

le seul signe physique de la tuberculisation, et elle offre alors une précieuse ressource pour le diagnostic.

### III. ALTÉRATIONS DE CARACTÈRE.

Le bruit respiratoire peut, sous l'influence de lésions matérielles diverses, perdre ses caractères normaux, et éprouver, dans son timbre, des modifications en rapport avec le nouvel état des organes. Ces changements ont été désignés par les noms de respiration *rude*, *bronchique* ou *tubaire*, *caverneuse*, *amphorique*.

#### A. *Respiration rude.*

*Synonymie.* — *Respiration râpeuse.*

*Caractères.* — La respiration *rude* offre des degrés variables de force, de dureté, de sécheresse, et ces altérations portent sur les deux temps ou particulièrement sur un seul; souvent l'expiration, qui est en outre *prolongée*, a, la première, ce caractère de rudesse, qui se propage ensuite à l'inspiration. — Le phénomène, constaté parfois dans une étendue considérable, occupe de préférence le sommet de la poitrine, d'un seul ou des deux côtés. — D'ordinaire permanent, tantôt il persiste assez longtemps sans éprouver de modification notable; tantôt il subit des transformations plus ou

moins rapides; la rudesse, d'abord à peine appréciable, devient de plus en plus évidente, et si elle continue à augmenter, elle se rapproche insensiblement du souffle bronchique; ailleurs, quand elle est arrivée à un certain degré, elle est remplacée par des craquements ou par des râles. Quelquefois la respiration rude succède au souffle bronchique, et suit une marche décroissante jusqu'à ce qu'elle revienne au type régulier.

*Diagnostic différentiel.* — La distinction n'est pas toujours évidente entre la respiration *rude* et les formes de la respiration dite *puérile*, *bronchique*, *caverneuse*; on l'établira sur les considérations suivantes: la respiration *puérile* n'étant, pour ainsi dire, qu'une exagération de l'état normal, ne sera généralement accompagnée d'aucun autre phénomène acoustique, ni d'aucune altération de la sonorité du thorax (Voy. *Respiration puérile* p. 56); le contraire aura lieu pour la respiration *rude*. — Par inverse, les modifications simultanées du murmure respiratoire et de la sonorité thoracique sont beaucoup plus marquées dans la respiration *bronchique* ou *caverneuse* (Voy. ces mots, p. 86 et 108) que dans la respiration *rude*. — On conçoit néanmoins qu'arrivée à un certain degré de force, la respiration rude se distingue à peine de la respiration bronchique: car alors ce ne sont que des nuances légères qui

séparent les deux phénomènes ; mais alors aussi les lésions qui leur correspondent ont plus d'un point de contact.

*Cause physique.* — Le bruit respiratoire devient rude quand la membrane muqueuse est rendue moins lisse et moins polie par un état de sécheresse ou par des dépôts muqueux à sa surface libre, ou bien quand le poumon a perdu de sa souplesse et de sa légèreté, soit par l'épaississement de ses vésicules, soit par l'induration ou la compression de son parenchyme, soit enfin par des productions morbides disséminées dans son tissu. Ce sont là des conditions qui accroissent les frottements et les vibrations sonores, et conséquemment, des causes d'augmentation du bruit. En outre, la diminution du murmure vésiculaire, due à l'effacement des cellules du poumon, laisse entendre plus distinctement le bruit naturellement plus rude qui se produit dans les bronches.

*Signification pathologique.* — La respiration peut être rude dans la *bronchite*, soit au début, quand il y a sécheresse de la membrane muqueuse pulmonaire, soit plus tard, quand les mucosités sécrétées par les surfaces malades ne sont pas assez abondantes pour donner lieu à des râles ; — dans certains cas d'*emphysème du poumon* avec dilatation des cellules pulmonaires, épaississement et souvent rupture de leurs parois ; — dans la *phthisie*

commençante, quand le dépôt des tubercules crus ou des granulations a augmenté la densité du parenchyme ; — au début et à la période de résolution de certaines *pneumonies*, quand le tissu du poumon commence à perdre de son élasticité ou n'a pas entièrement recouvré sa souplesse ; — dans quelques *épanchements des plèvres*, un peu au-dessus du niveau du liquide ; — dans tous les cas enfin où il y a de l'*induration pulmonaire* (*mélânose, pneumonie chronique, cancer, etc.*).

