

lose, etc. : là où on l'entend, là est la lésion et son étendue donne celle de la lésion. Ainsi, dans la pneumonie, on l'entend surtout à la région postérieure et à la base, siège le plus fréquent de l'hépatisation chez l'adulte. Dans les autres régions du poumon, il peut manquer, et être remplacé par l'abolition pure et simple du murmure vésiculaire. Si donc sa présence est un signe de certitude en faveur d'une induration pulmonaire, son absence ne doit pas être interprétée contre l'existence de celle-ci.

Dans la *pleurésie aiguë*, le souffle commence en bas, en même temps que l'épanchement, et monte vers l'angle de l'omoplate au fur et à mesure que le liquide augmente, on peut l'entendre quelquefois dans une étendue assez grande; ou bien il est plus limité. En bas, il touche à la zone silencieuse de l'épanchement; en haut, à la zone du poumon refoulé où l'on peut entendre une respiration puérile supplémentaire. Ce souffle ne s'entend jamais qu'en arrière et ne dépasse pas la ligne axillaire antérieure.

Si l'épanchement pleural augmente, le souffle peut prendre le *timbre tubaire* fort, inspiratoire et expiratoire; mais, dans ce cas, on ne l'entend guère qu'au niveau de l'espace interscapulaire, ne dépassant jamais non plus la ligne axillaire antérieure.

C'est également dans l'espace interscapulaire qu'on perçoit le souffle caverneux ou amphorique

qui accompagne quelquefois les grands épanchements (pleurésies à *signes pseudo-cavitaires*). Cette région est également le lieu de prédilection des bruits de souffle produits par les tumeurs du médiastin.

Le souffle dans les pleurésies ne peut renseigner d'une façon absolue, ni sur l'abondance de l'épanchement, ni sur sa durée, ni sur l'état du poumon sous-jacent; dans ce cas, sa valeur diagnostique est donc moins grande que dans les indurations pures et simples du poumon. L'existence du souffle dans les épanchements pleuraux abondants ou modérés, anciens ou récents, ponctionnés (vides) ou non ponctionnés, tient en somme à l'état du poumon sous-jacent, ainsi que l'a si bien indiqué Woillez. Dans les *pleurésies aiguës*, la congestion pulmonaire sous-jacente peut jouer un grand rôle, soit que le poumon plus dense plonge dans le liquide, au lieu d'être refoulé par lui, soit qu'il contribue pour sa part à la production du souffle. Ce sont des cas complexes, qu'on a l'occasion d'observer assez souvent. Dans les *épanchements anciens ou chroniques*, ce sont les fausses membranes pleurales et l'épaississement de la plèvre qui favorisent ou non l'apparition des signes physiques; conditions auxquelles il faut ajouter aussi l'état du poumon sous-jacent : sclérosé, parsemé de foyers tuberculeux, ou de bronches dilatées. Dans ces cas, ce n'est

plus le bruit de souffle doux de la pleurésie avec épanchement qu'on entend, mais ces *souffles pseudo-cavitaires* que nous avons signalés dans la région interscapulaire, et qui s'y maintiennent, comme le poumon d'ailleurs : ils sont d'ailleurs loin d'être constants dans ces épanchements anciens, et très souvent, à l'auscultation, on ne perçoit plus qu'un silence complet.

Les fausses membranes pleurales atténuent ou même font disparaître le souffle, quand elles sont épaisses ou abondantes. On ne peut préciser davantage dans quelles conditions. Peut-être est-ce la cause pour laquelle, comme le pense H. Barth (1), le souffle tubaire manque souvent dans la pleurésie purulente, où les fausses membranes sont en effet toujours abondantes.

La *durée* du souffle bronchique est en général subordonnée à celle de la lésion aiguë qui l'a produit. Cependant on peut le voir *persister* plus ou moins à la suite d'une pneumonie ou d'une broncho-pneumonie dont les épisodes infectieux aigus sont passés depuis plus ou moins longtemps. Il faut redouter, dans ces cas, l'*organisation de lésions chroniques* du poumon (pneumonie chronique, broncho-pneumonie chronique, sclérose du poumon) ou la *tuberculose*.

(1) Barth, Art. *Bruits de souffle* du *Dict. encyclop.*, p. 551.

III. — Bruits de souffle anormaux dus à des cavités anormales aériennes siégeant dans le poumon et dans la plèvre : souffles cavitaires.

Les bruits de souffle, que nous avons étudiés dans le chapitre précédent, étaient provoqués par une induration du poumon, transmettant à l'oreille les bruits laryngo-trachéo-bronchiques dans des conditions anormales, d'où le nom de *bruits de transmission* sous lequel nous les avons étudiés. Ceux dont il s'agit maintenant sont au contraire des bruits de souffle créés de toute pièce dans les cavités anormales, *communiquant avec l'air extérieur* par les bronches et pouvant occuper les bronches (*dilatations bronchiques*), le poumon (*cavernes pulmonaires de toutes natures*), la plèvre (*pneumothorax divers*).

Ces bruits de souffle prennent naissance par suite de la résonance de l'air dans les cavités qu'il rencontre ; le souffle ainsi produit prend un timbre creux particulier, comme lorsqu'on souffle dans un vase vide. Ils s'accompagnent, en général, dans les cavernes et dans les dilatations bronchiques, de râles (voyez ce mot plus loin) ayant eux-mêmes une résonance caverneuse, et de gargouillements ; dans ce cas, on peut induire que les