

au tiers moyen de la tige B, C, laissant intactes celles de son sommet A et celles de sa base D. En introduisant dans le nez l'extrémité de la tige restée barbue A, il produisit un effort d'expiration; en enfonçant plus loin, jusqu'à la partie dépouillée de barbe B, il y avait tendance à vomir (inspiration); en introduisant un peu plus profondément, C, il n'y eut rien qu'un effort de déglutition; en poussant jusques et y compris la base où les barbes avaient été conservées, D, il y eut de nouveau tendance à éternuer, c'est-à-dire à expirer profondément, de sorte que produisant l'effet d'une pompe aspirante et foulante, il provoqua l'inspiration et l'expiration à volonté et rétablit ainsi entièrement la respiration.

On a conseillé aussi l'emploi de l'électro-puncture dans le diaphragme et dans les muscles intercostaux. Ce moyen peut être fort utile, et il a réussi dans un grand nombre de circonstances.

Il est surtout important de prolonger les tentatives avec une grande persévérance. On ne doit point se fatiguer, et, comme je le disais un peu plus haut, il faut continuer pendant une heure et au delà, de manière à ne quitter l'enfant que lors de la disparition complète et définitive des mouvements du cœur, c'est-à-dire lorsqu'il est impossible de le rappeler à la vie.

CHAPITRE XI

PHTHISIE BRONCHIQUE, ADÉNITE BRONCHIQUE, OU TUBERCULOSE DES MÉDIASTINS

Je donne le nom de tuberculose des médiastins à ce qu'on appelle souvent la phthisie bronchique, parce que ce mot indique nettement la nature et le siège de la maladie que je veux décrire. Le nom de *phthisie bronchique* ne consacre qu'une double erreur, tant à l'égard de la *phthisie* qui n'existe pas, que de l'épithète *bronchique* indiquant une maladie des bronches.

La tuberculose des médiastins ou *adénopathie bronchique* est une maladie qui résulte de la présence des tubercules dans les ganglions du médiastin situés à la racine des bronches, autour des gros vaisseaux et des nerfs du poumon. C'est rarement une maladie primitive, car dans la plupart des cas elle est liée à la tuberculose des poumons. Quand elle existe seule, elle succède toujours à une phlegmasie broncho-pulmonaire.

Elle a été décrite pour la première fois en 1824 dans une très-bonne thèse de Gédéon Leblond (1). Elle a été ensuite étudiée à Berlin, en 1826, par le docteur Becker; en 1830, par le docteur Berton, dans un bon mémoire couronné par la Société médicale d'émulation; enfin par Laennec (2); puis ces connaissances se sont répandues, et on les retrouve très-complètes dans les recherches de Lee (3) et de la plupart de ceux qui se sont occupés des maladies de l'enfance, notamment dans une thèse de M. Baretty publiée en 1874.

Causes. — La tuberculose des ganglions du médiastin, maladie presque exclusive de l'enfance, se développe beaucoup plus fréquemment chez les garçons que chez les filles. Telle est du moins l'opinion de Barthez. C'est une maladie plus fréquente à l'hôpital qu'en ville, chez les pauvres que chez les riches, et elle se rattache de la façon la plus intime à la diathèse scrofuleuse. Elle succède à la bronchite de la

(1) G. Leblond, *Sur une espèce de phthisie particulière aux enfants*, thèse. Paris, 1824, n° 53.

(2) Laennec, *De l'auscultation médiate*, 4^e édition. Paris, 1836.

(3) Lee, *London medical Gazette*.

rougeole, à la coqueluche prolongée, à la bronchite simple et capillaire, à la pneumonie, à la phthisie pulmonaire, enfin à toutes les phlegmasies des bronches et du poumon, quelle que soit leur nature.

Lésions anatomiques. — Un fait incontestable domine son étiologie; en outre du scrofulisme prédisposant, c'est l'existence antérieure d'une phlegmasie broncho-pulmonaire. — Chez une des malades que j'ai observées, la phlegmasie broncho-pulmonaire qui avait précédé la tuberculose médiastine datait de six mois. — Ici, comme partout, on voit l'inflammation d'un tissu provoquer celle des ganglions lymphatiques correspondants. — C'est l'inflammation de l'intestin qui engendre la tuberculose mésentérique ou carreau; c'est celle des gencives, des amygdales ou du cuir chevelu, qui, par la stomatite, par les angines, par l'eczéma, par l'impétigo, par la teigne, etc., provoque la tuberculose cervicale. Jamais loi pathogénique n'a été mieux établie, et toute hypertrophie ou tuberculose ganglionnaire est la conséquence de l'action morbide exercée sur le ganglion malade par une irritation antérieure préalable.

