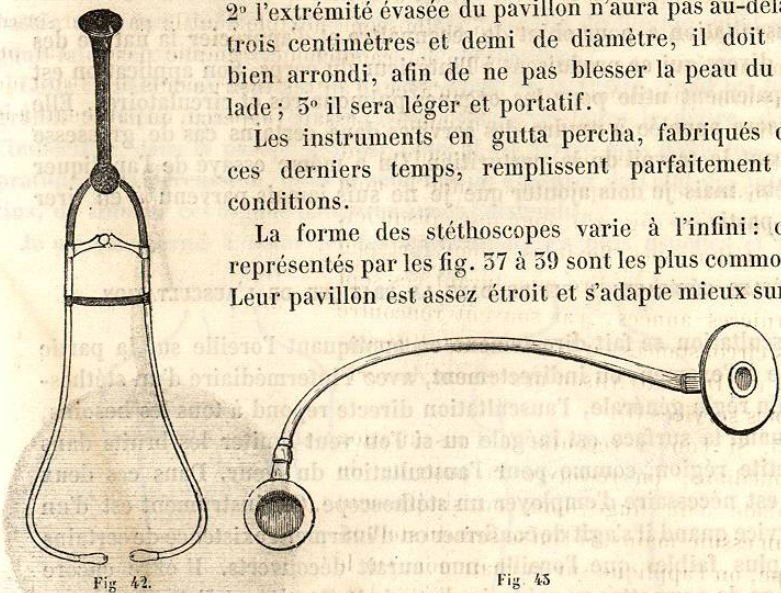


Fig. 42.

Fig. 43.

sujets amaigris ; ils permettent aussi de limiter avec plus d'exactitude les bruits du cœur. Les fig. 40 et 41 représentent des stéthoscopes qui m'ont été présentés par deux étudiants, avec l'idée que cette forme

Fig. 37 et 38. Stéthoscopes différemment évasés ; le plus étroit sert à l'auscultation du cœur et chez les sujets émaciés.

Fig. 39. Stéthoscope susceptible de raccourcissement, l'une partie rentre en se vissant dans l'autre.

Fig. 40. Stéthoscope imaginé en vertu de l'idée que cette forme conduit plus facilement le son.

Fig. 41. Stéthoscope imaginé en vertu de l'idée qu'une forme en spirale augmenterait l'intensité du son.

Fig. 42. Stéthoscope de Canman.

Fig. 43. Stéthoscope flexible.

pouvait donner plus d'intensité aux bruits. Quoi qu'il en soit, c'est là un résultat réalisé par l'instrument double de Canman (fig. 42), ainsi que par le stéthoscope différentiel du Dr Scott Alison (fig. 44). Dans bien des cas où les bruits sont douteux avec les instruments ordinaires, on parvient du premier coup à les apprécier positivement à l'aide du stétho-

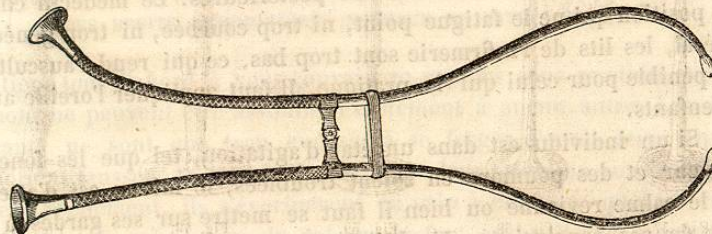


Fig. 44.

scope différentiel. Le Dr Scott Alison a trouvé que les bruits se renforcent davantage encore à l'aide d'un stéthoscope flexible dont le pavillon serait remplacé par une vessie flasque en caoutchouc, remplie d'eau. J'ai pu m'assurer moi-même que, lorsqu'avec d'autres instruments un bruit de friction ou de crépitation par exemple, passait inaperçu, on parvenait à le distinguer du premier coup, en employant cet instrument, auquel on a donné le nom d'*hydrophone* (fig. 45). Bien que, jusqu'ici, ces stéthoscopes flexibles soient fort peu en usage, je dois dire que durant ces sept dernières années, j'ai souvent rencontré des circonstances où l'instrument différentiel du Dr Scott Alison m'a rendu de véritables services (1).

5. Si l'on a recours à l'auscultation immédiate, on recouvre la poitrine du malade d'un linge doux ou simplement d'un essuie-mains. Si l'on se sert du stéthoscope, on l'applique sur la chair nue. On le maintient, à l'aide du pouce et de l'index, disposés immédiatement au-dessus du pavillon, et en pressant avec assez de force. Les autres doigts serviront à s'assurer si l'instrument est partout exactement appliqué ; cette condition est essentielle.

4. La position du malade doit varier suivant la partie soumise à

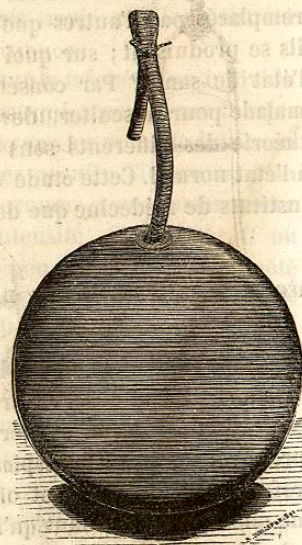


Fig. 45.

(1) Voir l'excellent ouvrage du même auteur : « *The Physical Examination of the Chest in Pulmonary Consumption*, etc. London, 1861. »

Fig. 44. Stéthoscope différentiel du Dr Scott Alison.

