

d'entre elles sont particulières à la première et à la seconde enfance. Nous pourrions, maintenant, passer à l'étude des symptômes qui les traduisent, mais d'un côté elles existent rarement isolées, et d'un autre, leurs symptômes offrent tant de points de ressemblance avec ceux de la pneumonie proprement dite, qu'il peut être mieux de compléter notre revue des lésions morbides qui résultent de l'inflammation affectant soit les bronches, soit le parenchyme du poumon, avant de passer à l'étude des symptômes qui caractérisent l'une ou l'autre pendant la vie.

VINGTIÈME LEÇON

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU TISSU DU POUMON.

Pneumonie lobaire. — Plus commune dans les premiers temps de la vie qu'on ne l'a supposé. — Ses caractères généraux sont les mêmes que chez l'adulte. — Quelques lésions spéciales méritent une mention particulière, savoir : les ecchymoses sous-pleurales, les abcès du poumon et l'emphysème des parties de l'organe non frappées d'inflammation.

Fréquence et cause de l'inflammation des organes respiratoires. — Influence de l'âge, des attaques antérieures. — De différentes maladies.

Bronchite. — Ses symptômes et son traitement. — Est une maladie plus sérieuse que chez l'adulte, pourquoi? — Symptômes de la bronchite capillaire; exemples à l'appui. — Résultats de l'auscultation.

Traitement de la bronchite. — Changement dans la constitution épidémique des maladies et inopportunité des moyens très actifs. — Règles générales de traitement. — Traitement de la bronchite dans sa phase chronique.

Grippe. — Ses particularités et son traitement dans le premier âge. — Remarques sur la toux spasmodique et l'asthme chez les enfants.

La dernière leçon a été consacrée à l'examen de quelques-uns des résultats de l'inflammation des organes pulmonaires au début de la vie, et plus particulièrement à celui des changements que l'inflammation produit dans les conduits aériens. Je vous ai dit à cette occasion que la maladie ne reste pas toujours limitée aux bronches et aux vésicules pulmonaires, mais qu'elle envahit quelquefois le tissu du poumon et donne ainsi naissance à nombre de petites masses dispersées dans le tissu du poumon; rouges, dures, solides, ou bien grises par l'infiltration purulente; et si le progrès du mal fait un pas de plus, il peut conduire à la destruction du parenchyme de l'organe en ces points, et ainsi produire de nombreux petits abcès, état qui ne s'est offert à mon observation qu'un petit nombre de fois. Les cas de cette nature constituant une véritable pneumonie lobulaire, bien que moins rares que chez l'adulte, sont cependant très loin d'être fréquents. Il est presque inutile

de vous rappeler que l'opinion contraire était résultée de ce qu'on n'a appris que dans ces derniers temps à distinguer entre l'induration du poumon, produit de l'inflammation, et celle qui résulte du simple affaissement des cellules pulmonaires.

Pneumonie lobaire. — L'évaluation exagérée de la fréquence de la pneumonie lobulaire et le caractère particulier du champ d'étude que présente l'hôpital des Enfants malades de Paris, où ont travaillé les plus actifs et les plus heureux de ceux qui se sont livrés à l'étude des maladies de l'enfance, ont conduit à estimer trop bas la fréquence et l'importance de la pneumonie lobaire, telle qu'on la rencontre chez l'adulte; et il en est résulté que vous trouverez peu de choses à son sujet dans beaucoup des ouvrages les plus estimables de nos voisins du continent. La *pneumonie lobaire* se rencontre cependant aussi souvent dans les premiers temps de la vie soit comme maladie primitive, soit comme affection secondaire donnant naissance aux lésions morbides, que chez l'adulte et réclamant un traitement très semblable.

Non seulement les caractères physiques du poumon dans la pneumonie lobaire sont les mêmes ici que chez l'adulte, mais les trois degrés d'engouement, d'hépatisation rouge ou grise s'observent à peu près avec la même fréquence, dans l'une et l'autre période de la vie. Je trouve, après avoir mis de côté tous les cas dans lesquels la pneumonie survint comme complication de la phthisie ou d'une pleurésie aiguë, et dans lesquels les résultats de la maladie pourraient avoir été modifiés par la maladie à laquelle succéda l'affection du poumon, qu'il me reste un relevé de 94 cas dans lesquels l'état du poumon enflammé a été soigneusement noté (1).

