produire. Cela est si vrai, que quand on parle à voix basse, qu'il y a chuchotement, il n'y a plus de chevrotement, et l'on en retrouve, au contraire, comme nous le verrons, dans certains bruits anormaux qui ont un timbre aussi éclatant que la voix ordinaire.

Nous savons qu'une interruption dans les tubes bronchiques empêche assez habituellement les souffles glottiques d'aller retentir au delà du point oblitéré. Il n'en est pas de même de la voix; l'éclat de son timbre a assez de force pour traverser les solides et pour aller mettre en vibration l'air contenu dans des cavités qui ne sont plus en libre communication avec celui du tronc laryngo-trachéal. C'est sur cette propriété qu'a la voix de se propager si puissamment par les solides qu'est fondé le nouveau mode d'auscultation signalé d'abord par M. Taupin (1), puis étudié par M. Hourmann, et appelé par lui autophonie (2). Il consiste', comme on sait, à appliquer son oreille sur les parois thoraciques et à parler; on obtient alors, par l'ébranlement que produit la voix de l'auscultateur dans la poitrine du malade, les différents modes de retentissements affectés à certaines lésions, de la même manière à peu près que si le malade lui-même parlait (3). Néanmoins, quand on aura le choix des deux méthodes d'auscultation, on fera bien de s'en tenir à l'ancienne, qui donne lieu à des retentissements plus marqués et plus purs que l'autre.

Là se termine l'histoire physiologique et pathologique de l'auscultation des bruits normaux du système respiratoire, c'est-à-dire de la voix et du souffle glottique. Nous allons nous occuper des bruits anormaux du même système.

CHAPITRE II.

BRUITS ANORMAUX.

On doit appeler anormaux tous les bruits dont la forme n'est plus la même que celle de la voix et du souffle glottique. Les bruits anormaux peuvent se produire dans tous les points des voies respiratoires soit supérieures, soit inférieures; mais ils donnent lieu, suivant cette différence de siége, à des considérations qui ne permettent pas de les réunir dans une même exposition. Nous traiterons donc d'abord des bruits anormaux supérieurs ou sus-claviculaires; nous parlerons ensuite des bruits anormaux inférieurs ou sous-claviculaires ou thoraciques.

§ I. — Bruits supérieurs ou sus-claviculaires.

Les bruits anormaux propres aux parties supérieures du système respiratoire sont produits aux mêmes orifices qui déterminent les formes normales étudiées précédemment. Ils présentent des espèces nombreuses, parmi lesquelles on doit noter les suivantes, que tout le monde connaît.

l° Le sifflement labial qui a lieu à l'inspiration et surtout à l'expiration; il résulte du passage de l'air à travers les lèvres extrêmement contractées et rapprochées entre elles, au point de produire une aire de quelques millimètres.

2° Le bruit de l'éternument, qui est une espèce de sifflement moins éclatant que le précédent, et qui se passe dans les narines. Voici la série des phénomènes qui le précèdent et qui l'accompagnent. On éprouve d'abord, dans la partie antérieure des fosses nasales, une sensation de picotement qui va toujours en augmentant; à cette occasion il se fait une inspiration, pendant laquelle les lèvres s'écartent et les narines se dilatent. Cette inspiration est souvent lente, d'autres

⁽¹⁾ Loc. cit.

⁽²⁾ L'Expérience, nº 106, 1839.

⁽³⁾ Je dois dire, pour rendre hommage à la vérité, que, dès l'année 4834, M. Bricheteau nous faisait remarquer à l'hôpital Necker que lorsqu'on parlait en auscultant la caverne d'un phthisique, on y déterminait un écho qui avait quelque chose de caverneux.

Fig. 1.

fois rapide, et elle atteint toujours son summum de plénitude et de profondeur sans qu'il soit possible de l'arrêter. Arrivée à ce point, elle est suivie immédiatement d'une expiration brusque, pendant laquelle les lèvres et les narines se trouvent dans un état tout opposé à celui qu'elles avaient dans l'inspiration, c'est-à-dire que les lèvres sont rapprochées l'une de l'autre, et que les narines sont resserrées; c'est pendant l'expiration que se fait entendre le sifflement en question. Le but de l'éternument est d'expulser des narines la cause du picotement qui s'y fait sentir, au moyen de l'expiration qui en est l'acte le plus important; c'est pour cela que l'inspiration qui la précède est profonde, et que dès lors la masse d'air qui doit servir à cette expulsion est considérable; c'est encore pour cela que la bouche est fermée, et que la masse d'air tout entière traverse les fosses nasales. Mais ce qui est important aussi à noter, c'est que pendant l'expiration les narines sont resserrées pour rendre le passage de l'air plus rapide, et c'est par suite de cette rapidité avec laquelle le passage de l'air s'exécute qu'il se produit un sifflement plus ou moins intense (1).