Des ganglions lymphatiques, hypertrophiés, indurés, remplis à moitié ou entièrement de matière tuberculeuse ou caséuse infiltrée, enkystée, crue ou ramollie, et situés dans les médiastins, en avant ou en arrière des bronches et des gros vaisseaux, sur le nerf pneumogastrique: telle est l'altération anatomique caractérisant la tuberculose des médiastins.

Les ganglions tuberculeux du médiastin existent en avant et en arrière des bronches, autour de l'artère et de la veine pulmonaire, quelquefois de la veine cave, et ils sont souvent assez gros pour comprimer plus ou moins l'œsophage et la pneumogastrique. Leur volume varie de la grosseur d'un noyau de cerise à celui d'un gros œuf. Les uns ne sont qu'hypertrophiés ou congestionnés, et l'on y reconnaît la substance d'un ganglion, rouge et ramollie par l'état inflammatoire. D'autres sont en partie indurés, pâles, résistants, çà et là infiltrés de matière grisâtre, demi-transparente et brillante. Il en est qui, au milieu de cette matière demi-transparente, offrent des points jaunâtres plus ou moins nombreux qui semblent être le commencement d'une métamorphose en tubercules crus ou de véritables tubercules jaunes déjà formés. Quelques-uns sont tout à fait convertis en matière jaune crue comme du marron d'Inde, ramollie au centre ou en totalité, et alors forment une masse enkystée de tubercules caséux ramollis, demi-compacte. Ailleurs, ils sont transformés en matière crétaçée calcaire et à l'état de pétrification. Ce qu'il y a de curieux dans ces lésions, c'est que souvent on trouve dans un ganglion du tissu normal hypertrophié, de l'infiltration tuberculeuse grise et du tubercule cru, au centre duquel existent des vaisseaux assez nombreux et d'assez fort calibre. Il est évident que ce sont là tous les âges réunis d'une même altération, depuis l'état phlegmasique produisant l'induration, qui est le point de départ, jusqu'à la formation des tubercules jaunes et gris, durs ou ramollis, caséux, qui sont le point d'arrivée.

Par leur siège et par leur volume, les ganglions tuberculeux des médiastins compriment, refoulent et perforent les organes voisins. Quelquefois même il s'établit entre ces organes et la poche ganglionnaire une communication permanente.

Dans un cas cité par Tonnelé, la veine cave supérieure, comprimée au-dessous de sa bifurcation, était complètement aplatie et refoulée en haut. Chez quelques malades la compression s'exerce sur les veines pulmonaires, qui retiennent le sang dans les poumons et peuvent, comme je l'ai observé, produire une apoplexie pulmonaire mortelle.

Avec Cloquet, Leblond et Barthez, j'ai vu d'autres cas dans lesquels la com-

pression s'exerçait sur les bronches. Des exemples d'adhérence, de perforation et de communication ont été rapportés, soit avec l'œsophage par Leblond, soit avec des bronches par le même auteur et par Barthez, soit enfin avec l'artère pulmonaire par Berton et Constant.

J'ai vu un cas dans lequel les ganglions comprimaient le pneumogastrique, et Wrisberg, Merriman, Rozetti, Becker, etc., ont rapporté des faits du même genre. Il y en a même un plus remarquable encore dû au docteur Lee et dans lequel la compression du récurrent venait s'ajouter à celle du pneumogastrique.

J'en ai observé un avec mon interne, M. Painetvin, et dans lequel les tubercules du médiastin postérieur comprimaient : 1° le pneumogastrique gauche le long de la colonne vertébrale, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, et 2° la bronche correspondante, qui se trouvait entourée et serrée presque complètement par une masse de tubercule cru ayant 3 ou 4 centimètres d'épaisseur. L'enfant avait une dyspnée continuelle, et succomba subitement dans un accès de suffocation, le premier qu'elle eût senti. D'autres tubercules existaient dans les poumons, dans le foie, dans la rate, dans le mésentère et dans les ganglions du cou à l'état de crudité. C'était une tuberculose générale avec compression des bronches et du pneumogastrique.

En outre de la lésion des organes renfermés dans le médiastin, la tuberculose des ganglions bronchiques existe assez habituellement avec d'autres productions tuberculeuses du cerveau ou des méninges, du poumon, de l'intestin, du mésentère, du péritoine, des ganglions du cou ; car il est très-rare de la rencontrer toute seule. Le fait que l'on va lire est cependant une de ces exceptions.

OBSERVATION I. — Tuberculose du médiastin, ou phthisie bronchique avec congestion chronique du poumon gauche. — Accès d'asthme. — Mort subite. — Berthe G..., âgée de six ans, est entrée dans mon service le 5 mai 1863 à l'hôpital des Enfants malades, salle Sainte-Catherine, n° 11, pour une toux datant de six mois et due à une pneumonie chronique.

