

## DE LA PNEUMONIE DES NOUVEAU-NÉS.

(En collaboration avec Trousseau.)

L'auscultation, appliquée aux maladies des enfants du premier âge, ne donne pas toujours des notions aussi précises que celles qu'elle fournit à l'observation clinique des adultes. Deux ordres de raisons expliquent cette différence : les unes tiennent aux difficultés de ce que nous appellerons le *procédé opératoire*; les autres, à la nature des lésions dont l'auscultation est appelée à nous rendre compte. Nous avons tâché de faire ressortir ce double empêchement, pour éviter quelques mécomptes aux médecins peu habitués aux maladies des très jeunes enfants. La pneumonie nous fournissait le meilleur exemple, à cause de sa gravité, de sa fréquence, et parce qu'elle résume dans la série des accidents les données les plus importantes de l'auscultation.

L'extrême mobilité du malade, l'impossibilité de varier à son gré les conditions de l'expérience, s'opposent à ce que, chez les nouveau-nés, on perçoive aisément les bruits qui se produisent dans la poitrine. L'enfant qu'on ausculte, même en bonne santé, s'agite et supporte avec peine le repos auquel on l'assujettit, la position inaccoutumée qu'on lui impose; s'il est malade, si la respiration est gênée, il manque de force pour se soutenir, il s'affaisse sur lui-même, et fuit, pour ainsi dire, sous l'oreille de l'observateur. Pour un court examen et quand il s'agit d'entendre une ou deux inspirations, c'est un médiocre inconvénient;

mais, comme on le verra plus tard, l'exploration n'est souvent profitable qu'à la condition d'être prolongée beaucoup plus longtemps que chez l'adulte.

Les auteurs qui ont conseillé de profiter des intervalles de sommeil n'ont pas parlé d'après leur expérience. L'enfant, dans son berceau, est couché trop profondément; sur les genoux de sa mère, il est placé, quand il dort, de manière à interdire tout examen. Il faut donc que le médecin choisisse la seule situation qui rend l'auscultation possible, et celle-là se concilie rarement avec le sommeil du petit malade. Les adultes, qui peuvent se conformer aux recommandations de l'observateur, gardent le maintien qu'on exige d'eux; avec les enfants, on fait comme on peut, suspendant son examen pour le reprendre et l'interrompre de nouveau. Si, au lieu de s'y soumettre et de les suivre docilement, on essaye de résister à leur mobilité, ils s'irritent, ils pleurent, redoublent d'agitation, et forcent bientôt à régler l'investigation sur leur caprice.

Le médecin n'est donc pas le maître de son expérience, et cet inconvénient déjà sensible le devient encore plus quand il s'agit de diriger les mouvements respiratoires, et de les faire varier pour les nécessités de l'auscultation. L'enfant respire comme il lui plaît ou comme sa souffrance l'y oblige. Dans les dyspnées très prononcées, l'inspiration extrêmement variable est quelquefois si peu profonde, que le bruit en est annulé. Fait-on pleurer l'enfant, la respiration devient sonore, mais brusque, rare, et masquée par les cris. Exagéré ou amoindri, le bruit respiratoire n'est que par exception ce qu'on voudrait qu'il fût au moment de l'examen. Une première épreuve a-t-elle laissé des doutes, il est presque impossible de la renouveler dans des conditions identiques. Si d'un examen rapide on s'est hâté de tirer des conclusions, elles courent risque d'être démenties par une exploration plus attentive, et conséquemment plus vraie.

Ces difficultés générales, inévitables, qui se reproduisent sans cesse, nuisent à la solution du problème que l'auscultation doit résoudre. D'abord les limites de la lésion sont peu aisées à dé-

terminer, alors même que leur nature ne prête à aucune incertitude. Le stéthoscope ne saurait être employé, si ce n'est dans des cas exceptionnels et à la partie antérieure de la poitrine, quand l'enfant reste dans une situation qui lui est commode. Forcé d'appliquer immédiatement l'oreille, le médecin n'a qu'un champ très restreint dans lequel il puisse se mouvoir. Au-dessus de l'épine de l'omoplate, la tête de l'enfant le gêne; sous l'aisselle l'espace est trop étroit, en avant l'enfant supporte très difficilement la pression de la tête et le frottement des cheveux. Ce sont de minces détails, mais dont les praticiens reconnaîtront l'exactitude.

