

DIX-NEUVIÈME LEÇON.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DE LA MEMBRANE MUQUEUSE RESPIRATOIRE.

Rareté relative du catarrhe pendant les premières semaines de la vie. — Coryza simple, pseudo-membraneux ou malin. — Identité de ce dernier avec la diphthérie nasale. — Causes qui ajoutent à l'importance du catarrhe pendant les premiers temps de la vie. — Son traitement. — Danger de la bronchite et de la pneumonie. — Lésions anatomiques de la bronchite. — Rougeur de la membrane. — Nature du contenu des bronches. — Dilatation de leur calibre. — Extension de l'inflammation à la membrane des vésicules pulmonaires, produisant la bronchite vésiculeuse. — État des poumons dans la bronchite. — Fréquence de la congestion. — Carnification de quelques lobules. — Extension possible de l'inflammation au tissu pulmonaire produisant la pneumonie lobulaire. — Suppuration de ces masses donnant lieu à des vomiques.

Bien que deux leçons aient déjà été consacrées à la pathologie des organes respiratoires, nous n'avons cependant pu jusqu'aujourd'hui commencer l'étude de leurs maladies spéciales.

Celles-ci peuvent être divisées en trois grandes classes : maladies inflammatoires, maladies nerveuses, et maladies qui résultent du dépôt de matières morbides.

Nous allons les examiner dans l'ordre que je viens d'énumérer.

A tout âge, les affections inflammatoires de la membrane muqueuse respiratoire dépassent toutes les autres en fréquence; et même, alors que la substance pulmonaire se trouve éventuellement prise, c'est souvent par l'extension jusqu'à elle du mal qui commence dans la muqueuse; mais il en est surtout

ainsi pendant la première et la seconde enfance, car la membrane interne des organes respiratoires, délicate et richement vascularisée, ne résiste que faiblement aux influences nuisibles venant du dehors, tandis qu'elle sympathise très-vivement avec nombre de processus morbides intérieurs.

Cette extrême susceptibilité de la muqueuse respiratoire, dans l'enfance, rend ses désordres très-fréquents, et nous sommes obligés d'étudier de près la signification des symptômes qui peuvent trahir un trouble provenant de causes aussi variées. Quelque chose de cette sympathie avec les affections des autres organes existe même chez l'adulte, comme nous en voyons un exemple dans la toux qui survient dans les affections du foie; mais chez l'enfant, le trouble sympathique de la muqueuse respiratoire est infiniment plus fréquent; et les nourrices, instruites par l'expérience, vous parleront de toux de dents, de toux d'estomac, de toux de vers; et vous trouverez bientôt de vous-mêmes que la membrane muqueuse intestinale est rarement affectée sans que celle de l'appareil respiratoire souffre aussi.

C'est cependant un fait curieux, sur lequel le professeur Jörg de Leipzig fut le premier à appeler l'attention, que cette extrême susceptibilité de la membrane interne de l'appareil respiratoire n'existe pas pendant le premier ou les deux premiers mois de la vie au même degré que plus tard.

L'exposition d'un enfant âgé de deux ou trois semaines à une basse température, ou à un air vicié, sera suivie d'un trouble des fonctions du foie et de la production d'une jaunisse, ou peut-être d'une dépression de la force musculaire capable de mettre l'enfant hors d'état de faire une inspiration complète; de sorte que ses poumons tombent dans le collapsus, et qu'il meurt d'un désordre des organes respiratoires, mais sans la toux ou les symptômes bronchiques qui ne manqueraient pas, s'il était un peu plus âgé, d'annoncer l'irritation de la muqueuse des voies respiratoires. Pourquoi en est-il ainsi? Je ne sais, mais je suppose que c'est le résultat de la vitalité généralement faible de la membrane muqueuse qui la rend moins susceptible, de même que paraît être celle de l'intestin pendant la même période, puisque, tandis que la constipation est fréquente, la diarrhée est comparativement rare pendant le premier ou les deux premiers mois de la vie.

