

BIBLIOTECA
FAC. DE MEDICINA
BIBLIOTECA

VINGT-NEUVIÈME LEÇON.

SUITE DE LA PHTHISIE.

Particularités de ses signes stéthoscopiques dans les premiers temps de la vie. — Quelques-uns ont moins de valeur que chez l'adulte. — Influence des ganglions bronchiques tuberculeux pour exagérer les signes de la maladie du poumon. — Difficulté pour apprécier quelques signes qui sont bien marqués chez l'adulte. — Signe propre à l'enfance.

Différentes formes de phthisie. — Phthisie aiguë; exemples. — Pneumonie tuberculeuse. — La bronchite greffée sur la phthisie peut conduire à évaluer trop haut la lésion tuberculeuse.

Durée de la phthisie. — Sa marche est quelquefois très-aiguë, d'autres fois extrêmement chronique. — Exemples. — Façons diverses dont survient la mort. — Des symptômes cérébraux indépendants d'une maladie cérébrale précèdent quelquefois la mort.

Prophylaxie et traitement de la phthisie.

Particularités des phénomènes stéthoscopiques. — Ce serait à peu près abuser de votre temps que d'entrer dans une description minutieuse de toutes ces modifications des bruits respiratoires auxquelles peut donner naissance la présence des tubercules dans les poumons d'un enfant; nous l'emploierons plus utilement en portant notre attention sur les points de différence qui existent entre les signes stéthoscopiques de la phthisie chez l'enfant, et chez l'adulte; ou sur l'interprétation qu'il convient de donner au même phénomène d'auscultation à une période de la vie, ou à l'autre.

La différence la plus importante, il est vrai, doit être cherchée surtout dans le dernier de ces points. Le tubercule, à quel-

que âge qu'il se développe dans le poumon, donne naissance à des phénomènes d'auscultation, les mêmes sous bien des rapports; mais beaucoup de ces modifications de la respiration, qui nous autoriseraient, chez l'adulte, à déclarer d'une manière positive que la phthisie existe, ne peuvent nous servir avec la même certitude chez l'enfant; encore moins peut-on les regarder comme prouvant l'existence d'un aussi grand développement du mal dans le dernier cas que dans le premier; on peut donc établir dès lors que :

1° *Beaucoup des signes stéthoscopiques de la phthisie méritent moins de confiance, ou ont une moins grande valeur, chez l'enfant que chez l'adulte.*

L'un des signes les plus précieux de la tuberculisation du poumon, chez les grandes personnes, est fourni par une modification particulière du murmure vésiculaire à laquelle on a donné le nom de respiration rude, et celle-ci acquiert encore plus d'importance lorsqu'elle est unie, comme c'est souvent le cas, à un ronchus sec et à un bruit de craquement. Une bonne partie de la valeur de ce signe est due à ce qu'il est limité aux régions sous-claviculaires, ou du moins, à ce qu'on l'entend en ce point beaucoup plus distinctement que partout ailleurs. De ce que le dépôt de matière tuberculeuse, chez l'enfant, se fait d'une manière plus uniforme et plus généralement diffuse que chez l'adulte, il résulte que la valeur additionnelle fournie à ces signes par leur localisation est perdue, et qu'il est impossible de déterminer si l'irritation bronchique qu'ils indiquent dépend de la présence des tubercules dans le poumon, ou de quelque autre cause.

L'expiration prolongée, au-dessus de la clavicule, et la respiration interrompue, la *respiration saccadée* des auteurs français, qui sont deux des premiers et des plus importants signes de la phthisie chez les grandes personnes, sont, en somme, d'une moindre valeur chez l'enfant. Leur production, il est vrai, devra toujours exciter le soupçon, quant à l'existence de la phthisie, mais il n'est pas rare de les voir très-marqués, dans des cas où il n'existe qu'un très-léger désordre dans les organes respiratoires, et où le rétablissement parfait de l'enfant, et dans la suite une bonne santé, prouvent que l'affection tuberculeuse manquait complètement, ou, dans tous les cas, était extrêmement légère.

