

reste 9 qui ont été parfaitement guéris. Dans la ville, où les conditions hygiéniques sont encore meilleures, les guérisons sont infiniment plus nombreuses encore, et comptent bien pour moitié sur le nombre total des malades.

Ces résultats sont loin d'être satisfaisants, mais ils suffisent néanmoins pour indiquer, contrairement à ce qui a été dit par plusieurs médecins, que, dans la pneumonie des enfants à la mamelle, la résolution est possible, et que, de plus, elle paraît être en rapport avec la nature des conditions hygiéniques au milieu desquelles les enfants sont placés. Après le sevrage et dans la seconde enfance, les guérisons sont infiniment plus nombreuses. Dans la pneumonie lobulaire elles sont de 68 pour 100 et dans la pneumonie lobaire elles sont plus nombreuses encore, car elles atteignent 84 pour 100.

Si le passage de la pneumonie à l'état chronique est rare chez l'adulte, il n'en est plus de même dans la période de la vie que nous étudions. Assez souvent, en effet, on voit les symptômes de dyspnée et de fièvre, la sous-crépitation et le souffle diminuer notablement et persister longtemps avec une médiocre intensité. La pneumonie chronique s'observe surtout après la pneumonie granuleuse et tuberculeuse; néanmoins nous l'avons rencontrée sur plusieurs enfants atteints de pneumonie simple, fait démontré par l'autopsie.

**Pronostic.** — Le pronostic d'une maladie dont on a établi les altérations anatomiques, les causes, la marche et les terminaisons, n'est pas difficile à indiquer. Ainsi la pneumonie, cette maladie si meurtrière chez les enfants trouvés, l'est évidemment moins chez les nouveau-nés de la ville, moins encore chez les enfants plus avancés en âge, et sa gravité diminue à mesure que l'on approche de la puberté. Sur 128 enfants nouveau-nés, de l'hôpital des Enfants trouvés, Valleix (1) et Vernois indiquent 127 morts. A l'hôpital Necker, sur 55 enfants âgés de quelques jours à deux ans, nous trouvons 33 morts; enfin, à l'hôpital des Enfants, sur des sujets de deux à quinze ans, Barrier (2) trouve 48 décès sur 61 malades.

Autant la pneumonie lobulaire, discrète ou confluente, est grave, autant la pneumonie lobaire offre peu de danger. La première ne guérit que difficilement, tandis que l'autre, au contraire, guérit presque toujours.

Ce qui donne surtout de la gravité au pronostic de la pneumonie des enfants à la mamelle, c'est que cette maladie, chez eux, n'est presque jamais primitive ou lobaire et qu'elle apparaît ordinairement comme complication sous forme lobulaire chez des sujets atteints de rougeole, de croup, de faux croup, de coqueluche, de fièvre typhoïde, ou de toute autre maladie. Or, la pneumonie lobulaire est plus grave que l'autre par son étendue et par sa généralisation aux deux poumons, par l'asphyxie qui l'accompagne toujours et qui résulte des mucosités qui obstruent l'arbre bronchique. Souvent la pneumonie est granuleuse, ou, comme je l'ai déjà dit, elle se rattache à l'affection tuberculeuse, qui donne à la maladie une gravité bien plus réelle encore: on ne peut plus alors espérer qu'une rémission de symptômes, sans guérison définitive.

Il est quelques symptômes dont l'importance pronostique semble très-grande. Le gonflement des veines de la main, par exemple, que l'on pourrait rapprocher de l'œdème chez l'adulte, coïncide avec la gêne de la circulation. Ce signe est d'un fâcheux augure quand il existe dans la pneumonie; il démontre que l'obstacle à l'hématose est considérable, c'est-à-dire que les altérations du poumon sont fort étendues.

(1) Valleix, *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1838, p. 40 et suiv.  
(2) Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*, 2<sup>e</sup> édition. Paris, 1861.

Il en est de même des pleurs: cette manifestation de la souffrance, chez un enfant qui se porte bien, cesse de se montrer aussitôt qu'il est malade. La sécrétion des larmes ne se fait plus; elle ne reparait que lorsqu'il y a une amélioration évidente dans l'état du sujet. Ce signe mérite donc d'être pris en considération; il existe dans toutes les maladies aiguës de l'enfant à la mamelle, et à ce titre, dans la pneumonie; on ne le retrouve plus dans les affections chroniques.

