

début. La crépitation à grosses bulles et le râle sous-crépitant s'entendent généralement dans une grande étendue des deux poumons; mais la véritable crépitation pneumonique est exceptionnelle. Il est rare que l'on saisisse une prédominance de l'affection dans les lobes inférieurs, et, comme dans ces cas la maladie marche rapidement vers la terminaison, la mort a quelquefois lieu avant que la matité à la percussion, ou la respiration bronchique, puissent être constatées.

Tels sont les caractères que présente généralement la pneumonie dans l'enfance, et ils sont d'habitude assez tranchés pour qu'il soit impossible, soit de laisser passer la maladie inaperçue, soit d'en confondre les symptômes avec ceux d'une autre. Il n'en est pourtant pas invariablement ainsi, même quand l'inflammation des poumons survient comme affection idiopathique, tandis que dans les cas où elle survient dans le cours d'une autre maladie elle reste souvent latente, et pour la découvrir il faut une grande finesse de perception et une grande patience d'observation. Nous ne nous arrêterons pas, pour le moment, à l'étude de la pneumonie secondaire, attendu que pour comprendre toutes les variétés qu'elle présente il faudrait que nous eussions fait connaissance avec les maladies dans le cours desquelles survient l'inflammation pulmonaire. Quand nous en serons à l'étude de la coqueluche, du croup, de la rougeole, de la fièvre rémittente, etc., je tâcherai de vous signaler, pour chacune de ces maladies, la période pendant laquelle la pneumonie est le plus à craindre, et les symptômes qui en marquent le début; mais pour le moment, nous limitons notre examen aux cas dans lesquels l'inflammation des organes respiratoires se rencontre comme affection idiopathique.

Diagnostic. — Nous nous sommes assez complètement étendus sur les *différences* qui existent entre la pneumonie et la bronchite, pour qu'il soit inutile de les récapituler. Dans un grand nombre de cas, elles sont trop évidentes pour nous permettre de tomber dans l'erreur; mais dans d'autres, elles sont assez masquées pour qu'il devienne douteux de savoir si ce sont les caractères de l'une ou de l'autre maladie qui prédominent, et nous sommes forcés de conclure que les deux coexistent; les traits de l'une obscurcissant ceux de l'autre, qui autrement seraient très marqués.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, un certain degré de pleurésie existe dans un grand nombre de cas de pneumonie, mais quelquefois si léger qu'il peut à peine être saisi; tandis que dans d'autres, bien qu'on puisse entendre un léger bruit de frottement, il reste évident que la vie est menacée par le désordre qui a frappé le poumon et non par l'affection de la plèvre. Quelquefois, pourtant, l'inflammation de la plèvre est la principale, sinon la seule cause de danger, et c'est pourquoi il est désira-

ble de savoir, même au début, si c'est le poumon ou sa membrane d'enveloppe qui est la partie surtout affectée.

Une attaque de *pleurésie* est, beaucoup plus souvent que celle de la pneumonie, marquée par une douleur vive dans la poitrine accusée par le malade; ou si l'enfant est incapable d'exprimer ce qu'il ressent, il n'est pas rare de voir le début de la maladie annoncé par des cris violents et prolongés.

Le trouble sympathique cérébral est plus fréquent et plus grave au début d'une pleurésie qu'à celui d'une pneumonie, et l'agitation qui l'accompagne est plus grande.

[Je suis surpris de cette assertion, car il m'a toujours paru que les troubles sympathiques, de même que la réaction fébrile, étaient beaucoup plus accusés au début de la pneumonie.]

L'auscultation ne fait découvrir ni le râle crépitant, ni le râle sous-crépitant, qui caractérisent la pneumonie, mais du côté affecté l'air entre beaucoup moins librement que de l'autre, et on peut saisir un bruit de frottement; mais ceci n'a point lieu d'une manière invariable, et quand le frottement pleural existe on peut aisément le confondre avec un ronchus. On peut établir comme une règle, sujette à peu d'exceptions, que toutes les fois qu'un enfant est saisi soudainement par des symptômes qui, tout en indiquant une affection des poumons, ne s'accompagnent pourtant pas des signes stéthoscopiques de la pneumonie, la maladie dont il est atteint est une pleurésie; et cette probabilité devient presque une certitude si, tandis que l'enfant tolère bien la percussion d'un côté, il crie et se débat à la moindre tentative qui est faite pour la pratiquer sur l'autre côté.

