que jamais la fixité de siége et la forme symétrique de la vessie distendue. Le cathétérisme lèverait tous les doutes.

Quant à l'ascite, qui donne également lieu à de la matité dans la région hypogastrique, on ne pourrait la méconnaître à la disposition même qu'affecte le son mat, circonscrit par une ligne courbe à concavité supérieure, et surtout à ce caractère décisif qu'elle se déplace par les changements de position du tronc.

Utérus. — Cachée dans le fond de l'hypogastre à l'état normal et quand elle est vide, la matrice est inaccessible au palper, et se dérobe complétement à la percussion. Mais qu'elle se développe normalement par la présence d'un embryon, ou pathologiquement par divers états morbides, la plessimétrie fournira pour le diagnostic des données précieuses.

Dans la *grossesse*, la percussion pratiquée avec soin donnerait dès la fin du deuxième mois (selon M. Piorry) un son mat, indice du développement de l'utérus. Ce phénomène, perçu avant qu'on pût reconnaître l'agrandissement de l'organe par le palper à l'hypogastre, le ballottement par le toucher, et, par l'auscultation, les bruits caractéristiques de la grossesse, serait à cette époque un signe important qui ajouterait beaucoup à la probabilité de la gestation. Mais ce résultat, à une période si peu avancée, ne saurait être obtenu que dans des cas exceptionnels. Plus tard, à mesure que l'utérus, s'agrandissant davantage, dépasse le pubis et s'élève dans l'abdomen, on constate facilement à l'hypogastre, au moyen de la percussion, une matité circonscrite par une ligne courbe à convexité supérieure, et dont l'étendue, la forme et la situation sont en rapport avec le volume, la configuration et la position symétrique ou inclinée de la matrice. Les caractères de cette matité établissent sans doute une forte présomption en faveur de l'existence de la grossesse; mais ils n'apportent aucune certitude, et ils seraient insuffisants pour démontrer si le développement de l'utérus est physiologique ou pathologique, s'il est dû à la gestation ou à l'hydropisie de la cavité utérine, ou à tout autre produit morbide, môle, corps fibreux, etc. La présomption d'une grossesse serait plus grande si les progrès de la matité avaient lieu avec la régularité et la mesure propres à l'état de gestation; mais on n'est pas toujours à même de constater cette marche ascendante, et les données sémiotiques de la plessimétrie sont inférieures à celles que l'auscultation fournit à cette période. Toutefois, d'après M. Piorry, la percussion pourrait faciliter le diagnostic et faire reconnaître la grossesse à plusieurs autres caractères de la matité, tels que son intensité plus grande avec résistance au doigt plus marquée dans certains points qui correspondent au fœtus, et son intensité moindre avec sensation obscure de fluctuation dans les points intermédiaires; enfin à ses déplacements par les changements de position du fœtus, caractères qui manqueraient dans les états pathologiques précités.

En donnant de semblables résultats, la plessimétrie serait surtout utile pour établir l'existence de la grossesse dans les cas où l'auscultation ne ferait entendre ni le bruit du cœur fœtal, ni le souffle placentaire; et elle pourrait, jusqu'à un certain point, aider à la détermination des positions du fœtus.

Dans l'état de maladie, c'est presque toujours aussi par un son mat que se révèlent les lésions dont l'utérus peut être le siége. Ainsi, dans le cas d'hydropisie, d'hémorrhagie interne un peu consi-

dérables, ou de corps fibreux qui ont un gros volume, la percussion manifeste une matité dont l'étendue donne la mesure du développement de la matrice ou des dimensions de la tumeur. Quelques caractères particuliers peuvent, en outre, servir à préciser le diagnostic : ainsi, dans l'*hydropisie* ou dans l'*hémorrhagie interne*, le son mat est partout égal et sans résistance notable au doigt, et l'espace qu'il occupe est régulièrement ovoïde, comme l'utérus lui-même, tandis que, dans le cas de *corps fibreux*, il n'a pas une intensité partout uniforme : quelques-uns des points de l'organe offrent au doigt une résistance plus ou moins grande, et, en outre, la forme de l'espace occupé par la matité est fort irrégulièrement arrondie.

