

Bibliothèque numérique

medic@

**Marrotte, J.-A.. - De l'influence de
l'âge sur la marche et les
terminaisons des phlegmasies aiguës**

1838.

***Paris : Imprimerie et fonderie
de Rignoux et Compagnie,
imprimeurs de la Faculté de
médecine***

Cote : 90975



Licence ouverte. - Exemplaire numérisé: BIU Santé
(Paris)

Adresse permanente : [http://www.biusante.parisdescartes
.fr/histmed/medica/cote?90975x1838x01x14](http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90975x1838x01x14)

14.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

CONCOURS

PUBLIC

POUR L'AGRÉGATION.

THÈSE

SUR LA QUESTION SUIVANTE :

DE L'INFLUENCE DE L'ÂGE SUR LA MARCHÉ ET LES TERMINAISONS
DES PHLEGMASIES AIGUES;

Présentée et soutenue le juin 1838,

PAR J.-A. MARROTTE, D. M. P.



PARIS.

IMPRIMERIE ET FONDERIE DE RIGNOUX ET C^e,

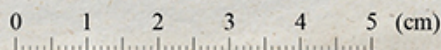
IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,

Rue des Francs - Bourgeois - Saint - Michel, 8.

1838

C. — N° 5.

1



CONCOURS

JUGES DU CONCOURS.

Président.	M. ADELON.
Juges.	MM. ANDRAL. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN. BRESCHET.
Secrétaire	M. MÉNIÈRE.
Agrégés	MM. GUÉRARD. DALMAS.

COMPÉTITEURS.

MM. MONTAULT.	MM. BARTH.
TANQUEREL.	BÉHIER.
BELL.	PELLETAN.
GILLETTE.	VERNOIS.
HARDY.	SESTIER.
LEMBERT.	CUVIER.
DUPLAY.	VALLEIX.
HUTIN.	CAZALIS.
PIET.	GRISOLLE.
BEAU.	BAZIN.
PIGEAX.	MONNERET.
DESCHAMPS.	NONAT.
TESSIER.	COMBETTE.
MARROTTE.	

CONCOURS

PUBLIC

POUR L'AGRÉGATION.

QUESTION.

*De l'influence de l'âge sur la marche et les terminaisons
des phlegmasies aiguës.*

Pour ne pas m'égarer dans la solution de la question qui m'a été proposée, j'ai cherché à en apprécier les termes avec toute l'exactitude possible; c'est pourquoi j'exposerai succinctement ce que l'on doit entendre, 1° par *âges*; 2° par *marche* et *terminaisons* d'une maladie; et 3° sur tout ce que l'on doit entendre par *phlegmasies*.

A. Les *âges* ne sont pas mesurés par les années, mais par les changements successifs de notre organisation, qui remplissent tel ou tel espace dans la succession de phénomènes dont se compose la vie, et qui correspondent à différents points de sa durée.

La vie a été partagée par la plupart des médecins en quatre périodes : l'enfance, l'adolescence, la virilité et la vieillesse; division toute naturelle, que nous suivrons ici, en ayant soin de rappeler que les caractères distinctifs des âges ne s'observent dans toute leur pureté qu'en les examinant au milieu des périodes auxquelles ils correspondent.

B. La *marche* d'une maladie consiste dans l'ordre suivant lequel naissent et se succèdent les lésions qui la constituent et les symptômes

qui la signalent; son étude comprend celle des prodromes, de l'invasion, des périodes d'accroissement, d'état et de déclin, des exacerbations journalières, et enfin celle des phénomènes locaux, généraux et sympathiques, qui se succèdent et s'enchaînent dans ces différentes périodes.

C. On entend par *terminaisons* les différents modes suivant lesquels les phénomènes se succèdent pour amener le retour à la santé, la transformation en une autre maladie, ou la mort : tels sont la délitescence, la résolution, la production de fausses membranes, la suppuration, les adhérences et les cicatrices, la gangrène, et le passage à l'état chronique.

Nous étudierons plus amplement ailleurs les différentes terminaisons dont les phlegmasies sont susceptibles.

D. Il nous reste maintenant à discuter le sens que l'on doit attacher au mot *phlegmasie*.

En parcourant les auteurs qui ont écrit sur cette classe de maladies depuis Sauvages jusqu'à nos jours, on voit qu'ils ont donné à cette expression une acception plus ou moins large, suivant l'idée qu'ils s'étaient faite de ces affections. Malgré la difficulté du sujet, malgré les autorités imposantes, dont nous pourrions contrarier les idées, nous essaierons d'exposer clairement ce que nous entendons par *phlegmasie*, en ayant égard surtout à la question qui nous est proposée.

Toute bonne classification devant être basée sur la nature même des maladies et répondre à des indications thérapeutiques, nous distinguerons les *phlegmasies* ou *inflammations* proprement dites, inflammations dont le phlegmus représente le type, des formes inflammatoires que revêtent certaines maladies, qui ne perdent pas pour cela leur caractère spécial, celui qui donne les indications majeures à remplir.

Les *phlegmasies* proprement dites sont les seules dont nous ayons à nous occuper ici. Voici leurs principaux caractères : elles s'accompagnent toujours d'une exaltation des propriétés vitales. « Une des circonstances les plus importantes de leur histoire, dit M. le professeur Chomel, c'est que, de toutes les maladies, ce sont les seules qui puissent être produites artificiellement, et qu'il n'est aucun tissu dans lequel

on ne puisse les produire à tous les degrés possibles et à l'aide d'agents très-variés. » Elles peuvent se développer dans toutes les saisons, dans tous les lieux, chez tous les individus, quels que soient leur sexe, leur âge et leur tempérament. L'altération de tissu constitue toute la maladie : c'est à elle que doivent être rapportés tous les phénomènes ; enfin ces maladies exigent l'emploi plus ou moins énergique du traitement antiphlogistique proprement dit : « Naturam morborum ostendit curatio. »

Les phlegmasies sont loin de toujours reconnaître pour causes des agents irritants, accidentellement appliqués sur nos tissus ; le plus ordinairement elles se développent sous l'influence de causes plus ou moins complexes, dont l'action est la plupart du temps impossible à saisir. Nous admettrons cependant avec certitude que nous avons sous les yeux une phlegmasie, toutes les fois que nous verrons se développer, même sans cause évidente, des phénomènes semblables à ceux qui constituent les inflammations de cause externe, quoique ces deux variétés de la même classe présentent quelques différences.

Ces maladies peuvent aussi éprouver, de la part de la cause qui les a produites, du tempérament, de la constitution médicale, de l'idiosyncrasie, de circonstances accidentelles, etc., des modifications qui en altèrent la physionomie sans en changer la nature. Ainsi, les désordres inflammatoires que le froid humide détermine sur le système muqueux, ont quelque chose de spécial, qui leur a fait donner le nom d'*inflammations catarrhales*. Chez certains malades, pendant l'été et au commencement de l'automne, les phlegmasies s'accompagnent facilement de symptômes bilieux ; quelquefois même la constitution médicale leur imprime son caractère, quels que soient l'âge et le tempérament des malades : elles prennent alors le nom de *phlegmasies bilieuses*. Enfin, dans certaines constitutions médicales, chez certains individus, se développent des phénomènes, soit nerveux, soit adynamiques, de là des phlegmasies ataxiques ou adynamiques ; mais ici il n'y a plus inflammation idiopathique, puisque vous faites vomir les malades.

puisque vous les tonifiez, etc., et surtout que vous avez soin d'éloigner la saignée.

Les modifications que nous venons de signaler, ne doivent pas être assez marquées pour dénaturer les caractères fondamentaux des phlegmasies ; ceux qui règlent l'indication du traitement antiphlogistique : sans quoi elles deviendraient des fièvres catarrhales, bilieuses, ataxiques, adynamiques.

Ces préliminaires indispensables étant posés, nous abordons la solution même de la question.

Tous les auteurs qui ont écrit sur les phlegmasies ayant pris l'âge adulte pour type de leur description, nous suivrons leur exemple : nous exposerons d'abord d'une manière générale quelle est la marche et quelles sont les terminaisons ordinaires des phlegmasies aiguës, développées, à cet âge, dans les conditions ordinaires de la santé.

Le développement des phlegmasies accidentelles commence aussitôt que la cause irritante a exercé son action ; elles se propagent indistinctement à tous les tissus, aussi bien en profondeur qu'en surface ; leur accroissement est, en général, plus rapide que celui des phlegmasies spontanées ; elles peuvent parcourir toutes leurs périodes, sans déterminer de symptômes généraux. Lorsqu'elles sont assez étendues et déterminent une réaction fébrile énergique, elles deviennent souvent la cause d'accidents inflammatoires dangereux sur d'autres tissus : des brûlures étendues et profondes s'accompagnent presque toujours de gastro-entérite aiguë. Les inflammations accidentelles ont une marche continue ; elles peuvent disparaître en quelques heures, en quelques heures aussi elles peuvent déterminer la mort. On y observe les terminaisons ordinaires de l'inflammation, la délitescence, la résolution, la suppuration, la gangrène, ordinairement par excès d'inflammation ; rarement le passage à l'état chronique, à moins qu'il n'existe une prédisposition. Tantôt ces terminaisons sont les mêmes dans toute l'étendue des parties malades, tantôt elles varient suivant les tissus.