Coryza. — Toutefois la membrane muqueuse des narines n'a pas cette insensibilité, et le coryza est une affection très-fréquente et très-importante pendant les deux premiers mois de la vie, alors que les autres formes du catarrhe sont relativement rares. Cette affection, sous sa forme la plus fréquente, est une source de gêne plutôt que de danger. Son symptôme prédominant lui a fait donner le nom vulgaire de *snuffles*, ce qui veut dire souffler, faire du bruit en respirant, attendu que, la membrane muqueuse des narines étant gonflée, l'enfant n'est plus en état de respirer par le nez comme il le faisait avant, mais est forcé de respirer en même temps par la bouche, et que les inspirations difficiles sont accompagnées d'une sorte de bruit particulier qui, pendant le sommeil, s'élève quelquefois jusqu'au véritable ronflement. Comme dans le catarrhe ordinaire, la sécrétion de la membrane est d'abord supprimée, ensuite elle se produit en excès, et en même temps change de caractères, devenant plus épaisse et plus consistante; quelquefois elle se dessèche et forme à l'entrée des narines des croûtes qui mettent un véritable obstacle à la liberté de la respiration et causent beaucoup d'ennui à l'enfant. Au début, il y a souvent un certain degré de chaleur et de trouble fébrile, mais ces symptômes tombent bientôt et, à l'exception du bruit particulier de la respiration, l'enfant semble tout à fait bien. Si pourtant l'attaque est plus intense, elle peut occasionner beaucoup de souffrances; car si la respiration nasale est très-embarrassée, ou tout à fait impossible, l'enfant est mis hors d'état de téter, et aussitôt qu'il a saisi le bout du sein pour faire sortir le lait, il est obligé de le quitter dans un état de suffocation menaçante. Sa gêne est encore augmentée par cette circonstance que, la bouche étant tenue constamment ouverte pour respirer, la langue et la gorge deviennent extrêmement sèches, et la déglutition, même quand on nourrit l'enfant avec une cuiller, se fait souvent avec difficulté. Une telle gravité de la maladie est toutefois très-exceptionnelle, bien que l'on voie quelques cas de cette nature et qui même deviennent mortels, la difficulté de respirer et de téter épuisant le malade. Il est vrai que, dans la grande majorité des cas, lorsqu'un résultat pareil arrive, il existe quelque chose de plus qu'une simple inflammation de la membrane de Schneider, qui sécrète en extrême abondance une matière très-tenace, ou se recouvre de fausses membranes qui s'étendent quelquefois jus-

qu'aux amygdales et au palais. Les cas de cette nature sont d'habitude unis à une extrême dépression des forces vitales, et ont pour cette raison reçu le nom de *coryza malin*. Je ne doute pas de leur identité avec la diphthérie dont ils constituent la forme dite diphthérie nasale, bien que, il y a quelque trente ans, alors que la diphthérie était une maladie relativement peu connue, leur nature réelle ne m'ait pas frappé comme elle le fait maintenant. Je les laisserai donc de côté pour le moment, et limiterai les remarques que j'ai à faire au coryza simple qui, comme je l'ai dit, est plutôt une source de malaise que de danger.

Le coryza simple ne réclame que peu de traitement, et, en effet, le traitement ne paraît avoir sur lui que peu d'action; il est bon cependant, s'il y a une grande difficulté à respirer, de ne pas mettre l'enfant au sein, tout en continuant à le nourrir à la cuiller avec le lait de sa mère, de façon à prévenir les efforts inutiles pour téter, qui aggravent son malaise.

Si la chaleur de la peau, ou tout autre indice de fièvre, marque le début, on peut donner quelque douce médecine diaphorétique avec quelques gouttes de vin d'ipéacuanha (1). On doit tenir compte de l'état de l'intestin; après dix jours ou une quinzaine, on trouvera que le petit enfant respire de nouveau d'une manière calme, et que la maladie a cédé. A mesure que la sécrétion devient plus épaisse, on doit prendre garde de la laisser s'accumuler et sécher à l'entrée des narines, ce qui causerait une grande gêne à l'enfant.

