

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.

C'est par *analogie* qu'on peut admettre la congestion pulmonaire chronique, car nous admettons une congestion cérébrale chronique, qui n'est pas l'inflammation ni la dégénérescence du cerveau. Nous admettons une congestion chronique du foie, qui n'est pas plus de l'hépatite que de la cirrhose ou du cancer ; une congestion chronique des reins, qui n'est pas la néphrite albumineuse, et qui cependant occasionne l'albuminurie ; une congestion utérine chronique, qui n'est pas la métrite, tout en s'en rapprochant beaucoup ; des congestions et tuméfactions glandulaires chroniques du cou, qui ne sont pas la tuberculose de ces ganglions ; une congestion chronique de la rate, une congestion chronique de la peau des mains durant l'hiver chez les scrofuleux ; une congestion chronique du nez, des oreilles, des lèvres, des conjonctives, etc., car tous les organes extérieurs et intérieurs sont l'objet de ces hyperémies chroniques. Ce sont là des faits incontestables et connus de tous ceux qui sont au courant de la science.

Les *preuves directes* sont tirées de la clinique, soit de celle de l'hôpital, soit de celle des eaux minérales où se rendent les malades de la poitrine, soit enfin de mes observations personnelles. Sans mettre ici personne en cause, et pour ne froisser aucun intérêt privé, je puis dire avoir vu des malades sortis d'Enghien, de Saint-Honoré, d'Ems, de Luchon, des Eaux-Bonnes, de Caunterets, etc., et regardés comme ayant été guéris de phthisie tuberculeuse. Sans doute, parmi ces succès il y en a d'authentiques, mais ils sont trop nombreux aujourd'hui pour ne pas les croire mêlés à quelques erreurs de diagnostic. C'est par centaines que l'on compte maintenant les observations de phthisie guérie dans les différentes stations minérales en vogue contre cette maladie.

Il est certain que parmi ces malades, il y en a qui offraient tous les signes physiques du premier degré de la phthisie tuberculeuse, et qui n'étaient cependant que des *scléroses pulmonaires*, c'est-à-dire des *congestions chroniques du poumon*. Ce qui m'en est un sûr garant, c'est, d'une part, que les eaux qui ont guéri ces congestions chroniques ne guérissent jamais le ramollissement tuberculeux pulmonaire, c'est-à-dire le second degré de la phthisie, et de l'autre, ce sont les faits personnels que je vais produire.

J'ai vu souvent en ville des enfants qui, à la suite d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une pneumonie ou d'un simple rhume, restaient valétudinaires, fébricitants et considérés comme atteints de tuberculose pulmonaire au premier degré. Ils avaient sur un point du poumon de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée, du retentissement de la voix, quelquefois même un peu de matité, et l'on disait aux parents que la maladie était sérieuse, qu'il y avait lieu de craindre une phthisie.

L'un de ces faits est encore présent à ma mémoire.

OBSERVATION II. — Une petite fille de cinq ans, récemment guérie de la coqueluche, avait à chaque instant la fièvre sans motif appréciable. Comme elle toussait toujours un peu, et qu'elle était très-maigre et sans appétit, je fus prié par ses parents de lui donner une consultation. La percussion m'apprit qu'il y avait de la matité dans la fosse sus-épineuse droite, et en même temps que la respiration faible était suivie du bruit d'expiration prolongée et accompagnée de retentissement de la voix. Plusieurs examens donnèrent le même résultat. Au bout de six mois, les choses n'avaient pas changé ; je l'envoyai aux eaux de Saint-Honoré (Nièvre), ce qui produisit le plus grand bien sans enlever tout à fait le mal. Il fallut une seconde saison d'eau l'année suivante, et l'enfant a guéri.

De pareils exemples ne sont pas rares, et quand ils se présentent à moi, j'agis toujours comme dans le fait que je viens de rapporter : voyages, bains de mer,

eaux minérales en vogue, huile de foie de morue, révulsifs cutanés, etc., je ne néglige rien, et j'ai ainsi vu guérir beaucoup de ces malades qu'on aurait pu croire atteints de phthisie au premier degré.

La phthisie pulmonaire au premier degré que l'on guérit n'est pas de la phthisie tuberculeuse, mais un état morbide qui lui ressemble par certains signes physiques. Ce ne sont pas des tubercules crus, ni de l'infiltration tuberculeuse véritable qu'on guérit par un voyage. La triste expérience que l'on a faite de la marche des tubercules établit que ce produit morbide ne se résorbe jamais, que là où il existe il se ramollit presque constamment, et qu'il n'y a que de rares exceptions où on le voit se transformer en cholestérine et en stéarate de chaux. Si le tubercule ne se résorbe pas, les cas de phthisie au premier degré, c'est-à-dire de tubercules crus cités comme ayant guéri par n'importe quel moyen, n'étaient pas des cas de phthisie tuberculeuse, et auraient dû être attribués à un autre état morbide. Cet état morbide, c'est la congestion pulmonaire chronique, et il n'y a évidemment qu'un état congestif ou subinflammatoire qui puisse ainsi disparaître en quelques semaines ou en quelques mois de séjour à la campagne.

