et le bruit qu'ils produisent masque le bruit morbide. Le souffle bronchique n'est perçu bien distinctement dans cette maladie que lorsqu'elle a fait de grands progrès, et a envahi la plus grande partie des poumons.

On entend aussi le souffle bronchique dans la pleurésie, surtout au niveau de l'épanchement, et dans les premiers jours; il cesse plus tard.

On l'observe dans les cas de dilatation bronchique considérable, à la suite de la coqueluche, quand les bronches d'un poumon ou d'un lobe pulmonaire ont acquis un volume double ou triple de celui qu'elles ont habituellement, et que cette dilatation est régulière; la respiration est alors tubaire comme dans la pneumonie au second degré. Si la dilatation était partielle et figurée en ampoules, le bruit serait différent, caverneux.

Quand des tubercules crus volumineux se sont accumulés dans un point des poumons, on y entend un souffle bronchique bien marqué.

Je ne l'ai pas rencontré dans l'apoplexie pulmonaire; il est vrai que, dans tous les cas que j'ai observés, l'épanchement sanguin était peu considérable, lobulaire, et on doit leur appliquer ce que j'ai dit à propos des hépatisations partielles.

Je ne l'ai pas trouvé dans les cas de tumeurs développées dans l'épaisseur des poumons; j'ai dit, à l'article Percussion, quelles circonstances empêchaient la production d'un phénomène morbide.

Souffles voilé, caverneux.—Je n'ai rien de particulier à noter sur le souffle voilé, le souffle caverneux; ils se rencontrent dans les mêmes circonstances et avec les mêmes caractères que chez l'adulte.

Voix.—L'auscultation de la voix chez les enfants présente encore plus de difficultés que celle de la respiration. En effet, si un examen nouveau pour eux apporte un trouble plus ou moins marqué dans les fonctions respiratoires, il doit nécessairement cesser au bout d'un temps plus ou moins long, quand un besoin impérieux les force à faire successivement plusieurs inspirations profondes; on peut alors connaître l'état du poumon.

Mais, comme on le sait, l'absence de la voix articulée est naturelle dans la première enfance, et les sujets plus âgés peuvent à volonté la suspendre, et presque toujours ils refusent de répondre aux questions qu'on leur adresse. Dans ces cas, il est vrai, on peut encore mettre à profit la résonnance du cri qu'ils poussent, et distinguer le timbre normal du timbre altéré; mais on ne peut obtenir ainsi une grande précision. On doit donc chercher à distraire les enfants en leur adressant des questions à la portée de leur âge : avec un peu d'habitude et de patience on y parvient ordinairement.

Résonnance normale. — Comme chez l'adulte, la voix résonne assez fortement au-devant du larynx, de la trachée, à la racine des bronches. D'ailleurs, dans toute l'étendue de la poitrine la résonnance est moins forte que chez l'adulte, ce qui tient au timbre plus grêle de la voix, à la finesse plus grande du tissu pulmonaire, qui est alors moins bon conducteur du son. Cette diminution de l'intensité de la résonnance s'efface à mesure que l'enfant avance en âge.

Résonnances morbides. — On observe chez l'enfant toutes les résonnances morbides qui se remarquent chez l'adulte, et dans les mêmes circonstances. Elles correspondent aussi exactement à certains bruits anormaux de la respiration.

La *bronchophonie* existe à tous les degrés, et avec son timbre particulier, la voix résonne comme dans un tube métallique. Quand on ne peut entendre la voix, qu'elle est remplacée par des cris, ceux-ci ont un caractère spécial; ils sont bronchophones. La bronchophonie s'entend très-bien dans la pneumonie lobaire, les dilatations bronchiques, les infiltrations tuberculeuses considérables. Elle est tantôt évidente, tantôt douteuse. On ne l'entend presque jamais dans la pneumonie lobulaire. Je ne répéterai pas ici l'énumération des circonstances auxquelles la bronchophonie est due, de celles qui s'opposent à sa production. On peut appliquer ici ce que j'ai dit à propos du souffle bronchique, ces deux phénomènes coïncidant toujours ensemble.

La *pectoriloquie* ne présente rien de particulier; elle est tantôt claire, tantôt douteuse, éloignée ou rapprochée. Elle coïncide avec des gargouillements et du souffle caverneux. On l'entend plus rarement que chez l'adulte à cause de la marche différente de la phthisie. Chez les très-jeunes enfants elle se développe d'une manière aiguë, et souvent la mort a lieu avant que de grandes cavités se soient formées, quelquefois même avant le ramollissement complet des tubercules.