A ce moment, l'enfant a été prise d'accès d'asthme, qui se sont reproduits pendant une semaine tous les jours, à peu près à la même heure. Il y eut quelques jours d'interruption, puis les accidents revinrent à des heures différentes. L'enfant était avertie de l'attaque par une toux sèche, continue, qui durait une demi-heure ; puis la respiration s'embarrassait, devenait pénible, avec douleur épigastrique ; le visage devenait bleu, ainsi que les lèvres et les mains ; les extrémités se refroidissaient, et l'enfant tombait dans un état qui semblait indiquer une mort prochaine. Il y avait quelquefois des vomissements ; puis le calme revenait, et après quelques moments de sommeil, l'enfant semblait guérie jusqu'à une nouvelle attaque.

Dans les intervalles des accès, bon appétit, pas de diarrhée, pas de fièvre. A la fin de l'accès, l'enfant n'avait pas le hoquet convulsif qui termine le spasme de la glotte ; pas de convulsions.

Le 5 mai, cette enfant a eu un accès auquel elle a succombé.

Autopsie cadavérique. — Le cerveau, fortement congestionné, avec dilatation considérable des veines méningées, a perdu un peu de sa consistance, mais ne présente aucune granulation tuberculeuse ni trace d'hydrocéphalie.

Le foie, volumineux, présente à la surface des traces de péritonite partielle ; on y voit des fausses membranes molles, verdâtres, de formation récente.

La rate présente une altération pareille.

Les ganglions mésentériques sont énormément hypertrophiés ; quelques-uns ont le volume d'une petite noix ; ils sont très-nombreux, et sont la plupart convertis en matière tuberculeuse crue.

Poitrine. — A l'ouverture du thorax et du cou, on trouve un corps thyroïde peu volumineux, dont les deux lobes sont réunis par un pont au-dessus des deux premiers anneaux de la trachée. Au-dessous se trouve le thymus, qui descend de chaque côté

jusqu'au niveau de la troisième côte, qui a néanmoins sa structure normale, et qui n'a pas plus de 2 centimètres de diamètre de chaque côté.

Autour du thymus se trouvent des ganglions lymphatiques hypertrophiés, et quand on saisit les racines des bronches à pleines mains, on sent que ces ganglions sont plus volumineux à droite qu'à gauche. Les plus gros ont le volume d'une grosse noisette.

Dans une coupe transversale de la trachée, un peu au-dessus de la bifurcation, ce conduit a le diamètre normal, et à droite se trouve la surface de section de deux ganglions lymphatiques, l'un tuberculeux, l'autre hypertrophié.

Dans une seconde coupe, pratiquée transversalement un peu au-dessous de la bifurcation des bronches, on trouve la bronche droite enveloppée supérieurement et inférieurement par d'autres ganglions convertis en matière tuberculeuse crue. Ici encore la bronche ne paraît en aucune façon comprimée. Le nerf pneumogastrique passe au milieu de ces tumeurs. D'autres tubercules en plus petit nombre existent dans le médiastin postérieur, au niveau de la racine des bronches.

Poumon. — Le poumon gauche ne présente pas d'adhérences au sommet ; il en présente à la base. La partie antérieure et supérieure crépite faiblement, est dure, résistante sur quelques points. Le tissu est un peu friable, d'un rouge vineux, résiste sous le scalpel, paraît imperméable et a tous les caractères de la splénisation. Il renferme peu de liquide, et la pression n'en fait presque rien sortir. Sur quelques points de ce lobe, il y a des noyaux durs, d'un rouge pâle, au milieu desquels existe un commencement d'infiltration tuberculeuse grise demi-transparente. Pas de tubercules crus ni de granulations grises.

Le lobe inférieur présente des traces de congestion lobulaire à différents degrés, et quelques lobules offrent aussi un commencement d'infiltration tuberculeuse.

A droite, il n'y a pas d'adhérence entre les plèvres ; on remarque une congestion lobulaire disséminée partout et à différents degrés, mais le poumon crépite et nulle part il n'y a d'induration semblable à celle du poumon gauche.

En résumé, bronchite chronique et congestion chronique du sommet d'un poumon pendant six ou huit mois, voilà le point de départ des accidents. Tuberculose des ganglions du médiastin comprimant le pneumogastrique et produisant des accès d'asthme et la mort, voilà les conséquences.

Symptômes. — Les symptômes de l'adénite bronchique ou tuberculose des médiastins sont tous indirects et en quelque sorte de voisinage, car la maladie du ganglion bronchique ne produit par elle-même aucun trouble fonctionnel appréciable. C'est à ce point que, sur cent nécropsies d'enfants morts à l'hôpital, il y a quatre-vingt-dix fois des tubercules dans les ganglions du médiastin qu'aucun symptôme n'a révélés pendant la vie. Le trouble fonctionnel direct produit par la tuberculisation des ganglions bronchiques est inappréciable et par conséquent, dans la grande majorité des cas, c'est une lésion sans symptômes, ce qui rend son diagnostic incertain, souvent même impossible.