Pour quelques personnes le fait est de la dernière évidence, et je tiens de Champouillon qu'il a soigné au Val-de-Grâce des centaines de soldats ayant tous les signes de la tuberculose pulmonaire au premier degré, qu'on aurait pu croire voués à la mort et qui n'avaient qu'une congestion chronique des poumons, car un congé de convalescence de six mois suffisait pour les guérir.

L'anatomie pathologique vient ajouter ses preuves à celles de la clinique. En effet, j'ai vu des maladies intercurrentes aiguës emporter des enfants qui n'étaient venus à l'hôpital que pour une bronchite suspecte, avec soupçon de tubercules, et il m'a été possible de constater sur le cadavre la *congestion pulmonaire chronique* et l'*induration pulmonaire* qui étaient cause de la maladie. Dans quelques cas, il y a une *véritable pneumonie chronique*, tant est forte la sclérose du poumon.

Le poumon est partiellement dur, résistant et sans crépitation. C'est au sommet, en avant ou en arrière, qu'existe ordinairement la lésion ; mais on l'observe également dans le lobe inférieur. Le tissu est rouge vineux, violacé, peu foncé en couleur. La coupe est lisse, poreuse, quelquefois grisâtre. Il s'en écoule par la pression une faible quantité de bouillie rougeâtre. Des fragments mis dans l'eau surnagent faiblement et quelquefois finissent par gagner le fond du vase. On dirait de la splénisation chronique, tant le tissu ressemble à celui de la rate.

Cependant, dira-t-on, dans ces cas de phthisie au premier degré cités comme guéris, la percussion et l'auscultation avaient donné des signes physiques certains de la présence d'un corps étranger ; on avait trouvé de la matité, de la faiblesse, du murmure vésiculaire, de l'expiration prolongée, etc. ; et ce sont là les signes classiques de la tuberculose pulmonaire à l'état de crudité. L'objection est fondée, mais on peut y répondre en disant que l'auscultation ne saurait avoir la prétention de révéler la nature des maladies du poumon. Elle ne donne que des signes physiques ; à chacun de les interpréter sagement. Un son mat annonce que le poumon est plus dense que de coutume, sans faire connaître si ce surcroît de densité dépend d'un cancer, d'une tuberculose, d'une congestion ou d'une pneumonie. Il en est de même de la faiblesse du murmure vésiculaire et du retentissement de la voix. Sauf quelques rares circonstances où existe un bruit d'auscultation spécial à une seule maladie, dans la plupart des cas, les phénomènes physiques fournis par l'auscultation n'acquiescent de valeur que par leur réunion avec d'autres phénomènes morbides. Ici, en particulier, les signes de la tuberculose au premier degré ne résultent que d'un surcroît de densité du parenchyme pulmonaire, et, à ce titre,

ils existent dans tout état chronique capable de produire le même effet dans le tissu des poumons.

Cette circonstance explique pourquoi on les observe dans la congestion pulmonaire chronique, et c'est ce qui rend si difficile le diagnostic des deux maladies dont je parle.

Ayant le même siège, elles offrent toutes les deux une diminution de densité du parenchyme pulmonaire, et toutes les deux ont pour signes physiques :

- 1° Matité relative ;
- 2° Faiblesse du murmure vésiculaire ;
- 3° Expiration prolongée ;
- 4° Retentissement de la voix.

Maintenant que j'ai démontré, par l'anatomie pathologique, par les exemples personnels, et à l'aide d'une solide analogie, l'existence de la congestion pulmonaire chronique simulant la tuberculose des poumons à son premier degré, je vais en indiquer les causes, et j'achèverai par quelques considérations de diagnostic, de prognose et de thérapeutique.

Causes. — Chez quelques enfants, c'est une *bronchite* qui est le point de départ des accidents, et il en a été ainsi dans la plupart des cas assez nombreux que j'ai observés. La *rougeole* plus qu'aucune autre maladie, par le catarrhe bronchique dont elle s'accompagne, engendre la congestion pulmonaire chronique, et chez les sujets prédisposés, l'infiltration tuberculeuse.

Dans quelques cas, c'est à la suite d'une *pneumonie lobaire* ou *lobulaire* que s'établit l'hypémie pulmonaire, assez semblable alors à la *pneumonie chronique*, mais qu'on en distingue par la matité complète et par le souffle bronchique. Enfin, chez quelques enfants, c'est la *coqueluche* qui précède la congestion chronique des poumons ; mais, dans tous ces cas différents, il y a un fait général qui les domine de façon à faire comprendre le mode de développement de la maladie. Que la rougeole, la coqueluche, la pneumonie, le typhus, soient antérieurs à l'apparition de la congestion pulmonaire, peu importe ; le fait général à connaître, c'est la bronchite qui accompagne ces différents états morbides, et qui, par les mucosités et les épithéliums dont elle obstrue les petites bronches, y entretient un état fluxionnaire plus ou moins considérable.

