

Le râle sous-crêpissant présente les mêmes variations que le râle muqueux, à l'égard du nombre, du volume et de la sécheresse de ses bulles. Ce râle est constant dans la bronchite généralisée, il indique l'extension de la phlegmasie aux dernières ramifications des bronches, il signale le passage insensible de la bronchite capillaire à la pneumonie lobulaire ou broncho-pneumonie, que nous décrirons dans le chapitre suivant. Il n'existe guère qu'à la partie postérieure et à la base des deux poumons. Rarement il s'élève jusqu'au sommet de ces organes. Une secousse de toux le dérange et modifie son timbre. On le trouve dans les deux temps de la respiration; c'est lorsque le rythme de la respiration est renversé et que l'effort expiratoire, actif, commence la série des mouvements respiratoires. Chacun peut se faire une idée du phénomène dont je parle en faisant de suite, avec saccades, plusieurs expirations aussitôt suivies d'un mouvement d'inspiration. En règle générale, le râle sous-crêpissant est toujours plus nombreux dans le mouvement respiratoire qui est passif.

Ce bruit est quelquefois mélangé au râle muqueux qui le cache pour peu d'instants, et qui le laisse apparaître aussitôt qu'une secousse de toux vient à déranger les mucosités bronchiques.

Les symptômes généraux sont ici plus graves que dans la bronchite partielle. L'inquiétude, la morosité, l'agitation, les plaintes fréquentes de l'enfant, traduisent cette irritabilité tout exceptionnelle. La bouche reste humide, quelquefois un peu chaude. La langue blanchit; la soif n'est jamais bien considérable. On n'observe ni vomissements ni troubles abdominaux immédiats. La peau est violacée, bouffie; sa température s'élève et elle devient brûlante une ou deux fois par jour pendant un laps de temps indéterminé. Chez quelques enfants, il se produit une *anesthésie très-marquée* comme dans le croup (voy. ce mot), et j'ai vu une enfant de deux ans qui, pendant les trois derniers jours de sa vie, durant une bronchite capillaire, était, sans agonie ni perte de connaissance, dans un état complet d'anesthésie cutanée. Le pouls varie de 130 à 180 pulsations; sa fréquence est plus considérable au moment de l'augmentation de la température cutanée, mais le chiffre qui spécifie cette fréquence n'est point en rapport avec l'accroissement de la chaleur générale de la peau.

Marche, durée, terminaison. — La bronchite qui se développe comme affection primitive chez les enfants ne diffère pas sensiblement de la bronchite secondaire, qui survient pendant le cours des fièvres éruptives et des autres maladies de l'enfance. Elle n'est point modifiée par la présence de ces affections simultanées. Ses caractères sont toujours les mêmes et sa marche n'en est pas troublée. Ce qui me reste à dire s'applique également à la bronchite primitive et à la bronchite secondaire.

Bronchite simple, partielle. — Elle accomplit ses périodes d'une manière assez uniforme. Les symptômes que nous avons décrits sont primitivement peu marqués, ils augmentent en quelques jours et disparaissent assez vite, sans laisser de traces de leur existence. Ils persistent pendant un temps variable limité à deux ou trois septénaires. S'ils se prolongent plus longtemps, et que d'ailleurs la fièvre soit nulle, il y a lieu de supposer que la maladie s'est transformée en *bronchite chronique*, ce qui arrive quelquefois. Ordinairement elle se termine par résolution; en d'autres circonstances, elle se propage et fait place à la bronchite généralisée.

Bronchite capillaire. — Elle succède souvent à la bronchite simple: il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Il y a des cas, et nous en avons cité, dans lesquels elle apparaît d'emblée comme bronchite générale. Elle est caractérisée par la fièvre, l'accélération de la respiration, les troubles extérieurs des mouvements

