

Quand la paralysie est unilatérale, la corde saine peut, pour rejoindre l'autre, dépasser le plan médian.

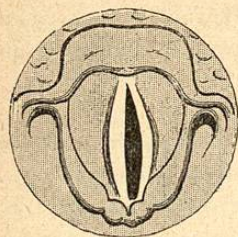


FIG. 152. — Paralysie du récurrent gauche. (Dieulafoy.) — Aspect pendant un effort de phonation. — Corde vocale gauche, inerte, en position cadavérique. — Corde vocale droite, tendue isolément, dépassant en peu la ligne médiane.

La paralysie limitée à l'*ary-aryténoïdien* laisse béante la glotte intercartilagineuse, dans les efforts de phonation.

2° *Paralysie des abducteurs*. Bien plus commune, elle est d'origine centrale, ou imputable à la compression des récurrents. Les cordes étant en adduction constante, la voix est normale, mais on note une dyspnée plus ou moins vive, surtout inspiratoire, pouvant aller jusqu'à rendre la trachéotomie urgente. Fréquemment, la stagnation et la fermentation des mucosités, à la face supérieure des cordes vocales, communique à l'haleine, une odeur alliécée.

Dans le *type récurrentiel unilatéral*, la corde du côté atteint reste en adduction permanente, attirant en avant l'aryténoïde correspondant.

3° *Paralysie des tenseurs*. C'est celle des cordes vocales elles-mêmes. Ses caractères sont identiques à ceux de la paralysie du laryngé supérieur.

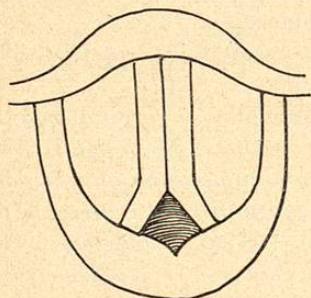


FIG. 155. — Paralysie de l'ary-aryténoïdien.

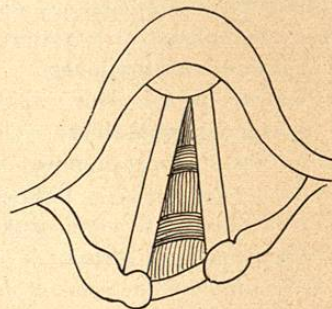


FIG. 154. — Type récurrentiel unilatéral; paralysie des abducteurs.

b. *Paralysie totale*. La glotte est en état cadavérique, les cordes occupent une position intermédiaire à l'adduction et à l'abduction.

Diagnostic. — Le diagnostic de ces divers troubles exige l'habitude du laryngoscope. Il faut savoir que certains sujets ont la glotte normalement oblique; que l'*infiltration aryténoïdienne* ou l'*ankylose des articulations crico-aryténoïdiennes* peuvent simuler la paralysie des adducteurs. La *rupture d'une corde vocale* (chez les ténors) se traduit par l'irrégularité de son bord libre, avec ecchymose sous-muqueuse. La *neurasthénie laryngée* n'en imposera pas non plus pour certaines parésies laryngées.

CHAPITRE V

SÉMIOLOGIE GÉNÉRALE
DES MALADIES DE L'APPAREIL BRONCHO-PULMONAIRE

MÉTHODES D'EXAMEN

Inspection du thorax. — La forme et les mouvements du thorax sont souvent modifiés par les affections pleuro-pulmonaires, que, par contre, certaines malformations thoraciques aggravent. Le thorax sera examiné en pleine lumière, d'abord au repos, les bras tombants; puis pendant la respiration tranquille et profonde. On lui reconnaît des régions: antérieure, latérale et postérieure.

La *région antérieure* se prête aux subdivisions suivantes: *régions sus-claviculaires et sous-claviculaires* répondant aux sommets des poumons; *région sternale* recouvrant les organes du médiastin antérieur; *région mammaire droite* occupée par la convexité du foie et la base du poumon droit; *région mammaire gauche* répondant au poumon gauche, au cœur, et plus profondément à l'estomac.

La *région latérale* ou axillaire, que limitent les lignes axillaires antérieure et postérieure, répond: en haut, aux poumons, des deux côtés; en bas: à droite, au foie; à gauche, à l'estomac et à la rate.

La *région postérieure* peut se subdiviser en *régions sus-épineuses, sous-épineuses et sous-scapulaires* répondant aux poumons, et en *région interscapulaire* répondant aux organes du médiastin postérieur.

L'inspection ne découvre que les déformations très apparentes. Les autres ne sont révélées que par des instruments spéciaux: *ruban métrique, cyrtomètre, lame de plomb, compas d'épaisseur*.

