

les causes occasionnelles de l'accès suffiront en général à fixer le diagnostic.

A la période cardiaque, l'emphysème, par l'obstacle qu'il apporte à l'examen du cœur, peut masquer une lésion valvulaire ou faire croire que les phénomènes asystoliques relèvent d'une lésion de ce genre; les caractères du pouls, la marche de la maladie feront le plus souvent éviter ces deux erreurs.

**Traitement.** — La thérapeutique de l'emphysème varie suivant que la maladie est dégagée de toute complication, qu'elle donne lieu à des crises dyspnéiques ou qu'elle produit l'asystolie.

1° *L'emphysème est dégagé de toute complication.* — Le malade doit éviter les grands efforts, les mouvements exagérés, ne pas s'exposer au froid et à l'humidité, soigner avec la plus grande sollicitude ses moindres rhumes. La *climatothérapie* lui rendra de grands services; l'hiver, le malade séjournera dans les stations du midi de la France, en Algérie; l'été, il recherchera les climats tempérés et constants. Les cures d'altitude, les cures thermales sont de puissants auxiliaires dans le traitement de l'emphysème et le malade se trouvera souvent très bien d'un séjour au Mont-Dore, à la Bourboule, à Cauterets, à Luchon.

A ces précautions purement hygiéniques le médecin devra ajouter la médication iodurée, en prescrivant par jour de 50 centigrammes à 1 gramme d'iodure de sodium ou de potassium<sup>1</sup>. Il faut cependant reconnaître que les procédés thérapeutiques usuels sont de simples palliatifs; aussi a-t-on cherché les moyens de modifier l'état du poumon lui-même par un traitement approprié. Sous ce rapport, l'*aérophothérapie* a marqué dans le traitement de l'emphysème un véritable progrès. Ce procédé, qui consiste à faire respirer au malade de l'air comprimé à deux ou trois atmosphères (bain d'air comprimé), active incontestablement l'inspiration, mais il reste sans effet sur l'expiration, et quelquefois même il a pu déterminer le pneumothorax ou l'emphysème interstitiel, par la rupture des vésicules pulmonaires, soumises à une pression trop forte. La *pneumothérapie* agit sur les deux temps de la respiration; d'une part, en effet, le malade inspire de l'air comprimé, ce qui accroît la force inspiratrice, et d'autre part, il expire dans l'air raréfié, ce qui augmente la puissance de l'expiration. Toutefois, cette méthode doit être dirigée avec soin, pour éviter aux malades la fatigue et les syncopes qui en sont quelquefois la conséquence.

2° *Dans les crises dyspnéiques*, deux indications sont à remplir :

1.	Iodure de sodium.....	15 grammes.
	Eau.....	250 —

Chaque cuillerée à soupe de cette solution contient 1 gramme du médicament.

remédier à la dyspnée et traiter les phénomènes de bronchite qui la déterminent.

Contre la dyspnée, on prescrira l'éther sous ses différentes formes, les inhalations de vapeurs de pyridine, de nitrite d'amyle; on utilisera la révulsion par les sinapismes et les ventouses sèches; enfin on pourra employer avec succès les inhalations d'oxygène.

Contre la bronchite, on ordonnera des préparations opiacées, associées ou non à l'eau de laurier-cerise et à l'aconit<sup>1</sup>. La médication expectorante a été très préconisée; mais on a abusé, croyons-nous, des vomitifs, qu'il faut réserver pour les cas extrêmes, le vomissement et les efforts qui l'accompagnent pouvant déterminer des ruptures alvéolaires. Le kermès minéral à la dose de 10 centigrammes, l'iodure de potassium constituent des médicaments moins violents et qui nous semblent plus efficaces.

3° *Dans les crises asystoliques*, il faudra recourir aux médications cardiaques, dont le lecteur trouvera le détail dans l'histoire des *Maladies du cœur*.

