

La palpation du thorax suffit, dans quelques circonstances, pour révéler l'existence de la pleurésie accompagnée d'une notable quantité d'épanchement. La main ne trouve aucune vibration dans les parois du côté malade au moment de la respiration ou des cris. Ce signe, indiqué par Taupin, Baron, Rilliet et Barthez, et que j'ai pu constater très-souvent, me paraît être d'une grande valeur. Son importance est même d'autant plus grande que dans la pneumonie on observe précisément un phénomène contraire. Ainsi, dans la pneumonie, la vibration des parois thoraciques est considérablement augmentée. C'est là un signe différentiel précieux dont il faut absolument tenir compte, et qui sépare l'une de l'autre la pleurésie aiguë suivie d'épanchement et la phlegmasie du parenchyme pulmonaire.

La pleurésie *primitive* des enfants à la mamelle se présente, comme la pleurésie des enfants plus âgés, à l'état *aigu* et à l'état *chronique* ou *latent* avec épanchement de *sérum* ou de *pus*.

Dans la forme aiguë, l'invasion est signalée par la toux, sans qu'il soit possible de constater la douleur pleurétique, par une accélération notable de la respiration et par une fièvre modérée de 38 degrés environ. L'enfant paraît accablé; il tette moins volontiers; son humeur est triste; sa respiration est faible, accompagnée de respiration bronchique sans râles; la percussion donne un peu de matité. Lorsque la maladie est bien confirmée, ces symptômes persistent et s'aggravent; l'enfant maigrit, perd tout son appétit, présente quelquefois de la diarrhée: la fièvre devient rémittente avec exacerbations nocturnes; la respiration s'embarrasse de plus en plus et devient saccadée, haletante ou expiratrice. La toux reste la même. L'auscultation révèle la présence du souffle bronchique, et enfin l'absence complète de respiration. La percussion donne un son mat dans tout le côté affecté. La palpation ne découvre aucune vibration des parois thoraciques qui sont très-dilatées du côté malade.

Dans le cas de *pleurésie diaphragmatique*, on observe, avec les phénomènes précédents, la secousse gémissante et saccadée de l'inspiration beaucoup plus marquée que dans la pleurésie ordinaire.

Pleurésie chronique. — Dans la forme chronique ou latente, la réaction fébrile est moindre, la toux est à peu près nulle, et les troubles extérieurs de la respiration peu marqués. On constate par l'auscultation la respiration faible, le souffle bronchique, et enfin l'absence totale de respiration. La matité est complète, la vibration des parois thoraciques est détruite, et les espaces intercostaux très-tendus.

Arrivées à ce terme, la pleurésie aiguë et la pleurésie chronique se confondent. Les accidents déterminés par la présence d'un épanchement abondant dans la cavité de la plèvre sont les mêmes, à part toutefois l'intensité de quelques symptômes, qui est plus grande dans la pleurésie primitive aiguë. Si l'épanchement est à droite, le foie est abaissé, s'il est à gauche, le cœur est refoulé sous le sternum et à droite, il y a quelquefois de l'œdème des parois thoraciques, la dyspnée est considérable, et l'asphyxie ne tarde pas à venir mettre un terme à l'existence de l'enfant.

Si je ne craignais d'abuser de votre patience, je croirais fort intéressant de vous citer en quelques mots le fait d'une jeune fille du même âge (quatorze ans), modiste, réglée depuis un mois seulement, qui vint mourir à la clinique de M. le professeur Rostan au douzième jour d'une chorée suraiguë compliquée d'une méningo-encéphalite, et dont l'autopsie a été faite avec soin.

Elle entre le 3 mars 1855, à la salle Saint-Antoine, n° 20, en proie au délire et à des mouvements choréiques généralisés. Les parents nous apprennent qu'à l'âge de deux ans elle a déjà éprouvé, sous forme de tic, des mouvements convulsifs de la face qui lui attirèrent des réprimandes. Au bout de peu de temps, tout disparut, la