Ce n'est que dans des circonstances infiniment rares que l'utérus peut donner lieu à un *son tympanique*; une accumulation de gaz un peu considérable dans sa cavité est seule capable de produire ce phénomène. Cependant ce fait a été observé quelquefois, et la *tympanite utérine* serait probable si l'on constatait à l'hypogastre une tuméfaction ovoïde rendant un son clair, circonscrit de toutes parts, et invariable dans sa position.

Quant aux *annexes de l'utérus*, leurs lésions les plus habituelles, capables d'altérer la sonorité du bas-ventre, sont des *kystes de l'ovaire* et *des trompes*, donnant lieu à un son mat que l'on constate ordinairement de l'un ou de l'autre côté de l'hypogastre, et qui n'affecte presque jamais une position symétrique à la région médiane. La matité sera d'autant plus prononcée et accompagnée d'une résistance d'autant plus grande, que les parois de ces poches seront plus épaisses, et que les parties contenues auront plus de consistance. L'étendue de cette matité donnera,

concurremment avec la palpation, la mesure approximative du volume des tumeurs. Tant qu'ils n'ont que des dimensions médiocres, les kystes de l'ovaire et de la trompe ne sauraient être confondus avec l'ascite; mais il n'en est plus de même quand ils remplissent toute la cavité abdominale. Nous donnerons plus loin les caractères différents du son mat dans l'une et dans l'autre de ces maladies. (P. 721.)

Péritoine et abdomen en général. — Après avoir étudié en particulier les altérations de la sonorité propres aux principaux viscères du ventre, il nous reste à signaler celles qui peuvent occuper toute l'étendue de cette cavité, et celles qui, bien que localisées, peuvent se trouver indifféremment dans les diverses régions de l'abdomen.

Nous avons vu plus haut (p. 712) que, dans la *pneumatose péritonéale*, on obtient, par la percussion, un *son plus clair*, une *résonnance tympanique*, qui s'étend plus ou moins uniformément sur toute la surface abdominale antérieure.

D'autres fois, et beaucoup plus fréquemment, le ventre rend, dans toute son étendue, un son *plus obscur*; c'est ce qu'on observe dans les cas d'*infiltration séreuse des parois* abdominales, et dans ceux d'*obésité* avec épaississement de la couche adipeuse sous-cutanée et infiltration graisseuse des replis du péritoine et du tissu cellulaire profond.

Parfois aussi toute la partie qui correspond aux intestins donne un son obscur dans la *péritonite chronique*, alors qu'existent des fausses membranes épaisses et infiltrées de tubercules avec ou sans dégénérescence tuberculeuse des ganglions mésentériques, et, dans ces cas, le palper sert à compléter les indications de la plessimétrie.

D'autres fois la percussion fait constater une *ma-*

tité limitée à tel ou tel point du ventre. Elle peut être due à une *tumeur* développée dans l'un des organes dont nous avons déjà parlé, ou dépendre d'une *collection puriforme* circonscrite dans la cavité séreuse, d'une *hématocèle* péri-utérine, d'un *kyste hydatique*, d'un *cancer de l'épiploon*, d'un *abcès du tissu cellulaire* extra-péritonéal, comme on l'observe fréquemment dans les fosses iliaques et dans le petit bassin.

Le degré et l'étendue de la matité donneront d'ordinaire la mesure de la densité et du volume de ces *tumeurs solides ou liquides*, et son siége pourra quelquefois faire présumer le siége et la nature de la lésion ; mais, en général, les résultats de la percussion ne suffiront point au diagnostic, et, pour arriver à une connaissance exacte des altérations, il faut joindre aux indications plessimétriques les données fournies par le palper de l'abdomen, par le toucher vaginal ou rectal, et tenir également compte de la présence et de la marche des symptômes concomitants.

Le diagnostic sera possible à l'aide de la percussion seule, lorsque la *matité*, au lieu d'être bornée à une région circonscrite, *occupe toute la portion déclive de l'abdomen*, et surtout lorsqu'en même temps elle est susceptible de se déplacer par les changements de position du malade : ces caractères suffisent pour faire reconnaître une *ascite*. L'existence d'un liquide épanché dans le péritoine serait encore plus positive, si l'on obtenait, en percutant, un son humorique sur les limites de la matité, ou si l'on percevait une fluctuation évidente.