Les phlegmasies spontanées restent, en général, bornées à un seul tissu, à un seul parenchyme. Aussi les auteurs distinguent-ils des in-

inflammations membraneuses et des inflammations parenchymateuses. Elles sont souvent primitives, c'est-à-dire que leur développement n'est pas sous la dépendance d'une autre maladie. D'autres fois elles sont consécutives, et alors, tantôt elles succèdent à une fièvre inflammatoire; elles en sont l'exanthème, comme le dit M. Récamier; tantôt elles succèdent à un mouvement fébrile intense, quelle que soit sa nature: c'est alors que l'on voit les foyers inflammatoires se multiplier, et les phlegmasies proprement dites venir compliquer d'autres affections. Dans ce dernier cas, un frisson plus ou moins intense, observé pendant le cours de la maladie primitive, en annonce ordinairement le début.

Lorsque la phlegmasie aiguë est primitive, le malade peut éprouver, quelques jours avant son invasion, un sentiment général de malaise ou de lassitude, de la brisure dans les membres, la perte de l'appétit, etc.; ce sont les *symptômes précurseurs*. Plus souvent, la fièvre s'allume en même temps que se développent les phénomènes locaux de l'inflammation; elle peut être précédée d'un frisson: celui-ci est, en général, intense, mais de courte durée.

Les phlegmasies spontanées une fois développées, il est rare de les voir suspendre brusquement leur marche. Elles acquièrent nécessairement pendant quelque temps, et d'une manière progressive, une intensité plus considérable, jusqu'à ce que les phénomènes étant arrivés à leur *sumum*, ils décroissent successivement, et soient enfin suivis du rétablissement complet des fonctions. On a donc distingué, dans leur marche, les trois périodes d'*accroissement*, d'*état* et de *déclin*. La durée de chacune de ces périodes ne peut être fixée d'une manière précise; car elle varie par une multitude de raisons. En général, la période d'augmentation est la plus rapide; la période d'état est quelquefois très-longue, quelquefois très-courte: la même chose peut s'observer pour la période de déclin: enfin, la seconde et surtout la troisième période peuvent manquer entièrement, que l'inflammation se termine d'une manière favorable ou défavorable.

Les phlegmasies spontanées ne suivent pas une marche uniforme

comme les phlegmasies accidentelles; chaque jour, ordinairement vers le soir, les symptômes généraux ou locaux acquièrent un nouveau degré d'intensité. Ces exacerbations quotidiennes sont ordinairement accompagnées, le lendemain matin, d'une rémission plus ou moins marquée; elles ne prennent cependant jamais le caractère d'accès, comme dans certaines fièvres: les fièvres bilieuses, par exemple.

Les phénomènes généraux sont ceux de la fièvre inflammatoire; ils sont, en général, en rapport avec les phénomènes locaux et en suivent les progrès. Néanmoins, il n'est pas rare de les voir diminuer d'une manière notable et même cesser complètement, quoique les phénomènes locaux persistent plus ou moins longtemps, surtout lorsque la maladie est arrivée à sa troisième période et est en voie de résolution. Des symptômes adynamiques peuvent succéder tout à coup à ceux de réaction inflammatoire. Enfin, des accidents nerveux ou sympathiques viennent quelquefois compliquer les symptômes fébriles: tels sont le délire, des mouvements convulsifs, etc. Ils peuvent dépendre de l'idiosyncrasie du malade; plus rarement ils se sont développés sous l'influence de la constitution médicale. Ordinairement leur existence est de courte durée; d'autres fois, on les voit persister pendant tout le cours de la maladie et former une véritable complication; ils peuvent enfin tenir au siège même de la phlegmasie: tels sont les vomissements dans la méningite, la néphrite, la péritonite, etc.

L'inflammation ne marche pas toujours franchement vers la guérison; elle peut prendre à plusieurs reprises une nouvelle acuité, après avoir paru suivre un développement régulier. Ces recrudescentes doivent être attribuées, la plupart du temps, à des écarts de régime, à un refroidissement ou à quelques causes analogues; mais quelquefois aussi elles tiennent à un élément de la maladie, que nous ne pouvons pas saisir. Nous trouverons dans l'examen des âges des circonstances favorables aux recrudescentes.

De toutes les terminaisons des phlegmasies spontanées, la délitéscence est la plus rare: en général aussi, elle est la plus à redouter; car presque toujours la disparition des phénomènes inflammatoires dans

le lieu qu'ils occupaient primitivement, coïncide avec le développement d'une maladie dans un autre organe. La métastase ne peut être favorable que dans deux cas : lorsque la maladie qui a déplacé la phlegmasie a pour siège un organe peu important ou superficiellement placé, ou enfin, lorsqu'elle coïncide avec l'apparition d'une évacuation critique. La délitescence s'observe à presque toutes les périodes des phlegmasies, et même lorsqu'il y a déjà suppuration ; il est cependant plus ordinaire qu'elle arrive au début. Cette terminaison survient toujours brusquement, et souvent quelques heures suffisent pour que toute trace d'inflammation ait disparu.

La résolution constitue la véritable terminaison des phlegmasies spontanées ; elle en est heureusement la plus fréquente, qu'elle survienne spontanément ou qu'elle soit aidée par les secours de l'art, et surtout si l'inflammation est accidentellement produite sur un organe qui n'y est pas prédisposé par l'âge. Fréquemment elle s'opère d'une manière insensible. Les phénomènes locaux et généraux diminuent peu à peu jusqu'au rétablissement complet des fonctions. Cette diminution successive est plus ou moins prompte ; quelques jours, plus ordinairement une ou plusieurs semaines, sont nécessaires pour que la résolution soit complète. Dans des circonstances moins nombreuses, elle est accompagnée de phénomènes critiques. Ces crises ont le plus ordinairement lieu par des sueurs générales, par des hémorrhagies, lesquelles se font par le nez, par l'anus, par la matrice, rarement par la poitrine, l'estomac ou d'autres surfaces muqueuses. Elles sont, en général, accompagnées d'un sédiment dans l'urine. Il est plus rare de voir une phlegmasie se juger par la diarrhée. La pneumonie paraît privilégiée sous le rapport des terminaisons critiques. « Il n'est, dit M. Andral, aucune maladie dans laquelle l'existence des sueurs critiques nous semble plus parfaitement démontrée que dans la pneumonie. » Cet observateur a aussi rencontré des diarrhées, des hémoptysies critiques de la pneumonie. On a vu enfin des éruptions cutanées apparaître au milieu ou vers la fin d'une phlegmasie de la poitrine, et

en hâter la résolution. En général, ces crises m'ont paru plus fréquentes lorsque la phlegmasie avait succédé à une fièvre inflammatoire, ou lorsqu'elle présentait comme elle des caractères de généralité.

Dans ces cas, la résolution peut être plus rapide que dans ceux où elle s'opère d'une manière insensible. On a vu des malades passer avec une rapidité vraiment surprenante, en vingt-quatre ou quarante-huit heures, de l'état de maladie à la convalescence; cependant plusieurs efforts critiques peuvent se succéder à quelques jours d'intervalle, avant que la maladie soit complètement jugée.

Dans les phlegmasies des membranes séreuses, on observe un phénomène qui tient, en quelque sorte, le milieu entre la résolution franche et la suppuration; c'est l'organisation des fausses membranes et la formation des adhérences qui en sont la conséquence.

Il est impossible de fixer le temps nécessaire à la transformation des fausses membranes en tissu cellulaire; il peut être très-court, comme il peut être très-long. Tant que cette transformation n'est pas complète, ou du moins fort avancée, la guérison ne doit pas être considérée comme complète; car ces fausses membranes peuvent devenir elles-mêmes le siège de congestions inflammatoires, et on a vu le malade périr dans une de ces recrudescences.

La suppuration, l'ulcération et la gangrène ne sont pas, à proprement parler, des terminaisons, mais des états intermédiaires à la guérison ou à la mort. En effet, toutes les fois que la suppuration n'est pas excessivement abondante, et qu'elle a son siège dans un organe ou dans un tissu assez superficiellement placé pour que le pus soit évacué au dehors, la guérison peut avoir lieu; mais le temps nécessaire à la cicatrisation du foyer prolonge la durée de la maladie, et le malade reste dans un état de santé douteuse, exposé à des récidives et à des accidents de toute espèce. Si le produit de la suppuration est profondément situé, s'il occupe une cavité séreuse ou un viscère important; s'il est abondant, la mort est inévitable, sauf quelques rares exceptions. Si la maladie présente une grande acuité, la mort suit de près la suppuration; si, au contraire, elle passe à l'état chronique, le

malade est dévoré peu à peu par la fièvre hectique, ou emporté par une recrudescence.