Dans 15 cas existaient en même temps les 1^{er} et 2^{me} degrés.

— 4 —	—	—	—	1 ^{er} et 3 ^{me}	—
— 25 —	—	—	—	2 ^{me} et 3 ^{me}	—
— 14 —	—	—	—	1 ^{er} , 2 ^{me} et 3 ^{me}	—
— 13 —	existait le 1 ^{er} degré seulement.				
— 13 —	—	2 ^{me}	—		
— 10 —	—	3 ^{me}	—		
<hr/>					
94					

Ce résultat ne diffère pas beaucoup de celui obtenu par Grisolle (2), d'après l'examen de 40 cas de pneumonie chez l'adulte.

(1) Ici, et dans beaucoup d'autres circonstances, je m'abstiens à dessein d'augmenter les nombres d'où je tire mes conclusions en y ajoutant les observations que j'ai recueillies plus récemment. J'agis ainsi parce que, à mesure qu'un médecin vieillit et se livre à la médecine de consultation, le champ de ses études devient de plus en plus spécial, et peu propre à l'application de la méthode numérique. Je crois cependant que les conclusions auxquelles conduisent les chiffres ci-dessus sont exactes.

(2) *Traité de la pneumonie*, in-8°, 2^e édit., Paris, 1864, p. 17.

Dans 4 cas existaient en même temps les 1^{er} et 2^{me} degrés.

— 3 —	—	—	—	1 ^{er} et 3 ^{me}	—
— 16 —	—	—	—	2 ^{me} et 3 ^{me}	—
— 2 —	—	—	—	1 ^{er} , 2 ^{me} et 3 ^{me}	—
— 7 —	existait le 1 ^{er} degré seulement.				
— 8 —	—	3 ^{me}	—		
<hr/>					
40					

On verra par la comparaison de ces deux tables que le troisième degré de la pneumonie ne se produit pas beaucoup moins souvent chez les enfants que chez les adultes, puisqu'on le rencontre, chez les premiers, dans la proportion de 56,3, et chez les derniers de 72,5 pour 100, et la principale différence entre les deux consiste dans la plus grande fréquence de la réunion des trois degrés chez les jeunes sujets. Cette particularité de la pneumonie, dans l'enfance, est probablement due à la tendance que montre la maladie à envahir une grande étendue de tissu pulmonaire; et c'est aussi à la même cause que nous devons attribuer la fréquence de la pneumonie double qui, dans la première enfance, dans les cas observés par moi, l'emportait de beaucoup sur ceux où un seul poumon était atteint.

[Cette proposition est tout à fait en contradiction avec ce que j'ai observé et avec les faits, à moins qu'on ne confonde la broncho-pneumonie avec la pneumonie franche lobaire, ce que l'auteur me semble faire en plus d'un endroit. Sans doute cette dernière peut être double, mais le plus souvent elle est unilatérale, tandis qu'au contraire c'est une des particularités typiques de la broncho-pneumonie d'exister des deux côtés.]

La loi bien connue, d'après laquelle la pneumonie du côté droit est beaucoup plus fréquente que celle du côté gauche, est applicable à l'enfance, et la fréquence de la pleurésie concomitante n'est pas beaucoup moindre, si même elle l'est, chez l'enfant que chez l'adulte. L'opinion contraire est venue de l'erreur, déjà si souvent signalée, qui a fait regarder des cas d'affaissement pulmonaire, avec ou sans bronchite, comme des exemples d'hépatisation rouge de la substance pulmonaire.

Loin que l'inflammation des poumons soit moins active chez l'enfant que chez l'adulte, il y a quelques faits qui sembleraient conduire à une conclusion directement opposée. Tels sont la fréquence, dans les cas de pneumonie mortelle, des ecchymoses qui existent sous la plèvre pulmonaire de l'organe enflammé, la production plus commune des abcès, et l'emphysème plus étendu que l'on observe, souvent, dans les parties du poumon auxquelles ne s'est pas étendue l'inflammation.

