

23 juillet 1873 ; il sera curieux d'observer si cette éruption ne s'étendra pas sur la face avant l'invasion de la crise automnale.

Elle a de la dyspepsie et de la gastralgie, elle éprouve une grande répugnance pour la viande noire ; et, quoique grasse et d'assez bonne apparence, elle offre un aspect chlorotique très-accentué. Ses règles viennent régulièrement, mais paraissent à peine. Elle accuse des douleurs névralgiques dans les reins et dans le bas-ventre, plus prononcées aux époques menstruelles ; l'utérus ne présente rien d'anomal.

Je lui prescris l'eau de la Bourboule, le sulfate de quinine en petites doses par la bouche, à cause de l'état gastrique, et associé au sous-nitrate de bismuth. Mais en même temps je lui recommande d'en prendre en lavement, suspendu dans un mucilage de gomme, sans addition de laudanum, car elle ne supporte pas l'opium et a éprouvé des accidents graves pour en avoir pris une très-petite dose.

ADÉNOPATHIE BRONCHIQUE CHEZ L'ADULTE (1)

PREMIÈRE LEÇON

Sommaire. — Historique de l'adénopathie bronchique chez les enfants (Leblond, — Becker, — Ley, — Rilliet et Barthez), et chez l'adulte (Marchal (de Calvi), — Fonsagrives, — Harrisson, — Liouville).

Caractères anatomiques et symptômes de l'adénopathie bronchique. — Caractères de la toux. — Altérations de la voix, dépression susternale, modifications de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire. — Troubles fonctionnels : dyspnée, aphonie, dysphagie. — Symptômes généraux.

Diagnostic (tuberculisation pulmonaire. — Tumeurs du médiastin. — Anévrysme de l'aorte. — Cancer de l'œsophage, etc.).

Pronostic. — Forme aiguë. — Formes chroniques. — Observations cliniques.

Traitement. — Indications thérapeutiques. — Modificateurs hygiéniques. — Eaux minérales. — Application de teinture d'iode. — Iodure de potassium. — Phosphore et phosphure de zinc, etc.

MESSIEURS,

Il y a quelques années, j'ai exposé dans mes leçons cliniques le résultat de mes recherches sur l'adénopathie bronchique chez l'adulte. J'ai cherché à démontrer que cette affection très-commune, et qui n'avait été indiquée que dans ses formes extrêmes et exceptionnelles, pouvait être reconnue alors même qu'elle ne présentait qu'un médiocre développement, et que, contrairement à l'opinion émise par d'éminents observateurs, l'auscultation et la percussion fournissaient chez l'adulte des signes importants pour le diagnostic. Ces signes me paraissent d'autant plus intéressants à étudier qu'ils peuvent fixer la signification des troubles fonctionnels à une période où ces troubles ne sont pas assez intenses pour permettre d'en affirmer l'origine ; et cependant c'est dans cette période que la thérapeutique peut le plus utilement intervenir.

Depuis cette époque, des faits nombreux sont venus confirmer mes

(1) *Gazette hebdomadaire*, nos 29 et 30, août 1871.

premières observations. Dans plusieurs cas, l'autopsie a démontré l'exactitude du diagnostic, qui non-seulement avait affirmé l'existence des tumeurs ganglionnaires, mais en avait fixé avec précision le siège et les dimensions.

J'ai ajouté quelques détails nouveaux aux signes stéthoscopiques et plessimétriques que m'avaient fournis mes premières recherches.

Avec ces matériaux, que trois années d'études cliniques ont ajoutés à ceux que j'ai résumés dans mon premier travail (1), je pourrai, je l'espère, tracer un tableau moins incomplet de la maladie, du moins dans cette période et à ce degré qu'il m'a été donné d'observer. Pour en décrire le degré le plus avancé, je ferai de larges emprunts à l'excellent travail de M. Fonssagrives, qui, un des premiers, a appelé l'attention sur l'adénopathie bronchique chez l'adulte, en réunissant et en résumant les observations rares et éparses que la science possédait sur ce sujet.

