

Le cerveau et le cervelet ont une consistance molle; ils ne présentent pas, du reste, d'altération appréciable.

Résumé.

Ainsi, on trouve dans l'abdomen une cavité purulente à parois épaisses et fibreuses, placée en dehors du péritoine qui la tapisse extérieurement.

Cette cavité communique avec le colon ascendant, et renferme dans son intérieur une autre poche, mince, flétrie, revenue sur elle-même et adhérente en quelques points seulement.

C'est le kyste primitif vidé par l'opération, et qui ne contient plus qu'une petite quantité de sérosité limpide.

La structure compliquée et l'épaisseur des parois de la cavité purulente ne permettant pas de penser qu'elles soient de nouvelle formation, il est rationnel d'admettre qu'elles doublaient le kyste et lui étaient complètement adhérentes; mais une vive inflammation étant survenue dans le tissu cellulaire qui séparait le kyste proprement dit de son enveloppe fibreuse, la sécrétion purulente l'a disséqué peu à peu pour se former en collection, et plus tard s'est fait jour dans le gros intestin.

L'examen cadavérique a démontré que la maladie n'était pas, à proprement parler, une hydropisie de l'ovaire.

Tout porte à croire que le kyste s'est développé dans la trompe gauche.

En effet, cette dernière, après un assez court trajet, va se rendre à la tumeur, et son tissu s'y confond avec celui des parois de la cavité. Il semble que cette dernière n'est autre chose que le pavillon dilaté de la trompe.

Cette explication acquiert de la valeur par l'inspection de la trompe du côté droit où l'on trouve une cavité fermée à parois lisses renfermant un caillot de sang et de la sérosité. Ne serait-ce pas la même maladie à l'état rudimentaire?

De ce côté, on ne trouve pas non plus de pavillon. D'autres raisons encore qu'il serait trop long d'énumérer viennent corroborer cette opinion.

Quant à l'ovaire gauche, il adhère intimement à la tumeur, il est déformé, aplati; mais cependant il a le même volume que celui du côté opposé qui est intact, et sa structure est la même.

Addition complémentaire, et description de l'opération; par M. RÉCAMIER.

L'observation précédente, recueillie par M. Fauvel, interne à l'Hôtel-Dieu, fait suite à différentes recherches sur le traitement des hydropisies enkystées. Nous savions, par les mémoires de l'Académie royale de chirurgie, que Ledran avait ouvert le kyste par les parois abdominales, et que des malades avaient guéri. Nous savions que, lorsque les kystes, même purulents, s'ouvrent dans l'intestin, les malades guérissent généralement, et nous l'avions vu. De mon côté, j'avais vu guérir les malades dont le kyste accessible par le vagin, en arrière de l'utérus, avait pu être ouvert par cette voie. De nouveaux cas avaient réveillé mon attention sur cet objet, lorsque

le sujet de l'observation précédente fut envoyé dans les salles dont je suis chargé. Je reconnus un kyste uniloculaire parfaitement caractérisé, représentant à peu près une grossesse à huit mois; je ne pus atteindre la fluctuation par le vagin, ni par le rectum, quoiqu'elle fût distincte dans tous les sens au-dessus du pubis. Cette personne étant dans la force de l'âge, il y avait un grand intérêt à lui rendre la faculté de se livrer au travail.

Après les plus sérieuses réflexions, voici le procédé auquel je m'arrêtai :

Afin de rendre l'ouverture praticable par le vagin en arrière de l'utérus, le jour ayant été convenu, et en présence des confrères indiqués par M. Fauvel, la malade étant couchée sur le dos, et moi placé à sa droite :

1° Je plongeai le trois-quarts, fig. I, dans le kyste, par la ligne blanche, et je le vidai aux quatre cinquièmes du liquide qu'il contenait.

2° Cela fait, je replaçai la lame du trois-quarts dans sa canule, mais sans l'enfoncer jusqu'au fond, et je fixai l'instrument de la main gauche près des parois abdominales, en dirigeant l'extrémité de la canule vers la région correspondante au cul-de-sac du péritoine derrière l'utérus.

3° Je portai l'index et le médius de la main droite dans le vagin, et plaçai leur extrémité derrière le col utérin que je ramenai en avant en portant les deux doigts le plus profondément possible, afin de remonter le cul-de-sac vaginal vers celui du péritoine avec lequel il s'adosse souvent.

4° L'utérus fixé de cette manière, je cherchai l'extrémité des deux doigts introduits dans le vagin avec la canule fig. I, que je tenais de la main gauche, et dont l'extrémité désarmée *bb*, fig. I, tomba aussitôt entre mes deux doigts, dont je ne la sentis séparée que par une épaisseur égale à celle du kyste, du péritoine et du vagin.

