

2^o BRUITS DE SUCCUSSION.

Les bruits de succussion sont dus au choc produit dans une cavité pathologique ou accidentelle contenant de l'air libre et un liquide fluide, par les déplacements brusques du thorax du malade. On peut les rencontrer dans les épanchements intrathoraciques hydroaériques, comme dans ceux qui siègent dans l'abdomen, c'est le *bruit de succussion hippocratique*. Hippocrate, en effet, l'avait signalé et en avait indiqué le mécanisme ; mais c'est encore Laënnec qui en a précisé le mécanisme et la valeur en montrant, après la confusion de ses devanciers, que la condition fondamentale de sa production consiste dans un *épanchement* simultané de gaz et de liquide.

Ce bruit peut être perçu à distance et le malade en a souvent conscience. Il apparaît également à l'oreille du médecin appliquée sur la poitrine du malade, lorsque celui-ci se remue ou s'assied, on le provoque encore en secouant le tronc du malade par une série de chocs brusques.

Le bruit cesse quand l'agitation du liquide a disparu : c'est le bruit « d'une bouteille à demy remplie » (A. Paré), souvent il a un timbre métallique et

se combine en effet au tintement métallique. Sa tonalité varie avec le volume de la cavité aérienne : aiguë, argentine dans les pneumothorax limités ; grave dans les grands pneumothorax.

C'est en arrière de la poitrine, à la base, qu'on l'entend le mieux.

La succussion hippocratique nécessite encore pour se produire que le liquide soit libre, assez abondant et suffisamment fluide : c'est pourquoi on ne la perçoit pas dans les pleurésies purulentes ouvertes dans les bronches.

C'est le signe par excellence de l'hydro-pneumothorax. Exceptionnellement on peut l'entendre (Laënnec) dans de grandes cavernes tuberculeuses, mais cela est tout à fait rare.

On ne le confondra pas avec les bruits semblables qui se passent dans l'estomac ou dans l'intestin quand ces organes sont dilatés et renferment à la fois des gaz et des liquides, conditions pour la production d'un bruit hydroaérique abdominal.

CHAPITRE VI

MODIFICATIONS PATHOLOGIQUES DE LA VOIX AUSCULTÉE

Retentissement normal de la voix. — Bronchophonie pathologique — Egophonie. — Bronchoégophonie. — Pectoriloquie. — Pectoriloquie aphone.

Laënnec, qui a étudié le premier les *caractères normaux* de la voix auscultée, a écrit que « la résonnance de la voix dans le tissu pulmonaire sain est très peu marquée et ne fait sentir à l'oreille nue ou armée du stéthoscope qu'une sorte de léger frémissement analogue à celui que l'on perçoit en appliquant la main sur la poitrine d'un homme qui parle. » En réalité, on n'entend dans ces conditions qu'une résonnance faible et confuse de la voix, phénomène qui tient à ce que le retentissement de la voix — *bronchophonie normale*, — qui prend son origine dans les grosses bronches, se transmet mal à l'oreille à travers le

parenchyme pulmonaire sain. Les conditions de transmission de la voix à l'oreille se rapprochent ainsi de celles qui empêchent, à l'état normal, de percevoir la respiration bronchique, et en même temps de celles qui permettent de percevoir à la main les vibrations thoraciques ; conditions que nous avons étudiées plus haut et à l'étude desquelles nous allons par conséquent être ramenés ici.

Les règles de résonnance et de propagation qui influent sur la bronchophonie normale sont par conséquent celles qui régissent la propagation de la respiration bronchique et les vibrations thoraciques. Nous retrouverons donc, agissant sur la bronchophonie, les mêmes influences physico-anatomiques, qui modifient l'audition de la respiration bronchique ou la perception des vibrations thoraciques, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Nous avons vu (page 152) qu'il existait un point des poumons où, par suite d'une disposition anatomique particulière, il existait une respiration bronchique normale : c'est au niveau de l'espace interscapulaire du poumon droit. Or, si on peut dire en pratique que le retentissement de la voix, toutes choses égales d'ailleurs, est à peu près le même dans toute l'étendue des poumons, il y a cependant un point où il est plus intense, et où on entend, à l'état normal, une bronchophonie marquée, physiologique. Ce point est précisément aussi l'espace inter-

scapulaire du poumon droit. « Chez les sujets dont les parois thoraciques sont minces, a dit Laënnec, et couvertes de muscles grêles, chez les enfants maigres surtout, il y a souvent dans cette région une *bronchophonie* semblable, à l'intensité près, à la laryngophonie (1). »