Les affections des ganglions bronchiques sont soumises à une loi qui régit toute la pathologie du système ganglionnaire. Elles sont le plus souvent secondaires et consécutives à des lésions développées dans les organes parcourus par les vaisseaux lymphatiques dont ces ganglions sont les aboutissants; mais elles peuvent survivre à l'incitation morbide qui les a produites, et, sous l'influence d'une prédisposition constitutionnelle, acquérir un développement tel, qu'elles deviennent l'élément dominant de la maladie. Dans certains cas, elles paraissent être primitives: ainsi il n'est pas rare, principalement chez les enfants, de trouver des tubercules dans les ganglions bronchiques alors qu'il ne s'en rencontre pas dans les poumons.

L'activité physiologique et morbide des ganglions lymphatiques décroît rapidement avec l'âge. On dirait que ces organes vieillissent plus vite que les autres appareils organiques. Déjà, dans l'âge mûr, ils sentent bien moins les excitations pathogéniques que dans la jeunesse et surtout dans l'enfance. L'adénite post-cervicale de la syphilis, par exemple, si habituelle chez le jeune homme, que M. Ricord en a fait à cet âge une des manifestations les plus constantes de cette maladie, diminue de fréquence et de volume chez les individus plus âgés; elle est beaucoup moins développée et finit même par manquer, dans beaucoup de cas, après quarante ou cinquante ans; tandis que chez l'enfant la moindre pustule, la moindre lésion des téguments provoque l'engorgement des ganglions. La vie de l'appareil lymphatique est tellement active à cet

(1) *Gazette des hôpitaux*, 6 juin 1868.

âge, qu'elle semble n'attendre qu'un prétexte pour devenir exubérante. Quand elle l'emporte sur celle des systèmes organiques d'un ordre plus élevé, les enfants offrent cette modalité constitutionnelle qu'on a désignée sous le nom de *tempérament lymphatique*, et qui a pour caractères, d'abord une tendance excessive à la production des tissus inférieurs les moins animalisés et les moins vivants, ensuite une puissance réactionnelle faible contre les causes morbifiques, contre les envahissements du monde extérieur et les impressions des agents physico-chimiques. Le sang est pauvre, l'innervation languissante, la fibre musculaire peu développée; toutes les générations ou nutriments supérieures sont incomplètes, mais les ganglions possèdent une incitabilité qui contraste avec la torpeur générale.

Les adénopathies pullulent chez les jeunes sujets; celles des ganglions bronchiques s'y montrent avec une fréquence et un développement qu'on n'observe pas à d'autres âges. Aussi, avant le travail du docteur Fonssagrives, n'avaient-elles guère été étudiées que dans l'enfance, où leurs symptômes sont beaucoup plus facilement appréciables.

Leblond, Laennec, Becker, Berton, Ley et surtout MM. Rilliet et Barthez se sont tour à tour occupés de l'adénopathie bronchique des enfants.

Leblond, qui a publié en 1824 le premier travail *ex professo* sur la matière, indique les principaux troubles qui résultent du développement anomal des ganglions: la compression des organes voisins, trachée, bronches, œsophage; la communication possible des ganglions avec les conduits aériens, le poumon et l'œsophage, après le ramollissement des tubercules qui les infiltrent; la faiblesse du bruit respiratoire qui en est un des signes importants, etc.

Deux ans après, le docteur Becker publia une importante monographie qui contient sur cette maladie des détails nouveaux et intéressants.

Berton observa la compression et la perforation des gros troncs vasculaires par des ganglions tuberculeux.

Le docteur Ley expliqua certaines dyspnées par la compression du pneumogastrique, circonstance que Pierre Frank avait déjà signalée.

Enfin, MM. Rilliet et Barthez, à qui j'ai emprunté ces détails bibliographiques, firent paraître sur la phthisie bronchique des mémoires insérés dans les *Archives générales de médecine*, en 1840 et 1843. Plus tard, dans leur beau *Traité des maladies des enfants*, ils ont consacré à la même affection, sous le titre *Tuberculisation des ganglions bronchiques*, un chapitre qui est une véritable monographie, la plus complète que nous possédions sur ce sujet. Non contents de résumer et d'analyser les

travaux antérieurs, ils y ont ajouté des faits importants; ils ont décrit l'évolution des lésions ganglionnaires, en ont indiqué, plus complètement qu'aucun de leur devanciers, les symptômes et les signes. Mais, ainsi qu'ils le disent eux-mêmes, les dimensions étroites de la cage thoracique et l'énorme développement que les ganglions bronchiques atteignent dans l'enfance produisent des modifications des bruits respiratoires normaux et anormaux qu'on n'observe pas chez l'adulte.