L'ulcération est presque toujours la conséquence de la suppuration ou de la gangrène. Dans certains tissus, tels que les membranes muqueuses, elle est due au ramollissement : les débris de la muqueuse ramollie étant entraînés avec les produits de sécrétion et d'exhalation, il en résulte une perte de substance, qui doit passer par toutes les phases de la cicatrisation, pour qu'il y ait guérison complète. L'ulcération substitue donc à la phlegmasie aiguë une affection chronique, qui peut entraîner la perte du malade. Je dois dire ici que le mot *ulcération*, employé pour désigner une des terminaisons de l'inflammation, me paraît détourné de son acception rigoureuse; car la véritable ulcération reconnaît une cause spécifique, et non une cause purement inflammatoire.

La gangrène est rarement produite par excès d'inflammation, dans les maladies spontanées; elle est due soit à l'âge du malade, soit aux circonstances hygiéniques qui l'environnent; d'autres fois, enfin, il est difficile de lui assigner une cause. Elle s'accompagne de symptômes de prostration, précédés d'une rémission trompeuse, ou succédant tout à coup à des symptômes évidents de réaction fébrile. Elle s'observe ordinairement à la période d'état ou de déclin.

Nous avons indiqué, dans le cours de cette dissertation, les différents modes par lesquels une phlegmasie aiguë passe à l'état chronique; nous n'y reviendrons pas. Il nous reste à dire quelques mots de la mort et de la convalescence. La mort est le plus ordinairement la conséquence des progrès de la maladie, ainsi que nous l'avons vu; mais dans quelques cas exceptionnels, elle arrive tout à coup, sans que l'état du malade fasse soupçonner une terminaison aussi prompte et aussi funeste. Elle est précédée de phénomènes ataxiques ou adynamiques : le malade meurt au milieu des convulsions ou dans un état comateux.

Quelques particularités dans la marche et dans les terminaisons des

phlegmasies aiguës résultent ordinairement de la nature du tissu enflammé. C'est ainsi que les phlegmasies aiguës de la peau ont une grande tendance à s'étendre en surface; qu'elles se terminent souvent par résolution, tandis que la suppuration, et surtout la gangrène y sont rares. Il en est de même des phlegmasies des membranes muqueuses: ce sont aussi celles qui mettent en jeu le plus grand nombre de sympathies, et qui influent le plus promptement et le plus puissamment sur le cœur, la chaleur animale et l'encéphale; elles compliquent facilement les phlegmasies cutanées.

Les phlegmasies des membranes séreuses, quoique plus douloureuses que celles des membranes muqueuses, provoquent, en général, beaucoup moins de sympathies. Lorsqu'elles sont intenses et qu'elles s'accompagnent d'une exhalation abondante de sérosité lactescente ou purulente, elles sont plus certainement suivies de la mort. Cette fâcheuse terminaison devient presque certaine, lorsqu'elles passent à l'état chronique.

Après avoir indiqué d'une manière sommaire quelles sont la marche et les terminaisons des phlegmasies aiguës chez l'adulte, pris pour type et considéré dans un état de santé ordinaire, il nous reste à examiner quelles modifications y apportent les différents âges.

Vie intra-utérine. — L'usage, en réservant le nom d'*âge* aux changements dont la série commence et se termine pendant que l'individu jouit d'une existence indépendante, et en reléguant dans l'histoire de la vie fœtale les phases multipliées de son existence antérieure, l'usage, ai-je dit, pourrait me dispenser de parler longuement des phlegmasies antérieures à la naissance, si je n'en trouvais une raison puissante dans l'insuffisance de nos connaissances.

Il n'est guère douteux que la disposition inflammatoire ne soit, jusqu'à un certain point, transmissible de la mère à l'enfant; telle était l'opinion de Fernel, d'Hoogeveen, etc.; mais, de plus, il est certain que des phlegmasies proprement dites se développent de toutes pièces

sur le fœtus, et parcourent toutes leurs périodes pendant son séjour dans l'utérus. On en a trouvé des traces évidentes sur plusieurs membranes muqueuses de fœtus morts en naissant; d'autres fois même des symptômes observés dès les premiers instants de la vie extra-utérine, ont permis d'en constater l'existence et d'en suivre les dernières périodes; telles sont les phlegmasies de l'œsophage, de l'estomac et de l'intestin, du poumon et de la plèvre, du péritoine, du cerveau et de l'arachnoïde. Il faut y joindre des cas d'hépatite (Brachet, Véron), de suppuration du thymus (Véron), d'une capsule surrénale (Andral), etc., enfin des fausses membranes, du pus liquide ou demi concret, observés à la surface du placenta et dans son tissu; des flocons albumineux troublant les eaux de l'amnios, l'épaississement de cette membrane, etc., ne permettent pas de douter que des phlegmasies ne puissent se développer dans les enveloppes du fœtus. Souvent ces phlegmasies présentent tous les caractères de l'état chronique, sans qu'on puisse décider si celui-ci a succédé à l'état aigu ou s'il est primitif; mais il n'est pas rare non plus d'y retrouver tous ceux de l'état aigu; quelques fœtus portaient une phlegmasie aiguë de la plèvre ou du poumon, qui s'est terminée pendant les jours qui ont suivi la naissance.

Il est impossible de dire avec exactitude quelle influence l'âge a pu exercer sur la marche de ces inflammations; il est probable qu'elles ont participé à l'activité qui caractérise tous les phénomènes de la vie fœtale. Lorsqu'elles avaient pour siège le fœtus lui-même, elles ont sans doute déterminé, dans ses mouvements et dans sa circulation, quelque chose d'insolite; elles ont encore pu troubler la santé de la mère; mais nous ne savons rien de précis à cet égard. Lorsqu'elles se sont développées d'une manière très-aiguë dans les enveloppes du fœtus, la plupart du temps, elles ont déterminé chez la mère, tous les symptômes d'une métrite aiguë qui a été promptement suivie de l'avortement. M. Gendrin en rapporte deux exemples dans son *Histoire anatomique des inflammations*. A un degré moindre, elles ont

pu se terminer, par résolution, ou déterminer l'adhérence du placenta à la matrice ou du fœtus à ses membranes.

Nos connaissances sont un peu plus exactes sur les terminaisons de ces phlegmasies intra-utérines. La plupart du temps, la mort du fœtus et par suite, un avortement plus ou moins prompt en sont la conséquence. Il est également probable aussi qu'elles sont la source de certaines monstruosités, de certaines difformités. Desormeaux pensait que souvent des oblitérations de l'œsophage, de l'anus, des occlusions des lèvres et des paupières ne reconnaissent pas d'autre cause. Elles peuvent aussi se terminer par la guérison : des adhérences de la plèvre, du péritoine, etc., rencontrées chez des fœtus morts en naissant, n'ont pas permis de méconnaître l'existence d'une phlegmasie aiguë antérieure; elles se terminent encore par suppuration, quelquefois par gangrène. Dans une note, annexée au traité de Billard, M. Ollivier, d'Angers, raconte avoir trouvé un abcès phlegmoneux du cou sur le cadavre d'un fœtus de trois mois et demi, dont il fit l'autopsie avec M. Serres, le 19 mars 1834. Enfin, des circonstances commémoratives plus ou moins importantes portent à admettre que des fœtus, morts en naissant, avaient eu, quelque temps auparavant, une phlegmasie aiguë qui a passé à l'état chronique.

Vie extra-utérine. — Enfance. — Nous ne suivrons pas ici l'ordre synthétique qui nous a guidé dans l'étude de la marche et des terminaisons des phlegmasies aiguës, considérées chez l'adulte. Nous avons alors à notre disposition des matériaux déjà mis en œuvre; mais il n'en est plus de même ici, et l'ordre analytique nous a paru plus commode et plus sûr pour arriver à des conclusions générales. Nous allons donc donner successivement un aperçu rapide des principales phlegmasies qui s'observent pendant la première enfance.

Phlegmasies de la peau. Érythème. — Le contact des matières fécales, l'impression trop vive de la chaleur ou du froid, des frottements trop

rudes, déterminent souvent chez le nouveau-né un érythème ordinairement léger, qui se termine rapidement par résolution : jamais il ne s'accompagne de symptômes généraux.

Mais si l'action des causes irritantes a été énergique, si elle a rencontré un sujet irritable ou pléthorique, si la peau est congestionnée, l'inflammation peut devenir sérieuse : à ce degré cependant, elle se termine encore souvent par résolution, et s'accompagne d'exfoliation plus ou moins prononcée de l'épiderme. On a cependant observé des foyers de suppuration épars dans le tissu cellulaire sous-jacent à la peau enflammée.