Les ecchymoses sous-pleurales paraissent résulter de la rupture de quelques-uns des vaisseaux capillaires des poumons, en raison du trouble

de leur circulation. Elles sont habituellement petites comme des pétéchies, mais quelquefois elles atteignent une grande dimension, et, de temps à autre, elles s'étendent même un peu au tissu du poumon, constituant de petits points d'apoplexie pulmonaire, d'environ la valeur d'un grain de millet, ou même un peu plus considérables. Elles sont très nombreuses sur la surface postérieure du poumon et particulièrement dans les points où il est hépatisé, bien qu'elles ne soient nullement limitées à ces parties.

Abcès du poumon. — La terminaison de la pneumonie en *abcès du poumon* est un fait si rare chez l'adulte, que Laennec ne l'a pas rencontré plus de cinq ou six fois sur plusieurs centaines d'autopsies de personnes mortes d'inflammation des poumons. Chez l'enfant, cependant, le cas est autre, car j'ai trouvé des abcès pulmonaires quatre fois sur les quatre-vingt-quatorze autopsies de pneumonie qui servent de base à mes remarques.

Dans un de ces cas, celui d'un petit garçon âgé de vingt mois, qui mourut au quatorzième jour après le début de la maladie, on trouva les lésions suivantes : les lobes supérieurs et moyens du poumon droit étaient unis entre eux, et avec les parois de la poitrine, par des adhérences récentes ; le lobe supérieur, dans presque sa totalité, était induré et tombait au fond de l'eau. Il était d'une couleur marbrée, gris rougeâtre, dans laquelle le gris prédominait ; les déchirures étaient granuleuses et se réduisaient facilement en un putrilage sale. Vers le sommet, il y avait une portion grosse comme une noix, qui était ramollie et à l'état de foyer. Les deux tiers supérieurs du lobe moyen étaient dans le même état que le supérieur, le dernier tiers était emphysémateux. Dans le centre du lobe moyen était une cavité de la dimension d'un haricot, irrégulière de forme, avec des intersections provenant des débris de quelques vaisseaux, tapissée par une mince couche de lymphes jaunes et entourée par des tissus pulmonaires au troisième degré d'hépatisation ; mais, ni dans ce lobe, ni dans aucune autre partie du tissu pulmonaire, il n'y avait la moindre trace de tubercule. Le lobe inférieur du poumon droit était au premier degré de la pneumonie, le lobe supérieur gauche était parfaitement sain, l'inférieur dans un état d'hépatisation mélangée, rouge et grise. Deux cas se montrèrent chez des enfants qui, pendant quelques semaines, avaient eu la coqueluche ; et chez les deux les poumons contenaient de nombreuses granulations tuberculeuses grises demi-transparentes. Un de ces enfants était un petit garçon de cinq ans, l'autre une petite fille de deux ans. Chez le premier, un abcès aussi gros qu'une noix était situé dans le bord inférieur du lobe supérieur, et s'étendait un peu dans le lobe inférieur. Chez la dernière, l'abcès avait le volume d'une grosse amande et occupait une position analogue dans les lobes supérieur

et moyen du côté droit. Les abcès placés presque sous la plèvre, dont les séparait une couche de tissu qui n'avait pas plus de deux lignes, avaient dans les deux cas les mêmes caractères. Leur cavité était en partie remplie d'un liquide très consistant, jaunâtre, puriforme, semblable à du pus très épais, et qui n'avait aucune ressemblance avec le tubercule ramolli. Aucune membrane ne la tapissait, il n'y avait pas trace de tubercules dans le poumon, au voisinage de l'hépatisation qui était en général au second degré ; et la cavité n'était ni placée au voisinage d'un tube bronchique considérable, ni en communication avec aucun. Dans le quatrième cas, celui d'un jeune garçon de onze ans, qui mourut de pyohémie, pour s'être exposé au froid et à l'humidité, les dépôts purulents n'étaient pas limités à la substance du poumon, bien qu'ils y fussent associés à une pneumonie généralisée et à plusieurs foyers d'apoplexie pulmonaire.