5° Après avoir itérativement, et par conséquent parfaitement constaté qu'aucun organe ne s'était interposé entre le kyste et le cul-de-sac post-utérin du péritoine, je priai M. Guersent fils, qui avait bien voulu me servir d'aide, de pousser tout doucement la lame du trois-quarts, dont la pointe *ee*, fig. I, passa aussitôt dans le vagin, derrière l'utérus, entre mes deux doigts, que je cherchais à écarter afin de n'être pas piqué.

6° La pointe du trois-quarts logée entre mes deux doigts comme dans une gouttière, je la conduisis hors de la vulve en faisant glisser l'instrument, qui représente, comme on peut le voir à la planche ci-jointe, un quart de cercle parfait.

7° Alors je retirai la lame, et j'engageai dans l'extrémité de la canule *bb*, fig. I et fig. III, l'extrémité d'un autre instrument *aa*, fig. II, et je fis remonter dans le vagin les deux instruments qui, réunis comme on le voit, fig. III, représentaient un demi-cercle.

8° Lorsque la lame, masquée par la chasse mobile *dd* de l'instrument représenté fig. II, fut arrivée contre le cul-de-sac du vagin, les tranchants tournés à droite et à gauche, je démasquai la lame *cc*, et, continuant de remonter l'instrument, il pénétra dans la cavité abdominale, après avoir certainement divisé de chaque côté le cul-de-sac vaginal et péritonéal correspondant.

9° Alors, après avoir renfermé dans sa chasse *dd*, fig. II et fig. III, la lame de l'instrument *cc*, fig. II, je ramenai à la vulve l'extrémité *bb* de la canule représentée fig. I, dont je séparai l'autre canule, fig. II, qui devenait inutile.

10° Aussitôt, j'adaptai sur l'extrémité *bb*, fig. I, de la canule, qui me servit de conducteur, une canule de gomme élastique que je conduisis par l'ouverture inférieure, pour la faire pénétrer dans le sac où mon dessein était de la laisser, afin de conserver inférieurement pendant un temps convenable une communication avec l'intérieur du kyste; mais je ne pus y parvenir, et je m'aperçus aussitôt, au défaut d'écoulement du reste du liquide que j'avais laissé dans le kyste afin que ses parois résistassent au tranchant de l'instrument *cc*, fig. II, et pussent être plus facilement coupées, je m'aperçus, dis-je, que la paroi inférieure du kyste avait fui devant la lame *cc* de l'instrument sans être ouverte, comme j'en avais eu le dessein. Je fus confirmé dans cette opinion par les douleurs que causait la présence de la sonde de gomme élastique qui, n'ayant pu pénétrer dans le sac, se trouvait en contact avec le péritoine; alors, ne voulant rien entreprendre de plus ce jour-là, je retirai les deux instruments, c'est-à-dire la canule du trois-quarts, fig. I, et la sonde de gomme élastique.

11° Je plaçai un bandage de corps après avoir garni le ventre pour remplacer le liquide évacué; les douleurs cessèrent aussitôt, et la compression du ventre fut très-bien soutenue.

12° Malgré la déféction de l'ouverture inférieure du kyste, il s'écoula parfois un peu de sérosité par le vagin, mais point en proportion avec la quantité de liquide que j'avais laissée; je renvoie, du reste, aux détails de l'observation.

Remarques.—1° Les douleurs survenues à la fin de l'opération par le contact de la sonde de gomme élastique cessèrent aussitôt qu'elle fut retirée.

2° Aucun symptôme inflammatoire ne se montra du lundi au samedi soir, époque où ils furent annoncés par des douleurs survenues à l'occasion d'un réveil en sursaut et d'un accès de colère.

3° Il est certain que, au moment de l'opération, le palper du ventre détendu ne permit, ni à M. Guersent fils, ni à moi, de reconnaître aucune masse dans le fond du kyste.

4° L'extrémité des doigts de ma main gauche tenant l'instrument, fig. I, et plongeant dans le bassin, n'était séparée des deux doigts de la main droite que j'avais dans le vagin, derrière l'utérus, que par la petite épaisseur des parois abdominales, du kyste, du péritoine et du cul-de-sac du vagin, de manière que j'opérai, en ce qui dépendait de moi, avec autant de sécurité que si les organes eussent été à découvert. Il faut donc absolument que j'en conclue que la masse qui a été trouvée à l'autopsie est un produit inflammatoire consécutif.

5° A la manière dont les accidents consécutifs se sont comportés, il me paraît certain que, si le sac eût été convenablement ouvert inférieurement, la malade avait les plus grandes chances d'une guérison facile; je crois donc devoir appeler l'attention sur le procédé que j'emploierais, si j'avais à reproduire cette opération.