L'*égophonie* ne s'entend que rarement, parce que les pleurésies sont presque toujours partielles et circonscrites; elle a lieu dans la pleurésie intense, et se présente avec les mêmes caractères que chez l'adulte. Seulement, elle est plus difficile encore à distinguer de la bronchophonie. Elle paraît au début de l'épanchement, diminue quand il augmente, et revient à mesure que la résolution s'opère.

Plus d'une fois pendant que, l'oreille appliquée contre la poitrine d'un enfant, j'essayais en vain par mes questions de le déterminer à parler, j'ai été frappé de cette remarque; savoir, que ma voix retentissait avec presque autant de force que celle du malade, et pouvait ainsi me donner *extérieurement* ce qui me manquait *intérieurement*. J'ai répété bien des fois l'expérience, et dans le plus grand nombre des cas elle a réussi. J'ai appliqué souvent ce mode d'exploration chez l'adulte avec M. Piedagnel, et nous avons reconnu que cette résonnance artificielle avait les mêmes caractères, timbre et intensité, que celle produite par la voix du malade. J'ai trouvé le procédé applicable au développement de la bronchophonie, de la pectoriloquie, mais surtout de l'égophonie. Je n'ai jamais pu constater aucune résonnance dans les cas où les poumons parfaitement sains donnent une respiration puérile dans la bronchite simple; très-rarement je l'ai pu distinguer dans la pneumonie lobulaire. Je ne cherche nullement à expliquer le phénomène; il me suffit de dire quel parti j'en ai pu tirer.

Toux. — L'auscultation de la toux ne présente ici presque rien de particulier, si ce n'est la peine qu'on a souvent à l'obtenir du malade. Elle ne résonne nullement quand la respiration est puérile; elle est tubaire quand la respiration est bronchique; caverneuse dans les cas d'excavation bronchique ou tuberculeuse.

Seulement, quand on recommande aux petits malades dont la poitrine est saine de tousser avec force, on entend, pendant les premières expirations, un déplissement des vésicules pulmonaires accompagné d'un râle crépitant extrêmement fin et sec, qui pourrait en imposer et faire croire à l'existence d'une pneumonie au premier degré ou d'un emphysème pulmonaire.

Dans la coqueluche, la toux a une influence marquée sur les phénomènes stéthoscopiques; à l'imminence d'une quinte le bruit respiratoire est faible, presque entièrement suspendu; on entend un murmure léger mélangé de râles muqueux et sibilant, puis survient un accès de toux suivi d'expectoration; le râle humide disparaît et la respiration se rétablit accompagnée de râle sonore.

Dans le croup, la toux résonne avec un bruit métallique. Quand la trachée et les bronches sont remplies de fausses membranes peu adhérentes, on entend à chaque secousse un claquement produit par leur déplacement.

Dans les fistules pulmonaires, la toux a le caractère amphorique. Dans les pneumonies lobaires, les pleurésies, la toux résonne fortement comme chez l'adulte. Dans la pneumonie lobulaire on n'entend aucune résonnance morbide, le phénomène se passe entièrement dans la gorge. Les enfants sont trop affaissés pour contracter les muscles de la poitrine.

Bruits étrangers, râles. — On rencontre chez les enfants tous les râles que Laënnec a signalés chez les adultes, râles vésiculaires et bronchiques, secs ou humides. Ils présentent toutefois ici quelques différences que je vais indiquer.

Râle crépitant. — Il existe dans l'enfance avec toutes ses variétés; il est sec ou humide, gros ou fin, rare ou abondant.

Il s'entend dans la pneumonie lobaire, et persiste pendant tout le temps que la maladie reste au premier degré; il est suspendu quand le poumon est hépatisé, reparaît (*redux*) quand la résolution s'opère, puis devient plus gros, plus humide, et cesse entièrement quand la résolution est complète. Toutefois, il m'a paru se prolonger plus longtemps après la guérison, quand déjà depuis plusieurs semaines il n'y avait plus ni fièvre, ni dyspnée. Il se manifeste avant la matité, s'entend quelquefois en son absence, et dans les autres cas persiste quelque temps encore après qu'elle a cessé. Il est aussi toujours plus gros, plus humide que chez l'adulte. Le râle crépitant le mieux caractérisé est celui qui se produit dans l'état normal après un effort de toux. La force du bruit vésiculaire, l'absence de fièvre, de dyspnée, l'absence du râle lui-même quand on ne fait pas tousser le malade, empêcheront qu'on ne le confonde avec celui qui annonce un engouement inflammatoire du poumon.