F. DE GRANDMAISON.

## CONGESTION ET ŒDÈME DU POUMON

Les conditions anatomiques des poumons en favorisent au suprême degré l'engorgement sanguin. Pour fréquente qu'elle soit, cette congestion n'en est pas moins de connaissance relativement récente. A peine entrevue par Andral, Jolly, Hourmann et Dechambre qui ne se débarrassent qu'à grand'peine des idées de Broussais sur l'irritation et la phlegmasie, elle ne commence réellement à être étudiée qu'avec Devergie, Lebert et Fournet (1839). Puis, Bourgeois, guidé déjà par les recherches de Woillez, en fait l'objet d'une thèse intéressante (1870); mais en réalité c'est à Woillez que revient le mérite d'avoir dégagé la congestion pulmonaire des autres états pathologiques avec lesquels elle était confondue et de l'avoir fait entrer comme affection particulière dans le cadre nosologique des maladies aiguës des organes respiratoires (1853-1866). Depuis lors elle a fait

1. M. Dujardin-Beaumetz recommande la prescription suivante: trois fois par jour, dans une tasse de lait chaud, prendre: 1° deux cuillerées à soupe de sirop de Tolu; 2° une cuillerée à café d'eau de laurier-cerise; 3° dix gouttes d'alcoolature de racines d'aconit.

le sujet de nombreux travaux qui trouveront place dans la description qui va suivre.

**Division.** — La congestion pulmonaire se rencontre dans l'une des deux conditions suivantes (Woillez) :

1° Comme maladie aiguë particulière ayant des signes, une allure et des lésions qui lui sont propres ;

2° Comme état pathologique combiné à d'autres maladies, soit comme élément nécessaire, soit comme élément accidentel de ces maladies.

C'est à ces deux points de vue qu'il faut envisager son histoire clinique et son étude anatomique.

#### A. — CONGESTION PULMONAIRE SIMPLE IDIOPATHIQUE

**Étiologie.** — Plus fréquente chez l'homme que chez la femme, la congestion pulmonaire peut frapper les sujets de tout âge ; mais c'est entre vingt et trente ans qu'on l'observe le plus souvent. Elle se rencontre de préférence dans les mois de mars, avril, mai, juin, d'après Woillez, au printemps, disent Fournet et Cadet de Gassicourt.

Parmi les causes qui la provoquent, on cite en première ligne l'impression brusque du froid (chute dans l'eau, coucher sur la terre humide, ingestion d'un verre d'eau glacée, le corps étant en sueur) ; puis le froid excessif et prolongé ; l'insolation et les coups de soleil ; les traumatismes portant sur le thorax ; les efforts violents (lourd fardeau, accouchement), les impressions morales vives.

Le plus souvent aucune des causes précédentes ne peut être invoquée avec vraisemblance et la cause réelle de l'hypérémie pulmonaire échappe à l'observation.

**Étude clinique.** — La congestion pulmonaire-maladie ne se présente pas toujours sous un aspect uniforme. On peut en clinique distinguer certaines modalités, certains types à caractères assez tranchés pour qu'ils méritent d'être décrits séparément. Telles sont : 1° la congestion pulmonaire à forme pneumonique ou maladie de Woillez ; 2° la congestion subite et générale envahissant la totalité des poumons ; 3° la congestion à forme pleurétique ou maladie de Grancher ; 4° la fluxion pleuro-pulmonaire ou maladie de Potain ; 5° la fluxion de poitrine remise en honneur par M. Dieulafoy.

I. CONGESTION PULMONAIRE A FORME PNEUMONIQUE (type Woillez). — La congestion pulmonaire simple, idiopathique, consiste en une fluxion sanguine aiguë, avec fièvre à son début, à invasion brusque,

à terminaison rapide, s'accompagnant de phénomènes fonctionnels et de signes physiques qui la font diagnostiquer facilement et qui l'empêchent d'être confondue avec les autres maladies aiguës intrapulmonaires. Telle est, d'après Woillez, la définition de la maladie qui porte aujourd'hui son nom.

**Invasion.** — Précédée ou non de prodromes, douleur vague des deux côtés de la poitrine, malaise, sentiment d'oppression, toux, l'invasion est subite et se manifeste par une douleur ou de la fièvre qui surprend le malade soit au milieu de ses occupations, soit en se réveillant la nuit ou le matin. La fièvre du début, toujours éphémère, s'annonce par des frissons suivis de chaleur ou par un frisson violent avec vomissement, brisement des membres, malaise, céphalalgie ; ou bien elle ne se traduit que par l'élévation thermique, 38°,5, 39 degrés, 39°,5, jointe à une simple courbature et à un malaise général.

