

chement ; mais ce signe est moins constant, moins durable et moins certain pour le diagnostic de cette affection que la faiblesse ou le silence du murmure vésiculaire. Le souffle de la pleurésie a d'ailleurs ses caractères propres qui, presque toujours, le différencient de celui de la pneumonie ; et si, dans certains cas, un souffle *intense et perçu dans toute l'étendue de la matité* peut encore annoncer un *épanchement pleurétique simple*, c'est là un fait exceptionnel, et l'on est en droit de soupçonner alors quelque complication, une *pneumonie*, des *tubercules*, ou toute autre condition pathologique dont l'effet est d'indurer le tissu du poumon, de s'opposer à son affaissement, et de le maintenir plus rapproché de la paroi thoracique.

La respiration bronchique étant un signe de pleurésie avec épanchement, mais n'existant ni dans tous les cas, ni à toutes les périodes de la maladie, il reste à indiquer les circonstances particulières dans lesquelles le phénomène se manifeste, et à déterminer la valeur de ses divers degrés d'intensité.

Dans un grand nombre de cas, il est possible de se rendre compte des variations du souffle et de saisir le rapport qui existe entre elles et les changements survenus dans la maladie. — Ces variations nous semblent dépendre surtout de la com-

pression et du refoulement plus ou moins notables du poumon, du degré d'élasticité qu'il conserve encore et de la force des mouvements respirateurs.

L'expérience a démontré, comme nous l'avons dit, que la respiration bronchique a lieu le plus habituellement dans les premiers jours de la pleurésie, quand la matité du thorax, encore peu marquée et peu étendue, révèle un épanchement de médiocre abondance. A cette époque, le poumon, peu comprimé, n'a presque rien perdu de son expansibilité naturelle ; les parties les plus souples sont seules affaissées, mais les bronches d'un certain calibre résistent, et l'exagération des mouvements respirateurs, au début de la maladie, fait pénétrer l'air avec force dans ces conduits.

A mesure que la pleurésie devient plus ancienne, et que l'épanchement augmente, le poumon, de plus en plus affaissé, s'éloigne des parois thoraciques ; en même temps il se recouvre d'une fausse membrane, graduellement plus épaisse et plus résistante, et il perd insensiblement la propriété de se dilater ; les bronches elles-mêmes cèdent peu à peu à la compression, deviennent chaque jour moins accessibles à l'air, et la diminution d'énergie des mouvements thoraciques fait que la colonne inspirée y pénètre avec moins de force. Par toutes ces causes, la respiration bronchique

diminue d'intensité, s'éloigne de l'oreille de l'observateur, n'est distinctement perçue qu'au voisinage des grosses bronches, ou cesse de se faire entendre dans les respirations ordinaires. Mais si l'on exagère à dessein la force et l'ampleur des mouvements de la poitrine, le souffle reparaît ou devient momentanément plus manifeste, et se propage dans des régions où il était devenu imperceptible.

Enfin, lorsque la maladie est plus ancienne encore, et que l'épanchement, devenu très-considérable, a rempli tout le côté malade, le poumon, réduit à un moignon très-petit, refoulé loin de l'oreille, accolé le plus ordinairement à la colonne vertébrale, a perdu toute possibilité de se dilater ; les bronches sont devenues impénétrables à l'air, et le souffle ne peut même être produit par une exagération accidentelle des mouvements respirateurs. Il est des cas néanmoins où la matité de tout un côté du thorax indique un épanchement complet, et où l'on perçoit encore de la respiration bronchique. Il est possible, dans ces circonstances, que des adhérences lâches maintiennent la base du poumon attachée au diaphragme, et que la sérosité, forcée de remonter entre ce viscère et la paroi thoracique, forme à la surface de l'organe une couche de liquide peu épaisse.

Quoi qu'il en soit de ces diverses explications, disons que l'existence du souffle dans une pleu-

résie, à ne juger que par ce seul signe, peut faire penser que la maladie est récente et l'épanchement moyen ; mais, nous devons le reconnaître, toutes les conditions du bruit anormal, de sa présence ou de son absence, de ses déplacements, de sa disparition, sont loin d'être exactement déterminées.