Erysipèle. — Les auteurs qui ont écrit sur les maladies des nouveau-nés ont décrit, sous le nom d'*érysipèle*, une maladie qui ne doit pas être considérée comme une inflammation franche. Les parois abdominales en sont le siège le plus ordinaire. Elle débute ordinairement par l'ombilic, quelquefois par tout autre point du ventre, d'où elle peut s'étendre au tronc et même aux extrémités. Cette marche envahissante est quelquefois très-rapide. La résolution s'observe rarement dans cette maladie, et, pour peu qu'elle offre une certaine étendue, elle entraîne souvent la mort du malade, avant même qu'il y ait suppuration ou gangrène. Ces deux modes de terminaison sont surtout fréquents chez les nouveau-nés, et se succèdent quelquefois avec une grande promptitude. Lorsque cet érysipèle occupe les lèvres, il n'est pas rare de voir ces parties s'endurcir et prendre d'abord une couleur jaune, puis noire ; sur les autres parties du corps, il se forme des phlyctènes ou des taches grises ou noirâtres. A ce degré d'intensité, il s'accompagne toujours de symptômes gastro-intestinaux plus ou moins violents, avec accélération du pouls, sécheresse et chaleur des téguments, douleur, insomnie, accidents qui sont suivis d'une émaciation rapide. On le voit encore se compliquer de pneumonie, de pleuro-pneumonie, de péritonite. La moitié de ces cas compliqués est mortelle. Certes, si l'on considère avec attention les phénomènes locaux de cet érysipèle, ses phénomènes généraux, ses terminaisons

ordinaires, et si l'on considère surtout qu'il ne s'observe guère que dans les hôpitaux consacrés aux femmes en couches et aux enfants nouveau-nés, on ne peut méconnaître qu'il a tous les caractères d'une maladie typhoïde, qu'il reconnaît une cause septique, et qu'il doit être rejeté de la classe des inflammations.

Tissu cellulaire. — Le phlegmon est commun chez les enfants à la mamelle; assez souvent il se termine par suppuration et peut entraîner des décollements considérables de la peau. Sa marche est, en général, assez rapide.

Appareil digestif. — Les auteurs ont décrit séparément l'inflammation de la bouche, du pharynx et de l'œsophage, observée chez l'enfant; ils l'ont aussi regardée comme fréquente à cet âge. Mais nous pensons que l'inflammation franche, idiopathique de ces parties, est une maladie rare; qu'elle est presque toujours de nature catarrhale, à moins qu'elle ne soit produite par une cause accidentelle, et que les phénomènes inflammatoires qui précèdent ou accompagnent l'angine couenneuse, le muguet, etc., par exemple, ne puissent imprimer à ces maladies les caractères qui appartiennent aux seules inflammations idiopathiques.

D'après ces mêmes auteurs, les inflammations aiguës de la bouche, du pharynx et de l'œsophage s'observeraient assez souvent chez les enfants naissants ou à la mamelle; mais elles ne s'accompagneraient de réaction fébrile qu'après le septième ou huitième mois. Ordinairement légère, l'inflammation du pharynx déterminerait quelquefois un gonflement si considérable des amygdales, que la respiration s'en trouve gênée et que la déglutition devient impossible; il serait rare cependant qu'elle persistât longtemps à ce degré. La résolution en serait la terminaison la plus ordinaire; on aurait cependant observé la suppuration et la gangrène.

L'œsophagite serait ordinairement plus grave; elle aurait une marche assez rapide, elle déterminerait fréquemment des phénomènes géné-

raux ; enfin les vomissements qui l'accompagnent, en s'opposant à la nutrition, compromettraient facilement les jours de l'enfant.

Estomac. — Chez un certain nombre d'enfants, morts quelque temps après leur naissance, on trouve l'estomac parsemé de petites ulcérations plus ou moins nombreuses qui paraissent résulter de la destruction des follicules ; l'appareil folliculeux de l'estomac, et d'une bonne partie du tube digestif, présentant en même temps une tuméfaction plus ou moins considérable, accompagnée d'injection capillaire. Cette maladie a été regardée comme une forme de gastrite particulière aux enfants, dont elle cause ordinairement la mort quelques jours après la naissance. L'état avancé des lésions anatomiques, que l'on rencontre à l'autopsie, semble prouver qu'elle se développe, dans la plupart des cas, pendant la vie intra-utérine ; elle paraît y suivre une marche aiguë, puisque les enfants ne sont pas émaciés au moment de leur mort. Elle suit, en général, la même marche lorsqu'elle s'est développée après la naissance.

La gastrite, dite *érythémateuse*, est beaucoup plus fréquente : déjà grave par elle-même lorsqu'elle existe seule, elle le devient encore plus par sa complication ordinaire avec l'entérite et les autres affections.

Une lésion encore rapportée à la gastrite aiguë est le ramollissement gélatiniforme de l'estomac ; il attaque les enfants, surtout aux environs de la première dentition : de l'insomnie, des vomissements, de la douleur, sont ordinairement les seuls symptômes qui l'annoncent. Elle détermine à peine de la réaction fébrile chez les enfants très-jeunes : sa marche est aiguë ; sa durée de six, huit ou quinze jours.

Intestin. — Les congestions sanguines, fréquentes sur les membranes muqueuses des nouveau-nés, le sont surtout sur celle de l'intestin. On a pensé qu'elles prédisposaient les enfants à l'entérite, et que le passage de ces congestions à l'inflammation proprement dite se faisait

souvent par des nuances insensibles. L'entérite des enfants est quelquefois compliquée d'hémorrhagie. Dans la plupart des cas d'entérite intense, terminés par la mort, il existe un ramollissement plus ou moins considérable de la membrane muqueuse. La gangrène par excès d'inflammation est rare, cependant on l'a observée. Il n'est pas ordinaire de voir l'entérite aiguë passer à l'état chronique.

La tuméfaction, qui a lieu dans l'épaisseur des membranes muqueuses des enfans, lorsqu'elles deviennent le siège d'une inflammation aiguë, détermine quelquefois dans l'entérite des accidents spéciaux, dus à la structure anatomique des parties; c'est ainsi que la valvule iléo-cœcale peut s'opposer au passage des matières fécales, et le malade mourir avec tous les accidens de l'étranglement interne.

N'ayant pas eu l'occasion d'observer les maladies des enfans d'une manière suivie, je n'ose affirmer qu'il y ait eu erreur de la part des auteurs qui regardent les phlegmasies des voies digestives comme fréquentes à cet âge; je crois cependant qu'on a exagéré cette fréquence et que les troubles de la digestion, si communs dans la première enfance, trouvent fréquemment leur raison dans les congestions sanguines et dans l'abondance des mucosités qui obstruent l'intestin et les organes sécréteurs eux-mêmes, et enfin dans la quantité des matières ingérées, dont les résidus volumineux parcourent le canal intestinal, désordres qui trouvent eux-mêmes leur solution critique dans une sécrétion plus abondante, survenue spontanément ou provoquée par l'art. Je crois que toutes les fois qu'une gastrite ou une entérite aiguë se développe chez un jeune enfant, elle constitue une maladie grave, qui marche avec rapidité, qui peut se terminer par la résolution; mais qui plus souvent se termine par la mort, à cause de son intensité, et à cause des obstacles qu'elle apporte à la nutrition.

Péritoine. — Nous avons déjà dit que la péritonite pouvait être congénitale, et suivre une marche aiguë dans le sein de la mère, comme le prouvent, au dire des auteurs, les lésions anatomiques et l'état frais et vigoureux des enfans. Elle se développe aussi assez souvent après la

naissance, sous l'influence de causes extérieures, tels que des coups, une compression forte du ventre, l'impression du froid, ou comme complication d'une autre maladie. Sa marche est aiguë, dans la plupart des cas, et sa terminaison fâcheuse; on la voit cependant passer à l'état chronique.

Appareil respiratoire. Narines. — Le coryza est une maladie très-fréquente chez les jeunes enfants; l'impression du froid, et surtout du froid humide, le détermine souvent: aussi participe-t-il des caractères des affections dites catarrhales. Il s'accompagne facilement d'un gonflement considérable de la membrane muqueuse et d'une sécrétion abondante de mucosités. Lorsqu'il est léger, il disparaît avec rapidité; le séjour dans un appartement bien chauffé, des boissons chaudes suffisent pour amener cette terminaison. Mais s'il est intense, le gonflement de la membrane muqueuse et l'abondance des mucosités déterminent une occlusion plus ou moins complète du nez: delà une gêne considérable de la respiration et l'impossibilité de téter. Tourmenté par la faim et par les efforts qu'il fait pour la satisfaire, l'enfant tombe épuisé de fatigue, de douleur et d'inanition, et ne tarde pas à périr avant même d'être arrivé à un degré de marasme avancé; on voit la mort survenir le troisième ou cinquième jour. Le coryza est d'autant plus dangereux que l'enfant est plus jeune.

Cette histoire du coryza est tout entière extraite des auteurs qui ont écrit sur les maladies de l'enfance, notre expérience personnelle ne nous permettant pas d'énoncer une opinion exclusive sur la nature de cette maladie; mais la lecture attentive de leur ouvrage nous force à penser que la gravité de cette affection ne peut pas être attribuée entièrement à l'influence de l'âge, mais bien à la prédisposition, à la constitution éminemment scrofuleuse du malade.

Larynx. — L'angine laryngée est assez commune chez les enfants à la mamelle; elle l'est moins cependant que dans un âge plus avancé. Elle succède ordinairement au coryza et se propage avec une grande

facilité à la trachée et aux bronches; quelquefois très-obscurs à leur début, les symptômes ont ordinairement une marche rapide, une fois qu'ils sont développés : les mucosités sont sécrétées en abondance; souvent elles s'accumulent pendant la nuit dans le larynx, réveillent l'enfant en sursaut, et ne sont expulsées qu'après des efforts de toux pénibles. Elle peut se terminer par résolution au bout de quelques jours; elle peut aussi passer à l'état chronique. Mais il arrive malheureusement assez souvent, qu'elle détermine la suffocation et des spasmes plus ou moins intenses, même chez les enfants les plus jeunes, à cause de l'étroitesse naturelle du larynx. La mort par asphyxie peut s'observer dès le début.