L'erreur qui consisterait à prendre une pneumonie pour une pleurésie, ou réciproquement, est d'une importance relativement minime; mais il existe d'autres maladies où un diagnostic erroné peut conduire à des erreurs de traitement sérieuses, fatales même.

Ces méprises peuvent avoir lieu à tous les degrés de la maladie. Les symptômes d'un *trouble du cerveau* peuvent mettre dans l'ombre ceux de l'affection pulmonaire; et la maladie peut non seulement débiter, mais même parcourir une grande partie de ses périodes, au milieu d'une somme de troubles cérébraux suffisante pour égarer un praticien qui ne serait pas sur ses gardes. C'est spécialement dans la pneumonie des lobes supérieurs, et il faut remarquer que la pneumonie du sommet est surtout fréquente chez les enfants, que cette prédominance des troubles nerveux est le plus remarquable, la maladie débutant même, comme il arrive souvent pour la pleurésie aiguë, par des convulsions, tandis qu'une stupeur, avec du délire, chez les enfants assez âgés pour traduire ce symptôme, marque ses progrès ultérieurs. La toux peut être courte ou

manquer complètement, et la respiration précipitée être, non sans raison, rapportée à l'affection présumée du cerveau; pendant qu'une auscultation faite à la hâte, lors même qu'on y a recours, ne peut faire découvrir la nature réelle de la maladie, à laquelle MM. Rilliet et Barthez donnent à juste titre le nom de *pneumonie cérébrale* (1). Si pourtant nous sommes sur nos gardes relativement à cette cause d'erreur, il y a deux symptômes qui, même indépendamment de cette soigneuse auscultation qu'on ne doit jamais négliger, nous préserveront habituellement d'erreur: l'un est l'extrême élévation de la température dès le début, et la persistance de celle-ci; l'autre, l'accélération considérable et constante de la respiration, différente de la respiration précipitée, mais irrégulière et inégale, qui accompagne les affections aiguës du cerveau ou de ses membranes. Mais, outre ces cas exceptionnels où l'erreur est à moitié excusable, il y en a d'autres, spécialement dans la jeune enfance, dans lesquels la maladie est méconnue et les symptômes regardés jusqu'à une période trop avancée comme ceux d'une méningite tuberculeuse. Les vomissements, la douleur de tête, l'agitation des nuits, le sommeil troublé par des rêves à haute voix, qui existent au début de presque toutes les maladies de l'enfance, la fièvre, l'état de constipation commune aux deux maladies, conduisent à cette erreur.

La toux, dans quelques cas de pneumonie, est si légère, qu'elle peut être à peine notée, et lors même qu'elle est présente, on peut la prendre pour cette toux sympathique qui se produit quelquefois dans les premiers temps de la méningite tuberculeuse; et si l'on questionne l'enfant, celui-ci peut se plaindre exclusivement de la tête; mais nonobstant il y a indépendamment de l'auscultation des circonstances qui devraient conduire un observateur attentif à découvrir la nature réelle de la maladie. Les vomissements qui signalent le début d'une attaque de pneumonie, bien que quelquefois violents, durent rarement longtemps, et ne sont point accompagnés de ces nausées et de cette irritabilité de l'estomac si marquées dans la première période de la maladie cérébrale. Dans la pneumonie, les évacuations sont naturelles; la langue est d'un rouge beaucoup plus vif; le pouls est beaucoup plus fréquent, ses battements ne sont point irréguliers; la chaleur de la peau est de beaucoup plus grande, beaucoup plus constante et plus remarquable sur le