*Diagnostic raisonné.* — Les maladies où la respiration est plus ou moins rude sont si nombreuses, que, pour établir le diagnostic, le médecin devra d'abord éliminer les affections très-rares, et ne songer qu'aux plus ordinaires, sauf à corriger ensuite ce jugement provisoire. — Cette dureté du murmure respiratoire est-elle presque générale, sans modification de la sonorité thoracique, et sans autre phénomène que du râle sonore ou muqueux par intervalles, elle indique l'existence d'une *bronchite*. — La respiration rude est-elle perçue d'un côté, en arrière et à la base de la poitrine et au début d'une affection fébrile, elle peut signaler l'invasion d'une *pneumonie* ; a-t-elle au contraire succédé au souffle bronchique et est-elle accompagnée de râle crépitant de retour, elle annonce la résolution incomplète de cette phlegmasie. — Est-elle remarquable par sa sécheresse ;

est-elle plus manifeste dans les points du thorax qui correspondent aux bords libres du poumon, et coïncide-t-elle avec de la voussure et de la sonorité exagérée, elle dépend d'un *emphysème pulmonaire*. — Est-elle accompagnée d'un bruit d'expiration prolongée, avec retentissement de la voix et son obscur à la percussion, on diagnostiquera des *tubercules crus*, et si plus tard il survient des craquements secs ou humides, on saura que le ramollissement de ces tubercules commence.

*Conclusion : valeur séméiotique.* — La respiration rude, lorsqu'elle existe depuis un temps assez long comme phénomène prédominant, doit faire penser à la phthisie pulmonaire commençante; et quand elle est bornée au sommet de la poitrine d'un côté seulement, elle est l'indice presque certain de tubercules à l'état de crudité.

#### B. Respiration bronchique ou tubaire.

*Synonymie.* — Souffle tubaire, souffle bronchique, souffle, respiration soufflante. — Ces diverses dénominations sont synonymes; mais les mots *tubaire* et *souffle* expriment un degré plus intense du phénomène.

*Caractères.* — Remarquable à la fois par une augmentation d'intensité et un ton plus élevé, la respiration bronchique s'imite parfaitement en as-

pirant et en soufflant dans la main arrondie en tube, ou dans un rouleau de papier, ou à travers le stéthoscope: plus on soufflera avec force et vitesse, plus on se rapprochera du souffle tubaire. Quand la respiration bronchique est moins prononcée, elle ressemble davantage au murmure prolongé et rude que le passage de l'air détermine dans la trachée-artère. — Perçu d'ordinaire dans les deux temps de la respiration, le caractère bronchique est souvent plus marqué dans le second; d'ordinaire aussi, c'est dans l'expiration qu'il commence par se manifester et qu'il persiste le plus longtemps. — La respiration bronchique a plusieurs degrés, et, depuis la simple *rudesse* jusqu'au véritable *souffle*, elle présente, comme nous l'avons indiqué, beaucoup d'intermédiaires. Son timbre est également variable, et tantôt il semble que l'air traverse des tubes à parois solides, comme métalliques; tantôt il paraît vibrer dans des tuyaux aplatis. — La respiration bronchique peut être entendue dans tous les points de la poitrine; mais elle affecte de préférence les parties postérieures et inférieures du poumon. — Elle occupe une étendue variable. — Ici elle est superficielle et semble se produire immédiatement sous la paroi thoracique; là elle est plus ou moins profonde, et on dirait qu'elle arrive de loin à l'oreille de l'observateur. — Du reste, le phénomène est d'ordi-

naire permanent et rarement sujet à des intermittences.

*Diagnostic différentiel.* — La respiration bronchique, lorsqu'elle est peu marquée, ne saurait être différenciée de la respiration rude. (Voyez p. 82.) — Elle présente encore beaucoup d'analogie avec la respiration caverneuse, surtout quand celle-ci se produit dans de petites excavations pulmonaires; mais la respiration caverneuse offre généralement un caractère creux que l'on ne retrouve pas dans la respiration bronchique, et elle se distingue aussi par la concomitance beaucoup plus fréquente de râles humides à grosses bulles. — Le souffle tubaire, s'il est à son maximum, a un timbre spécial qui ne permet de le confondre avec aucune autre modification du bruit respiratoire.