Il est des cas où *la matité occupe la totalité* ou la presque totalité *de l'abdomen*, qui présente en même temps un très-gros volume. On pourra diagnostiquer alors presque certainement l'existence d'une

ascite ou d'une hydropisie ovarique considérable. La distinction sera établie sur les caractères suivants : dans l'*hydropisie enkystée*, la matité occupe la région la plus saillante du ventre distendu, limitée en haut par une ligne courbe à convexité supérieure, tandis que le son clair se retrouve sur les côtés où les intestins sont repoussés par la tumeur. Dans l'*ascite*, au contraire, le son mat occupe toutes les parties déclives, tandis que dans la région sus-ombilicale la présence des intestins refoulés vers l'épigastre et flottants à la surface du liquide, donne lieu à un son tympanique qui contraste avec la matité du reste de l'abdomen, dont elle est séparée par une ligne courbe à concavité supérieure. Ajoutons que la fluctuation est beaucoup plus prononcée dans l'ascite que dans l'hydropisie enkystée de l'ovaire.

Outre les diverses modifications de sonorité que nous avons décrites jusqu'ici, il en est une que l'on constate le plus souvent dans l'abdomen, mais que l'on peut rencontrer dans des régions très-différentes du tronc et des membres. C'est un bruit particulier, ou plutôt un phénomène mixte obtenu par la percussion, et résultant de l'association d'une espèce de bruit humorique avec un frémissement vibratoire perçu par la main, et désigné sous le nom de *bruit* ou *frémissement hydatique*. Ce phénomène, dont on peut avoir une idée exacte en secouant dans la paume de la main une acéphalocyste, se lie effectivement à l'existence des hydatides, et dépend des oscillations de ces vésicules dans la poche qui les renferme. Ce frémissement n'a pas lieu dans toutes les tumeurs hydatifères (1) : son absence ne prouverait

(1) Nous avons eu occasion d'observer un grand nombre de kystes hydatiques sans pouvoir y constater le frémissement vibratoire. Nous en avons vu plusieurs assez gros pour

donc pas qu'une tumeur sphéroïde de la région du foie n'est point un kyste acéphalocystique; mais sa présence constitue un signe pathognomique de ce genre de maladie.

SECTION III. — PERCUSSION DE LA TÊTE, DU COU, DU RACHIS ET DES MEMBRES.

Peut-on ranger dans les faits de plessimétrie le prétendu bruit de pot cassé que le crâne rendrait à la percussion dans les cas de fracture, le son particulier que donne une dent cariée frappée avec un stylet, la matité avec fluctuation constatée sur les articulations qui sont le siége d'hydarthrose, etc.?

La percussion peut avoir des applications plus réelles et plus utiles dans les cas d'abcès fistuleux qui contiendraient des gaz ou de l'air; parfois aussi elle servira au diagnostic différentiel de l'anasarque et de l'emphysème du tissu cellulaire, en manifestant dans la première maladie une matité notable, et dans la seconde une sonorité accompagnée d'une crépitation sèche sous la pression du doigt.

M. Piorry a encore proposé de percuter sur la colonne vertébrale ou sur les régions rachidiennes pour reconnaître, soit des anévrysmes de l'aorte descendante, soit des déviations, des changements de volume des vertèbres, ou des abcès développés dans leur voisinage, consécutivement à la carie. Dans tous ces cas, c'est un son mat que l'on constate par la percussion; et l'étendue, la forme de cette

qu'un choc léger donnât à l'autre main appliquée sur la tumeur une sensation évidente de fluctuation, et nous n'avons pu obtenir de frémissement appréciable. Deux de ces kystes furent opérés avec succès, l'un par Nélaton, l'autre par M. le Dr Besnier, à la Maison municipale de santé.

matité, indiquent le volume et la forme de ces altérations.