Au lieu du trois-quarts rond, fig. I, j'emploierais un trois-quarts aplati et courbé sur son plat en quart de cercle, exactement comme la fig. I : la ponction étant faite entre l'ombilic et le pubis, je viderais le kyste. Alors je replacerais la lame de l'instrument sans faire saillir la pointe aplatie et tranchante des deux côtés; je porterais deux doigts derrière le col utérin; je chercherais avec l'extrémité de la canule le cul-de-sac du péritoine, et les doigts toujours placés dans le vagin; puis, je ferais sortir tout doucement la lame, avec le tranchant de laquelle j'inciserais transversalement, et de haut en bas, le kyste sur sa partie inférieure, le péritoine derrière l'utérus et la partie supérieure du vagin, dans l'étendue d'environ huit lignes chacun.

Je ferais alors passer l'instrument dans le vagin, et, si je ne trouvais pas l'ouverture du kyste suffisante, j'examinerais s'il ne serait pas facile de l'agrandir avec un bistouri boutonné, courbe sur le plat, conduit sur la canule du trois-quarts; j'examinerais l'opportunité de placer une sonde de gomme élastique, et la facilité de le faire; je tiendrais le ventre comprimé par un bandage de corps et un coussinet.

Tel est le procédé que je substituerai à celui que j'ai employé, le cas de le mettre en pratique échéant.

6° Le volume des kystes ovariens m'a empêché de leur appliquer le procédé que j'ai employé, comme on sait, depuis longtemps avec succès dans les kystes hydatiques : il consiste à ouvrir le kyste avec la potasse appliquée à diverses reprises, de manière à produire l'adhérence du péritoine avec le kyste avant d'ouvrir ce dernier; de cette manière, on peut le remplir facilement avec de l'eau, qui suffit pour faire cesser en même temps et l'odeur que prend le pus lorsque l'air atmosphérique pénètre dans les cavités des kystes en suppuration, et les effets de la résorption du pus devenu fétide. L'expérience montrera si ce procédé sera applicable, avec succès, au traitement des kystes uniloculaires qu'on ne pourra ouvrir par le bas.

7° Lorsque, après avoir vidé un kyste ovarien uniloculaire par une ponction sur la ligne blanche, on constatera qu'il est libre dans l'abdomen, pourra-t-on tenter le procédé de Ledran en agrandissant l'ouverture sur la canule? Ou bien, si on le trouve libre, pourra-t-on en tenter l'ablation en le tirant peu à peu au-dehors, et faisant la torsion des vaisseaux de son pédicule à mesure qu'on les coupera? Si on réfléchit que dans la plupart des kystes uniloculaires le pédicule est très-mince, on s'effraiera peut-être moins d'une ablation, qui, dit-on, a été faite avec succès en Angleterre.

Recherches sur le diagnostic des maladies de poitrine chez les enfants; par G. TAUPIN, Interne à l'hôpital des Enfants malades.

(SUITE ET FIN (1).)

Pour me conformer exactement à la marche suivie par Laënnec, je devrais parler maintenant des

(1) Voir le précédent cahier de la Revue, tome II, 3^e série de l'Encycl., p. 6.

résultats fournis par l'application de la main sur les parois thoraciques ; mais il me semble plus convenable de faire suivre immédiatement l'examen des mouvements de l'abdomen de l'inspection de la poitrine.

1° *Dilatation.* — A l'état normal, la dilatation de la cavité thoracique s'opère régulièrement. Son intensité n'est pas toujours en rapport avec le développement des poumons ; l'agitation, le réveil, toutes ces circonstances qui déterminent un trouble passager, diminuent son étendue.

Conformation. — La conformation naturelle de la poitrine n'offre rien de particulier dans l'enfance. Ici comme chez l'adulte, le côté droit est plus développé que le gauche, et cette différence, qui existe constamment, varie d'un centimètre à un centimètre et demi. On la trouve dès l'âge le plus tendre, et elle persiste sans changer de rapport jusque dans la vieillesse. J'ai voulu vérifier cette proposition que M. Louis a, je crois, avancée le premier. J'ai mesuré la poitrine à l'état de santé chez des enfants de tout âge, et j'ai trouvé toujours son assertion exacte. Je l'ai vue constante chez les enfants rachitiques, et on peut se l'expliquer facilement en se rappelant que les vices de conformation causés par cette maladie attaquent toujours les deux côtés de la poitrine ; il n'y a d'exception que dans le cas où la colonne vertébrale est elle-même atteinte de rachitisme, cas étranger à mon sujet.