Ainsi l'adénopathie bronchique avait pris rang parmi les maladies de l'enfance; et si on ne lui avait pas fait toute la part qui lui appartient, si on ne l'avait décrite que dans ces cas extrêmes où par son développement l'affection ganglionnaire domine toute la scène morbide, les observateurs que je viens de citer avaient étudié l'évolution de cette affection, ses formes anatomiques; ils avaient décrit avec soin les troubles fonctionnels qu'elle peut produire, et, sans accorder aux signes physiques toute l'importance qu'ils me paraissent mériter, ils en avaient indiqué les principaux, ceux du moins qui se montrent le plus en relief à cette période avancée de la maladie dans laquelle ils avaient circonscrit leurs observations cliniques.

Chez l'adulte l'engorgement des ganglions bronchiques n'était connu que par de rares observations, quand Marchal (de Calvi) en publia deux très-remarquables qu'il accompagna de judicieux commentaires. Plus tard M. le docteur Fonssagrives réunit trois faits, qu'il avait lui-même observés; à ceux de Marchal et à quatre autres qu'il trouva épars dans diverses publications; il en fit la base d'un travail très-intéressant publié dans les *Archives de médecine* en 1861. Mais ces neuf observations ne se rapportent encore qu'à ces formes extrêmes de la maladie où la mort est presque inévitable, et où les troubles fonctionnels sont l'élément le plus important du diagnostic. Pour ce savant médecin, la percussion ne fournit que des signes négatifs. « Si chez les enfants, dit-il, on a pu constater et délimiter par le plessimètre les masses ganglionnaires indurées, nous n'avons rien vu qui nous autorisât à penser que chez l'adulte on pût atteindre cette précision. » (*Loc. cit.*, p. 29.)

Il ne croit pouvoir demander à l'auscultation que la constatation d'un rhonchus sonore persistant, perceptible à distance, masquant le bruit respiratoire, et déjà signalé chez les enfants par MM. Rilliet et Barthez. L'obscurité du bruit respiratoire dans la partie du poumon où va se ramifier la bronche comprimée est un signe qui lui paraît plutôt déduit théoriquement de la nature de la lésion que constaté expérimentalement (p. 30).

Si en effet les signes physiques de l'adénopathie bronchique manquaient chez l'adulte alors qu'elle présente son plus haut degré de développement, il faudrait désespérer d'arriver au diagnostic dans les cas où la lésion ganglionnaire est beaucoup moins prononcée et où les troubles fonctionnels n'offrent pas ces caractères tranchés qui permettent de reconnaître l'existence de cette affection.

Ces cas sont très-nombreux, et, sans être aussi commune ni en général aussi accentuée que chez l'enfant, l'adénopathie bronchique joue parfois chez l'adulte un rôle important, soit qu'elle se développe isolément, soit que, se mêlant à d'autres maladies intrathoraciques, elle modifie leur expression symptomatique par ses propres manifestations.

La fréquence de cette lésion n'avait pas échappé aux anatomistes: Harrison, entre autres, dans son excellent traité de *l'Anatomie chirurgicale des artères* (1), fait remarquer que ces ganglions sont plus que tous les autres sujets à des altérations morbides, qu'ils peuvent acquérir des dimensions considérables et comprimer les bronches et les vaisseaux.

Cette affection ne serait même pas rare chez les vieillards, d'après les recherches de M. Liouville (2), qui a vu à cet âge les ganglions bronchiques tuméfiés comprimer les bronches et pénétrer dans leur cavité à travers leurs parois ulcérées.