respiratoires, l'orthopnée, la toux et le râle sous-crêpissant dans les deux côtés de la poitrine. Ces symptômes disparaissent quelquefois peu d'heures après leur manifestation; mais, plus constamment, pour ne pas dire toujours, ils se prolongent pendant plusieurs journées au moins, pendant une semaine au plus. S'ils diminuent d'intensité, le râle muqueux apparaît comme phénomène continu, et la résolution ne tarde pas à s'opérer. Si, au contraire, ils s'aggravent, ils peuvent déterminer la mort par suffocation avec cyanose et anesthésie. C'est le *catarrhe suffocant* simple observé par Laennec chez les adultes. Chez quelques enfants, on peut prévoir le passage de la maladie à l'état de *broncho-pneumonie* ou *pneumonie lobulaire confluyente*, signalée par le râle sous-crêpissant, mêlé au souffle et au retentissement du cri. La bronchite générale ou capillaire dure de deux jours à une semaine, elle se termine rarement par résolution et passe immédiatement à l'état de pneumonie lobulaire, maladie dont nous ne tarderons pas à apprécier toute la gravité. Elle ne s'observe que fort rarement à l'état chronique, et se rattache alors à la présence des tubercules dans le poumon.

Diagnostic. — *Bronchite simple.* — Il n'est rien de plus facile à reconnaître que la *bronchite simple*, qui ne peut être confondue avec aucune autre maladie. On la distingue aisément de la coqueluche, dont la toux spasmodique, entremêlée de *reprises sonores*, est toute spéciale; de la bronchite généralisée et de la pneumonie, par la différence des râles de la respiration.

Bronchite généralisée, capillaire. — Le diagnostic de la *bronchite généralisée* est loin d'être aussi facile. Cette maladie se rapproche tellement par les symptômes de la pneumonie lobulaire, que, d'après la plupart des auteurs, toute distinction est impossible. Il n'y a souvent entre elles qu'une différence de degré; l'une succède à l'autre. Il reste à savoir si vraiment la symptomatologie est impuissante pour le diagnostic de ces deux états morbides, et si l'on ne peut trouver des signes qui les fassent reconnaître, comme l'on en a trouvé, par exemple, pour spécifier le premier et le second degré de la pneumonie chez l'adulte.

Les signes fournis par l'auscultation et la percussion sont exactement semblables dans la bronchite généralisée et dans le premier degré de la pneumonie lobulaire. Il ne faut pas compter sur eux pour arriver à un diagnostic précis. Il en est absolument de même de ceux qui sont fournis par l'étude de la toux, de la fièvre et de la plupart des symptômes que nous avons signalés. Ces phénomènes sont communs aux deux maladies, ils ne peuvent conduire au résultat que nous cherchons.

On y parvient plus facilement par l'observation attentive des troubles extérieurs survenus dans les mouvements respiratoires. Chez l'enfant à la mamelle, ces troubles deviennent des signes précieux pour le diagnostic des maladies du poumon. On a trop négligé leur étude, et par cela même leur importance a été méconnue.

Dans la bronchite qui se généralise, la respiration est fréquente, abdominale, sans resserrement de la base du thorax et sans agitation des ailes du nez. Lorsque les dernières ramifications des bronches sont envahies et que des noyaux de pneumonie lobulaire sont prêts à se former, la respiration change de caractère; elle offre ceux qui sont indiqués à l'article *Symptômes*. Elle est haletante, avec constriction de la base du thorax, dépression de la fossette thyroïdienne, saillie du ventre et contraction rapide des narines.

Dans la pneumonie bien confirmée, au contraire, la respiration est intervertie dans son rythme; elle est saccadée, gémissante, semblable à celle d'un adulte qui pousse une plainte rapide, immédiatement suivie d'une brusque inspiration. C'est ce que j'ai appelé respiration *expiratrice* ou *bruit d'expiration forcée*.

Les nécropsies m'ont démontré de la manière la plus évidente le rapport intime qui existe entre les troubles respiratoires extérieurs et la pneumonie lobulaire. Ces signes annoncent d'une manière très-constante chez les jeunes enfants la phlegmasie du parenchyme du poumon, mais ils n'ont plus la même importance chez des enfants plus âgés. Il faut donc leur accorder toute l'importance qu'ils méritent, car ils constituent l'un des meilleurs caractères de cet état morbide. On les rencontre dans le cours de la bronchite généralisée, dès que plusieurs lobules pulmonaires viennent à être occupés par l'inflammation. Ils indiquent la période de passage entre la phlegmasie des petites bronches et la phlegmasie pulmonaire, comme le souffle qui succède au râle sous-crépitant annonce la transition du premier au second degré de la pneumonie lobulaire généralisée.

