

un croup, en effet, moins les fausses membranes, car on a vu dans des cas heureusement tout à fait exceptionnels la gêne respiratoire aller jusqu'à la mort par asphyxie. Comment dire en pareil cas si on a affaire à un croup ayant débuté comme une laryngite striduleuse, ou à celle-ci se terminant comme une laryngite diphthéritique ? La réponse est impossible en l'absence de la constatation de la fausse membrane. Ces difficultés, qui peuvent être insurmontables quand on a vu le malade dès le début, le sont encore bien plus quand on doit s'en rapporter au récit qui nous est fait sur ce qui s'est passé pendant les premiers temps de la maladie. Heureusement que les cas de cette nature sont tout à fait rares. En pareille circonstance, la conduite à tenir consiste, supposant qu'il existe des fausses membranes, à chercher à en provoquer l'expulsion par des vomitifs et à se tenir prêt à pratiquer la trachéotomie si l'asphyxie l'exige. L'administration de l'ipéca à dose vomitive, celle des antispasmodiques, des boissons tièdes, la diète au lait ou au bouillon, le maintien de l'enfant au milieu d'une douce température, constituent tout le traitement de la laryngite striduleuse.]

## VINGT-SIXIÈME LEÇON

### COQUELUCHE.

Marche de la maladie dans sa forme la plus simple. — Sujette à de grandes différences dans son mode de début et le degré de son intensité. — Signification de la reprise (*hoop*). — Marche de la maladie au déclin; sa gravité dépend de ses complications. — Complication de bronchite, à son début, ou quand elle a duré quelque temps. — Complication par des troubles nerveux. — Elle existe quelquefois tout d'abord, et cause la mort avant même que les symptômes de la maladie aient atteint tout leur développement. — Mais peut survenir à toute période. — Formes différentes qu'affectent les troubles du système nerveux. — Danger considérable lorsque les paroxysmes de toux se terminent par des convulsions. — Précautions à prendre par rapport au caractère nerveux de la dyspnée dans beaucoup de cas, et quant au danger d'un traitement trop énergique dans ce cas. — La méningite tuberculeuse est une complication rare.

Nous voici arrivés à l'étude d'une des maladies les plus communes de l'enfance. Peu de personnes arrivent à l'âge adulte sans avoir subi une atteinte de coqueluche, et il est encore plus rare de voir ceux qui y ont échappé dans l'enfance en être atteints plus tard.

La coqueluche appelle donc notre attention comme étant spécialement une maladie du début de la vie; mais, comme chaque bonne femme a la prétention de la savoir guérir, nous pourrions penser que son étude ne nous retiendra pas longtemps. Nous trouvons cependant que, dans cette ville, elle vient en quatrième rang parmi les causes de mort au-dessous de cinq ans; l'inflammation des poumons, les convulsions et la méningite étant seules meurtrières. Et ces faits ne représentent pas exactement son importance, car on allègue qu'elle est la plus funeste de toutes les maladies de la plus jeune enfance, puisque 68 0/0 de toutes les morts qu'elle occasionne surviennent chez des enfants au-dessous de deux ans (1). Un examen rapide ne suffirait pas pour nous édifier

(1) D<sup>r</sup> E. Smith, dans *Reynold's System of medicine*, t. I, 2<sup>e</sup> édit., 1870, p. 53.

complètement sur tous les points importants d'une maladie qui fait tant de victimes.

**Symptômes.** — La maladie, dans sa forme la plus simple, consiste dans une toux à caractère spasmodique qui succède d'habitude à des symptômes de catarrhe, et se reproduit par intervalles pendant quelques semaines, cesse sans avoir occasionné aucun trouble sérieux de la santé générale, ou sans avoir exigé un traitement médical actif. Dans ses formes plus graves, c'est une des maladies les plus redoutables que nous puissions rencontrer, tenant souvent la vie du malade, pendant des jours et des semaines consécutives, dans un péril presque constant; exposée à s'exaspérer sous l'influence des causes les plus insignifiantes ou à devenir mortelle, par la plus légère erreur de traitement; tandis que les plus grands efforts de notre art se bornent à en mitiger la gravité, et à éloigner le danger imminent de symptômes dont nous sommes impuissants à triompher, et dont nous devons confier la complète guérison au temps et à la nature.