santé devint bonne, la taille s'accrut dernièrement d'une façon rapide. Les règles parurent, il y a un mois, sans crise. Elle travaillait chez une modiste lorsqu'il y a trois jours, au moment de retour de la deuxième époque menstruelle, elle fut prise soudainement d'un sommeil de plomb. — A son réveil, des mouvements convulsifs très-prononcés dans les membres se manifestèrent, et le médecin crut devoir pratiquer en quarante-huit heures deux saignées du bras. La maladie s'aggravant, on transporta cette jeune fille à l'Hôtel-Dieu dans un état d'agitation extrême; les yeux se convulsent dans tous les sens, les pupilles sont extrêmement dilatées; les lèvres sont fuligineuses, couvertes de croûtes noirâtres d'herpès. La peau est chaude et sèche. Le pouls est très-accélééré. La langue est saburrale, blanchâtre, l'intelligence abolie. Rostan diagnostique une chorée aiguë compliquée de méningo-encéphalite. Il prescrit des affusions d'eau froide dans un bain; des sinapismes aux membres inférieurs, des frictions calmantes sur la colonne vertébrale et une potion antispasmodique. La chorée ne tarde pas à devenir d'une violence inouïe. L'agitation est continue jour et nuit. La malade se blesse, s'écorche de tous les côtés. On est obligé de matelasser le lit et même d'appliquer la camisole de force. La mort arrive le 12 mars, dans un état d'adynamie et d'asphyxie très-prononcé. Voici les résultats très-curieux de l'autopsie.

Autopsie. — A l'ouverture du crâne, il s'écoule une quantité considérable de sang rouge, épais. Le cerveau paraît gorgé de sang et sensiblement augmenté de volume. Sur les faces latérales, les méninges offrent une rougeur intense de forme ovalaire, à travers laquelle apparaissent les circonvolutions.

Sur le cervelet, sur le mésocéphale, sur la base du cerveau et sur le bulbe, on constate une injection semblable. Vers la grande scissure interlobaire, les méninges présentent une couleur opaline, semblent épaissies, on les détache avec peine. Les circonvolutions sont le siège d'une vascularisation fine, offrent une teinte rosée; elles sont serrées les unes contre les autres. Si l'on coupe perpendiculairement une tranche du cerveau, on voit que la substance grise est très-colorée, d'un gris foncé. La substance blanche est à peine distincte dans le repli d'une circonvolution. Les vaisseaux de la pie-mère pénètrent sous forme d'arborisation très-marquée entre les anfractuosités des circonvolutions. A la coupe, la substance blanche laisse sourdre du sang en abondance; elle est poisseuse au toucher. Les ventricules sont remplis d'une sérosité fortement sanguinolente. La toile choroïdienne, les plexus sont gorgés d'un sang rouge.

Le cervelet est aussi injecté; de plus, à la surface inférieure, la partie externe offre un léger ramollissement de la substance grise. Les membranes de la moelle sont fortement injectées, d'un rouge vif. On voit des vaisseaux sinueux très-accusés sur les faces antérieure et postérieure. Dans la queue de cheval, on retrouve un peu de liquide séro-sanguinolent épanché. La substance médullaire est évidemment ramollie, diffluente au niveau des premières vertèbres dorsales; sa coloration est d'un blanc légèrement jaunâtre (1).

II. *Pleurésie dans la seconde enfance.* — Elle ressemble à celle de l'adulte. La fièvre habituellement faible, le point de côté et une petite toux sèche avec gêne plus ou moins grande de la respiration indiquent le début de la pleurésie des enfants de cinq à quinze ans.

Il est rare que la température monte à 39 et 40 degrés, ni que les phénomènes généraux soient bien sérieux. Il y a un peu de faiblesse et de perte d'appétit, mais en général les enfants continuent de manger et de marcher. Ce n'est que lorsque la

(1) De Beauvoir, *Gazette des hôpitaux*, 1874.

douleur de côté est très-vive que la maladie prend son véritable caractère. Dans le côté de la plèvre qui est malade il y a de la matité en arrière de la poitrine, quelquefois du frottement pleural, de la diminution du murmure vésiculaire, du souffle bronchique ou amphorique, de l'ægophonie ou de la broncho-ægophonie, quelquefois du gargouillement pectoriloque.

J'ai vu bien des cas déjà où avec un souffle amphorique et du gargouillement avec pectoriloquie on aurait pu croire à des cavernes du poumon lorsqu'il n'était rien et que la maladie était guérie au bout de deux mois.

