

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.

autres éléments. Quelques-unes sont noires comme des granulations pigmentaires. Cette substance est importante en raison de sa densité qui gêne beaucoup la dilatacion des autres éléments.

2° Les éléments fibro-plastiques se présentent là avec leurs trois variétés : noyaux, cellules et fibres fusiformes. Les noyaux sont les plus nombreux, et peuvent être ovoïdes avec leurs formes caractéristiques ; quelques-uns sont sphériques et plus petits que les noyaux ordinaires. Les cellules sont moins nombreuses que les noyaux et sont généralement ovoïdes ; quelques-unes ont des prolongements à leur contour, ce qui les rend irrégulières ; elles renferment un noyau ovoïde caractéristique ; quelques-unes peuvent renfermer un noyau sphérique pareil à ceux dont nous venons de parler plus haut. Il n'est pas rare de trouver des cellules ayant deux noyaux, fait plus commun dans cet état du poumon que dans les autres productions fibro-plastiques. Les granulations incluses dans les cellules fibro-plastiques sont toujours très-fines et uniformément distribuées ; aussi cette variété des éléments offre-t-elle toujours une grande transparence. Les fibres fusiformes sont moins

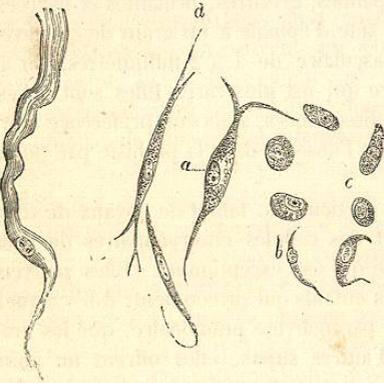


FIG. 51. — Éléments fibro-plastiques ordinaires (*).

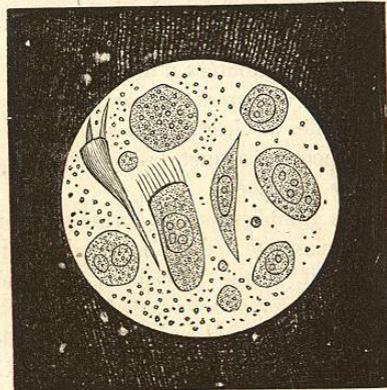


FIG. 52. — Éléments de la granulation grise du poumon (**).

nombreuses que les éléments qui précèdent ; elles sont pâles et transparentes, peu granuleuses, leur longueur est variable, on en trouve de courtes comme celles des granulations de la péritonite et de la pleurésie chronique. Il n'est pas rare de les rencontrer avec une extrémité tronquée près du noyau. Ce dernier est généralement ovoïde, mais quelquefois on le trouve avec la forme sphérique.

3° Ce tissu diffère un peu du tissu fibro-plastique ordinaire, ainsi qu'on peut le voir dans la figure 50, où se trouvent les éléments ordinaires de ce tissu.

4° Les fibres du tissu cellulaire manquent souvent ; quand elles existent, elles sont englobées dans les éléments ci-dessus. Les fibres du tissu jaune élastique existent plus fréquemment que celles du tissu cellulaire.

5° Les cellules d'épithélium pulmonaire ont conservé leur aspect normal, présentent quelquefois des cils vibratiles comme dans la planche que j'ai dessinée (fig. 51), et elles viennent des parois de petites bronches non encore détruites par le dépôt fibro-plastique.

(*) a, noyau ; b, extrémités pointues du corps fusiforme quelquefois très-prolongées et très-minces, quelquefois très-courtes et larges à pointes obtuses, ou bien très-courtes, étroites, aiguës et plus ou moins droites et recourbées ; d, extrémité bifurquée. (ROBIN.)

(**) On remarque des granulations moléculaires, noyaux fibro-plastiques, cellule fibro-plastique irrégulière, cellule fibro-plastique fusiforme et une cellule épithéliale à cils vibratiles. (BOUCHUT.)