L'exagération de ces deux signes est, probablement, dans une certaine mesure, due à une cause qui ajoute grandement à l'intensité de quelques-uns des autres phénomènes d'auscultation qui, habituellement, annoncent la phthisie avancée. MM. Rilliet et Barthez furent, je crois, les premiers à indiquer que les ganglions bronchiques augmentés de volume par la tuberculisation, et ainsi mis en contact avec les parois de la poitrine qu'ils ne touchent pas dans l'état de santé, conduisent à l'oreille de celui qui ausculte des bruits qui dans d'autres circonstances ne sont pas perceptibles. On entend, alors, l'air qui traverse les grosses bronches, en appliquant le stéthoscope dans la région sus-scapulaire, moins souvent dans la région sous-claviculaire ; et il est difficile de distinguer le bruit produit, de la respiration bronchique due à la solidification du tissu pulmonaire lui-même. Les bruits dus à la présence du mucus dans les grosses bronches sont conduits, de la même façon, dans d'autres points que ceux (tels que la racine du poumon) où on les entendrait, seulement, si les ganglions n'étaient pas hypertrophiés. Celui qui ausculte peut, aussi, être induit en erreur en supposant qu'il existe un cas de phthisie désespéré, là où le degré de la maladie pulmonaire n'est que peu considérable, [et où la vie peut se prolonger pendant des années. De la même façon, des bruits produits dans un poumon peuvent être conduits jusqu'aux parois thoraciques du côté opposé, et en conséquence l'étendue de la maladie jugée plus considérable qu'elle n'est ; ou bien encore les bruits que l'on entend à la partie antérieure de la poitrine, et qui dépendent d'une maladie réelle en ce point, se trouvant transmis jusqu'à la partie postérieure, par l'intermédiaire des glandes, peuvent, ainsi, conduire à la conclusion qu'il existe un désordre beaucoup plus considérable que ce n'est réellement le cas. Le moyen d'éviter l'erreur provenant de cette cause, consiste dans la comparaison attentive des résultats de l'auscultation, avec ceux de la percussion, et de ceux de l'auscultation, un jour donné, avec ce qui existe quelques jours plus tard. Si les bruits proviennent de l'induration pulmonaire ou de la présence de cavités dans la substance de l'organe, les résultats de l'auscultation aussi bien que ceux de la percussion seront invariables ; mais si ce sont des bruits qui proviennent simplement des grosses bronches, on trouvera qu'ils varient beaucoup suivant les temps ; pendant que la matité à la percussion restera

sans changement, si elle dépend de la présence de glandes hypertrophiées. Cette variabilité dans les résultats de l'auscultation est un des plus importants indices de la phthisie bronchique. Elle ne dépend pas simplement des variations accidentelles dans les bruits qui se produisent dans les grosses bronches, mais aussi des changements que le degré variable de la compression bronchique, produit par l'augmentation ou la diminution de volume des glandes, peut déterminer, et des degrés variables d'irritation que cette compression peut déterminer dans les voies aériennes. Dans les cas de phthisie bronchique, le danger n'est pas tant de porter un diagnostic complètement erroné que de porter un pronostic beaucoup plus défavorable que la nature des choses ne le comporte réellement. Dans les cas, où une bronchite d'une intensité considérable se trouve unie à la tuberculisation des glandes, nous sommes spécialement exposés à tomber dans cette erreur, et ne pouvons l'éviter que par beaucoup d'attention, et en répétant fréquemment l'auscultation.