La tuberculose adéno-bronchique ne donne lieu à des symptômes appréciables que lorsqu'elle a transformé les ganglions du médiastin en tumeurs assez volumineuses pour comprimer les organes voisins. Alors son existence se révèle par une matité sous-sternale ou interscapulaire plus ou moins étendue, dès qu'elle est assez considérable pour comprimer ce qui les entoure. Les symptômes qu'elle présente sont des *symptômes de compression*, à peu près semblables à ceux qu'amènerait une tumeur de toute autre nature placée derrière le sternum (abcès, dégénérescence du thymus, etc.) ou devant la colonne vertébrale (carie des vertèbres, tumeur de l'œsophage, etc.) De plus, ces symptômes varient suivant que la compression porte sur tel ou tel organe du médiastin, sur les bronches, sur les nerfs récurrents et pneumogastriques, sur l'œsophage et sur les gros vaisseaux du poumon ou du cœur, soit la veine cave, soit l'artère et la veine pulmonaires.

Quand la tuberculose des ganglions bronchiques comprime les bronches au moyen de tumeurs volumineuses, elle amène de la matité sous le sternum, de la dyspnée, quelquefois du souffle, une grande faiblesse du murmure vésiculaire dans la partie du poumon correspondant à la bronche aplatie, et selon que l'affaiblissement du bruit respiratoire est complet ou incomplet, on juge du degré de compression. C'est ce que j'ai vu bien des fois, et ce qui a été signalé par Leblond et Barthez. Toutefois, le premier de ces auteurs ajoute que, dans les cas où le tubercule ramolli perce le tuyau bronchique, il se forme une poche ou caverne ganglionnaire qui vide son contenu dans les bronches et qui amène l'expectoration de fragments tuberculeux assez reconnaissables pour qu'on doive en deviner l'origine. C'est là un fait à revoir.

Au reste, ce phénomène serait le seul qui indiquât la présence d'une caverne ganglionnaire communiquant avec les bronches, car il ne se produit ici aucun des phénomènes d'auscultation semblables à ceux qu'on trouve dans les cas d'excavation pulmonaire tuberculeuse. Cela se comprend, vu l'absence d'une colonne d'air en mouvement.

La tuberculose des ganglions bronchiques, comprimant le pneumogastrique dans le médiastin ou seulement le nerf récurrent, donne lieu à des troubles variés d'innervation. Des quintes de toux semblables à celles d'une coqueluche anormale ont été observées chez un enfant par Barthez. D'autres ont signalé la raucité de la toux, quelquefois de l'aphonie, enfin de la dyspnée et de véritables accès d'asthme : accès qui sont tellement rares chez les enfants que, lorsqu'on les observe, on doit se méfier de la formation de tubercules bronchiques.

Ces accès d'asthme s'observent également chez l'adulte dans les cas de compression nerveuse par des tumeurs autres que le tubercule, et quelquefois par le cancer du médiastin. En voici un exemple observé dans ma clientèle :

OBSERVATION II. — M. X., âgé de soixante-cinq ans, guéri d'une albuminurie chronique avec anasarque, ayant un hydro-sarcocèle avec fungus de la vessie donnant lieu à des pissements de sang, fut enfin pris d'hémoptysies et d'expectoration intermittente d'utricules fibrineux et de fragments de cancer. Il fut visité tour à tour par Civiale, Grisolle et Louis. C'est un malade auquel j'ai donné des soins pendant dix ans.

Il fut pris d'accès d'asthme à étouffer, d'abord d'une façon quotidienne, puis irrégulièrement tous les quatre, six ou huit jours. Longtemps je soupçonnai le cancer du poumon sans pouvoir le découvrir, lorsque, avec le temps, il se fit sous la clavicule gauche de la matité avec faiblesse excessive du murmure vésiculaire et bronchophonie légère. Nous doutions encore, quand le rejet avec l'expectoration de fragments rougeâtres charnus et d'utricules membraneux au milieu d'une petite quantité de sang, nous fit croire à un cancer du poumon.

Les accès d'asthme nous firent présumer que ce cancer du poumon, placé au sommet gauche, comprimait le pneumogastrique correspondant, et la mort subite dans un accès, après trois mois de maladie, ne nous laissa aucun doute sur la nature du mal.

C'était en ville, la nécropsie n'a pu avoir lieu.