**Traitement.** — 1<sup>o</sup> *Traitement de la pneumonie lobulaire ou catarrhale.* — L'expectation systématique conseillée par quelques médecins comme moyen de traitement de la pneumonie lobulaire est une méthode très-fâcheuse qui ne saurait être acceptée. Sans doute, un grand nombre de pneumonies lobulaires guérissent seules, mais il en est pour lesquelles une thérapeutique active est indispensable pour juguler la maladie et amener la guérison.

Comme je crois, en répétant le mot de Baglivi, qu'il n'y a pas de pneumonies mais seulement des pneumoniques, il n'y a pas plus pour cette maladie que pour une autre, de méthode absolue de traitement. La thérapeutique est la science des indications, et ici la science trouve des indications formelles à remplir. Ce sont: 1<sup>o</sup> combattre la phlegmasie catarrhale; 2<sup>o</sup> évacuer les mucosités bronchiques qui gênent la respiration; 3<sup>o</sup> provoquer la résorption des exsudats inflammatoires; 4<sup>o</sup> soutenir les forces de l'enfant.

Quelque grave que soit la pneumonie lobulaire des jeunes enfants, et malgré les déclarations de quelques médecins sur l'impuissance de la thérapeutique à son égard, il ne faut pas désespérer de la guérir.

Lorsqu'un enfant présente les premiers symptômes d'une pneumonie lobulaire discrète ou confluente, il faut lui faire préparer et lui donner à prendre une légère infusion émolliente ou pectorale chaude. Il faut le couvrir avec soin, entretenir la chaleur de l'atmosphère qui l'environne, et le tenir sur les bras le plus souvent qu'il sera possible. En outre, on devra diminuer son alimentation.

Il faut ensuite lui faire prendre des bains de pieds à l'eau de savon et à l'eau de cendres de bois, lui donner un looch, une potion gommeuse avec quelques grammes de sirop diacode, et se préparer à intervenir énergiquement.

Quand la pneumonie est certaine et se trouve encore à une période rapprochée de l'apparition des accidents fébriles, de la toux et du râle sous-crépitant dans les deux côtés du thorax, une médication énergique et révulsive peut suspendre la marche des phénomènes morbides. L'application de *une ou deux sangsues*, l'administration de *l'ipécacuanha* à la dose de 30 ou 40 centigrammes, surtout dans les pneumonies secondaires et dans la pneumonie tuberculeuse, est ordinairement suivie des meilleurs effets. Un peu plus tard, l'application d'un *vésicatoire* dans toute la largeur de la poitrine, en arrière, détermine une violente irritation cutanée révulsive, dont les avantages ne tardent pas à se manifester. J'ai vu un petit malade, chez lequel de cette façon les accidents furent aussitôt arrêtés; au râle sous-crépitant et muqueux des deux côtés de la poitrine, succédèrent rapidement le râle muqueux, puis le murmure vésiculaire. La résolution s'opéra en trois jours. Il vaut peut-être mieux encore appliquer le vésicatoire sur le devant de la poitrine: on arrive au même résultat que par la vésication du dos, et de plus on évite la compression de la plaie par le décubitus des malades, compression d'où résulte toujours pour eux une grande douleur. — On peut employer *l'huile de croton* et les *emplâtres de thapsia* dans le même but, mais cela est moins bon.

Si la pneumonie dans son début se rapprochait de celle que j'ai désignée sous le nom de pneumonie d'emblée, et si la réaction fébrile était intense, on pourrait, à

l'exemple de Billard et de Valleix, sur un enfant reconnu de bonne constitution, ouvrir l'une des veines de l'avant-bras.

Cette opération est difficile, quelquefois même impossible. Elle sera répétée d'après l'indication d'un état fébrile persistant, et d'après les résultats avantageux obtenus par la première. La quantité de sang à extraire ne doit jamais dépasser le chiffre de 40 grammes.