Emphysème. — L'état *emphysémateux* des portions non enflammées du poumon, dans le cas de pneumonie fatale de la première enfance, paraît lié à la rapidité de la marche de la maladie. Il est, d'habitude, très manifeste à la partie antérieure des lobes supérieurs des poumons, sur le bord des autres lobes, et a toujours un rapport marqué avec le peu de durée de la maladie et avec l'étendue du poumon devenue inutile aux usages de la respiration. Cependant, les cas qui le déterminent le plus rapidement ne sont pas ceux dans lesquels les *résultats directs* de l'inflammation sont le plus étendus, mais plutôt ceux où se produit l'affaissement d'une portion considérable du poumon ; et l'emphysème, que l'on rencontre aussi dans beaucoup de cas de bronchite vésiculaire, est moins la conséquence de l'inflammation que de l'affaissement pulmonaire qui l'accompagne. C'est pourquoi sa production, dans ces conditions, est un exemple de la théorie de l'emphysème fondée sur une modification de la respiration, si clairement exposée et si habilement soutenue par le professeur Gairdner, de Glasgow (1), laquelle regarde l'excès de distension des cellules aériennes d'une partie du poumon comme une compensation de leurs collapsus et de la diminution de volume qui s'est produite sur un autre point, alors que la capacité et l'agrandissement du thorax pendant l'inspiration demeurent les mêmes, ou, dans tous les cas, ne sont que légèrement modifiés (2).

(1) Sur l'anatomie pathologique de la bronchite (*On Anatomical pathology of bronchitis*), in-8°, Edinburgh, 1850, et *Edenburgh Monthly Journal*, v. XIV.

(2) Dans la première et la seconde édition de ces leçons, j'établissais que le degré d'emphysème avait un rapport direct avec la brièveté de la maladie et l'étendue du poumon qui avait été frappé d'inflammation. Un examen attentif des résultats de mes autopsies de cas de pneumonie et de bronchite prouve que la proportion, telle qu'elle est maintenant modifiée, est plus correcte en fait, et en même temps s'harmonise parfaitement avec la théorie sur l'emphysème du Dr Gairdner. Cette théorie, j'en suis convaincu, n'est

Les causes qui donnent naissance à l'inflammation des poumons et des bronches sont, en grande partie, les mêmes à toutes les périodes de la vie; de sorte que nous ne devons pas consacrer beaucoup d'attention à l'étude de celles qui tendent à produire cette inflammation dans l'enfance. On se rappellera cependant que les variations de température, un vent piquant, un temps froid, auxquels peut s'exposer impunément un adulte robuste, peuvent devenir très funestes quand leur action porte sur la structure faible et les organes délicats de l'enfant; d'où il résulte, en grande partie, que l'inflammation est réellement plus fréquente et plus funeste pendant la seconde enfance que chez l'adulte, et pendant la première enfance que durant la seconde. Le fait est clairement démontré par les relevés du *Registrar general* pour les années 1842 et 1845; d'où il résulte que 67,4 pour 100 de la mortalité totale par inflammation des poumons et des bronches, dans la métropole, eurent lieu chez des individus au-dessous de 15 ans, 63,2 pour 100 au-dessous de 5 ans; 57,4 au-dessous de 3 ans, et 28,7 au-dessous d'un an. Mais la tendance à ces affections, comme on le voit dans la table suivante, n'est pas plus grande dans le premier mois de la vie et diminue à mesure que l'enfant fait des progrès en âge et en force; et la période pendant laquelle elle prédomine répond exactement à celle pendant laquelle la susceptibilité de toutes les membranes muqueuses est à son plus haut degré, savoir la période de la dentition.

Table montrant, pour 299 enfants morts de maladies diverses, chez lesquels j'ai examiné avec soin les viscères thoraciques, le nombre des cas dans lesquels les poumons, les bronches, et la plèvre ne présentaient aucun signe d'inflammation récente, et aussi ceux qui en présentaient les traces.

