

viennent s'accumuler les sécrétions muqueuses plus ou moins fluides ou plus ou moins visqueuses. Cette accumulation se fait surtout pendant le sommeil, et comme ces matières gênent la respiration, le besoin de les expulser se fait sentir dès le réveil.

Souvent aussi, des mucosités provenant de l'œsophage viennent s'ajouter à celle du larynx et le tout est évacué avec quintes de toux sous le vocable de catarrhe pulmonaire.

D'autre part, après un certain laps de temps, le catarrhe, qui n'était d'abord qu'une simple lésion de sécrétion, une sécrétion supplémentaire de la respiration cutanée, provoque de la bronchite chronique, si bien que les deux affections se confondent et finissent par n'en faire plus qu'une.

Mais par le seul fait de leur persistance, les mucosités broncho-trachéales tendant à devenir de plus en plus épaisses et visqueuses, la toux catarrhale, qui n'était d'abord qu'un simple phénomène d'expulsion, devient peu à peu une cause d'irritation et un acheminement à la bronchite chronique.

C'est dans ce cas qu'on voit parfois ce fluxus devenir incroyablement abondant, si bien que tout le mouvement sécrétoire se portant sur la muqueuse pulmonaire, il en résulte une sécheresse anormale de la peau et la cessation de la transpiration cutanée, cause première de la maladie.

De plus, sous l'influence de ces viscosités catarrhales, les cellules pulmonaires arrivent peu à peu à se déformer et à perdre leur contractilité.

De là des désordres respiratoires retentissant même sur l'intégrité de la muqueuse pulmonaire et celle de l'innervation du pneumogastrique.

Et voilà comment la fermeture progressive des pores de la peau arrive à occasionner par contre coup la diminution de la capacité respiratoire et les désordres organiques de cet appareil.

Il y a là une corrélation réciproque de cause à effet qu'on ne saurait trop mettre en

lumière et qui explique comment beaucoup de vieillards, restés cacochymes et essouffés tout l'hiver, reprennent en été une démarche et des allures plus vigoureuses.

D'autres fois, lorsque le catarrhe pulmonaire entraîne après lui une congestion lobulaire considérable et un commencement d'anoxémie, c'est sur les mouvements du cœur que le contre-coup se fait sentir, se traduisant tout d'abord par des palpitations.

Cette congestion lobulaire partielle (congestion apyrétique péri-alvéolaire) est une affection très commune chez le vieillard, et comme elle survient sans douleur et sans oppression immédiate, elle est envisagée le plus souvent comme un simple rhume. Et, en effet, tant que le malade reste au repos, il ne se produit rien d'anormal. Ce n'est que lorsqu'il se met dans un mouvement un peu vif ou qu'il monte un escalier que la diminution du champ respiratoire fait sentir ses effets et qu'il se produit de la toux et de l'anhélation. Aussi, cette grave lésion ne donne-t-elle tout d'abord que très peu de préoccupation. En fait de traitement, l'on attend que la guérison se fasse toute seule, comme il arrive pour la plupart des rhumes.

Mais l'on attend vainement et c'est au contraire la bronchite chronique qui se produit ou qui augmente considérablement.

Comme la toux ne provoque pas de douleur, du moins dans le premier temps, le sujet gêné dans sa respiration cherche à compenser cette gêne par des efforts des muscles pectoraux et diaphragmatiques. Il y arrive tant bien que mal. Mais c'est aux dépens de l'intégrité de ses alvéoles pulmonaires qui, dans ces efforts de respiration forcée, se dilatent, se rompent sur certains points et perdent peu à peu leur force de rétraction.

Lorsqu'en pareil cas, le malade se décide à se soigner sérieusement, il n'est pas rare d'avoir à constater tout à la fois de la congestion lobulaire, de la bronchite chronique