ectasies bronchiques : l'un organique, la broncho-pneumonie, l'autre mécanique, la toux.

Lorsque la broncho-pneumonie passe à l'état chronique, il faut favoriser la résolution du territoire enflammé par la révulsion répétée sous forme de vésicatoires, de pointes de feu. En même temps on administre l'iodure de potassium à la dose de 25 centigrammes à 1 gramme par jour, pendant des semaines et des mois.

Toute cause d'irritation bronchique sera supprimée. L'enfant sera transporté dans un bon climat, au bord de la mer ou sur la montagne. On donne aussi des reconstituants, en particulier de l'huile de foie de morue.

La toux est combattue par les sédatifs : codéine, 1 à 3 centigrammes par jour, extrait thébaïque, antipyrine 25 centigrammes à 1 ou 2 grammes par jour, bromure de potassium 25 centigrammes à 1 gramme par jour, etc.

En même temps il faut viser la sécrétion catarrhale, en donnant des balsamiques, baumes de tolu, de copahu, benzoates, la térébenthinè, la terpine, préconisée par Lépine, le terpinol, le goudron, mais surtout la créosote. Celle-ci doit être administrée de préférence en lavements mélangée à un peu d'huile ou en suppositoires. La dose varie de 10 à 50 centigrammes par jour. On peut la remplacer par le carbonate de créosote ou créosotal qui se donne à doses plus fortes, 50 centigrammes à 2 grammes par jour, en ingestion buccale.

Les eaux minérales sulfureuses (Eaux-Bonnes, Cauterets, Enghien, Allevard) sont indiquées.

L'arsenic a été préconisé par Blachez et Trousseau.

Les interventions au moyen de longues canules introduites à travers le larynx et recevant par l'intermédiaire d'une seringue des liquides médicamenteux, solution phéniquée (Seifert) naphtol camphré (Garel) ne donnent pas la garantie d'une action directe sur la région malade.

Dans le cours de l'affection, certaines indications sont à remplir.

Lorsque, par le fait d'une poussée congestive, la sécrétion devient exagérée et remplit les bronches, l'ipéca ou le tartre stibié (Roger) aideront à l'évacuation.

En cas de putridité, faire des inhalations au phénol, au thymol, à la créosote, au benjoin. A l'intérieur, donner de la térébenthine ou de l'essence d'eucalyptus, quelques gouttes par jour. Dans ces cas, il faut aussi favoriser l'évacuation par les antimoniaux et l'épica.

Le *traitement chirurgical* a donné quelques résultats, mais il n'est applicable que dans les cas d'ectasie limitée des bronches.

CHAPITRE II

MALADIES PLEURO-PULMONAIRES

Ce chapitre comprend l'étude des maladies du poumon, de la plèvre et des ganglions trachéo-bronchiques. Nous décrirons la pneumonie, la broncho-pneumonie, la tuberculose pulmonaire, la gangrène pulmonaire, la pleurésie, la spléno-pneumonie, l'adénopathie trachéo-bronchique.

ARTICLE PREMIER

PNEUMONIE

La pneumonie franche, lobaire, se caractérise par son début brusque, sa marche continue, sa terminaison rapide, et par la vivacité générale de son allure.

1° Étiologie. — La pneumonie est fréquente chez l'enfant. Je l'ai observée dans près de 5 p. 100 des cas de maladies. Elle est particulièrement fréquente de deux à six ans. Près des deux tiers de mes observations se rapportent à des enfants au-dessous de sept ans, un tiers à des enfants de huit à quatorze ans. Rillet et Barthez sur 406 en comptent 243 entre deux et six ans et 164 entre sept et quatorze.

Au-dessous de deux ans, elle est rare. J'en ai observé cependant deux cas démonstratifs chez des nourrissons.

Elle se voit surtout en hiver et au printemps : le froid la favorise d'une façon non douteuse. Quand la température s'abaisse brusquement, nous observons habituellement un véritable passage de pneumonies à l'hôpital.