Ainsi donc, bien qu'il soit fort difficile de reconnaître chez les jeunes enfants, à l'aide de l'auscultation et par l'examen des symptômes généraux, la bronchite généralisée qu'on peut appeler bronchite à *maxima*, de la pneumonie lobulaire discrète, pneumonie à *minima*, il y a lieu de supposer que cette dernière existe lorsque surviennent les troubles respiratoires extérieurs indiqués plus haut. Jusque-là, la bronchite générale se trouve séparée de la phlegmasie pulmonaire.

Complications. — La bronchite des enfants à la mamelle présente peu de complications. On doit signaler comme telles : l'irritation sympathique qui résulte du travail de la dentition ; la coqueluche, facile à reconnaître par sa toux spéciale ; l'emphysème vésiculaire et interlobulaire ; la pneumonie lobulaire qui en est trop souvent la conséquence ; et enfin dans la bronchite chronique les granulations pulmonaires fibro-plastiques grises, demi-transparentes, et la tuberculisation ; mais cette complication incontestable pour moi n'est pas généralement admise par tous les médecins. En revanche, la bronchite vient compliquer la plupart des maladies du jeune enfant. Elle est très-fréquente dans le cours de la fièvre typhoïde, des fièvres éruptives, et en particulier dans le cours de la rougeole. Son développement présente, avec celui de cette maladie, le rapport le plus intime.

Pronostic. — La bronchite est beaucoup plus grave chez les enfants à la mamelle et chez ceux qui n'ont pas encore atteint l'âge de cinq ans qu'à toute autre période de l'enfance. Jusqu'à ce moment, le passage de la bronchite à l'état de pneumonie lobulaire est très-facile. Après cette époque, la transition est plus rare, et les enfants ont plus ordinairement une bronchite ou une pneumonie franchement accusée.

Bronchite simple. — C'est une maladie sans importance et sans gravité, qu'il ne faut cependant pas négliger, dans la crainte de voir la phlegmasie se généraliser ou passer à l'état chronique. Elle ne détermine jamais la mort.

Bronchite généralisée, capillaire. — C'est une affection beaucoup plus sérieuse. Elle entraîne d'une manière presque constante le développement de la pneumonie lobulaire et les conséquences pronostiques de cette affection. Elle occasionne quelquefois la mort par asphyxie, sans qu'on puisse l'attribuer raisonnablement à quelques lobules malades épars dans le tissu du poumon. C'est le muco-pus bronchique obstruant le larynx et l'arbre aérien qui gêne et empêche l'hématose pulmonaire. Quand elle offre le caractère suffocant elle produit l'anesthésie et amène la mort.

La bronchite généralisée, qui succède à la bronchite partielle, est moins grave, toutes choses étant égales d'ailleurs, que l'inflammation qui se développe d'emblée dans tout l'arbre bronchique. Il est alors moins facile d'entraver la marche de la phlegmasie. La mort en est souvent la conséquence.

La bronchite secondaire et la bronchite primitive présentent quelques différences

sous le rapport du pronostic. Elles ne sont pas aussi évidentes qu'on pourrait se l'imaginer. Il y a bon nombre de bronchites secondaires dont la marche et la terminaison ne paraissent pas modifiées par la maladie première, et dont le pronostic est le même que celui des bronchites primitives. Dans d'autres circonstances, lorsque la bronchite se développe chez un enfant scrofuleux ou affaibli, atteint par une maladie chronique, elle offre une gravité tout exceptionnelle. La résolution s'obtient difficilement ; le passage à l'état chronique ou à l'état de pneumonie lobulaire est beaucoup plus commun. On ne peut, en raison de la faiblesse de l'enfant et à cause du peu de réaction qu'elle présente, employer une médication active. La maladie marche, et la mort en est la conséquence.

Quand la bronchite généralisée passe à l'état chronique, il est bien rare que les enfants guérissent et que la production de granulations épithéliales fibro-plastiques et tuberculeuses ne les entraîne pas dans la tombe.