Granulations épidermiques. — Ch. Robin et moi n'avons observé que quatre fois des granulations de ce genre, deux fois chez des enfants de quatre à six ans, deux fois chez l'adulte. Sur les deux jeunes sujets, des granulations de la grosseur d'une tête d'épingle à un pois se trouvaient disséminées dans toute l'étendue des poumons. Distantes de 1 à 2 centimètres, elles étaient difficiles à écraser, offraient une consistance considérable et une friabilité particulière. Ces granulations faisaient saillie sur la coupe du poumon ; leur contour net était entouré de tissu pulmonaire vascularisé ; elles offraient une coloration gris-perle tirant sur le blanc mat ; elles étaient homogènes dans toute leur épaisseur, et leur substance se délayait dans l'eau, comme l'amidon se délaye dans l'alcool.

On y trouvait des éléments d'épithélium pulmonaire, des cellules ayant l'aspect pavimenteux, généralement à quatre ou cinq côtés, de dimensions variables du reste, mais ayant assez de régularité. Ces cellules, à peu près quadrilatères, se rapprochaient de la forme pavimenteuse, et étaient normalement mélangées aux cellules qui, à l'état normal, ont la forme cylindrique caractéristique. Le diamètre de ces cellules varie entre 15 et 18 millièmes de millimètre de diamètre, qui est moitié moindre de celui des épithéliums pavimenteux muqueux ou cutanés. Des granulations moléculaires n'offrant rien de particulier se trouvaient mélangées à ces éléments d'épithélium.

Dans les deux autres cas observés chez l'adulte, des granulations analogues aux précédentes se trouvaient distribuées dans les deux poumons et plus abondamment

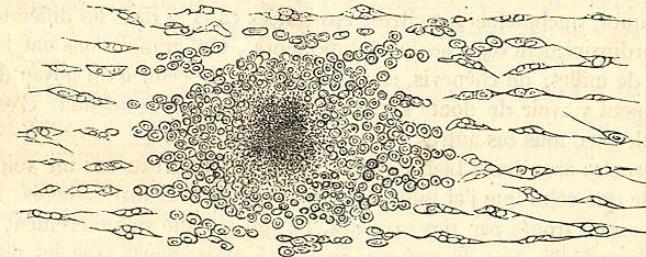


FIG. 53. — Développement du tubercule provenant du tissu conjonctif de la plèvre (*).

dans les lobes inférieurs que dans les supérieurs. Quelques-unes étaient confluentes, d'autres isolées par un centimètre environ de tissu pulmonaire. Il en résultait un aspect criblé particulier. Leur volume variait d'une tête d'épingle à un gros pois. Les plus grosses étaient les plus molles, quelques-unes semblaient ramollies, comme on le voit dans les tumeurs épidermiques de la face. Leur couleur était d'un blanc grisâtre. On y voyait des fragments écrasés facilement, et elles étaient composées de cellules d'épithélium, irrégulières ; les granulations moléculaires étaient plus abondantes dans toutes les cellules à noyaux sphériques ou un peu ovoïdes. Quelques-unes, mais fort peu, avaient autour du noyau des granulations moléculaires jaunâtres, grasses.

Souvent autour de ces granulations épidermiques et fibro-plastiques existent les altérations spéciales de la pneumonie lobulaire discrète ou confluyente, aiguë ou chronique, d'après le genre d'accidents qui a terminé l'existence des enfants.

(*) On voit toute la série du développement, depuis les corpuscules simples du tissu conjonctif ; la division des noyaux et des cellules, jusqu'à la formation du grain tuberculeux, dont les cellules se transforment en détritus à granules grasses occupant le centre de la figure. — Grossissement : 300 diamètres. (VIRCHOW.)

Les ganglions bronchiques sont toujours hypertrophiés et souvent ils renferment de la matière tuberculeuse.

La plèvre présente quelquefois à sa surface de petits dépôts minces pseudo-membraneux, ou de rares granulations fibro-plastiques intra-pleurales.

Le foie, les reins, le péritoine, offrent quelquefois de semblables altérations.

Ces granulations fibro-plastiques ou épidermiques restent souvent sous cette forme jusqu'à la fin de la vie des enfants, et il y a des sujets qui succombent avec ces productions morbides sans addition de tubercules. Ce sont ces cas qu'il faut comprendre sous le nom de *phthisie granuleuse* et que M. Empis (1) a décrits sous le nom de *granulie*. Chez d'autres sujets, les granulations fibro-plastiques demi-transparentes présentent au centre un point jaunâtre, opaque, de matière tuberculeuse à l'état de crudité, et elles sont environnées de granulations entièrement tuberculeuses. Il est évident que dans ces cas la granulation demi-transparente est le point de départ du tubercule, ainsi que l'a établi Laennec, et que ce dernier produit est le résultat d'une métamorphose des noyaux du tissu fibro-plastique qui s'infilte de graisse, puis se ramollit et forme des cavernules et des cavernes communiquant avec les bronches. Ces lésions constituent la *phthisie granuleuse proprement dite* et plus tard la *phthisie tuberculeuse*.