Ruban métrique. — Les circonférences du thorax se mesurent avec un ruban de cuir dit *ruban métrique* appliqué horizontalement soit à hauteur de l'aisselle, soit à la partie inférieure du corps du sternum, soit au milieu du thorax, prenant alors pour repères: l'appendice xiphôïde en avant, une apophyse épineuse à la même hauteur, en arrière; et, entre les deux, le mamelon, la saillie d'une côte ou l'angle inférieur de l'omoplate. L'important est de toujours recueillir la mesure de façon identique.

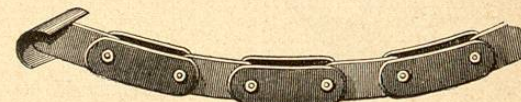


FIG. 153. — Cyrtomètre.

Cyrtomètre. — Composé d'une tige articulée de 2 en 2 centimètres, à double frottement, s'appliquant par sa tranche, le *cyrtomètre de Woillez* peut, grâce à une ou deux articulations mobiles, se retirer sans perdre la courbe des parties sur lesquelles on l'applique, courbe qui peut être reportée sur papier.

Lame de plomb. — Destinée au même usage, la *lame de plomb*, longue de 50 centimètres, large de 2 centimètres, épaisse de 2 millimètres, se moule exactement sur le thorax, son bord inférieur passant par les 5 points de repère, marqués à l'encre; on la dégage, et, après lui avoir rendu sa courbe primitive, en rétablissant son diamètre antéro-postérieur mesuré au compas d'épaisseur, on la pose sur une feuille de papier, pour en enregistrer le contour au crayon.

Cordeau. — Le *procédé du cordeau* (Pitres) qui consiste à tendre un fil de la base du sternum à la symphyse pubienne, après avoir marqué la place de l'appendice xiphoïde, permet d'apprécier l'hypertrophie d'un côté du thorax; en ce cas, la pointe du sternum dévié, déborde la ligne médiane, du côté resté normal, l'axe de l'os formant un angle avec le cordeau.

Diamètres. — Le *diamètre antéro-postérieur* du thorax peut être mesuré, à différentes hauteurs (inférieur, moyen, supérieur), avec le *compas d'épaisseur*.

Le *diamètre transverse* doit être mesuré à la même hauteur que le précédent. La *longueur* de la cage thoracique est mesurée verticalement de la clavicule au bord inférieur des côtes, en passant par le mamelon.

Résultats fournis par l'examen du thorax. — *Thorax normal.* — Sa conformation est symétrique ou à peu près (moitié droite un peu plus développée chez les droitiers). La circonférence du thorax adulte augmente de bas en haut (de 6 centimètres). Une *inspiration* profonde fait gagner, à la circonférence du thorax (82 centimètres), mesurée à la fin de l'expiration 6 à 8 centimètres (90 centimètres). Le *côté droit* compte en géné-

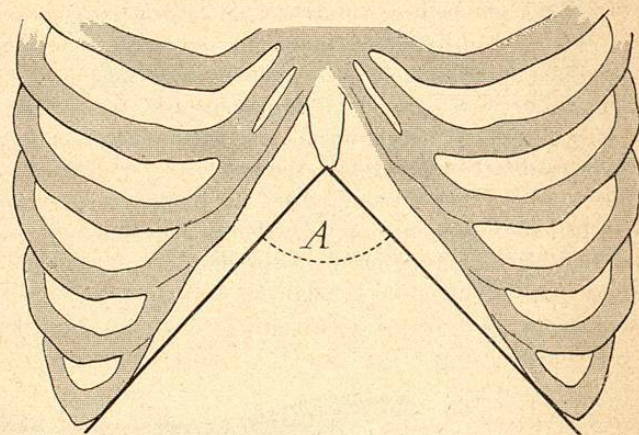


FIG. 156. — A, angle épigastrique. (Charpy.)

ral 1 à 1 centimètre 1/2 de plus que le gauche. Le *périmètre thoracique* doit être au moins égal à la demi-taille (signe de présomption de tuberculose s'il est inférieur (*Papillon*)).

Le *diamètre antéro-postérieur*, croissant de haut en bas, mesure, en moyenne, chez l'adulte, 16^{cm},5 en haut, et 19^{cm},2 en bas.

Le *diamètre transversal* (au niveau du creux axillaire) est de 26 centimètres environ.

L'*angle épigastrique* (Charpy), formé par deux tangentes au rebord costal se réunissant à l'appendice xiphoïde, est de 67° en moyenne (80° pour les poitrines athlétiques; 55° pour celles que le corset a déformées). Les dilatactions thoraciques ou abdominales l'amplifient; la phtisie le réduit.