(4) Les différents bruits qui résultent du resserrement des narines se passent très peu à l'ouverture extérieure du nez, parce qu'elle n'est susceptible que d'une constriction légère. Ces bruits ont lieu surtout à un rétrécissement qui est placé juste au niveau du sillon transversal de l'aile du nez. Comme ce rétrécissement n'est indiqué nulle part, il convient d'en donner une description succincte. On le voit très bien quand on regarde l'intérieur de ses narines dans une glace; il apparaît alors sous la forme d'une fente allongée d'arrière en avant, un peu inclinée de haut en bas. Cette fente a beaucoup de ressemblance avec l'ouverture glottique, car, comme la glotte, elle est susceptible d'écartement et de resserrement. Quand on voit les choses de plus près, et qu'on les étudie au moyen de la dissection, on reconnaît que cette fente a deux lèvres et deux extrémités. La lèvre interne est en ligne droite, immobile et dure; elle est due au relief que forme le bord inférieur du cartilage de la cloison, lequel relief est recouvert par la membrane interne des narines. La lèvre externe est mobile, et présente une double courbure, ainsi qu'on va le voir. Ainsi elle a : 1º une moitié postérieure, molle, membraneuse, figurée en un croissant dont la convexité est en dehors; 2° une moitié antérieure, dure, cartilagineuse, figurée aussi en un croissant dont la convexité est également en dehors, mais ce

3º Ronflement palato-nasal. — On produit à volonté ce bruit quand on respire uniquement par le nez, et que, par un mouvement instinctif on élève le voile du palais contre l'orifice postérieur des fosses nasales. Le rétrécissement qui en résulte

croissant est plus allongé que le précédent; 30 il y a dans le point de réunion des deux croissants, c'est-à-dire au milieu à peu près de la lèvre externe, il y a dis-je, en ce point, une saillie qui proémine à l'intérieur. L'extrémité postérieure de la fente résulte de la réunion postérieure des deux lèvres interne et externe, laquelle réunion se fait à angle assez aigu. L'extrémité antérieu e n'est pas aiguë comme la postérieure; car elle est constituée par le cul-de-sac lui-même de la cavité du lobe dans laquelle vont se terminer antérieurement les deux lèvres de la fente en question. On a dû voir que la lèvre extérieure est assez compliquée dans sa structure : il importe maintenant de connaître la raison de cette structure; pour cela commençons par l'extrémité antérieure de la fente, et ensuite nous irons d'avant en arrière. L'extrémité antérieure de la fente, ou la cavité du lobe du nez, est constituée par le cartilage des narines; la lame externe de ce cartilage, en se portant d'avant en arrière, constitue la moitié antérieure dure de la lèvre externe dont nous avons parlé; l'extrémité postérieure de cette lame externe forme l'éminence qui se trouve sur le milieu de la lèvre externe. A son tour, cette éminence cartilagineuse soulève la membrane interne, et en la tiraillant, elle lui fait faire un pli, qui constitue la moitié postérieure molle de la lèvre externe, et qui va se réunir à la lèvre interne pour former l'extrémité postérieure de la fente. De plus, il faut remarquer que ce pli, formé par le tiraillement que l'extrémité de la lame externe du cartilage des narines exerce sur la membrane, n'est autre chose que le relief interne du sillon transversal de l'aile du nez; car la partie transversale de ce sillon donne, en dehors du nez, la direction et l'étendue précise du pli en question.

Voici à peu près le dessin linéaire de la fente dont nous

nous occupons.

La surface ABC est l'aire de la fente droite.

La surface ABD est l'aire de la fente gauche.

La ligne AB est la lèvre interne.

La ligne courbe ACB est la lèvre externe.

Le point A est la cavité du lobe du nez, ou l'extrémité antérieure des lèvres.

Le point B est l'extrémité postérieure des deux lèvres.

La portion AC est la moitié antérieure dure de la lèvre externe formée par la lame externe du cartilage des narines.