(1) *Op. cit.*, 2^e édit., vol. I, p. 526. — Plus récemment le professeur Steiner a fait sur ce sujet quelques remarques d'une très grande valeur (dans *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1869, p. 357). Je suis toutefois dans le doute de savoir si l'otite interne, à laquelle on attache une si grande importance comme cause occasionnelle des symptômes cérébraux dans beaucoup de ces cas, était autre chose qu'une complication purement accidentelle de la pneumonie, ou la pneumonie une complication de celle-ci. Dans un grand nombre de cas, incontestablement, il existe des symptômes d'un trouble cérébral très marqué là où les poumons sont le siège exclusif de la maladie.

tronc qu'à la tête, et la soif est généralement pressante. Si cependant ces indices morbides passent inaperçus au commencement de l'attaque et si l'auscultation qui pourrait encore rectifier l'erreur est négligée, il est probable que chaque symptôme consécutif sera mal interprété, et qu'on ne comprendra pas la nature réelle de la maladie avant qu'elle ne soit révélée par l'examen *post mortem*. Il est rare qu'on ne trouve pas dans la pneumonie un trouble sympathique cérébral plus ou moins prononcé pour confirmer l'erreur préconçue; tandis qu'à mesure que l'enfant devient plus mal, les difficultés qu'offre la pratique d'une auscultation minutieuse vont en augmentant. Il survient des convulsions plusieurs jours même avant la mort du malade, et les symptômes cérébraux peuvent paraître, spécialement à un observateur prévenu, beaucoup plus frappants qu'aucun de ceux qui indiquent l'affection des poumons.

Il arrive quelquefois que le trouble sympathique de l'estomac et des intestins est assez considérable pour obscurcir les symptômes pectoraux, et la maladie est prise pour un cas d'entérite, ou peut-être, si la chaleur de la peau et les troubles sensoriaux sont considérables, pour ce qu'on désigne vaguement du nom de fièvre rémittente; et cette dernière erreur devient surtout possible lorsque les lobes supérieurs du poumon sont le siège de l'inflammation. Le vomissement au début de la maladie, la douleur rapportée à l'abdomen, avec augmentation évidente à la pression, la rougeur de la langue avec disposition à la sécheresse, et la diarrhée qui existe dans ces cas assez exceptionnels de pneumonie, sont les symptômes qui peuvent faire commettre une erreur; et celle-ci peut se confirmer, lorsque le praticien observe qu'un soulagement, au moins temporaire, suit l'application de sangsues et de cataplasmes sur l'abdomen. Quant à la douleur accusée dans le ventre, qui semble souvent avoir une large part dans la production de l'erreur, il faut se souvenir que les indications des enfants relatives au siège d'une douleur sont très vagues, et que ceux-ci parlent fréquemment du ventre lorsqu'ils veulent indiquer la poitrine; d'un autre côté, l'obstacle apporté à l'abaissement du diaphragme par une pression sur l'abdomen, spécialement si cette pression est soudaine, considérable, provoque presque toujours l'expression d'un malaise lorsque les organes de la respiration sont affectés d'une manière quelconque. Votre principale sauvegarde contre ces méprises consistera dans une auscultation soigneuse; mais il arrivera de plus, qu'en prenant l'habitude de ne pas envisager seulement un ou deux symptômes prédominants, mais la relation que chacun d'eux a avec les autres, vous verrez disparaître beaucoup des principales difficultés qui s'opposent à la conception d'un diagnostic correct.

Il peut vous paraître que ce sont là des détails très arides et un peu

superflus, mais malheureusement mes propres recueils me mettraient à même de vous fournir des exemples de ces erreurs de diagnostic, contre lesquelles c'est mon but de vous mettre en garde.

Je ne vous ferai plus qu'une recommandation, c'est de ne pas laisser passer inaperçue la pneumonie qui survient quelquefois chez les enfants pendant le travail de la dentition. A moins que vous ne soyez sur vos gardes à propos de ce qui la concerne, ses symptômes de début n'exciteront probablement pas vos craintes, attendu que vous les regarderez comme le résultat de l'irritation sympathique des bronches qui accompagne si souvent la dentition, et vous laisserez ainsi passer le temps de l'action sans l'utiliser.