Enfin, M. Stokes, de Dublin, a avancé que la percussion peut ne pas être sans utilité pour le diagnotic des maladies du larynx (1). Mais, avant lui, M. Piorry avait déjà signalé toutes les notions relatives à ce sujet (2). « La percussion du larynx ou de la trachée-artère ne peut guère être faite que médiatement. Pour la pratiquer, il faut fixer la trachée-artère et le larynx à l'aide du plessimètre assez fortement appuyé sur ces conduits. Dans l'état normal, le doigt trouve de l'élasticité, et l'oreille entend de la sonorité sur les points qui correspondent à ces organes. Il est fort peu de cas pathologiques où il en serait autrement; seulement, s'il arrivait qu'une tumeur ayant son siége au cou environnât la trachée-artère et le larynx, on pourrait se servir de la percussion pour déterminer le lieu qu'ils occuperaient. La présence de liquides dans les ventricules du larynx pourrait quelquefois donner lieu au bruit hydropneumatique ou humorique. L'ouverture accidentelle du larynx, suivie de la pénétration de l'air dans le tissu cellulaire voisin, pourrait être soupçonnée si la percussion trouvait au cou une sonorité inaccoutumée en rapport avec l'emphysème. Dans le cas où une tumeur molle et dépressible serait située sur le larynx, on pourrait juger de la profondeur à laquelle celui-ci serait situé, par celle à laquelle on obtiendrait de la sonorité en pressant sur la tumeur avec le plessimètre et en percutant ensuite. »

(1) *A treatise on the diagnosis and treatment of diseases of the chest* 1837.

(2) *Traité de diagnostic*, t. I, p. 412.

DE LA PERCUSSION

ET DE L'AUSCULTATION COMBINÉES

(*Percussion auscultatoire.*)

Laennec avait eu l'idée de combiner l'auscultation et la percussion (1) : il avait proposé l'emploi simultané de ces deux modes d'examen pour certains cas d'ascite et de pneumothorax. — Pour l'ascite, il avait noté que le stéthoscope placé sur les régions mates de l'abdomen transmet à l'oreille le choc du liquide mis en mouvement par la percussion. — Pour le pneumothorax, « on peut, dit-il, estimer l'étendue de l'espace occupé par l'air en auscultant et percutant en même temps dans différents points ; on entend alors une résonnance semblable à celle d'un tonneau vide, et mêlée par moments de tintement. » (T. I, p. 139.) Trousseau, s'inspirant de cette observation, a proposé, dans les cas de pneumothorax, de faire percuter la paroi antérieure de la poitrine, du côté affecté, à l'aide d'un plessimètre métallique et d'un marteau ou d'une pièce de monnaie (2), pendant que l'oreille est appliquée sur la paroi postérieure : il se produit alors un bruit analogue à celui que l'on déterminerait en frappant sur un vase de bronze ; c'est le *bruit d'airain*. Dans des cas où la signification des phénomènes amphoriques fournis par la respi-

(1) M. Piorry indiquait pareillement, dès 1826 (*Traité de la percussion médiate*, p. 18, et *Procédé operatoire*, etc., p. 26), l'emploi combiné de la percussion et de l'auscultation.

(2) On peut simplement se servir de deux pièces de monnaie, soit le décime, soit de préférence la pièce de cinq francs en argent.

ration, la voix ou la toux, est douteuse, et laisse quelque incertitude sur le diagnostic d'un pneumothorax ou d'une vaste caverne, la production évidente de cette consonnance métallique, de ce bruit d'airain, montrerait qu'il s'agit d'un épanchement gazeux dans la plèvre.

On associe généralement encore la percussion et l'auscultation pour manifester et mieux percevoir le *bruit hydatique*.

Toutefois cette méthode mixte n'avait encore reçu qu'un petit nombre d'applications (1), lorsque deux médecins des États-Unis, MM. Cammann et Clark, ont proposé de la généraliser, et ont signalé les avantages qu'on pourrait en tirer pour le diagnostic physique, dans un travail dont nous donnons ici l'analyse sommaire (2).

« Lorsque l'on obtient un son par la percussion ordinaire sur le corps humain, mille parties se dispersent et se perdent, pour une qui arrive à l'oreille ; mais si on pouvait recevoir les vibrations sonores au bout d'une tige solide, élastique, homogène, bien peu se perdraient par irradiation, et presque toutes seraient perçues à l'autre bout. Quoique les vibrations soient alors conduites par une petite surface, le son gagne beaucoup en clarté et en intensité. »

Partant de ce principe, les docteurs américains

(1) M. Fournet, dans ses *Recherches cliniques* (p. 561), dit avoir essayé ce mode d'investigation sans avoir pu en faire aucune application utile.