Rachitisme. Les déformations de la poitrine causées par le rachitisme se voient plus fréquemment chez l'enfant que chez l'adulte, et cela pour plusieurs raisons : d'abord la gêne de la respiration causée par le rétrécissement de la poitrine, et le mode vicieux d'implantation des muscles, exposent les enfants à des maladies de poitrine plus nombreuses, en même temps qu'elles les rendent plus graves. Ils sont asthmatiques, atteints souvent de pneumonies, de bronchites, de tubercules, de maladies du cœur ; quelquefois même ils succombent presque subitement avec des symptômes d'asphyxie, sans qu'à l'autopsie aucune lésion suffisante puisse expliquer la mort. Enfin, quand ils ont résisté à cette influence fâcheuse qui menaçait leur premier âge, la poitrine prend une forme plus régulière, et le redressement des côtes et du sternum s'opère comme celui des membres incurvés.

Rétrécissements. — On rencontre aussi d'autres rétrécissements qui reconnaissent pour cause une pleurésie terminée par la résolution du liquide épanché et la formation d'adhérences celluluses entre les deux feuillets de la plèvre. Toutefois, ils sont rares chez les très-jeunes enfants. En effet, chez eux, la pleurésie aiguë se voit moins souvent que la pneumonie. Elle accompagne quelquefois cette dernière affection, est partielle comme la maladie principale, et les adhérences limitées qui en sont la suite ne peuvent donner lieu à une déformation. Cette rareté peut s'expliquer aussi par une rapidité plus grande de la résorption du liquide épanché. Cette résorption est plus facile chez les enfants comme celle de toutes les hydropisies en général.

La déformation est bien plus fréquente dans la pleurésie tuberculeuse, qui a une marche chronique. On observe d'abord une dilatation du côté affecté ;

puis l'épanchement diminue, disparaît, et le rétrécissement s'opère.

Dans le pneumo-thorax, dans l'emphysème pulmonaire, dans le cas de tumeurs développées dans le médiastin antérieur, dans les affections du cœur, on observe aussi une dilatation, mais on sait que ces maladies sont fort rares chez les enfants.

Laënnec blâme avec raison plusieurs procédés d'exploration dont le temps et l'expérience ont fait justice, tels que le toucher des espaces intercostaux, la succussion de la poitrine, la pression abdominale de Bichat. On doit rejeter avec lui l'emploi de ces moyens, qui ne sont jamais d'aucune utilité et peuvent être nuisibles, les deux derniers surtout, en causant de la douleur aux malades et en augmentant par cela même une résistance déjà trop grande à un mode plus rationnel d'exploration.

Frémissement pulmonaire. — La main appliquée sur la poitrine d'un enfant sain qui respire librement, ne perçoit d'autre sensation que celle de la dilatation et du resserrement alternatifs de la cavité thoracique. Si l'enfant vient à parler ou à crier, on sent un frémissement analogue à celui qu'on rencontre en pareille circonstance chez l'adulte, et comme ce retentissement est toujours en rapport avec la perméabilité du poumon et acquiert chez l'enfant une plus grande intensité, il est en quelque sorte puéril comme la respiration. Il disparaît dans la pleurésie, il diminue beaucoup dans la pneumonie lobulaire, et persiste dans la bronchite. Ce phénomène apprécié avec soin peut conduire à distinguer une pneumonie lobulaire d'une bronchite capillaire intense. La fièvre, la dyspnée, la toux sont égales dans les deux affections, et la présence ou l'absence du frémissement pulmonaire peut servir à fixer le diagnostic.

Chez un grand nombre d'enfants, il se produit un frémissement très-notable pendant l'inspiration et l'expiration ; il cesse dans l'intervalle qui sépare les deux mouvements. On le rencontre souvent chez les enfants rachitiques, chez ceux dont on dit que leur poitrine est grasse, enfin dans les bronchites considérables. Il coïncide toujours avec une respiration bruyante à l'extérieur et des phénomènes stéthoscopiques marqués, soit un râle sibilant et ronflant, soit du râle muqueux abondant. Il est produit dans le premier cas par un rétrécissement passager des bronches, dans le second par une accumulation de mucosités, et, dans ce dernier cas, il cesse ordinairement pour quelque temps après un accès de toux qui détermine une expectoration abondante. La même cause se produit dans les inspirations qui précèdent une quinte de coqueluche. Il est d'abord presque insensible : il augmente graduellement, puis la quinte a lieu, et le phénomène cesse jusqu'à ce qu'un nouvel engouement bronchique vienne provoquer encore une quinte de toux. On le trouve aussi dans la pneumonie lobulaire intense, dans la pneumonie hypostatique ; il ressemble tout à fait alors au râle des agonisants et coïncide avec un râle crépitant humide et abondant.