Conclusion : valeur seméiotique. — Parmi les diverses maladies dont la respiration bronchique peut être le signe, les plus habituelles sont la phthisie pulmonaire, la pleurésie et la pneumonie. Cette respiration bronchique est-elle peu marquée, circonscrite au sommet du thorax et survient dans une maladie chronique, on doit l'attribuer à la présence de tubercules crus dans le parenchyme du poumon. Le souffle est-il plus intense, se montre-t-il dans une affection aiguë de poitrine, on ne peut penser qu'à une pleurésie ou à une pneumonie ; s'il n'est proportionné ni à l'intensité ni à l'étendue de la matité du thorax, il sera plutôt l'indice d'un épanchement pleurétique ; si, au contraire, il est intense, véritablement tubaire, et s'il est perçu dans toute l'étendue de la matité, il y a lieu de croire à l'existence d'une hépatisation pulmonaire (1).

(1) Ces conclusions, surtout applicables pour les adultes, le sont moins pour les enfants. Chez eux, l'épanchement

C. *Respiration caverneuse.*

Synonymie. — *Souffle caverneux, respiration creuse.*

Caractères. — La respiration caverneuse ressemble au bruit qu'on détermine en soufflant dans un espace creux : on l'imite en inspirant et en expirant avec force dans ses deux mains disposées en cavité. — Elle a lieu, d'ordinaire, dans l'inspiration et l'expiration. — Continue et plus ou moins

pleurétique, à son début, s'annonce très-souvent par du souffle bronchique même intense, même étendu, en raison de la fréquence de la respiration ou d'autres conditions qui nous échappent. Chez eux aussi, la pneumonie est plus souvent *lobulaire* que lobaire, et l'hépatisation disséminée donne lieu ordinairement à une respiration bronchique beaucoup moins prononcée; et de plus, comme l'inflammation est très-souvent double, il n'y a pas, pour l'oreille de l'observateur, ce contraste frappant qui existe, dans la pneumonie lobaire des adultes, entre la respiration normale ou seulement exagérée du côté sain et le souffle du côté malade. Il en résulte donc que du souffle tubaire perçu chez un enfant, dans une affection aiguë, indique tout aussi bien une pleurésie avec épanchement qu'une hépatisation pulmonaire, et c'est seulement à l'aide des signes physiques concomitants qu'il est possible d'établir le diagnostic différentiel, soit d'après la matité, qui est beaucoup plus marquée dans l'épanchement pleurétique, soit d'après le râle crépitant ou sous-crépitant, qui ne manque guère dans la pneumonie, et qui, dans la pleurésie, n'existe point.

prolongée, elle offre des degrés variables d'intensité et de timbre (1). — Elle a son siège habituel au sommet de la poitrine, d'un seul ou des deux côtés, rarement vers la base. — En général, bornée à une étendue peu considérable, elle est permanente; et, si elle disparaît, ce n'est guère que par intervalles, ou bien elle est remplacée par le râle caverneux.

Diagnostic différentiel. — Le *souffle caverneux* bien marqué a un timbre spécial qui le caractérise; mais quelquefois la respiration *rude* ou *bronchique* a beaucoup d'analogie avec lui, surtout lorsqu'elle se manifeste vers la racine des bronches; toutefois elle est d'ordinaire moins *creuse*, et n'est accompagnée que rarement de gros rhonchus humide,

(1) Laennec avait décrit (Laennec, *éd. d'Andral*, t. 1, p. 79) une variété de respiration caverneuse ou bronchique qu'il désigne sous le nom de *soufflante*, et dans laquelle l'air semble être attiré de l'oreille de l'observateur dans l'inspiration, et y être repoussé dans l'expiration. Ce phénomène dénoterait que l'excavation ou la bronche dans laquelle il se passe avoisine la surface du poumon. — La respiration soufflante est quelquefois telle qu'il semble que l'air agite un voile mobile, interposé entre l'oreille et une excavation pulmonaire. Ce *souffle voilé* paraît se rattacher à une densité inégale des parois de la caverne dans laquelle il se produit. Du reste, cette dernière variété, en raison de sa rareté et de son peu de valeur diagnostique, a peu fixé l'attention des observateurs.

et jamais de bruit de *pot fêlé* à la percussion. — Quant au *souffle tubaire*, il se distingue du souffle caveux par son timbre, son ton plus élevé, et le plus souvent aussi par sa rapidité qui contraste avec la lenteur habituelle de la respiration caveuse.