On peut ajouter que d'une façon générale la bronchophonie physiologique varie peu dans les différentes parties du poumon, mais qu'elle est cependant plus marquée partout où l'oreille est plus proche des bronches. La topographie de ses foyers *maxima* ou *minima* se superpose assez bien à celle des foyers maxima correspondants du *mur-mure expiratoire* : la fosse sous-claviculaire, l'ais-selle, l'espace interscapulaire.

Mais ceci s'applique, hâtons-nous de le dire, à des conditions déterminées d'émission vocale. La force, le timbre, la tonalité de la voix influent sur cette bronchophonie, comme sur le siège et la force des vibrations thoraciques (voir p. 105). La bronchophonie s'entendra mieux chez des sujets à voix forte, bien timbrée, grave, à poitrine large ; elle sera plus spécialement perçue au sommet lorsque la voix aura un timbre aigu, par exemple chez la

(1) Toute réserve faite sur la présence d'une adénopathie bronchique, si fréquente à cet âge. Chez les enfants absolument sains, cette bronchophonie n'est pas aussi accentuée que l'a écrit Laënnec. Ceci n'est pas sans importance à savoir.

femme ou chez les enfants, ou chez les sujets ayant une voix de tête ou de fausset.

Ce sont là des influences que nous avons déjà étudiées à propos des vibrations thoraciques (page 105 et suivantes), et sur lesquelles nous ne pouvons plus nous étendre sous peine de redite.

Il en résulte que, selon l'expression de Barth et Roger « il n'y a vraiment pas de *type normal de la résonance vocale physiologique* » et que, il faut procéder comme dans la recherche du type normal des vibrations, pour apprécier, en tenant compte des influences diverses énumérées plus haut, ce que l'on peut vraiment appeler, dans un cas donné, la *bronchophonie normale*.

C'est là ce qui donne à la bronchophonie pathologique, quand elle n'est pas manifeste et très accusée, un caractère aléatoire et enlève de la précision à la valeur sémiologique qu'on peut lui accorder.

Pour se faire une idée de la bronchophonie, il faut, selon les indications de Laënnec, écouter le retentissement vocal d'un homme qui parle, en appliquant le stéthoscope sur le larynx ou sur la trachée ; ou bien ausculter l'espace interscapulaire droit, en faisant parler fortement le malade.

Etant admis qu'il y a une bronchophonie normale, comme il y a des vibrations normales, on peut étudier les causes pathologiques *qui la font disparaître ou qui l'exagèrent*. Dans le langage courant, on donne

à cette exagération de la bronchophonie normale, le nom de *bronchophonie* sans épithète, et on n'étudie guère que les circonstances où on la rencontre.

On peut dire cependant que toutes les causes qui diminuent ou abolissent les vibrations thoraciques diminuent ou abolissent également la bronchophonie physiologique (obstruction bronchique, épanchement pleural, etc.). La voix, dans certaines de ces éventualités, pouvant être modifiée d'une autre façon (*égophonie*).

On conçoit facilement d'autre part que la bronchophonie deviendra plus manifeste, si les tuyaux bronchiques où le retentissement se produit de viennent plus volumineux (dilatation des bronches), ou si les conditions de transmission de la voix se modifient en favorisant celle-ci (induration du poumon). Mais, comme le font remarquer Barth et Roger, la bronchophonie a toujours moins d'importance sémiologique que le souffle bronchique ou tubaire par exemple, d'abord pour les causes ci-dessus signalées et ensuite parce que c'est un phénomène moins stable, modifié à chaque instant par l'abondance des mucosités bronchiques, leur fluidité plus ou moins grande, etc.

Constatée au sommet du poumon, conjointement avec les autres signes de l'induration de cet organe, la bronchophonie a cependant une grande valeur pour le diagnostic de la tuberculose au début.

Pour sa recherche, selon le sexe, l'âge, le timbre de la voix, on devra suivre les précautions et indications qui ont été déjà exposées à propos de la détermination des vibrations thoraciques.

