

poitrine où on l'explore, et encore suivant l'âge, le sexe, la constitution. Elles varient plus encore suivant l'état d'intégrité ou d'altération, en dehors du poumon, d'une partie quelconque de l'appareil respiratoire, et aussi des muscles qui font mouvoir cet appareil, des parties constituant la cage thoracique. Enfin, et ce dernier point est des plus importants, toutes les lésions capables de porter atteinte à l'intégrité anatomique du parenchyme pulmonaire ou des extrémités bronchiques peuvent, en modifiant les conditions physiques de sa production, changer ses caractères : congestion, inflammation aiguë ou chronique avec leurs conséquences, sclérose, emphysème, perte de la contractilité ou de l'élasticité, etc., etc.

On voit donc combien nombreuses sont les conditions, physiologiques ou morbides, qui peuvent produire les *respirations anormales*, et si l'on ajoute à cela qu'il s'agit, dans l'espèce, de phénomènes difficiles à percevoir, exigeant pour l'observateur des sens subtils et exercés, qu'on ne peut le plus souvent reconnaître que par comparaison avec les parties saines, on sera amené à penser qu'il conviendra d'être prudent, modeste et réservé dans l'appréciation de ces symptômes et dans les conclusions qu'on serait tenté d'en tirer.

Est-ce à dire que je sois disposé à contester la valeur diagnostique des respirations anormales dans la tuberculose pulmonaire ? Bien loin de moi cette pensée. Si, dans plusieurs examens bien faits, on constate une diminution nette du bruit respiratoire dans le sommet d'un poumon, ou une inspiration rude et grave, je comprends qu'on soupçonne une tuberculisation commençante, sous réserve, bien entendu, qu'on ait écarté toutes les autres causes capables d'engendrer le phénomène observé. L'existence d'une respiration anormale dans le sommet d'un poumon implique la présence d'une lésion en