On rencontre quelquefois des cas où le coryza, tout en n'étant pas d'une espèce grave, devient fatigant par sa continuité pendant des semaines consécutives. Ce coryza chronique est, je crois, presque toujours lié à la diathèse syphilitique. Je l'ai observé dans plusieurs occasions où il n'y avait pas plus d'une ou deux taches cuivrées pour déterminer sa nature, et quelques exemples se sont offerts à mon observation où on ne pouvait découvrir aucune manifestation positive de la syphilis, soit dans

(1) N° 8.	Acétate d'ammoniaque liquide.	4	
	Vin d'ipéca	1	
	Nitrate de potasse	0,50	
	Sirop de Tolu	10	
	Emulsion d'amandes douces	18	m. s. a.

Une cuillerée à café toutes les quatre heures.

le passé, soit dans le présent, et qui pourtant guérissaient par l'usage de petites doses d'hydrarg. c. cretâ.

Catarrhe bronchique. — Avec l'âge de l'enfant augmente sa disposition au catarrhe, et, pendant la période de la dentition, la susceptibilité de la membrane muqueuse des voies respiratoires paraît atteindre son maximum. De légères variations de température deviennent maintenant l'occasion d'atteintes de catarrhe, et même, indépendamment d'une telle cause déterminante, le fait seul de l'approche d'une dent de la surface des gencives en détermine souvent les symptômes, qui s'amendent quand cesse la cause d'irritation. Ces attaques alternent souvent avec des attaques de diarrhée, ou bien les deux existent en même temps, les symptômes du trouble de la muqueuse intestinale prédominant pendant un temps, et pendant un autre ceux de la membrane respiratoire. La prépondérance de l'une ou de l'autre de ces affections semble dépendre beaucoup des causes atmosphériques, et des enfants qui, pendant les mois de juin, juillet, août et septembre auront eu la diarrhée, toutes les autres circonstances restant les mêmes, auront du catarrhe bronchique pendant les premiers mois du printemps ou les derniers de l'automne. De l'extrême susceptibilité de ces deux membranes, naissent une grande partie des indispositions, et beaucoup même des maladies sérieuses de la première enfance; les processus morbides aussi bien que les réparateurs vont très-vite au début de la vie; le flux diarrhéique d'aujourd'hui peut demain s'accompagner de symptômes dyssentériques; le rhume d'aujourd'hui peut demain avoir revêtu le caractère grave de la bronchite aiguë.

Maintenant, ces deux circonstances réunies, l'extrême susceptibilité de la muqueuse respiratoire et la rapidité avec laquelle les troubles insignifiants de cette dernière deviennent une maladie grave, donnent aux affections catarrhales dans la première enfance une importance qu'elles ne possèdent pas à une période plus avancée de la vie. Cette importance est encore augmentée par la tendance du poumon à tomber dans le collapsus, lorsque l'entrée de l'air dans les bronches capillaires se trouve empêchée, même par une cause insignifiante; tandis que dans d'autres cas, ou même en coïncidence avec l'état d'atélectasie, le processus inflammatoire peut envahir les cellules pul-

monaires et le tissu général du poumon, de telle sorte que ce qui avait paru un léger rhume peut devenir une bronchite dangereuse, ou une pneumonie encore plus dangereuse.

Il y a peu de choses à dire du catarrhe lui-même et de ses caractères généraux. En tenant compte de la différence d'âge des malades, ses symptômes sont les mêmes que chez l'adulte. L'éternement, les sécrétions nasale et oculaire, la toux, la chaleur de la peau et la fréquence du pouls sont ses symptômes habituels. Chez quelques enfants, le trouble fébrile qui marque le début d'un rhume commun est très-vif pendant les premières vingt-quatre heures; alors s'apaisent les symptômes les plus menaçants, et la véritable nature de la maladie devient apparente. D'autres fois, lorsque règne le catarrhe, qu'il est épidémique, ce début grave est la règle, et l'affection ressemble beaucoup à la grippe (*influenza*) ou lui est identique. Souvent aussi vous verrez une sorte d'épidémie de catarrhe préluder au début d'une épidémie de coqueluche, la toux prenant par degrés dans des cas de plus en plus nombreux le caractère paroxystique et le timbre particulier de la toux convulsive.