La pneumonie franche est généralement primitive. Elle peut être secondaire et succéder à la bronchite simple, à la rougeole, la coqueluche, la grippe.

La pneumonie est produite par le diplocoque encapsulé de

Fig. 45.
Préparation d'un crachat pneumonique. Les pneumocoques très nombreux, sont encapsulés. Gr. — 1200 D (d'après J. Courmont).

Talamon-Fraenkel, qui peut provoquer d'autres localisations, pleurésie, méningite, otite (Netter). Elle peut être épidémique. Elle récidive très facilement chez l'enfant.

2° Anatomie pathologique. — Le lobe hépatisé a augmenté de volume, il est dur, friable, un fragment détaché de sa substance plonge au fond de l'eau. A la coupe, il présente une surface sèche, d'une coloration rouge, parsemée de nombreuses granulations à peine visibles, résultant de la saillie de

l'exsudat fibrineux contenu dans les alvéoles. Les granulations sont plus petites chez l'enfant que chez l'adulte. Histologiquement, on constate un exsudat fibrineux contenant dans ses mailles des globules blancs, quelques globules rouges et des quantités de pneumocoques, qui s'infiltrent dans les espaces lymphatiques périlobulaires. Il n'y a pas d'épaississement de la paroi alvéolaire, pas de bronchiolite. C'est ce qui distingue la pneumonie franche de la broncho-pneumonie pseudo-lobaire. Dans cette dernière, l'exsudat fibrineux est moins abondant, le pneumocoque ne domine pas, il y a des parties emphysémateuse dans le poumon, et enfin les lésions sont généralement doubles.

L'évolution anatomique comprend, comme chez l'adulte, une phase d'engouement, caractérisée par la dilatation des vaisseaux de l'alvéole et une exsudation liquide, une phase d'hépatisation rouge, c'est celle qui vient d'être décrite, exceptionnellement chez l'enfant une phase d'hépatisation grise qui rappelle le phlegmon infiltré. La résolution de l'hépatisation rouge se fait par la liquéfaction de l'exsudat fibrineux, la transformation granulo-graisseuse des parcelles solides ; l'évacuation des alvéoles est produite par l'expectoration ou l'absorption.

La pneumonie siège plus souvent à droite qu'à gauche, presqu'aussi souvent au sommet qu'à la base.

3° Symptômes. — Nous admettrons des symptômes généraux, des troubles fonctionnels et des signes physiques.

A. Symptômes généraux. — Ils comprennent des symptômes nerveux et des symptômes fébriles.

a. *Symptômes nerveux*. — La pneumonie dans sa forme habituelle, débute brusquement par une élévation de température à 40°, des frissons, des vomissements, un point de côté, de la dyspnée et de la toux. Le *frisson* est peut-être moins marqué chez l'enfant que chez l'adulte. Par contre, le vomissement se montre chez le premier avec une fréquence et une intensité remarquables. Dans certains cas, les vomissements se répètent coup sur coup pendant les deux ou trois premiers jours, de façon à constituer une véritable *forme émétisante de la pneumo-*

nie, qui pourrait être confondue avec un empoisonnement ou un étranglement intestinal.

Chez les jeunes enfants, le début se fait parfois par des *convulsions* ; j'ai vu dans un cas une crise de laryngo-spasme comme premier symptôme d'une pneumonie. Les convulsions peuvent s'associer à de l'assoupissement avec respiration irrégulière, raideur de la nuque, de façon à constituer une sorte de *syndrome méningé*. Dans la seconde enfance, on observe parfois un véritable *délire* nocturne, tranquille ou avec agitation. Qu'il s'agisse d'éclampsie, de délire, de phénomènes méningés, leur signification est la même ; ils témoignent d'une atteinte des centres nerveux. Mais au début de la pneumonie, ils sont passagers, sans grande gravité, liés à des troubles dynamiques ou toxiques des centres nerveux. Au contraire, quand ils se montrent tardivement, leur pronostic est plus sérieux, car ils relèvent alors de lésions infectieuses plus ou moins appréciables d cerveau.