Il y a pourtant des différences d'une autre espèce entre les résultats de l'auscultation dans les cas de phthisie, chez les jeunes sujets, et chez ceux plus âgés, lesquelles dépendent :

2° *De l'absence, ou de l'appréciation difficile chez l'enfant, de quelques phénomènes d'auscultation, auxquels on attache beaucoup de valeur chez l'adulte.*

A cette catégorie appartiennent les différences qui résultent de l'absence, chez l'enfant, de presque toutes les informations qui, chez les grandes personnes, résultent des différentes modifications de la résonance vocale. Le timbre aigu de la voix de l'enfant, le peu de changements qu'il a le pouvoir de lui faire subir, et la difficulté d'amener le patient à prononcer quelques phrases, quelques mots même, sur le même ton, même lorsque la frayeur ne réduit pas la voix à un simple murmure, enlèvent presque toute valeur aux modifications des bruits causées par la voix, chez les jeunes sujets.

L'excitabilité extrême des enfants tend, comme celle des sujets du sexe féminin, à réduire à peu de chose la valeur de la simple inégalité de la respiration entre les deux poumons ; car ce n'est nullement un fait rare, de voir un poumon qui, un jour, paraissait n'admettre que peu d'air, donner lieu le jour suivant à une inspiration puérile très-marquée, et de voir la respiration faible changer de côté. Avant donc de pouvoir tirer aucune conclusion de

la faiblesse de la respiration dans l'un ou l'autre poumon, il faut que la situation de cette faiblesse, son degré et son étendue, aient été déterminés par des explorations répétées. Les variations les plus délicates de la sonorité de la poitrine ne se distinguent pas aussi bien chez l'enfant que chez les personnes d'un âge plus avancé. La cause principale de ceci paraît résider dans la résonnance extrême de la poitrine dans les premiers temps de la vie, résonnance qui peut éprouver une diminution très-considérable, avant que la percussion tire un son que l'oreille reconnaisse comme appartenant à la matité. La percussion extrêmement légère a beaucoup plus de chance de faire découvrir les variations délicates du son, que ces chocs violents sur la paroi de la poitrine, qui, chez les grandes personnes, atteignent suffisamment bien le but désiré.

Une dernière source de différence se trouve dans :

3° *La production de quelques signes physiques spéciaux à la forme que la phthisie revêt dans les premiers temps de la vie.*

Le seul signe qu'il convienne de ranger dans cette catégorie est cette matité entre les deux omoplates, qui est souvent produite par la présence de ganglions tuberculeux et qui, lorsqu'elle existe, avec une résonnance et un murmure vésiculaire suffisamment bon, à la partie supérieure des poumons, peut être regardée comme pathognomonique de la phthisie bronchique. L'absence de matité dans ce point n'autorise pourtant pas à conclure que les ganglions sont exempts de tuberculisation, mais simplement qu'il n'ont point encore atteint un degré très-considérable d'hypertrophie.

Il peut être utile, avant de passer à l'étude de quelque autre particularité de la phthisie dans l'enfance, de récapituler brièvement les traits caractéristiques de la maladie, au début de la vie. Les principaux sont :

1° L'absence fréquente des symptômes thoraciques pendant les premières périodes.

2° L'absence presque invariable d'hémoptysie au commencement de la maladie, et sa rareté comparative pendant les périodes subséquentes.

3° L'absence complète ou partielle d'expectoration.

4° La rareté de sueurs générales profuses, et la nature mal accusée des symptômes hectiques.

5° La fréquence avec laquelle survient la mort par la production intercurrente d'une bronchite ou d'une pneumonie.

La phthisie bronchique est caractérisée par :

1° Le fréquent développement de ses symptômes à la suite d'une ou plusieurs attaques de bronchite.

2° La toux spéciale par paroxysmes qui l'accompagne et qui ressemble à celle du début de la coqueluche.

3° Les variations considérables et fréquentes dans l'état du malade, et l'aggravation accidentelle de la toux et de la dyspnée, survenant en apparence sans cause.

Dans la très-jeune enfance, la phthisie est remarquable par le caractère latent très-fréquent des symptômes thoraciques, qui, pendant tout son cours, se confondent souvent, d'une manière presque complète, avec les signes d'une nutrition déficiente.