La vibration de la voix sur les parois thoraciques est nulle, et sous la clavicule il y a souvent de la résonance tympanique. Plus tard le souffle disparaît, soit que la maladie ait augmenté, que l'épanchement soit devenu très-considérable, le murmure respiratoire cesse de se faire entendre dans tout le côté malade depuis le haut de la poitrine jusqu'en bas, et le cœur est refoulé à droite ou à gauche selon que le liquide occupe le côté gauche ou le côté droit de la plèvre.

Terminaisons. — La pleurésie primitive, aiguë ou chronique, des enfants à la mamelle est une maladie fort grave, qui se termine rarement par résolution, et qui entraîne très-souvent la mort dans le marasme ou par asphyxie. Deux enfants que j'ai observés à l'hôpital Necker, ont succombé sans qu'il ait été possible d'arrêter la marche fatale de la maladie. Il n'en est pas de même chez les enfants plus avancés en âge. La terminaison par résolution est alors beaucoup plus fréquente, ainsi que j'ai eu maintes fois l'occasion de le constater en ville ou dans mon service de l'hôpital des Enfants malades, et comme on peut le voir par la lecture des travaux de Baron, Barrier, Rilliet et Barthez.

Quand la résolution n'a pas lieu, la pleurésie passe à l'état chronique et peut devenir *purulente* ou entraîner l'*asphyxie par suffocation*. En cas de suppuration, les enfants sont dévorés par la fièvre et succombent dans un état de marasme très-caractérisé, à moins que l'épanchement ne se fraye un chemin au dehors, soit entre deux côtes, soit dans les bronches, en perforant le poumon de façon à faire une fistule pulmonaire externe ou une fistule bronchique. J'ai soigné plusieurs enfants qui ont guéri chez lesquels cette terminaison avait eu lieu.

Qu'il y ait résolution ou suppuration et guérison d'un grand épanchement de la plèvre, il en résulte toujours chez les jeunes enfants un rétrécissement très-considérable de la poitrine avec inclinaison de la colonne vertébrale du côté malade, ce qui exige un peu plus tard l'emploi des moyens orthopédiques.

Si l'épanchement est séreux outre l'égaphaine ordinaire, on entend lorsque le malade parle des lèvres et sans bruit une transmission de la voix que Bacelli appelle *pectoriloquie aphonique*, ce qui n'a pas lieu dans la pleurésie purulente. Le fait est vrai dans bien des cas, mais il n'est pas constant.

Diagnostic. — Parmi les maladies de la première enfance qu'il serait possible de confondre avec la pleurésie, une seule mérite de fixer l'attention, c'est la pneumonie. Toutefois dans la pneumonie, le thermomètre s'élève toujours à 39 et 40 degrés, chiffre qu'on n'observe pas dans la pleurésie où l'on ne trouve guère que 38 et 38°,5. De plus, chez les enfants à la mamelle, la pneumonie succède presque toujours au catarrhe bronchique; elle est caractérisée par la présence des râles muqueux et sous-crépitant dans les deux côtés de la poitrine, par le souffle bronchique, la bronchophonie, et une vibration notable des parois thoraciques au moment des cris. La pleurésie, au contraire, ne s'accompagne d'aucun râle; la respiration est faible d'un seul côté; là, on entend d'abord du souffle auquel succède l'absence complète de la respiration, la matité absolue, et l'absence de toute vibra-

tion dans les parois du thorax au moment des cris. Il n'en faut pas davantage pour distinguer parfaitement ces deux maladies l'une de l'autre.

On observe en outre une respiration courte, saccadée, quelquefois gémissante et *expiratrice*, si la pleurésie a une grande étendue et touche au diaphragme.

A un âge plus avancé, la pleurésie pourrait être confondue avec la péricardite, le pneumothorax et les affections tuberculeuses pulmonaires. Dans la péricardite, la matité occupe la région antérieure de la poitrine et affecte une forme triangulaire, tronquée, dont le sommet se trouve vers la clavicule; les bruits du cœur sont sourds et en arrière s'entend encore le murmure vésiculaire respiratoire.

Dans le pneumothorax, la matité est complète en bas de la poitrine dans le côté malade, tandis qu'à la partie supérieure de l'épanchement il y a une résonance bien marquée. On entend par la succussion un bruit de flot très-évident (*succussion hippocratique*) et en écoutant avec soin le murmure vésiculaire, on perçoit du souffle amphorique quelquefois accompagné de tintement métallique.