Trachée et bronches. — L'inflammation de la trachée et des bronches peut exister seule; mais elle est consécutive au coryza et à l'angine laryngée, dans la pluralité des cas: elle s'observe plus fréquemment chez les enfants qui sont sous l'influence du travail de la dentition. Elle envahit ordinairement la totalité de l'arbre bronchique et occupe souvent les ramifications capillaires, surtout lorsqu'elle succède à une pneumonie. Dans ce dernier siège elle peut amener à sa suite les accidents les plus graves, dus à la difficulté de la pénétration de l'air dans les poumons. Elle peut exister sans symptômes bien apparents, mais il est plus ordinaire de la voir se dessiner d'une manière tranchée; elle s'accompagne souvent de nausées, de vomituritions et de vomissements, surtout chez les enfants. Ordinairement elle disparaît spontanément au bout de quelques jours; elle passe cependant quelquefois à l'état chronique. Lors même qu'elle est aiguë, elle peut être de courte durée et se terminer par résolution; mais elle amène aussi assez souvent la mort, soit par son intensité, soit en déterminant dès le début une véritable asphyxie et en s'accompagnant de tous les symptômes du catarrhe suffocant. Sa marche est généralement rapide, elle a quelquefois atteint son maximum d'intensité en trois ou quatre jours; d'autres fois aussi l'inflammation gagne peu à peu le tissu pulmonaire,

et la maladie devient encore plus promptement mortelle : elle coïncide assez fréquemment avec une affection intestinale.

En terminant ici l'histoire des phlegmasies des voies aériennes chez les enfants, nous ferons remarquer qu'elles participent d'autant plus des caractères des affections catarrhales, que ceux-ci sont plus jeunes. Nous en avons écarté à dessein la laryngite striduleuse, la coqueluche, le croup, etc., parce que ces maladies présentent des caractères ciaux qui ne rentrent pas dans la définition que nous avons donnée des phlegmasies idiopathiques.

Poumons et plèvres. — La pneumonie congénitale n'est pas rare : M. Cruveilhier avance même que chez la pluralité des enfants qui meurent d'asphyxie, celle-ci est due à une lésion antérieure des poumons ; en un mot, qu'il meurt de pneumonie autant d'enfants nouveau-nés que d'adultes. Cette pneumonie est tantôt lobulaire, tantôt elle occupe une portion du poumon limitée et plus ou moins considérable ; sa marche paraît aiguë, car l'induration du poumon se concilie presque toujours avec l'embonpoint du fœtus et toutes les apparences de la santé parfaite. M. Cruveilhier n'a-t-il pas pris quelquefois pour une pneumonie ce qui n'était qu'un simple engorgement pulmonaire ? Une fois cet observateur a observé sa terminaison par suppuration. La vie du nouveau-né peut se maintenir quelque temps avec l'intégrité d'une très-petite fraction du poumon ; aussi voit-on des enfants de cet âge vivre avec des lésions pulmonaires si étendues, qu'elles auraient tué vingt fois un adulte.

La pneumonie des très-jeunes enfants succède presque toujours à l'engouement ou congestion pulmonaire, aussi est-elle ordinairement circonscrite au point primitivement engorgé ; c'est un point d'analogie qu'elle a avec la pneumonie des vieillards. Par la même raison, il est difficile, pour ne pas dire impossible, de préciser le moment de son début ; cependant elle peut aussi succéder chez eux à l'influence d'une cause appréciable : cette dernière variété est d'autant plus fréquente et se dessine d'autant plus franchement, que l'enfant est plus avancé en

âge. Passé les premiers mois, la pneumonie tend aussi beaucoup moins à se localiser, elle se dissémine et devient lobulaire ou vésiculaire; la résolution, et par suite le retour à la santé, est rare, elle ne s'observe même presque jamais chez les enfants naissants. A une époque plus avancée, la mort est encore produite par l'étendue de la maladie et aussi par une véritable asphyxie lente, due à la présence de mucosités épaisses, comme dans le catarrhe aigu; car on sait que les enfants n'expectorent pas, ou du moins n'expectorent que difficilement. La suppuration et surtout les abcès sont plus rares encore que chez l'adulte; on ne les observe que sur les enfants qui commencent à avancer en âge.

Lorsque les enfants sont très-jeunes, la réaction fébrile est nulle ou presque nulle; le pouls est souvent petit et obscur, la peau froide et livide, les membres œdémateux: elle se montre en général à mesure que l'enfant grandit. A cet âge aussi se développent assez aisément des mouvements convulsifs: Stoll a vu deux cas de ce genre; la saignée fut le meilleur antispasmodique. Quoi qu'il en soit, la pneumonie qui frappe les enfants depuis leur naissance jusqu'à l'âge de dix ans, très-fréquente pendant cette période de la vie, est une cause puissante de mortalité parmi eux.

Toutes les pneumonies des enfants sont-elles franchement inflammatoires? Je ne me permettrai pas de le décider; mais je crois qu'il est bon de méditer un passage de l'article BRONCHITE du *Dictionnaire* en 25 vol., par MM. Chomel et Blache: je le rapporterai ici textuellement. « A l'hôpital des Enfants, dans les salles consacrées aux enfants encore au berceau, l'inflammation des bronches et même celle du tissu pulmonaire sont si communes, qu'on pourrait presque les y regarder comme endémiques. Elles sont en effet le résultat de causes toutes locales, dont il est impossible d'apprécier toute l'influence, et qu'on pourrait détruire au moins en partie. Des *salles plus vastes, plus d'espace entre chaque lit, un air plus pur*, des précautions mieux entendues pour en opérer le renouvellement et changer les petits malades, tels seraient les meilleurs moyens d'arriver à ce but. » Certes, un pareil passage est

propre à faire revouer en doute la nature vraiment inflammatoire de ces maladies dans bon nombre de cas.

Appareil circulatoire. — La péricardite est peut-être plus fréquente au premier âge qu'à toute autre époque de la vie; elle se termine presque toujours par la mort.

Appareil cérébro-spinal. — Nous avons peu de chose à dire des phlegmasies de l'appareil cérébro-spinal. « L'encéphalite, dit M. Calmeil (*Dict.* en 25 vol., art. ENCÉPHALE), se montre fréquemment sous forme diffuse : elle attaque les enfants de tout âge, dans les mêmes proportions à peu près; elle est surtout commune chez ceux qui n'ont pas atteint leur septième année et dont la dentition est lente. »

Suivant MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, « la méningite, moins fréquente dans l'enfance, s'observe davantage chez l'adulte, et rarement chez les vieillards... Ces âges paraissent apporter peu de modifications à sa durée... Rien n'est plus varié que sa première période chez les enfants; chez eux, elle a souvent une longue durée. »

Enfin, suivant Billard, la méningite donne presque toujours lieu, même chez les jeunes enfants, à l'élévation et à la fréquence du pouls.

Ces renseignements sur l'encéphalite et sur la méningite des enfants sont trop peu précis pour en tenir compte; elles sont si souvent liées, à cet âge, avec la production de tubercules dans le cerveau ou dans la pie-mère, qu'elles doivent être considérées comme une dépendance des affections scrofuleuses, et non pas comme des phlegmasies franches. Nous croyons donc, avec MM. Parent-Duchâtelet et Martinet, et contrairement à beaucoup d'autres auteurs, que la méningite proprement dite est rare chez les enfants.

Une récapitulation attentive des faits que nous venons d'exposer nous a paru conduire aux considérations suivantes :

Les phlegmasies accidentelles présentent chez l'enfant les mêmes caractères que chez l'adulte, mais elles présentent en même temps l'activité plus grande qui appartient à toutes les maladies aiguës de cet

âge; elles se développent plus rapidement après l'action des causes irritantes; elles se propagent plus vite aux tissus voisins, soit en étendue, soit en profondeur: il faut même ne pas perdre de vue cette faculté dans l'emploi des vésicatoires; on en a vu déterminer des pleurésies, des péritonites, lorsqu'ils étaient appliqués sur les parois de la poitrine ou du ventre; dans d'autres cas, ils ont déterminé des érysipèles ou des phlegmons. Ces phlegmasies accidentelles, lorsqu'elles sont étendues, ont une puissance plus grande pour produire des inflammations consécutives sur d'autres tissus, et pour éveiller des phénomènes généraux de réaction inflammatoire et nerveuse, surtout lorsque les enfants avancent en âge. La délitescence et la résolution sont, en général, faciles à obtenir; mais si l'inflammation est trop intense, ou si les moyens employés ont été insuffisants, la suppuration, quelquefois même la gangrène, ne se font pas attendre.

