

pulaire que le râle sous-crépitant est le plus facile à percevoir, et c'est là qu'il convient de le chercher. Ses limites ne sont jamais nettes, et de son extension il serait hasardeux de conclure à l'étendue de la lésion pulmonaire.

Nous avons jusqu'ici considéré le râle sous-crépitant au point de vue du pronostic, il restait à rechercher quelle est sa véritable signification relativement aux lésions du poumon lui-même. Malheureusement il est assez difficile d'énoncer à ce sujet les résultats de l'observation dégagés de toute théorie. La pneumonie du nouveau-né se rattache au catarrhe bronchique par un lien intime, et la connexion de ces deux maladies est telle qu'on est exposé ou à les séparer artificiellement, ou à les rapprocher jusqu'à ce qu'elles se confondent. Aussi pourrait-on dire, en présence des opinions contradictoires, que la pneumonie de l'enfant n'a encore ni définition ni nomenclature faites. Nous sommes donc forcés, ne voulant pas entreprendre l'histoire de la maladie, de nous borner à quelques données fort insuffisantes.

Le râle sous-crépitant est plus gros quand les lobules affectés sont plus rapprochés de la surface du poumon, il devient plus fin à mesure que les noyaux enflammés se rapprochent du centre de l'organe. Lorsque le tissu hépatisé est le siège d'un afflux sanguin considérable, le râle persiste jusqu'à la fin; lorsque, au contraire, le parenchyme induré est d'une coloration plus pâle, il est rare que le râle sous-crépitant n'ait pas cessé avant la mort pour faire place à d'autres signes. Enfin le râle ne donne aucune mesure de l'état plus ou moins avancé de la lésion locale. Nous reviendrons sur cette proposition qu'on peut généraliser en disant que les phénomènes stéthoscopiques ne laissent pas apprécier exactement le degré de l'inflammation.

A mesure que l'hépatisation envahit le tissu pulmonaire, le souffle se montre, d'abord doux, voilé, plus tard presque aussi distinct que celui de l'adulte; ou il alterne avec les râles sous-crépitants, ou il en est toujours accompagné; il paraît diminuer ou augmenter sous l'influence de la position donnée au malade,

et devient moins intense quand on couche l'enfant sur le ventre. Il disparaît lui-même par intervalle; en général cependant, on n'observe pas de très longues intermittences.

Le souffle bien caractérisé est un des signes les plus précieux et les plus sûrs de la pneumonie. Si la maladie, ainsi que nous l'avons déjà noté, peut entraîner la mort sans que le souffle ait été perçu, c'est que des accidents généraux, de mauvaises conditions de santé antérieure, ou toute autre circonstance du même ordre, sont venus compliquer la lésion locale et hâter sa terminaison funeste, à une époque où la lésion pulmonaire n'eût pas suffi pour déterminer la mort. Habituellement, dans les pneumonies franches (*casus genuini*), dans celles qui ne se limitent pas au sommet, il apparaît peu de temps après l'invasion.

Interprété dans son véritable sens, le souffle indique que l'inflammation a gagné une grande étendue du parenchyme. Non seulement sa présence a cette signification, mais avec de l'habitude, on parvient à mesurer par son intensité croissante l'extension proportionnelle de l'hépatisation. C'est, à ce titre, un indice d'une utilité incontestable et qui ne trompe pas le médecin, s'il veut se renfermer dans la limite des conclusions légitimes.

Ce que nous disions du râle sous-crépitant convient également au souffle. L'auscultation appliquée à la pneumonie des enfants nouveau-nés nous éclaire sur l'extension de l'inflammation locale, mais elle ne nous renseigne pas sur le degré auquel elle est parvenue. Le poumon affecté passe de la première à la seconde période des tissus péripneumoniques par portions et non pas en masse. Un noyau de lobules est blond jaunâtre, purulent, que l'autre commence à peine à s'hépatiser; la maladie procédant pour ainsi dire par secousses, il en résulte qu'à l'autopsie nous l'observons à la fois à des âges très différents, sans que la durée totale de la maladie nous donne de suffisantes lumières sur la durée spéciale de chacune des altérations. Nous sommes ainsi réduits à des conjectures que l'examen stéthoscopique du malade, pendant la vie, est impuissant

à convertir en certitude. De plus, les portions saines ou réputées telles du poumon ne sont presque jamais exemptes de noyaux d'inflammation ou de congestion partielle ; la comparaison ne se faisant pas entre des parties dont l'une est intacte et l'autre frappée uniformément, l'opposition est moins claire et moins saisissante.

En résumé, le souffle coïncide avec les hépatisations étendues ; mais pour bien comprendre la portée de cette remarque, il faut se rappeler les deux formes principales qu'affectent les pneumonies occupant une grande portion du poumon. Tantôt les lobules enflammés, réunis et rapprochés, occupent un lobe tout entier et même les portions voisines du lobe contigu, tandis qu'on compte à peine quelques hépatisations lobulaires dispersées dans le reste du poumon ; tantôt les lobules affectés sont répartis dans la presque totalité du parenchyme pulmonaire, moins resserrés, mais plus nombreux en somme. Dans le premier cas, le souffle apparaît de meilleure heure, ces sortes de pneumonies étant vives et promptement envahissantes ; dans le second, le souffle, en général plus tardif, est peut-être en même temps plus analogue à celui de l'adulte.