**Symptômes fonctionnels.** — La douleur thoracique, constante dans cette maladie, tandis qu'elle fait très souvent défaut dans la congestion pulmonaire symptomatique, survient d'une manière brusque en même temps que la fièvre. Spontanée, unilatérale, siégeant ordinairement, mais non toujours, dans la région sous-mammaire, parfois très vive, elle revêt les caractères de la douleur pleurodynamique ou névralgique et s'exaspère par les grandes inspirations ou par la toux, par la pression des espaces intercostaux et par les mouvements. La dyspnée est en général modérée ; mais chez certains malades elle est très vive sans paraître influencée par la douleur de poitrine. La toux est peu fréquente, en sorte qu'on peut considérer l'absence de ce symptôme ou son peu d'importance comme un des bons caractères de l'affection (Woillez). Les crachats, assez abondants parfois pour remplir la moitié d'un crachoir (environ 80 grammes), sont toujours aqueux, transparents, grisâtres ; ils forment un liquide de consistance un peu sirupeuse, contenant de petites vésicules d'air et très rarement quelques filets de sang pur. Bouillaud les compare avec raison à une solution de gomme ou d'albumine délayée dans l'eau.

**Signes physiques.** — Il existe un certain degré d'ampliation du côté malade et de déformation thoracique, ainsi qu'il est facile de s'en assurer par la simple inspection ou mieux à l'aide de divers procédés (mensuration avec un ruban gradué ou avec le cyrtomètre aujourd'hui démodé, méthode de l'amplexation bimanuelle de Lasègue, signe du cordeau de Pitres).

La percussion donne des signes inconstants et variables. La sonorité thoracique est en effet normale, exagérée ou diminuée. Rarement la matité est absolue ; c'est habituellement une submatité à limites vagues, occupant en arrière la moitié ou les deux

tiers inférieurs du côté affecté et qui s'observe plutôt, au dire de Woillez, dans les congestions du poumon droit que dans celles du poumon gauche. Quant à la sonorité tympanique, elle a pour siège d'élection la base de la poitrine en arrière, et en avant la partie comprise entre la clavicule et le mamelon. Ces signes de percussion présentent du reste une mobilité que l'on retrouve aussi dans les signes d'auscultation et qui constitue un des caractères originaux de la maladie.

La respiration peut être faible, nulle ou à peu près nulle, exagérée ou puérile, granuleuse ou rude et soufflante, l'expiration prolongée. La respiration soufflante ou le souffle bronchique n'est ni tubaire comme dans la pneumonie, ni voilé, lointain comme dans la pleurésie; son siège correspond d'ordinaire à la racine des bronches. Ce souffle est doux, superficiel, étalé, à tonalité basse, inspiratoire et expiratoire. Il est mobile, se déplace d'un jour à l'autre et peut disparaître du jour au lendemain pour revenir ensuite quelquefois: quand il cesse ainsi brusquement, jamais on n'entend de râles crépitants de retour. Enfin son apparition est hâtive, il se montre d'emblée sans être jamais précédé de ces râles crépitants qui caractérisent le début de la pneumonie (Potain). Peut-être s'entend-il de préférence dans les congestions les plus fortes, ainsi que les râles humides. Quant à la voix thoracique, elle est rarement modifiée d'une manière sensible. Parfois on constate un certain retentissement bronchophonique de la voix dont l'articulation est suivie immédiatement d'un petit souffle (voix soufflée) très court qui semble être un écho du son vocal (Serrand).

Les vibrations thoraciques sont quelquefois diminuées, mais le plus souvent normales, même lorsqu'il existe du souffle bronchique, signe qui, joint à l'absence de bronchophonie franche, est un excellent caractère négatif pour distinguer la congestion pulmonaire de la pneumonie.

La variabilité des signes physiques ne doit pas surprendre si l'on considère les nouvelles conditions physiques du poumon, conditions qui sont du reste presque aussi changeantes que l'afflux sanguin qui les provoque est mobile.

*Phénomènes généraux.* — Langue blanchâtre, soif et inappétence à un degré variable; tels sont avec la fièvre les seuls phénomènes qui méritent d'être signalés. La fièvre peut ne pas dépasser 38 degrés, 38°,5 et s'élever dans certains cas à 40 degrés et au delà, et le pouls suit d'ordinaire les oscillations thermométriques, toujours plus élevées le soir que le matin. Il est bon d'ajouter que souvent l'intensité de la douleur ou de la dyspnée et même les phénomènes fébriles symptomatiques ne sont pas en rapport avec la température.

*Marche.* — La marche est caractérisée par l'apparition brusque des accidents de l'invasion, par la durée éphémère de la fièvre qui tombe brusquement le deuxième, le troisième ou le quatrième jour; et une fois la fièvre passée, par la persistance de la douleur et des signes physiques plus ou moins nombreux; par la succession et la mobilité des signes variant d'un jour à l'autre dans certains cas; enfin, par la disparition rapide, le plus souvent en vingt-quatre heures, des phénomènes observés, lorsque le malade est soumis à un traitement approprié (Woillez).