Il est quelquefois partiel, et peut indiquer alors un emphysème interlobulaire ; mais on a rarement l'occasion d'observer des cas semblables.

PERCUSSION.

Les différents modes d'exploration que je viens de passer en revue laissent, comme on le voit, une grande incertitude dans le diagnostic des maladies de poitrine, et rarement leur ensemble peut fournir des données suffisantes ; aussi faut-il avoir recours à des moyens plus certains, à la percussion et à l'auscultation.

La percussion, employée chez les enfants, ne donne pas des résultats aussi sûrs que chez l'adulte ; toutefois, on doit se garder de la négliger ; et quand on l'aura pratiquée longtemps et avec soin, on y pourra trouver des ressources qu'on n'aurait pas soupçonnées d'abord.

Je vais examiner successivement les résultats qu'elle fournit appliquée à la poitrine d'un enfant bien portant, et les diverses modifications que peuvent y apporter les maladies thoraciques.

État normal. — Le grand développement du système musculaire, l'embonpoint considérable de la poitrine, apportent chez l'adulte des obstacles à la perception de la résonnance thoracique. Ici, on n'a point à redouter un pareil inconvénient ; les muscles sont peu volumineux et l'embonpoint des enfants porte plutôt sur les membres que sur le tronc. Cette différence de conditions dans lesquelles se trouvent les enfants et les adultes en produit une aussi marquée dans les causes qui nuisent à la perception des phénomènes déterminés par les maladies. Chez les adultes, le peu de résonnance naturelle fait reconnaître quelquefois une matité légère, mais réelle ; chez les enfants, cette erreur, quand elle est commise, est due à l'excès de sonorité.

La respiration plus active, la perméabilité plus grande du poumon, font pressentir que la résonnance de la poitrine sera plus grande, et l'observation vient confirmer la théorie. La résonnance est en quelque sorte puérile, comme le bruit vésiculaire.

Aux parties postérieures et latérales moyennes, elle est tellement claire qu'elle pourrait induire en erreur des personnes peu exercées, et leur faire croire à l'existence d'un emphysème pulmonaire. Dans ces points, la poitrine résonne comme un tambour. La sonorité est aussi très-développée aux régions sous-claviculaires et sternales. La région inférieure droite est mate, à cause de la présence du foie ; à gauche, au contraire, dans le point correspondant, le son est plus clair que dans toute autre partie de la poitrine ; il est produit par la dilatation de l'estomac, toujours plus considérable, relativement, chez l'enfant que chez l'adulte. On distinguera cette résonnance à un caractère particulier, qu'on peut appeler gastrique ; et d'ailleurs, elle coïncide avec une absence complète du bruit respiratoire. Il y a un son mat à la région précordiale, mais il n'a que très-peu d'étendue, les poumons venant toujours recouvrir presque entièrement le cœur. Dans les régions sus et sous-épineuses, la percussion donne encore un son appréciable, et souvent il est facile de reconnaître par ce moyen une hépatisation, une infiltration tuberculeuse, ou une vaste caverne placées au sommet des poumons.

Comme les autres modes d'exploration mis en

TOME III. 3^e s.

usage auprès des enfants, la percussion rencontre de nombreux obstacles, qui doivent conduire à lui faire subir des modifications, si on veut en tirer parti.

La percussion immédiate, bien que pratiquée avec ménagement, est toujours un peu douloureuse, elle effraie les enfants, et leur fait pousser des cris qui peuvent annuler ses résultats. On ne devra guère l'employer que pour examiner les régions mammaires, dorsales et axillaires. Pour tous les autres points, on pourra la remplacer avantageusement par un procédé moins fatigant, moins douloureux : la percussion médiante. D'ailleurs, celle-ci suffit toujours, tant est grande la résonnance de la poitrine.

La percussion médiante qu'on emploie de préférence chez l'adulte, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, sus et sous-épineuses, peut être appliquée à l'examen de toutes les parties de la poitrine. L'enfant s'en effraie peu quand on lui a montré qu'on percute sur le doigt, ou sur un corps étranger, un morceau de caoutchouc, d'ivoire ; encore, moins on lui met sur la poitrine d'objets nouveaux pour lui, plus il se prête volontiers à l'examen. La plupart des médecins spéciaux ont l'habitude de percute avec un ou deux doigts de la main droite tombant perpendiculairement sur le doigt indicateur placé horizontalement. Ils ne se servent pas ordinairement d'autre plessimètre.