La bronchite et ses produits sont évidemment la cause de la congestion pulmonaire chronique, et ce fait n'a rien d'incompréhensible, puisque j'ai dit plus haut, ce que beaucoup de médecins savent, que la bronchite aiguë produit la congestion lobulaire aiguë et la pneumonie lobulaire, appelée *atélectasie* par nos confrères de l'Allemagne.

S'il était permis de poursuivre jusque dans l'état chronique le fait de l'affaissement des vésicules pulmonaires hypérémiées outre mesure, qu'on a désigné sous le nom d'*atélectasie*, je dirais que cet état persiste à l'état chronique, et qu'il y a chez quelques sujets une sorte d'atonie des vésicules pulmonaires, consécutive à la congestion des parois, pouvant produire une *atélectasie chronique*. Mais ce n'est là qu'une comparaison destinée à vous faire comprendre ma pensée ; il serait contraire aux principes d'une saine observation d'aller aussi loin.

J'ai combattu l'idée que la pneumonie lobulaire fût une simple atélectasie pulmonaire, ce n'est pas pour la reprendre à mon profit au sujet de l'affaissement des vésicules pulmonaires causé par la congestion chronique de leur tissu.

En somme, le fait capital à retenir ici, c'est que la bronchite chronique est la cause de la congestion chronique des poumons simulant le premier degré de la phthisie.

Diagnostic. — Le diagnostic de la *congestion pulmonaire chronique* est extrêmement difficile, surtout chez les enfants, plus disposés que les adultes à la production des tubercules. On ne peut se prononcer hardiment sans témérité ni sans jouer avec le hasard qui peut confirmer une affirmation sans motifs. Souvent ce n'est qu'après plusieurs mois de soins attentifs et lorsque la lésion disparaît, qu'on peut en reconnaître la nature congestive. Il en est ici comme dans certains cas de syphilis douteuse, dont le traitement seul peut éclairer le diagnostic.

Eh bien, dans la congestion pulmonaire chronique, c'est le traitement par les eaux sulfureuses froides et chaudes, aidé du séjour à la campagne, qui est la pierre de touche. Ce qui guérit par ces moyens n'était, comme le savent très-bien ceux qui ont l'expérience des eaux, que congestion ou phlegmasie chronique, car l'infiltration tuberculeuse et les tubercules, s'ils peuvent s'arrêter dans leur évolution, ne se résorbent jamais.

La tuberculose pulmonaire à l'état de granulation entourée d'hypémie chronique, ou à l'état d'infiltration, la pneumonie chronique, les pleurésies partielles anciennes, peuvent, par leurs signes physiques, être facilement confondues avec la congestion pulmonaire chronique. Mais la marche des accidents permet d'écarter aussitôt les cas où le surcroît de densité du poumon dépend d'une pleurésie ancienne. Le diagnostic est plus difficile avec la pneumonie chronique ; cependant cette maladie succède à un état aigu, la matité est plus forte. Il y a du souffle et une bronchophonie tels, qu'on reconnaît par là une induration pulmonaire considérable, dépassant celle qu'on doit attribuer à une simple congestion chronique. Sous ce rapport, le diagnostic de l'état morbide que je vous décris avec la pneumonie chronique n'est pas impossible.

Reste donc enfin le diagnostic de cette maladie avec la tuberculose au premier degré. C'est là, je le répète, ce qui offre les plus grandes difficultés, car les signes physiques de l'un ou l'autre de ces états morbides étant, à peu de chose près, les mêmes, on ne peut se prononcer que d'après la considération de phénomènes généraux et de commémoratifs, qui souvent sont plutôt des présomptions que des certitudes.

Dans la congestion chronique des poumons il y a, comme dans leur tuberculose au premier degré, similitude de signes physiques : diminution de résonnance sur un point, affaiblissement du murmure vésiculaire, quelquefois rudesse de l'inspiration, ailleurs du bruit d'expiration prolongée et du retentissement de la voix. Cela est tout naturel. En fait de choses physiques, des causes semblables produisent toujours des phénomènes identiques.

La distinction se fait à l'aide des signes fournis par la constitution et les antécédents des malades.

S'il n'y a pas d'hérédité scrofuleuse ou tuberculeuse, s'il n'existe pas de glandes cervicales suppurées, s'il n'y a pas de susceptibilité bronchique catarrhale ou d'hémoptysies antérieures, si la santé était habituellement bonne, on peut croire à l'existence d'une simple congestion chronique des poumons. Au contraire, si les sujets sont maladifs, maigres, fébricitants, atteints de fréquentes bronchites, d'hémoptysies, de diarrhée, de suppuration des glandes cervicales ou de tumeurs blanches, enfin s'ils sont nés de parents scrofuleux ou tuberculeux, il est infiniment probable que les accidents observés dans la poitrine dépendent d'une tuberculose au premier degré.

Il y a des cas où les difficultés sont aggravées par l'existence d'une bronchite permanente assez forte, donnant lieu à une sécrétion abondante de mucosités et en même temps à des râles humides de gros volume. Ainsi j'ai soigné dans une même