Cette maladie survient souvent chez les enfants affaiblis, ne s'accompagne souvent que d'une réaction générale faible, et suit une marche quelque peu chronique, tandis que, d'un autre côté, sa nature est masquée par une tendance à la diarrhée qui existe durant la dentition, et qui maintenant se trouve excitée par l'affection thoracique. Cette diarrhée devient souvent le symptôme le plus frappant, et tous les moyens sont employés pour la supprimer et pour arrêter le vomissement qui l'accompagne en général. Ces efforts sont nonobstant sans effets, l'enfant dépérit chaque jour, et sa peau pend en larges plis autour de ses membres amaigris, tandis que le ventre, tuméfié par la collection des gaz dans le gros intestin, devient douloureux à la pression; la langue est rouge, sèche et recouverte d'un enduit ou d'ulcérations aphtheuses. Peut-être alors la toux attirera-t-elle l'attention, mais il est probable qu'on la regardera, ainsi que le souffle bronchique, comme des indices de la phthisie, et le médecin se consolera par cette pensée que, s'il n'a pas guéri la maladie, c'est qu'elle était incurable.

A la fin, l'enfant épuisé meurt, et grande est la surprise de ne trouver de tubercules dans aucune partie du corps; aucune maladie des intestins, mais une pneumonie avec infiltration purulente dans les deux poumons; maladie qui aurait dû être reconnue et qui probablement aurait pu être guérie.

Traitement. — Lorsque je vous parlais du traitement de la bronchite dans l'enfance, j'ai compris que c'était mon devoir de vous expliquer à quel degré les changements dans les caractères de la maladie m'avaient conduit à modifier ma pratique; mais, quand il s'agit du traitement de la pneumonie, nous avons autre chose à considérer, et nous devons décider si l'adage : *Optima est medicina, medicinam non facere*, ne renferme pas, comme l'ont soutenu quelques-uns, tout ce que nous avons besoin de savoir sur ce sujet. On assure que, chez les jeunes sujets, la tendance à la guérison de la pneumonie sans complications est si invariable que le médecin n'a rien de plus à faire, après avoir établi son diagnostic, que

de surveiller la manière dont la nature procède à la cure du malade, et de s'abstenir de troubler un travail que son intervention ne peut qu'altérer (1).

Le docteur Barthez (2), dont nous ne pouvons prononcer le nom sans nous arrêter un instant pour rendre hommage à la mémoire de son digne compagnon de travail, Rilliet, mort si soudainement et d'une manière prématurée pour la science, si ce n'est pour sa propre renommée, a fait une communication à l'Académie de médecine de Paris, dont le but était de justifier le traitement par l'expectation de la pneumonie dans l'enfance. Dans ce travail il établit que sur 212 cas de pneumonie lobaire survenue entre les âges de 2 et 5 ans pendant le cours de sept années, à l'hôpital Sainte-Eugénie, 2 seulement se terminèrent par la mort, bien que sur ce nombre, le sixième, au plus, eût été soumis à un traitement actif. Grisolle, dont l'autorité est si considérable sur ce sujet, semble incliner à accepter les conclusions de Barthez pour les enfants au-dessus de 4 ans, et pour les jeunes sujets jusqu'à l'âge de 25 ans, mais hésiter en ce qui concerne un âge plus avancé; ou, en d'autres termes, là où commence sa vaste expérience et où la responsabilité personnelle pèse sur lui de son poids le plus lourd, il hésite à rester simple spectateur du combat entre la maladie et la nature. M. Barthez prend ses conclusions d'une manière très nette, bien que mesurée, et le mieux est de les rapporter textuellement.

