

transsonnance si bien indiquées par N. Gueneau de Mussy (1), on a déjà de bien fortes présomptions.

Enfin, la radioskopie peut encore apporter au diagnostic, une sérieuse contribution : dès les premières phases de la maladie, dès que les germes infectieux produisent dans le parenchyme du poumon des réactions cellulaires et la congestion limitée qui les accompagne, mêmes conditions que celles qui amènent les respirations anomalies, l'œil reconnaît au niveau de la partie intéressée une zone obscure qui se détache sur le fond clair des parties saines.

Voilà donc déjà tout un faisceau de signes qui, par leur réunion et leur concordance, permettent de rendre un jugement fondé. Mais si quelques-uns de ces signes font défaut, ou sont encore trop peu accusés pour entraîner la conviction, en voici encore quelques autres qui ne sont pas encore, à mon avis, suffisamment utilisés et appréciés, dont je m'exagère peut-être la valeur à cause de la part que j'ai prise à leur étude, mais dont je me permets de déclarer à nouveau l'importance, en priant mes collègues de vouloir bien leur prêter l'attention qu'ils méritent et les soumettre à leur contrôle.

En tête, se place l'*adénopathie trachéo-bronchique* que les remarquables travaux de mon maître N. Gueneau de Mussy ont bien fait connaître (2), et dont il a poussé à fond une étude clinique à laquelle on n'a guère ajouté que la recherche, capitale il est vrai, et décisive, par les rayons Röentgen. C'est là un signe de premier ordre, dont la valeur est, dans l'espèce, comparable à celle de l'*adénopathie inguinale*, satellite du chancre,

(1) N. GUENEAU DE MUSSY. De l'auscultation plassimétrique, in *Clinique médicale*, t. IV, p. 1.

(2) N. GUENEAU DE MUSSY. De l'*adénopathie trachéo-bronchique*, in *Clinique médicale*, t. I, p. 565, et t. IV, p. 26.