Dans la phthisie avec cavernes pulmonaires, il y a souffle caverneux ou amphorique, gargouillement et pectoriloquie, phénomènes que j'ai observés plusieurs fois dans la pleurésie aiguë et chronique; mais dans ces cas il n'y a que la marche des accidents, leur invasion récente et leur succession qui puissent éclairer le diagnostic. C'est là un des cas les plus difficiles de l'auscultation, et dans bien des circonstances, à en juger par les erreurs que j'ai commises, plus d'un médecin a dû considérer comme atteints de phthisie au troisième degré, c'est-à-dire avec des cavernes pulmonaires, des sujets qui ont guéri et qui n'avaient qu'une pleurésie avec souffle amphorique et gargouillement plus ou moins prononcé.

Traitement. — Ce que j'ai à dire sur le traitement de la pleurésie des enfants à la mamelle ne s'applique uniquement qu'aux pleurésies primitives, puisque j'ai à dessein, en raison de leur peu d'importance, laissé de côté les pleurésies sèches secondaires. Il n'est guère possible, dans un âge aussi tendre, à moins d'une réaction fébrile considérable, de recourir à l'emploi des émissions sanguines. S'il y avait opportunité, il faudrait les employer avec réserve, et n'a pplier à la fois, sur le côté malade, qu'une ou deux sangsues, ou trois ventouses, le médecin restant libre de réitérer en cas de besoin.

C'est surtout dans les cas de douleur pleurétique très-rare chez les sujets de la seconde enfance, que les sangsues sur le point douloureux sont très-efficaces. Mais alors on peut aussi faire une injection hypodermique de un demi-centigramme de chlorhydrate de morphine.

Les *diurétiques* sont peu commodes à faire prendre à un jeune enfant; cependant, à défaut de nitrate de potasse ordinairement employé, on peut mettre en usage la teinture de scille ou de digitale. Si la diacrise urinaire ne s'effectue pas, ces médicaments ont au moins l'avantage de tempérer la vitesse de la circulation et de calmer la réaction fébrile. On donne ces médicaments dans une potion :

Eau de laitue	40 grammes.
Sirop simple	20 —
Teinture de digitale	20 à 30 centigrammes.

Les *purgatifs*, dont l'emploi est adopté par Baudelocque, sont cités par Baron comme devant produire des résultats fort avantageux. Il faut donner la manne en dissolution dans du lait, le tartre stibié en lavage à la dose d'un centigramme. Ce sont les purgatifs les plus doux et les plus faciles à administrer.

Les *révulsifs cutanés* ont été mis en usage par un grand nombre de médecins qui n'ont eu qu'à s'applaudir de les avoir employés. Comme ces résultats pratiques

concernent surtout la pleurésie de la seconde enfance, on ne peut rigoureusement conclure à l'efficacité des vésicatoires dans le traitement de la pleurésie des enfants au berceau. Néanmoins, si l'on en juge par l'analogie, qui est, en définitive, le seul guide des essais de thérapeutique, il faut regarder la vésication comme une ressource fort utile pour obtenir la guérison de la maladie qui nous occupe.

Comme *dérivatif* on a conseillé l'*infusion* de 2 à 4 grammes de *Jaborandi* qui, par ses effets de salivation et de sudation, a été considérée comme pouvant faire absorber l'épanchement pleurétique. Quelques faits ont été produits en faveur de cette médication, mais je l'ai employée, plusieurs fois sans en retirer de réels avantages.

Il est presque inutile d'ajouter que l'emploi de ces divers moyens doit être secondé par l'observation des règles de l'hygiène la plus sévère. L'enfant devra être placé au milieu d'une douce atmosphère, à l'abri des refroidissements subits et d'une chaleur exagérée. Il sera soumis à une diète lactée rigoureuse, et la nourrice le tiendra souvent sur ses bras pour le promener dans l'appartement, sans le conduire à l'air extérieur. Ces conditions doivent nécessairement varier suivant la force des sujets; il en est quelques-uns qui doivent être alimentés, comme cela peut être nécessaire dans la pleurésie chronique; d'autres doivent être promenés au dehors, au soleil, pour lutter contre la cachexie qui les entraîne.