Thorax pathologiques (affections pleuro-pulmonaires). — Au cours d'une pleurésie, les mensurations répétées permettent, dans une certaine mesure, de suivre la marche de l'exsudat. L'écart entre les circonférences thoraciques mesurées après l'expiration et à la fin de l'inspiration renseigne sur la *capacité respiratoire*.

Le thorax est très souvent déformé par les affections pleuro-pulmonaires, d'une façon tantôt symétrique, tantôt asymétrique.

Déformations asymétriques. — Un côté du thorax peut être dilaté ou affaissé, en totalité ou en partie.

La *dilatation généralisée* peut, par exception, siéger du côté sain, en cas de pneumothorax, par emphysème vicariant. Le plus souvent, c'est le côté malade qui est dilaté (accra de 5 à 6 centimètres); les espaces intercostaux en sont effacés, le mamelon et l'omoplate plus éloignés de l'axe médian. L'incursion respiratoire, exagérée du côté sain, est, en même temps, diminuée du côté malade. Les causes principales de la dilatation généralisée sont le *pneumothorax total* et la *pleurésie à grand épanchement*.

La *dilatation circonscrite* s'observe: au début de la *pleurésie* avec épanchement (en bas et en arrière); en cas de *néoplasme pleuro-pulmonaire* (kyste hydatique) ou d'*empyème de nécessité* (à la partie antéro-latérale du thorax). Du côté gauche, l'empyème peut transmettre à la paroi les battements du cœur (*empyème pulsatile*). La *congestion pulmonaire*, la *pneumonie*, la *pleurésie enkystée*, le *pneumothorax circonscrit* sont d'autres causes possibles de dilatation limitée du thorax.

Lorsqu'il y a *affaissement total*, le côté malade paraît réduit, le thorax est concave dans la région axillaire, l'épaule est abaissée, l'angle inférieur de l'omoplate écarté en dehors, le sternum dévié du côté rétracté, le mamelon abaissé et rejeté en dedans; les côtes sont resserrées et même imbriquées, dans les parties inférieures. Le rachis, habituellement droit, peut devenir concave du côté malade. Le soulèvement inspiratoire est réduit ou nul du côté atteint; le côté opposé est dilaté par emphysème compensateur. Les *causes de la rétraction généralisée* sont: la sclérose pleuro-pulmonaire consécutive aux grands épanchements pleuraux; rarement, une gangrène étendue du poumon. Les opérations d'Estlander et de Quénu, consécutives à l'empyème, augmentent encore la rétraction.

L'*affaissement circonscrit* reconnaît des causes diverses. Comme les adhérences, la *rétraction post-pleurétique* peut être localisée: soit *pleuro-pariétale*, soit *phréno-costale*; alors les espaces intercostaux inférieurs se dépriment à chaque inspiration.

La *rétraction du sommet* avec immobilité plus ou moins complète des

côtes supérieures est attribuable : aux adhérences pleurales, à la sclérose péri-caverneuse, à l'atrophie des pectoraux ; elle constitue un signe probable de tuberculose pulmonaire.

Un foyer de gangrène circonscrite, un abcès du poumon peuvent entraîner une rétraction thoracique localisée.

Les déformations précédentes ne seront pas confondues avec celles que créent les fractures de côte et les déviations rachidiennes de causes diverses (rachitisme, mal de Pott, maladie de Friedreich, syringomyélie, etc.).

Déformations symétriques. — Le *pneumothorax double* provoque une dilatation thoracique extrême et totale ; l'*empyème double*, une rétraction bilatérale ; ces faits, rares, ne passent pas inaperçus.

Le thorax est dilaté dans tous ses diamètres par l'*emphysème pulmonaire* qui efface ou fait bomber les creux sus-claviculaires, élargit les espaces intercostaux et rejette le sternum en avant, comme en inspiration forcée (*thorax en tonneau*). Par suite, l'inspiration, limitée, est courte et l'expiration très prolongée (*dyspnée expiratoire*).

Au contraire, le *thorax des phtisiques* est rétréci, par réduction de la capacité respiratoire, petitesse du cœur, étroitesse des artères et hypotension artérielle. On y a encore signalé : le rétrécissement des sommets, de la partie inférieure du thorax ; la réduction de l'espace inter mammaire, de l'angle xiphoïdien (*Charpy*) ; celle du rapport de la circonférence thoracique à la taille (*Papillon*). Le même auteur a montré chez les phtisiques : l'atrophie des muscles thoraciques, du trapèze et des pectoraux surtout, entraînant l'excavation des creux sus- et sous-claviculaires et la saillie exagérée des omoplates. Les *pneumokonioses*, les *scléroses broncho-pulmonaires* engendrent aussi la rétraction thoracique totale.