Nous nous arrêterons un peu plus longuement sur les phlegmasies dites *spontanées*; nous aurons surtout en vue celles de la première enfance, car, passé le premier septénaire de la vie, elles présentent des caractères mixtes qui tiennent à la fois à ceux des phlegmasies de la première enfance et de la jeunesse.

Les phlegmasies du premier âge ont une tendance remarquable à se répandre en surface plutôt qu'en profondeur; aussi voyons-nous la peau, les membranes séreuses, mais surtout les membranes muqueuses en être le siège ordinaire: elles semblent se soumettre à cette loi dans les parenchymes eux-mêmes; dans le poumon, que l'on pourrait considérer comme une grande surface repliée à l'infini, l'inflammation s'épanouit en une multitude de petits foyers séparés. Si la pneumonie des nouveau-nés semble faire exception à cette règle, on trouve une explication satisfaisante du siège circonscrit qu'elle occupe, dans la congestion sanguine qui a précédé. L'encéphalite se répand également d'une manière diffuse dans toute l'étendue de la masse cérébrale, à moins qu'un corps étranger, un tubercule par exemple, ne fixe l'inflammation dans un point circonscrit.

La mollesse et la laxité des tissus chez l'enfant et l'abondance des

fluides qui les empreignent, donnent à leurs phlegmasies un autre caractère commun, celui d'être accompagnées d'un gonflement, qui devient quelquefois assez considérable pour apporter un obstacle à l'exercice régulier des fonctions : nous en avons trouvé des exemples aux articles coriza, laryngite, bronchite, etc.

Il est rare, que les produits de sécrétion ou d'exhalation cessent d'être versés à la surface des tissus qui en sont le siège ; plus ordinairement au contraire, leur quantité est beaucoup augmentée, et ils sont plus ou moins altérés dans leur nature. Nous avons pu voir encore les conséquences que peut avoir l'accumulation de ces liquides dans des cavités, dont ils ne peuvent être expulsés.

Les phlegmasies des enfants ont aussi une grande tendance à se multiplier. Lorsqu'il existe une inflammation un peu étendue de la peau, ou d'une partie du système muqueux, du poumon etc. On ne tarde pas à voir des phénomènes inflammatoires se développer sur la membrane muqueuse gastro-intestinale ou ailleurs, et peut-être cette multiplication des phlegmasies secondaires tient-elle à l'énergie de la réaction, lorsque les enfants ont dépassé les premières années de leur vie ?

Les phlegmasies aiguës de l'enfance, sont encore remarquables par leur extrême acuité, la violence de leurs symptômes, l'effrayante rapidité de leurs terminaisons tantôt funestes, tantôt heureuses à la suite d'un sommeil tranquille et prolongé, ou par des crises naturelles, fréquentes à cet âge. Enfin, si nous récapitulons tous leurs caractères, savoir : leur siège le plus habituel sur le système muqueux, l'abondance des sécrétions qui les accompagnent, le gonflement de leur tissu, la tendance qu'elles ont à se disséminer, la facilité avec laquelle elles se multiplient et leurs terminaisons fréquentes par des phénomènes critiques, nous serons autorisés à conclure quelles participent des affections catarrhales, et cela d'autant plus qu'elles se développent à une époque plus rapprochée de la naissance. Cette dernière remarque n'est pas sans importance, car elle doit influencer sur leur thérapeutique.

Ces généralités étant posées, entrons dans les détails.

Les phlegmasies qui apparaissent au moment de la naissance ou quelque temps après, seraient souvent consécutives, s'il faut en croire les auteurs qui ont écrit sur les maladies des enfants. Elles succéderaient insensiblement aux congestions sanguines si fréquentes, sur les membranes muqueuses, dans le poumon etc. Il n'existerait pas alors de prodromes, et le passage de la santé à la maladie serait insensible. Ces phlegmasies sont regardées comme consécutives dans la moitié des cas au moins.

A un âge plus avancé, elles sont presque toujours primitives. Dans cette seconde classe, l'invasion a ordinairement lieu sans prodromes, surtout chez le nouveau-né; chez lui aussi, elle est souvent peu marquée. Une invasion brusque est encore assez fréquente à un âge plus avancé. L'inflammation parcourt, en général, ses périodes avec rapidité; le plus ordinairement la période d'accroissement est très-courte; la maladie atteint de suite son *summum*. Si l'inflammation a peu d'intensité, la guérison est prompte; dans le cas contraire elle fait courir les plus grands dangers aux malades, comme cela arrive dans le coriza, l'angine laryngée, la bronchite capillaire, la pneumonie, etc. Les paroxysmes journaliers sont ordinairement très-marqués, surtout pendant la période d'accroissement et d'état. Les phénomènes généraux, qui existaient ordinairement dès le début de la phlegmasie, pour peu qu'elle fût intense, prennent un nouvel accroissement; la fièvre augmente, et l'on observe souvent alors du délire ou des mouvements convulsifs, qui disparaissent avec la rémission du matin.

Ces symptômes nerveux, connus sous le nom de symptômes ataxiques, peuvent se manifester dès l'invasion de la phlegmasie, tantôt pour se montrer de nouveau à la fin de la période de crudité; quelquefois, au contraire, ils s'observent à la fin de la maladie, lorsqu'elle doit avoir une terminaison funeste; enfin on les voit encore apparaître à des époques indéterminées, sans raison apparente, et dans ces cas, le pronostic n'est pas moins défavorable que dans les précédents.

Je dois dire ici une fois pour toutes, que la réaction fébrile est peu

prononcée et même nulle chez le nouveau-né ; et pendant les premiers mois qui suivent la naissance. Il en est de même des phénomènes nerveux.

Les enfants en général, et parmi eux surtout, les enfants à la mamelle, présentent souvent des symptômes adynamiques. Quelquefois il existe une simple oppression des forces, c'est ce qui a lieu si la maladie est au début, et si le petit malade est robuste et pléthorique ; mais plus souvent, l'adynamie devient réelle, comme nous l'avons observé dans cette pneumonie congestive qui en moissonne un si grand nombre. Dans les phlegmasies gastro-intestinales, l'absence d'alimentation les a bientôt épuisés ; enfin, l'adynamie peut être due à des évacuations sanguines excessives. L'adynamie est plus souvent apparente dans la seconde enfance.

Les recrudescentes et les récidives sont, en général, plus faciles chez l'enfant.

Les phlegmasies des enfants sont susceptibles des mêmes terminaisons que celles des adultes ; mais elles présentent quelques particularités : c'est ainsi que la délitescence est plus fréquente, qu'elle coïncide plus souvent avec des phénomènes critiques, qu'il est plus facile de la provoquer en déterminant une crise artificielle par les sueurs ou la diarrhée.

La résolution est quelquefois si prompte, qu'elle pourrait être prise pour la délitescence, surtout lorsque l'inflammation est accidentellement produite sur un organe qui n'y est pas prédisposé par l'âge. Elle marche avec rapidité, lors même qu'elle s'opère d'une manière insensible, à plus forte raison lorsqu'elle est accompagnée de phénomènes critiques. Cette rapidité de la résolution et cette fréquence des crises dans l'enfance prouvent encore la physionomie catarrhale propre aux maladies de cet âge.

Pendant la première enfance, la diarrhée est la crise la plus ordinaire ; plus tard, elle cède la place aux sueurs et à l'épistaxis, hémorrhagie qui peut être regardée comme appartenant en propre à la seconde enfance.

La terminaison par suppuration est seulement remarquable par la rapidité avec laquelle elle survient. Pour peu qu'elle soit considérable, elle entraîne la mort. Si on l'observe moins fréquemment que chez l'adulte, cela tient sans doute à ce que la phlegmasie se termine souvent d'une manière funeste, avant qu'elle n'ait eu le temps de se former.

Nous avons signalé une forme de gastrite ulcéreuse, fréquente chez les enfants, qui semblerait prouver que cette terminaison est moins rare à cet âge que chez l'adulte. L'érosion, suite du ramollissement des membranes muqueuses, de la membrane muqueuse gastro-intestine en particulier, s'observe aussi plus souvent dans l'enfance.

La gangrène est rare, et ne reconnaît presque jamais pour cause un excès d'inflammation : elle est plutôt due à des causes sceptiques.

L'état chronique succède moins souvent à l'état aigu que dans un âge plus avancé.

La mort est malheureusement une terminaison très-fréquente des phlegmasies aiguës des enfants. L'acuité de ces maladies, leur généralité, l'intensité de la réaction suffiraient pour expliquer cette terminaison ; mais elles trouvent de puissants auxiliaires dans la structure des tissus et des organes, d'où résulte un gonflement considérable et un obstacle à l'exercice des fonctions les plus nécessaires au maintien de la vie. Joignez à tout cela les phénomènes d'ataxie, qui viennent souvent la compliquer, et, avant tout, la prédisposition.

La convalescence est peut-être plus remarquable que les autres périodes par sa rapidité : la transition de la maladie à la santé se fait avec la plus grande facilité chez l'enfant.