« La seule règle positive que je désire établir est la suivante : il n'est presque jamais utile, et encore moins nécessaire, d'employer un traitement très actif contre la pneumonie idiopathique des enfants, et il est surtout important de s'abstenir, autant que possible, d'émissions sanguines répétées, puisque leur effet évident est d'affaiblir inutilement les malades, et d'allonger considérablement leur convalescence. »

Je n'ai aucune donnée statistique à opposer à celles de M. Barthez. Je rencontre beaucoup moins souvent des pneumonies idiopathiques à la première période que lorsque j'étais, autrefois, médecin du Children's dispensary, à Lambeth, ou lorsque j'étais chargé des malades externes de l'hôpital des Enfants. Chez la plupart des malades qui sont admis à l'hôpital pour une pneumonie, la maladie a depuis longtemps dépassé la période pendant laquelle le traitement actif eût été admissible. Les mêmes considérations sont applicables aux cas que j'ai observés dans la consultation privée, mais en même temps il faut recon-

(1) Pour l'historique de l'opinion qui a trait au traitement de la pneumonie, voyez Grisolle (*De la pneumonie*, 2^e édit., Paris, pp. 558-573).

(2) *Bulletin de thérapeutique*, in-8. Paris, 1862, t. LXII, pp. 368-374.

naître que la rareté très grande des cas de pneumonie idiopathique qui se sont offerts à mon observation parle fortement en faveur de la tendance spontanée à la guérison quand le malade est placé dans des conditions hygiéniques favorables.

Mais je dois confesser que je ne puis oublier les bons résultats que j'ai obtenus, il y a nombre d'années, par la soustraction du sang au début d'une attaque de pneumonie chez les enfants jusque-là bien portants, et chez lesquels la fièvre, une toux courte, l'accélération de la respiration, s'étaient soudainement montrées sans avoir été précédées par des symptômes de catarrhe ou de bronchite. Même actuellement, les auteurs concèdent que la déplétion sanguine, employée de bonne heure, fait tomber la chaleur de la peau, diminue la fréquence de la respiration et soulage le malaise; et à ces concessions je serais disposé à ajouter que, dans quelques cas, elle arrête court la maladie. Je ne pense point, cependant, qu'on obtienne ce résultat après les 24 ou 30 premières heures, et je ne conseillerais pas l'émission sanguine alors que la crépitation fine s'est généralisée, moins encore lorsqu'on peut constater la matité de la respiration bronchique. Je ne conseillerais pas non plus la répétition de la saignée lorsque le bien qu'elle paraît avoir fait a disparu.

Mais, si je ne puis admettre que la soustraction du sang, au début de la pneumonie, ne soit jamais indiquée, je puis encore moins concéder que l'antimoine ne doive, en aucun cas, être employé, alors que les symptômes ne semblent pas justifier la saignée ou que le temps d'y recourir est passé. Tant que la respiration n'est pas devenue bronchique, que la chaleur de la peau et la dyspnée continuent, que les forces vitales de l'enfant n'ont subi aucun affaiblissement manifeste, je crois que l'antimoine devra rendre un service signalé, lors même que la diffusion du râle crépitant fin dans les poumons montrerait que l'inflammation est très généralisée. J'entends parler de l'antimoine employé pour son action spécifique, et non donné simplement comme adjuvant d'un autre traitement. Donné à la dose de 8 milligrammes, toutes les dix minutes, jusqu'au vomissement dans le cas d'un enfant de 2 ans, et continué ensuite toutes les deux heures pendant une période de 24 ou 36 heures, il fait tomber la fièvre et diminue la dyspnée d'une manière très remarquable; le râle crépitant fin devient plus gros, et comme le dit Trousseau (il n'y a point de période de convalescence), l'enfant dangereusement malade hier est entièrement bien aujourd'hui; et si ce n'était notre expérience de l'importance réelle des symptômes antérieurs, rien ne pourrait nous prouver que nous n'avons pas mal interprété leur signification ou exagéré leur gravité. Mais je dois ajouter que l'antimoine ainsi employé atteint d'habitude le but désiré en 24 heures, ou au plus en 36 heures, et que l'établissement de sa