Le point C est la saillie formée par l'extrémité du cartilage des narines.

La portion CB est la moitié postérieure molle de la lèvre externe, formée par le pli memb « neux qui répond au sillon transversal du nez.

Les mouvements de dilatation et de retrait que la fente exécute sont dus à la lèvre externe, qui seule est mobile. Quand le muscle transverse se contracte pour le passage de l'air produit un ronflement tant à l'inspiration qu'à l'expiration. Ce qui prouve que le déplacement du voile du palais est la cause du bruit, c'est que la luette chatouillée par le passage difficile de l'air finit bientôt par amener quelques nausées qu'il est facile d'arrêter immédiatement en cessant l'expérience. Ce bruit s'entend dans le sommeil, l'apoplexie, etc.

4° Le ronflement de l'expuition. — " L'expuition, dit "M. Chomel, qui le premier a précisé la valeur de ce mot (1), " est une action par laquelle les matières amassées dans " l'arrière-gorge sont rejetées au dehors. " Pour que l'expui-

il porte la lèvre ABC contre la lèvre AB, qui est immobile. Les deux lèvres sont alors très rapprochées l'une de l'autre, excepté pourtant dans le point A, à cause de la résistance qu'oppose en ce point le cartilage des narines à l'action du muscle transverse. Quand la contraction de ce muscle a cessé, le cartilage AC, qui avait été affaissé surtout au point C, avec le pli CB, revient immédiatement à sa position naturelle. On voit dès lors que la fonction principale de la lame externe du cartilage des narines est d'agir comme un ressort, et de servir par là d'antagoniste au muscle transverse ou constricteur.

Cette fente est la limite tranchée d'une grande différence d'organisation dans les voies nasales : ainsi, au-dessus d'elle la membrane interne est muqueuse, au-dessous elle est cutanée ; au-dessous d'elle il y a des poils, au-dessus il n'y en a plus. On doit donc considérer cette fente comme l'orifice interne ou supérieur de la cavité des narines, et cet orifice est aussi positif que l'orifice extérieur que tout le monde connaît.

Puisqu'au moyen de cet orifice supérieur ou interne, la cavité des narines a une existence bien séparée de celle de la fosse nasale, nous reconnaîtrons à cette cavité une paroi externe, concave, qui répond en dedans au relief extérieur de l'aile du nez, plus une paroi interne également concave, qui est adossée à celle du côté opposé; nous ferons ensuite remarquer que ces deux parois sont plus élevées postérieurement qu'antérieurement, à cause de la direction de l'orifice supérieur, qui n'est pas parfaitement horizontal, mais qui s'incline un peu de haut en bas.

Quand on abaisse fortement le nez, les parois des narines s'allongent, et leur concavité disparaît; quand on le relève au contraire, l'aile du nez se porte en haut avec la lèvre externe de l'orifice supérieur, et l'orifice extérieur s'élève près de la lèvre interne de l'orifice supérieur, qui reste seule invariable dans tous les mouvements que le nez exécute.

On trouvera ces différents points anatomiques parfaitement décrits et accompagnés de planches gravées dans l'excellent Traité d'anatomie de M. Sappey.

(1) Pathologie générale, p. 225. 1817.

tion ait lieu, il faut que la base de la langue soit rapprochée du voile du palais, et que dès lors l'isthme du pharynx soit rétréci; de cette manière, l'air, qui est le mobile ou le véhicule de l'expuition, ayant un obstacle à franchir, redouble de vitesse pour le surmonter et entraîner dès lors plus facilement les matières que l'on veut évacuer du pharynx au dehors. Mais cet obstacle ne peut se franchir sans qu'il y ait bruit plus ou moins fort résultant du passage difficile et rapide de l'air.