Il est inutile de faire allusion aux symptômes de catarrhe qui précèdent la rougeole; mais en réfléchissant que ce qui ne paraît que le symptôme d'un simple rhume peut devenir le premier degré d'une maladie sérieuse, vous trouvez là une raison de plus pour ne pas en diminuer l'importance. Enfin, vous ne devez pas oublier que le retour fréquent d'atteintes de catarrhe est quelquefois l'indice de cet état d'irritation de la membrane muqueuse que détermine un dépôt abondant de matière tuberculeuse dans les poumons; et c'est encore un motif de plus pour ne pas négliger une indisposition en apparence banale.

Traitement du catarrhe. — Bien que ce soit votre devoir de surveiller attentivement tout enfant dont l'indisposition ne paraît d'ailleurs autre chose qu'un catarrhe simple, cependant, en ce qui est de médecine proprement dite, il y a peu de traitement à faire. L'enfant doit être tenu dans une température uniforme, et si la nurserie est une chambre bien aérée, il est bon de le tenir constamment dans cette pièce. S'il s'agit d'un enfant déjà sevré, il est bon de supprimer quelques-uns des aliments les plus consistants; si le sevrage n'a pas eu lieu, il faut prendre garde que l'enfant, en raison de son altération, ne tette trop;

c'est pourquoi on lui donnerait un peu d'eau d'orge de temps à autre.

Un bain chaud, donné le soir, diminuera beaucoup la chaleur de la peau, et si le mouvement fébrile est considérable, on peut donner à un enfant d'un an, au coucher, 10 centigrammes de james's-powder avec 0,025 de calomel. Pendant le jour, on peut administrer avec avantage une potion contenant quelques gouttes de vin d'ipécacuanha et d'antimoine, avec une petite quantité de teinture de camphre composée, si la toux par sa fréquence est très-irritante; et, lorsque la fièvre tombe, on peut substituer au vin d'antimoine l'esprit d'éther nitrique (1).

Bronchite et pneumonie. — Le danger, dans ces cas, est de voir survenir un désordre plus grave des voies aériennes; et ceci nous amène à un sujet sur lequel nous ne pouvons passer à la hâte, c'est-à-dire la *bronchite* et la *pneumonie* de la première et de la seconde enfance.

L'étude de ces affections dans l'enfance est environnée de difficultés que nous ne rencontrons pas chez l'adulte. Les différences entre la bronchite et la pneumonie, chez l'adulte, sont suffisamment accusées pour satisfaire à tout ce qui est d'utilité pratique, bien que l'on puisse, eu égard à la nature intime du processus morbide, poser de nombreuses questions auxquelles nous sommes incapables de répondre d'une manière satisfaisante.

D'ailleurs, que ce soient les bronches capillaires, les cellules pulmonaires, ou leurs parois, qui soient les tissus les premiers

(1)

No 9.	
Vin d'ipéca.....	0,60
Vin émétique.....	1,80
Elixir parogerique.....	1,20
Emuls. d'amandes.....	23 (m s a).

Deux cuillerées à café toutes les quatre heures.

No 10.	
Vin d'ipéca.....	0,60
Oxymel scillitique.....	3,
Esprit d'éther nitreux.....	1,
Elixir parogerique.....	1,20
Eau d'anis.....	23 (m s a).

Deux cuillerées à café toutes les quatre heures.

attaqués, il est clair qu'ils sont tous envahis par la pneumonie à une période voisine du début de la maladie, et dès lors nous la trouvons accompagnée, au début, de symptômes particuliers tels qu'il ne s'en présente pas dans la bronchite.