Cause physique. — La respiration caveuse a lieu quand il existe dans le poumon une cavité d'une certaine dimension, communiquant avec les bronches; et elle paraît due au retentissement dans cette cavité du bruit que produit la colonne d'air inspiré et expiré à l'orifice de communication. Peut-être dépend-elle en même temps de la réflexion de ce bruit contre les parois de l'excavation morbide et de la vibration de ces parois elles-mêmes. — Le souffle est d'autant plus fort que le passage de l'air est plus rapide, et il est d'autant plus évident que les cavités anormales sont plus vastes, plus voisines des parois thoraciques, entourées d'un tissu plus dense, et que leur communication avec les bronches est plus facile. Il en résulte qu'une caverne peut exister sans donner lieu au souffle caveux, soit d'une manière permanente si la cavité ne communique pas avec les conduits aëri-fères, soit d'une manière passagère si cette communication est momentanément interceptée. La quantité de la matière purulente contenue dans la caverne, et la disposition des bronches qui s'y ren-

dent, feront aussi varier l'intensité du phénomène: il sera très-marqué si l'excavation est complètement vide; que la quantité du liquide soit médiocre, il y aura respiration caveuse si les bronches s'abouchent au-dessus de son niveau; si un tuyau bronchique s'ouvre au-dessus et un autre au-dessous, on entendra à la fois respiration et râle caveux; si la cavité est peu considérable et toute pleine, du râle seul se produira, sans souffle.

Signification pathologique. — La respiration caveuse se rencontre dans la *dilatation en ampoule d'une bronche* assez volumineuse, et dans les différentes espèces d'*excavations pulmonaires*.

Diagnostic raisonné. — La *dilatation des bronches en ampoule* est une lésion assez rare qui n'est accompagnée ni de matité notable (sauf exception), ni de son de *pot fêlé*, ni des symptômes locaux ou généraux graves qui se lient à l'existence des véritables cavernes: comme elle peut affecter indifféremment tous les tuyaux bronchiques, le souffle n'a pas de lieu d'élection. — Les *excavations pulmonaires* peuvent dépendre, soit de la fonte de tubercules, soit d'abcès dont le pus a été évacué en totalité ou en partie, soit de gangrène après le ramollissement de l'eschare. Le souffle a-t-il son siège au sommet du poumon, d'un ou des deux côtés, et dans une affection à marche chronique, il est presque certainement l'indice d'une caverne

tuberculeuse (1). Est-il, au contraire, perçu à la base de la poitrine ou vers la partie moyenne, la respiration étant normale au sommet, on devra plutôt soupçonner une autre espèce d'excavation; si il est survenu dans le cours d'une affection aiguë, si les crachats, d'abord rouillés, sont devenus puriformes, il peut se rattacher à la formation d'un abcès qui a succédé à la pneumonie; si, après quelques jours de maladie, l'haleine et les crachats deviennent très-fétides, c'est un foyer gangréneux dont le souffle révèle l'existence.

Il est encore des cavernes d'une autre nature: telles sont celles qui succèdent à l'évacuation par les bronches d'un foyer apoplectique ramolli, d'un kyste acéphalocystique, ou d'une masse mélanique,

(1) Ce que nous disons ici et ailleurs du lieu d'élection des cavernes tuberculeuses *au sommet de la poitrine*, doit être légèrement modifié par rapport à la phthisie des enfants. Chez eux, plus souvent que chez l'adulte, les excavations peuvent exister *exclusivement* aux parties moyenne ou inférieure du poumon. Cette circonstance s'explique, jusqu'à un certain point, par la fréquence de la tuberculisation des ganglions bronchiques. Ces glandes, qui accompagnent les bronches jusque dans le parenchyme, peuvent être primitivement le siège de la dégénérescence tuberculeuse; plus tard, elles se ramollissent, ulcèrent le tissu pulmonaire, perforent les bronches, et constituent alors des cavités qui n'ont d'autre différence avec les cavernes pulmonaires que leur siège et leur mode de développement.

cancéreuse, etc.; mais ces faits sont tellement rares, que leur possibilité doit à peine être présentée à l'esprit qui interprète et juge la valeur de la respiration caverneuse.