Je ne m'étendrai pas sur les caractères anatomiques et histologiques des ganglions bronchiques malades. Rien, je crois, d'ailleurs, ne distingue essentiellement leurs lésions des autres adénopathies. Les dépôts tuberculeux y sont plus fréquents; ils participent en cela aux aptitudes morbides des organes respiratoires dont ils sont une dépendance. Dans d'autres cas, on n'y trouve d'autres lésions que celles qu'on a constatées dans les ganglions strumeux. Très-souvent ils sont infiltrés de matière noire.

Dans une observation publiée par M. Richet, ils étaient remplis d'une matière blanchâtre demi-concrète, ressemblant à de la pulpe de marron cuit. On y a trouvé, parfois, du pus disséminé par petits foyers, ou formant une collection qui occupait la place du ganglion détruit et était limitée par son enveloppe quelquefois épaissie. En général, multiples, agglomérées en masses multilobées ou réunies en chapelet, ces tumeurs peuvent acquérir chez l'enfant les dimensions d'un œuf de poule; chez l'adulte, le développement peut être plus considérable encore. M. Marchal (de Calvi) les a vues formant une grappe énorme; plusieurs avaient

(1) *Surgical anatomy of the arteries*. Dublin, 1833, p. 10.

(2) *Mémoires de la Société de biologie et Archives de physiologie normale et pathologique*.

le volume d'un œuf de poule, et les moindres étaient de la grosseur d'une noix.

Chez son second malade, leur masse fit issue au dehors, comme par un mouvement d'expansion, au moment où l'on ouvrit la paroi thoracique. Dans un cas observé par M. Fonssagrives, la longueur de la tumeur était de 9 centimètres et demi. Chez la femme dont je rapporterai plus loin l'observation, la masse ganglionnaire égalait le volume d'une grosse noix.

Symptômes. — Dans le premier degré de l'adénopathie bronchique, les troubles fonctionnels, avons-nous dit, ne sont pas aussi accentués qu'ils le deviennent dans les formes les plus sévères de cette affection; cependant ils offrent déjà, dans un grand nombre de cas, une physionomie spéciale, et qui peut éveiller les soupçons du médecin.

A ce degré, la toux est sèche, quinteuse; le malade éprouve de la dyspnée; par moments ces accidents augmentent; la toux est plus intense; elle peut être précédée d'une inspiration sifflante qui persiste dans l'intervalle des quintes.

Cette toux a parfois un caractère *coqueluchoïde*, d'autres fois elle est sourde, grêle, un peu bulleuse, elle ressemble à la toux des emphysemateux. Elle peut être très-aiguë ou voilée. La voix peut présenter des altérations analogues; les modifications apportées au volume et à la vitesse de l'air expiré, la contraction spasmodique ou l'affaissement des cordes vocales, expliquent ces modalités diverses des bruits expirateurs.

L'expectoration n'est pas en rapport avec la toux. Celle-ci est en grande partie la manifestation réflexe de l'irritation produite dans les bronches par la tumeur ganglionnaire. Cependant la bronchite complique habituellement l'adénite et peut même en être le point de départ.

Une sensibilité anormale du thorax existe souvent au niveau des ganglions malades, soit dans l'espace interscapulaire, soit sous la clavicule; cette sensibilité à la pression dépasse ordinairement la région ganglionnaire; elle est accompagnée de douleurs spontanées, qui, par leurs localisations, paraissent pouvoir être rapportées aux nerfs intercostaux et peuvent être considérées comme des douleurs réflexes. Quelques malades en ont accusé qui se faisaient sentir dans des parties plus éloignées du foyer morbide, et qui pourraient recevoir la même interprétation physiologique. Mais en les considérant comme des douleurs réflexes, rien ne prouverait qu'elles dussent être attribuées à l'adénopathie plutôt qu'aux lésions coexistantes et dont l'affection ganglionnaire peut n'être qu'une complication.

Un engorgement des ganglions sus-claviculaires ou cervicaux coïncide quelquefois avec les signes de l'adénopathie bronchique, et est comme un témoignage extérieur de la lésion qui existe profondément.

Quand les conduits aériens sont comprimés par la tumeur ganglionnaire, à chaque inspiration, et surtout pendant les paroxysmes de dyspnée, une dépression profonde se creuse au-dessus de la fourchette sternale. Les téguments du cou s'enfoncent derrière la pièce supérieure du sternum, phénomène observé dans les cas où un obstacle mécanique ferme à l'air le libre accès des voies respiratoires, et que chez les enfants affectés de croup on a désigné sous le nom de *tirage*.