§ II. — Phthisie tuberculeuse.

Dans cette forme, les deux poumons présentent des granulations dures, miliaires, grises, opaques, quelquefois jaunâtres, éparpillées çà et là dans les différents lobes, mais plus ordinairement dans les lobes supérieurs. Ces granulations ont le volume d'un grain de millet, de chènevis, et acquièrent même celui d'un noyau de cerise. Alors il ne peut y avoir de doute sur la nature du produit accidentel. C'est bien là du tubercule avec tous ses autres caractères histologiques.

Ces tubercules acquièrent bien rarement chez les nouveau-nés un volume plus considérable que celui que j'ai indiqué; rarement on les trouve ramollis; rarement les poumons sont troués par des cavernes, ce qui modifie singulièrement les symptômes de la maladie. Sur 36 enfants de 1 à 15 mois, morts avec des tubercules, je n'en ai vu que 3 qui eussent un commencement d'excavation, et c'étaient des cavernules plutôt que des cavernes, ne dépassant pas le volume d'un noyau de cerise. Après deux ans les cavernes se montrent plus souvent.

Dans un cas observé par Cleveland, sur un enfant de sept mois, il y avait dans le lobe inférieur droit une caverne assez grande, ayant l'aspect d'une caverne tuberculeuse ordinaire, et, chose extraordinaire, bien rare à cet âge, cette caverne remplie de liquide purulent communiquait par une ouverture du poumon avec la cavité pleurale remplie à moitié par un liquide semblable et par de l'air, de manière à former un véritable *hydro-pneumothorax*. Le reste du poumon était parsemé de tubercules crus et ramollis. Cette lésion n'avait été reconnue qu'après la mort et par nécropsie. L'enfant était né d'un père mort de phthisie pulmonaire, tuberculeuse.

Autour des tubercules, comme autour des granulations fibro-plastiques, le tissu du poumon offre de nombreuses altérations, très-variées suivant les sujets, et très-variables en effet d'après l'intensité du travail phlegmasique qui entoure chaque corps étranger. Le poumon présente des noyaux plus ou moins nombreux de pneumonie lobulaire, ou au contraire une induration pseudo-lobaire de pneumonie

(1) Empis, *De la granulie, ou maladie granuleuse*. Paris, 1865.

chronique, altérations que j'ai décrites précédemment, et sur lesquelles il est inutile de revenir.

Les ganglions bronchiques sont tous hypertrophiés et pour la plupart convertis en tubercules gris ou jaunes caséux. Ce produit se retrouve encore ailleurs en divers points de l'économie sur tous les tissus, dans tous les viscères sans en excepter les choroïdes et le cerveau. C'est alors que l'on voit que la tuberculisation est le résultat d'une véritable diathèse intérieure, et il n'y a que chez les enfants où l'on puisse vérifier ainsi l'exactitude de cette grande loi morbifique.

§ III. — Phthisie inflammatoire, ou pneumonie caséuse.

Une troisième variété anatomique de phthisie chez les enfants est celle que Broussais a décrite comme le résultat d'une *infiltration purulente concrète avec état caséiforme* du poumon altéré. C'est celle que Lannec considérait comme n'étant qu'une *infiltration tuberculeuse* passant de l'état de crudité au ramollissement.

Aujourd'hui, on sait que Broussais avait eu raison. Les Allemands se sont emparés de son idée, nous l'ont renvoyée sous ce nom de *pneumonie caséuse*, et nous trouvons très-bien de leur part ce que nous trouvions mal dans Broussais.