Conclusion: valeur sémiotique. — *De la rareté des dilatations bronchiques en ampoule et des excavations pulmonaires à la suite d'abcès, de gangrène, etc., comparée à la fréquence de la phthisie, on peut conclure que, neuf fois sur dix, la respiration caverneuse indiquera une caverne résultant de la fonte des tubercules.*

D. Respiration amphorique.

Synonymie. — *Souffle amphorique, souffle métallique.*

Caractères. — La respiration amphorique est un bruit retentissant, à timbre métallique, et que l'on imite très-bien en soufflant dans une amphore ou grande cruche vide, ou dans une carafe à goulot étroit et à parois résonnantes. — Ce bruit anormal remplace complètement le murmure vésiculaire, plus manifeste dans le premier que dans le second temps de la respiration. — Il est continu, ordinairement assez prolongé. — Son intensité est variable, et son timbre argentin plus ou moins prononcé; il s'y joint quelquefois une espèce de frémissement métallique. — On le trouve rarement

circonscrit dans un rayon peu étendu au sommet ou à la base du thorax : d'ordinaire on l'entend dans un espace considérable, d'un seul côté de la poitrine. — Quelquefois permanent, il disparaît d'autres fois et se reproduit par intervalles, ou n'est entendu que dans de très-grandes inspirations. — Quant à sa marche, la respiration amphorique, faible au début, peut, les jours suivants, gagner en intensité et en étendue ; plus fréquemment elle atteint immédiatement son maximum de force, et peu à peu l'espace dans lequel on l'a perçue primitivement se circonscrit et diminue de bas en haut, tellement qu'elle peut finir par disparaître. — Elle coïncide presque toujours avec le *tintement métallique*.

Diagnostic différentiel. — La *respiration amphorique* ne pourrait être confondue qu'avec le *souffle caverneux*, et la distinction est assez difficile lorsque le caractère amphorique étant peu marqué et le caractère caverneux l'étant beaucoup, il y a pour ainsi dire fusion des deux phénomènes. Néanmoins, dans l'immense majorité des cas, le timbre argentin, et surtout la coïncidence du tintement métallique, établissent la différence. De plus, le râle caverneux accompagne presque toujours la respiration caverneuse et presque jamais la respiration amphorique ; la première a d'ordinaire son maximum d'intensité au sommet de la

poitrine, la seconde à la partie moyenne ; enfin, dans un cas, la percussion donne de la matité ou un son de *pot fêlé*, dans l'autre, une sonorité tympanique.

Cause physique. — La respiration amphorique se lie à l'existence d'une cavité anormale formée par la plèvre ou creusée dans le poumon, cavité de grande dimension, qui contient une quantité notable de fluide aériforme et communique avec les bronches. Le phénomène paraît dû aux vibrations que la colonne d'air inspiré et expiré imprime au fluide élastique contenu dans l'excavation morbide, et au retentissement dans cette cavité du bruit qui se produit dans les bronches et surtout à l'ouverture fistuleuse. Cette explication semble confirmée par l'expérience qui consiste à inspirer et à expirer avec une certaine force à l'orifice d'une grande cruche vide : en effet, le bruit de la respiration retentit alors dans l'intérieur de ce vase, avec un caractère métallique prononcé. D'ailleurs, l'intensité du souffle morbide est en rapport avec l'énergie des mouvements respiratoires et la grandeur de la cavité anormale ; c'est ce que confirment et les observations pathologiques et les résultats de l'expérience précitée dans laquelle l'intensité du bruit amphorique est proportionnelle aux dimensions de l'amphore et à la force avec laquelle on respire.