La présence de l'asthme et des accès d'étouffement a une grande importance pour le diagnostic de la tuberculose médiastine; car, l'asthme essentiel étant sans exemple chez les enfants, si un petit malade, exempt de maladie cardiaque ou d'emphysème pulmonaire, présente des accès d'étouffement, il y aura tout lieu de croire que la névrose résulte de la compression du pneumogastrique par des tubercules du médiastin. Cela résulte des observations de P. Franck, de Wrisberg, de

Merriman, de Rozetti, de Becker, de Ley, de Hérard, de Roger (1), qui ont vu les ganglions tuberculeux comprimant le pneumogastrique; de Ley, qui a signalé la compression du récurrent; enfin de l'examen du malade, mort étouffé subitement dans mes salles, et dont je viens de rapporter l'observation.

Quand les tubercules des ganglions du médiastin sont placés de façon à comprimer l'œsophage, il en résulte des accidents de dysphagie. On en trouve la preuve dans les observations de Leblond (2). Un enfant, dans cette situation, avalait avec difficulté, et la déglutition provoquait des quintes de toux.

La compression des gros vaisseaux de la racine du poumon et leur perforation par les masses tuberculeuses du médiastin produisent des accidents relatifs à la gêne de la circulation, soit l'œdème du visage, soit la dilatation des veines du cou, et enfin des hémorragies des narines, du poumon ou du cerveau.

Ainsi, en 1868, dans un cas j'ai vu la mort avoir lieu par apoplexie pulmonaire disséminée, ayant donné lieu à une forte hémoptysie.

Leblond a rapporté deux cas d'œdème du visage, phénomène également signalé par Barthez; et il peut se produire de l'œdème du poumon et de l'anasarque comme dans les maladies du cœur.

Berton a cité deux cas de perforation de l'artère pulmonaire, Barthez en a publié un autre, et cet auteur cite même le fait curieux d'une hémoptysie foudroyante mortelle chez un enfant qui n'avait d'autre lésion qu'une compression des gros vaisseaux du poumon par une masse tuberculeuse.

Comme on peut le voir, tant par la lecture de l'observation que j'ai insérée dans le paragraphe consacré à l'étude des lésions anatomiques que par l'analyse des faits antérieurement publiés, le diagnostic de la tuberculose des ganglions bronchiques est difficile, quelquefois même impossible. Il n'y a souvent que des suppositions à faire sous ce rapport, et l'on a beaucoup de chances de commettre une erreur si l'on est trop absolu dans ses affirmations. Une circonstance importante ajoute encore aux incertitudes du diagnostic, c'est la réunion de la tuberculose des ganglions bronchiques avec la tuberculose pulmonaire, dont les symptômes sont beaucoup mieux caractérisés.

Marche. — A ses débuts, lorsque la maladie est primitive et quand les tubercules des ganglions bronchiques sont encore peu volumineux, le diagnostic est absolument impossible, vu l'absence de symptômes. Ce n'est que plus tard, par suite du volume des ganglions tuberculeux et de la compression qui en résulte sur les organes du médiastin, que l'on peut deviner la nature du mal. — Alors, l'œdème de la face, la dilatation des veines du cou, les épistaxis, les hémoptysies, l'hémorragie méningée, indiquant la compression des gros vaisseaux; la dyspnée, l'asthme, l'aphonie et la raucité de la toux, indiquant la compression du pneumogastrique; la faiblesse du murmure vésiculaire sur un point, annonçant une compression des bronches; le souffle bronchique localisé sans fièvre, la matité sous le sternum, peuvent faire présumer qu'il existe une tumeur du médiastin. La jeunesse du malade et son tempérament lymphatique ou scrofuleux font ensuite penser que cette tumeur est de nature tuberculeuse, et par conséquent qu'elle a pour siège les ganglions

(1) Voici le cas observé par Roger : Un petit garçon d'environ deux ans présentait depuis quelques mois des accès irréguliers de suffocation que l'on avait cru, en l'absence de signes physiques de phthisie pulmonaire, devoir rattacher à l'asthme : il succomba dans une attaque; et, à la nécropsie, on trouva une ulcération de la trachée-artère à sa bifurcation par un ganglion bronchique hypertrophié. Cette masse tuberculeuse faisait saillie par intervalles dans le conduit aérien perforé, en rétrécissant le diamètre, et de là des accès d'étouffement dont la véritable cause avait été méconnue. (Union médicale, 1863.)

(2) Leblond, thèse. Paris, 1824, n° 21.

bronchiques. Tout cela ne constitue que des présomptions, et, en effet, il y a rarement autre chose dans l'analyse des phénomènes offerts par les enfants atteints de tuberculose médiastine.