Chez les enfants très-jeunes, l'examen des parties postérieures et latérales de la poitrine est rendu difficile par les mouvements qu'ils exécutent et la peine qu'ils ont à se tenir assis. En pareil cas, j'ai vu souvent M. Jadelot employer le procédé suivant. Il met l'enfant à son séant, le tient entre son corps et son bras gauche qui lui sert à le soutenir, et il percute à plat sur sa main gauche étendue, avec la droite étendue également, et à l'aide de ce mode de percussion, il peut obtenir une certitude de diagnostic aussi grande que celle que présentent les autres procédés. On est souvent obligé d'y recourir quand on examine des enfants affaiblis, et qu'on n'a personne à sa disposition pour les tenir assis.

État pathologique. — Telles sont les modifications que subit chez l'enfant la résonnance naturelle de la poitrine. Voyons maintenant de quel secours nous sera la percussion dans les diverses maladies. Elle ne donne aucun résultat dans la bronchite et la coqueluche simple ; la poitrine résonne comme à l'état normal. Dans les variétés d'emphysème vésiculaire, interlobulaire, interlobaire, l'exagération de la sonorité ne peut être grande, vu sa grande intensité naturelle, et elle échappe souvent à l'observation. Aussi bien, nous avons établi par anticipation que l'absence du son se fera plutôt remarquer que son trop grand développement, puisque son état normal chez l'enfant peut être comparé à son exagération chez l'adulte. Dans le pneumo-thorax, où la résonnance est augmentée, elle ne suffirait pas seule pour faire porter un diagnostic certain : il faut qu'elle soit liée à une dilatation du côté affecté, à une absence du bruit respiratoire, ou à la présence de la respiration amphorique, ou du tintement métallique.

Dans la dilatation partielle et considérable des bronches, la percussion fait quelquefois reconnaître

AUSCULTATION.

au sommet des poumons la présence d'une cavité pleine de liquide, qui peut être confondue avec celle que produirait une fonte tuberculeuse.

Dans la phthisie chez les très-jeunes enfants, la percussion ne donne pas d'inductions certaines. Ordinairement, ils meurent avec une éruption confluyente de tubercules miliaires développés à la fois dans les poumons et les plèvres, avant que le ramollissement ait eu lieu. Mais dans les cas où la phthisie marche lentement, où le tubercule passe à l'état cru, se ramollit et forme des excavations, la percussion bien exercée peut trouver une application utile : elle fait reconnaître un son d'abord un peu obscur, puis entièrement mat. On entend quelquefois le son de pot fêlé, dans les cas où les cavernes sont assez étendues et à demi remplies de pus.

Dans la pleurésie accompagnée d'un épanchement considérable, on observe une matité qui contraste avec la sonorité normale, et la maladie ne peut être méconnue.

Dans la pneumonie lobaire, quelle que soit son étendue, on peut, au moyen de la percussion, s'assurer de son existence et de ses limites, à moins qu'elle n'occupe les parties centrales. Dans ce cas, elle échappe à l'observateur.

Dans la pneumonie lobulaire, il est rare qu'on puisse tirer parti de la percussion. En voici les motifs : 1° elle est toujours double, et les éléments de comparaison manquent par conséquent ; 2° les lobules restés sains fonctionnent plus énergiquement qu'à l'état normal pour suppléer aux lobules hépatisés, et le son puéril exagéré qu'ils donnent masque la matité qui doit résulter des indurations partielles. Il en est de même dans l'apoplexie pulmonaire (1).

Dans la pneumonie hypostatique, on n'observe au début aucune modification du son normal ; mais, plus tard, il se produit une matité qui va toujours croissant, et n'acquiert jamais cependant une aussi grande intensité que celle qu'on remarque dans la pneumonie lobaire franche. On peut la reconnaître par la comparaison de la sonorité des deux côtés si elle n'en affecte qu'un seul ; par la comparaison des parties antérieures et postérieures de la poitrine, si elle est double, comme cela a lieu le plus souvent.

Les tumeurs développées dans le poumon ou la plèvre se remarquent rarement dans l'enfance. Deux fois seulement j'en ai rencontré. Elles étaient constituées par des kystes hydatifères assez volumineux. On ne les avait pas soupçonnées, bien que la poitrine eût été examinée avec soin ; il est vrai que, dans les deux cas, les tumeurs étaient placées à la base et au centre des poumons près du diaphragme, et entourées de lobules sains.

Je ne parle point ici des signes que fournit la percussion dans les maladies du cœur et du péricarde. J'en traiterai dans un mémoire à part.

(1) Si cette action exagérée des lobules sains n'existait pas, on percevrait facilement la matité. En effet, après la mort, quand les poumons sont affaiblis, on perçoit un son mat qui n'existait pas pendant la vie.