Quant à la communication avec les bronches, le docteur Skoda (*loc. cit.*, p. 132) ne la regarde pas comme indispensable, et, suivant lui, il suffirait, pour la production de la respiration amphorique, que la cavité de la plèvre ne fût séparée d'une bronche que par une lame de poumon peu épaisse, à travers laquelle les vibrations de l'air dans les tuyaux bronchiques pourraient se propager à l'air contenu dans la cavité pleurale. Ce qui semble donner quelque crédit à cette opinion, c'est que si, modifiant l'expérience précitée, on place sur l'ouverture d'une grande cruche un diaphragme très-mince, une feuille de papier par exemple, et si l'on souffle dessus avec force, on détermine dans l'intérieur du vase un bruit analogue à la respiration amphorique; mais nous ferons observer que si le diaphragme interposé est plus épais, le souffle amphorique ne se produit plus.

A l'appui de son hypothèse, le docteur Skoda allègue que les perforations du poumon s'oblitérent peu de temps après leur formation et qu'à l'autopsie on les retrouve rarement; cette assertion nous semble en désaccord avec les faits, et, dans la grande majorité des cas, nous avons constaté sur le cadavre la perforation que nous avons diagnostiquée pendant la vie. Ce n'est pas tout: il arrive parfois que le souffle métallique, perceptible un jour, disparaît le lendemain, pour reparaître plus

tard; ces modifications nous semblent inexplicables avec l'opinion du docteur allemand. L'on ne peut admettre, en effet, qu'une lame de poumon interposée entre la plèvre et les bronches éprouve successivement des changements d'épaisseur variables comme le phénomène acoustique; les alternatives dans la manifestation du bruit amphorique s'expliquent beaucoup mieux en admettant que la fistule pleurale s'est momentanément fermée et s'est rouverte ensuite.

Signification pathologique. — Des considérations qui précèdent nous concluons que le souffle amphorique annonce une *excavation pulmonaire très-vaste* en communication avec les bronches, ou un *épanchement gazeux dans la plèvre avec perforation du poumon* (1).

Diagnostic raisonné. — La respiration amphorique présente dans l'une et l'autre de ces lésions certaines nuances dont l'appréciation est utile pour le diagnostic différentiel. C'est dans le *pneumothorax avec perforation pulmonaire* que le souffle amphorique a sa plus grande intensité, et son

(1) Les cas de pleurésie dans lesquels le souffle bronchique se présente, comme nous l'avons dit page 103, avec les caractères de la respiration amphorique, sont tellement rares que nous ne croyons pas devoir revenir ici sur le diagnostic différentiel de cette variété de souffle et sur sa valeur sémiotique.

timbre métallique le plus prononcé. Il est perceptible surtout à la partie moyenne de la poitrine, parce que le pneumo-thorax survenant d'ordinaire chez des sujets tuberculeux, des adhérences ont uni la partie supérieure du poumon à la paroi thoracique avant l'ulcération du parenchyme, et parce que l'introduction de l'air dans la plèvre ne tarde pas à être suivie d'un épanchement liquide qui remplit les parties inférieures. Quelquefois cependant ces adhérences n'existent point, et l'air s'épanche dans toute la cavité séreuse : la respiration amphorique s'entend alors dans une très-grande étendue, circonstance qui ne se rencontre presque jamais dans les cavernes, et qui constitue un des signes les plus positifs du pneumo-thorax. — La marche du phénomène fournit aussi, dans cette dernière affection, des caractères distinctifs : le souffle amphorique apparaît brusquement ; souvent très-marqué dès le début, il diminue les jours suivants, sous le rapport de l'intensité comme sous celui de l'étendue, à mesure que la sécrétion liquide augmente. Il cesse même, si le niveau, continuant à monter et dépassant le point de la perforation, réduit de beaucoup l'espace occupé par l'air ; mais il reparait avec le retour des conditions physiques de sa production, si le malade rejette par l'expectoration une quantité suffisante de la matière sécrétée. Il peut aussi disparaître momen-

tanément, si les mouvements respiratoires sont très-faibles, ou si une cause accidentelle bouche l'orifice de communication ; il peut cesser tout à fait si cette occlusion est définitive.

