

renforce pas dans les cavités petites, infractueuses et mal drainées; elle est transmise par le parenchyme pulmonaire environnant condensé; vienne la caverne à s'agrandir: la pectoriloquie pourra s'ébaucher puis se constituer définitivement.

*L'examen radiologique* permet lui aussi d'établir une distinction assez nette entre la caverne aréolaire et la grande caverne. Tel malade qui présente à l'auscultation un souffle cavitairé et un gargouillement des plus nets et chez qui le diagnostic de caverne ne peut faire aucun doute, n'offre pas toujours, lorsqu'on l'observe à l'écran, la zone claire que l'on s'attendrait trouver. C'est qu'en effet la perte de substance n'est pas assez homogène, la clarté des cavernules est composée par l'opacité du tissu pulmonaire infiltré et ce n'est que dans les cas favorables, sur les bonnes radiographies que l'on pourra apercevoir, tranchant sur le fond obscur du poumon, quelques petites zones arrondies ou polycycliques de la grandeur d'une pièce de deux francs et *un peu moins opaques* que le reste du poumon.

Au contraire, s'il s'agit d'une grande caverne, l'examen radiologique montre une zone claire arrondie ou ovale, dont les dimensions sont parfois considérables et qui ne laisse pas de doutes sur la réalité d'une perte de substance.

Dans les lignes qui précèdent, nous n'avons pas cherché à établir des types irréductibles, mais simplement à montrer comment l'état anatomique commande la séméiologie. Si les lésions se modifient, les symptômes se modifieront également. Tel malade, qui avait il y a quelques mois cinq ou six cavernules irrégulièrement anastomosées, peut présenter à l'heure actuelle une caverne unique et spacieuse; tel autre conserve jusqu'au bout le type aréolaire; tel autre présente des cavernules flanquant une grande caverne. Autant de modalités que l'examen peut dépister et dont on peut de quinzaine en quinzaine suivre l'évolution.