A côté de la bronchophonie, phénomène dû à la résonance normale ou pathologique à travers le poumon, se place une modification purement pathologique, celle-là, de la voix auscultée, c'est l'*égophonie*. C'est encore Laënnec qui, le premier, l'a étudiée et qui en a précisé la valeur sémiologique.

L'égophonie a pour caractère fondamental d'être une modification dans le *timbre* de la voix auscultée. Celle-ci devient à la fois plus nette, moins diffuse, mais chevrotante, et prenant un timbre nasillard, plus aigu ou plus aigre: la voix se rapproche du bêlement de la chèvre.

Laënnec a fait observer que souvent l'égophonie semble comme un écho de la voix normale du malade, permettant d'entendre simultanément et la résonance habituelle de celle-ci, et l'égophonie. « Quelquefois même, dit-il, lorsque le malade parle lentement et par mots entrecoupés, le chevrotement se fait entendre immédiatement après la voix et non pas avec elle, et ne porte, comme un écho imparfait, que sur la finale des mots ».

La valeur sémiologique de l'égophonie pure a été limitée par Laënnec à la pleurésie avec épanchement, « pleurésie aiguë ou chronique avec un épan-

chement médiocrement abondant dans la plèvre », ou bien on l'observe chez les malades atteints « d'hydrothorax ou de quelque autre épanchement liquide dans la plèvre ».

L'égophonie ne s'entend pas partout. Il faut la chercher en arrière, au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, rarement plus haut, quelquefois plus bas dans les épanchements très minimes. Lorsque ceux-ci augmentent, l'égophonie, qui ne se perçoit qu'au niveau de la lame parabolique supérieure de l'épanchement, s'entend de plus en plus haut, pour disparaître au moment où l'épanchement devient trop abondant. Inversement, quand la quantité de liquide diminue spontanément, ou après la thoracocentèse, l'égophonie reparaît au point où nous la décrivions tout à l'heure, véritable *égophonie de retour*. En dehors de l'angle inférieur de l'omoplate, l'égophonie atteint rarement la ligne axillaire; en dedans, elle s'étend sur une longueur de 2 ou 3 travers de doigts.

Lorsque l'égophonie existe dans toute sa pureté, sans bronchophonie anormale concomitante, on peut affirmer qu'il s'agit d'un épanchement pleural peu abondant et sans fausses membranes épaisses. Laënnec a cependant signalé qu'on pouvait l'observer dans des épanchements plus abondants, quand des adhérences pleurales empêchaient le poumon de s'éloigner du feuillet pariétal de la plèvre.

L'égophonie, signe d'un épanchement liquide pleural léger, peut se combiner avec la bronchophonie, signe d'une induration pulmonaire concomitante; cette combinaison des deux altérations vocales porte le nom de *bronchoégophonie*. Elle est assez souvent observée et indique que, au-dessous de l'épanchement pleural dont l'égophonie est le signe, le poumon est congestionné ou même hépatisé.

Laënnec a encore parfaitement décrit les caractères de la bronchoégophonie, et ses variétés acoustiques si nombreuses : retentissement vocal qui rappelle le timbre de la voix qui se transmet « à travers un roseau félé », ou qui est produit par quelqu'un « parlant avec un jeton entre les dents », ou enfin imitant, avec l'appareil appelé « *pratique* » la voix de Polichinelle. Toutes ces comparaisons ingénieuses ne valent pas l'éducation de l'oreille, l'auscultation attentive d'un malade qui présente ce phénomène de la bronchoégophonie.

L'association des deux phénomènes vocaux — égophonie et bronchophonie — dans la constitution de la bronchoégophonie, peut être quelquefois démontrée par les changements de position du malade, ainsi que l'a préconisé M. Raynaud. Si on fait coucher à plat ventre un malade, chez lequel on a constaté en arrière de la bronchoégophonie, on peut, par déplacement du liquide pleural, faire dis-

paraître l'égophonie et on n'entend plus qu'une bronchophonie nette et rude, accompagnée ou non de souffle tubaire.

La bronchoégophonie a été signalée dans d'autres affections que celles dont nous venons de parler. Woillez l'a relevée dans la congestion pulmonaire et elle fait partie des signes pseudopleurétiques de la spléno-pneumonie décrite par M. Grancher.