5º Ronflement pharyngien. - Ce bruit s'entend dans le sommeil et l'apoplexie, comme le ronflement palato-nasal. Ce qui prouve qu'il diffère de ce dernier, et qu'il a lieu réellement à l'orifice bucco-pharyngien, c'est qu'on l'obtient très bien en respirant uniquement par la bouche. Quand on produit ce genre de bruit, et qu'on s'examine devant une glace, la bouche ouverte, on voit que le passage de l'air est intercepté par le rapprochement de la base de la langue contre le voile du palais. On comprend dès lors que le ronflement soit le résultat des déplacements brefs et saccadés que le voile du palais subit de la part de l'air qui est obligé de franchir l'orifice bucco-pharyngien; on comprend aussi que ce bruit, se passant à l'ouverture postérieure des fosses nasales, doive y retentir et acquérir par là un timbre nasonné. Le ronflement se fait également à l'inspiration et à l'expiration; mais les saccades de celui d'inspiration sont bien plus marquées que celles du bruit d'expiration, parce que les déplacements du voile du palais doivent être plus marqués quand l'air passe de la bouche au pharynx que quand il revient du pharynx à la bouche. On voit, d'après cela, que le mécanisme de production du ronflement d'expiration est exactement le même que celui du bruit d'expuition; aussi ces deux bruits ont-ils une forme identique, ou, pour mieux dire, c'est le même bruit qui se rencontre dans deux actes différents.

6° Bruits anormaux de la glotte. — Ces bruits sont très nombreux; il y a d'abord la toux, qui est le bruit anormal le plus fort de tous ceux qui se passent à l'orifice glottique; elle

est produite par une expiration brusque, qui a pour but de chasser au dehors les matières qui se trouvent dans l'arbre laryngo-bronchique. La glotte se prête à l'accélération du passage de l'air, en se resserrant; il y a dès lors entre l'obstacle glottique et l'air expiré un défaut de proportion qui donne lieu au bruit éclatant et bref de la toux. On voit, pour le dire en passant, que la toux, l'expuition et l'éternument sont trois actes expiratoires qui ont pour but d'évacuer l'arbre bronchique, le pharynx, et les fosses nasales des matières qui les irritent. Mais pour que cette expulsion soit plus facile, et que le passage de l'air soit plus rapide, les orifices contractiles de ces trois cavités, c'est-à-dire la glotte, l'isthme du pharynx, l'orifice supérieur des narines, sont plus ou moins resserrés. Il en résulte, pour chacun des trois orifices, un bruit qui est là comme pour montrer que le passage de l'air y est tout à la fois plus difficile et plus rapide. On doit donc considérer la toux, l'expuition et l'éternument, comme de véritables fonctions pathologiques, avec la différence que les deux premières sont volontaires, et que la troisième ne l'est pas.

Les autres bruits anormaux, qui dépendent du resserrement de la glotte, sont le rire, le hoquet, le soupir, le bâillement, le gémissement, le sifflement glottique, etc. La plupart de ces bruits diffèrent peu de la voix pour le timbre, et, comme elle, ils sont des phénomènes d'expiration. Sous ce dernier rapport, il faut en excepter le sifflement glottique, qui se passe surtout à l'inspiration, et qui est pour ainsi dire le symptôme essentiel du spasme de la glotte, que l'on observe dans la coqueluche, l'hystérie, les cas de corps étrangers dans le larynx, etc.

On voit, comme je l'ai d'abord annoncé, que tous les orifices des voies respiratoires qui donnent lieu aux bruits normaux produisent également des bruits anormaux, à l'exception pourtant de l'ouverture supérieure du larynx. La raison de cette exception est que l'ouverture du larynx, qui est très large et qui ne produit de bruit de souffle que dans les respi-

rations au-dessus de 45 par minute, ne peut jamais, vu son défaut de contractilité, présenter à l'air qui la traverse un espace assez étroit pour qu'il en résulte une de ces formes rudes ou éclatantes qui caractérisent les bruits anormaux. Néanmoins cette ouverture peut, dans certains cas pathologiques, produire des bruits anormaux comme les autres orifices, par exemple lorsque son diamètre est diminué beaucoup par la présence d'un œdème des replis aryténo-épiglottiques. Pareillement, certains rétrécissements ou orifices entièrement pathologiques du larynx et de la trachée, tels que ceux qui résultent de la tuméfaction des parois aériennes, de la compression d'une tumeur extérieure, d'une fistule aérienne avec ou sans canule (1), peuvent, lorsque l'air a beaucoup de peine à la franchir, produire des formes diverses de ronflement ou de sifflement.

