

Ces signes peuvent être appréciés par quatre modes d'exploration auxquels, en clinique, il convient d'avoir recours dans l'ordre que nous indiquons : ce sont l'inspection, la palpation, la percussion, l'auscultation.

L'inspection révélera l'existence des déformations du thorax.

La palpation apprendra l'état des vibrations thoraciques.

La percussion indiquera l'état de la sonorité du thorax.

L'auscultation permettra d'apprécier les altérations d'intensité, de rythme, de caractère, du murmure respiratoire ; l'existence des bruits anormaux (râles et bruits de frottement) ; les altérations du retentissement de la voix (bronchophonie, égophonie, pectoriloquie, voix amphorique), celles de la toux (toux bronchique, caverneuse, tubaire) ; le tintement métallique.

A côté de ces signes fournis par l'examen direct de la poitrine, viendra l'étude des troubles fonctionnels, tels que la dyspnée, la toux, les crachats, la douleur de côté, la fièvre, etc.

C'est dans cet ordre que nous allons procéder à l'étude des signes fournis par l'appareil respiratoire.

TABLEAU DES SIGNES FOURNIS PAR L'EXAMEN DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

I. — Signes fournis par l'inspection.

Déformation du thorax { Dilatation générale.
Voussure.
Dépression.

II. — Signes fournis par la palpation.

Vibrations thoraciques.
Tension des parois thoraciques.

III. — Signes fournis par la percussion.

Diminution du son. — Submatité, matité.
Exagération du son. — Son clair, tympanique.
Altérations du son. — Bruit métallique, bruit de pôt fêlé.
Modifications de l'élasticité.

IV. — Signes fournis par l'auscultation.

A. Auscultation de la respiration.

- | | | | | | |
|---|---|--|--------------------------------|---|-----------------------------|
| 1 ^o Altérations d'intensité. | } | Respiration forte ou puérile. | } | Respiration faible. | |
| | | Respiration nulle. | | | |
| 2 ^o Altérations de rythme. | | Respiration saccadée. | | | |
| | | Respiration lente. | | | |
| | | Respiration prolongée. | | | |
| 3 ^o Altérations de caractères. | } | Respiration rude. | } | Respiration bronchique ou tubaire. — Souffle tubaire. | |
| | | Respiration caverneuse. — Souffle caverneux. | | | |
| | | Respiration amphorique. — Souffle amphorique. | | | |
| 4 ^o Altérations par bruits anormaux. | } | 1 ^{er} genre. — Bruits de frottement. | } | Râles secs ou sonores. | |
| | | 2 ^e genre. — Râles. | | } | Râle sibilant. |
| | | | | | Râles humides ou bulbaires. |
| | | | | Râle crépitant. | |
| | | | | — sous-crépitant. | |
| | | | | — muqueux. | |
| | | | Gros râles ou gargouillements. | | |
| | | 3 ^e genre. — Tintement métallique. | | | |

B. Auscultation de la toux et de la voix.

Bronchophonie.
Égophonie.
Voix et toux caverneuses.
Voix et toux amphoriques.

V. — Troubles fonctionnels et symptômes généraux.

Dyspnée.
Toux.
Crachats.
Douleur de côté.
Fièvre.
Rougeur des pommettes, etc.

Diagnostic des affections de poitrine.

I. — Signes fournis par l'inspection de la poitrine.

L'inspection de la poitrine permet d'en apprécier les déformations : ces déformations sont tantôt une dilatation générale, tantôt une dilatation partielle ou voussure, tantôt une dépression.

1° **Dilatation générale.** — La dilatation générale de la poitrine est rare et difficile à apprécier, à moins qu'elle ne soit irrégulière et asymétrique.

2° **La dilatation partielle ou voussure** est au contraire assez fréquente et se rencontre dans plusieurs régions du thorax (régions sus et sous-claviculaires, parties latérales du sternum, base du thorax, etc.) ; elle forme un relief plus ou moins accentué sans limites bien précises, ou bien c'est tout un côté de la poitrine qui paraît plus gros, plus arrondi¹.

En général, les *excursions thoraciques* présentent moins d'ampleur au niveau des parties dilatées que dans les parties saines.

Les déformations du thorax peuvent se rattacher au *rachitisme* ; on sait, en effet, que, sous l'influence du ramollissement général du tissu osseux, les côtes n'ont pas la force de résister à la pression atmosphérique, elles se laissent déprimer latéralement ; il en résulte une projection du thorax en avant, un aplatissement latéral de la poitrine, une série de nodosités disposées en chapelet sur les côtés du sternum, etc.

Le rachitisme étant écarté, une dilatation ou voussure de la poitrine peut se rattacher à l'*emphysème* ou à une *pleurésie avec épanchement*, ou à un kyste hydatique de la convexité du foie, etc.

L'*emphysème* peut dilater tout le thorax et lui donner une forme globuleuse, mais il ne produit ordinairement qu'une voussure limitée aux régions sus ou sous-claviculaire ; à ce niveau, la sonorité est exagérée, le bruit vésiculaire affaibli ou rude, etc. etc.

La *pleurésie avec épanchement* détermine la dilatation des parties les plus déclives, c'est-à-dire de la base du thorax ; à ce niveau, le son est mat, la respiration ne s'entend pas, etc.

Le *pneumothorax* produit aussi une ampliation marquée

1. Lasèque conseille de mesurer la base du thorax à l'aide des deux mains disposées en compas et placées l'une en avant, l'autre en arrière.

d'une moitié du thorax, qui présente une sonorité exagérée, parfois métallique.

La dilatation du thorax a encore été signalée dans les *congestions pulmonaires*, les *bronchites chroniques*, la *pneumonie*, etc., mais elle y est bien rare, bien moins prononcée et bien moins caractéristique que dans les maladies précédentes¹.

3° La **rétraction** du thorax, toujours partielle, se traduit par une dépression dont on peut apprécier l'étendue en la comparant au côté sain.

La rétraction du thorax ne se rencontre que dans la *pleurésie chronique* et la *phthisie*.

La *pleurésie* avec épanchement produit, ainsi que nous l'avons vu, une dilatation du thorax ; si cet épanchement se résorbe rapidement, le poumon comprimé reprend son volume au fur et à mesure que le liquide diminue et alors la paroi du thorax et les organes déplacés reprennent leur situation physiologique ; mais si la résorption de l'épanchement se fait avec lenteur, si le poumon refoulé et aplati contre la colonne vertébrale se trouve enfoui sous de fausses membranes inextensibles, il ne peut reprendre son volume primitif au moment où l'épanchement diminue ; la paroi thoracique doit donc s'affaisser, se déprimer pour aller à la rencontre du poumon et satisfaire à cette *tendance au vide* que crée dans la cavité pleurale la résorption de l'épanchement².

Dans la *phthisie*, il est ordinaire de rencontrer un rétrécissement de la partie supérieure du thorax, ce qui donne à la clavicule un relief exagéré ; ce retrait est dû au ratatinement du sommet du poumon, à la rétraction des fausses membranes pleurétiques, etc.

1. Woillez, qui a insisté sur ces dilatations, a imaginé un instrument propre à les mesurer : c'est le *cyrtomètre*, qui n'est pas entré dans la pratique.

2. La rétraction des néo-membranes joue encore un rôle actif dans la production de ce retrait. — La tendance au vide créée par la disparition du liquide est satisfaite, non seulement par le retrait de la paroi thoracique, mais encore par l'ascension du foie, la déviation du cœur, etc.