La maladie est donc d'autant plus courte qu'elle a été plus vite et mieux traitée. La fièvre une fois tombée, la disparition de la douleur thoracique et des bruits anormaux, la rétrocession du thorax indiquent la guérison qui s'effectue en trois à six jours.

*Formes.* — Les formes de la maladie de Woillez sont fondées sur l'étendue et les différents degrés d'intensité de la congestion, les caractères de la douleur, les caractères étiologiques et pathogéniques. C'est ainsi qu'on décrit une forme unilatérale, une forme bilatérale ou double, une forme centrale, presque latente au point de vue des signes physiques, une forme pleurodynamique (la plus vulgaire), une forme névralgique, etc. Tantôt les phénomènes généraux et fonctionnels sont presque nuls et la maladie ne se traduit que par des signes physiques; tantôt la dyspnée, l'anxiété sont considérables et la fièvre à peine marquée; tantôt enfin la température atteint 40 degrés, les signes d'infection sont nettement accusés et la défervescence se fait néanmoins le quatrième ou le cinquième jour: dans ces cas le médecin peut se demander s'il n'a pas eu affaire à une pneumonie abortive, surtout si, dans le milieu où il observe, des cas de pneumonie franche se sont déjà déclarés.

*Diagnostic.* — Woillez résume ainsi les différences fondamentales qui distinguent la pleurodynie, la bronchite, la pneumonie:

a. *Pleurodynie proprement dite:* pas de fièvre ni de phénomènes généraux; température normale; jamais de toux ni d'expectoration; la douleur thoracique est l'unique symptôme de la maladie; aucun signe par la percussion, l'auscultation ou la mensuration.

b. *Pneumonie:* fièvre persistante avec défervescence qui survient du sixième au neuvième jour, sans pouvoir être obtenue dans les premiers jours par un traitement même énergique; toux fréquente; crachats visqueux, adhérents, diversement colorés par le sang qui y est intimement combiné; matité, souffle et râles crépitants persistants, quelquefois même pendant la convalescence, bronchophonie manifeste avec exagération des vibrations thoraciques; guérison graduelle.

c. *Bronchite aiguë franche:* fièvre plus persistante; douleur tho-

racique nulle ou légère, habituellement vague; toux fréquente, quinteuse, le jour et la nuit; crachats muco-purulents, opaques; râles humides persistants à la base des deux poumons en arrière; autres signes physiques également plus résistants; développement graduel, résolution graduelle aussi quel que soit le traitement; la maladie peut passer à l'état chronique.

d. *Pneumonie congestive*: dans l'affection décrite par M. Potain sous le nom de pneumonie congestive, le souffle bronchique existe d'emblée, dès le début, sans avoir été précédé de râles crépitants; il persiste pendant toute la maladie et n'est point remplacé par des râles crépitants, dits de retour. Tous les autres symptômes, douleur, expectoration, température, ne se distinguent en rien de la maladie de Woillez, dont la pneumonie congestive n'est après tout qu'une variété.

e. *Phtisie aiguë*: lorsque la dyspnée est très vive et les râles muqueux généralisés, on peut croire au développement d'une phtisie aiguë, mais l'évolution rapide des accidents lève bientôt tous les doutes.

f. *Néuralgie dorso-intercostale aiguë*: elle serait toujours liée, d'après Woillez, à l'hypérémie pulmonaire. On sait aujourd'hui qu'il n'en est rien. L'absence des troubles respiratoires et des signes stéthoscopiques, l'apyrexie, l'existence des points douloureux permettront de faire aisément le diagnostic.

g. *Pleurésie*: les caractères différentiels des deux affections seront discutés plus loin.

*Pronostic.* — La maladie de Woillez comporte en général un pronostic favorable. Des cas de mort ont cependant été signalés (Devergie, Lebert, etc.); mais la plupart d'entre eux se rapportent beaucoup moins au type clinique que Woillez a décrit qu'aux états congestifs secondaires ou à la congestion subite et générale envahissant la totalité des poumons.

II. CONGESTION SUBITE ET GÉNÉRALE DES POUMONS. — Cette forme, qui est un véritable *coup de sang pulmonaire*, est une cause assez fréquente de mort subite ou rapide par asphyxie. On l'a vue se développer à la suite de l'impression d'un froid excessif, surtout chez les ivrognes, de l'insolation, de la suppression brusque des règles déterminée par le refroidissement, des grands efforts, surtout ceux de l'accouchement, enfin de violents accès de colère.