*Cause physique.* — La condition principale de production du souffle bronchique est l'augmentation de densité du poumon par compression et affaissement de ses parties les plus souples, et surtout par induration de son tissu avec conservation du calibre des bronches. Par suite de l'effacement et de l'oblitération des cellules qui en résultent, le murmure vésiculaire se trouve aboli, et le bruit des bronches est seul perçu. Sans doute aussi ce dernier bruit est renforcé par des parois plus fermes qui vibrent davantage, et il est mieux trans-

mis à l'oreille par un tissu plus dense devenu meilleur conducteur du son. — L'élargissement des bronches paraît également influer sur la production du souffle, soit par le fait même de l'augmentation de leur diamètre, soit aussi par la condensation du tissu pulmonaire environnant.

Une autre condition qui concourt souvent avec les précédentes à la production ou au renforcement du souffle, c'est la force et la vitesse plus grandes de la respiration. — On peut se demander cependant si la condensation d'une grande partie ou de la totalité d'un poumon ne lui ôte pas la propriété de se dilater et de se resserrer, et jusqu'à quel point l'air passe et repasse encore dans ses ramifications bronchiques (1). Mais lorsque le poumon est seulement augmenté de densité, sans qu'il y ait compression des bronches (dans l'hépatation, par exemple), il est rare de voir les mou-

(1) Le docteur Skoda pense que la densité plus grande du parenchyme pulmonaire réduit à très-peu de chose la circulation de l'air dans les bronches; et, se fondant sur la propriété qu'ont certains corps de vibrer à l'unisson avec d'autres, il admet que dans les cas où les bronches ont acquis des parois solides, propres à réfléchir le son, le bruit respiratoire du larynx, de la trachée-artère et des deux grosses bronches, retentit par *consonnance* dans l'air que contiennent les ramifications de l'arbre aérien. (*Abhandlung über Perkussion und Auskultation*, 2<sup>e</sup> édit. Vienne, 1842, p. 92.)

vements des côtes abolis dans la moitié du thorax où la lésion pulmonaire a son siège (1) : il est permis d'en conclure que toute expansion et tout retrait n'ont point cessé dans le poumon correspondant, et qu'ainsi, pourvu que les bronches restent béantes, l'air circule encore dans leur cavité (2) ; d'ailleurs, la force avec laquelle le fluide élastique est attiré dans la trachée-artère par l'ampliation du côté sain doit faciliter sa pénétration dans le côté malade. Du reste, en admettant que, dans certains cas, l'air ne se meuve plus dans les tuyaux bronchiques du poumon induré, on s'expliquerait alors la persistance du souffle par la transmission du bruit supérieur qui, formé dans la trachée-artère et dans la bronche principale, se propage par les ramifications restées béantes.

Le souffle tubaire est d'autant plus évident et plus prononcé que les conditions précitées sont

(1) « Les deux côtés du thorax, quel que soit le siège de la pneumonie, se dilatent également dans l'inspiration. A part un certain nombre de cas dans lesquels la douleur pleurétique était excessivement vive, je n'ai encore observé aucun fait qui puisse me faire admettre que le côté de la poitrine, correspondant au poumon malade, se dilate moins que le côté opposé. » (Grisolle, *Traité pratique de la pneumonie*, p. 225.)

(2) Le râle crépitant, que l'on trouve si souvent mêlé à la respiration bronchique, prouve que l'air pénètre profondément dans les parties malades.

mieux remplies et réunies en plus grand nombre. L'intensité du phénomène dépendra encore de l'étendue dans laquelle existent les dispositions physiques signalées plus haut, de la proximité du point où le bruit anormal se produit, et du degré de silence dans les régions environnantes : le parenchyme pulmonaire est-il induré complètement et dans une grande étendue ; la respiration est-elle ample et accélérée ; les parties malades sont-elles rapprochées de l'oreille ; le murmure vésiculaire est-il tout à fait aboli, et enfin n'existe-t-il aucun râle, aucun bruit anormal dans le voisinage, le souffle bronchique sera intense. — Si, au contraire, la respiration vésiculaire persiste en partie, si les mouvements inspireurs sont moins énergiques, si le parenchyme est induré à un degré moindre et dans des espaces plus circonscrits, si le point d'origine du souffle est éloigné de l'oreille, le phénomène sera d'autant moins perceptible ; il pourra même se faire que la respiration bronchique *existe sans être entendue*, à cause de son éloignement, de sa transmission imparfaite ou de la concomitance d'autres bruits qui la masquent ; d'autres fois, les conditions anatomiques du phénomène pourront *exister*, et celui-ci *ne pas se produire distinctement*, si quelque obstacle local empêche l'air d'arriver dans les tuyaux bronchiques, ou si ce fluide y circule avec trop de lenteur.