D'aussi grandes différences dans la marche de la maladie, suivant les cas, ont donné naissance à un bon nombre d'ingénieuses théories sur sa nature et son siège, imaginées dans le but d'expliquer ce qu'il y a de si énigmatique dans sa nature et qui n'a pas manqué de frapper tous les observateurs. Aucune de ces spéculations n'a, toutefois, conduit à un résultat pratique utile, et nous avons mieux à faire que de nous livrer à leur étude, nous occupant exclusivement de la simple observation des *phénomènes de la maladie*. Nous commencerons par les cas où elle est le plus simple et le moins dangereuse, et examinerons ensuite les différentes manières dont elle devient compliquée et grave.

Une atteinte de coqueluche commence habituellement par du catarrhe, et n'a d'abord rien ou presque rien qui la distingue du rhume ordinaire, si ce n'est que la toux présente quelquefois, presque dès le début, un caractère retentissant particulier. Graduellement, les symptômes de catarrhe diminuent, et le léger trouble qu'a éprouvé la santé de l'enfant cesse; mais, nonobstant, la toux continue; elle devient plus éclatante, dure plus longtemps et prend, jusqu'à un certain point, un caractère suffocant, et sous tous les rapports il y a une tendance manifeste à l'exacerbation vers la nuit. A mesure que la toux devient plus intense, ses particularités deviennent de plus en plus manifestes; à chaque paroxysme, la face devient rouge et l'enfant est secoué par la violence de la toux. Chaque attaque de toux se compose maintenant d'un certain nombre d'expirations, courtes, rapprochées, si puissantes, et se succédant avec une telle rapidité que les poumons se vident en grande partie d'air et que l'enfant est amené, par leur durée, jusqu'à une véritable menace de suffocation. A la fin, l'enfant reprend haleine par une

inspiration longue, bruyante, sonore (*hoop*), d'où la maladie tire son nom anglais (*whooping cough*), et quelquefois l'attaque est terminée. Plus souvent pourtant, la reprise (*hoop*) est suivie d'un repos momentané, et les expirations précipitées recommencent encore et se terminent de nouveau par une inspiration sifflante, quelquefois pour recommencer. Enfin, après une abondante expectoration de mucus glaireux, des efforts pour vomir ou un vomissement réel, l'inspiration s'exécute librement et la respiration redevient graduellement calme. Si vous auscultez la poitrine pendant une quinte de coqueluche, vous n'entendrez aucun bruit dans les poumons; mais, lors de la reprise, vous constaterez de nouveau l'entrée de l'air, bien qu'il ne pénètre pas dans les plus petites bronches. Ce n'est qu'après la quinte, et lorsque la respiration se fait de nouveau d'une manière calme, que l'air pénètre de nouveau dans les cellules pulmonaires; alors vous constaterez un murmure vésiculaire aussi pur que si l'enfant n'était pas malade, ou tout au plus vous constatarez l'existence de petits ronchus, ou de légers râles muqueux. Si la toux est intense, le calme de la respiration ne revient et le murmure vésiculaire n'est perceptible que quelque temps après que le paroxysme a cessé; quelquefois, une respiration courte et laborieuse annonce chaque attaque de toux. L'enfant semble alors avoir un pressentiment de la quinte prochaine; il devient anxieux, regarde sa mère et s'attache plus étroitement à elle; ou s'il est assez âgé pour bien marcher, vous pourrez le voir, même avant qu'aucun trouble de la respiration ne se soit manifesté, jeter ses jouets et saisir une chaise, ou quelque autre meuble, pour s'y appuyer pendant la quinte de toux qui s'approche.

Si le cas est simple, quand même les quintes seraient fortes, la santé de l'enfant continue à être bonne et il ne souffre que peu, ou pas; pendant les intervalles de la toux, son appétit n'est pas diminué, et après avoir, dans une quinte de toux, rendu tout ce que contenait l'estomac, il demande presque immédiatement à manger. Le sommeil est calme, excepté quand l'enfant s'éveille pour tousser; les fonctions digestives sont régulières; tout au plus il y a un peu de constipation. Un léger mal de tête et de la langueur, la perte de la gaieté habituelle sont souvent tout ce qu'on peut observer de mal persistant entre les quintes.