Quoi qu'il en soit, la pneumonie lobulaire ou lobaire des enfants passant à l'état chronique laisse dans les alvéoles pulmonaires et dans les cloisons un exsudat qui ne se résorbe pas, qui devient grisâtre, et ressemble à une infiltration tuberculeuse: c'était le *pus concret* signalé par Broussais. Cet exsudat se détruit dans ses éléments qui s'infiltraient de graisse (1); il prend l'état *caséiforme* indiqué par Broussais, ce que les Allemands ont appelé *état caséux*, c'est la *pneumonie caséuse*; puis l'exsudat caséux du poumon se ramollit, et ulcère les bronches où il se vide, et à sa place se forment des cavernes qui sont le résultat de la pneumonie chronique devenue ulcéreuse.

Autour de ces cavités de la pneumonie devenue caséuse, se forment d'autres points de pneumonie aiguë ou chronique, des granulations grises et jaunes disséminées de la pleurésie sèche, et s'il y a des cavernes perforant la plèvre, des *hydro-pneumothorax*, comme j'en ai vu de nombreux exemples.

1° *Symptômes de la phthisie granuleuse*. — La phthisie granuleuse des jeunes enfants se présente sous la forme *aiguë* ou *chronique*.

Les symptômes de la phthisie granuleuse aiguë sont très-difficiles à saisir, car ils sont semblables à ceux de la pneumonie, dont elle n'est, à vrai dire, qu'une variété connue sous le nom de *pneumonie granuleuse et tuberculeuse*. On peut, en effet, établir entre la phthisie aiguë des nouveau-nés et la pneumonie le même rapprochement qui existe déjà entre la méningite granuleuse et la méningite simple. C'est une vue que la clinique impose à la nosologie.

La *phthisie aiguë* granuleuse ou tuberculeuse est très-fréquente chez les jeunes enfants, surtout à l'hôpital. Elle est beaucoup moins répandue dans les classes fortunées de la ville. Presque partout elle est méconnue et passe pour être de la pneumonie lobulaire. En effet, les symptômes de ces deux maladies sont à peu près les mêmes, et si les enfants succombent rapidement, c'est à l'autopsie seulement qu'on reconnaît la présence des granulations fibro-plastiques et des tubercules dans le poumon. En conséquence, je renvoie au chapitre des variétés de la pneumonie

(1) Les Allemands appellent ce travail *régression caséuse* ou *nécrobiose*.

lobulaire (1) ce qui est relatif aux symptômes de la phthisie granuleuse et tuberculeuse aiguë.

La *phthisie granuleuse chronique* est plus rare, si rare même, qu'on a dit que la phthisie pulmonaire, dans la véritable acception de ce mot, qui veut dire *consumption*, n'existait pas chez les jeunes enfants. En effet, si par la phthisie pulmonaire on veut entendre uniquement la consommation qui résulte de l'excavation pulmonaire par les tubercules, alors il n'y a pas de phthisie chez le nouveau-né. Mais si le mot *phthisie* représente l'évolution aiguë ou chronique des tubercules pulmonaires, alors, au contraire, la phthisie est très-fréquente chez les jeunes enfants.

La phthisie granuleuse chronique succède à la phthisie aiguë et à la pneumonie lobulaire. Après les phénomènes inflammatoires qui accompagnent le catarrhe pulmonaire et la phlegmasie des poumons, l'enfant semble reprendre des forces et s'acheminer vers une guérison. Mais la convalescence n'arrive pas, l'enfant languit et maigrit chaque jour, sa peau s'amincit, se ride et devient terreuse, son visage se rétrécit et vieillit prématurément. La fièvre le consume d'une manière lente mais continue. Il tousse et n'expectore rien, ni mucus, ni pus, et encore moins du sang.

Sa poitrine amaigrie laisse voir toutes les côtes. Elle résonne moins que de coutume, et de la matité existe quelquefois au niveau des points du poumon où des granulations et de véritables tubercules sont entourés de pneumonie chronique. Des râles sibilant, muqueux et sous-crépitant, se font entendre des deux côtés de la poitrine, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre, ou dans les deux côtés à la fois. Quelquefois du souffle existe en arrière au niveau des bronches, et l'on pourrait se demander si c'est un souffle caverneux ou un souffle bronchique. Mais comme on sait que chez les jeunes enfants il n'y a pas de cavernes assez grandes pour produire ce phénomène, on est obligé de le rapporter au retentissement bronchique par suite de la pneumonie chronique ou à une forte dilatation des bronches.