En même temps que le souffle apparaît, le râle sous-crépitant persiste tel qu'on l'avait précédemment reconnu, ou se convertit en râle crépitant proprement dit ; cette conversion surtout a lieu, ou quand les noyaux sont accumulés dans les parties centrales du poumon, ou quand, avec une pneumonie étendue, le tissu est pâle, résistant à la traction, et qu'après avoir été coupé, il laisse suinter peu de sang sous la pression des doigts.

Quant au retentissement de la voix, à la rudesse du bruit respiratoire, il suffira, sans reproduire les courtes indications que nous avons déjà données, de rappeler la coïncidence si fréquente de la pneumonie avec l'emphysème partiel, et d'engager le médecin à tenir compte de cette complication dont on est trop disposé à oublier la possibilité.

Là se bornent les quelques données pratiques sur lesquelles nous ayons cru utile d'éveiller l'attention. Nous avons vu la

pneumonie s'accompagner de râle sous-crépitant, de souffle, etc., chacun de ces phénomènes se modifier ou s'effacer suivant les phases de la maladie, pendant les périodes d'augment ou d'arrêt. Mais, de même que la pneumonie des enfants du premier âge ne procède pas anatomiquement par un progrès régulier, de même on retrouve dans le développement des symptômes des intermittences, des recrudescences, qui tiennent le pronostic en suspens. Il importe donc de rechercher si quelque signe local ne serait pas de nature à lever les doutes du médecin, en lui apprenant quand la maladie est entrée réellement dans la voie de la guérison. Chez les adultes, nous avons le râle crépitant de retour ; chez les enfants, nous observons un râle muqueux (*ronchus mucosus redux*), qui n'a pas moins de valeur. Quand la pneumonie va guérir, au souffle, au râle sous-crépitant, succède un râle muqueux gros, très distinct de ceux qui l'ont précédé. Tant qu'il ne s'est pas manifesté, on doit rester au moins indécis ; lorsqu'il a apparu, les prévisions deviennent plus favorables. Ce râle muqueux n'est pas forcément précédé par le retour du râle sous-crépitant ; il se substitue également au souffle, qui disparaît dès lors complètement ou revient à de rares intervalles. Il est de courte durée, si la pneumonie vraiment aiguë a été elle-même rapide ; il se prolonge, au contraire, quand la maladie plus lente entre dans une de ces convalescences que la complication d'un catarrhe devra prolonger.

Hors ce retour du râle muqueux, qui donne une indication relative à la curabilité même de la maladie, les autres phénomènes stéthoscopiques, distraits de l'examen général, seraient, comme on a pu le voir, souvent bien insuffisants pour guider le médecin. Jamais ils ne manquent tous dans le cours entier de la pneumonie ; mais chacun peut faire défaut, à un moment où la gravité des accidents, soupçonnée d'après d'autres indices, semblerait devoir l'appeler. Il en est de même, mais à un bien moindre degré, des signes empruntés à d'autres éléments du diagnostic. La fréquence et la gêne de la respiration, l'état du pouls, l'aspect même du malade, trompent rarement un prati-

cien exercé, et réclament, pour être compris, plus d'habitude que de science. En complétant l'un par l'autre chacun de ces deux modes d'observation, on remédie à ce qu'ils ont d'imparfait, et le diagnostic *pratique* de la pneumonie des enfants arrive à un degré d'exactitude qu'il n'atteindrait certainement pas avec un procédé exclusif d'investigation.

(*Archives générales de médecine*, 1850.)

CRANIOMALACIE.

En 1843, le D^r Elsässer publia, sur le ramollissement du crâne chez les enfants, un traité qui eut en Allemagne du retentissement et du succès, mais qui, faute de traduction et malgré une analyse insérée dans ce journal (1), est resté à peu près inconnu parmi nous. Nous ne reviendrions pas sur ce livre à trop longue date, si la question qu'il avait soulevée ne venait de s'agiter de nouveau et de fournir matière à de consciencieuses discussions.

Deux observations publiées par le D^r Hauff, de Kirchheim, et dont l'auteur tirait des conclusions en désaccord avec la doctrine d'Elsässer, furent l'occasion de ce débat tout scientifique. L'attention une fois réveillée, quelques médecins firent connaître le résultat de leur expérience; des chimistes distingués entreprirent des recherches et des analyses. Elsässer lui-même ne voulut pas laisser sans réfutation des critiques appuyées sur des faits, et dans un excellent mémoire, il reprit avec beaucoup de netteté les parties de son livre qui semblaient avoir été mal interprétées ou manquer de précision. Plus récemment, le D^r Böcker a produit des observations inédites et des idées auxquelles on ne peut du moins contester une certaine originalité.

Cette occasion m'a paru favorable pour appeler l'attention des médecins sur une des formes de rachitisme les plus curieuses, les plus dignes d'études, et peut-être les moins étudiées en

(1) *Archives gén. de méd.*, 4^e série, t. VII, p. 315; 1845.