III. CONGESTION PULMONAIRE PSEUDO-PLÉURÉTIQUE (type Grancher). — « Entre la congestion pulmonaire simple de Woillez et la pneumonie lobaire franche, à côté de la broncho-pneumonie, dit M. Grancher

à qui l'on doit la connaissance de la spléno-pneumonie, il existe un état morbide du poumon, sorte de pneumonie subaiguë, qui simule une pleurésie avec épanchement moyen et qui mérite une description et une dénomination propres<sup>1</sup>. » On oppose en général à la forme pneumonique (maladie de Woillez) cette forme dite pleurétique (Queyrat<sup>2</sup>, Bourdel<sup>3</sup>).

Plus fréquente chez l'homme que chez la femme (23 fois sur 27 cas) et intéressant presque toujours le poumon gauche, elle peut être primitive ou secondaire (tuberculose, albuminurie, diabète, impaludisme, fièvre typhoïde, grippe, pneumonie).

Le mode de début, les symptômes fonctionnels ne diffèrent en rien de ceux déjà décrits. Le souffle est, en général, d'une tonalité moins aiguë que dans la pleurésie: l'égophonie est moins pure, moins franche et la matité moins forte; mais en réalité il s'agit là de nuances souvent difficiles à apprécier. Voici des signes meilleurs: expectoration gommeuse, crépitations fines de la base, réapparition graduelle des vibrations, persistance de l'espace de Traube en cas de spléno-pneumonie gauche, absence de déviation sternale. On peut encore en ajouter deux autres, malheureusement rares et passagers, mais qui sont presque certains: les frottements pleuraux perçus parfois dans la région de la base et qui détruisent l'hypothèse d'un épanchement, et aussi le décubitus du malade sur le côté sain contrairement à ce qui se passe dans la pleurésie (Bourdel).

La réunion de tous ces signes a une valeur presque absolue; en réalité, le seul moyen d'acquiescer la preuve irréfutable qu'il n'y a point de liquide, c'est de faire une ponction capillaire, toujours sans danger quand la seringue de Pravaz est aseptique.

Quelle que soit l'acuité des premières périodes, la résolution est toujours fort lente et met des mois à s'effectuer. La maladie peut même passer à l'état chronique, ce qui permet d'en établir une forme prolongée chronique à côté des formes aiguës et subaiguës. Elle guérit toujours, du moins momentanément, quelle qu'en soit la durée; mais certains faits tendent à faire penser que bien souvent elle est liée à la tuberculose (Bourdel).

IV. CONGESTION PLEURO-PULMONAIRE (type Potain)<sup>4</sup>. — Le processus congestif peut frapper à la fois la plèvre et le poumon, et si, par son mode d'invasion, par les phénomènes fonctionnels et généraux, la mala-

1. GRANCHER (*Bullet. et Mém. de la Soc. méd. des hôpitaux*, 1883).

2. QUEYRAT (*Revue de médecine*, janv. et mai 1885, et *Gazette des hôpitaux*, 18 juin 1892).

3. BOURDEL, *De la spléno-pneumonie* (Thèse de Paris, 1886).

4. POTAIN, *Congrès de Rouen*, 1883, et *Leçons cliniques* recueillies par Duflocq. — DUFLOCQ, *De la congestion pleuro-pulmonaire*, 1889.

die ressemble trait pour trait à la description de la congestion tracée plus haut, elle s'en écarte sensiblement au point de vue des signes physiques. C'est une pure affaire de localisation qui ne laisse pas que d'être, pour un esprit non prévenu, d'un diagnostic fort embarrassant.

Sur l'analyse des termes suivants, submatité, diminution ou absence du murmure vésiculaire et des vibrations, et surtout des râles crépitants et du souffle repose la solution du problème. S'agit-il d'une pneumonie au début ou à la période de résolution, d'une pleurésie? Autant de questions qui peuvent se poser suivant que les râles crépitants existent au début ou à la fin du processus fébrile, que la matité est plus accusée, l'absence de respiration plus complète. Il est inutile de revenir ici sur les signes physiques propres à la congestion et sur les caractères bien spéciaux de son souffle hâtif, particulièrement étalé dans le cas présent. Quant aux râles crépitants ou mieux à la crépitation pleurale (Bouillaud), elle peut exister seule sans que jamais le souffle se rencontre ou accompagner ce dernier et lui survivre plus ou moins longtemps. Elle se distingue facilement du râle crépitant vrai de la pneumonie. Celui-ci a des bulles petites, il est vrai, mais elles sont d'intensité inégale, inégalement distinctes et semblent venir par bouffées de profondeurs inégales. La crépitation pleurale a des bulles plus sèches, plus fines, toutes également superficielles et s'entend à l'inspiration. A plus forte raison ne la confondra-t-on pas avec les râles crépitants de retour dont les bulles sont beaucoup plus volumineuses. Quant au râle de l'œdème, il a des bulles plus grosses et plus humides<sup>1</sup> (Duflocq).