L'égophonie donne à l'oreille une sensation analogue à celle d'une voix entendue à travers un mirliton. On sait que l'effet nasillard est produit, dans ce dernier instrument, par la membrane en parchemin qui l'obstrue d'un côté. Il est vraisemblable de penser que, dans l'égophonie, la voix prend un timbre nasillard en vertu d'un mécanisme analogue. Sous l'influence d'une faible lame de liquide, toujours d'ailleurs plus ou moins en tension, on peut admettre, avec Woillez et Raciborski, que le poumon, un peu comprimé à sa périphérie, forme une lame vibrante analogue à la membrane du mirliton ; ou encore que c'est la lame de liquide elle-même qui remplit ce rôle.

Il existe enfin une dernière anomalie de l'auscultation de la voix, également bien différenciée par Laënnec, c'est la *pectoriloquie*. Dans ce cas, lorsque l'oreille de l'observateur est appliquée sur le thorax du malade et que celui-ci parle à haute

voix, il semble que celle-ci sorte directement de la poitrine et avec une force suffisante pour que, de l'oreille libre non appliquée sur la poitrine, le médecin ne perçoive plus la voix naturelle parlée. Le phénomène ne se présente pas d'ailleurs toujours avec la même netteté ; et ce fait n'avait pas échappé à Laënnec lui-même, qui avait été ainsi amené à décrire une pectoriloquie parfaite, une pectoriloquie imparfaite, dont les caractères sont déjà confus, et une pectoriloquie douteuse, qu'on distingue avec peine de la bronchophonie.

En réalité, malgré les attaques de Skoda, la pectoriloquie reste distincte de la bronchophonie, par ce simple caractère que, dans celle-ci, l'articulation est confuse, tandis qu'elle est nette à l'oreille dans la pectoriloquie.

Laënnec en avait fait un signe pathognomonique des cavernes pulmonaires, quelle qu'en fût la nature. Il avait cependant pris soin de spécifier dans quelles conditions les cavernes des poumons étaient à même de produire ce phénomène : cavernes de dimension moyenne, non remplies de liquide, pleines d'air libre en communication avec les bronches, placées superficiellement et entourées d'une coque de tissu pulmonaire induré, capable d'augmenter la transmission des vibrations vocales à l'oreille.

En réalité, ce phénomène ne s'observe pas seulement lorsqu'il y a des cavernes dans le poumon ; et

ceci se comprend, si on sait que les conditions fondamentales pour que la pectoriloquie apparaisse sont :

1° Une cavité *pleine d'air artificielle* — caverne, dilatation des bronches — ou *naturelle* — les grosses bronches purement et simplement.

2° Une induration du poumon capable de conduire à l'oreille sans les affaiblir, ou en les renforçant, les vibrations vocales qui se produisent dans ces cavités.

Voilà pourquoi la pectoriloquie s'entend en dehors des cavernes pulmonaires, dans certaines pleurésies anciennes où le poumon est comprimé contre les bronches, dans l'hépatisation ou dans le cas de certaines tumeurs des poumons. On comprend aussi pourquoi, dans ces conditions, elle s'entend vers le sommet du poumon, à cause du voisinage des grosses bronches. Sa valeur sémiologique est donc plus large que celle que lui avait attribuée Laënnec, et, à ce point de vue, la pectoriloquie n'est guère qu'une modalité de la bronchophonie pathologique.

A côté de cette forme de pectoriloquie, il en est une autre toute différente, caractérisée par la transmission à l'oreille de la voix chuchotée ou basse. C'est ce que Baccelli (1) a appelé la *pectoriloquie*

(1) Baccelli, *Archiv. di Medicina*, 1875.

aphone et qui a été surtout étudiée en France, après lui, par N. Guéneau de Mussy.

Pour la rechercher, il faut, d'après les conseils de Baccelli, placer le malade assis sur son lit, les bras croisés, les mains embrassant par leur paume les épaules du côté opposé, la tête tournée du côté opposé à celui qu'on ausculte. Le médecin fait compter lentement et à voix basse, et il entend distinctement la voix du malade comme chuchotée à son oreille.

Quand ce signe existe, on l'entend mieux à la base de la poitrine, là où l'épanchement est plus abondant que vers la limite supérieure de celui-ci. Baccelli l'a considéré comme le signe caractéristique des épanchements pleuraux séreux, à l'exclusion des épanchements purulents ou hémorragiques.