*Signification pathologique.* — La respiration bronchique peut être entendue dans un grand nombre d'affections morbides, soit des plèvres, soit des bronches, soit surtout du parenchyme pulmonaire. Telles sont, en première ligne, l'*hépatisation inflammatoire*, les *agglomérations considérables de matière tuberculeuse*, les *apoplexies pulmonaires étendues*, certains *œdèmes du poumon*, et, dans quelques cas rares, le *cancer*, la *mélanose* de cet organe, etc. — De ce nombre sont encore les *épanchements liquides des plèvres*, qui affaissent les parties les plus souples du poumon; certaines compressions de ce viscère par des *tumeurs* diverses, telles qu'un anévrysme considérable de l'aorte, ou un hydropéricarde abondant. — On rencontre enfin le souffle dans la *dilatation uniforme des bronches*, surtout s'il y a induration du tissu pulmonaire environnant.

Toutes ces maladies ne présentent pas avec la même fréquence les conditions capables de produire la respiration bronchique, et ces conditions ne s'y trouvent pas non plus réunies en même nombre ou au même degré; aussi le phénomène que nous étudions est-il plus ou moins constant et offre-t-il, dans ces affections diverses, de nombreuses variétés de force, de timbre et de caractères.

Le souffle est rare dans le cancer, la mélanose,

l'œdème et l'hémorrhagie du poumon, ainsi que dans les compressions de ce viscère par diverses tumeurs. Nous l'avons entendu chez deux malades atteints d'*hydropéricarde*, et l'autopsie montra qu'il n'y avait ni épanchement dans les plèvres, ni pneumonie. Si la respiration bronchique était perçue faible et lointaine, dans la fosse sous-épineuse, ce caractère de faiblesse et d'éloignement joint à la fixité du phénomène dans le même point, sans obscurité notable de sonorité en arrière et avec matité étendue de la région précordiale, pourrait mettre sur la voie du diagnostic et faire soupçonner l'existence d'une affection semblable. — Les *tumeurs cancéreuses* ou *mélaniques* sont des altérations peu communes, et qui occupent rarement une étendue considérable de parenchyme pulmonaire; une respiration bronchique peu intense, limitée à un espace circonscrit, persistant longtemps sans modification marquée, devrait faire penser à la présence de ces produits accidentels, chez des sujets affectés de toux et qui présenteraient des tumeurs cancéreuses ou mélaniques dans d'autres parties du corps. — L'*œdème du poumon* a plus souvent pour signes stéthoscopiques des râles crépitants humides et sous-crépitaux, qui persistent plus ou moins longtemps, en arrière surtout, avec obscurité du son de la poitrine et sans fièvre; cependant on a quelquefois

aussi constaté du souffle dans l'œdème pulmonaire, et l'on pourrait admettre l'existence de cette affection, si la respiration bronchique était entendue à la partie postérieure et inférieure du thorax, avec mélange, par intervalles, d'un rhonchus à bulles fines et humides, avec diminution de sonorité, et si ces phénomènes se rencontraient, sans appareil fébrile, chez un individu atteint d'anasarque. — Si le souffle bronchique débutait brusquement, dans un point de la poitrine, chez un sujet affecté de maladie du cœur; s'il était accompagné, dans la même région, de râle sous-crépitant, avec oppression extrême et crachement de sang pur, on serait fondé à l'attribuer à une *exhalation sanguine dans le parenchyme pulmonaire*.