En outre, pour peu que le bruit soit un peu intense, il s'élève presque également dans tout le côté de la poitrine et se limite beaucoup moins nettement que chez l'adulte. Le point où il s'entend le mieux n'est peut-être pas celui où il se prononce davantage, mais celui où une position plus longtemps soutenable a mieux permis de l'écouter. Aussi est-ce au niveau de la fosse sous-scapulaire, c'est-à-dire au lieu même où l'oreille se place naturellement, que les bruits normaux ou anormaux sont les plus évidents. C'est là qu'il conviendrait de les chercher, si l'observateur n'était porté, par sa commodité même, à commencer sur ce point son exploration.

Le retentissement de la voix, signe précieux chez les adultes, n'est suppléé qu'imparfaitement par le retentissement du cri. Qu'on se rappelle les conditions à exiger pour percevoir exactement le retentissement de la parole, et on verra combien il est impossible de les provoquer ou rare de les rencontrer chez les enfants à la mamelle.

Le souffle, par comparaison avec la respiration normale, semble plus velouté, devient par conséquent moins distinct, et cependant il doit être rangé, avec le râle sous-crépitant, parmi les signes physiques les mieux appréciables.

La faiblesse ou l'augmentation du bruit respiratoire, éléments utiles du diagnostic, ne se constatent pas sans quelques difficultés. L'enfant, avons-nous dit, respire à son gré et d'une façon

extrêmement inégale sous l'influence des maladies pulmonaires, ou même des circonstances extérieures. Or, comment apprécier l'effort et la profondeur de l'inspiration à laquelle répond le bruit perçu par l'oreille? Il faut que ce bruit soit affaibli ou augmenté à un très haut degré pour lever tous les doutes, et ce signe, ainsi restreint à des cas extrêmes, perd la meilleure partie de son intérêt. D'une autre part, la respiration n'est presque jamais exagérée du côté sain, quand un seul poumon est malade; si étrange que soit le mot, qu'on nous permette de le dire, elle n'est pas relativement *puérile*: il en résulte que les renseignements fournis par l'auscultation manquent de contrôle, et n'ont plus cette sûreté que leur donne la comparaison des deux côtés de la poitrine.

Les râles sibilant, muqueux, sous-crépitant, sont, en réalité, les indices les plus exacts. Le râle crépitant est extrêmement rare, et n'a ni la finesse ni la sécheresse de celui de l'adulte. Malgré la précision de ces signes et leur facile perception, le médecin doit encore n'accepter leur signification diagnostique que sous certaines réserves. Ainsi, de l'absence momentanée du râle sous-crépitant, qu'on constate si aisément, on n'a pas droit de conclure à la cessation des lésions pulmonaires qui l'avaient produit. Il se peut que, durant le court espace de temps consacré à l'exploration, pas une bulle n'ait éclaté sous l'oreille, tandis que quelques instants plus tard aucun mouvement respiratoire n'eût été exempt de râle. Les variations dans cet ordre de phénomènes sont telles, que deux observateurs qui contrôlent l'un par l'autre leur examen peuvent arriver à des conclusions opposées; elles se produisent d'une façon si irrégulière, qu'on ne peut prévoir même vaguement leur durée. Ainsi le râle sous-crépitant se suspendra tantôt pendant quelques minutes, tantôt durant des heures entières, revenant et disparaissant, sans qu'on saisisse la cause de ces oscillations, dont les adultes offrent si peu d'exemples.

Ces simples indications suffisent pour faire comprendre les principaux empêchements que rencontre l'auscultation des

nouveau-nés, et pour montrer dans quelle mesure il est permis de conclure de certains signes physiques. Voyons, en sortant de ces généralités, comment il convient d'interpréter les signes fournis par l'exploration de la poitrine dans la pneumonie des enfants à la mamelle.