Jeunesse. — La jeunesse est l'époque de toute l'activité de la circulation générale et capillaire ; aussi les inflammations qui se développent à cet âge ont-elles un caractère plus franchement inflammatoire que celles de l'enfance ; la fièvre inflammatoire, la pneumonie, la pleurésie, les maux de gorge surviennent et tiennent un rang important dans les

maladies de la jeunesse; il en est à peu près de même des affections aiguës du cerveau et de ses membranes. A cet âge, les phlegmasies accidentelles sont remarquables par leur marche franche, par leur terminaison rapide et ordinairement favorable.

Les inflammations spontanées succèdent souvent à la fièvre inflammatoire, et présentent ainsi les caractères d'une maladie générale, comme dans l'enfance, avec cette différence, qu'ici c'est l'élément sanguin qui prédomine d'autant plus que le malade approche davantage de la virilité; tandis que, dans le premier âge, c'était l'élément catarrhal.

Lorsque la fièvre inflammatoire précède l'invasion de la maladie locale, elle peut exister seule pendant un ou plusieurs jours, et, dans certains cas, elle ne s'est localisée que parce qu'elle n'a pas été combattue assez énergiquement. Lorsque l'inflammation est primitive, son invasion est ordinairement subite; elle a lieu avec un frisson marqué, qui est promptement remplacé par la chaleur. Les périodes d'accroissement, d'état et de déclin marchent avec rapidité; les paroxysmes journaliers sont ordinairement bien dessinés, et le délire, l'agitation, l'anxiété les accompagnent souvent.

La réaction fébrile s'opère avec énergie; les phénomènes nerveux, (convulsions, spasmes, etc.) deviennent moins fréquents que dans l'enfance; enfin les symptômes d'adynamie, s'il s'en manifeste, reconnaissent pour cause une complication.

La résolution est la terminaison privilégiée des inflammations de la jeunesse: elle est rapide, elle s'opère sans hésitation; elle est souvent favorisée par des crises spontanées: c'est ici que la force médicatrice de la nature est souvent efficace. Ces crises se font par des sueurs et surtout par des hémorrhagies; et, parmi ces dernières, l'épistaxis tient le premier rang. L'hémoptysie est si habituellement sous la dépendance des tubercules pulmonaires, qu'il serait, je crois, difficile de trouver des observations nombreuses où elle ait été un phénomène véritablement critique, quoique les auteurs avancent le contraire.

Quelle que soit la terminaison d'une phlegmasie aiguë pendant la

jeunesse, elle conduit promptement le malade à la santé ou à la mort; aussi est-il rare de les voir passer à l'état chronique, à moins qu'il n'existe quelque prédisposition.

La convalescence est rapide et régulière, et le rétablissement de la santé complet comme chez l'enfant.

Virilité. — La virilité est moins féconde en phlegmasies aiguës que l'âge précédent; on les observe surtout dans la première période, pendant laquelle les inflammations de la poitrine sont encore nombreuses; à une époque plus avancée, il y a prédominance du système gastrique.

Chez l'homme adulte, les phénomènes locaux de l'inflammation sont moins souvent sous la dépendance de la fièvre inflammatoire; aussi, l'invasion est ordinairement suivie du développement des symptômes propres à la phlegmasie locale. La maladie présente moins d'impétuosité dans sa marche; dans la plupart des cas, les phénomènes de réaction fébrile offrent tous les caractères de la fièvre inflammatoire; mais on voit déjà plus fréquemment s'y joindre les symptômes de l'état bilieux, surtout pendant la seconde période de la virilité. Les symptômes bilieux peuvent même acquérir une telle importance, que la phlegmasie perde son essence inflammatoire, et devienne une véritable fièvre bilieuse.

A cet âge, l'oppression des forces peut en imposer, dans un certain nombre de cas, et simuler l'existence d'une adynamie véritable, et cela plus facilement qu'aux âges précédents: il est plus fréquent aussi d'y observer des phénomènes véritablement adynamiques.

La recrudescence et les récidives deviennent d'autant plus faciles que le malade s'éloigne davantage de la jeunesse. Elles peuvent encore être favorisées par l'existence d'inflammations antérieures, qui ont occupé le même siège. Certains sujets présentent une idiosyncrasie bien malheureuse sous ce rapport.

Dans l'âge adulte, la délitescence est rare, et lorsqu'elle a lieu, elle entraîne plus souvent à sa suite des conséquences fâcheuses, l'inflam-

mation trouvant moins souvent sa solution dans l'apparition d'un système critique.

La résolution s'opère habituellement d'une manière insensible ; elle est cependant encore régulière et même assez rapide, pendant la première période de la virilité ; des phénomènes critiques viennent assez souvent à son aide ; ce sont les sueurs, les hémorrhagies, enfin la diarrhée, qui s'observent plus souvent pendant la seconde période de cet âge, lorsque la prédominance gastrique s'est manifestée. L'épistaxis est souvent remplacée par le flux hémorrhoidal ou utérin.

La terminaison par suppuration est promptement suivie de la mort, dans un grand nombre de cas ; mais il est cependant moins rare de la voir tuer le malade, après l'avoir soumis à toutes les anxiétés de la fièvre hectique.

Enfin les phlegmasies aiguës des adultes passent plus facilement à l'état chronique, soit sous l'influence des causes qui les ont déterminées et qui persistent, soit parce que le traitement a été mal dirigé, soit enfin parce qu'il existe quelque prédisposition originale ou acquise. On sait que l'âge de retour est l'époque la plus favorable au développement des lésions organiques de quelque nature qu'elles soient.

La convalescence exige aussi plus de précautions de la part du malade, plus de soins de la part du médecin, sa marche régulière pouvant être plus facilement interrompue par des erreurs de régime, des émotions morales, etc.

Vieillesse. — La première époque de la vieillesse est ordinairement saine, et beaucoup de personnes n'ont jamais joui dans toute leur vie d'une meilleure santé que pendant la verdeur de cet âge. Les phlegmasies sont infiniment plus rares chez les vieillards qu'à aucune autre période de la vie ; les inflammations intenses et accompagnées de phénomènes aussi vivement exprimés que dans l'âge adulte, sont surtout moins communes ; la pneumonie, le catarrhe aigu des bronches et de la vessie, entés sur une inflammation chronique, une variété d'érysi-

pèle, fréquemment accompagnée de points gangréneux, telles sont les principales maladies qui conservent chez eux un caractère inflammatoire.

Nous suivrons ici la même marche que pour les phlegmasies des enfants, car l'histoire des maladies du vieil âge est moins avancée que la leur, et n'offre encore que des éléments épars qu'il faut rassembler et coordonner.

Pneumonie. — La pneumonie est la maladie la plus commune et la plus grave des vieillards; elle est souvent dissimulée sous la bénignité apparente des troubles généraux, ou offusquée par l'affaissement profond de la fièvre adynamique.

Une bronchorrée habituelle, des congestions permanentes plus ou moins marquées et qui succèdent facilement à un décubitus un peu prolongé, les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, l'affaiblissement des forces, le scorbut, la diarrhée chronique, une lésion ancienne ou récente du cerveau, sont autant de causes qui prédisposent les vieillards à cette maladie, et qui influent sur sa marche et ses terminaisons. Ajoutons à cela que les poumons des vieillards sont souvent parsemés de noyaux d'engorgement chronique, terminaisons de pneumonies antérieures; que la pneumonie double est très-commune; qu'à l'autopsie on trouve une quantité énorme de mucosités qui remplit la trachée et obstrue jusqu'au larynx, et l'on comprendra comment cette maladie peut déterminer une aussi grande mortalité.

La pneumonie des vieillards débute, tantôt brusquement et avec le cortège des symptômes qui l'accompagnent habituellement chez l'adulte, tantôt lentement, sourdement et en l'absence de ces symptômes.

Dans le premier cas, le frisson et le point de côté en marquent le début, ou même le point de côté seul; quelquefois ils sont précédés pendant une ou deux semaines de céphalalgie, d'étourdissement, d'angine, de coriza avec épistaxis, de douleurs erratiques dans les membres. Quoi qu'il en soit, la faiblesse du mouvement réactionnaire,

l'isolement et l'étroite localisation du trouble morbide caractérisent toujours cette maladie. La stupeur et l'adynamie ne tardent pas à se manifester.

Dans le second cas, du malaise, de la faiblesse, l'augmentation et l'irrégularité des mouvements respiratoires, une petite toux saccadée, de la chaleur, sont les seuls indices de la maladie du poumon.

Enfin, on a vu des malades ne pas s'aliter un seul instant, continuer à vaquer à leurs occupations, puis mourir subitement, et à l'autopsie, on était tout surpris de trouver une grande partie du poumon en suppuration.

Le début est presque toujours latent quand il existe des prédispositions organiques; en l'absence de ces prédispositions, il est aigu dans plus de la moitié des cas.

Rarement la pneumonie des vieillards parcourt ses périodes sans entraîner un dérangement des facultés intellectuelles; celui-ci commence ordinairement avec la période de suppuration, quelquefois beaucoup plus tôt. C'est plutôt un affaissement de l'intelligence qu'une perversion véritable; les malades sont abattus sans qu'il y ait réellement adynamie, les autres symptômes généraux n'étant pas en rapport avec l'état du cerveau. Il existe, soit une constipation opiniâtre, soit de la diarrhée; celle-ci peut survenir d'emblée ou succéder à la constipation; c'est ce qui s'observe surtout vers la fin de la maladie.