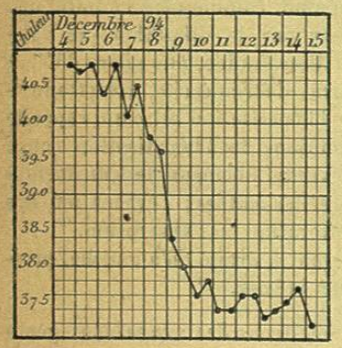

Fig. 46.
Pneumonie avec température en plateau.

En général, les manifestations nerveuses, sauf le frisson et vomissements du début, sont rares en dehors des deux premières années. La pneumonie infantile est remarquable par la *tolérance* habituelle de l'organisme.

b. *Symptômes fébriles.* — La température, dès les premières heures de l'invasion monte à un degré élevé, 40° et au delà. Cette ascension se caractérise par sa brusquerie. La température se maintient en plateau autour de 40° pendant toute la période d'état qui dure environ six à sept jours.

Chez un grand nombre d'enfants, un tiers des cas d'après mes observations, le plateau pneumonique n'est pas franchement dessiné. Il existe en effet des oscillations assez fortes de 1 à 2°,

correspondant à des rémissions matinales. La fièvre est rémittente, et dans quelques cas, intermittente. Ce fait a déjà été signalé par Colrat, dans la thèse de Madinier [1], et j'ai pu en avoir la démonstration dans un cas de pneumonie terminée par la mort chez un enfant de trois ans, atteint d'anémie grave.

Il faut distinguer des pneumonies à fièvre oscillante, celles

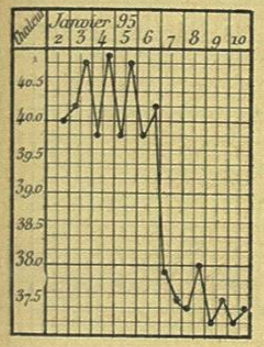

Fig. 47.
Pneumonie à petites oscillations thermiques.

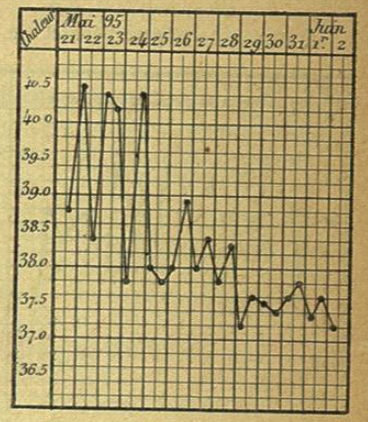

Fig. 48.
Pneumonie à grandes oscillations

dans lesquelles on observe une rémission au troisième ou au quatrième jour, rémission connue sous le nom de fausse défervescence.

D'une façon générale, la température est moins résistante dans la pneumonie infantile que dans celle de l'adulte, et il est rare qu'au moyen de la médication, quinine, antipyrine, balnéothérapie, on ne parvienne pas à provoquer des interruptions dans la continuité du tracé thermique.

La fièvre tombe à la fin du premier septénaire ou au commen-

[1] Madinier, *De la température dans la pneumonie infantile*, thèse de Lyon, 1894,

cement du second. Cette défervescence est brusque, se fait en quelques heures, plus rarement en deux ou trois jours. Elle est généralement précédée d'une aggravation passagère des phénomènes subjectifs et même d'une ascension plus marquée de la température : c'est l'*exacerbation précritique :* elle est accompagnée de quelques phénomènes dits *critiques*, sudation abondante, diarrhée, polyurie, etc.