Enfin, dans les cas de pneumo-thorax, il y a souvent coïncidence de tintement métallique ; ce dernier phénomène est plus ordinaire dans le pneumo-hydro-thorax que dans le pneumo-thorax simple ; mais la respiration amphorique n'indique pas, à elle seule, la présence ou l'absence d'une collection liquide dans la plèvre ; et, pour savoir si l'épanchement gazeux est accompagné d'une sécrétion liquide (ce qui arrive le plus ordinairement), il faut recourir à la percussion et à la succussion hippocratique. Si, en effet, il y a seulement pneumo-thorax, on ne constate dans le côté malade qu'un son tympanique ; quand il y a *pneumo-hydro-thorax*, cette sonorité n'existe qu'à une certaine hauteur : plus bas, elle est remplacée par de la matité, et, si l'on pratique la succussion, on perçoit simultanément le bruit de fluctuation thoracique.

Quant à la nature du pneumo-thorax, elle sera éclairée par la comparaison des phénomènes variables qui précèdent, accompagnent ou suivent la manifestation du souffle amphorique. Si un individu qui tousse depuis longtemps, et dont le thorax présente, à l'un des deux sommets, de la matité

avec altération du murmure respiratoire, est pris soudain d'une vive douleur à la poitrine et d'une grande dyspnée; si un côté devient aussitôt saillant et très-sonore à la percussion, et si le bruit amphorique se fait entendre, nul doute qu'il ne s'agisse d'une *perforation tuberculeuse*. — Si l'haléine et l'expectoration du malade ont une fétidité particulière, on diagnostiquera une *perforation par gangrène*. — Si la respiration amphorique avait été précédée par les signes d'une pneumonie intense, avec crachats purulents et gargouillement local, il y aurait lieu de soupçonner la *rupture d'un abcès dans la plèvre*. — Si aux signes d'un épanchement pleurétique (matité, silence du murmure respiratoire, etc.) avait succédé un ensemble de phénomènes tout à fait opposés (sonorité tympanique du thorax, respiration amphorique, etc.), immédiatement après le rejet d'une quantité considérable de sérosité purulente ou de pus, on déciderait qu'une *pleurésie avec épanchement vient de se terminer par l'ulcération de la membrane séreuse*, et que le liquide s'est fait jour dans les bronches par une fistule pulmonaire. — Si la respiration amphorique succédait aux signes d'un *emphysème*, on devrait croire qu'il s'est produit un pneumo-thorax *par rupture de quelques cellules* de la surface du poumon.

Rappelons, en terminant, que la perforation est

fort rare dans la gangrène, les abcès et l'emphysème; qu'elle l'est un peu moins dans la pleurésie chronique, et que, dans l'immense majorité des cas, le pneumo-thorax est dû à la phthisie tuberculeuse.

Quand la respiration amphorique se lie à l'existence d'une *excavation pulmonaire*, elle se présente avec des caractères différents de ceux que nous venons de signaler pour le pneumo-thorax: son intensité est moindre, son timbre métallique moins marqué. — Elle a son siège habituel au sommet du poumon, et elle est bornée à un espace circonscrit de la poitrine. — Le phénomène apparaît graduellement: faible d'abord, il gagne en force et en étendue, à mesure que la caverne s'agrandit par les progrès de la désorganisation du tissu pulmonaire. — Sa durée est d'ordinaire assez longue, et s'il vient à cesser momentanément, il est souvent remplacé par des rhonchus humides, et la toux le fait reparaitre. — Il coïncide presque toujours avec du râle caverneux, sans tintement métallique ou avec tintement à peine distinct et passager. — Enfin la poitrine, dans les points correspondants à ces signes stéthoscopiques, donne, à la percussion, de la matité ou un son de pot fêlé, et elle est souvent déprimée, au lieu d'être dilatée comme dans le pneumo-thorax.