(La première ligne représente les cas où il n'existait pas de trace d'inflammation thoracique, la deuxième ceux où il en existait.)

En-dessous de 1 mois.	De 1 à 6 mois.	De 6 à 12 mois.	De 12 à 18 mois.	De 18 mois à 2 ans.	De 2 à 3 ans.	De 3 à 4 ans.	De 4 à 5 ans.	De 5 à 6 ans.	De 6 à 7 ans.	De 7 à 8 ans.	De 8 à 9 ans.	De 9 à 10 ans.	De 10 à 11 ans.	De 11 à 12 ans.	TOTAL.
5	13	17	15	6	22	17	8	12	5	11	5	4	3	2	145
	3	10	15	18	23	16	15	13	8	10	11	3	4	5	154

pourtant applicable qu'à une classe de faits, tandis qu'à une autre, également nombreuse, s'applique la théorie *expiratoire* de sir W. Jenner. (Voyez sa publication, t. XL des *Medico-chirurgical Transactions* sur laquelle nous reviendrons quand nous en serons à l'étude de la coqueluche.)

Cette table sert de démonstration au fait mentionné dans la précédente leçon, savoir: qu'à la naissance, la membrane muqueuse des organes respiratoires n'a que peu de cette susceptibilité qu'elle acquiert plus tard, et qu'en conséquence, les maladies qui ont cette membrane pour point de départ sont beaucoup moins fréquentes, pendant les premiers six mois de la vie, qu'ils ne le deviennent pendant les dix-huit mois suivants; tandis qu'à partir de la seconde année accomplie, jusqu'à l'âge de la puberté, elle va en diminuant de fréquence et de gravité. Et il y a d'importantes déductions pratiques à tirer des faits que nous venons de mentionner. Ils nous enseignent que non seulement le catarrhe est une chose beaucoup plus sérieuse dans l'enfance qu'à l'âge adulte, mais aussi qu'il est plus sérieux à une période qu'à l'autre de l'enfance, et ils nous avertissent de prémunir un enfant pendant le temps où s'accomplit le travail de la dentition, avec un redoublement d'attention, contre toutes les causes qui sont susceptibles de provoquer l'inflammation de ses organes respiratoires.

Il y a quelques maladies qui, s'étant produites une fois, confèrent aux individus une certaine immunité contre des attaques futures. Ceci est très loin d'être le cas avec la bronchite ou la pneumonie, car la susceptibilité des organes respiratoires paraît augmenter en proportion exacte de la fréquence avec laquelle ils ont déjà été atteints (1), et un enfant qui a déjà souffert d'une inflammation du poumon ou des bronches a beaucoup plus de chances d'en contracter une seconde, sous l'influence d'un léger changement de température, que n'en aura, sous l'influence d'une cause beaucoup plus puissante, un enfant dont la poitrine a été jusque-là exempte d'inflammation. Avec les progrès de l'âge, cette susceptibilité semble s'user, l'enfant la domine; mais nous agirions très imprudemment si nous permettions d'exposer un enfant au froid dans le but de l'endurcir contre cette disposition.

L'importance des maladies inflammatoires des organes pulmonaires ne dépend pas seulement de la fréquence de leur production comme affections idiopathiques, mais aussi de leur tendance à survenir dans le cours d'autres maladies. Cette tendance, bien que très évidente à tous les âges, est spécialement remarquable dans les premiers temps de la vie, comme il apparaît par le fait, que, dans 25 pour 100, seulement, des cas

(1) Dans un traité de la pneumonie chez les enfants, publié, il y a trente ans, dans la *British and foreign medical Review*, je rapportais que sur 98 enfants soumis à mes soins pour une inflammation des poumons, 31 avaient eu antérieurement des attaques de la maladie: 21, une; 4, deux; 2, quatre fois; et de plusieurs on disait qu'ils en avaient eu davantage, mais le nombre n'était pas mentionné. De ces 31 enfants, 10 étaient au-dessous de deux ans, 10 entre deux et trois, et les 11 restant entre trois et six. Le même fait est noté par celui qui a le plus récemment écrit sur la pneumonie dans l'enfance, Ziem, dans son (*Pleuritis und Pneumonie in Kinder-Salter*, in-8°, Berlin, 1862, p. 153), bien que ses chiffres ne la représentent pas comme tout à fait aussi fréquente.