Malgré les nombreux arguments par lesquels Laënnec a cherché à motiver la préférence exclusive qu'il accordait à l'auscultation médiate sur l'auscultation immédiate, la plupart des médecins pratiquent l'auscultation avec l'oreille nue plus souvent qu'avec le stéthoscope, et réservent l'emploi de cet instrument pour les cas peu nombreux où l'état de malpropreté, ou de transpiration du malade, rend le contact immédiat impossible, où sa position trop basse rend l'examen incommode, où le peu d'étendue de la partie qu'on explore ne permet pas d'appliquer exactement l'oreille ; enfin, pour les cas où la perception des sons est rendue plus évidente au moyen du stéthoscope, je veux parler des cas où on observe les diverses résonnances de la voix, et surtout la pectoriloquie.

L'auscultation immédiate doit être employée de préférence chez les enfants. D'abord on perçoit suffisamment les sons avec l'oreille dans la majorité des cas ; ensuite la vue du stéthoscope effraie ceux qui sont très-jeunes, et il faut un assez long temps pour les familiariser avec lui, le leur faire accepter comme jouet, avant de pouvoir l'appliquer avec avantage.

Quand ils sont indociles, ce qui arrive le plus souvent, les changements de position que subit leur corps dérangent à chaque instant le stéthoscope ; avec l'oreille on suit bien mieux tous leurs mouvements, sans qu'elle cesse d'être exactement appliquée. On ne devra se servir de l'instrument que dans les cas où l'enfant est sale et couvert de vermine, quand il est très-petit et que la trop grande distance de son lit à l'oreille rend gênante la position de l'observateur, quand on examine les régions sus et sous-claviculaires, quand on cherche à reconnaître la pectoriloquie.

Respiration normale. — Un enfant qui n'a point encore été ausculté s'inquiète tout d'abord de l'examen qu'on lui fait subir, et les fonctions respiratoires sont troublées pendant quelque temps ; il s'agite, son cœur bat avec force, la respiration devient irrégulière, il reste quelques secondes sans prendre haleine, puis plusieurs inspirations inégales se succèdent rapidement, le trouble diminue graduellement et l'équilibre se rétablit ; l'exploration peut alors être accomplie. Voilà ce qui a lieu chez un enfant docile. On en voit, au contraire, beaucoup qui poussent des cris, suspendent assez longtemps leur respiration ; mais encore ici après quelques instants, ils éprouvent un besoin irrésistible de respirer, et font de suite plusieurs inspirations profondes qui permettent de juger de la perméabilité des poumons.

Bruit vésiculaire puéril. — Laënnec a décrit brièvement la respiration des enfants ; il a dit qu'elle diffère de celle des adultes par une plus grande intensité.

Il semble, dit-il, qu'on sente plus distinctement les cellules aériennes se dilater dans toute leur ampleur, tandis que chez l'adulte on croirait qu'elles ne se remplissent d'air qu'à moitié, vu que leurs parois plus dures ne peuvent se prêter à une si grande distension. Sa comparaison est juste, mais

il ajoute à tort que cette différence est beaucoup moins marquée dans l'expiration. Chez les enfants, l'expiration est puérile comme l'inspiration.

Ce caractère puéril est très-manifeste, et frappe dès la première fois qu'on l'observe ; et, si on peut lui donner une valeur nominale au moyen des chiffres, on est autorisé à dire que la dilatation des vésicules est d'un tiers plus grande chez les très-jeunes enfants, et que cette intensité diminue à mesure qu'ils approchent davantage de la puberté. Sa force est telle qu'on l'entend également aux points où des plans musculaires épais éloignent l'oreille de la poitrine, comme aux fosses sus et sous-épineuses, et même à travers de gros vêtements. A quoi tient cette plus grande intensité ? On peut l'attribuer à plusieurs causes : la plus grande minceur des parois thoraciques, la plus grande dilatation de la poitrine, la distension plus ample des vésicules pulmonaires, enfin l'accélération de la respiration.

La première de ces causes peut être contestée. En effet, la respiration est également puérile chez les enfants gras et ceux qui sont maigres. Dans ce dernier cas, le bruit est plus fort, il est vrai, en ce sens qu'il est plus voisin de l'oreille ; mais chez tous indifféremment existent au même degré les caractères spéciaux, c'est-à-dire la longueur de la respiration, et la sensation d'une ampliation considérable.

La seconde n'a aussi qu'une influence très-secondaire dans la production du phénomène ; car chez l'adulte il n'est pas rare d'avoir un bruit respiratoire très-faible coïncidant avec une dilatation considérable de la poitrine. On l'observe souvent ainsi chez les asthmatiques.