Si la marche de la maladie n'a pu être entravée, et si la quantité de l'épanchement devient menaçante pour la vie, il faut recourir à la thoracocentèse. Cette opération, recommandée par Hippocrate, Celse et Galien, fut ensuite attaquée par Cælius Aurelianus et Paul d'Égine. Elle fut ensuite prônée par Fabrice d'Aquapendente, par Morand en 1751, et de nos jours par Laennec, Boyer, Roux, Faure, Bouillaud, Reybard et une foule de médecins français et étrangers.

Dela thoracocentèse chez les enfants. Cette opération doit être faite pour les *épanchements séreux* et pour les *épanchements purulents*. Dans la *pleurésie séreuse* elle a plusieurs fois été pratiquée par Heyfelder sur des enfants de six à huit ans, et je l'ai pratiquée sur un grand nombre de jeunes sujets avec succès, une fois entre autres, dans des circonstances remarquables. Il s'agit d'une petite fille de sept ans, à qui j'ai fait deux fois l'opération à un mois d'intervalle, d'abord pour une pleurésie à droite, ensuite pour une seconde pleurésie à gauche. L'enfant a parfaitement guéri. Elle n'a été que très-rarement exécutée chez des enfants à la mamelle; mais je ne crois pas, l'indication étant pressante, que l'âge puisse être considéré comme une contre-indication de son emploi. Jadis je me servais d'un très-petit trocart ordinaire par lequel le liquide coulait seul. Aujourd'hui j'emploie toujours le trocart capillaire aspirateur pour faire la succion de l'épanchement. — Il ne faut pas opérer les petits épanchements, mais dès que le liquide atteint la crête de l'omoplate, refoule le cœur à droite ou abaisse le foie; il faut ponctionner — et faire l'ouverture, soit dans la ligne axillaire au cinquième espace intercostal compté de haut en bas, soit en arrière dans le troisième espace compté de bas en haut. — Si l'épanchement est considérable, il est bon de n'en retirer que les deux tiers et on enlève le reste trois jours après.

Dans la *pleurésie purulente* des enfants j'ai fait un grand nombre de ponctions aspiratrices, avec cette idée que le pus se reproduisant assez vite, je ferais autant de fois la ponction que le pus reviendrait — j'ai réussi — en faisant 10, 15, 30, 50 et jusqu'à 122 ponctions chez le même enfant.

Maurice l'a faite aussi sur un enfant de vingt-sept mois, pour une pleurésie ancienne et *purulente* qui nécessita trois ponctions combinées aux injections d'iode, et le malade guérit. Guinier l'a faite sur un enfant de neuf mois, et le succès de son opération doit encourager à faire d'autres opérations semblables.

Il faut faire une injection iodée après la ponction, et la répéter deux et trois fois par semaine, dès que l'épanchement s'est reproduit.

On emploie à présent l'aspirateur pneumatique de Dieulafoy à la place des petits trocarts ordinaires et l'on a bien raison, car l'opération est insignifiante et peut être renouvelée autant de fois qu'il est nécessaire. Comme je l'ai montré (1), à l'aide de l'aiguille creuse montée sur une seringue, on peut faire des ponctions répétées une ou deux fois par semaine sans produire de traumatisme ni de fistule. En 1871, j'ai guéri six pleurésies purulentes sans fistule après deux, sept, quinze, vingt-sept et cinquante et une thoracocentèses successives. Avec le D^r Sa vornin nous en avons fait deux cent vingt-deux à un enfant de dix-huit mois qui a guéri de sa pleurésie et qui a succombé de pneumonie morbilleuse peu de temps après. C'est affaire de temps et de patience (2). Mais si l'on craint de ne pas réussir, il faut faire l'empyème ou le drainage et laver la cavité pleurale de manière à empêcher la stagnation du pus.

Lorsque la pleurésie guérie entraîne le rétrécissement de la poitrine et cause chez les très-jeunes enfants une déviation fort prononcée de la taille sur le côté malade, il faut *appliquer du collodion sur le côté sain* ou mettre un corset mécanique, cela a suffi, au bout de quelques semaines, pour redresser la colonne vertébrale.

Aphorismes.

184. La pleurésie aiguë, avec épanchement de sérosité, est très-rare chez les nouveau-nés et chez les enfants à la mamelle.

185. De la matité absolue dans un seul côté de la poitrine, chez un jeune enfant, indique plutôt une pleurésie qu'une pneumonie.

186. La matité du thorax, et, sous la main, l'absence des vibrations thoraciques au moment des cris, annoncent un épanchement pleurétique.