Voilà à peu près à quoi se réduisent les manifestations extérieures de cette affection, à ce degré peu intense qui en marque le début et qu'elle peut ne pas dépasser. Mais alors des modifications de la sonorité thoracique et du bruit respiratoire indiquent la signification de ces symptômes et éclairent le diagnostic.

Pour bien comprendre la symptomatologie de l'adénopathie bronchique, il est indispensable de se rappeler la disposition des ganglions: les uns suivent les bords de la trachée et remontent jusqu'à son origine laryngée; d'autres se groupent au-dessous de sa bifurcation; d'autres enfin sont semés le long des bronches, où on peut les suivre, disent MM. Rilliet et Barthez, jusqu'à la quatrième division, et ils pénètrent dans le parenchyme pulmonaire.

Les ganglions extérieurs, ceux qui accompagnent la trachée, sont seuls accessibles à nos investigations cliniques. Il suffit de prendre la trachée comme point de repère pour déterminer leur situation. Voici comment il convient de procéder dans cette recherche: Quand on percute les apophyses épineuses des premières vertèbres dorsales, on perçoit un son d'une tonalité élevée qui se rapproche quelquefois, par son timbre, du son que donne la partie supérieure et moyenne du sternum; il est seulement moins accentué et beaucoup moins clair. A partir et au-dessous de la quatrième vertèbre dorsale, le son devient plus grave, plus profond, et semble provenir de parties plus élastiques: il est analogue au son pulmonaire, mais affaibli. Le son clair qui va jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale doit être rapporté à la trachée, laquelle s'arrête précisément en ce point, comme l'indiquent les anatomistes et comme je m'en suis convaincu en enfonçant, dans le quatrième espace intercostal, des broches que j'ai fait fabriquer pour ces recherches. Si l'on a soin de les faire pénétrer perpendiculairement, ce qui n'est pas toujours facile, on les voit arriver juste au-dessous de l'extrémité inférieure de la trachée.

Le son qu'on obtient plus bas que la quatrième vertèbre appartient aux poumons, qui sont plus rapprochés l'un de l'autre et par conséquent plus voisins du rachis au-dessous de la division des bronches. Le médiastin postérieur se rétrécit en effet de haut en bas et représente une pyramide à sommet inférieur. Les poumons offrent d'ailleurs dans cette région une bien plus grande épaisseur, une plus grande surface vibrante, ce qui fait que le son est plus grave à la base qu'au sommet de la poitrine.

Ces caractères, toutefois, peuvent varier par suite de lésions ou de variétés de conformation. Si le poumon est altéré, induré à sa partie inférieure, la différence de sonorité et de tonalité pourra changer, et la région trachéale devenir plus sonore que la région sous-trachéale. Chez plusieurs sujets qui avaient le cou très-long, j'ai cru remarquer que la trachée descendait moins bas que dans les conditions opposées.

Après avoir fixé la position de la trachée par la percussion, je trace une ligne qui marque sa limite inférieure; puis, de celle-ci je mène deux autres lignes qui prolongent obliquement la première en bas et en dehors de chaque côté, et j'ai ainsi la direction des grosses bronches.

Quand les ganglions bronchiques sont tuméfiés, la percussion fait constater dans la région qu'ils occupent une diminution de la sonorité, une élévation de la tonalité qui coïncide ordinairement avec le phénomène précédent, et en même temps une résistance plus grande, une élasticité moindre que dans l'état normal. D'après ce que nous avons dit plus haut, c'est sur les côtés des premières apophyses épineuses dorsales, et quelquefois même de la septième cervicale, qu'il faudra chercher ces modalités plessimétriques.

Si l'on ne fait pas usage de plessimètre, le malade étant assis, on lui fait incliner la tête en avant et l'on couche le médius de la main gauche dans les gouttières vertébrales, sur les lames des vertèbres, parallèlement aux apophyses épineuses. Le doigt, pour explorer ces surfaces étroites et ondulées, est bien préférable aux plessimètres ordinaires; celui de Baccelli ou de M. Peter peuvent seuls le suppléer, sans le valoir.