énumérés dans la table, l'inflammation était une affection idiopathique. Quand nous en serons arrivés à traiter de la rougeole, de la coqueluche, du croup, de la diarrhée et de la fièvre typhoïde, il deviendra nécessaire d'étudier ces attaques de bronchite et de pneumonie secondaires avec attention, puisqu'elles constituent des complications fréquentes et sérieuses de ces maladies que nous devons surveiller très anxieusement.

Symptômes de la bronchite. — Nous allons maintenant passer à l'étude des *symptômes de la bronchite* et commencer par l'examen de la forme la plus simple de l'inflammation des tubes aériens : savoir celle qui se développe au cours d'un catarrhe ordinaire. Dans ce cas, pendant les premiers jours, l'enfant a semblé n'avoir rien de plus sérieux qu'un rhume ordinaire ; mais par degrés, au lieu de voir le rhume et la toux céder, la chaleur de la peau devient plus considérable, la toux plus dure, plus fréquente et plus pénible, l'enfant pleurant quelquefois à chaque accès ; le pouls est plus rapide, la respiration sifflante, rapide et souvent un peu irrégulière. Ces symptômes, plus graves, dans bien des cas s'établissent graduellement, et, chez les pauvres, il n'est nullement rare de voir que la maladie est déjà arrivée à une période avancée, et que l'état des choses en est venu à présenter un péril considérable, avant que les parents qui ne tiennent jamais grand compte d'une indisposition que n'accompagne pas une souffrance aiguë, prennent l'alarme. La congestion de la surface et la chaleur de la peau augmentent, la respiration devient plus pénible et la toux plus fatigante vers le soir ; les premières heures de la nuit sont généralement très agitées, l'enfant alors tombe endormi et souvent dort tranquillement pendant quelques heures ; il se réveille généralement avec une grande oppression, parce que les sécrétions se sont accumulées dans les bronches et commencent à empêcher l'entrée de l'air. Il est habituel de voir survenir un accès de toux qui se terminera très probablement par un vomissement et le rejet de quelques mucosités ; alors, par degrés, la respiration devient plus facile, et l'enfant peut, pendant un court espace de temps, paraître comparativement à l'aise. La température de la peau est augmentée, mais variable, et si la maladie continue pendant plusieurs jours, on verra par moments la transpiration se produire sur le corps, tandis que le pouls, bien que plus fréquent, ne l'est pas à un très haut degré et que la langue est constamment humide. L'oreille ne saisit dans la poitrine qu'un mélange de ronchus, de sibilance et de gros râles ; les bruits secs prédominant à la partie supérieure, ceux qui sont humides à la partie inférieure de la poitrine, avec une énorme prédominance en arrière. Chez l'adulte, un état comme celui-ci n'exciterait que peu d'appréhension ; mais chez l'enfant il faut se souvenir qu'il suffit d'une abondante sécrétion de mucus dans les bronches, ou d'un état de faiblesse de la force vitale, pour empêcher la libre

entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires, et produire ainsi le collapsus d'une partie considérable du poumon. De cette façon, du moins je le comprends ainsi, nous pouvons expliquer un grand nombre des cas dans lesquels une dyspnée pressante et tous les symptômes d'une maladie pulmonaire grave se sont développés, dans le cours de quelques heures, sur ce qui avait paru n'être rien de plus qu'un rhume un peu fort, ou une bronchite d'intensité modérée. Ceci rend aussi compte de la production soudaine de la matité, ainsi que de la respiration bronchique qui a lieu quelquefois ; de sorte que vous pouvez, le matin, trouver ces symptômes là où le soir précédent la résonnance était bonne et où on n'entendait pas d'autre bruit plus inquiétant que de gros râles : changements qui, différents de ceux dus à l'induration inflammatoire du poumon, peuvent se présenter à vous, comme l'a remarqué le docteur Gairdner, sans être accompagnés de symptômes fébriles. Stokes a noté ce changement rapide dans les phénomènes d'auscultation comme se produisant quelquefois dans la pneumonie de l'adulte (1). Ce médecin distingué n'a donné aucune explication du fait ; mais nous pouvons maintenant comprendre, et sa véritable signification, et pour quelles raisons sa fréquence prédomine tellement chez l'enfant.