Les particularités les plus importantes des phénomènes stéthoscopiques de la phthisie dans l'enfance sont :

1° La valeur moindre de la respiration rude, de l'expiration prolongée, et de la respiration saccadée, en raison de leur diffusion dans toute la poitrine, et de leur existence possible, indépendante de la phthisie.

2° L'exagération apparente, et jusqu'à un certain point réelle, des signes d'une maladie des poumons à la fois récente et très-avancée, dans quelques cas de phthisie bronchique.

3° L'absence des données que fournissent les modifications de la voix chez l'adulte.

4° Le peu de valeur de l'inégalité du bruit respiratoire dans les deux poumons.

5° la difficulté de découvrir les variations légères dans la sonorité de la poitrine.

6° L'existence de la matité dans la région interscapulaire, coexistant avec une résonnance et une respiration suffisamment bonnes, à la partie supérieure de la poitrine, ce qui est le signe caractéristique de la présence de glandes bronchiques hypertrophiées.

Jusqu'à présent, nous nous sommes occupés des formes les plus communes de la phthisie, mais, quelquefois, on constate dans la marche ordinaire de la maladie des déviations avec lesquelles il convient de nous familiariser.

La phthisie suit quelquefois une marche si rapide, que plusieurs de ses symptômes les plus caractéristiques n'ont pas le temps de

se manifester. Dans des cas pareils, nous sommes considérablement exposés à commettre une erreur, car l'historique de la maladie ne remonte qu'à quelques semaines, ou à quelques jours. Les signes d'un trouble de la nutrition sont presque, ou tout à fait absents, et les symptômes paraissent être plutôt ceux d'une maladie aiguë survenue soudainement, que d'une affection lente et consomptive.

J'ai observé un fait de cette nature chez un petit garçon de 9 mois qui était gras et frais, et avait toujours eu une excellente santé jusqu'au 10 avril; ce jour même, il fut pris de symptômes que sa mère regarda comme ceux d'un mauvais rhume. Pour ce motif on le garda à la maison, on lui administra différents remèdes domestiques qui ne produisirent aucune amélioration, et on me le présenta le 24 avril. Il ne paraissait, alors, y avoir aucun symptôme menaçant, bien que l'enfant semblât très-oppresé. Le cas paraissait être celui d'un catarrhe assez intense survenu pendant la période de la dentition. Je fis l'incision des gencives, et prescrivis une potion contenant du vin d'ipécacuanha, à laquelle, voyant que les symptômes ne s'amendaient pas, j'ajoutai, le 27, de petites doses de vin d'antimoine. Le 30, on m'informa que l'enfant était beaucoup plus mal, que la dyspnée était considérablement augmentée, et que les mains, et les pieds, étaient enflés depuis 48 heures. Je trouvai l'enfant respirant 50 fois par minute, avec une grande oppression, la face très-congestionnée, la peau sèche, le corps brûlant, les membres froids, les mains et les pieds très-enflés. L'auscultation faisait découvrir une crépitation fine, disséminée, d'une manière générale, dans les deux poumons, avec une respiration bronchique mal accusée à la partie supérieure et postérieure du côté gauche. Trois heures après cette visite, l'enfant mourut, sans lutte, alors qu'on le soulevait dans son lit pour que sa mère lui appliquât quelques sangsues à la poitrine.

A l'autopsie, on trouva une épaisse couche de graisse sous tout le tégument, les poumons présentaient une dégénérescence tuberculeuse des plus marquées, et beaucoup des ganglions bronchiques étaient augmentés de volume jusqu'à atteindre le volume d'un œuf de pigeon. Les tubercules du poumon n'étaient pas ramollis, mais ils s'y présentaient sous la forme de granulations miliars jaunes, d'infiltration tuberculeuse, et de masses de tubercules crus formées par l'agglomération d'un grand

nombre de dépôts distincts. La substance pulmonaire, entre les produits de la tuberculose, était d'un rouge vif, au premier degré de la pneumonie, sur plusieurs points arrivant au second degré, et il y avait une injection très-marquée des canaux bronchiques. Les différents viscères de l'abdomen contenaient des tubercules, mais ceux-ci n'étaient pas très-avancés dans les glandes mésentériques.