Le tracé thermique permet de distinguer un certain nombre

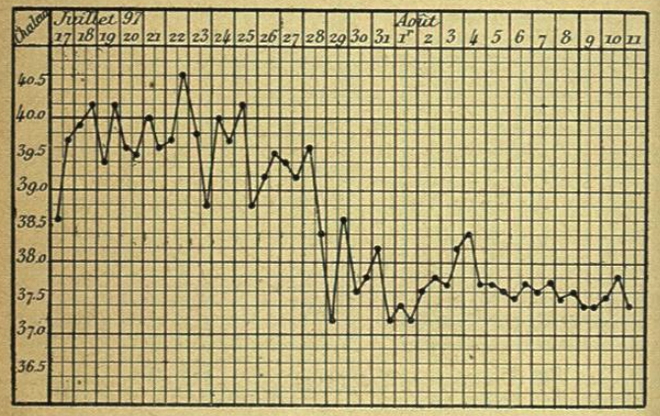

Fig. 49.
Pneumonie à forme prolongée.

de variations dans la marche de la pneumonie, variations qui sont d'ailleurs confirmées par l'observation des signes physiques.

La défervescence peut être *précoce* et se montrer au cinquième, au troisième, au deuxième jour. C'est la *forme abortive* de Despine et Picot.

La défervescence, par contre, peut être *tardive* et ne se montrer que le neuvième, le dixième jour, et jusqu'au quinzième. Il s'agit de *formes prolongées* de la pneumonie. Le tracé indique que la maladie évolue en deux étapes, l'une à température très

élevée autour de 41°, l'autre de trois à quatre jours autour de 40°, de 39°5 ; j'ai même observé une troisième étape de défervescence oscillante qui a duré deux ou trois jours. Il s'agit, en général, de pneumonies intenses ; le plateau fébrile est très net, très résistant les premiers jours ; puis la fièvre se modère perd de sa continuité, par une sorte d'atténuation qui rappelle assez le stade amphibole de la fièvre typhoïde succédant au stade fébrile continu.

Lorsqu'après la défervescence, la fièvre reparaît à la période de convalescence, il faut rechercher les complications ; mais parfois, ainsi que je l'ai observé dans trois cas, il se produit en dehors de toute lésion appréciable, un retour de la fièvre qui prend la *forme intermittente* avec des oscillations de 2° à 3°, pendant une période qui peut durer cinq à dix jours. Cette fièvre se caractérise par l'intégrité de l'état général ; elle passe à peu près inaperçue pour l'enfant qui se lève, mange et se livre même à ses jeux. Les tentatives de culture du sang dans les trois cas ont été stériles.

Il s'agit vraisemblablement dans ces faits d'une persistance de l'action du pneumocoque, mais d'une action atténuée. C'est une nouvelle confirmation d'un fait plus général, à savoir que dans les infections à type pyrétique continu, l'apparition d'oscillations dans le tracé thermique, lorsqu'elle ne relève pas d'une complication capable de la justifier, indique une atténuation de l'infection primitive.

B. Troubles fonctionnels. — Dès le début, l'enfant se plaint d'un *point de côté*. Celui-ci est souvent rapporté à l'hypochondre, aux flancs, et fait penser à une affection abdominale, à une appendicite, erreur facilitée encore par les vomissements. Elle dure peu, car la toux et la dyspnée ne tardent pas à désigner la poitrine. La *toux* est fréquente, sèche, « écorchante », provoque souvent une grimace ou une plainte. La respiration est plutôt *douloureuse* que *dyspnéique*. L'expiration est retenue, puis brusquement lâchée ; dans la broncho-pneumonie, les choses se passent en sens inverse. Le pouls est à 120, 130. Le *rapport* du nombre des respirations à celui des pulsations de la radiale qui,

à l'état normal, est de 1/4 à 1/3, tombe à 1/2, ce qui tient à ce que le cœur ne s'accélère pas en proportion de l'accélération des mouvements respiratoires[1].

C'est encore là un signe d'une certaine valeur dans une affection où les phénomènes physiques proprement dits font souvent défaut ou n'apparaissent que tardivement. Dans la dyspnée pneumonique, on constate rarement, en dehors de l'accélération respiratoire et parfois du jeu des ailes du nez, un tirage sus et sous-sternal, encore moins le type inverse caractéristique de la broncho-pneumonie.