complète tolérance devient le signal de sa cessation ou au moins d'un changement dans le mode de l'administrer; les résultats de l'auscultation doivent alors en grande partie déterminer notre conduite subséquente. Si celle-ci nous apprend que l'amélioration physique du poumon est aussi considérable que celle de l'état général, on peut continuer l'emploi du remède à des intervalles plus longs, comme tous les quatre ou six heures. Si les signes de l'inflammation font des progrès et se perçoivent dans des parties du poumon auparavant saines, il faut employer le mercure, qui peut être associé à de petites doses d'antimoine, pendant que de fortes doses de ce remède peuvent encore être administrées pour combattre toute augmentation soudaine de la fièvre ou de la dyspnée qui peut à l'occasion survenir. Si, malgré la diminution manifeste de la fièvre et de la dyspnée, le souffle bronchique était devenu manifeste, les mercuriaux doivent être aussitôt substitués à l'antimoine. L'existence, dans tous les cas, de la respiration bronchique étendue et bien caractérisée devrait être regardée comme contre-indiquant, d'elle-même, le traitement antimonial. Je n'ai pas l'intention de dire qu'après l'apparition du souffle bronchique on ne doive jamais donner l'antimoine, mais seulement qu'il doit être employé à petites doses et associé à d'autres remèdes. Dans les cas où les symptômes ne se montrent pas avec une violence suffisante pour indiquer la nécessité de fortes doses d'antimoine, ou dans lesquels la maladie a dépassé la période où le médicament, ainsi administré, a des chances d'être utile, on peut avoir recours avec grand avantage aux mercuriaux. Dans les cas de la première espèce, on peut administrer toutes les six heures de 0,025 à 0,05 de calomel, associés à 0,10 de poudre de James (James's Powder), pour un enfant de deux ans. Si le cas est plus grave, et que la respiration bronchique se soit produite malgré l'émission sanguine et l'administration du tartre stibié, il faut donner le calomel plus souvent, comme toutes les quatre ou toutes les trois heures, uni à de petites doses de poudre de Dover et d'émétique, si l'enfant n'est pas déprimé au point de contre-indiquer l'emploi de ce dernier médicament. Quelquefois l'association de l'antimoine au mercure est d'abord bien supportée, mais ensuite les nausées qu'il produit ou la faiblesse du malade demandent qu'on en cesse l'usage. — On peut habituellement arrêter la diarrhée que provoque le calomel en donnant, de temps à autre, une dose de poudre de Dover.

Il se trouve, pourtant, quelques cas difficiles, dans lesquels l'irritabilité de l'estomac et de l'intestin est telle, qu'il n'y a de tolérance presque pour aucun médicament; et alors, aussi bien que dans les cas d'une pneumonie négligée, où on a laissé passer le temps convenable pour un traitement actif, et où les forces se sont épuisées en même temps qu'une étendue considérable du poumon devenait imperméable à l'air,

l'avantage le plus marqué suit l'emploi persévérant d'une onction mercurielle, ou celui d'un substitut avantageux des onctions, la ceinture mercurielle (mercurial belt) sur laquelle on renouvelle la pommade toutes les douze heures. Chez les petits enfants et ceux au-dessous de cinq ans, les gencives ne se prennent jamais sous l'influence du mercure, même employé très énergiquement, et il ne m'est arrivé qu'une fois de constater l'existence d'une salivation profuse, et l'altération des gencives, résultant de l'emploi du mercure dans la pneumonie. — De semblables accidents arrivent pourtant de temps à autre, et on les a vus donner naissance à la gangrène des joues, ou à la nécrose de la mâchoire. C'est pourquoi vous devez surveiller l'état des gencives chez les enfants auxquels vous administrez le mercure, comme vous le feriez chez l'adulte, pour diminuer ou cesser le remède au premier indice de son action sur ces dernières.