Traitement. — Le traitement de la bronchite aiguë est subordonné à un grand nombre de causes spéciales, dont chacun apprécie d'avance toute la valeur. Il n'est point et ne peut toujours être le même. Les moyens convenables à opposer à l'inflammation primitive des bronches, avec notable réaction fébrile, ne ressemblent pas à ceux que l'on emploie dans la même variété de bronchite sans phénomènes réactionnels. Il faut tenir compte des circonstances dans lesquelles la maladie se développe et savoir, avant de commencer le traitement, si la bronchite est primitive ou si son apparition a eu lieu secondairement au travail de la dentition ou à celui d'une autre maladie. Dans ces cas, il faut, en tenant compte de l'hérédité pathologique, estimer la force naturelle de l'enfant et l'état de faiblesse dans lequel l'affection première a pu le faire tomber. Si cette étude n'entraîne pas l'usage de médications absolument différentes, elle peut au moins servir à proportionner leur énergie à l'intensité du mal et à la forme qu'il présente.

La bronchite simple offre ordinairement peu d'importance ; elle cesse souvent en peu de jours et disparaît sans le secours d'aucun médicament. Il faut engager les parents à observer scrupuleusement les lois ordinaires de l'hygiène, de telle sorte que l'enfant se trouve placé au milieu d'une atmosphère tiède et agréable, et soit abrité contre le froid à l'aide de vêtements plus chauds que ceux dont on le couvre habituellement. Il est nécessaire de ne pas le surcharger au point de déterminer des sueurs abondantes, qui pourraient le fatiguer et occasionner à la surface de la peau ces éruptions vésiculeuses qui donnent quelquefois tant d'inquiétude aux mères. On prescrit ensuite l'usage des boissons chaudes, adoucissantes et pectorales, telles que l'infusion de fleurs de mauve, de violettes de bouillon-blanc, ou de décoction de figues grasses, de dattes ou de jujubes, etc., édulcorées et aromatisées avec le sucre, le sirop de gomme, le sirop d'althæa, le sirop de capillaire, le sirop balsamique de Tolu, etc. On a peu d'occasion d'employer, chez les enfants à la mamelle, ces tisanes qui déterminent de leur part un certain mouvement de répugnance. On les leur fait prendre plus facilement par le mélange avec le lait aromatisé avec quelques gouttes d'eau de fleur d'oranger. Néanmoins il faut les prescrire, ne serait-ce que pour obéir à certains préjugés du monde qu'on doit savoir respecter, s'ils ne sont pas nuisibles, en raison du bien-être moral qu'ils procurent à ceux qui leur obéissent.

On peut en outre donner des juleps gommeux, des potions pectorales ou un looch blanc additionnés de sirop de lactucarium 10 grammes, de sirop de morphine 5 grammes, de sirop de pavots blancs 10 grammes, de sirop diacode 10 à 20 grammes, d'hydrate de chloral 25 à 50 centigrammes, d'eau de laurier-cerise à des doses proportionnées à l'âge des enfants.

Si la maladie se prolonge, on peut, dans quelques cas, lorsque l'état du tube digestif ne s'y oppose point, conseiller l'usage de deux purgatifs, tels que l'huile d'amandes douces à 20 ou 30 grammes ; le calomel à 5 ou 10 centigrammes ; la manne dissoute dans du lait à la dose de 8 à 10 grammes ; le sirop de chicorée composé à la dose de 20 à 30 grammes par jour, ou la poudre des enfants de Hufeland :

Magnésic	30 grammes.
Racine de rhubarbe	8 —
— de valériane	2 —
Oléo-saccharate de fenouil	15 —

Pour faire une poudre, et faire prendre une ou deux fois par jour sur la pointe d'un couteau.

Ces moyens peuvent être avantageusement aidés par l'emploi des lavements mucilagineux ordinaires, ou de lavements dans lesquels on ajoute une demi-cuillerée d'huile d'amandes douces.

Traitement de la bronchite généralisée. — La bronchite généralisée est beaucoup plus grave et réclame un traitement plus énergique que la bronchite partielle. Elle passe si souvent à l'état de pneumonie lobulaire, qu'il faut essayer de l'arrêter dans sa marche, afin d'empêcher cette terminaison fâcheuse. On y parvient à l'aide des moyens déjà indiqués, réunis à ceux dont voici l'énumération.