C. Signes physiques. — Dans beaucoup de cas, les signes physiques sont analogues à ceux de l'adulte. Au début, le son diminue à une base, la respiration y est obscure; le lendemain, on perçoit de la matité, des râles crépitants, du souffle; le souffle augmente, prend le caractère tubaire, pendant que les râles disparaissent ou sont relégués aux limites de la zone mate. A la défervescence, en même temps que la fièvre tombe, que les malaises et les troubles fonctionnels disparaissent, l'auscultation constate la disparition progressive du souffle, le retour des râles, mais plus gros, plus humides que ceux du début. La résolution se fait très rapidement en quelques jours, parfois en un ou deux jours.

L'*expectoration* fait souvent défaut chez les enfants jeunes, et à moins de ramener les crachats par un lavage de l'estomac, on est tenu de renoncer à ce renseignement. Dans la seconde enfance, on observe comme chez l'adulte, au début, des crachats visqueux, collants, d'abord rouillés, puis sucre d'orge; à la défervescence, une expectoration opaque, grisâtre.

J'ai signalé[2] un signe précoce de la pneumonie infantile, le *défaut d'expansion de la région sous-claviculaire du côté malade.* L'enfant étendu sur le dos et respirant régulièrement, ce qui demande parfois plusieurs minutes d'attente, on applique la pulpe des doigts alternativement sur les deux régions sous-claviculaires. Du côté sain, on perçoit un double mouvement de

[1] Voy. Porte. Th. de Lyon, 1891.

[2] Weill. *Lyon médical*, 1901; Gschwend. Th. de Lyon, 1902.

projection en avant et de soulèvement en haut; du côté malade, ce dernier mouvement est seul ressenti. En appliquant deux styles fixés avec de la cire à modeler sur les régions sous-claviculaires, on voit celui du côté sain seul osciller. Parfois, l'enfant immobilise toute la partie supérieure de la poitrine. En ce cas, on provoque la respiration costale supérieure, en exerçant sur l'abdomen une pression large, un peu forte. Le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire est un signe précoce. Je l'ai observé dans les cas où les autres signes physiques n'étaient pas encore perceptibles, dès l'entrée du sujet au troisième ou même au second jour. Il persiste pendant tout le cours de la maladie et même pendant une ou deux semaines après la défervescence, ce qui permet de faire parfois un diagnostic rétrospectif. Son importance ressort des quelques faits où j'ai pu l'utiliser. Dans un cas, il m'a permis d'empêcher une intervention pour une pneumonie à forme appendiculaire; dans un autre, de rejeter le diagnostic de méningite chez un enfant qui, sans avoir les signes physiques pulmonaires, présentait une somnolence profonde avec constipation, précédés de vomissements; dans d'autres, j'ai pu éliminer d'emblée l'idée de fièvre typhoïde. Tous ceux qui ont fréquenté mon service ont reconnu la valeur de ce signe, qu'on trouvera si on veut bien le chercher.

Si nous avons mentionné les signes physiques après les symptômes généraux, c'est que les deux espèces de phénomènes se succèdent souvent dans cet ordre. Parfois, les signes physiques font complètement défaut, on se base sur les phénomènes généraux, les conditions épidémiques, pour affirmer la pneumonie. Il s'agit de *pneumonie centrale* beaucoup plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte.

Beaucoup plus souvent, dans un quart de mes observations, les signes physiques apparaissent tardivement le cinquième jour, le sixième, parfois le jour de la défervescence. Je propose de désigner cette forme sous le nom de *pneumonie centrifuge*, indiquant par là que la pneumonie d'abord centrale devient périphérique.

La pneumonie envahit parfois une grande étendue du poumon, mais par foyers successifs : c'est la *pneumonie migratrice*.

Elle comprend une série de trois ou quatre poussées pneumoniques séparées par une courte apyrexie. Elle doit être distinguée de la pneumonie à forme prolongée.

4° Formes de la pneumonie. — La pneumonie revêt un aspect particulier suivant son siège, la marche de la fièvre, la prédominance de certains symptômes.