La diète pendant les premières périodes de la pneumonie chez les enfants doit être très sévère, et il faut donner à ceux qui ne sont pas sevrés quelque aliment moins nourrissant que le lait de la mère, qu'en raison de leur soif ils tendront à prendre plus abondamment même que quand ils sont bien portants. Quand la pneumonie est grave, il est mieux de donner le lait maternel à la cuiller, plutôt que de laisser téter l'enfant, puisque l'action de téter est nuisible et porte au plus haut point la fonction respiratoire, dont il est désirable de tenir les organes le plus possible à l'abri de toute excitation.

Mais si l'inflammation des poumons, dans les premières périodes, réclame un traitement strictement antiphlogistique, dans un grand nombre de cas, peut-être même dans le plus grand nombre, il arrive un moment où une diète sévère ne convient plus; période pendant laquelle vos principaux efforts doivent avoir pour but plutôt de soutenir les forces que de vaincre l'inflammation. Si vous l'oubliez, il peut vous arriver de triompher du mal qui existe dans la poitrine, mais de perdre votre malade, pour avoir poussé trop loin ou continué trop longtemps le traitement qui, dans des limites convenables, eût été le plus salutaire. Rien dans la conduite de la maladie n'est plus difficile que de saisir le moment précis où l'emploi des stimulants devient nécessaire, et on ne peut établir aucune loi générale pour en régler l'usage. Si, cependant, le malade commençait à avoir une diarrhée abondante, si sa respiration devenait plus pénible et plus irrégulière, bien que diminuée de fréquence, et si le pouls devenait plus fréquent et surtout de plus en plus petit, on peut juger qu'il est grand temps d'y recourir. Le vin en pareille circonstance est aussi nécessaire dans la pneumonie de l'enfant que dans celle de l'adulte, et il peut même devenir nécessaire de le donner aux petits enfants à la mamelle. On peut aussi à cette époque administrer avec avantage l'ammoniaque, soit en potion dans une décoction de séné (1),

(1) Voyez la formule n. 12, p. 336.

soit dans du lait, qui mieux que tout autre véhicule en masque le goût désagréable. Si la diarrhée n'existe pas, du thé de bœuf fort, ou du bouillon de veau, constituent la meilleure alimentation qu'on puisse donner; mais si l'intestin est relâché, l'arrow-root ou la décoction blanche des hôpitaux français devraient leur être substitués.

Pour conclure, il peut être bon de faire quelques réflexions sur l'emploi des *vésicatoires*, moyen auquel nous avons souvent recours pendant la période de résolution de la pneumonie chez l'adulte, mais qui n'est point indiqué chez les jeunes enfants dont les poumons se sont indurés sous l'influence de la maladie. Les plaies que forment les vésicatoires sont très disposées, chez les enfants affaiblis, à revêtir un mauvais caractère; et cette disposition paraît plus grande après l'inflammation des poumons qu'après toute autre maladie, et surtout dans ces cas de pneumonie secondaire qui surviennent dans la rougeole. Je suis dans l'habitude, pour obtenir une contre-irritation analogue, de recourir à l'application constante de cataplasmes de graines de lin chauds. Ceux-ci procurent au malade un grand soulagement et, j'imagine, répondent, par leur action calmante, au but qu'on se propose d'atteindre par l'application de compresses froides sur la poitrine, application à laquelle on peut non seulement faire une objection tirée de la répugnance que montrent les enfants contre son emploi, mais aussi de la nécessité de déranger souvent le malade pour en renouveler l'application.

Je dois pourtant ajouter que ces objections ne sont pas fondées sur mon observation personnelle, et que beaucoup de médecins allemands (1), d'une grande et juste réputation, plaident en faveur de ce mode de traitement; plutôt, il est vrai, comme moyen capable de faire tomber la fièvre que de modifier d'une manière importante la marche de la maladie. Je dois dire, même, que les preuves en faveur de l'usage du froid employé dans ce but, et pour produire une action calmante, sont si évidentes lorsqu'on l'applique avec fermeté, que je ne suis pas tout à fait excusable de n'en avoir pas fait l'essai.

(1) Spécialement Ziemmsen *Pleuritis und pneumonie im Kindesalter*, in-8°. Berlin, 1860, pp. 273-281.