Palpation du thorax. — Pour palper le thorax, on y applique les mains, bien à plat, sur la plus large surface possible. La conformation générale du thorax est appréciée par le *palper bimanuel* (une main en avant, l'autre en arrière), répété aux divers étages de la cage thoracique et, comparativement des deux côtés. Cette exploration renseigne sur les asymétries thoraciques dues aux affections pleuro-pulmonaires ou osseuses (rachitisme, mal de Pott) et aux difformités rachidiennes.

Le palper éclaire encore sur le *mode d'ampliation thoracique*. Normalement lent et souple, ce mouvement est, à la suite d'une pleurésie, réduit du côté malade et exagéré de l'autre. L'expansion inspiratoire, brusque dans les pneumopathies aiguës, est limitée chez les vieillards et les emphysémateux.

La *transmission des vibrations vocales* à la paroi thoracique est également recherchée par la palpation. A l'état normal, la main les perçoit en tous les points de la poitrine de l'homme parlant à haute voix. Les divers états pathologiques peuvent affaiblir ou abolir les vibrations sur une étendue variable. Les vibrations sont faibles partout, chez les sujets maigres, ou, à voix mal timbrée comme les femmes ; le fait est alors normal. Le côté gauche vibre habituellement moins que l'autre. Les modifications partielles sont bien plus significatives.

L'*augmentation localisée des vibrations* signifie : soit condensation ou induration du tissu pulmonaire (hépatisation, infiltration tuberculeuse) ; soit existence d'une excavation superficielle ou considérable, parfois d'une ectasie bronchique.

La *diminution localisée des vibrations* signifie : interposition entre le poumon et la paroi thoracique d'une couche gazeuse (pneumo-thorax) ou liquide (pleurésie). L'étendue de la zone non vibrante est proportionnelle à l'importance de l'épanchement.

L'abolition des vibrations est mieux appréciée par le palper comparé des régions symétriques. On se souviendra que, près du plan médian, les vibrations peuvent être transmises par le rachis.

La limite du territoire privé de vibrations est tantôt précise (épanchements), tantôt assez vague (réapparition graduelle), chez les emphysémateux et dans la spléno-pneumonie. Il arrive que les vibrations ne reparaisent que très imparfaitement, quoique le liquide ait fait place à des fausses membranes. Les frottements pleuraux, les râles vibrants et cavernuleux sont souvent perceptibles au palper.

Percussion du thorax. — La percussion donne, normalement, au niveau des poumons, un son qu'il faut connaître, sujet à varier suivant les régions, moins fort au voisinage des organes pleins (foie, cœur), un peu modifié près des viscères creux (estomac).

Sonorité normale. — La *sonorité normale* sus- (*la_s*) et sous-claviculaire (*do_s*) est claire et assez élevée. Le son sus-mammaire est plus grave et intense (*do_s*). Le son sous-mammaire, obscurci par la glande chez la femme, est, à droite, limité en bas par la matité hépatique (à trois travers de doigt environ au-dessous du mamelon) et, à gauche, plus élevé au voisinage du cœur.

La *percussion postérieure*, portant sur les omoplates et les muscles épais qui les garnissent, doit être plus forte. Le son normal de la fosse sus-épineuse qu'on doit avoir dans l'oreille, est plus clair et moins ample : celui de la fosse sous-épineuse est plus clair et plus ample. Le son de la région sous-scapulaire est aussi grave et aussi ample que celui de la zone sus-mammaire.

La *percussion latérale axillaire* donne un son intense, grave et ample, limité à droite, vers la cinquième côte, par la matité hépatique ; altéré, à gauche, à sa partie inférieure par le son stomacal.

Le *tympanisme gastrique* est perceptible en une région de la base du thorax limitée : *en dedans*, par la partie inférieure du bord gauche du sternum ; *en haut et en dehors*, par une ligne concave en bas, allant obliquement, de l'insertion du sixième cartilage costal aux fausses côtes ; *en bas et en dedans*, par une ligne droite parallèle au rebord chondro-costal : c'est l'*espace semi-lunaire de Traube* : amplifié par le tympanisme gastrique ; réduit par les grandes hypertrophies du cœur, la pleurésie gauche ; effacé par les grands épanchements de la plèvre gauche.

Les affections pleuro-pulmonaires modifient plus ou moins la sonorité pulmonaire. Elle peut, soit rester normale, soit subir une diminution, un accroissement ou des modifications de timbre.