Au point de vue du siège, nous avons déjà distingué les pneumonies *centrale, centrifuge, migratrice*. Sous le rapport de l'évolution fébrile, nous avons reconnu des pneumonies *abortives* et *prolongées*. La prédominance de certains symptômes nous permet d'établir une *forme émétisante, méningée* et *typhoïde*.

La *forme émétisante* se traduit par des vomissements qui se répètent coup sur coup pendant deux, trois jours, sans altération marquée de l'état général.

Dans la *forme méningée* qui est spéciale aux enfants jeunes, on observe tantôt des attaques éclamptiques, tantôt de la céphalée avec assoupissement, raideur de la nuque, vomissements, strabisme, constipation, irrégularités respiratoires. Tous ces symptômes disparaissent au bout de quelques jours. Les convulsions répétées suivies d'assoupissement sont graves, même au début de la pneumonie, car elles se rapportent en général à des broncho-pneumonies pseudo-lobaires.

La *pneumonie à forme typhoïde* s'observe dans la seconde enfance ; elle s'accompagne de délire avec adynamie, secousses musculaires, diarrhée, hypertrophie de la rate. Elle guérit habituellement.

5° Complications. — La plus fréquente est la *pleurésie* qui devient souvent purulente et qui s'associe même aux pneumonies du sommet. La défervescence est suivie d'une fièvre intermittente avec apparition des signes physiques caractéristiques. La pleurésie est produite par le pneumocoque. Elle peut se terminer par résolution, malgré sa nature purulente.

Plus grave sont la *péricardite* et la *méningite* à pneumocoques qui tuent souvent. L'*otite moyenne* est intéressante en ce qu'elle donne souvent lieu à des symptômes cérébraux ou méningés.

L'*endocardite infectieuse* est rare chez l'enfant.

La pneumonie est quelquefois associée à de la *bronchite* qui en obscurcit les caractères.

6° Terminaisons. — En général, la pneumonie se termine par la résolution complète. On perçoit pendant quelques jours encore du souffle et du râle de retour, puis tout disparaît. L'hépatisation grise, la formation d'un abcès, la gangrène pulmonaire, la pneumonie chronique sont exceptionnelles. La guérison est habituelle.

7° Diagnostic. — Le diagnostic est plus difficile que celui de la pneumonie chez l'adulte en raison du défaut d'expectoration, de la tendance de la température à osciller, de l'apparition tardive des signes physiques ; on le basera sur le début brusque, l'expiration gémissante, la toux écorchante, l'apparition d'un herpès labial, sur l'apparition rapide (quelques minutes à une demi-heure) du réticulum fibrineux dans le sang examiné sous le microscope (Hayem), enfin sur le défaut d'expansion de la région sous-claviculaire, signe d'une fréquence très grande.

Dans la *broncho-pneumonie*, la marche est plus nettement rémittente ou intermittente, l'oppression plus marquée, accompagnée de tirage épigastrique, du jeu des épaules, de celui des ailes du nez ; la respiration est inverse, la pause a lieu après l'inspiration ; le pouls est plus accéléré ; les forces sont déprimées, il y a une tendance à la cyanose, les lésions sont disséminées et variables d'un jour à l'autre. La broncho-pneumonie est habituellement secondaire.

Dans la *pneumonie tuberculeuse*, les signes physiques sont ceux d'une pneumonie, le tracé thermique celui d'une pneumonie lobulaire, la défervescence ne se fait pas, l'amaigrissement est rapide.

Dans la *pleurésie*, l'affection est moins retentissante, la température moins élevée. Si on peut provoquer les vibrations thoraciques ou l'égophonie, on se basera sur la variation des signes physiques, en rapport avec le déplacement du sujet, ou celle qu'opère la compression du thorax (Colrat) [1]. On peut

[1] Dubnerin, Th. de Lyon, 1891.

rechercher aussi la sensation de flot, le frémissement et en cas de doute faire une ponction exploratrice avec une seringue de Pravaz.

Dans la *congestion pulmonaire simple* de WOILLEZ, l'*évolution* est celle d'une pneumonie abortive et il est difficile de les différencier.