Après qu'on a entendu pour la première fois la reprise (*hoop*), la maladie va en augmentant environ pendant une semaine, la toux devient plus fréquente, avec paroxysmes plus graves et suffocants, et s'accompagne d'une reprise plus répétée. Après être restée stationnaire pendant dix ou quinze jours, elle commence à diminuer, et un des premiers indices de ce fait est fourni par la diminution d'intensité des exacerbations nocturnes. Nous voyons ensuite, ou que les quintes sont moins fréquentes, ou que, si elles reviennent aussi souvent, elles sont moins intenses, et cessent quelquefois sans que la reprise ait lieu. Pendant le

déclin, toutefois, l'action du froid, un désordre des fonctions de l'intestin, une excitation d'esprit, suffiront dans bien des cas pour que la reprise reparaisse, et pour augmenter la gravité d'abord diminuée des attaques. Dans la plupart des cas, la toux perd son caractère spasmodique quelques jours avant de cesser complètement; et vous pouvez même voir un enfant, d'ailleurs bien portant, qui six semaines et plus après la coqueluche peut présenter des retours d'une toux qui, sous l'influence d'une cause légère, se transformera de nouveau en une affection présentant tous les caractères d'une véritable coqueluche.

Telle est la marche de la maladie lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucune complication, et ne donne naissance à aucun symptôme menaçant, mais se termine par la guérison complète du malade. Mais, même dans les cas favorables, la marche de la maladie peut être diversement modifiée, et ces modifications empruntent un surcroît d'importance à ce fait, qu'elles indiquent, ou accompagnent souvent quelques-unes de ces complications sérieuses auxquelles la maladie doit presque exclusivement ce qu'elle a de dangereux.

La moyenne de *durée de la période catarrhale* de la coqueluche, déduite de la comparaison de cinquante-cinq cas, dans lesquels on a noté la date précise de l'apparition de la première reprise (inspiration sifflante) distincte, a été de 12 jours environ. Dans dix-neuf de ces cas, on entendit la première inspiration sifflante dans les 7 jours qui suivirent le début des symptômes catarrhaux, et chez dix-neuf autres, dans le second septenaire; mais les limites extrêmes de la durée de la période prémonitoire sont très étendues, puisque, dans un cas, celle-ci dura seulement 2 jours et dans un autre 35.

Mais le début de la coqueluche varie sous beaucoup d'autres rapports, comme le montrent clairement les faits suivants.

Dans cinquante-cinq cas, la durée moyenne de la période catarrhale fut de 13 jours environ, les extrêmes étant de 35. Dans dix-huit cas, la période catarrhale dura en moyenne seulement 8 jours avant que la toux ne prit un caractère évidemment spasmodique; mais il ne survint pas de reprise avant le quinzième jour. Dans quatre cas, après que le catarrhe eut duré environ 11 jours, la toux devint paroxystique, mais il n'y eut pas de reprise pendant toute la durée de la maladie. Dans un cas, la toux avait un caractère évidemment paroxystique dès le premier jour, mais il ne se produisit pas de reprise pendant toute la durée de la maladie. Dans six cas, la toux eut le caractère paroxystique dès le début et le conserva pendant 9 jours environ, après quoi se produisit une reprise distincte. Enfin, dans trois circonstances, une reprise distincte exista dès le commencement même.

Quelques-unes de ces différences peuvent être purement accidentelles, mais je crois que le plus grand nombre n'est pas sans impor-

tance, et qu'elles dépendent de causes qu'un peu d'observation nous rendra familières. Mon excuse pour entrer dans de si arides détails, au sujet de la coqueluche, est qu'il existe à peine une autre maladie, des premiers temps de la vie, au sujet de laquelle nous ayons autant besoin de faits exactement définis. Ses traits généraux sont si manifestes qu'on n'a pas toujours observé avec un égal soin les caractères moins frappants, qui pourtant sont d'une grande importance, en ce sens qu'ils fournissent une base sûre au pronostic, et des indications bonnes à suivre pour la direction du traitement.