Mais, malgré ce danger dont l'intensité est en proportion de la jeunesse de l'enfant, bien des cas de bronchite qui surviennent graduellement, et se développent à la suite des symptômes d'un catarrhe antérieur, ont une terminaison favorable ; et comme règle générale on peut établir qu'une attaque qui est longue à atteindre son acmé est rarement d'une nature très dangereuse. Une bronchite idiopathique pure qui survient chez un enfant d'ailleurs sain, s'amende d'habitude dans le cours de peu de jours, laissant le malade avec une augmentation de susceptibilité à ressentir l'influence des causes qui ont produit la première atteinte, et peut-être avec un degré de faiblesse, dont la disparition peut se faire attendre pendant des semaines.

Bronchite capillaire. — Il y a pourtant une forme de bronchite aiguë, souvent, mais non toujours idiopathique, qui parcourt ses périodes avec beaucoup de rapidité, et, en général, tend à une terminaison fatale. Dans cette bronchite, *catarrhe suffocant* de quelques auteurs, *bronchite capillaire* des autres, les petites bronches, dans une portion considérable, ou la totalité des poumons, sont atteintes, soit seules, soit en même temps que les bronches plus volumineuses ; et l'inflammation, qui est très intense, aboutit habituellement à la sécrétion de pus ou à la formation de fausses membranes qui oblitèrent presque complètement leur cavité ; ou bien, comprenant le tissu pulmonaire, donne naissance, dans une

(1) *On the diseases of the chest*, in-8°, Dublin, 1837, pp. 311 et 327.

très grande étendue des poumons, à ces lésions qui ont été décrites sous le nom de pneumonie et de bronchites vésiculeuses.

L'attaque en est quelquefois soudaine, bien que dans la grande majorité des cas, celle-ci soit précédée pendant quelques jours des symptômes ordinaires du catarrhe, ou survienne pendant cet état d'irritation des bronches qui accompagne ou suit les fièvres éruptives. Dans ces dernières circonstances il se produit, ou bien une augmentation graduelle, mais rapide, dans l'intensité des symptômes de la bronchite, ou une explosion soudaine de fièvre et de dyspnée, et la toux devient tout d'un coup fréquente, brève et pénible. La maladie arrive bientôt à une intensité considérable : la face est anxieuse et exprime l'oppression, les yeux sont lourds, l'attitude déprimée, la respiration très précipitée, généralement irrégulière, et interrompue par la toux qui semble souvent causer de la douleur. L'agitation est souvent extrême, et la position que prend l'enfant, très variable; mais quelque attitude qu'il ait pu adopter, il n'aime pas à ce qu'on le dérange, et fait aussitôt des efforts pour revenir à sa position première. Si on parle à l'enfant, ses réponses sont précipitées et son air impatient, comme s'il était trop absorbé par ses souffrances, ou la difficulté de respirer, pour être capable de répondre aux questions. Quelquefois il dira qu'il se sent étouffé, ou se plaindra d'un malaise au niveau du sternum, ou d'une douleur à l'épigastre; une pression exercée sur l'abdomen, en s'opposant à l'abaissement du diaphragme, produit toujours beaucoup de malaise. Il n'y a pas d'appétit, et bien que d'abord la soif soit très intense, l'enfant cesse bientôt de boire beaucoup, car il lui faut respirer pour avaler une certaine quantité de liquide; et il ne fait guère que mouiller ses lèvres. En même temps la langue est humide, et ne diffère que peu de son état ordinaire; elle est foncée, ou est recouverte d'une légère couche saburrale jaunâtre; il existe habituellement de la constipation, et non seulement il existe rarement des nausées ou des vomissements, mais souvent les vomitifs donnés dans le cours de cette affection ne produisent pas leur effet ordinaire. A mesure que la maladie s'avance, la toux, bien que très fréquente, devient moins pénible; elle prend quelquefois un caractère paroxystique, et revient par accès qui ont une certaine ressemblance avec la coqueluche, mais sont plus courts, ne se terminent pas par le sifflement à l'inspiration, et sont rarement accompagnés d'expectoration. Même lorsque la toux est suivie d'expectoration, celle-ci ne se compose presque jamais d'autre chose que d'un peu de mucus teint de sang, et, de temps à autre, d'un peu de sang pur, et, dans quelques cas, des lambeaux de fausses membranes se trouvent mélangés au mucus.