En abordant cette étude de pure séméiologie, nous n'avons pas à traiter de la marche des divers symptômes de la pneumonie du nouveau-né; il nous suffira de rappeler incidemment un seul point de son histoire, laissant de côté les questions encore indécises qu'elle soulève.

La pneumonie des enfants n'est jamais franche, elle ne survient pas d'emblée, mais succède à une affection bronchique courte ou longue, chronique ou aiguë, dont elle ne serait même, au dire de certains auteurs, qu'un degré plus élevé. Il est d'une extrême importance de saisir le passage de la bronchite à la pneumonie, et de rechercher si l'affection, lorsqu'elle est limitée aux bronches et n'entraîne que peu de dangers, a déjà des caractères qui donnent à prévoir l'invasion bien autrement menaçante du parenchyme pulmonaire.

L'auscultation fournit-elle quelques renseignements utiles, voici ce qu'enseigne l'expérience : L'affection bronchique qui précède la pneumonie peut se manifester pendant un espace de temps très court; elle peut, au contraire, dater de plusieurs semaines ou de plusieurs mois sans qu'on ait droit de tirer de sa durée une induction valable. A l'époque où la pneumonie sévit de préférence, les enfants enrhumés n'y sont pas sensiblement plus exposés.

Il existe en réalité deux sortes de bronchites : l'une qui sert de précurseur obligé à la pneumonie, l'autre qui n'entretient avec elle d'autre rapport que celui d'une coïncidence. Dans le premier cas (bronchite spécifique), la fièvre se développe avec une vivacité dont les phénomènes locaux sont loin de rendre compte; la toux est sèche et ne s'accompagne d'aucun râle. Le premier bruit qu'on constate est celui du râle sous-crépitant; encore peut-il n'apparaître que deux ou trois jours après le

début des symptômes qui ont nécessité l'intervention du médecin. Dans le deuxième cas, le catarrhe parcourt les phases habituelles, manifesté, outre la toux, par la présence de râles muqueux gros ou sibilants. Quand la maladie, jusque-là sans gravité, vient à se transformer en pneumonie, le passage ne s'effectue pas graduellement; le râle sibilant ou muqueux ne passe pas au râle sous-crépitant par des nuances insensibles; mais le râle sous-crépitant éclate d'une manière soudaine, alors même que les autres persistent.

Nous avons cru d'abord que la présence du râle sibilant était de nature à rassurer le médecin, et qu'il ne passait jamais sans transition au râle sous-crépitant; notre observation trop absolue n'a pas été confirmée par des recherches ultérieures. Cependant ce n'est que dans des circonstances rares et exceptionnelles que l'expérience est en contradiction avec cette règle à peu près générale : le plus ordinairement, le râle sibilant disparaît pour faire place à un râle muqueux plus ou moins gros et de courte durée, avant que le *ronchus* subcrépitant ne soit devenu manifeste.

La distinction des deux formes de bronchite que nous venons de poser est d'une certaine importance pratique; elle permet d'établir ce principe, sur lequel nous appelons l'attention : toutes les fois que la bronchite caractérisée par la toux et la fièvre n'a pas de signes stéthoscopiques qui précèdent le râle sous-crépitant, on doit craindre le début d'une pneumonie. Lorsque des râles sibilants et surtout muqueux ont été entendus pendant un certain temps, le râle sous-crépitant n'a plus la même signification; placé, pour ainsi dire, sur la limite mal définie qui sépare la pneumonie du catarrhe des petits rameaux bronchiques, il peut être diversement interprété.

D'abord tout catarrhe qui se métamorphose en pneumonie n'entraîne pas nécessairement la production du râle sous-crépitant. Nous avons vu le souffle alterner avec un râle muqueux très gros qui persista jusqu'à la mort, sans avoir changé de

caractère. Ce fait, il faut le dire, s'écartait tellement des règles habituelles, qu'il ne saurait contredire leur généralité.