Il suit de là que les bruits anormaux sont produits par un défaut de proportion considérable entre l'orifice et la masse d'air qui le traverse. Quand ce défaut de proportion n'est que médiocre, il en résulte une forme de souffle peu considérable; si on l'augmente, le souffle devient plus intense; puis, à un degré plus élevé encore, le souffle se transforme en ronflement ou sifflement. Cette progression se rencontre telle que je viens de l'exposer, dans les différents orifices, soit physiologiques, soit pathologiques, que nous avons passés en revue. C'est ainsi qu'avec une aire de 15 centimètres, les lèvres produisent un léger bruit de souffle dans les respirations ordinaires à 16 par minute; si l'on rétrécit cette aire, l'intensité du bruit de souffle augmente dans une proportion inverse; enfin, quand les lèvres ne circonscrivent plus qu'un espace de quelques millimètres, le bruit de souffle se change en sifflement. Il en est de même pour l'isthme du pharynx: quand cet orifice est rétréci tellement, que la base de la langue touche le palais, il s'y passe un

⁽¹⁾ Quand l'orifice de la canule égale à peu près l'aire glottique, il s'y produit un bruit de souffle; quand cet orifice est beaucoup plus étroit, c'est un sifflement qui s'y passe.

ronflement marqué; ce ronflement cesse pour faire place à un souffle, quand le rétrécissement de l'orifice pharyngien est moindre. Quant à ce qui concerne les bruits glottiques, je ferai remarquer que la plainte, le bâillement, le soupir, etc., ne sont que des souffles glottiques exagérés, et transformés en une forme sonore par une contraction plus énergique de la glotte; la preuve de cela, c'est qu'il y a des bâillements, des soupirs, etc., qui sont, pour ainsi dire, étouffés, et qui ne consistent plus qu'en un souffle exagéré. Au reste, j'ai déjà fait cette remarque à l'occasion de la comparaison que j'ai établie entre les deux bruits normaux, la voix et le souffle glottique. De même que la parole, ai-je dit, est la voix articulée, de même le chuchotement résulte du souffle glottique articulé. Dans ce cas, le souffle glottique est beaucoup plus marqué que pendant une expiration ordinaire; veut-on le renforcer encore davantage, en augmentant le resserrement de la glotte, le souffle alors devient sonore, et passe à l'état de voix.

On rencontre souvent un état intermédiaire entre la forme du bruit de souffle et celle du bruit anormal, ou plutôt un mélange de ces deux sortes de bruits. Cette combinaison peut être observée à tous les orifices physiologiques ou pathologiques des voies respiratoires supérieures; on l'obtient à volonté, lorsqu'on exagère le souffle glottique, de manière à le transformer en bruit de ronflement ou de sifflement. Dans le moment où la transition s'opère, on perçoit tout à la fois le souffle, et le bruit anormal, qui ne fait pour ainsi dire que poindre; mais quand celui-ci a acquis toute son intensité, on l'entend seul à un état de pureté parfaite: c'est alors seulement que la transformation du souffle en bruit anormal est complète.

Les bruits anormaux ont en général une intensité bien supérieure à celle des bruits de souffle; ils jouissent donc, à un plus haut degré que ces derniers, de la propriété d'être entendus à distance. C'est là un caractère constant de tous les bruits supérieurs, soit normaux, soit anormaux; nous verrons en effet, qu'on ne le rencontre que par exception dans les bruits sous-claviculaires ou inférieurs.

Ce caractère d'être entendu à distance, qui sépare les bruits sus-claviculaires des bruits sous-claviculaires ou thoraciques, tient, avons-nous dit, à la plus grande intensité de ces bruits. Mais, à son tour, cette plus grande intensité tient surtout à ce que les organes respiratoires sus-claviculaires sont plus superficiels que les organes respiratoires sous-claviculaires qui sont recouverts par les parois épaisses du thorax. C'est pour cela que les bruits des voies respiratoires sus-claviculaires, tels que la toux, la plainte, la râle trachéal des agonisants, les sifflements de l'asthme, le sifflement de la coqueluche, etc., ont été étudiés de tout temps par les séméiologistes, tandis que les bruits thoraciques ne sont connus que depuis la découverte de l'auscultation proprement dite, de celle dans laquelle l'oreille du médecin est en rapport de contact médiat ou immédiat avec le malade.