Ce cas appartient à une classe de faits qui expose beaucoup le médecin à commettre une erreur de diagnostic. Il montre la possibilité de voir le tubercule se produire en quantité très-considérable sans donner lieu à aucun symptôme assez sérieux pour attirer l'attention d'une mère, même très-vigilante et très-affectionnée; il est aussi un exemple de la façon dont survient la terminaison dans beaucoup de cas de phthisie chez les enfants, et porte à se demander, s'il y a un moyen d'établir une distinction entre la pneumonie tuberculeuse, et celle qui est exempte de complication tuberculeuse des poumons.

La pneumonie complique souvent la phthisie du jeune âge, dans des circonstances où il n'existe aucune difficulté de diagnostic; mais il est très-important de découvrir l'élément tuberculeux, dans certains cas qui, pour un observateur superficiel ne présentent d'autres symptômes que ceux d'une inflammation aiguë des poumons. On peut soupçonner la présence, dans les poumons, d'une quantité notable de matière tuberculeuse, lorsque le degré de l'oppression a été, depuis le commencement même de la maladie, tout à fait hors de proportion avec l'intensité des symptômes de catarrhe et de bronchite qui ont marqué le début de la maladie. C'est une preuve de plus de sa présence, si la peau, bien que très-sèche, présente une chaleur moins considérable et moins mordante que celle produite par la pneumonie, pendant que le pouls, depuis le début même, est moins développé. Ce soupçon serait à un haut point fortifié, si la fréquence de la respiration l'emportait de beaucoup sur la proportion des désordres révélés par l'auscultation, et particulièrement, si la rapidité de la respiration, assez grande pour exciter les plus sérieuses alarmes dans les cas d'une pneumonie franche, persistait la même, pendant des jours consécutifs, sans une détérioration marquée dans l'état du malade. L'auscultation, aussi, jettera un grand jour sur la nature de ces cas, car les bruits découverts dans la poitrine seront des râles sous-crépitants et

muqueux, plutôt que la crépitation fine de la pneumonie. En même temps, bien que les bruits les plus fins existent à la partie inférieure de la poitrine, la matité la plus considérable à la percussion se trouvera généralement vers le sommet, et la respiration bronchique sera, suivant toute probabilité, perçue plus ou moins distinctement dans le même point.

L'importance de distinguer ces cas dans lesquels l'inflammation survient dans un poumon déjà le siège de tubercules, de ceux où l'organe a été jusque-là sain, n'est en aucune façon limitée aux cas de la nature la plus grave, qui menacent la vie d'une manière immédiate. Dans tous les cas de pneumonie, aux premiers temps de la vie, votre pronostic et votre traitement se trouveraient notablement modifiés, s'il y avait quelque motif plausible pour croire que, depuis quelque temps, le poumon est atteint de tuberculisation. D'où suit la nécessité de faire une recherche très-minutieuse au sujet de la santé antérieure du malade, et de celle des autres membres de la famille, recherche à laquelle j'ai attribué tant d'importance au commencement de ces leçons. Si vous apprenez que plusieurs enfants de la famille sont déjà morts de phthisie, ou de quelque autre affection, comme la méningite tuberculeuse que vous savez être intimement liée à la diathèse tuberculeuse, vous concevrez, aussitôt, que la même complication peut exister chez le malade confié à vos soins. Celle-ci serait beaucoup plus probable encore, si vous appreniez que l'enfant a été particulièrement disposé à s'enrhumer, n'a été que rarement, pendant des mois entiers, exempt de toux, plusieurs jours de suite, ou a été atteint chaque hiver d'une toux persistante, pendant deux ou trois ans, ou enfin, a déjà éprouvé deux ou trois attaques semblables à celle que vous avez à traiter, et qui, bien que sévères, avaient cédé par degré, sans qu'on eût employé des moyens très-actifs. La probabilité s'éleverait presque jusqu'à la certitude, si on constatait ce défaut de relation entre les symptômes généraux et les signes physiques, où entre les résultats de l'auscultation et de la percussion, auquel j'ai déjà fait allusion. Il en serait de même, si l'historique de la maladie remontait à une époque antérieure à celle que vous seriez disposé à lui assigner, dans le cas où l'affection aurait été une simple pneumonie.