[Contrairement à ce que dit ici l'auteur je n'ai presque jamais et pourrais dire jamais observé d'expectoration sanguinolente, à plus forte raison composée d'un

peu de sang pur ont et les seules maladies où j'aie observé des fausses membranes mélangées au mucus a été le croup et la bronchite pseudo-membraneuse, absolument exceptionnelle en dehors de l'existence de ce dernier.]

Pendant un temps, la respiration devient de plus en plus rapide, et des paroxysmes de dyspnée continuent à se produire, à intervalles irréguliers, presque jusqu'à la fin. Dans ces paroxysmes, l'anxiété et l'agitation de l'enfant sont extrêmes, et quelquefois il s'agit d'une manière égarée, d'un côté à l'autre de son lit. La rapidité de la respiration ne va pourtant pas en augmentant jusqu'à la mort; mais, après que la maladie a atteint son acmé, la respiration devient souvent moins fréquente, mais plus irrégulière et plus variable. La rougeur de la face disparaît et une teinte livide la remplace; la toux devient étouffée et se produit moins fréquemment; le pouls gagne en fréquence et perd en force, et bien qu'il y ait souvent une diminution dans l'agitation, l'enfant, s'il est capable de parler, dira généralement qu'il n'est pas mieux. A l'approche de la mort quoique la respiration devienne plus pénible et plus abdominale, les souffrances du malade diminuent pourtant en général, ou un état de somnolence le gagne insensiblement, état dans lequel il demeure, jusqu'à ce qu'un accès de toux ou un paroxysme de dyspnée vienne l'en tirer; et alors, après une lutte pour respirer, il retombe dans le même assoupissement. — Ces luttes pour accomplir l'acte de la respiration, deviennent plus faibles au retour de chaque paroxysme nouveau; l'assoupissement se fait plus profond et le malade meurt.

Bien que les indications données par l'auscultation et la percussion soient en général suffisamment caractéristiques de la maladie, il y a pourtant quelques circonstances qui peuvent, à l'occasion, rendre leurs données douteuses: l'enfant est souvent alarmé à un tel degré, et la sensibilité de la peau tellement augmentée, que nous éprouvons beaucoup de difficulté pour percuter la poitrine; mais, en général, il nous sera possible de distinguer cette douleur de celle des parois thoraciques qui dépend de la pleurésie, par ce fait, qu'elle ne sera pas limitée à un des côtés du thorax, mais se fera sentir également dans les deux, et autant en avant qu'en arrière. — Si nous pouvons réussir à pratiquer la percussion, nous trouverons qu'elle rend un son naturel, souvent même qu'elle donne une résonance exagérée, et qu'il n'existe que peu de différence, si même il en existe une, entre le son fourni par la partie supérieure et et la partie inférieure de la poitrine; ou si on trouvait une différence, elle serait, en général, due à la production d'une pneumonie. — L'oreille constate l'entrée d'une faible colonne d'air, accompagnée d'abord de râles ronflants et sibilants, mais bientôt d'un râle sous-crépitant généralisé qui s'entend surtout distinctement lorsque l'enfant fait une profonde inspiration. Il est à peine nécessaire de dire que, pour moi, cette