Le râle sous-crépitant peut indiquer simplement l'extension de la lésion bronchique : on observe souvent des enfants du premier âge, qui, au milieu d'un catarrhe à forme chronique, sont pris d'accidents plus aigus; le pouls s'élève, la respiration s'accélère et devient plus laborieuse, le râle sous-crépitant se fait entendre soit seul, soit mêlé aux autres râles dont on avait constaté précédemment l'existence. Au bout de deux ou trois jours et à l'aide d'un vomitif, tous les symptômes s'amendent, l'auscultation ne révèle plus de bruit inquiétant, et la maladie reprend son cours inoffensif. On suppose alors que le parenchyme pulmonaire n'a pas été affecté, et cette hypothèse est assez probable. Cependant nous n'avons jamais entendu de râle sous-crépitant chez un enfant à la mamelle qui mourait peu de temps après notre examen, sans constater une pneumonie. Jamais non plus, sauf le cas unique que nous avons mentionné plus haut, la pneumonie ne s'est déclarée et n'a poursuivi son cours sans que le même râle existât pendant un certain laps de temps.

En résumé, la présence de ce signe ne suffit pas pour donner le droit d'établir un diagnostic assuré; mais son absence constante fournit une de ces présomptions qu'on appelle des lois en médecine.

Si maintenant, sortant de la période initiale, on cherche à expliquer la signification du râle sous-crépitant pendant la durée de la maladie, l'observation donne des résultats d'un intérêt tout pratique.

Le râle sous-crépitant n'appartient pas seulement au début de la pneumonie, il se prolonge et peut persister jusqu'à la mort. On le trouve lié aux phénomènes stéthoscopiques qui annoncent des lésions plus graves, comme il s'était ajouté aux râles muqueux et sibilant. Alors, ou il reste identique, alternant avec des bruits de souffle, mais sans changer de caractère, ou il passe par des degrés insensibles au râle crépitant proprement dit. Quel-

quefois la pneumonie se termine sans qu'on ait d'autre signe physique que ce râle. Il en est ainsi surtout quand la maladie marche avec une extrême rapidité vers sa terminaison fatale, et nous avons eu surtout occasion de l'observer chez des enfants rachitiques.

Le râle sous-crépitant n'est pas permanent, il est sujet à des variations dont nous avons déjà parlé : tantôt il disparaît complètement pendant quelques minutes, tantôt il se réduit à quelques bulles qu'il faut saisir au passage. L'ampleur de la respiration explique assez bien ces alternatives. Toujours plus fort et plus distinct quand la respiration a été elle-même forte et profonde, il cesse durant les inspirations faibles et courtes. Lorsqu'en criant, l'enfant, après un effort, est obligé de faire succéder à une expiration soutenue une inspiration vive, le râle éclate sous l'oreille, et n'eût peut-être pas été soupçonné sans cet accident. D'autres fois le râle disparaît à la suite des efforts et des cris, mais il faut qu'ils se soient longtemps prolongés. Il est donc nécessaire de faire durer l'expérience et d'en varier autant que possible les conditions.

Ces suspensions ont encore lieu sans que la diversité des efforts respiratoires y contribue, et alors elles acquièrent une importance pronostique assez grande; ainsi toutes les fois que le râle crépitant cesse complètement sans être remplacé par une autre forme de ronchus, quand en même temps l'état général reste très menaçant ou prend plus de gravité, on doit en tirer un mauvais présage et redouter l'imminence de la mort. D'un autre côté, si le râle persiste aussi nombreux, aussi caractérisé, quoique la respiration devienne moins haletante, la fièvre moins intense, la physionomie moins anxieuse, on aurait tort de se fier à une amélioration souvent trop peu durable. C'est une de ces trêves dont la pneumonie offre tant d'exemples, lorsque son progrès est de quelque lenteur. Bientôt la maladie reprend avec plus de vigueur et trompe des espérances trop tôt conçues.

En général, c'est en arrière et au niveau de la fosse sous-sca-