

sonorité naturelle du thorax se trouve diminuée dans des conditions diverses qui peuvent se grouper sous trois chefs :

1^o Lorsqu'un épanchement liquide s'est effectué dans la plèvre ; — 2^o Lorsque la densité du tissu pulmonaire est accrue ; — 3^o Lorsqu'il s'est formé dans la poitrine des tumeurs, etc.

1^o *Épanchements pleuraux.* — La pleurésie avec épanchement est une des causes les plus ordinaires de la matité thoracique. Trois cas peuvent se présenter : — l'épanchement est très peu abondant et il est disposé en nappe à la surface du poumon ; dans ce cas, il peut y avoir de la *submatité*, mais il arrive souvent que la pression légère exercée sur le poumon augmente les vibrations de l'air qu'il renferme au point de déterminer un son tympanique ou tout au moins très clair¹ ; — l'épanchement est plus abondant, il obéit alors à l'action de la pesanteur (à moins qu'il n'en soit empêché par d'anciennes adhérences pleurales) et s'accumule en arrière et vers la base du thorax ; c'est là que la percussion révèle sa présence par un *son complètement mat* dont la limite supérieure, oblique d'arrière en avant, a la forme d'une courbe ; en même temps le doigt qui percute éprouve une sensation de résistance proportionnelle à la masse du liquide ; de plus, la percussion pratiquée au-dessous de la clavicule donne un *son tympanique* (Skoda) ou du moins très clair ; — l'épanchement est considérable, il occupe toute la cavité pleurale : la *matité est absolue* dans une moitié de la poitrine ; — dans les épanchements moyens siégeant à gauche, on trouve en percutant en avant, au niveau des fausses côtes, que la sonorité tympanique, qui existe normalement à ce niveau (*espace semi-lunaire* de Traube) est due à la présence de l'estomac et est conservée ; dans les grands épanchements, ce tympanisme fait place à de la matité. — On devra encore percuter sous la clavicule et on trouvera souvent que la sonorité est exagérée ; dans les

1. Ce cas est assez rare ; mais il apprend que la percussion doit être pratiquée avec une force variable, car une percussion forte traverse une mince couche de liquide et peut faire vibrer le poumon s'il est encore perméable.

grands épanchements, on trouve de la matité sous-claviculaire. Le tympanisme sous-claviculaire, qu'on peut rencontrer quelquefois dans la pneumonie, a été attribué — soit à une condensation du poumon favorable à la vibration de l'air qu'il renferme (Skoda), — soit à la distension des vésicules et à l'accumulation, dans un point encore perméable, de l'air qui ne peut pénétrer dans les divisions bronchiques oblitérées par l'épanchement pleural ou l'infiltration fibrineuse (Hardy), — soit enfin à l'ébranlement plessimétrique de la colonne d'air renfermée dans la trachée et les bronches.

2^o *Augmentation de densité du tissu pulmonaire.* — La *pneumonie*, augmentant la densité du tissu pulmonaire, diminue la résonance du thorax, mais elle ne détermine guère qu'une *submatité*, très appréciable pourtant lorsqu'on la compare à la sonorité des parties saines.

Les *tubercules* obscurcissent également le son, mais à des degrés très divers. Cette matité peut même s'observer au niveau des cavernes, car leurs parois, formées par des tissus indurés tapissés de fausses membranes, ne permettent pas à la percussion de faire vibrer l'air qu'elles renferment ; cependant si la caverne est très vaste, absolument vide, et en contact immédiat avec la paroi thoracique, la percussion, pratiquée à son niveau donne de la sonorité.

Les foyers d'*apoplexie pulmonaire* ou de *gangrène* diminuent la sonorité du thorax, mais à la condition d'occuper tout à fait la surface du poumon.

3^o *Tumeurs.* — *Corps étrangers.* — Les tumeurs intra-thoraciques, les dépôts de fausses membranes dans la plèvre donnent lieu à une matité plus ou moins complète.

Exagération de la sonorité. — Son clair, tympanique.

— L'exagération de la sonorité s'observe, ainsi que nous venons de le voir, au-dessous de la clavicule, dans les cas d'épanchements pleuraux moyens ou de pneumonie. Elle est surtout remarquable et constante dans l'*emphysème*, au niveau des parties dilatées, et dans le *pneumothorax*.