On observe une pneumonie semblable à celle de l'adulte, quelquefois même dans la première enfance; mais il arrive souvent que, bien que la substance pulmonaire prenne éventuellement part à la maladie, il n'en est pas ainsi tout d'abord; mais l'inflammation, commençant dans les bronches d'un certain calibre, passe de celles-ci dans les petites bronches, et alors à la fin envahit le tissu du poumon, d'où il résulte que le cas n'est ni une bronchite, ni une pneumonie, mais un mélange des deux, qu'on a désigné, non sans à-propos, sous le nom de *bronchio-pneumonie*. Une autre source de difficultés dans l'étude de ces affections, aussi bien que du grand péril qu'elles présentent, est la tendance que nous a déjà offerte le poumon, dans les premiers temps de la vie, à tomber dans le collapsus, et dès lors à ne plus donner entrée à l'air sans lequel les transformations du sang ne peuvent avoir lieu, et dont l'absence, naturellement, aggrave le mal que la maladie inflammatoire tend à produire d'une manière si directe.

Lésions anatomiques. — Je vous demande donc de me pardonner, si je me laisse aller à décrire plus minutieusement que ce n'est mon habitude les *lésions anatomiques produites par l'inflammation des poumons et des tubes aériens* dans la première et la deuxième enfance.

On observe presque constamment, chez les enfants qui sont morts d'une inflammation des poumons ou des bronches, une *augmentation de rougeur de la membrane muqueuse* de ces dernières. Il y a trois causes d'erreur contre lesquelles il est cependant bon d'être en garde, quand on examine les bronches à ce point de vue: la première est la disparition de la rougeur qui peut se produire après la mort, là même où la présence d'une sécrétion muco-purulente abondante dans les tubes bronchiques témoigne de l'activité du processus inflammatoire; la seconde est la rougeur apparente des petites bronches dans des cas où les poumons sont enflammés ou congestionnés, et qui peut dépendre, non de l'augmentation de vascularité des bronches elles-mêmes, mais de ce que leur délicatesse permet d'apercevoir celle des tissus sous-jacents par transparence; la

troisième est la teinte accidentelle de la membrane muqueuse, due à la transsudation du sang à travers les parois des vaisseaux, après la mort; mais avec de l'attention aucune de ces conditions ne nous égarera.

La rougeur des bronches varie beaucoup sous le rapport de l'intensité et de l'étendue, et dans quelques cas, qui se rapprochent plus de la pneumonie que de la bronchite, elle est quelquefois limitée aux lobes enflammés. Pourtant, dans les cas où il a existé beaucoup de bronchite, la rougeur commence environ un pouce (0,25 millimètres) au-dessous de la bifurcation de la trachée, envahit toutes les bronches, plus foncée dans les secondes que dans les premières divisions, et conservant une intensité presque aussi grande même dans les troisièmes divisions. Elle peut s'arrêter là, ou s'étendre jusque dans les dernières ramuscules, ou même dans les cellules pulmonaires.

Dans la majorité des cas, on n'aperçoit dans la membrane muqueuse aucun autre changement que cette rougeur, mais quelquefois elle paraît, en même temps, épaissie et ramollie, et dans une occasion où une attaque de bronchite aiguë survint dans le cours d'une bronchite chronique durant depuis longtemps, la membrane muqueuse était d'un rouge intense, et si épaisse qu'elle avait presque une apparence vineuse et ressemblait de près à du velours rouge.

Je n'ai jamais observé qu'une fois l'ulcération de la muqueuse de la trachée et des grosses bronches que l'on rencontre quelquefois dans la bronchite des adultes. Dans ce cas, un petit garçon de 10 mois, qui avait eu une atteinte de bronchite d'un caractère assez peu grave, dans le cours de laquelle pourtant il avait éprouvé, de temps à autre, de la difficulté à la déglutition, avec rejet des liquides par le nez, mourut presque soudainement. La seule altération remarquable, outre la rougeur générale des conduits bronchiques, consistait dans la présence de plusieurs petites ulcérations, ou érosions, creusées dans la partie supérieure du larynx, juste au-dessous des cordes vocales.