Vous vous abstenrez, avec soin, de toutes les mesures

rigoureusement antiphlogistiques, dans le traitement d'un cas de pneumonie tuberculeuse. Ayant présente à l'esprit l'influence des ganglions bronchiques hypertrophiés pour produire la matité de la poitrine, et exagérer, sous certains rapports, les bruits morbides, vous éviterez d'estimer trop haut le degré ou l'étendue de la lésion inflammatoire. En même temps, une amélioration même considérable ne devra pas vous porter à parler d'une manière trop nette de la guérison de votre malade; attendu que vous n'oublierez pas que, si l'inflammation ne donne pas naissance à la maladie tuberculeuse, elle peut cependant communiquer à sa marche progressive un surcroît d'activité.

Le danger de méconnaître la maladie la plus sérieuse, parce que ses symptômes sont mis dans l'ombre par ceux de l'autre affection plus facilement curable, n'est pas la seule erreur à laquelle vous soyez exposés dans le cas de phthisie infantile. Le degré de l'irritation des bronches, qui existe dans différents cas, varie dans des limites très-étendues; quelquefois celle-ci est si considérable que, quand l'enfant est soumis à vos soins sa respiration est sifflante, difficile et très-accélérée, la toux violente et fatigante, pendant que l'anxiété peinte sur les traits, et la dépression des forces, sont telles, que la lutte semble ne pouvoir se prolonger longtemps. La percussion donne de la matité à la partie supérieure de la poitrine; les bronches sont tellement encombrées par les sécrétions muqueuses, que l'air pénètre à peine au delà des tubes d'un gros calibre, et qu'un râle muqueux se fait entendre dans la totalité des poumons; à la partie supérieure, les bulles en sont si grosses, qu'elles constituent presque du gargouillement. Vous regardez ce cas comme un exemple de phthisie avancée, vous supposez qu'il existe des tubercules ramollis, disséminés dans toute l'étendue des deux poumons et des cavernes à leur sommet. Vous portez le pronostic le plus triste, et exprimez probablement la conviction que la vie de votre malade ne se prolongera, au plus, que pendant quelques semaines. Par degrés, cependant, les symptômes les plus menaçants s'amendent, et quelques signes de retour à la santé apparaissent; la respiration devient plus lente, et plus tranquille, la toux diminue et quelquefois cesse presque tout à fait. Les signes de l'existence d'une cavité deviennent de moins en moins distincts à mesure que la sécrétion des bronches diminue, et après quelques mois, alors que l'état du malade ne diffère que peu de

celui de la santé, un peu de matité à la partie supérieure et postérieure de la poitrine une respiration inégale, l'expiration prolongée ou des bruits morbides peu intenses, sont les seuls signes d'une maladie d'un poumon que l'examen le plus attentif puisse découvrir.