Quand on observe avec soin les enfants qu'on suppose affectés de tubercule dans les ganglions bronchiques, pour se rendre compte de la *marche* des phénomènes morbides, on ne tarde pas à voir que si la lésion est solitaire et n'est point compliquée de tubercules du poumon, il n'y a aucun trouble dans l'état général. Nul amaigrissement, nulle fièvre hectique, nul état de marasme n'accompagnent cet état morbide. Il n'y a là aucune apparence de consommation ni de phthisie, et par conséquent il est impossible d'appeler cette maladie phthisie bronchique. Le marasme et la fièvre hectique n'existent que lorsque la tuberculose médiastine se trouve greffée sur une tuberculisation pulmonaire antérieure.

Donc, aucun état général de consommation n'accompagne la tuberculose des ganglions bronchiques; les enfants conservent une assez belle apparence et n'ont autre chose que des accidents dus à des troubles fonctionnels de voisinage, lesquels troubles sont plus souvent intermittents que continus. L'asthme observé chez notre petite malade était intermittent, se montrait d'abord tous les jours à la même heure, puis disparut, revint ensuite à des heures irrégulières, et enfin provoqua une crise mortelle. Il en est de même des épistaxis et des hémoptysies observées chez quelques enfants.

Une fois produite, que devient la tuberculose des ganglions bronchiques? Dans quelques cas, la lésion cesse de faire des progrès et elle peut guérir. Nous en avons la preuve dans le grand nombre d'observations faites sur des cadavres offrant la pétrification des ganglions tuberculeux, et en effet l'état crétaqué est un des modes de la guérison naturelle des tubercules. Ailleurs, les ganglions bronchiques tuberculeux se ramollissent, et ayant contracté des adhérences avec les bronches ou avec l'œsophage, ils peuvent ulcérer ces conduits et se vider dans leur intérieur. Leblond a cité plusieurs exemples de guérison obtenus de cette manière.

Dans le plus grand nombre des cas, les malades succombent, soit parce que la diathèse en vertu de laquelle le tubercule s'était produit dans les ganglions du médiastin a déterminé la formation de tubercules pulmonaires et la phthisie, soit par suite d'accidents inattendus entraînant la mort subite. J'ai vu périr subitement d'hémoptysie un enfant dont les ganglions bronchiques tuberculeux comprimaient la veine pulmonaire; j'en ai vu plusieurs autres morts au milieu d'un accès d'asthme produisant l'asphyxie, et Rillet, Gravenhoist, etc., ont cité des cas semblables.

Terminaison. — La marche et la terminaison si habituellement malheureuses de la tuberculose médiastine ne doivent pas laisser au médecin une grande espérance sur l'efficacité de la thérapeutique. Les enfants meurent subitement dans un accès d'asthme, ou par hémoptysie ou par hémorragie méningée. M. de Saint-Germain en a vu mourir par hémorragie méningée. Dans ce cas, la dure-mère apparaît distendue, fluctuante avec une coloration bleuâtre: après l'incision il s'écoule une notable quantité, 100 à 150 grammes environ, d'une sérosité fluide et sanguinolente. A la base, autour du bulbe et sous la protubérance sont accumulés des caillots mous, diffluent, noirâtres. La face interne de la dure-mère est parsemée de taches rouges plus ou moins étendues: mais dues à l'imbibition, elles disparaissent complètement par le lavage. D'ailleurs il n'y a pas de trace de fausse membrane de pachyméningite.

Aucune lésion de la substance cérébrale, ni hémorragies, ni ramollissement. Les ventricules sont sains; peut-être contiennent-ils un peu plus de sérosité qu'on n'en rencontre ordinairement.

Sur la face convexe de l'hémisphère droit la pie-mère présente une ecchymose assez étendue. Du sang s'est répandu et coagulé dans les anfractuosités des circonvolutions, entre la pie-mère et le feuillet viscéral de l'arachnoïde. Les dimensions de cette tache ecchymotique sont à peu près celles d'une pièce de cinq francs; les limites en sont irrégulières, le sang ayant fusé plus ou moins dans les anfractuosités. En l'examinant avec soin, on y constate, à peu près au centre, une petite déchirure de l'arachnoïde. A travers cette déchirure est engagée la paroi d'une veine de la pie-mère. En refoulant le sang par quelques pressions légères de la périphérie vers le centre de la tache, on voit la veine herniée se gonfler et le sang s'échapper par un petit orifice sur sa paroi. Très-certainement c'est là le point de départ de l'hémorragie méningée.

Quand la maladie guérit, c'est plus encore sous l'influence des efforts spontanés de la nature, qui cesse de faire accroître les tubercules et les convertit en matière crétaquée, que par une action médicamenteuse. Il n'y a, en réalité, que des palliatifs à mettre en usage contre cette forme de la tuberculose ganglionnaire.