J'ai vu pratiquer cette saignée à l'hôpital Necker. Dans un cas, c'était chez un enfant péripneumonique au deuxième degré, avec respiration gémissante ou expiratrice, souffle et bronchophonie. Tous les accidents cessèrent et la maladie entra en voie de résolution. Malheureusement, il y eut une rechute, et la mort de l'enfant en fut la conséquence.

Ce moyen doit être employé avec la plus grande circonspection. La perte d'une grande quantité de sang peut, à cet âge, déterminer un état de faiblesse d'où résultent des convulsions assez graves et même la mort.

Je préfère de beaucoup les *émissions sanguines locales*, l'usage des *sangsues* à l'épigastre ou au sternum, aux cuisses, sur les condyles internes du fémur, régions favorables à l'emploi de la compression en cas d'hémorrhagie consécutive. Une ou deux sangsues selon l'âge des enfants, répétées plusieurs fois s'il en est besoin, me paraissent le meilleur procédé antiphlogistique pour les très-jeunes enfants. Maintenant surtout qu'on a le perchlorure de fer, les serres-fines et de petites pinces portatives très-commodes pour arrêter instantanément l'hémorrhagie au bout d'une heure de durée, j'ai constamment recours aux sangsues lors de l'invasion des pneumonies infantiles.

On peut employer également les *ventouses scarifiées*, deux à la fois, en arrière de la poitrine, et les réitérer le lendemain ou le jour d'après, si l'état local semble l'exiger, et si l'état général ne s'y oppose pas.

Les émissions sanguines doivent être rejetées dès qu'il s'agit d'un enfant très-délicat n'ayant pas beaucoup de réaction fébrile. Leur emploi peut jeter rapidement dans la prostration, il augmente la faiblesse native et favorise l'engorgement des petites bronches, auquel succède presque toujours la pneumonie hypostatique. Il ne faut pas croire qu'elles sont absolument indiquées par la rougeur, la tuméfaction, l'altération de sécrétion d'une partie, c'est-à-dire les lésions attribuées à l'inflammation. Ce serait une erreur. On ignore toutes les conditions favorables au développement de ces lésions, et il y a des cas où, pour les faire disparaître, le quinquina vaut mieux qu'une soustraction de sang (1).

A part ces réflexions importantes qui intéressent la thérapeutique du début de la maladie, il faut déterminer quelle doit être la conduite du médecin dans le cours et aux époques les plus avancées de cette affection, dans la deuxième et dans la troisième période.

Là, on peut encore employer les médications précédentes, mais leur action est d'autant moins puissante sur la marche des phénomènes morbides qu'ils sont plus anciens et plus étendus. Ainsi, lorsque la deuxième période de la pneumonie paraît confirmée, que la fièvre est plus vive avec rémittences vers le soir, que le râle sous-crépitant, déjà ancien, généralisé ou peut-être uni au souffle bronchique, à la bronchophonie, s'accompagne de la forme haletante et gémissante de la respiration, la médication est plus difficile et plus complexe.

Ce que nous avons dit des émissions sanguines peut suffire à déterminer les circonstances dans lesquelles leur emploi est nécessaire.

(1) Laennec, *Traité de l'auscultation médiate*, annoté par Andral. Paris, 1836, t. I.

Les *vomitifs* administrés avec modération rendent ici des services incontestables. Je les donne, lorsque l'obstruction des bronches paraît être considérable, dans l'intention de produire des efforts susceptibles de communiquer au thorax de violents mouvements d'ampliation, qui facilitent la respiration et l'expulsion des mucosités bronchiques; en d'autres cas, pour modifier l'énergie de la circulation et arrêter la congestion du parenchyme pulmonaire. Les uns emploient l'*épécacuanha*, dont l'action débilitante est peu prononcée; les autres, au contraire, préconisent, comme chez l'adulte, l'usage du *tartre stibié*, sédatif auquel ils accordent la plus grande valeur. Il faut donner le sirop d'*épécacuanha* à la dose de 30 grammes ou l'*épécacuanha* en poudre, à la dose et de la manière indiquées plus haut; quelquefois on donne l'émétique en potion, à la dose de 25 milligrammes ou de 5 centigrammes pour 50 grammes de véhicule et 40 grammes de sirop diacode, tous les trois quarts d'heure une cuillerée à café, jusqu'à dose vomitive au deuxième ou au troisième vomissement, il faut suspendre et laisser de côté le reste de la potion.