Les personnes du monde sont disposées à se figurer que l'erreur, dans les cas de cette nature, a été plus grande qu'elle n'est réellement. C'est une erreur commise plutôt sur le degré de la maladie que sur sa nature. Dans les cas qui présentent ces symptômes, la phthisie a en réalité existé, mais le principal dépôt tuberculeux s'est probablement effectué dans les ganglions bronchiques dont l'hypertrophie a donné naissance à une bonne partie de la matité, et exagéré les bruits morbides, à la partie supérieure de la poitrine. Sous l'influence d'une cause accidentelle, telle que le froid et l'humidité, en raison de la sympathie de la muqueuse des bronches avec un désordre des organes digestifs, par le fait d'un traitement mal approprié, qui a aggravé le mal qu'il devait soulager, ou même sans qu'on puisse assigner aucune cause, les voies aériennes se sont trouvées être dans un état d'irritation très-considérable. L'entretien d'une bonne température, un traitement général approprié, et l'action médicatrice de la nature, ont amélioré la santé, et diminué l'irritabilité des bronches, pendant que très-probablement, les glandes se vidaient, au moins en partie, dans les bronches, et que la matière tuberculeuse était ainsi éliminée de l'organisme. C'est pourquoi, vous devrez toujours exprimer avec beaucoup de réserve votre opinion sur l'état d'un enfant atteint de phthisie, jusqu'à ce que vous vous soyez assuré des résultats de l'auscultation, par sa fréquente répétition, et jusqu'à ce que vous ayez eu l'occasion de déterminer quelle proportion des signes physiques doit être attribuée au dépôt morbide, et quelle autre à cette irritation des bronches que vous pouvez raisonnablement espérer amoindrir, sinon faire disparaître.

Durée de la phthisie. — La durée moyenne de la phthisie, dans l'enfance, est évaluée par Rilliet et Barthez de trois à sept mois, bien que, comme ils le font observer avec raison, les limites extrêmes varient de deux mois, dans les cas d'une rapidité insolite, à plus de deux ans, dans d'autres cas où la marche de la maladie est extrêmement chronique. Je suis persuadé

que la durée ordinaire de la phthisie est plus longue, même parmi les enfants de la classe pauvre, que ne l'indiquent les observations recueillies par les médecins de l'hôpital des Enfants à Paris. Je suis également convaincu que dans les classes riches, la phthisie, lorsqu'elle n'est pas congénitale, ou lorsqu'elle ne survient pas pendant les premiers mois de l'enfance suit une marche plus lente, bien qu'il ne soit pas possible d'exprimer par des chiffres les conclusions d'une pratique privée dans laquelle le nombre des observations doit compenser le caractère incomplet et imparfait de chacune d'elles. La différence de durée, en effet, entre les deux extrêmes est très-grande puisque, dans quelques cas, la maladie ne dépasse pas quelques semaines, tandis que dans d'autres, elle a duré pendant deux, trois, quatre, et presque cinq ans, avant de se terminer par la mort.

La *phthisie aiguë*, dans laquelle le malade meurt plutôt de la maladie constitutionnelle que des désordres locaux accomplis dans un organe, se rencontre plus souvent consécutivement à quelque autre maladie comme la rougeole, la coqueluche ou la fièvre typhoïde, que comme affection idiopathique. Elle se montre quelquefois pendant le déclin de l'une ou de l'autre de ces maladies, et se développe pendant leur convalescence; la fièvre ne disparaît pas complètement, le retour de l'appétit ne se produit pas, le malade ne retrouve pas ses forces, et l'amendement qui hier semblait tout promettre, est démenti par l'aggravation du lendemain. Dans les cas de ce genre, un mois ou cinq semaines suffiront, quelquefois, pour conduire l'enfant au tombeau, les fonctions étant si également atteintes que nous sommes embarrassés de savoir à laquelle essayer de porter remède.

Bien que moins fréquents, les cas où la tuberculose aiguë se développe au cours d'une bonne santé antérieure, qui pourtant, est, peut-être, plutôt un état valétudinaire que de la vigueur; ces cas, dis-je, sont d'une bien plus grande importance, parce qu'ils ont plus de chance d'être mal compris. Sans causes, l'enfant maigrit, perd ses forces, l'appétit et la gaieté; tout le chagrin, mais il dit qu'il n'éprouve aucune douleur, qu'il ne souffre de nulle part; et il n'y a rien d'appréciable, sauf que le pouls est habituellement plus vif, et la peau souvent plus chaude qu'à l'état normal. Les nuits sont sans sommeil, bien que l'enfant ait souvent besoin de se coucher pendant le jour, et quelquefois, il survient du délire au moment du coucher: pendant l'état de