C'est dans la *pneumonie* que le souffle bronchique est le mieux caractérisé; et, si ce souffle apparaît dans une maladie aiguë et fébrile, à la partie postérieure et inférieure de la poitrine, siège ordinaire des phlegmasies du poumon; si surtout il a été précédé ou s'il est accompagné de râle crépissant, on peut à coup sûr diagnostiquer une *pneumonie à la période d'hépatisation*. Le degré d'intensité du souffle indiquera le degré de l'induration; l'étendue dans laquelle il est perçu signalera l'étendue de la lésion anatomique; son début marquera le commencement de l'hépatisation; sa persistance avec phénomènes fébriles graves, la

succession de l'hépatisation grise; sa diminution, la résolution de la phlegmasie; sa prolongation, le passage de la pneumonie à l'état chronique. Si, au lieu d'être lobaire, la pneumonie est lobulaire (forme si fréquente chez les enfants), ou si elle est centrale, la respiration bronchique sera beaucoup moins marquée; elle pourra ne point exister dans certains cas de splénisation avec flaccidité du tissu pulmonaire. — Signalons en outre que le souffle bronchique de la pneumonie peut, exceptionnellement, présenter un timbre plus ou moins caverneux, lorsque l'hépatisation a son siège autour d'une très-grosse bronche ou au point de réunion de plusieurs rameaux volumineux.

Quant à la *dilatation des bronches*, elle donne lieu assez rarement à une respiration tubaire franche, et, pour peu que l'augmentation de calibre de ces conduits soit considérable, on entend plutôt un mélange de respiration bronchique et caverneuse. Si donc le souffle se présentait avec ce dernier caractère, si surtout il durait depuis longtemps, avec expectoration abondante, mais sans matité notable à la percussion, sans fièvre et sans atteinte grave de la santé générale, il indiquerait une *dilatation des bronches*.

La respiration bronchique est assez fréquente dans la *phthisie pulmonaire*; mais, dans ce cas encore, il n'est pas commun de la trouver à un

degré prononcé et dans une grande étendue : elle est circonscrite, et plus souvent même, au lieu de souffle, il y a seulement de la rudesse du bruit respiratoire. D'ordinaire, en effet, les tubercules ne sont pas agglomérés en masses volumineuses, et ils ne donnent guère lieu à une densité notable du poumon que dans des points limités et surtout vers le sommet de l'organe; presque toujours, en même temps, quelques-uns sont en voie de ramollissement. Aussi la respiration bronchique, quel qu'en soit le degré, s'entend de préférence au sommet du thorax; et fréquemment alors, il s'y joint des craquements humides; il faut, en outre, tenir compte des circonstances qui ont précédé l'apparition du phénomène. En conséquence, si le souffle a une médiocre intensité, s'il est circonscrit à la région sus ou sous-claviculaire, sans trace de râle crépitant, il y a lieu de le rattacher à la présence des tubercules; la perception de craquements humides ajoute à l'exactitude de ce diagnostic, et si les signes précités sont constatés chez un malade qui a eu des hémoptysies, qui tousse depuis longtemps et qui maigrit, il reste peu de doutes sur l'existence d'une *induration tuberculeuse du poumon*.

La respiration bronchique est aussi un signe de *pleurésie avec épanchement liquide*; mais, dans cette affection, le souffle est loin d'être aussi fré-

quent que dans la pneumonie, et il a, quand on l'observe, des caractères différents dans la grande majorité des cas.

C'est un fait qu'on aurait pu soupçonner en songeant à la différence des conditions anatomiques dans les deux maladies : dans l'hépatisation, le poumon est volumineux, les bronches restées béantes fournissent à l'air un libre accès, et les bruits formés plus haut s'y propagent sans obstacle; les parois de ces conduits, fermes et solides, renforcent les sons, et le tissu pulmonaire environnant, toujours en contact avec le thorax, les transmet directement à l'oreille. Dans la pleurésie avec épanchement, le poumon est affaissé et diminué de volume; les tuyaux bronchiques sont aplatis; leur cavité, plus ou moins effacée, n'est plus aussi accessible à l'air venu de plus haut; les sons ne s'y propagent plus au même degré; et, comme le poumon est éloigné de la paroi thoracique par le liquide, le bruit qui se produit encore dans les grosses bronches ne peut arriver à l'observateur que de plus loin, après avoir traversé des milieux de différente densité.