(2) *A new mode of ascertaining the dimensions form and condition of internal organs by Percussion and Auscultation* (*New-York journ. of med. and surg.*, juillet 1840.) — *Voyez* l'analyse détaillée de ce mémoire et les expériences faites par l'un de nous (*Union médicale*, 1850).

proposent, *pour l'auscultation*, de substituer au stéthoscope ordinaire un cylindre plein, en bois de cèdre, taillé dans la direction des fibres ligneuses, d'une longueur de cinq à six pouces, et d'un diamètre d'environ dix lignes, garni d'une plaque sur laquelle repose l'oreille (1). *Pour la percussion*, on se sert du plessimètre. Voici, du reste, comment on peut procéder à cette *percussion auscultatoire* (*auscultatory percussion*) : on place le cylindre sur la région centrale de l'organe à explorer, et l'on ausculte pendant qu'un autre observateur percute, à très-petits coups, avec un seul doigt. MM. Cammann et Clark font remarquer aussi qu'avec un peu d'exercice il est possible au même individu de percuter et d'ausculter à la fois. Quel que soit le mode qu'on emploie, on frappe d'abord quelques coups sur le plessimètre, tout près du stéthoscope, pour avoir le *son type* du viscère, puis on s'éloigne par degrés jusqu'à ce que d'autres milieux donnent des sons tout à fait différents : si l'on veut contrôler ce premier résultat, il y a avantage à partir au contraire d'un point de la circonférence, pour se rapprocher du centre ; de plus, on a soin de marquer successivement les points où le son paraît plus ou moins changer.

Les docteurs américains ont établi des *sons types* auxquels on puisse comparer les autres : aux ex-

(1) Le cylindre doit dépasser un peu le niveau de la plaque pour être appliqué directement au tuyau de l'oreille, sans changement de milieu (un cylindre plein, avec une plaque unie, le tout d'un même morceau, nous a paru préférable). On pourra se servir, pour l'auscultation de la poitrine, d'un instrument taillé en coin à sa partie inférieure, qui déprime mieux les espaces intercostaux sans toucher les côtes.

trêmes de l'échelle, ils ont placé le son donné par un os et celui que fournit un liquide contenu dans le thorax ou l'abdomen.

« Le *son osseux* est celui qui se distingue le plus facilement des autres : son timbre est très-élevé, très-intense ; il frappe l'oreille avec une force pénible ; il est plein et éclatant, et se propage à une grande distance ; il est un peu prolongé et légèrement métallique.

« Le *son aqueux* se transmet très-imparfaitement à travers les parois abdominales ou thoraciques, il se reconnaît plutôt à ses propriétés négatives ; *dans l'abdomen*, il est rapide, comme sous l'oreille, aigu, d'une intensité médiocre, brusque, non élastique, bien moins conductible et moins impulsif que le son osseux. *Dans le thorax*, ce son aqueux a des caractères encore moins distincts : il ressemble tout à fait à celui du poumon sain ; de là, la facilité de distinguer un organe solide ou induré d'un liquide contenu dans la poitrine.

« Le *son cardiaque* se rapproche beaucoup du son osseux : il en a l'acuité, la clarté et la conductibilité, mais à un degré moindre : il est rapide, immédiat, intense, impulsif et un peu pénible à l'oreille ; il a, principalement à la circonférence du cœur, comme un timbre métallique voilé.

« Le *son hépatique*, comparé au cardiaque, est plus grave, plus continu, moins librement conduit par l'organe où il se forme ; mais il est clair, intense, immédiat et impulsif.

« Le *son pulmonaire* normal, celui du pneumothorax ou de la pneumatose abdominale, diffèrent des précédents ; mais pour ces cas, la percussion ordinaire est préférable, les vibrations sonores étant mieux conduites par l'air que par un milieu solide. »

Avec la méthode nouvelle, il serait possible de délimiter et de mesurer les organes solides, « dans toutes les conditions de santé ou de maladie, avec presque autant d'exactitude que s'ils étaient sous les yeux, » soit le *cœur* (et tous ses diamètres, excepté l'antéro-postérieur), soit le *foie*, soit encore la *rate* ou même les *reins*.