En même temps qu'il existe des changements dans la muqueuse des bronches, il y a une altération dans les caractères de leurs sécrétions. D'abord il n'est pas douteux que cette sécrétion se supprime, comme nous voyons celle de la membrane de Schneider le faire, au début d'un rhume ordinaire; mais ensuite, elle s'effectue avec abondance pour cesser de présenter les ca-

ractères naturels d'un mucus glaireux; elle devient opaque, épaisse, puriforme ou effectivement purulente, tandis que, dans quelques circonstances moins communes, cette sécrétion prend la forme et la consistance d'une fausse membrane, constituant un vrai croup des bronches. Il est très-rare d'y observer des traces de sang, et la quantité de bulles d'air qui s'y trouvent mêlées est habituellement en raison inverse de l'épaisseur de la sécrétion et de son abondance.

Dilatation des bronches. — Non-seulement le contenu des bronches a subi des modifications dans ses qualités et, dans la plupart des cas, dans sa quantité, qui est augmentée, mais les *tubes* eux-mêmes subissent souvent un changement marqué dans leur calibre, qui est fortement *dilaté*. Cette dilatation s'observe généralement depuis les secondes divisions des bronches jusque dans les rameaux les plus ténus, la division étant souvent aussi large que la branche mère, ou même plus.

Mais je n'ai jamais observé cette dilatation fusiforme que l'on trouve chez l'adulte. Dans une circonstance, pourtant, outre un agrandissement cylindrique général des canaux bronchiques, bon nombre d'entre eux présentaient une dilatation marquée, environ un demi-pouce au-dessus de leur terminaison, le tube s'épanouissant en une cavité assez grande pour contenir la moitié d'une noix. L'intérieur de ces cavités n'était pas parfaitement lisse et régulier, mais leur membrane interne épaissie formait en plusieurs points des rides et des plis. Le cas où fut observée cette lésion était celui déjà mentionné, où la membrane muqueuse des bronches présentait un épaississement si considérable.

On supposait autrefois que la dilatation des bronches était le résultat purement mécanique de l'accumulation des sécrétions dans leur intérieur. Il n'y a cependant pas une relation constante entre la quantité de liquide que contiennent les bronches et le degré de leur dilatation, et nous devons considérer deux autres circonstances comme étant les causes premières de la dilatation: la première est l'affaiblissement des fibres musculaires des bronches par l'action inflammatoire; l'autre consiste dans la perte de l'épithélium vibratile qui tapisse les conduits aériens à l'état de santé, et contribue par l'incessante vibration de ses cils à les tenir libres pour le libre accès de l'air.

Toutes les fois que la bronchite est arrivée au degré d'inten-

sité nécessaire pour produire une abondante sécrétion d'un liquide épais dans les canaux bronchiques, de façon à ce que l'air cesse de les parcourir avec facilité; que cette difficulté se trouve encore augmentée par la perte de l'épithélium ciliaire, et l'affaiblissement du pouvoir contractile des bronches qui auraient à les désobstruer, il arrive souvent que la faible puissance inspiratrice de l'enfant devient totalement incapable de remplir complètement le poumon d'air, et la bronchite devient ainsi la cause indirecte du collapsus du poumon.