187. L'épanchement pleurétique des très-jeunes enfants est un accident très-grave.

188. La pleurésie des jeunes enfants, qui passe de l'état aigu à l'état chronique, est souvent mortelle.

189. Un épanchement considérable, chez un jeune enfant, doit être traité par la thoracocentèse au moyen d'un petit trocart capillaire aspirateur, et il en est de même dans la seconde enfance.

190. Dans la seconde enfance, la fièvre avec point pleurétique, la matité d'un côté de la poitrine, l'absence de murmure vésiculaire, le souffle bronchique ou amphorique, le frottement et le gargouillement avec égophonie, indiquent une pleurésie avec épanchement considérable.

191. La pleurésie gauche avec grand épanchement est bien plus grave que la pleurésie droite, car elle refoule le cœur à droite et peut entraîner une syncope mortelle.

192. Dans quelques circonstances, rien ne ressemble autant que les phénomènes d'auscultation de la pleurésie aiguë ou chronique à ceux des cavernes tuberculeuses, car on y observe le souffle amphorique et le gargouillement avec de la pectoriloquie; toutefois, si l'on est bien renseigné sur la marche de la maladie, la production

(1) Bouchut et Després, *Dictionnaire de médecine et de thérapeutique médicale et chirurgicale*, 2^e édition. L'article PLEURÉSIE renferme à ce sujet tous les renseignements nécessaires.

(2) E. Bouchut, *Mémoire sur la thoracocentèse par succion dans la pleurésie purulente*. (*Gazette des hôpitaux*, 1872.)

rapide des bruits d'auscultation dans le premier cas permet d'écarter l'idée de la phthisie, où les bruits ne se montrent que longtemps après le début du mal,

CHAPITRE VII

PHTHISIE PULMONAIRE CHEZ LES NOUVEAU-NÉS ET CHEZ LES ENFANTS A LA MAMELLE

On aurait une très-fausse idée de la phthisie des nouveau-nés et des enfants à la mamelle, si l'on croyait pouvoir se l'imaginer comme un diminutif ou une réduction de la phthisie des adultes. Dans le premier âge, la phthisie pulmonaire a des caractères et des symptômes tout particuliers ; il n'y a que la phthisie de la seconde enfance qui puisse se rapprocher de la phthisie de l'adulte.

Causes. — La phthisie pulmonaire des nouveau-nés est le résultat de l'influence héréditaire, de la nourriture malsaine ou insuffisante, de la mauvaise qualité du lait d'une nourrice, du sevrage prématuré, du froid, de la misère et de toutes les causes débilitantes qui peuvent agir directement sur la nutrition. Elle peut également résulter de l'affaiblissement qui succède aux troubles de la nutrition par de fréquentes diarrhées ; de la congestion chronique des poumons (1) ; de la rougeole compliquée de pneumonie lobulaire et quelquefois de la pneumonie aiguë, mais dans ce cas, il y a toujours lieu de se demander laquelle des deux affections a précédé l'autre, si c'est la pneumonie qui est bien l'état morbide primitif, ou si elle n'est pas elle-même une affection secondaire. Pour moi, je pense que dans beaucoup de cas, chez des enfants prédisposés, c'est la pneumonie qui amène le développement de la phthisie, et ici la chose se passe comme dans la pathologie de l'homme adulte. Quand la phthisie résulte de la rougeole ou de la pneumonie, c'est le résultat de la réplétion des cellules pulmonaires par l'épithélium en desquamation ou par l'exsudation inflammatoire qui s'altère et entre en régression pour former l'état caséux. Il y a là une action irritante délétère analogue à celle de l'absorption des poussières végétales ou minérales par le poumon, et, de même que ces poussières, agissant comme des corps irritants, amènent la tuberculose pulmonaire, la poussière animale des cellules d'épithélium qui résulte de la desquamation bronchique de la rougeole emplit les vésicules pulmonaires et produit le développement des tubercules. La phthisie enfin est peut-être chez l'enfant, dans sa forme granuleuse, une des manifestations de la syphilis héréditaire.