Il n'existe pas toujours dans les pneumonies qui ont leur siége à la partie centrale dn poumon. Pour le produire, il faut faire faire aux malades des inspirations fortes, ou même encore les engager à tousser plusieurs fois de suite; on l'entend alors, mais sourd et éloigné.

Dans la pneumonie lobulaire intense, le râle qu'on entend est singulièrement modifié, mêlé à une respiration exagérée du souffle bronchique obscur, du ronchus et du râle sibilant. Le râle crépitant est alors sec, mais en même temps assez gros et toujours très-abondant. Il est en quelque sorte confluent, et les bulles sont tellement rapprochées que les crépitations isolées se confondent et semblent réunies en une masse qui se soulève à chaque mouvement de la poitrine. Une secousse de toux les écarte pour un moment, puis leur réunion a lieu de nouveau.

Dans l'œdème du poumon, résultat d'une infiltration générale ou d'une affection du cœur, on entend un râle crépitant très-gros et humide (sous-crépitant).

Dans l'emphysème du poumon vésiculaire, interlobulaire ou interlobaire, le râle crépitant est sec et fin. On ne l'entend pas constamment à cause de l'exagération du bruit vésiculaire normal, dans les points nombreux où le tissu pulmonaire est resté sain.

Les râles muqueux, caverneux, le gargouillement, existent dans les mêmes circonstances que chez l'adulte : bronchite, excavation tuberculeuse, dilatation bronchique, hépatisation grise. Seulement, il faut noter que les râles qui se remplacent quelquefois chez l'adulte se succèdent ici plus souvent avec de fréquentes alternatives.

Dans les catarrhes intenses qui accompagnent la rougeole et suffisent quelquefois pour amener la mort, le râle est sous-crépitant, et mêlé de rhonchus et de râle sibilant.

Râles secs. — On retrouve dans la bronchite les râles secs, rhonchus sibilant, chant de tourterelle, soit seuls, soit mêlés à du râle humide muqueux ou sous-crépitant.

Dans la coqueluche, on trouve souvent tous ces râles réunis.

Bruit de soupape. — Dans plusieurs cas de croup bronchique, j'ai entendu, en arrière de la poitrine, un bruit de soupape qui m'a fait reconnaître la présence de fausses membranes flottantes dans les bronches. On sentira toute l'importance de ce phénomène en se rappelant que la trachéotomie ne présente quelques chances de succès que dans les cas où la sécrétion albumineuse est bornée au larynx.

Expiration prolongée. — Jackson de Philadelphie a observé, chez l'adulte, une prolongation de l'expiration, à laquelle il attribue avec raison une grande valeur diagnostique dans les affections tuberculeuses commençantes. Je l'ai trouvée souvent, chez l'enfant, au début de la phthisie.

Craquements. — Il en est de même des craquements qui existent dans des circonstances pareilles. Ce bruit particulier ne peut être comparé à aucun râle. Il existe pendant les deux bruits respiratoires, et même dans l'intervalle qui les sépare. J'ai constamment pu noter cette dernière particularité qui peut servir à distinguer les craquements des différents râles. Je ne sache pas qu'aucun auteur ait fait cette remarque.

Bruit de frottement. — J'ai entendu plusieurs fois, mais plus rarement que chez l'adulte, le bruit de frottement de la plèvre ascendant et descendant, au début et à la terminaison de la pleurésie sèche ou accompagnée d'un épanchement peu abondant. Il

coïncidait avec un frémissement très-sensible à la main pendant la respiration, nul pendant la phonation, et avec une résonnance égophone de la voix.

Tintement métallique ; voix, respiration, toux amphoriques. — Les perforations pulmonaires, les grandes excavations, sont rares chez les enfants; aussi a-t-on peu d'occasions d'entendre le tintement métallique, la voix, la toux, la respiration amphoriques. Toutefois, je les ai entendus plusieurs fois chez des phthisiques ou des enfants atteints de gangrène du poumon. Dans un cas de phthisie observée sur une enfant de douze ans, qui fut prise subitement de tous les signes d'une perforation de la plèvre, point de côté, dyspnée, fièvre, dilatation rapide d'un côté de la poitrine, sonorité exagérée, tintement métallique, voix, respiration, toux amphorique, on a pu suivre pas à pas les efforts de la nature tendant à la guérison. Les phénomènes stéthoscopiques qu'on percevait d'abord dans tout le côté de la poitrine ont peu à peu diminué d'étendue pour cesser complétement, et la malade est sortie paraissant guérie.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

FÉVRIER 1839.