Traitement. — L'huile de foie de morue, l'huile iodée et l'alimentation chargée de graisse doivent constituer le régime habituel des enfants, autant à titre de toniques que de remède. Il faudra y ajouter tantôt des préparations ferrugineuses, et tantôt de l'iodure de potassium, de l'extrait de feuilles de noyer, de l'hydrochlorate de baryte ou de l'arséniat de soude aux doses convenables.

L'hydrothérapie, le séjour à la campagne ou au bord de la mer, et les eaux minérales du Mont-Dore, de Luchon ou de Caunterets, seront, comme moyens généraux, les auxiliaires indispensables de cette médication.

Si la toux est très-fréquente, on essayera de la calmer au moyen des préparations de cynoglosse, d'extrait de laitue, d'extrait d'opium, d'extrait de ciguë, de teinture d'aconit, de belladone, d'eau de laurier-cerise, etc. Il en sera de même des accès d'asthme, contre lesquels il n'y a rien de plus à prescrire, sauf des inhalations d'éther, une potion éthérée ou des fumigations de papier nitré.

Aphorismes.

204. La tuberculose des ganglions bronchiques, très-commune comme complication de la phthisie pulmonaire chez les enfants, est, au contraire, très-rare comme maladie primitive.

205. Les phlegmasies des bronches et du poumon sont, chez les enfants scrofuleux, l'origine de la tuberculose des ganglions bronchiques.

206. Aucun trouble fonctionnel appréciable ne résulte de la tuberculisation d'un ganglion bronchique; mais si ce ganglion, réuni à d'autres, forme dans le médiastin une masse considérable susceptible de comprimer les organes importants qui s'y trouvent placés, il en résulte des troubles indirects de voisinage par compression.

207. Les bronches comprimées, les gros vaisseaux aplatis, l'œsophage déplacé, les pneumogastriques distendus, voilà les plus importantes conséquences de la tuberculose médiastine, et avec ces lésions secondaires des troubles fonctionnels très-différents en rapport avec la nature de l'organe comprimé du médiastin.

208. L'œdème de la face, avec dilatation du réseau veineux superficiel du cou, épistaxis ou hémoptysie, annonce une tuberculose médiastine comprimant la veine cave supérieure et l'artère pulmonaire.

209. Quand on rencontre des accès d'asthme chez un enfant qui n'a point

d'affection du cœur ou des poumons, il faut craindre de se heurter à une tuberculose médiastine.

210. Un affaiblissement du murmure vésiculaire dans un lobe du poumon, coïncidant avec une matité sous-sternale, doit faire craindre une compression des bronches par la tuberculose médiastine.

211. Si la coïncidence d'une phthisie pulmonaire ne fait pas mourir les enfants dans le marasme, leur tuberculose des ganglions bronchiques peut guérir; mais le cas ordinaire est alors une mort subite par hémoptysie ou suffocation asphyxique.

CHAPITRE XII

CANCER DU POUMON

Le cancer du poumon est très-rare chez les enfants, mais en voici un exemple observé chez un sujet de onze ans :

OBSERVATION I. — *Cancer médullaire du poumon simulant un épanchement.* — Une fille de douze ans fut amenée au docteur Sutton, à l'hôpital Victoria, à la fin de janvier, présentant de la lividité et une dyspnée extrême. Après examen, on diagnostiqua un épanchement pleurétique à gauche et elle est admise, en conséquence, à l'hôpital de Londres le 8 février, où l'on constate une matité complète de tout le côté gauche en avant et en arrière, excepté sous la clavicule. Respiration bronchique le long de la colonne vertébrale, avec un frémissement vocal absent ailleurs. Le cœur bat à droite, près des mamelons. Dilatation apparente du côté gauche; l'épigastre se creuse durant l'inspiration. Température normale, pouls variable, à 116 environ; de 32 à 36 inspirations par minute. On diagnostique encore un vaste épanchement pleurétique, et M. S. Mackensie pratique, à deux reprises, la thoracocentèse entre la 8^e et la 9^e côte, en avant et latéralement. Un peu de sang noir s'ensuivit, et comme purulent la seconde fois. La dyspnée augmenta, et l'enfant succomba le 25 mars.

Avant de pratiquer l'autopsie, le docteur Sutton s'assura, en mesurant, qu'au-dessous du mamelon le côté gauche avait un pouce de plus qu'à droite. Un trocart, enfoncé entre la 5^e et la 6^e côte, donna issue par la canule à de la matière comme cérébrale. L'ouverture montra, en effet, un vaste dépôt de cancer médullaire, occupant tout le poumon gauche, et celui-ci repoussant ainsi le cœur à droite. Il n'a pas été permis de vérifier si des masses cancéreuses existaient ailleurs (1).