La pectoriloquie aphone a-t-elle la valeur diagnostique que lui a attribuée Baccelli? Les faits contradictoires, signalés par des observateurs d'une autorité incontestable, répondent à cette question par la négative.

Dans un épanchement *récent* — pleurésie aiguë infectieuse — la pectoriloquie aphone constatée ne permet pas d'exclure l'hypothèse de la purulence de l'épanchement. Ce n'est donc pas la *nature* de l'épanchement qui favorise ou non le phénomène. On a fait intervenir, avec beaucoup plus de vraisemblance la présence ou non de fausses membranes

pleurales, épaisses, qui, lorsqu'elles existent, comme dans les épanchements purulents ou hémorragiques anciens, empêcheraient la propagation de la voix chuchotée à travers l'épanchement liquide.

Cependant on peut dire que, dans la majorité des cas, la pectoriloquie aphone est un signe en faveur de la nature sérofibrineuse d'un épanchement pleural.

Nous venons d'étudier, dans ce livre, les signes physiques que fournit au médecin l'examen clinique des poumons et de la plèvre, et nous en avons sommairement indiqué le mécanisme et la valeur sémiologique.

Il convient d'ajouter qu'aucun d'eux, pris isolément, n'a de valeur absolue, pathognomonique, pour conclure en faveur de telles ou telles altérations anatomiques du poumon ou de la plèvre.

Mais chacune de celles-ci est au contraire caractérisée par un *groupement de ces signes physiques*, groupement toujours identique, et qui seul est caractéristique.

Il faut donc, dans chaque cas particulier, s'astreindre à rechercher tous les signes physiques susceptibles d'être recherchés, les grouper et ne conclure en faveur de telle ou telle affection que si le schéma obtenu est au complet et ne renferme ni incertitude, ni contradiction.

Il est non moins important qu'on se préoccupe des relations pouvant exister entre ces signes physiques et les troubles fonctionnels ou les symptômes généraux présentés par le malade.

Si l'on s'astreint à suivre rigoureusement cette technique, on évitera des erreurs fâcheuses de diagnostic, et on disposera d'une méthode aussi pré-

cise que possible, dans laquelle chaque perception d'un sens — toucher, vue, ouïe — est contrôlée par la suivante, et lui sert à son tour de contrôle.

On trouvera dans les traités de pathologie interne les schémas d'auscultation qui caractérisent les différentes maladies du poumon et de la plèvre. On doit les posséder exactement, sans défaillance, pour les rechercher et les retrouver au besoin.

Si l'accord est unanime quand il s'agit de l'interprétation des gros signes, tels que le souffle bronchique, le souffle tubaire, les râles, etc. — il semble cependant qu'il y ait quelque hésitation encore, chez certains esprits du moins, pour admettre la valeur des *respirations anormales* seules.

Sur ce point, comme sur les autres, les faits s'imposeront peu à peu, et le diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire en bénéficiera, au grand avantage de sa curabilité.

Mais c'est ici plus que jamais qu'il faut serrer de près les phénomènes observés, les grouper, les comparer, les rapprocher des troubles fonctionnels et de ceux plus généraux de la nutrition, etc. On doit faire œuvre de pénétration et d'analyse. On arrive ainsi à constituer des schémas si caractéristiques qu'ils ont la certitude d'un fait expérimental.

TABLE DES MATIÈRES

Lettre-Préface, par M. le Professeur GRANCHER . . .	v
INTRODUCTION	1
CHAPITRE PREMIER. — Méthodes générales d'exploration clinique, inspection, palpation, percussion, auscultation	5
§ I ^{er} . — Inspection	6
§ II. — Palpation	7
§ III. — Percussion	11
§ IV. — Auscultation	15
CHAPITRE II. — Conditions physiques de l'exploration thoracique	26
1 ^o L'appareil thoraco-pulmonaire est un appareil sonore, le son est produit par la ventilation pulmonaire comme dans un instrument à vent.	30
2 ^o La perception des bruits produits à l'intérieur de la cage thoracique, — bruits d'auscultation — est influencée par les conditions normales ou pathologiques des milieux anatomiques, c'est-à-dire par les conditions physiques qui en résultent	32
BARBIER — Sémiologie.	14.