Chez les nouveau-nés, il faut, à l'observation des mesures hygiéniques dont nous avons parlé, joindre les résultats des boissons pectorales tièdes et l'effet d'une diète lactée sévère. Toute bouillie, tout potage doivent être supprimés, et le sein de la nourrice doit suffire. On peut avec avantage donner 25 centigrammes de poudre d'ipécacuanha dans de l'eau sucrée ; pour calmer la violence de la toux, il faut conseiller l'usage des potions gommeuses, de lait chaud sucré coupé avec une petite quantité de bouillon, mais sans mixture avec les substances narcotiques. Si la toux était trop opiniâtre et trop fatigante, on pourrait se départir de cette règle et mettre dans une potion gommeuse 10 grammes de sirop diacode, 1 demi-centigramme au plus d'extrait d'opium, d'extrait de belladone ou de datura stramonium.

Chez les enfants plus âgés, le sirop de morphine 15 à 20 grammes, le sirop diacode 20 à 30 grammes, le sirop de pavot blanc 20 grammes, l'eau de laurier-cerise, le sirop de karabé 20 grammes, l'opium 1 centigramme, etc., peuvent être donnés avec avantage, en nature ou en potion. Il est quelquefois très-utile de donner en même temps 10 ou 15 grammes d'alcool ou de vieux cognac.

Les cataplasmes émollients, appliqués sur la poitrine et maintenus chauds à l'aide de taffetas gommé, sont assez utiles, mais il vaut mieux employer les applications sèches de compresses de flanelle chaude bien maintenues et souvent renouvelées. Il est bon de faire prendre une ou deux fois par jour des bains de pieds irritants, composés avec de l'eau chaude saturée de sel commun, de sel de potasse, de savon ordinaire et dans laquelle on a mis une petite quantité de cendres de bois neuf.

La bronchite généralisée est rarement accompagnée par une fièvre continue assez vive pour réclamer l'emploi des émissions sanguines. D'ailleurs on sait combien est variable la réaction fébrile dans les affections aiguës des enfants à la mamelle, combien elle offre d'intermittence sur le même individu, et combien elle est différente pour la même maladie chez des sujets différents. Or, comme c'est moins en conséquence d'une idée préconçue sur la nature d'une maladie que d'après les indications présentées par elle, que le médecin dirige sa thérapeutique, il a néces-

sairement peu d'occasions de pratiquer la saignée dans la maladie qui nous occupe. Les émissions sanguines resteront dans la défaveur auprès de ceux qui veulent suivre les indications fournies par l'organisme, mais dans certains cas elles peuvent sauver un enfant qui étouffe. Elles sont moins favorables aux enfants du premier âge, les émissions sanguines locales surtout, et elles ne conviennent qu'à une époque plus avancée de la vie.

Lorsque la bronchite se présente avec ses symptômes ordinaires de fièvre modérée, avec exacerbations quotidiennes, et que la toux est fréquente et grasse, on peut avec succès administrer les *vomitifs*. Les médicaments de cette classe remplissent un double but. Ils sont antiphlogistiques à leur manière, ils dépriment les forces vitales comme la saignée, et ils diminuent la réaction fébrile. Ils ont en outre l'immense avantage de faciliter l'expectoration des enfants en les obligeant à de tels efforts respiratoires, que les mucosités bronchiques sont chassées au dehors en même temps que les substances contenues dans l'estomac. Il faut les employer toutes les fois que l'on entend à distance le bruit trachéal des liquides contenus dans l'arbre aérien.

Si les symptômes locaux s'aggravent et si les phénomènes généraux se modifient au point d'amener une oppression vive, caractérisée par les troubles respiratoires extérieurs dont nous avons parlé, il y a tout à craindre pour le passage de la bronchite à la pneumonie lobulaire. Il y a aussi tout à perdre. Il ne faut pas hésiter. Une médication perturbatrice révulsive peut encore arrêter la marche des accidents. Il faut appliquer dans le dos, et mieux sur le devant de la poitrine, un emplâtre de thapsia de 12 centimètres pendant vingt-quatre heures, ou mieux un vésicatoire volant de la largeur de 8 centimètres pendant huit heures. Ce dernier moyen m'a très-souvent réussi : on peut l'employer sans inconvénient ; c'est à peine s'il donne lieu à une légère accélération du mouvement fébrile. Le seul accident qui en puisse résulter, et qu'il faille prendre en considération, est relatif aux fonctions de la vessie. Mais la rétention d'urine est infiniment plus rare chez l'enfant à la mamelle que chez l'adulte et n'a point d'autres conséquences. Elle se dissipe naturellement au bout de quelques jours. On pourrait prévenir cet accident en remplaçant le vésicatoire cantharidé par un vésicatoire fait avec un morceau de drap ou de linge imbibé d'ammoniaque liquide, ou en employant la pommade suivante :

Huile de croton	60 centigrammes.
Axonge	15 grammes.