Bronchite vésiculaire. — Dans quelques circonstances, l'inflammation de la membrane muqueuse respiratoire s'étend plus que d'habitude dans les petites bronches, jusqu'à ce qu'elle envahisse leurs extrémités et les vésicules pulmonaires elles-mêmes, produisant une altération presque particulière à l'enfance et qui a été décrite sous le nom de *pneumonie catarrhale* ou *vésiculaire*, ou de *bronchite vésiculaire*. Un poumon, ou une partie du poumon ainsi affecté, ne contient plus d'air, il est d'une couleur foncée, solide et résistant; sa surface est parsemée par nombre de petits grains arrondis, jaunes, légèrement proéminents, de la grosseur d'un grain de millet ou plus petits qui, au premier coup d'œil, présentent une grande ressemblance avec les tubercules crus. Un peu d'attention, néanmoins, suffit pour établir la différence de ces deux altérations: car non-seulement ces points jaunes diffèrent du tubercule en ce que leur siège favori est le long des bords inférieurs des différents lobes, mais parce que, si on en ponctionne quelques-uns avec la pointe du scalpel, il s'écoule une goutte de pus, et le point jaune disparaît; quelquefois, aussi, on peut suivre une fine bronche jusqu'à sa terminaison dans un de ces petits sacs. On a supposé que cette lésion pouvait être due à ce que les sécrétions formées dans les voies respiratoires étaient chassées par la colonne d'air qui entre pendant l'inspiration jusque dans les plus petites bronches et les vésicules pulmonaires, dont les cavités étaient ainsi mécaniquement distendues. L'opinion que les sécrétions qui occupent ces parties sont produites, dans les points mêmes où on les découvre, par l'inflammation des dernières ramifications des bronches, est cependant généralement acceptée, et s'appuie sur une preuve très-concluante. La bronchite existe souvent sans cette lésion particulière, et, d'un autre côté, la bron-

chite vésiculaire se rencontre indépendamment de l'inflammation générale de l'arbre bronchique, et bien que d'habitude partielle, souvent limitée au bord inférieur d'un des lobes, elle est quelquefois très-étendue et occupe la presque totalité du lobe inférieur de chaque côté, constituant la plus importante des lésions que l'on découvre à l'examen de la poitrine.

Il peut arriver, et il arrive assurément souvent, que des enfants meurent de bronchite seule et sans aucune lésion appréciable du tissu pulmonaire; mais il est beaucoup plus fréquent de voir la substance pulmonaire prendre part au travail morbide; et cette part peut se limiter à une simple congestion ou s'élever par degrés jusqu'à produire toutes les conséquences que nous voyons résulter de l'inflammation du tissu du poumon chez l'adulte.

Congestion pulmonaire. — Un certain degré de *congestion du poumon* existe presque constamment si la bronchite est tant soit peu sévère, car la circulation à travers l'organe est troublée, le sang coule moins facilement qu'à l'ordinaire et ses transformations s'opèrent plus lentement. Il stagne d'abord dans ces parties déclives, d'où, en raison de la position, son retour se fait plus difficilement, et les portions du poumon ainsi affectées deviennent par degrés de plus en plus étendues. On peut souvent voir au milieu d'un poumon ainsi congestionné des masses sombres, solides, non crépitantes; et jusqu'à ce que le résultat de l'insufflation eût démontré qu'on avait donné une fausse interprétation de cette lésion, on regardait ces parties comme le centre d'où l'inflammation s'étendait au tissu environnant. Il est inutile de vous rappeler que ce sont là des lobules tombés en état de collapsus et devenus impénétrables à l'air. Les parties du poumon dans lesquelles s'est produite cette disposition semblent n'avoir que peu de tendance à devenir le siège d'une inflammation active et à passer à l'état d'hépatisation rouge ou grise. En même temps, il faut avoir présent à l'esprit que ce peu de tendance à l'inflammation active ne s'élève en aucune façon jusqu'à une immunité réelle, et que le poumon atelectasié peut quelquefois se ramollir et même s'infiltrer de pus.