Tous les bruits anormaux que nous venons de passer en revue n'ont pas la même importance pratique, en ce sens qu'ils ne sont pas également liés à l'existence des maladies pour lesquelles on est obligé d'employer l'auscultation. Sous ce rapport, on doit mentionner à part la toux, la plainte, le sifflement glottique, et les diverses formes de ronflement et de sifflement déterminées par un rétrécissement pathologique ou une ouverture artificielle du tube laryngo-trachéal. Je fais remarquer que la plainte a été négligée jusqu'à présent, dans l'étude de l'auscultation; elle se rencontre aussi souvent que la toux dans les maladies de poitrine, surtout chez les enfants, et elle s'étend à chaque expiration, tandis que la toux ne se montre que de temps en temps. Les petits enfants ont un bruit anormal qui leur est aussi familier que la plainte, c'est le cri qui s'entend à l'expiration et quelquefois à l'inspiration.

Maintenant que nous avons exposé suffisamment les différentes formes de bruits anormaux propres à la partie supé-

rieure du système respiratoire, leur siége différent, et leur mécanisme, occupons-nous de leur retentissement. On doit prévoir d'abord que ces bruits ayant plusieurs circonstances communes avec les bruits normaux, et notamment la facilité d'être entendus à distance, leur retentissement dans l'arbre bronchique se comportera de la même manière que celui des bruits normaux.

La première chose à établir d'une manière générale, c'est que les bruits anormaux sus-claviculaires retentissent dans l'arbre bronchique avec le caractère particulier qu'ils ont à l'orifice où ils sont produits; et il faut ajouter qu'alors le murmure vésiculaire n'existe plus dans aucun point du poumon, puisqu'il n'y a plus de bruit normal de souffle dans les voies supérieures pour lui donner naissance. Ce fait, qui est une conséquence toute naturelle et bien compréhensible de la théorie du retentissement, revêt un caractère extraordinaire et embarrassant pour ceux qui professent les idées de Laënnec sur la production du murmure vésiculaire; car, en admettant avec cet auteur, que le murmure vésiculaire résulte du passage et du frottement de l'air sur la muqueuse des bronches et des vésicules, on est obligé de dire, pour expliquer le fait dont il s'agit, que l'absence de murmure vésiculaire démontre à lui seul un défaut de passage de l'air dans les petites bronches et les vésicules. Mais alors pourquoi y a-t-il un mouvement d'air dans les parties supérieures des voies aériennes, sans que ce mouvement se propage dans les inférieures, et comment se fera la respiration et s'entretiendra la vie, si cet état dure plusieurs heures ou plusieurs jours.

Cette difficulté sur laquelle j'insiste en ce moment n'est pas nouvelle; elle s'est présentée à l'esprit de Laënnec lui-même, au sujet du sifflement glottique de la coqueluche. Voici comment s'explique cet illustre auteur : « L'inspiration sifflante » et prolongée qui fait le caractère pathognomonique de la » coqueluche paraît se passer en entier dans le larynx et la

" trachée. On n'entend ni le bruit de la respiration pulmo" naire, ni même le bruit respiratoire bronchique, même dans
" les parties du poumon qui, quelques instants avant et après
" la quinte, donnent la respiration puérile. Ce phénomène ne
" peut se concevoir que de deux manières, ou par une con" gestion sanguine ou séreuse momentanée, qui produit un
" gonflement de la membrane muqueuse des rameaux bron" chiques suffisant pour obstruer ces canaux, ou par une con" traction spasmodique des branches qui produirait le même
" effet. (1) "

Cette explication que Laënnec vient de donner d'un fait qui, au point de vue de sa théorie, est un véritable phénomène, comme il l'appelle, n'existerait peut-être pas, si cet auteur célèbre eût observé ce phénomène dans un rétrécissement non pas spasmodique, mais bien organique du larynx. Car la durée d'un rétrécissement organique du larynx étant incomparablement plus longue que celle qui a lieu dans une quinte de coqueluche, il est à croire que Laënnec aurait reculé devant une prétendue imperméabilité de tous les rameaux bronchiques, qui est essentiellement et immédiatement incompatible avec la persistance de la vie et de la respiration.

Or, ce qui a échappé à l'investigation de Laënnec, d'autres médecins dignes de foi l'ont observé. C'est ainsi que M. Stokes dit dans son ouvrage (2): "Dans les maladies du larynx, le "murmure vésiculaire devient faible à proportion de l'obstruc- tion. Sa faiblesse ou sa complète absence est observée dans toute la poitrine. "M. Barth a fait un mémoire assez étendu sur ce sujet (3). La proposition principale de ce mémoire ressemble beaucoup à la précédente; elle est ainsi conçue: "Le murmure respiratoire vésiculaire peut être diminué ou aboli dans les deux côtés de la poitrine par toute lésion capable

⁽¹⁾ Traité d'auscultation, t. I, p. 188, 1826.