Lorsque la maladie perd de sa gravité et marche vers la résolution, il faut veiller attentivement sur elle pour ne pas être surpris par une recrudescence. Les mêmes précautions hygiéniques doivent être prises à son égard. On remplace les premières boissons par les infusions d'hysope, de sauge, de polygala, de lichen, et la *potion alcoolique*, si elle n'a pas été employée, etc. Si elle reste stationnaire, il faut alors appliquer sur la poitrine de doux révulsifs, un emplâtre de poix de Bourgogne ou un large morceau de toile enduit de diachylon gommé.

Les complications qui surviennent dans le cours de la bronchite peuvent considérablement modifier le traitement de cette maladie.

Lorsque l'inflammation des bronches se développe dans le cours d'une autre maladie, à titre d'affection intercurrente, ou lorsqu'elle se trouve elle-même compliquée par une maladie nouvelle, son traitement doit être nécessairement modifié. Ainsi la bronchite qui passe si rapidement à l'état de pneumonie, celle qui est compliquée par la coqueluche, réclament des moyens différents spécifiques de la nature

de ces maladies. Celle qui se développe dans le cours de la rougeole et celle qui paraît dans le cours d'une entérite chronique ne peuvent être soumises à une thérapeutique semblable. Dans un cas, il convient d'observer la marche des symptômes sans intervenir avec trop d'activité, car les accidents disparaissent avec l'éruption morbilleuse. Dans l'autre, l'expectation est plus dangereuse, et, lorsqu'on agit, on ne peut insister trop longtemps sur l'emploi de certains moyens, les vomitifs par exemple, qui pourraient aggraver l'affection de l'intestin. D'autres circonstances peuvent encore apporter quelques changements dans la thérapeutique de la bronchite; elles sont relatives à l'état ordinaire de la santé chez l'enfant, à sa constitution et à la susceptibilité de ses entrailles. Il faut savoir apprécier ces conditions particulières, afin de mettre dans la médication à suivre toute la prudence et la réserve convenables.

Aphorismes.

130. Une fièvre modérée, jointe à une toux ordinaire, annonce une bronchite aiguë.
 131. Un fièvre aiguë, compliquée de toux et d'anhélation, indique une bronchite aiguë fort grave, prête à se transformer en pneumonie lobulaire.
 132. La toux chronique des enfants amène la phthisie granuleuse ou tuberculeuse.
 133. Le râle sibilant et ronflant qui accompagne la toux des nouveau-nés n'a pas de gravité.
 134. Le râle muqueux des jeunes enfants est généralement peu grave.
 135. Le râle sous-crépitant généralisé dans la poitrine des nouveau-nés et des enfants à la mamelle indique toujours un état local très-grave.
 136. Les râles muqueux et sous-crépitants sont, chez le jeune enfant, la meilleure indication de l'emploi des vomitifs.

CHAPITRE II

CONGESTION DES POUMONS. — SCLÉROSE PULMONAIRE

L'enfant, un peu moins fréquemment que l'adulte, présente dans les poumons des congestions et des hyperhémies plus ou moins considérables, aiguës ou chroniques, partielles ou générales, pouvant donner lieu à des accidents graves.

La congestion aiguë conduit à la pneumonie lobaire ou lobulaire, comme la congestion chronique, si elle ne se termine pas par résolution, mène à la formation des tubercules. A cet égard, c'est une maladie importante à connaître.

La congestion aiguë est la suite de la bronchite des petites bronches, de la rougeole, de la fièvre typhoïde, et surtout de l'affection herpétique portée sur les bronches.

La congestion chronique résulte des mêmes influences et succède à la congestion aiguë. C'est la plus grave de ces deux formes de congestion pulmonaire, car on la prend souvent pour un commencement d'infiltration tuberculeuse, et, chez les sujets prédisposés, elle y conduit invariablement.

La congestion chronique des poumons est généralement peu connue.

Et d'abord, qu'est-ce que la congestion chronique des poumons? Cela existe-t-il comme maladie? Si cela existe, quelles en sont les preuves? comment la distinguer de l'infiltration tuberculeuse, qui forme le premier degré de la phthisie pulmonaire, et enfin quel traitement mettre en usage?