Histoire des tumeurs phlegmoneuses des fosses iliaques; par le docteur Grisolles, ancien chef de clinique à l'Hôtel-Dieu, etc.

(2e Article.—Voir tome II, 3e série, p. 23.)

Les phlegmons des fosses iliaques peuvent offrir presque toutes les formes de terminaison qu'on observe pour les tumeurs phlegmoneuses des autres régions du corps. C'est ainsi qu'ils peuvent se terminer par résolution, suppuration, gangrène et induration. Je ne parle pas de la délitescence dont personne n'a jusqu'à présent, je pense, cité d'observation bien authentique; et je ne crois pas d'ailleurs que ce soit là un mode de terminaison possible dans les phlegmons, quel que soit leur siége, car l'engorgement qui les constitue est trop considérable pour pouvoir jamais disparaître brusquement.

La résolution est la terminaison la plus heureuse, mais aussi la plus rare du phlegmon iliaque. Je ne l'ai vue s'opérer que deux fois dans les douze observations que j'ai recueillies; et sur les soixante-treize malades qui forment le total des faits que j'analyse cette terminaison n'a été vue complète que neuf fois seulement. Chez neuf autres individus il y eut un commencement de résolution : mais comme ils sont sortis de l'hôpital avant l'entière disparition de l'engorgement, il est probable que plusieurs d'entre eux auront conservé pendant longtemps encore une induration chronique qui aura disparu peu à peu chez les uns, et aura suppuré chez d'autres. Mais en admettant même (ce qui n'est pas probable) que chez ces neuf malades la tumeur se soit terminée sans suppurer, nous n'en devrons pas moins conclure que la résolution n'est pas la terminaison ordinaire des phlegmons iliaques, surtout pour ceux qui surviennent dans le cours de l'état puerpéral. Cette circonstance mérite d'autant plus d'être notée qu'*à priori* on aurait pu admettre le contraire, en considérant que le tissu cellulaire des fosses iliaques contient fort peu de graisse, condition anatomique qui favorise la résolution des engorgements inflammatoires. Ce mode de terminaison s'opère très-lentement dans les phlegmons iliaques; chez deux sujets il a pu s'effectuer en quinze et vingt jours; mais chez tous les autres il n'a été complet qu'au bout d'un à trois mois. Cette inertie dépend probablement du peu de vascularité du tissu cellulaire qui remplit les fosses iliaques. D'ailleurs, lorsque la résolution s'opère dans le côté malade, on ne voit pas le côté sain se prendre à son tour, et j'ignore encore sur quel fait s'appuyait Levret pour admettre qu'il arrive communément, pendant qu'on travaille à dissiper l'engorgement qui s'est annoncé d'un côté, de le voir gagner le côté opposé et y produire de nouveau les mêmes symptômes (1). L'extension de la phlegmasie cellulaire d'un côté à l'autre est excessivement rare, car jusqu'à présent elle n'a été observée que deux fois. Cette propagation d'ailleurs se fit d'une manière occulte et ne fut révélée que par l'autopsie.

La suppuration est la terminaison la plus fréquente de l'inflammation phlegmoneuse que j'étudie. Elle a été observée en effet chez cinquante-cinq malades. On peut dire qu'elle est presque inévitable pour les engorgements consécutifs aux couches, puisque sur dix-sept femmes elle a eu lieu chez seize d'entre elles. Puzos admettait cependant que les dépôts laiteux prennent aisément la voie de la résolution, opinion que l'auteur semble justifier par trois observations (2); mais je rechercherai plus tard la valeur que peuvent avoir les faits publiés par le célèbre accoucheur que je viens de citer.

Le temps nécessaire à la formation du pus a beaucoup varié chez les divers individus. On peut, je crois, admettre comme règle générale que, dans les phlegmons non gangréneux des fosses iliaques, le pus se forme plus lentement que dans les tumeurs de même nature qui se développent dans les autres parties du corps. Dans celles-ci, en effet, lorsque l'inflammation est vive, le pus commence à se former du cinquième au huitième jour. Dans la fosse iliaque au contraire, le même phénomène n'apparaît guère, terme moyen, que du vingtième au vingt-sixième jour. Dans un cas exceptionnel on vit la suppuration se former et s'échapper au dehors le septième jour; mais chez tous les autres malades les

(1) Loc. cit. P. 170.
(2) Loc. cit. P. 88.