La prolongation de la période catarrhale de la coqueluche se rencontre, je crois, ou au commencement d'une épidémie ou vers sa terminaison. Les épidémies de coqueluche succèdent souvent à celles de catarrhe: la première affection se développant graduellement sur la dernière, et la longue persistance de la toux, dans plusieurs cas, après la diminution de toutes les autres manifestations du catarrhe, est souvent l'un des premiers signes d'une épidémie de coqueluche. Les caractères de cette maladie, comme ceux des autres affections épidémiques, deviennent souvent moins marqués quand elle cesse d'être dans toute sa force, et nous rencontrons, alors, des cas où le catarrhe dure longtemps, tandis que la toux spasmodique est peu prononcée, et que l'inspiration sifflante n'est ni fréquente ni forte. On peut établir comme une règle générale, que les cas où la période catarrhale a une longue durée deviennent rarement graves dans la suite; et la même règle s'applique à la majorité des cas où la reprise ne survient que longtemps après que la toux a pris un caractère paroxystique; il y a toutefois quelques cas que nous aurons plus tard à signaler, où la longue durée du caractère spasmodique et suffocant de la toux, sans aucune reprise, est un signe de l'intensité spéciale de la maladie plutôt que de sa bénignité; d'un autre côté, la brièveté inusitée de la période catarrhale, ou son absence totale, n'est pas en elle-même une preuve que la maladie sera plus grave que d'habitude: cette brièveté s'observe habituellement chez les très jeunes enfants qui, comme je vous l'ai déjà dit, sont peu disposés aux affections catarrhales, et qui ne sont pas aussi souvent pris de coqueluche que ceux plus âgés. Quelquefois, cependant, quand d'autres enfants de la famille sont atteints de la maladie, les tout petits la contractent par contagion, et il arrive fréquemment, dans ce cas, qu'elle n'est précédée d'aucun symptôme de catarrhe proprement dit, mais que la toux présente, de prime abord, le type paroxystique, et s'accompagne bientôt de la reprise.

Au lieu de se produire à la suite d'un catarrhe d'intensité moyenne, la coqueluche débute quelquefois par beaucoup de fièvre, de dyspnée, et les symptômes d'une bronchite intense, bien que l'auscultation ne décèle pas une maladie aussi sérieuse que celle que, à en juger par les

troubles généraux, nous nous serions attendu à découvrir. En pareil cas, c'est seulement à la chute des symptômes aigus, qui arrive en général rapidement sous l'influence du traitement, que la nature réelle de la maladie devient apparente. Nous observons alors que, tandis que l'enfant va bien sous tous les autres rapports, la toux continue sans faiblir, que bientôt elle est plus intense, se reproduisant sous forme de paroxysmes et accompagnée, avant qu'il soit longtemps, par la reprise caractéristique. Outre ces cas, il y en a d'autres, mais moins fréquents, dans lesquels, bien que les symptômes du catarrhe ne soient pas d'une intensité inaccoutumée, l'enfant a pourtant des paroxysmes de dyspnée qui surviennent habituellement la nuit et qui peuvent causer beaucoup de craintes aux parents. Ces attaques ne paraissent provoquées par aucune quinte de toux antérieure, et, après avoir duré pendant une demi-heure ou une heure, elles disparaissent d'elles-mêmes, laissant l'enfant libre pendant plusieurs heures consécutives, et pour ne pas revenir probablement avant la nuit suivante. Pendant que l'enfant y est sujet, l'auscultation ne découvre dans la poitrine aucun signe de maladie sérieuse; mais à mesure que les paroxysmes de toux deviennent plus distincts, et quand la reprise existe, les accès d'oppression diminuent, pour disparaître entièrement dans l'espace de peu de jours.

Lorsque les caractères, dans leur ensemble, se sont franchement dessinés, il s'écoule d'habitude quelques jours avant qu'ils n'atteignent leur *acmé*, et pendant ce temps les paroxysmes nocturnes augmentent en général dans une plus forte proportion, sous le rapport de la fréquence et de l'intensité, que ceux qui existent pendant le jour.

Telle fut, au moins, la marche de la maladie dans trente-huit cas sur quarante-sept où ce point fut l'objet d'une observation spéciale. L'exacerbation nocturne est quelquefois si marquée, que les quintes ne sont pas seulement plus intenses, mais sont effectivement plus nombreuses que dans le jour. Dans les cas de coqueluche très légère, il n'y a que peu de différence entre les paroxysmes du jour et ceux de la nuit pour la fréquence et l'intensité; et dans d'autres, bien que l'enfant dorme paisiblement pendant la plus grande partie de la nuit, il y a cependant une aggravation marquée de la toux le soir, lorsqu'il vient de se coucher, et le matin au réveil. Quand les exacerbations viennent à ces deux moments, celle du soir est souvent provoquée par le passage de l'enfant dans une chambre à coucher moins chaude que la pièce où il a passé la journée, tandis que le matin l'exacerbation résulte de l'accumulation de mucus dans les bronches pendant le sommeil.