Quant à la nature de l'excavation pulmonaire,

le souffle amphorique ne saurait la déterminer : il ne présente pas, dans ses caractères essentiels, de différences capables d'indiquer s'il s'agit d'une cavité formée par des tubercules ramollis, ou par un vaste foyer purulent ou gangréneux. Toutefois son siège peut déjà mettre sur la voie, et, comme on sait que les cavernes résultant de la fonte des tubercules occupent de préférence le sommet du poumon, le phénomène, s'il est perçu à la partie supérieure de la poitrine, indiquera plutôt une *excavation tuberculeuse* ; le diagnostic se complétera ensuite par l'étude de la succession des phénomènes stéthoscopiques qui ont précédé l'apparition du souffle amphorique, et par la considération de ce fait que les *cavernes gangréneuses* ou *purulentes* sont d'une excessive rareté comparativement aux excavations dues à la fonte des tubercules.

Il peut se rencontrer des cas plus embarrassants, lorsque, par exemple, il existe en même temps un pneumo-hydro-thorax avec fistule, et une grande cavité pulmonaire : le diagnostic s'établit alors d'après la marche de la maladie, d'après la succession des phénomènes fonctionnels et physiques (augmentation subite de la dyspnée dans le cours d'une phthisie, remplacement d'un son obscur ou de pot fêlé par la sonorité tympanique, et du râle caverneux par un mélange de respira-

tion caverneuse et de souffle amphorique), enfin d'après la réunion des signes communs aux deux altérations. L'un de nous a observé un fait dans lequel une complication semblable s'est révélée par le concours des circonstances précitées : « Une femme de vingt-trois ans, admise à l'hôpital le 14 août, toussait depuis six mois. A son entrée, on constate un son obscur sous les deux clavicules, et, au sommet des deux poumons, une respiration rude, un peu bronchique, avec retentissement exagéré de la voix. Les jours suivants, la matité augmente ; la respiration devient plus bronchique, et la bronchophonie plus intense. Le 10 septembre, gargouillement sous les clavicules et dans la fosse sus-épineuse des deux côtés. Le 6 octobre, oppression extrême, orthopnée, sonorité tympanique à droite, et respiration amphorique dans les deux tiers supérieurs du même côté. Le 7, on constate de nouveau le *souffle amphorique* ; mais il n'a lieu qu'à la fin de l'inspiration, dont la première moitié fait entendre un *souffle caverneux*. A gauche il existe aussi un peu de respiration amphorique, mais à un degré beaucoup moindre. La malade succombe le 9, et, à l'autopsie, on trouve le côté droit saillant et très-sonore à la percussion ; la plèvre droite, tapissée de fausses membranes, contient environ 300 grammes d'un liquide jaunâtre, purulent, floconneux, avec bulles nombreuses à la

surface. Le poumon, adhérent à son sommet et à sa base, est refoulé vers la colonne vertébrale et très-aplati; il présente au niveau du deuxième espace intercostal deux perforations qui s'ouvrent toutes deux dans une excavation capable de loger un œuf, communiquant elle-même avec une caverne du volume du poing; le reste du parenchyme affaissé, est parsemé de tubercules crus ou ramollis. Le poumon gauche présente à son sommet une vaste caverne et un grand nombre de tubercules à tous les degrés. »

Conclusion : valeur sémiotique. — La respiration amphorique bien caractérisée indique presque infailliblement un pneumo-thorax avec fistule pulmonaire. Mal caractérisée, elle peut annoncer cette même maladie, mais aussi être l'indice d'une vaste caverne presque toujours tuberculeuse.

IV. BRUITS ANORMAUX.

Les bruits anormaux sont de deux genres : les uns se passent à l'intérieur, dans les bronches ou dans le tissu pulmonaire, ce sont les *râles*; un autre se produit à la surface du poumon, c'est le bruit de *frottement*.

(H) Tableau des bruits anormaux de la respiration.

BRUITS ANORMAUX.	(1 ^{er} genre).	BRUIT DE FROTTEMENT.	Frottement pleurétique.
		(2 ^e genre).	Râle sonore.
		Râles secs (vibrants)	} sibilant. } ronflant.
		Râles humides (bul- leux).	A. Râle crépitant.
			B. Râle sous-crépitant } sous-crépitant fin. } sous-crépitant moyen. } s.-crép. digrossesbulles.
			C. Râle caverneux.
		Appendice.	} Craquements. } Froissement pulmonaire, etc.