Fig. 45. Hydrophone du Dr Scott Alison.

l'examen. Pour ausculter la partie antérieure de la poitrine, il est indifférent qu'il soit debout ou couché; les bras seront placés symétriquement le long du corps. Pour examiner la partie postérieure de la poitrine, il devra se pencher un peu en avant et tenir les bras croisés. L'auscultation de l'abdomen exige des attitudes variables, suivant qu'il s'agit d'examiner les régions antérieures, latérales ou postérieures. Le médecin choisira une position qui ne le fatigue point, ni trop courbée, ni trop gênée. En général, les lits de l'infirmierie sont trop bas, ce qui rend l'auscultation fort pénible pour celui qui la pratique. Il faut appliquer l'oreille au dos des enfants.

5. Si un individu est dans un état d'agitation, tel que les fonctions du cœur et des poumons en soient troublées, le mieux est d'attendre que le calme revienne ou bien il faut se mettre sur ses gardes à l'endroit de ses conclusions. L'oubli de cette règle a produit beaucoup d'erreurs.

6. Avant d'examiner les malades à l'hôpital, il faut que vous soyez d'abord familiarisés avec les bruits qui s'entendent à l'état normal. En agir autrement serait non-seulement entreprendre une tâche inutile, mais faire preuve de mauvais cœur. En effet, ce n'est que par les modifications que subissent les bruits de l'état normal, ou parce qu'ils sont remplacés par d'autres que l'on parvient à juger de l'état de l'organe où ils se produisent; sur quoi donc se baser, si l'on ignore leur caractère à l'état de santé? Par conséquent, tout élève, qui s'approche du lit d'un malade pour ausculter, devra préalablement connaître le caractère et la théorie des différents sons qui se produisent à l'intérieur des organes à l'état normal. Cette étude est plutôt du domaine de la physiologie et des Instituts de médecine que de celui du cours de clinique.

RÈGLES SPÉCIALES A SUIVRE DANS L'AUSCULTATION DES ORGANES PULMONAIRES.

1. Dans l'auscultation des bruits occasionnés par le fonctionnement des poumons, il faut observer trois points : 1° la respiration naturelle; 2° la respiration forcée ou exagérée; 3° la résonance de la voix. A cet effet, après avoir examiné la respiration normale, on dit au patient de faire une profonde inspiration dont on observe le caractère; on lui adresse alors une question et, pendant qu'il parle, on juge de la résonance de sa voix.

2. L'examen se commence immédiatement sous la clavicule, vers son milieu. Après y avoir reconnu la nature des bruits et le caractère de la résonance de la voix, on passe immédiatement au point correspondant de l'autre côté. On continue ainsi, en allant d'un côté à l'autre sur les points analogues, jusqu'à ce que toute la face antérieure de la poitrine ait été explorée. La même chose se répète pour la face postérieure.

3. Si durant l'examen, on découvre quelque part une particularité qui s'écarte de l'état normal, on doit redoubler d'attention en cet endroit et

tout autour jusqu'à ce qu'on se soit bien rendu compte des faits relatifs à la lésion.

4. Parfois il sera encore utile de faire tousser le malade. On aura ainsi l'occasion de juger : 1° de l'inspiration forcée, puisqu'elle précède la toux, 2° de la résonance produite par la toux elle-même.

DES BRUITS RESPIRATOIRES NORMAUX ET PATHOLOGIQUES.

Je tiens tout d'abord à vous convaincre que les sons produits par les poumons ne peuvent être assimilés exactement à aucun autre. Les commençants ne sont que trop exposés à se forger d'après leurs livres, des notions fausses. Au lieu de prêter toute leur attention aux bruits qui existent réellement, ils s'évertueront en vain à entendre quelque chose d'analogue à la crépitation du sel sur le feu, au bruit que provoque le froissement des cheveux, au pétilllement de la bière qui mousse ou à divers autres bruits, auxquels on a comparé certains râles pulmonaires. Des notions ainsi préconçues s'opposent fréquemment à la perception de la vérité, aussi est-il nécessaire de s'en débarrasser d'abord, avant d'être apte à juger de la réalité des choses. Il importe donc au plus haut point, que vos premières impressions concernant les bruits qui s'entendent à l'auscultation, proviennent, non de vos livres, mais qu'elles aient été prises dans la nature vivante même.

Si vous placez le stéthoscope sur le larynx ou sur la trachée d'un individu bien portant, vous distinguerez deux sons : l'un qui accompagne l'inspiration et l'autre, l'expiration. On les a désignés sous les noms de *bruits* ou de *murmures laryngé et trachéal*. Si vous portez ensuite l'instrument un peu à droite ou à gauche de la poignée du sternum, vous remarquerez les mêmes bruits, mais ils ont diminué d'intensité. C'est le *bruit* ou *murmure bronchial*. Enfin si vous auscultez un peu au-dessous et au côté externe du sein, du côté droit, ou bien en arrière, au niveau du lobe inférieur des deux poumons, vous y remarquerez deux murmures très légers. Celui qui accompagne l'inspiration est beaucoup plus distinct que celui de l'expiration. Certains auteurs même, à cause de l'excessive finesse de ce dernier, ont prétendu qu'il n'existe pas de murmure expiratoire à l'état normal; c'est une erreur. Ces deux bruits constituent les *murmures respiratoires vésiculaires*. Une respiration forcée exagère tous ces différents sons, mais ils conservent toujours un caractère moelleux à l'état normal. Recommencez vos investigations dans les mêmes endroits, pendant que le sujet parle, vous remarquerez un retentissement particulier de la voix qui a reçu dans le premier cas la dénomination de *pectoriloquie* et dans le second celle de *bronchophonie*; dans le troisième, il est à peine perceptible. Il est donc de toute nécessité, pour reconnaître et apprécier justement les murmures qui peuvent se produire à l'état morbide, d'étudier préalablement toutes ces circonstances et de se mettre en état d'interpréter ces bruits.