Cette variété de congestion pulmonaire ne diffère en rien de la maladie de Woillez en ce qui concerne l'évolution; mais elle prépare parfois un épanchement pleurétique. L'étude des rapports de la congestion et de la pleurésie sera reprise plus loin.

V. FLUXION DE POITRINE (Dieulafoy<sup>2</sup>). — Cruveilhier avait déjà décrit les pleurodynies accompagnées de fièvre et de frottements pleuraux. M. Peter y revient dans ses leçons cliniques et prétend que l'inflammation, si elle est intense, peut ne pas rester bornée aux muscles et envahir tous les plans superposés de la cage thora-

1. Pour M. Potain, les bulles naissent dans les vésicules pulmonaires sous-pleurales qui participent à la fluxion. Il se produit, sans doute, un accollement des parois des vésicules affaissées et dont la lumière se trouve effacée par la tuméfaction congestive des parois. Et comme les dimensions des vésicules, aussi bien que la nature de l'exsudat contenu, diffèrent assurément de ce qu'ils sont dans la pneumonie franche, on s'explique par là comment le bruit déterminé par la pénétration de l'air est aussi différent (Duflocq).

2. *Gaz. hebdomad. de médecine et de chirurgie*, 1878.

cique jusqu'à la plèvre exclusivement. Encore un pas, et M. Peter arrivait à la fluxion de poitrine, dit M. Dieulafoy. Pour ce dernier auteur, la fluxion de poitrine est un état morbide, mixte et bâtard, dans lequel les éléments hypéréémique et phlegmasique sont diversement combinés et qui frappe en même temps les bronches, le poumon, la plèvre et même les couches musculaires du thorax. Son intensité et sa nature sont variables. Généralement bénigne, la fluxion de poitrine peut être assez sévère pour mettre en péril les jours du malade. Tantôt elle constitue à elle seule toute la maladie et survient à la suite d'un refroidissement; c'est pourquoi elle mérite d'être rangée parmi les variétés de congestion-maladie. Tantôt elle est liée à un état général dont elle n'est qu'une manifestation (grippe, fièvre catarrhale, etc.). Comme on le voit, la fluxion de poitrine peut être légitimement rapprochée de la fluxion pleuro-pulmonaire de M. Potain.

#### VI. CONGESTION PULMONAIRE CHEZ L'ENFANT (Cadet de Gassicourt<sup>1</sup>).

— L'enfant est prédisposé aux congestions, et en particulier aux congestions pulmonaires, de par sa constitution même: circulation plus active, échanges nutritifs plus profonds, vulnérabilité et refroidissement plus faciles, réaction plus vive. Cette congestion pulmonaire aiguë, qualifiée d'idiopathique, s'observe fréquemment entre sept et quinze ans, assez souvent entre quatre et sept ans et rarement au-dessous de quatre ans. Parmi les causes déterminantes de la maladie, on cite le refroidissement, que l'enfant ait été exposé nu ou peu vêtu à une basse température, au froid humide, ou bien qu'il ait passé brusquement d'une chambre bien chauffée dans une autre qui ne l'était pas; on a encore invoqué la respiration d'un air vicié, chargé de poussières irritantes, etc. Mais, comme chez l'adulte, souvent la cause qui a servi d'appel à la fluxion sanguine passe complètement inaperçue.

A cet âge, la congestion pulmonaire tire ses caractères particuliers: 1° du mode de début qui est comparable à celui de la pneumonie; 2° de l'élévation de la température souvent plus considérable que chez l'adulte et qui atteint communément 40 degrés, 40°,5 et même 41 degrés, et de sa chute brusque au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois davantage; 3° de l'intensité de la dyspnée qui se traduit par des inspirations courtes et pénibles (quarante à soixante par minute) et par les battements des ailes du nez; 4° de la gêne plus ou moins accusée de la circulation (coloration violacée des lèvres, bouffissure du visage); 5° de l'intensité de la réaction nerveuse beaucoup

1. CADET DE GASSICOURT, *Traité clinique des maladies de l'enfance*.