C'est surtout à la mensuration du cœur que MM. Cammann et Clark se sont attachés : ils recommandent de le dessiner au moyen de quatre diamètres qu'ils tracent sur la région précordiale (1) et de huit points à distance à peu près égale, qu'ils marquent sur la circonférence de l'organe ; et, ces diamètres tracés, on les mesure tour à tour, on les compare à la moyenne normale, soit isolés, soit plutôt réunis, et d'après la somme des longueurs on peut préciser les dimensions du cœur et calculer rigoureusement l'augmentation de son volume.

La moyenne normale de ces quatre diamètres réunis s'étant trouvée sur le cadavre, de 15 pouces 7 lignes (2) pour l'homme, et de 14 pouces 8 lignes (1) pour la femme, il en résulte, d'après les auteurs de la *Percussion auscultatoire*, que, si la somme des diamètres calculée par leur méthode dépasse ces moyennes, si surtout elle s'élève à plus de 17 pouces, on doit conclure que le cœur est augmenté de volume. Si elle égale 16 pouces 6 lignes (2), l'existence d'une affection organique avec dilatation est encore à peu près certaine ; tandis que si le total des diamètres est inférieur aux moyennes précitées, il n'est pas probable qu'il y ait agrandissement dans les dimensions du cœur.

(1) 1° *Diamètre vertical :* commence à la base du cœur, juste en dehors de la naissance de l'aorte, et s'étend en bas parallèlement à la ligne médiane du corps. — 2° *Diamètre transverse :* coupe la première ligne à angle droit près de son centre. — 3° *Diamètre oblique droit :* du bord supérieur droit de l'oreillette droite à la pointe du cœur, suivant une ligne tirée du sommet de l'épaule droite. — 4° *Diamètre oblique gauche :* coupe la ligne du diamètre oblique droit à angle droit, et finit au point où l'oreillette et le ventricule gauches se réunissent.

(2) Il y a, dans le mémoire original, 17 pouces ; mais on sait que le pouce et la ligne, dans les mesures anglaises, ont *un douzième* de moins que les mêmes mesures françaises.

L'application de la percussion et de l'auscultation combinées a été faite également au diagnostic de quelques lésions chirurgicales du système osseux, et principalement des *fractures*.

Lorsqu'un os est brisé, si l'on ausculte sur un des fragments, la percussion étant pratiquée sur l'autre, le son osseux, dont les caractères ont été signalés plus haut, est transmis à l'oreille modifié dans sa nature : il est moins net et moins parfait. Que les fragments se touchent encore, même par un point unique, le son sera moins intense et moins impulsif ; toutefois la modification ne sera que très-légère ; mais que le moindre écartement existe, le son et le choc se perdront aussitôt.

La méthode mixte de percussion et d'auscultation est susceptible de réaliser un progrès nouveau dans le diagnostic physique, et il est à souhaiter que des observateurs l'étudient sérieusement pour décider avec connaissance de cause quelle en est définitivement la valeur. D'après les expériences que nous avons faites, nous sommes tout disposés à admet-

(1) 16 pouces 1 ligne, mesure anglaise.

(2) 18 pouces 8 lignes, mesure anglaise.

tre qu'elle peut, en effet, rendre des services pour la délimitation des organes pleins. C'est dans la mensuration du cœur qu'elle nous a semblé devoir être le plus utile : comme les moindres changements durables dans le volume de ce viscère ont une grande valeur sémiotique, il s'ensuit qu'une rigoureuse appréciation de ses dimensions et un dessin exact de ses diverses cavités est un problème aussi important que difficile à résoudre; et nous croyons que, par le procédé nouveau, une mensuration assez précise du cœur peut être obtenue : après un certain nombre d'essais, nous sommes arrivés sans trop de peine à reconnaître les limites de l'organe avec une exactitude parfois surprenante, et à distinguer le point d'origine des gros vaisseaux ou la ligne de séparation des ventricules et des oreillettes.