Montrons d'abord par un exemple ce que c'est que cette maladie.

OBSERVATION I. — Une fille âgée de treize ans, née d'un père épileptique et d'une mère un peu valétudinaire, sujette aux rhumes et à la diarrhée, sans aucun antécédent de tubercules dans sa famille, entre à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Catherine, n° 14. Maigre, pâle et débile, elle n'a jamais été sérieusement malade. Son plus grand chagrin est aujourd'hui d'avoir une hypertrophie du ganglion sous-mentonnier qu'elle porte depuis deux ans, et qui est la conséquence d'une carie dentaire.

Elle est malade depuis deux mois. Depuis lors elle tousse, a craché une fois du sang et en petite quantité. Sa toux est petite, sèche et sans douleur.

La résonnance sous-claviculaire est bonne des deux côtés; en arrière, dans la fosse sus-épineuse droite, il y a une faible diminution du son.

A l'auscultation, en avant, sous la clavicule gauche, le murmure vésiculaire est très-faible, sans expiration prolongée, sans râles et sans retentissement de la voix. Dans le point correspondant, à droite, la respiration est plus forte, sans râles et sans retentissement de la voix. En arrière, à droite, dans la fosse sus-épineuse, il y a un peu de diminution du son relativement au côté gauche, de l'expiration prolongée et du retentissement de la voix sans râles d'aucune espèce. Ces phénomènes sont permanents et n'ont pas varié depuis huit jours déjà que l'enfant est à l'hôpital. Chaque matin nous les retrouvons semblables à ce qu'ils étaient la veille.

L'enfant a peu d'appétit, de la gastralgie, de la constipation, de fréquentes névralgies temporales, et elle se plaint de n'avoir pas de forces. Le mouvement lui donne des palpitations, mais il n'y a pas d'hypertrophie du cœur ni de souffle dans les gros vaisseaux, pas plus que dans les carotides.

Le pouls est peu fréquent; mais de temps à autre, le soir, il y a de la fièvre.

En résumé, faiblesse du murmure vésiculaire sous la clavicule gauche, expiration prolongée et retentissement de la voix avec matité faible dans la fosse sus-épineuse droite, toux sèche et un crachement de sang, tels sont les symptômes présentés par notre malade. C'est d'après cette exploration qu'ayant à choisir entre ces deux diagnostics: 1° phthisie tuberculeuse au premier degré ou infiltration tuberculeuse du sommet des poumons, et 2° congestion pulmonaire chronique, je me suis arrêté à l'idée de cette dernière maladie.

La congestion pulmonaire chronique est une maladie encore peu étudiée, bien qu'elle ait été signalée par Andral (1), Fournet (2), Darralde, etc. Elle est généralement confondue avec le premier degré de la phthisie pulmonaire, et quelques médecins la considèrent souvent comme le point de départ de la production des tubercules du poumon. Cela est motivé par le grand nombre de faits dans lesquels on a vu l'évolution tuberculeuse succéder à un état congestif des poumons. Mais, de ce que la tuberculose succède à la congestion et à la phlegmasie du parenchyme pulmonaire, il ne s'ensuit pas qu'il en doive être toujours ainsi, et que la congestion pulmonaire chronique ne puisse exister seule comme unité morbide, et sans qu'il doive en résulter une phthisie pulmonaire.

Il existe donc une maladie des poumons qu'on peut appeler *congestion pulmonaire chronique*, différente de la congestion aiguë des fièvres, du catarrhe bronchique et des pneumonies lobulaires. C'est une sorte d'*atélectasie chronique*, dans laquelle le poumon, à demi-affaissé sur lui-même, hyperémié d'une façon partielle, reçoit une moindre quantité d'air que de coutume, et cette hyperémie est le point de départ d'un état subinflammatoire, d'endurcissement, d'induration ou de *sclérose*, qui gêne l'hématose et compromet la santé.

J'apporte à l'appui de cette opinion deux sortes de preuves, les unes *analogiques* et les autres *directes*.

(1) Andral, *Clinique médicale*, 4^e édit. Paris, 1840 (sect. III, n° 10).

(2) Fournet, *Recherches cliniques sur l'auscultation des organes respiratoires*. Paris, 1839.