Pneumonie lobulaire. — Il arrive cependant de temps à autre, que le poumon se trouve dans un état que l'on peut justement appeler *pneumonie lobulaire* résultant de l'extension au tissu environnant d'une inflammation qui a commencé dans les canaux

bronchiques. On trouvera alors dispersées, au milieu de la substance pulmonaire environnante, des portions de poumon d'une couleur rouge vif, d'un volume variant de la grosseur d'un pois à celle d'une amande, de forme irrégulière, et non exactement circonscrites par les cloisons interlobulaires, comme c'est le cas pour les portions de poumon en collapsus. Ce processus se développant sur un grand nombre de points différents, les parties affectées peuvent à la fin se réunir et une pneumonie d'abord lobulaire peut ainsi à l'occasion se généraliser. Ou, si ce résultat n'a pas lieu, l'inflammation peut faire des progrès dans des portions isolées du poumon jusqu'à l'infiltration purulente, ou à la destruction de son tissu alors qu'une portion du poumon apparaît criblée de petits abcès distincts, rarement plus gros qu'un pois, de forme irrégulière et communiquant d'une manière plus ou moins évidente avec une petite bronche. On peut les distinguer des vomiques produites par le ramollissement des tubercules, en partie par l'absence de dépôts tuberculeux dans les autres parties du corps, et par leur localisation presque constante à un seul lobe d'un poumon. Leurs caractères propres sont d'ailleurs suffisamment bien accusés, car ils manquent absolument de ces parois solides que la matière tuberculeuse forme autour d'une caverne, bien que la lymphe jaune qui tapisse souvent ces cavités puisse être prise par un observateur inattentif pour du tubercule. MM. Rilliet et Barthez disent avoir trouvé la substance pulmonaire saine, excepté immédiatement à la périphérie de ces abcès ; mais aucun fait de ce genre ne s'est présenté à mon observation personnelle, la pneumonie dans chaque cas s'étant généralisée.

Les lésions que nous avons examinées jusqu'à présent sont dues presque exclusivement à l'inflammation des tubes aériens, et plusieurs d'entre elles sont particulières à la première et à la seconde enfance. Nous pourrions, maintenant, passer à l'étude des symptômes qui les traduisent, mais d'un côté elles existent rarement isolées, et d'un autre, leurs symptômes offrent tant de points de ressemblance avec ceux de la pneumonie proprement dite, qu'il peut être mieux de compléter notre revue des lésions morbides qui résultent de l'inflammation affectant soit les bronches, soit le parenchyme du poumon, avant de passer à l'étude des symptômes qui caractérisent l'une ou l'autre pendant la vie.

VINGTIÈME LEÇON.

AFFECTIONS INFLAMMATOIRES DU TISSU DU POUMON.

Pneumonie lobaire. — Plus commune dans les premiers temps de la vie qu'on ne l'a supposé. — Ses caractères généraux sont les mêmes que chez l'adulte. — Quelques lésions spéciales méritent une mention particulière ; savoir, les ecchymoses sous-pleurales, les abcès du poumon et l'emphysème des parties de l'organe non frappées d'inflammation.

Fréquence et causes de l'inflammation des organes respiratoires. — Influence de l'âge, des attaques antérieures. — De différentes maladies.

Bronchite. — Ses symptômes et son traitement. — Est une maladie plus sérieuse que chez l'adulte, pourquoi ? — Symptômes de la bronchite capillaire ; exemples à l'appui. — Résultats de l'auscultation.

Traitement de la bronchite. — Changement dans la constitution épidémique des maladies et inopportunité des moyens très-actifs. — Règles générales de traitement. — Traitement de la bronchite dans sa phase chronique.

Grippe. — Ses particularités et son traitement dans le premier âge. — Remarques sur la toux spasmodique et l'asthme chez les enfants.

La dernière leçon a été consacrée à l'examen de quelques-uns des résultats de l'inflammation des organes pulmonaires au début de la vie, et plus particulièrement à celui des changements que l'inflammation produit dans les conduits aériens. Je vous ai dit à cette occasion que la maladie ne reste pas toujours limitée aux bronches et aux vésicules pulmonaires, mais qu'elle envahit quelquefois le tissu du poumon et donne ainsi naissance à nombre de petites masses dispersées dans le tissu du poumon, rouges, dures, solides, ou bien grises par l'infiltration purulente, et si le progrès du mal fait un pas de plus, il peut conduire à