S'il existait une tumeur ganglionnaire considérable au-dessous de la trachée, dans l'angle de la bifurcation des bronches, on pourrait trouver un son mat au-dessous de la quatrième vertèbre dorsale. Ce serait alors par l'étude attentive de tous les symptômes, par la continuité de cette matité avec celle que l'on pourrait constater au-dessus, qu'on arriverait à la distinguer de la matité qui serait due à une induration pulmonaire.

En avant, c'est au niveau de la première pièce du sternum et dans le

voisinage de cet os, que l'adénopathie amène des modifications de sonorité; il faut percuter comparativement les deux moitiés du manche de cet os, les deux premières articulations chondro-sternales de chaque côté, les articulations sterno-claviculaires et la partie interne des deux premiers espaces intercostaux; car si, dans l'état normal, la trachée s'arrête au niveau de la seconde côte, la tumeur ganglionnaire peut descendre plus bas.

M. le docteur Fonssagrives a indiqué, dans sa septième observation, qu'il avait constaté une submatité peu étendue au niveau de l'extrémité interne de la clavicule droite, qui était manifestement repoussée en avant avec le bord antérieur du muscle sterno-mastoidien.

Suivant le même observateur, la palpation permet souvent de constater ou un accroissement des vibrations thoraciques, ou l'existence de frottements dans un point limité, vers l'une ou l'autre des deux régions sous-claviculaires. (*Loc. cit.*, p. 29.)

Ce sera dans les mêmes points de la région sternale que l'auscultation fera percevoir des modifications du bruit respiratoire très-importantes pour le diagnostic. Elles varieront suivant les rapports des tumeurs ganglionnaires avec les tubes aérifères, et suivant les changements que ceux-ci subiront dans leur forme et dans leur calibre.

Ainsi, dans quelques cas, la tumeur agira comme conducteur des bruits trachéaux ou bronchiques. Le souffle trachéal sera plus fort et plus nettement perçu du côté malade que du côté opposé. Cette différence est quelquefois bien tranchée, quand on examine comparativement les deux moitiés de la région sternale supérieure et la partie voisine des premiers espaces intercostaux; elle pourra résulter aussi des changements survenus dans les rapports de la trachée: celle-ci, refoulée contre la paroi thoracique, en contact plus immédiat avec sa cage osseuse, lui transmet plus directement et par conséquent avec plus d'intensité les sons qui la font vibrer.

En arrière, dans une des régions scapulo-rachidiennes, la respiration aura quelquefois, sous l'influence des mêmes conditions anormales, un caractère bronchique beaucoup plus prononcé que du côté opposé; et ce caractère devient plus important quand on le constate du côté gauche, la bronche droite donnant habituellement un bruit plus fort et une expiration plus accusée que la bronche gauche. Dans les mêmes circonstances, la voix et la toux présentent également un retentissement exagéré, et leurs modifications peuvent être plus accentuées que celles du bruit respiratoire. Dans ce cas, j'ai entendu quelquefois un *écho de la*

toux d'un retentissement exceptionnel et qui, à cause de son intensité et de sa constance, me paraissait devoir être attribué à l'état morbide des ganglions, bien que dans l'état normal on observe quelquefois ce phénomène à la racine des poumons.

Il est rare que la forme et le calibre des tubes aérifères ne soient pas altérés par la pression qu'ils subissent ; en outre, comme nous l'avons déjà dit, l'anatomie pathologique fait habituellement constater une phlogose de la muqueuse bronchique, au niveau des ganglions malades. Toutes ces conditions anormales peuvent modifier le bruit que produit la colonne d'air qui traverse ces tubes ; aussi, en même temps qu'ils pourront être plus forts, plus superficiels, les bruits trachéaux et bronchiques sont généralement rudes, quelquefois râpeux, plus aigus que dans l'état normal, parfois *aspirés*, donnant une sensation de succion qui indique le passage de la colonne aérienne à travers un canal rétréci. On peut se faire une idée de cette modalité respiratoire, si l'on aspire avec effort en tenant d'abord la bouche demi-ouverte, ce qui produit un son analogue à celui que le murmure vésiculaire fait entendre à l'oreille, puis en rapprochant les lèvres, ce qui produit un bruit de succion.