Les deux dernières causes, au contraire, y contribuent activement. Pour le prouver, étudions certains états pathologiques, qui chez l'adulte peuvent rendre temporairement à la respiration ce caractère puéril qu'elle avait perdu par suite des progrès de l'âge. Si une maladie, pleurésie, pneumonie, etc., vient à diminuer, ou mieux à annuler entièrement l'action d'un des poumons, l'autre présente une respiration plus grande, puérile ; et, dans ces cas, nous trouvons à la fois une plus grande dilatation des vésicules, et une accélération de la respiration. Chez certains asthmatiques par cause nerveuse, la respiration offre aussi le caractère puéril ; chez eux elle est fortement accélérée. A laquelle de ces deux causes devons-nous attribuer le plus d'influence ? Je crois qu'elles ne peuvent exister l'une sans l'autre, que la seconde produit nécessairement la première ; en effet, plus on exerce un organe, plus il se développe. Il vaut mieux, je pense, expliquer ainsi le bruit vésiculaire puéril que de l'attribuer à un état particulier du sang, dont rien jusqu'ici n'a démontré l'existence.

Le bruit vésiculaire, quoique puéril, est suspendu dans certaines maladies ; par exemple la pneumonie lobaire, la pleurésie, la bronchite intense, l'emphysème pulmonaire.

Dans la pneumonie lobulaire, il persiste, et concourt à rendre obscurs les phénomènes stéthoscopiques, couvrant par son intensité encore exagérée le râle et le souffle bronchique qui peuvent exister.

Dans l'éruption tuberculeuse miliaire confluyente, se faisant d'une manière aiguë, le bruit vésiculaire n'est pas affaibli, et peut masquer les traquements qui existent souvent chez l'adulte en pareil cas, et sont facilement perçus, parce qu'on ne rencontre pas chez eux le même obstacle.

Respiration bronchique. — Lorsque, par une cause quelconque, l'air ne pénètre pas dans les vésicules pulmonaires, les phénomènes de la respiration se passent dans le larynx, la trachée et les gros tuyaux bronchiques : elle s'accompagne alors d'un bruit plus fort et moins étendu que celui de la respiration vésiculaire. Il ressemble au bruit que produirait de l'air insufflé dans un tube métallique par une force intermittente, dont les émissions seraient de peu de durée. Cette respiration particulière n'est pas toujours morbide. Elle s'entend dans l'état naturel au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. Aussi faut-il apporter bien des précautions en appliquant l'oreille sur la poitrine étroite des enfants. Chez l'adulte, le souffle bronchique ne peut être confondu, si ce n'est rarement, avec aucun autre phénomène stéthoscopique ; il n'en est pas de même dans le premier âge.

L'agitation qu'éprouve l'enfant détermine, comme je l'ai dit, une respiration saccadée, courte, dans laquelle l'air ne va pas jusqu'aux dernières ramifications bronchiques ; il est poussé avec force dans les fosses nasales et au fond de la gorge ; il y produit un retentissement qui peut en imposer, et faire croire à tort à une altération du bruit respiratoire. L'habitude seule empêchera de commettre cette erreur.

M. Meriadec Laënnec dit que le bruit puéril peut, chez les enfants, donner lieu à méprise et être confondu avec le souffle bronchique, puis il ajoute qu'on distinguera ce dernier à son caractère tubaire. Sans doute, ce caractère bien apprécié a une valeur diagnostique réelle ; mais il est insuffisant. Car, ainsi que nous l'avons établi, la respiration saccadée et incomplète peut prendre dans les voies aériennes supérieures un retentissement tubaire, et le timbre seul ne pourra suffire au diagnostic. Il acquerra une bien autre valeur, s'il est lié à une moindre longueur du bruit respiratoire, s'il existe également dans l'inspiration et l'expiration, s'il est partiel, s'il coïncide avec du râle crépitant, et une matité de la poitrine, de la bronchophonie ; enfin, s'il persiste quand le sujet, revenu de la première émotion, respire librement, et si la respiration n'est pas bruyante à l'extérieur.

Le souffle bronchique s'entend presque constamment dans la pneumonie du sommet chez les très-jeunes enfants. Il semble alors que la paroi thoracique n'existe plus, et que le malade souffle directement dans l'oreille de l'observateur. Il peut souvent échapper dans la pneumonie où l'hépatisation est centrale. Le bruit bronchique tubaire se confond avec le bruit vésiculaire exagéré, et la distinction est quelquefois impossible. Quelque chose d'analogue a lieu dans la pneumonie lobulaire ; il y a sans doute, dès le début de l'hépatisation, un souffle local de peu d'étendue, déterminé par les indurations partielles ; mais les lobules sains fonctionnent plus énergiquement que dans l'état normal,