Aucune de ces causes n'est toutefois la seule raison déterminante de l'augmentation d'intensité le soir, et celle-ci n'est pas un fait spécial à la coqueluche, mais s'observe dans l'asthme et dans beaucoup d'autres affections des poumons chez l'adulte. L'intensité des paroxysmes

nocturnes est souvent un très bon criterium de celle de la maladie elle-même: et toute exacerbation de la maladie s'accompagne habituellement d'une augmentation spéciale des paroxysmes nocturnes, consistant non seulement en une augmentation de la toux et de l'inspiration sifflante, mais également de celle de la dyspnée. D'un autre côté, une diminution des exacerbations nocturnes est un des indices les plus habituels que la maladie a commencé à perdre quelque chose de sa gravité primitive, et la toux cesse quelquefois complètement la nuit, pendant un certain temps, avant de disparaître pendant le jour d'une manière complète.

Nous avons dit que les caractères de la maladie étaient une toux, précédée de symptômes de catarrhe, sous forme de paroxysmes, prenant un caractère suffocant et s'accompagnant d'une inspiration sonore particulière appelée reprise (*hoop*). Les deux ou trois derniers caractères sont les résultats spéciaux de l'élément nerveux qui tend à former le caractère composé de la coqueluche, d'où il résulte que, dans les cas qui sont très bénins, il y a si peu de spasme de la glotte, que l'air entre librement quand l'enfant prend sa respiration, que la reprise ne se produit qu'accidentellement et peu forte, et qu'il est encore plus rare de voir la toux prendre ce caractère suffocant qui, dans les cas graves, constitue une des particularités les plus effrayantes de la maladie.

Aucun des phénomènes de cette affection ne demande une observation aussi attentive que la reprise (le *hoop*, d'où dérive le nom anglais *hooping cough*). Son existence indique, d'une part, l'existence du spasme de la glotte; et c'est pourquoi elle n'a lieu que rarement dans les cas très légers, et elle ne survient presque jamais avant que la maladie ait duré un certain temps et atteint un certain degré d'intensité. Elle montre, d'un autre côté, que l'air entre quand l'enfant fait effort pour respirer, et c'est pourquoi, dans les cas de coqueluche grave, une reprise retentissante, prolongée, sonore, au lieu d'ajouter à notre appréhension, tend plutôt à la calmer, car elle nous assure que le spasme ne va pas jusqu'à l'occlusion réelle de la glotte et que, pour le moment du moins, l'enfant ne suffoquera pas dans l'attaque de toux. Je vous ai déjà dit que la dyspnée nocturne, qui excite de l'inquiétude dans quelques cas, alors que la coqueluche s'installe, peut disparaître tout à fait quand la maladie a pris son type régulier et que la reprise était forte et distincte. De même le caractère violemment suffocant du paroxysme tombe souvent, les quintes sont moins nombreuses, et la dyspnée est moins considérable après que la reprise s'est produite.

Mais si la maladie vient à augmenter d'intensité, la toux est plus fréquente, ses paroxysmes durent plus longtemps, de sorte que la face devient tout à fait livide avant qu'ils se terminent; les lèvres sont violettes, les yeux semblent prêts à sortir des orbites comme chez une

personne que l'on étranglerait. Quelques-uns des petits vaisseaux se rompent et des ecchymoses plus ou moins étendues se produisent sous la conjonctive; le sang jaillit de la partie postérieure de la gorge, ou bien se mêle au mucus, et à la fin est expectoré des voies aériennes, ou rejeté de l'estomac par le vomissement. Les pauses ne sont plus alors marquées par une reprise sonore, mais après avoir cessé un moment la toux recommence, et quand à la fin l'attaque se termine, si l'on entend une reprise, elle est plus sifflante que d'habitude, mais moins sonore. Chaque quinte est maintenant précédée et suivie de dyspnée, et l'enfant s'est à peine remis d'une attaque qu'il en survient une autre. La reprise disparaît alors quelquefois complètement, et la toux elle-même perd son caractère primitif; l'enfant redoute son approche, et cherche à la supprimer, mais en vain; tout le corps est ébranlé par les efforts convulsifs et aucun bruit ne se produit, le larynx est complètement fermé; l'enfant fait de violents et inutiles efforts d'expiration comme dans les plus mauvais cas de croup spasmodique, jusqu'à ce qu'il survienne des convulsions générales; ou bien, à la longue, la constriction spasmodique cède, et à la fin l'effort d'inspiration est suivi de succès. Le spasme a disparu, une fois de plus le malade prend sa respiration, mais il paraît presque épuisé par la violence de la lutte, et quelquefois avant qu'il se soit remis de cette attaque il s'en produit une autre, puis une autre encore, jusqu'à ce qu'enfin il en survienne une mortelle.