Le cri retentit plus ou moins, suivant le degré d'induration des poumons, et jamais il n'est plus fort que lorsqu'il existe un souffle bien prononcé.

Avec tous ces phénomènes qui trahissent un désordre matériel considérable dans le parenchyme pulmonaire, les enfants mangent volontiers, et il est même difficile de les retenir à cet égard. Ils digèrent bien; quelquefois la diarrhée survient et les épuise davantage, mais leur appétit n'en persiste pas moins et il faut leur donner à manger. Le ventre se gonfle et contraste par son volume avec la maigreur des membres décharnés et flétris; la prostration augmente chaque jour; l'exigence des enfants est extrême; il faut les tenir dans les bras; il faut les promener jour et nuit, et tout cela dure des semaines, des mois et même plus d'une année.

Cependant, un jour ou l'autre, la diarrhée s'établit pour ne plus cesser, la bouche se dépouille de son épithélium, du muguet survient, les forces baissent davantage, et l'enfant, comme une lampe près de s'éteindre, s'élève, s'abaisse, oscille, et enfin meurt dans le dernier état de faiblesse, de langueur et de marasme, ou au milieu de convulsions inattendues qui viennent brusquement terminer la vie.

Les poumons sont alors remplis de granulations grises et quelquefois de tubercules miliaires à l'état jaune de crudité. Ça et là existent des petits tubercules en voie de ramollissement, de petites cavernes solitaires ou multiples, et communiquant les unes avec les autres. On rencontre quelquefois d'anciennes cavernes cicatrisées avec de la mélanose et des tubercules crétaçés. Autour de ces tubercules

(1) Article PNEUMONIE GRANULEUSE, p. 342.

existe de la pneumonie lobulaire simple, de la pneumonie lobulaire avec infiltration de poussière tuberculeuse, et parfois de la pneumonie chronique.

Les plèvres sont couvertes d'un plus ou moins grand nombre de granulations fibro-plastiques, et l'on y trouve des fausses membranes qui font adhérer les lobes entre eux ou avec les parois costales.

Les ganglions bronchiques sont hypertrophiés et, pour la plupart, remplis de tubercules crus ou ramollis. Cette lésion sera décrite un peu plus loin; car, lorsqu'elle existe seule, elle donne lieu à des accidents qu'il faut exposer à part. — C'est ce qu'on appelle la *phthisie bronchique* ou *tuberculose médiastine* (1).

Des granulations grises et des tubercules miliaires jaunes, à l'état cru, se rencontrent aussi dans les os, dans la choroïde, dans le cerveau, dans le thymus, à la surface du péritoine, dans le foie, dans la rate, dans les reins et quelquefois dans l'intestin. C'est la conséquence de la diathèse tuberculeuse.

2° *Symptômes de la phthisie tuberculeuse.* — A mesure que les enfants grandissent et qu'on se rapproche de la seconde enfance, la phthisie tuberculeuse présente de plus en plus les caractères anatomiques et cliniques qu'elle offre chez l'adulte: ainsi, la toux, l'enrouement, l'expectoration, les râles caverneux, le gargouillement et la pectoriloquie; — le souffle amphorique et le tintement métallique. S'il y a pneumothorax et fistule pulmonaire; — les sueurs; — la diarrhée et une véritable consommation indiquent évolution des tubercules, leur ramollissement et la formation des cavernes pulmonaires dont l'auscultation révèle la présence.

3° *Symptômes de la pneumonie caséuse, ou phthisie inflammatoire.* — J'ai indiqué ces symptômes en décrivant la pneumonie (voyez ce chapitre), et je n'y reviendrai pas. Après une pneumonie aiguë ou chronique, après un simple rhume négligé, les enfants continuent à tousser, et peu à peu dépérissent. Il y a de la matité dans un point du thorax, de la faiblesse respiratoire, de l'expiration prolongée, du retentissement de la voix. Un peu plus tard des craquements se font entendre. Ces craquements augmentent, deviennent du râle muqueux, du gargouillement, avec pectoriloquie. Alors vient la fièvre, l'amaigrissement, les sueurs, la diarrhée, la consommation et la mort.