L'observation clinique confirme notre proposition; et d'abord, *le souffle est moins fréquent dans la pleurésie que dans la pneumonie* : nous ne prétendons pas par là que la plupart des pleurésies suivent tout leur cours sans présenter du souffle à



aucune de leurs périodes ; mais nous voulons dire que sur dix malades examinés dans une salle d'hôpital, et qui sont atteints de pleurésie avec épanchement indiqué par de la matité, on trouvera de la respiration bronchique chez trois ou quatre seulement, et l'auscultation ne révélera chez les autres que le silence du murmure respiratoire, tandis que sur un même nombre de pneumonies indiquées aussi par de la matité à la percussion, dans huit au moins l'hépatisation se traduira par du souffle tubaire (1).

Nous avons avancé que *le souffle de la pleurésie et celui de la pneumonie ont des caractères différents* : l'étude comparative de ce même phénomène dans les deux maladies va le démontrer.

Dans la pneumonie, le souffle est généralement fort, net, *tubaire*, comme s'il se produisait dans des tuyaux métalliques : il est fréquemment mêlé de râle crépitant. Dans les pleurésies, le souffle est le plus souvent peu intense (2), peu distinct, non

(1) Sur vingt-six cas de pleurésie avec épanchement observés, sans les choisir, à l'Hôtel-Dieu et à la Charité, nous avons trouvé, chez neuf malades, des *traces* de respiration bronchique ; chez les dix-sept autres, il n'en existait pas même dans les grandes inspirations.

(2) Dans deux cas seulement la respiration bronchique était assez forte pour mériter le nom de *souffle* ; dans les autres cas, ce n'était qu'un bruit légèrement bronchique.

tubaire, parfois aigre et chevrotant comme si l'air traversait des tuyaux aplatis ; il est sans mélange de râle crépitant. — Le souffle de l'hépatisation pulmonaire est perçu sans grands efforts respirateurs de la part du malade, dans l'inspiration et dans l'expiration ; il semble se passer immédiatement sous l'oreille de l'observateur. Souvent, au contraire, le souffle de l'épanchement pleurétique, à peine perceptible quand le malade respire doucement, ne devient évident que dans les grandes inspirations (1) ; parfois il accompagne l'expiration seulement (2) ; et de plus il a un caractère d'éloignement plus ou moins marqué (3). — Le souffle de la pneumonie, fixe dans la région qu'il occupe, et non sujet à des déplacements par les changements de position du malade, s'entend indifféremment, selon le siège de la matité, aussi bien à la base qu'au milieu du thorax, dans une étendue et avec une intensité proportionnelles à l'obscurité du

(1) Chez trois malades, il n'était évident que dans les fortes inspirations ; chez les autres, il était faible, et devenait plus intense par l'exagération de la rapidité et de l'ampleur des mouvements respiratoires.

(2) Dans la plupart des cas, il était plus fort pendant l'expiration ; deux fois, on n'entendait qu'un bruit expiratoire qui n'avait pas évidemment le caractère bronchique, tandis que le murmure de l'inspiration était affaibli.

(3) Généralement il était éloigné de l'oreille.

son. Cette matité est, en général, moindre que dans la pleurésie, et cependant le souffle est plus fort; et non-seulement la respiration est bronchique partout où l'on constate de l'obscurité du son, mais encore le souffle est dans un rapport direct avec le degré de matité relative des différents points du thorax. Dans la pleurésie, le souffle ne s'entend le plus ordinairement qu'en arrière, vers le milieu de la hauteur de la poitrine (1), rarement au sommet, plus rarement encore sur les côtés, à la base ou aux régions antérieures; il peut se déplacer si l'on change la position du malade; il n'existe point partout où il y a matité (2); et il n'est pas en rapport direct d'intensité avec le degré de matité absolue ou relative des différents points du thorax (3). Cette matité est plus complète que dans

(1) Sur les neuf cas où nous avons constaté de la respiration bronchique, elle existait en arrière, une fois dans le tiers supérieur du thorax, six fois à la hauteur moyenne, et deux fois, un peu plus bas, dans la fosse sous-épineuse. Presque toujours son maximum d'intensité était au voisinage de la colonne vertébrale, et le bruit anormal cessait d'être entendu latéralement.