Il est fort avantageux de mettre en usage cette méthode thérapeutique, qui détermine toujours une amélioration momentanée. Souvent même elle arrête la marche de la maladie, elle la jugule, et les accidents thoraciques se dissipent sous son influence.

J'accorde sans hésitation la préférence à la poudre d'*épécacuanha* chez les enfants qui ont les intestins malades, car chez eux le tartre stibié entraîne quelquefois de sérieux inconvénients, détermine une prostration considérable, une altération notable de la physionomie avec excavation des yeux, et l'on ne peut sans imprudence continuer son administration. Il serait dangereux de chercher à obtenir la tolérance du médicament; ce serait s'exposer à des conséquences fâcheuses qu'on pourrait difficilement combattre. Si la tolérance du tartre stibié est un phénomène ordinaire dans la seconde enfance, elle est fort rare chez l'enfant à la mamelle.

La médication stibiée a été combinée avec les émissions sanguines par Valleix, qui s'exprime ainsi: « On a, je crois, trop d'appréhension pour l'emploi de ce moyen chez les nouveau-nés; il agit, sous le rapport de l'effet émético-cathartique, à peu près comme chez l'adulte, c'est-à-dire que la tolérance ne tarde pas à s'établir... C'est donc sur l'emploi des saignées du tartre stibié que me paraît devoir être basé le traitement.

On peut aussi donner des demi-loochs additionnés de *kermès*, 5 ou 10 ou 15 centigrammes, — d'*oxyde blanc d'antimoine* à 25 centigrammes; et mieux une potion de 400 grammes avec *alcoolature de bryone*, 2 à 3 grammes.

A cette seconde période de la pneumonie lobulaire, les *vésicatoires* sont moins évidemment utiles que dans la période de début. Leur emploi ne doit cependant pas être rejeté. On peut croire avec quelque raison que l'action révulsive opérée sur le derme est de nature à empêcher la série des transformations qui succèdent à la congestion des lobules pulmonaires. Il faut prescrire un vésicatoire assez large et l'appliquer, pendant dix heures, en avant, de façon à couvrir un peu les deux côtés du thorax.

Ce moyen n'entraîne point de dangers quand l'emplâtre reste peu de temps en place. Il ne produit pas, chez le jeune enfant comme chez l'adulte, le ténésme vésical et la rétention d'urine. Ce n'est qu'à un âge plus avancé qu'on a l'occasion d'observer ces accidents du côté de la vessie.

Il est certains cas de pneumonie lobulaire dans lesquels la réaction est faible ou à peu près nulle. Alors il peut être avantageux de prescrire quelques infusions aromatiques, telles que l'infusion de sauge, de mélisse, etc., ou peut-être la quinine

brute à faible dose. Cette médication légèrement excitante, dont nous parlons *a priori*, est souvent employée avec succès chez l'adulte placé dans des circonstances analogues. Elle peut être utile chez un enfant débile et affaibli, auquel il ne manque qu'un peu de force et un degré de vitalité nécessaire à la résorption des produits accumulés dans le parenchyme pulmonaire. C'est dans ces conditions que l'alcool, le cognac, la teinture de quinquina, peuvent être donnés avec avantage. Sans faire de cette médication un traitement absolu comme le font quelques médecins, il est bon d'y recourir. Je ne crois pas qu'il faille, comme Beale, cité par Gingeot, donner 10 onces d'alcool (300 grammes) pendant 11 jours ce qui ferait plus d'un litre et demi, ni comme Austie à un enfant de 14 mois qui a guéri, 6 onces de portwine pendant 12 jours, mais on peut donner une petite quantité de cognac, 10 à 30 grammes par jour tout au plus.

Parmi les complications de la pneumonie, il en est peu qui doivent nous occuper sérieusement. Ainsi la pleurésie légère qui accompagne cette affection se dissipe sous l'influence du traitement de la maladie principale. Les productions tuberculeuses du poumon et des ganglions bronchiques, lors même qu'elles sont bien constatées, ne peuvent empêcher de recourir à l'emploi des moyens dont nous avons parlé. Il n'y a guère que l'entéro-colite qui puisse entraver le traitement de la pneumonie : encore faut-il déclarer que la présence de cette maladie n'est qu'une contre-indication du tartre stibié, dont l'emploi pourrait augmenter l'irritation du canal digestif. Les autres agents thérapeutiques peuvent être employés sans crainte de voir s'aggraver l'affection de l'intestin.