⁽²⁾ Loc. cit., p. 250.

⁽³⁾ Archives de médecine. III e série, 1838, t. II, p. 277.

de rétrécir le calibre de la partie supérieure des voies aériennes..."

On a peut-être déjà remarqué que ces deux propositions telles qu'elles sont formulées ne sont pas exactement vraies. En effet, il y a souvent des rétrécissements du tube laryngotrachéal qui s'accompagnent d'un murmure respiratoire dans toute la poitrine, non-seulement notable, mais encore exagéré, parce que le passage de l'air se faisant d'une manière difficile à l'endroit du rétrécissement, y produit un bruit normal de souffle qui a beaucoup d'intensité. Ce n'est que quand le défaut de proportion entre l'air et l'obstacle laryngo-trachéal devient encore plus considérable, que ce bruit de souffle s'exagérant davantage, perd la forme normale, pour revêtir un caractère de ronflement ou de sifflement; dans ce cas, le retentissement pulmonaire subit la même transformation que le bruit dont il émane, et dès lors le murmure respiratoire normal cesse de se faire entendre dans toute la poitrine.

Cette exagération et cette absence du murmure respiratoire pulmonaire peuvent quelquefois s'observer alternativement chez la même personne. C'est ainsi que j'aivu dans le temps, à la clinique de M. Fouquier, une femme affectée d'une tuméfaction syphilitique du larynx, qui gênait beaucoup la respiration. Le bruit laryngé qui en résultait variait suivant le degré de rapidité de l'inspiration; il avait la forme de souffle exagéré quand l'air passait lentement à travers le rétrécissement, et il se changeait ensuite en ronflement métallique quand le passage de l'air avait lieu d'une manière instantanée. Quand on auscultait la poitrine, on y percevait le retentissement alternatif des deux formes précédentes; par conséquent, on y entendait tantôt un murmure vésiculaire normal exagéré, et tantôt ce murmure se changeait en un ronflement identique avec celui du larynx. J'ai observé pareille chose chez un homme qui, ayant subi l'opération de la trachéotomie pour un rétrécissement du larynx, respirait au moyen d'une canule. Il y avait chez cet homme un murmure vésiculaire normal exagéré,

parce que l'orifice de la canule étant assez étroit, donnait lieu à un souffle intense; mais quand on condamnait pour quelques instants l'ouverture artificielle, et qu'on engageait le malade à respirer par le larynx, il se produisait alors un ronflement très fort à l'endroit rétréci; et ce ronflement venait retentir dans la poitrine où il remplaçait entièrement le murmure vésiculaire normal. Ces alternatives d'absence et d'exagération du murmure vésiculaire normal se rencontrent fréquemment chez les hystériques affectées de spasme glottique. Suivant que la glotte est plus ou moins resserrée, il y a sifflement glottique, ou seulement souffle exagéré; et dès lors le poumon donne tantôt le retentissement du sifflement avec absence du murmure vésiculaire normal, et tantôt le retentissement du souffle exagéré, c'est-à-dire un murmure vésiculaire puéril. Si l'on voulait expliquer ces différents faits conséquemment à la théorie de Laënnec, on serait obligé de dire que, dans les cas de rétrécissement considérable du larynx, où il y a bruit anormal et absence de murmure vésiculaire normal, l'air ne pénètre pas dans le poumon, tandis que dans les rétrécissements médiocres, où le bruit de souffle est seulement exagéré, et donne lieu à un retentissement vésiculaire intense, l'air pénètre, au contraire, dans le poumon, en quantité surabondante. Est-il nécessaire d'ajouter que cette conséquence singulière fait ici l'office d'argument, et que les faits précédents, qui se comprennent très bien par la théorie du retentissement, restent comme des difficultés insolubles pour les idées de Laënnec.

Il arrive quelquesois, ai-je dit plus haut, que le bruit des voies supérieures est complexe, et qu'il résulte du mélange de la forme normale de souffle avec une forme anormale de ron-flement ou de sifflement. Dans ce cas, le retentissement de ce bruit dans le poumon est également complexe, et l'on y distingue très bien un murmure vésiculaire normal, mélangé avec un murmure de ronflement ou de sifflement.

On comprend aussi que les bruits anormaux supérieurs