CHAPITRE XIII

ASTHME

L'asthme, que l'on considère comme une maladie de la vieillesse, s'observe assez souvent dans la première et dans la seconde enfance. J'en ai vu de très-nombreux exemples à l'hôpital et en ville. Comme chez les vieillards, la maladie se présente sous forme d'accès d'étouffement nocturnes ou diurnes, donnant lieu à des symptômes d'asphyxie plus ou moins graves.

Chez les enfants, les cas d'asthme que j'ai observés tenaient : les uns à une maladie du cœur et les autres à la bronchite chronique avec emphysème pulmonaire, ou à la tuberculose des ganglions bronchiques. L'un de ces cas, suivi de mort au milieu d'un accès, se trouve rapporté plus haut dans le chapitre relatif à la tuberculisation des ganglions bronchiques.

(1) *Lancet*, avril.

L'asthme débute tout à coup, souvent la nuit, quelquefois le jour, par un accès d'étouffement qui tient les enfants assis dans leur lit, respirant avec peine, pâles ou livides, à demi suffoqués et faisant entendre à distance un sifflement bronchique plus ou moins caractérisé. Cet état dure une ou plusieurs heures, s'améliore peu à peu et disparaît entièrement sans laisser de traces ou en donnant lieu à une expectoration mucoso-purulente qui dure quelques jours. Il se reproduit plus ou moins souvent pendant une ou plusieurs années, selon la cause du mal, et il peut rester tout à fait, passer à l'état chronique ou entraîner la mort au milieu de l'accès.

J'ai été consulté pour des enfants qui, ayant un asthme avec emphysème pulmonaire et de la bronchite chronique, ont conservé ce mal jusqu'à l'âge adulte. J'en ai vu guérir tout à fait, mais j'en ai connu d'autres qui ont succombé.

Au milieu de l'accès, le visage, pâle ou livide, exprime l'angoisse, la douleur et l'effroi, il est souvent couvert de sueur et les extrémités sont froides. La peau est parfois insensible. Le pouls est assez fréquent, autant par émotion que par la fièvre, et, à l'auscultation, le murmure vésiculaire est très-souvent couvert par des râles sibilants, sonores ou humides, et crépitants, plus ou moins nombreux.

Rien n'est difficile comme le diagnostic de l'asthme chez les enfants, car la maladie n'est jamais qu'un symptôme : 1^o de la compression des bronches ou du nerf pneumogastrique par des tumeurs tuberculeuses ou par des abcès du médiastin; 2^o de la tuberculose pulmonaire; 3^o de la bronchite chronique avec emphysème des poumons; 4^o des tumeurs du thymus comprimant la trachée; 5^o enfin des maladies organiques du cœur. Toutefois avec beaucoup d'attention et, sauf quelques cas rares, on arrive à triompher des difficultés que présente ce diagnostic.

Le traitement de l'asthme est très-compiqué et se compose de deux indications, l'une relative à l'emploi des moyens exigés par la cause du mal, et l'autre qui a trait aux moyens à employer pour combattre l'état spasmodique de la maladie.

Les moyens qu'il faut opposer à l'emphysème des poumons, à la phthisie pulmonaire, à la phthisie bronchique, diffèrent peu de ceux qu'il faut conseiller aux maladies du thymus et aux maladies du cœur. Je ne parlerai ici que du traitement de l'asthme en lui-même, ou plutôt de l'état spasmodique des bronches qui le constitue, lorsqu'il dépend de la bronchite chronique, de l'emphysème et de l'adénite bronchique. L'asthme cardiaque est indiqué plus haut.

Au moment des étouffements subits de l'asthme, il faut donner :

De l'hydrate de chloral 1 à 2 et 3 grammes en une fois dans de l'eau sucrée, selon l'âge des enfants.

Faire brûler une feuille de papier nitré dans la chambre des malades, ou faire fumer des cigarettes de *datura stramonium* et des cigarettes Espic.

Du sirop de goudron, du sirop thymique, du sirop phénique, de l'etatine, du sirop de tolu et tous les résineux ou balsamiques connus.

Des bains d'air comprimé ou raréfié pendant une heure tous les jours.

Du sirop d'éther ou de chloroforme par grandes cuillerées.

Donner de la teinture de lobélie enflée, vingt gouttes dans une potion à prendre par cuillerées toutes les heures.

Prescrire le foie de soufre, 50 centigrammes dans une potion par cuillerées toutes les heures.

Donner de l'alcoolature d'aconit, 1 à 2 grammes dans une potion à prendre par cuillerées toutes les heures.

Toucher légèrement le pharynx avec un pinceau à peine mouillé d'ammoniaque. Donner, selon l'âge des enfants, 2 à 10 centigrammes d'opium en pilules ou en potion tous les jours.