Altérations du son. — Bruit de pot fêlé. — Bruit métallique. — Le bruit de pot fêlé s'entend lorsqu'on percute la poitrine au niveau d'une *vaste caverne* placée superficiellement¹; il a encore été signalé dans certains épanchements pleurétiques sans la moindre excavation. Dans les deux cas, il se produit au-dessous de la clavicule.

Le bruit métallique ou bruit d'airain a été observé dans les mêmes circonstances et surtout dans le pneumothorax.

Modifications dans l'élasticité des parois thoraciques. — L'élasticité des parois thoraciques suit les modifications de la sonorité : ainsi le doigt qui percute éprouve une sensation d'élasticité très nette lorsque le son est très clair, tandis qu'il éprouve une sensation de résistance lorsque le son est mat.

IV. — Signes fournis par l'auscultation.

a) AUSCULTATION DE LA RESPIRATION.

Le bruit respiratoire peut être modifié : — A. dans son *intensité*; — B. dans son *rythme*; — C. dans ses *caractères*; — D. il peut être altéré ou remplacé par des *bruits anormaux*.

A. Altérations d'intensité. — La respiration peut être *forte, faible ou nulle*.

1° La *respiration forte, pénible ou supplémentaire* est caractérisée par une intensité exagérée du bruit respiratoire qui conserve cependant sa régularité et son moelleux; elle indique une altération pulmonaire située ailleurs que dans le point où on l'entend, altération qu'elle cherche à suppléer par une activité respiratoire exagérée².

1. Le bruit de pot fêlé paraît être produit par la transmission, à l'air contenu dans la trachée et les grosses bronches, des vibrations de l'air contenu dans la caverne : il faut, pour le produire, percuter à coups secs, au-dessous de la clavicule, pendant que le malade tient la bouche entr'ouverte.

2. Ainsi dans la pleurésie ou la pneumonie, la respiration du poumon sain est souvent puérile.

2° La *respiration faible ou nulle* consiste dans une diminution dans l'intensité du bruit respiratoire, ou dans son absence complète.

Cette diminution peut tenir à deux causes : ou bien le bruit respiratoire se produit avec moins de force, ou bien il est transmis moins parfaitement à l'oreille.

Le bruit respiratoire se produit avec moins de force dans la *pleurodynie*, l'*emphysème*, les *tubercules*, le *rétrécissement du larynx*, celui des *bronches* comprimées par une tumeur ganglionnaire, anévrysmale ou autre.

Le bruit respiratoire est transmis moins parfaitement, ou n'est plus transmis du tout à l'oreille, lorsque le poumon est éloigné des parois thoraciques par un *épanchement d'air ou de gaz dans la plèvre*, par des *fausses membranes*, par une *tumeur*, etc.

Les maladies qui ordinairement affaiblissent le bruit respiratoire sont donc l'*emphysème*, les *tubercules*, la *pleurodynie* et les épanchements pleurétiques peu abondants. Si la faiblesse de la respiration coexiste avec une sonorité exagérée, une voussure, elle indique l'*emphysème* ou le *pneumothorax*; si elle coexiste avec de la matité ou de la submatité, elle indique des *tubercules* ou un *épanchement pleural*. Cette faiblesse avec matité est-elle limitée au sommet du poumon, s'accompagne-t-elle de rudesse, de craquements, d'exagération des vibrations ! elle indique un *épanchement pleurétique*. Si la faiblesse du bruit respiratoire coexiste avec une sonorité normale et avec une douleur des parois thoraciques, augmentant par les mouvements respiratoires et la pression, il y a *pleurodynie*.

La *respiration nulle* indique presque constamment un *épanchement pleurétique*.

B. Altérations de rythme. — La respiration peut être *saccadée*, comme dans la *pleurodynie*, l'*asthme*, etc. ; elle peut être *fréquente*, ainsi que cela s'observe dans la plupart des maladies respiratoires (voy. *Dyspnée*) ; enfin l'*expiration peut être prolongée*.

L'*expiration prolongée* est un des signes les plus propres à faire reconnaître le *premier degré de la tuberculose*¹.

1. On ne doit pas oublier qu'au sommet du poumon droit, en