Mais, quoi qu'en disent MM. Cammann et Clark, et malgré l'autorité des médecins de l'Amérique (1), le manuel opératoire nous a paru présenter quelque difficulté. Si, en effet, l'on prend un aide pour la percussion, suivant le procédé indiqué dans le mémoire des inventeurs, que d'inconvénients n'a point, en clinique, et particulièrement dans la pratique civile, un mode d'examen qui exige le concours simultané de deux observateurs! Que si l'on cherche à ausculter soi-même et à percuter en même temps (comme les médecins américains le font aujourd'hui et comme nous l'avons essayé nous-mêmes), on est certainement gêné dans cette double opération. Est-il commode de percuter, alors qu'il faut, avec la tête, fixer le stéthoscope sur la poitrine ou l'abdomen du malade? Est-il facile, dans cette posture, de promener le plessimètre autour du cylindre, dans tous les sens, et de le porter tantôt à quelques lignes seulement, tantôt à une distance assez éloignée? Enfin, cette exploration assez pénible et forcément assez longue, n'exige-t-elle pas du patient une bonne volonté et un concours qui font défaut dans bien des cas?

(1) Nous tenons de notre honorable confrère et ami M. le docteur Keene, que la nouvelle méthode est préférée dans les hôpitaux de New-York, pour la mensuration du cœur principalement, et qu'elle est toujours pratiquée par un observateur unique.

En résumé, la percussion auscultatoire nous paraît d'une exécution assez difficile : son étude approfondie doit demander au moins autant de temps que la percussion ordinaire; si elle peut rivaliser avec celle-ci pour la mensuration des organes solides ou indurés, si même elle permet d'apprécier plus rigoureusement peut-être les dimensions précises du cœur, elle est certainement inférieure dans la majorité des cas, et notamment pour l'examen des milieux moins denses.

Plus récemment, M. le Dr Noël Guéneau de Mussy a publié (1), sous le titre d'*Auscultation plessimétrique*, d'intéressantes recherches sur l'emploi combiné de la percussion et de l'auscultation.

Quand on applique, dit-il, l'oreille sur la partie antérieure et supérieure de la poitrine, tandis qu'on percute, avec un ou plusieurs doigts recourbés, les premières apophyses épineuses dorsales, on entend, lorsque les poumons sont sains, outre le son déterminé par le choc, une vibration métallique qui

(1) a. *France médicale*, 1875.
b. *Union médicale*, 1876.

accompagne le bruit sec produit par la percussion.

Ce bruit peut être comparé à celui qu'on obtient en frappant sur le genou les deux mains réunies par leur face polmaire.

Le même phénomène, qu'on peut désigner sous le nom de *transsonnance plessimétrique*, se produit quand on percute la partie supérieure ou moyenne du sternum ou la clavicule, pendant qu'on explore avec l'oreille les parties postérieures et supérieures de la poitrine.

Pour pratiquer convenablement l'auscultation plessimétrique, le malade doit être assis ou debout, les bras pendants le long du tronc, les épaules effacées.

On pourra ausculter à travers un vêtement de toile ou de laine; mais il est préférable de percuter sur la peau nue. On frappera en général *légèrement* avec l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts recourbés en crochet, surtout quand on veut explorer des parties immédiatement sous-jacentes à la paroi thoracique. Une *percussion plus forte* sera nécessaire pour l'étude des régions profondes.

Dans l'état physiologique, l'oreille appliquée sur la face de la poitrine, opposée à celle que l'on percute, perçoit un bruit vibrant, accompagné d'un frémissement comme métallique, au niveau des parties qui offrent une texture homogène.

Dans l'état pathologique, le son transsonnant perd ce caractère vibrant et frémissant; il devient mat terne, et acquiert généralement une certaine élévation le ton, lorsque l'homogénéité des milieux qui servent de conducteurs aux ondes sonores est altérée par une condensation de tissu ou par le développement de quelque produit morbide.

Ces modifications de transsonnance pourront

aider à découvrir des indurations centrales du poumon et de nature inflammatoire ou constituées par des dépôts hétérogènes (tubercule, mélanose, cancer). Elles contribueront de même à révéler la présence d'une masse de ganglions bronchiques ou de toute autre tumeur développée dans les médiastins.

En complétant de la sorte les résultats fournis par l'auscultation ordinaire et la percussion médiate, l'auscultation plessimétrique constitue une précieuse ressource pour le diagnostic des maladies de la poitrine.