La *spléno-pneumonie* de GRANCHER se confond plutôt avec la pleurésie qu'avec la pneumonie.

Dans la *pleuro-congestion* de POTAIN, il existe un épanchement en lame au début de l'évolution.

Dans ses formes anormales, la pneumonie peut rappeler la *méningite* : l'assoupissement est moins profond, le facies moins défensif, le début plus rapide. La *forme éclamptique* se distingue de l'*éclampsie* simple par l'élévation de la température. La ponction lombaire permet de reconnaître l'absence d'éléments anatomiques dans le liquide céphalo-rachidien, ce qui écarte l'idée de méningite. Dans le cas où il se déclare une méningite pneumonique, on reconnaît la présence de polynucléaires ; dans la méningite tuberculeuse, ce sont les mononucléaires qui dominent. Dans la forme *typhique*, on relève l'élévation rapide de la température, l'absence de taches rosées, le développement incomplet des symptômes intestinaux, l'absence de séro-réaction. Lorsque le point de côté est abdominal, la pneumonie est parfois confondue avec l'*appendicite*.

8° Pronostic. — Le pronostic est plus bénin chez l'enfant que chez l'adulte, ce qui tient à la résistance du cœur, à l'intégrité de l'organisme non encore intoxiqué par l'alcool ou des poisons professionnels. Je n'ai observé jusqu'ici qu'un cas de mort chez un enfant atteint d'anémie intense sur plus de 100 cas de pneumonie. Cependant HENOCH a observé 6 morts sur 124 cas ; VAN DUSCH, 6 sur 216 ; BAGINSKY 4 sur 60 ; HELLSTRÖM pas de mort sur 40 cas. Chez l'adulte la mortalité est de 25 p. 100, chez le vieillard de 50 p. 100. Le rachitisme est une coïncidence fâcheuse. BARTHEZ a vu 2 cas de mort sur 212 pneumonies infantiles.

La pneumonie est plus grave dans la première que dans la

seconde enfance, surtout dans sa forme éclamptique tardive. Il est vrai qu'il s'agit dans ce cas de broncho-pneumonie pseudo-lobaire (C. de GASSICOURT). Les complications les plus redoutables sont la méningite et la péricardite.

9° Traitement. — La pneumonie infantile est une affection bénigne qu'il faut laisser évoluer, en surveillant les symptômes, mais sans songer à une médication abortive, purement illusoire. Tout le monde est d'accord pour rejeter la saignée et le tartre stibié, qui sont non seulement inefficaces, mais dangereux.

Si le sujet est débile, on donne de l'alcool (potion de Todd), du vin de quinquina, de l'extrait de quinquina, du vin de Kola.

S'il y a des symptômes nerveux, phénomènes typhoïdes, délire, agitation, assoupissement, on s'adresse à l'hydrothérapie, draps mouillés, bains tièdes à 32 ou 33°, bains froids à 25°. SEVESTRE, HAYEM, préconisent le bain froid. COMBY a montré que le bain ne hâte pas la défervescence. Je donne habituellement le bain tiède qui est mieux toléré et qui est également sédatif. Le bain tiède se donne pendant dix minutes, le bain froid pendant cinq minutes. On le repète quatre à huit fois par jour.

En cas de convulsions on emploie les inhalations d'éther ou de chloroforme, le bromure à dose un peu élevée, 50 centigrammes à 2 grammes, le bain tiède.

Dans les formes très fébriles, il n'y a à se préoccuper que des symptômes nerveux. Il est inutile de vouloir abaisser la température pour elle-même. Elle n'est qu'un indice de la virulence et ne constitue pas par elle-même un vrai danger.

Localement il est inutile de faire de la révulsion. Tous les auteurs sont d'accord à ce sujet. En cas de point de côté, on peut appliquer une ventouse scarifiée. L'antipyrine calme également la douleur.

ARTICLE II

BRONCHO-PNEUMONIE

On la désigne encore sous le nom de *pneumonie catarrhale*, de *pneumonie lobulaire*. Elle comprend la plupart des cas décrits