(2) Dans aucun cas, l'espace dans lequel il était perceptible n'égalait en étendue la région mate; dans aucun cas, il ne s'entendait en avant, quoique chez six malades il y eût matité dans plus de la moitié de la hauteur du thorax.

(3) Jamais les points où il était à son maximum ne fu-

la pneumonie, et pourtant le souffle n'existe pas toujours là où la sonorité a disparu; s'il existe, il est généralement plus faible que dans l'hépatisation; il n'est pas non plus proportionné au degré d'obscurité du son des diverses régions de la poitrine, puisque la matité va en augmentant vers la base du thorax, tandis que le souffle diminue de force à mesure qu'on ausculte à une région plus inférieure, et cesse de se faire entendre à la base.

Que si maintenant on est à même d'observer pendant un certain temps la succession des phénomènes stéthoscopiques et surtout dès le début des deux affectons, on voit que, dans la pneumonie, le souffle de l'hépatisation remplace le râle crépitant de l'engouement pulmonaire; il dure pendant presque toute la maladie, aussi longtemps du moins que dure la matité, et, diminuant en raison de la diminution de celle-ci, il cesse quand elle disparaît; puis il est remplacé par du rhonchus crépitant *redux*, ou par la respiration vésiculaire, qui reprend graduellement son caractère doux et moelleux. La marche et la succession des phénomènes acoustiques sont différentes dans la pleurésie: le souffle n'est pas précédé de râle crépitant; percep-

rent ceux où le son était le plus complètement mat; dans aucun cas il ne fut perçu à la base de la poitrine, région qui était le siège de la plus grande matité.

tible surtout au commencement de la maladie, alors que la respiration est accélérée et l'épanchement pleurétique encore récent et médiocre, il ne dure ordinairement que quelques jours, tandis que la durée des collections liquides de la plèvre est très-longue. Il persiste bien moins longtemps que la matité; il diminue souvent quand celle-ci augmente d'étendue et d'intensité, et souvent aussi il cesse, tandis que la matité continue; enfin il est remplacé par le silence du bruit respiratoire.

Mais on n'a pas toujours l'occasion de s'éclairer, pour le diagnostic, de la marche des signes stéthoscopiques, et l'on peut être appelé à donner son jugement d'après les phénomènes actuels, et à décider immédiatement de la valeur séméiotique du souffle. Nous supposons donc qu'on se trouve auprès d'un malade atteint d'une affection aiguë avec point de côté, fièvre et dyspnée sans expectoration, et chez lequel on constate, par la percussion, de la matité, et par l'auscultation, de la respiration bronchique; si le souffle est intense, franc, très-rapproché de l'oreille; s'il est *tubaire*, bien que la matité ne soit pas très-considérable, et s'il est perçu également dans tous les points mats, on devra diagnostiquer l'existence d'une *pneumonie à la période d'hépatisation*. — Si, au contraire, le souffle est d'une intensité médiocre et circonscrit à la partie postérieure de la poitrine, au

niveau de la division des bronches, tandis que la matité est complète et étendue; s'il n'est pas non plus en rapport avec le degré de la matité relative des divers points du thorax; si, par exemple, assez fort dans la fosse sous-épineuse, près de la colonne vertébrale, là où le son n'est qu'obscur, il est faible ou nul à la base de la poitrine, qui est tout à fait mate; si en outre son timbre est un peu aigre, et s'il paraît éloigné de l'oreille, il indique une *pleurésie avec épanchement*.

Nous reconnaissons néanmoins que, dans certains cas, le souffle bronchique peut offrir, dans la pleurésie, des caractères qui le rapprochent assez de celui de la pneumonie pour rendre le diagnostic difficile, et que, chez certains malades atteints d'épanchement pleurétique, on peut, à un jour donné, rencontrer un souffle fort, se produisant sous l'oreille, sans effort d'inspiration, perçu dans une étendue considérable, et jusqu'à la base de la poitrine; mais, nous le répétons, ces cas sont très-rares.

Signalons encore ce fait exceptionnel que, chez quelques malades atteints de pleurésie, la respiration bronchique peut accidentellement se changer en un souffle broncho-caverneux très-intense, se rapprochant même du souffle amphorique.

*En résumé*, nous dirons que la respiration bronchique est *un des signes* de la pleurésie avec épan-