Quand la maladie en est arrivée à ce degré d'intensité, nous devons nous réjouir d'entendre une reprise longue, sonore, qu'il faut regarder comme le signe certain d'une diminution dans le caractère suffocant de la toux; nous voyons ensuite, quand l'inspiration sifflante a repris son type primitif, que les efforts plus nombreux, mais moins distincts, faits antérieurement par l'enfant, se résument en une simple inspiration prolongée. La dyspnée diminue et alors l'intensité de chaque paroxysme va s'atténuant, puis ils cessent de se reproduire aussi souvent, et la reprise devient moins retentissante et les attaques moins fréquentes. Si l'amélioration continue, les quintes deviennent plus courtes, et quelquefois elles se terminent sans aucune reprise; tandis que l'expectoration muqueuse devient plus abondante; la reprise disparaît tout à fait, mais la toux continue à se reproduire sous forme de paroxysmes, et conserve quelque chose de son ancien caractère suffocant, puis celui-ci disparaît également, bien que la toux puisse encore durer un certain temps.

Les variations dans la marche de la coqueluche que je viens de décrire dépendent pour la plupart de l'intensité plus ou moins grande de la maladie, de l'idiosyncrasie du malade, ou de quelque particularité dans la constitution épidémique de l'année. Il y a pourtant d'autres modifications, et dont quelques-unes sont beaucoup plus importantes,

soit dans les symptômes, soit dans la marche de la maladie, qui dépendent de ce que celle-ci est compliquée d'une autre affection. De ces complications, les plus fréquentes et les plus dangereuses de beaucoup sont la bronchite et la pneumonie, d'une part, et de l'autre les convulsions, la congestion cérébrale ou la méningite tuberculeuse. Leur importance est d'autant plus grande, qu'il n'est aucune période de la maladie que nous puissions considérer comme étant à l'abri d'aucune d'elles; mais depuis le commencement de la toux jusqu'à sa disparition complète, nous sommes à tout moment menacés de voir une maladie soit des poumons, soit du cerveau changer un mal sans importance en une affection redoutable (1).

Les circonstances dans lesquelles la coqueluche se complique d'autres affections des organes respiratoires sont très variées. Quelquefois, comme je l'ai déjà mentionné, des symptômes bronchiques un peu intenses, toux fréquente et courte, dyspnée considérable, précèdent le développement de la maladie. Cette condition se rencontre le plus souvent au début des épidémies de coqueluche, ou chez des enfants dont on peut considérer la muqueuse bronchique comme ayant, par différentes atteintes de bronchites antérieures, acquis une susceptibilité spéciale. En somme ce ne sont pas là les cas qui doivent le plus exciter notre sollicitude, car les symptômes généraux qui, le plus souvent, sont hors de

(1) Sur 35 enfants que j'ai vus mourir de la coqueluche, la mort chez 17 fut causée par la production d'une bronchite ou d'une pneumonie; 18 moururent de congestion cérébrale, de convulsions survenues dans une quinte, ou de méningite tuberculeuse.

En faisant compter le début de la maladie de la première reprise distincte, ou de l'apparition d'un premier paroxysme bien marqué, on voit, sur 31 cas où ce détail fut noté avec précision :

MORTS par les poumons	MORTS par le cerveau	TOTAL	MORTS dans l'espace de :
0	1	1	7 jours
2	4	6	14 »
2	3	5	21 »
0	2	2	28 »
1	1	2	5 semaines
2	0	2	6 »
3	3	6	7 »
1	1	2	8 »
4	1	5	de 8 sem. à 3 mois.
15	16	31	