Traitement. — La phthisie aiguë granuleuse, avec fièvre, doit être combattue, par les antiphlogistiques, une ou deux sangsues à plusieurs reprises, d'après la force des enfants, ou des ventouses scarifiées; par les révulsifs cutanés sur la poitrine, tels que des emplâtres de thapsia, les vésicatoires volants, des frictions avec l'huile de croton tiglium trois jours de suite (20 gouttes), des applications quotidiennes de teinture d'iode, etc., et par les vomitifs plusieurs fois répétés.

La *phthisie chronique* tuberculeuse ou résultat de la pneumonie caséuse ne réclame en aucune façon l'emploi des émissions sanguines. Les vésicatoires volants sur le thorax, les frictions avec la pommade stibiée, les frictions avec l'huile de croton tiglium, sont infiniment plus utiles. On peut alterner dans l'emploi de ces moyens et y revenir plusieurs fois pendant la durée de la maladie.

A l'intérieur, des boissons pectorales, émoullientes, des potions gommeuses, des juleps unis aux agents stupéfiants ou aux opiacés, le sirop de lactucarium, le sirop de codéine, des loochs blancs, doivent être donnés aux petits enfants, tant que le dégoût de ces médicaments n'est pas arrivé.

L'huile de foie de morue, à la dose de 15 à 50 grammes par jour, l'iodure de potassium dans un julep à 25 ou 50 centigrammes, le tartre stibié à la dose de

(1) Voyez chapitre II, page 325.

5 à 15 centigrammes, le *kermès* à 20 ou 25 centigrammes dans les vingt-quatre heures, ont été administrés et peuvent l'être avec avantage.

Je préfère l'essence de *thym* ou de *santal*, 4 à 10 gouttes; l'acide *phénique*, 1 gramme par jour; l'eau de *goudron*, le *sirop de sève de pin* et tous les balsamiques; les *aspirations d'acide phénique*; les bains d'étuve humide *térébenthinée*.

Comme régime, il faut prescrire 3 ou 400 grammes de purée de viande crue, du jambon, du lard, de la graisse d'oie et de porc, du beurre, et comme boisson aux repas une carafe d'eau sucrée avec 60 ou 100 grammes de rhum, de cognac, de xérès, de porto, de malaga, de madère, etc.

Les complications de la maladie par le muguet, la diarrhée, les convulsions doivent être combattues à l'aide de médicaments que j'ai proposés contre chacune de ces maladies.

Pendant l'hiver, ces enfants doivent être tenus en serre-chaude dans un appartement à 18 degrés et n'en pas sortir avant le mois de juin. — Pendant l'été, il faut les envoyer à la campagne, ou aux eaux minérales de Saint-Honoré, d'Uriage, d'Allevard, d'Ems, du Mont-Dore et de Royat. — Ces deux dernières où existe un *aporarium* sont particulièrement utiles.

CHAPITRE VIII

COQUELUCHE

La coqueluche est une phlegmasie catarrhale de l'épiglotte dont le pus tombe dans le larynx. C'est une maladie contagieuse, quelquefois épidémique, caractérisée par une toux convulsive, revenant par quintes plus ou moins fréquentes, entrecoupées d'inspirations bruyantes, sonores, appelées *reprises*, et suivies de rejet de mucosités filantes puriformes.

Comme on le voit, les quintes de la coqueluche ont un caractère particulier. Les secousses de toux se succèdent coup sur coup avec une grande rapidité; il s'y mêle des longues inspirations pénibles, sonores et bruyantes, ou *reprises*, et elles se terminent par une expectoration caractéristique.

Historique. — Le mot de *coqueluche* n'a pas toujours eu la signification que les médecins lui donnent aujourd'hui; au xv^e siècle, on désigna sous ce nom une espèce de *catarrhe épidémique*, dont Mézeray, de Thou et Étienne Pasquier font mention. L'une de ces épidémies, décrite par Valleriola, n'offre même aucune ressemblance avec la maladie, telle qu'on l'observe de nos jours, et se rapporterait plutôt à la *grippe*. Sans insister sur cette question historique que je ne puis résoudre dans ce livre, je me bornerai à constater que les médecins grecs et arabes ne font aucune mention de la coqueluche. C'est donc bien à tort que certains auteurs ont prétendu reconnaître cette maladie dans Hippocrate (1), où il est tout simplement question d'une épidémie de maux de gorge, qui se compliquait souvent de l'inflammation du larynx.