Formes. — La phthisie des enfants présente plusieurs formes anatomiques distinctes qui se réunissent quelquefois, et que j'ai étudiées avec Ch. Robin. Il y a : 1° la *phthisie granuleuse*, dont le caractère anatomique est la présence de *granulations fibro-plastiques*, et quelquefois, mais très-rarement, de *granulations épithéliales* ; 2° la *phthisie tuberculeuse*, dont le *tubercule* jaune cru ou ramolli est le principal élément, et dans laquelle se rencontrent également des granulations fibro-plastiques ; 3° la *phthisie par pneumonie caséuse*. Les deux premières formes anatomiques, reconnues par Bayle, ne sont, comme l'a dit Laennec, que les deux degrés d'une seule et même maladie, le tubercule jaune étant toujours la transformation de la granulation grise fibro-plastique ou épithéliale. Dans un certain nombre de cas, cependant, il n'existe que des granulations grises fibro-plastiques sans tuberculisation jaune ; et ailleurs, la maladie commence par

(1) Voyez : CONGESTION DES POUMONS, p. 328.

le tubercule sans avoir été précédée de granulations grises. Sur ce fait repose la loi de pathologie générale suivante : *Les produits morbides ne révèlent pas toujours la nature d'une maladie*. En effet, on voit ici deux produits de structure différente qui dépendent de la même diathèse et sont de la même nature, tandis qu'ailleurs on voit la gangrène ou des produits ayant même structure, le pus, l'épithélium, le tissu fibro-plastique, les fausses membranes, etc., se produire sous l'influence de causes toutes différentes et dépendre de maladies n'ayant entre elles aucun rapport de nature et de causalité. Ce sont là des faits de la plus haute importance. — Quant à la *phthisie par pneumonie caséuse*, c'est une consommation produite par l'ulcération inflammatoire chronique des poumons et la destruction caséuse du parenchyme pulmonaire.

§ I. — Phthisie granuleuse.

Dans la *phthisie granuleuse*, les deux poumons sont plus ou moins remplis de granulations miliaires demi-transparentes, opalines, grisâtres, brillantes et nacrées. Ces granulations ont le volume d'une petite tête d'épingle à un grain de chènevis. Elles sont entourées d'une zone rougeâtre vasculaire de 1 à 2 millimètres, ou au contraire entourées de parenchyme sain, ce qui est plus rare. Elles sont dures, résistantes au doigt. Elles sont inégalement disséminées, mais sans préférence marquée pour le sommet des poumons, comme on l'observe dans la phthisie par pneumonie caséuse.

Ces granulations sont formées d'éléments particuliers, tantôt de noyaux de tissu fibro-plastique, ce qu'on appelle à présent des cellules embryonnaires de tissu connectif, tantôt de cellules épithéliales, ce qui est exceptionnel. Elles peuvent rester longtemps sous cette forme, et chez des enfants qui succombent, il n'y a quelquefois pas d'autres corps étrangers dans le parenchyme pulmonaire, que les granulations dont je viens de parler. Chez d'autres sujets, elles offrent un point jaunâtre central qui est le commencement d'une transformation en tubercule jaune cru, et elles sont entourées dans le même poumon par des granulations tuberculeuses, de sorte que les deux altérations sont réunies sur le même enfant.

Voici d'ailleurs la structure histologique de ces granulations, telle que, pour première fois, Ch. Robin et moi l'avons déterminée, et ces recherches me paraissent avoir d'autant plus d'importance que nos résultats ont été confirmés depuis par Liegard (de Caen) (1), par Luys (2), par Virchow et par tous les histologistes.

Granulations fibro-plastiques. — Les éléments constitutifs de ces granulations sont 1° de la matière amorphe parsemée de granulations moléculaires formant une grande partie de la masse ; 2° des éléments fibro-plastiques en minime quantité ; 3° quelquefois des corps granuleux ; 4° des fibres du tissu cellulaire généralement très-rares et pouvant manquer, des éléments élastiques du poumon qui manquent encore plus fréquemment ; 5° çà et là des cellules d'épithélium pulmonaire.

1° La matière amorphe est assez abondante et présente une consistance variable, plus grande dans les petites que dans les grosses granulations ; elle est semée de fines granulations moléculaires grisâtres, à contours indéterminés. Dans quelques granulations, la masse de cette matière amorphe l'emporte sur la proportion des

(1) Liegard, thèse inaugurale.

(2) Luys, *Études d'histologie pathologique sur le mode d'apparition et l'évolution des tubercules dans le tissu pulmonaire*, thèse inaugurale, Paris, 1857.