Chez l'adulte, la durée de la pneumonie a été fixée par Laennec, de sept à vingt jours. Les pneumonies observées par MM. Hourmann et Dechambre ont duré, terme moyen, de neuf à dix jours; celles qui ont guéri ont présenté une durée moyenne de quatorze à quinze jours, et celles qui se sont terminées par la mort, une durée moyenne de sept à huit jours.

Cette maladie ne peut plus être guérie dès qu'elle a dépassé le premier degré.

Catarrhe aigu des bronches. — La bronchorrée habituelle, les maladies organiques du cœur et des gros vaisseaux, en un mot toutes les

lésions que nous avons signalées en parlant de la pneumonie, prédisposent les vieillards à contracter un catarrhe aigu par l'action des causes antérieures les moins puissantes, et influent d'une manière fâcheuse sur sa marche et ses terminaisons. Mais il faut mettre au premier rang, sous ce rapport, la bronchite chronique, qui entretient la membrane muqueuse dans un état de gonflement habituel, et qui a pu déterminer des lésions organiques secondaires, tels que l'emphysème pulmonaire, le rétrécissement des bronches, etc.

Si le catarrhe aigu des bronches se développe chez un vieillard encore vert, qui n'est affligé d'aucune maladie du cœur ou du poumon, ses symptômes pourront se rapprocher par leur acuité, par leur marche, de la même maladie chez l'adulte. Sa terminaison pourra être aussi franche, aussi nette; mais le plus ordinairement, même en supposant le malade dans les conditions de la meilleure santé, eu égard à son âge, sa marche sera moins prompte, sa résolution moins facile; il pourra persister une toux légère, qui surviendra le matin, en s'accompagnant de l'expuition de quelques crachats perlés. Cet état habituel, que l'on ne pourra regarder comme une affection chronique, prédisposera cependant aux récidives. Enfin sa maladie pourra passer d'emblée de l'état aigu à l'état chronique. S'il existe une lésion organique du cœur, le passage à l'état chronique sera bien plus probable encore.

Quelle que soit la vigueur du vieillard, la réaction sera toujours moins énergique que chez l'adulte. Le visage restera pâle, le pouls sans résistance, le malade paraîtra faible et abattu.

Mais si le vieillard est affaibli par les années ou par les maladies, la réaction devient tout à fait nulle, le malade tombe dans l'adynamie, et meurt lentement asphyxié par les mucosités abondantes qui obstruent les bronches, et qu'il n'a pas la force d'expulser. — L'asphyxie est beaucoup plus rapide, s'il existe une lésion organique du cœur et des gros vaisseaux. Si le catarrhe se complique de pneumonie, les malades sont quelquefois emportés en deux ou trois jours. Enfin, la mort peut être plus prompte encore, et le malade périr avec tous les symptômes

du catarrhe suffocant. Cet accident arrive surtout chez les vieillards atteints de catarrhe pulmonaire chronique qui passe à l'état aigu. Dans un petit nombre de cas, les accidents ont coïncidé avec la suppression de l'expectoration abondante habituelle au malade, circonstance qui était due sans doute à l'intensité de l'inflammation : la muqueuse des petites divisions bronchiques éprouvant alors un gonflement si considérable, qu'il s'oppose à l'entrée de l'air dans les vésicules pulmonaires. Dans d'autres cas, au contraire, il y a asphyxie subite par une quantité surabondante de mucosités sécrétées tout à coup; enfin un crachat épais et volumineux peut obstruer un gros tuyau bronchique, et la suffocation en être la conséquence.

Catarrhe aigu de la vessie. — Il se présente ordinairement dans les mêmes conditions que le catarrhe aigu des bronches, c'est-à-dire que son existence est liée à celle d'un catarrhe chronique, entretenu par un corps étranger, par un rétrécissement de l'urètre, par un gonflement de la prostate, etc. Comme lui, il se termine rarement par résolution, et surtout par une résolution complète; il est sujet aux récurrences. Lorsqu'il est intense, il n'est pas moins funeste, soit à cause des obstacles qu'il oppose au passage de l'urine, des uretères dans la vessie, ou de la vessie au dehors, soit à cause des symptômes adynamiques qui le compliquent si facilement, tant à cause de l'âge du sujet, qu'à cause de son siège dans les voies urinaires. On a dit qu'il pourrait se terminer par suppuration ou par gangrène; mais ces cas doivent être rares. La mort ou l'état chronique sont ses terminaisons habituelles.

Chez les vieillards, l'érysipèle se montre avec des caractères spéciaux : il débute par des stries violettes et sinueuses, non parallèles, anastomosées entre elles; sa coloration est d'un rose terne, ardoisée; peu de temps après apparaissent des plaques irrégulières en nombre comme en étendue, brunâtres et violettes, semblables à des ecchymoses : la gangrène commence rarement par le tissu cellulaire, mais par la peau; elle débute par les plaques que nous avons indiquées ou par des phlyctènes.

La peau du malade prend une teinte générale, livide et terreuse; la chaleur devient moite et peu élevée; le pouls est mou, petit, dépressible; la langue se sèche et se couvre de fuliginosités; la faiblesse musculaire est considérable; peu à peu la prostration devient considérable; les facultés s'obscurcissent et le malade tombe dans un assoupissement profond, ou bien est pris d'un délire vague, inquiet, sans agitation, loquace, accompagné de rêvasseries, interrompu par des retours soudains à la connaissance et à la raison.

Ajoutez à cela des frissons erratiques, l'état diffluent du sang des saignées, les abcès métastatiques, des signes manifestes de l'inflammation des veines; alors on verra que cet érysipèle n'est autre chose qu'une inflammation des veines de la peau, plus particulière aux vieillards.

Faut-il dire ici que nous avons rangé cette forme d'érysipèle au nombre des phlegmasies pour nous conformer à l'opinion des auteurs; mais que nous regardons, en général, comme suspecte la nature *purement* inflammatoire des phlébites accompagnées de symptômes généraux aussi graves.

Si, d'une part, les phlegmasies aiguës sont rares chez les vieillards; si, de l'autre, la pneumonie, le catarrhe aigu des bronches et de la vessie représentent au moins les trois quarts de ces affections, il nous est facile de prévoir quelles sont la marche et les terminaisons de ces phlegmasies, considérées d'une manière générale.

La plupart du temps, ces maladies ont pour siège un tissu déjà malade ou prédisposé à la maladie par une sécrétion muqueuse surabondante, par une congestion sanguine passive; aussi peuvent-elles être rarement considérées comme primitives. Tantôt elles se développent peu à peu, sans présenter de phénomènes précurseurs; quelquefois, au contraire, ces prodromes les précèdent et même depuis assez longtemps, comme nous l'avons noté pour la pneumonie. Le plus souvent il n'existe aucun frisson. Si la cause qui les a déterminés est peu intense, ils peuvent arriver lentement à la période d'état; dans d'autres cas, la période d'accroissement est très-courte et est promptement suivie de la mort ou de l'état adynamique. On voit donc que la période

d'état et de déclin manque dans bon nombre de cas. Cette dernière est quelquefois longue, lorsque la maladie se termine par résolution ou passe à l'état chronique.

Les paroxysmes journaliers, peu apparents en général, le deviennent cependant lorsque l'inflammation a les bronches pour siège; elles se manifestent surtout le soir ou pendant la nuit.

La réaction fébrile, quelque énergique qu'elle soit, porte toujours le cachet de la débilité, commune aux maladies de cet âge. Autant les phénomènes ataxiques sont rares, autant les phénomènes adynamiques sont fréquents: ceux-ci se manifestent souvent dès le début.

Les recrudescences et les récidives sont plus communes pendant la vieillesse que pendant le cours de tous les autres âges réunis.

La terminaison par délitescence est pour ainsi dire inconnue à cet âge; lorsqu'elle se manifeste, elle est funeste et ne précède souvent la mort que de quelques heures.

La résolution s'observe de temps en temps; mais elle est rarement complète: l'expectoration qui persiste après la bronchite, les engorgements chroniques trouvés dans le poumon, en sont la preuve; et l'on peut compter les cas où elle s'accompagne de phénomènes critiques.

Certaines inflammations de la vieillesse arrivent promptement à la suppuration, surtout lorsqu'elles reposent sur une inflammation chronique. La terminaison par gangrène est moins rare que dans les autres âges; l'adynamie ou des causes septiques en sont les causes habituelles; elles s'observent dans l'érysipèle, dans le phlegmon, dans la pneumonie, etc.

La mort est de toutes les terminaisons la plus fréquente; elle arrive ordinairement avec le cortège de la fièvre adynamique; mais nous avons vu que dans certains cas elle était due, comme chez l'enfant, à des dispositions anatomiques des parties, avec cette différence qu'ici les dispositions étaient acquises.

Enfin arrive l'état chronique, terminaison, de toutes, la plus fréquente après la mort, et qui constitue en quelque sorte la convalescence des vieillards.