Willis est peut-être le premier qui, sous la dénomination de *tussis puerorum convulsiva, suffocativa*, paraisse avoir réellement désigné l'affection qui va être l'objet de cette étude.

(1) Hippocrate, *Épidémies*, livre II, § 2 (*Œuvres complètes*, trad. Littré, Paris, 1840, tome II, p. 609.)

Ce n'est qu'à compter du xviii^e siècle qu'on a décrit la coqueluche comme une maladie distincte, et qu'elle a été dénommée *pertussis* (Sydenham), *tussis clangesa* (Basseville), *bes convulsion* (Good), *bronchitis convulsion* (Bourdet), *affection pneumo-gastro-pituiteuse* (Tourtelte), *broncho-céphalite* (Desruelles), *catarrhe convulsif* (Laennec), *tussis spasmodica, strangulans orthopnea*, etc. (différents auteurs).

L'étymologie du mot généralement adopté est assez incertaine; les uns la font dériver de coqueluchon, sorte de capuce dont on se couvrait lors des épidémies de 1415, 1519, 1557, etc.; d'autres veulent qu'elle provienne de l'usage abandonné que l'on faisait de la fleur de coquelicot dans le traitement de cette affection. Pour certains auteurs, cette dénomination est due à ce que, pendant les quintes, la respiration sonore imite le chant du coq. Enfin, suivant Cabanis, le nom viendrait de ce que la maladie épidémique de 1414, 1519, 1537, etc., tenant du rhumatisme, occupait les muscles du cou, du dos et des épaules en manière de coqueluchon.

Causes. — La coqueluche se rencontre presque exclusivement chez les enfants, depuis la naissance jusqu'à la seconde dentition; toutefois les adolescents, les adultes et même les vieillards en sont aussi atteints et prennent le mal par le voisinage de leurs enfants affectés. Cela est beaucoup plus rare, mais j'en ai vu beaucoup d'exemples.

Rilliet dit l'avoir observée sur un enfant nouveau-né dont la mère en était atteinte depuis un mois avant ses couches, mais son apparition dans les premiers temps de la vie est chose exceptionnelle. Ainsi, sur 113 enfants atteints de cette maladie, et âgés de moins de deux ans, 27 avaient moins d'un an, et 12 n'avaient qu'un mois.

C'est ordinairement de deux à sept ans qu'on l'observe. Les filles paraissent plus disposées à contracter la coqueluche que les garçons. Sur les 113 observations dont je viens de parler, 72 sont relatives à des filles et 41 à des garçons. Ce résultat est en rapport avec celui qui est indiqué par tous les auteurs.

Les sujets lymphatiques et nerveux sont plus spécialement exposés à contracter cette maladie, qui règne à la fois dans toutes les classes de la société. Elle se développe de préférence chez les enfants qui vivent dans de mauvaises conditions hygiéniques, qui habitent des lieux sombres, humides, insalubres, et surtout chez ceux qui sont pauvres et qui n'ont pas le moyen de se vêtir, ni de s'abriter convenablement contre les rigueurs de la température.

Cette maladie se montre presque indifféremment dans tous les temps de l'année et dans les climats les plus opposés. Cependant R. Watt (1) affirme qu'elle est plus fréquente et plus grave dans les régions septentrionales. Pénada prétend, au contraire, que, dans les pays méridionaux de la France et de l'Italie, ses retours sont plus fréquents et ses conséquences plus terribles. A Paris, on l'observe dans toutes les saisons, mais peut-être un peu plus souvent au printemps et en automne.

Notons enfin, d'après Ozanam, que la coqueluche ne se montre jamais entre les tropiques, et qu'elle ne paraît guère être soumise aux variations atmosphériques.

Épidémies. — Tous les auteurs s'accordent à regarder la coqueluche comme une maladie épidémique. On la voit envahir un hameau, une ville, une contrée tout entière, et frapper, soit tous les habitants indistinctement, soit plutôt les enfants. Il est impossible d'apprécier les causes de son apparition et de sa disparition. Le retour de ces épidémies n'est point régulier; leur durée est aussi très-variable, et tantôt la nature et l'intensité des symptômes sont formidables, tantôt, au contraire,

(1) R. Watt, *Treatise on the History of Chin-Cough*. London, 1813.