Le bruit expirateur est en général exagéré et l'emporte souvent sur le bruit d'inspiration ; l'un et l'autre peuvent se terminer par un sibilus ou par un gros râle bulleux dont le siège constant et la persistance constituent, comme l'ont remarqué MM. Rilliet et Barthez, un des signes importants de la maladie.

Ces râles peuvent sans doute subir des variations dans leur intensité, ils peuvent même disparaître ; mais quand ils se reproduisent on les retrouve toujours dans les mêmes points de la poitrine.

Ces modalités respiratoires, dues à l'adénopathie, offrent ce caractère qu'elles retentissent souvent dans une grande étendue de l'arbre bronchique au delà de leur point d'origine ; on peut percevoir l'expiration prolongée, par exemple, ou le bruit de succion, ou la rudesse dans une partie considérable du poumon.

Entre les bruits qui ont leur origine dans la trachée et ceux qui sont produits par la lésion des bronches, il y a cette différence que les rhonchus trachéaux retentissent dans presque tout l'arbre bronchique, ou au moins dans ses principales divisions, qu'on les entend par conséquent des deux côtés, tandis que les bruits morbides qui ont leur point de départ dans une des bronches ne sont perçus que d'un seul côté.

Quand la pression exercée sur cette bronche est considérable, en même temps qu'on constatera au niveau de la région ganglionnaire

quelques-uns des phénomènes stéthoscopiques que nous venons d'indiquer, et surtout la respiration sifflante, aiguë, rude, sèche, moins ample, moins douce, et quelquefois moins forte que du côté du sein, le bruit respiratoire faiblira, parfois jusqu'à disparaître complètement, dans le poumon ou dans la portion du poumon qui correspond à la division bronchique comprimée.

Cette faiblesse du bruit respiratoire, et l'on pourrait dire des bruits respiratoires (car cette observation s'applique aussi bien aux bruits morbides qu'aux bruits normaux), cette faiblesse, dis-je, des bruits respiratoires, quand elle se rencontre avec la persistance de la sonorité, et quand on ne constate aucun autre phénomène qui puisse faire croire à un état emphysémateux des poumons, est un des signes importants de la maladie ; elle acquiert une grande valeur quand elle coïncide avec les modalités du son et de la respiration que nous avons indiquées plus haut dans la région ganglionnaire. On conçoit qu'un tubercule profond, comprimant une des subdivisions principales des bronches, puisse produire le même phénomène ; mais alors la percussion donnera rarement un son aussi fort, aussi profond que dans les cas où le parenchyme ne renferme aucune production morbide.

J'avais souvent observé un désaccord inexplicable entre les résultats de l'auscultation et ceux de la percussion, surtout chez des malades atteints ou suspects de phymatose. Le bruit respiratoire est quelquefois d'une faiblesse considérable dans des régions où le son est parfaitement normal, quelquefois dans presque tout un lobe, quelquefois même dans tout un poumon. Je me rappelle une dame qui fut envoyée aux Eaux-Bonnes par mon regrettable ami le docteur Michon : La poitrine était sonore des deux côtés, mais dans tout le côté droit le bruit respiratoire était à peu près nul, sans signes d'emphysème. La malade accusait une toux et une dyspnée habituelles qui s'exaspéraient par accès ; ces accès avaient parfois une violence extrême ; elle avait craché du sang, et plus tard elle succomba à une phthisie confirmée. J'ai souvent pensé depuis que, si j'avais alors dirigé mon attention sur l'état des ganglions bronchiques, j'eusse trouvé dans leur tuméfaction la cause de cette anomalie, que j'ai bien des fois rencontrée depuis dans de moindres proportions.

Cette faiblesse du bruit respiratoire peut être accompagnée d'expiration prolongée. Par une circonstance assez difficile à expliquer, mais que j'ai trouvée mentionnée dans le travail de MM. Rilliet et Barthez après l'avoir moi-même observée, cette faiblesse peut être très-prononcée en arrière, alors qu'on ne la constate pas en avant. En même temps que