2° *Traitement de la pneumonie lobaire, franche, fibrineuse, ou inflammatoire.* — Dans la pneumonie lobaire, le traitement est fort différent. Cette forme peut être étouffée à ses débuts et guérit presque toujours par les moyens les plus simples. Quelques sangsues au début, une, deux, trois et plus, en général, autant de sangsues que d'années chez le malade, doivent être appliquées sur le côté affecté, en ayant soin d'arrêter promptement l'hémorrhagie.

Une *potion stibiée*, avec tartre stibié 5 ou 10 centigrammes et du sirop diacode 10 grammes, doit être donnée tous les jours suivants en ayant soin de la supprimer si elle provoque des vomissements trop fréquents ou une forte diarrhée. Puis, au moment de la résolution, un ou deux *vésicatoires* volants doivent être successivement appliqués sur le devant de la poitrine.

On peut aussi prescrire avec avantage l'alcoolature de bryone à la dose indiquée plus haut.

## Aphorismes.

153. La pneumonie lobulaire est ordinairement secondaire et consécutive à une bronchite simple ou à une bronchite intercurrente de fièvres ou maladies aiguës fébriles.

154. La pneumonie d'emblée, ou primitive, est ordinairement lobaire, tandis que les pneumonies consécutives sont toujours lobulaires.

155. La pneumonie lobulaire est tantôt discrète, tantôt confluente.

156. La pneumonie des enfants à la mamelle est presque toujours double, et affecte ordinairement les deux poumons.

157. La pneumonie lobaire ou lobulaire se présente sous deux formes anatomiques un peu différentes quant à la structure, qui sont la pneumonie intra-vésiculaire et la pneumonie extra-vésiculaire.

158. La pneumonie intra-vésiculaire, ordinairement primitive, amène la congestion et l'épaississement des parois des cellules du poumon, avec formation d'un

dépôt plastique intérieur qui constitue le caractère de l'hépatisation rouge et grise.

159. La pneumonie extra-vésiculaire, toujours consécutive, produit seulement la congestion et l'épaississement des parois des vésicules pulmonaires, sans sécrétion fibrineuse plastique à l'intérieur de ces vésicules.

160. La pneumonie chronique, plus commune chez l'enfant à la mamelle que chez l'adulte, est toujours lobaire.

161. La pneumonie engendre souvent la formation de granulations miliaries fibro-plastiques dans l'intérieur des cellules du poumon, chez les enfants lymphatiques et scrofuleux, ou issus de parents atteints de scrofules.

162. Le développement de la pneumonie lobulaire est favorisé par l'entassement des enfants dans une salle d'hôpital.

163. Une toux ordinaire et fréquente, accompagnée de fièvre et d'anhélation, doit faire craindre l'invasion d'une pneumonie.

164. La respiration expiratrice, gémissante et saccadée, avec fièvre, annonce sûrement l'existence d'une pneumonie lobaire ou lobulaire confluente.

165. La respiration haletante, accompagnée du mouvement continu des ailes du nez, est un signe de pneumonie.

166. La matité de la poitrine est généralement peu marquée dans la pneumonie des enfants à la mamelle.

167. Quand la matité de la poitrine existe chez un jeune enfant très-enrhumé, ayant la fièvre, on doit craindre une pneumonie.

168. La matité exclusive d'un côté de la poitrine, chez un jeune enfant, indique plutôt la pleurésie que la pneumonie.

169. Le râle sous-crépitant qui accompagne la toux, la fièvre et l'anhélation, assure le diagnostic d'une pneumonie lobulaire confluente.

170. Le souffle, qui est rare chez les enfants à la mamelle, appartient toujours à la pneumonie lobaire et quelquefois à la pneumonie lobulaire confluente.

171. La bronchophonie, c'est-à-dire le retentissement des cris de l'enfant, indique la pneumonie arrivée à son plus haut degré.

172. La vibration exagérée des parois thoraciques au moment des cris indique la pneumonie, tandis que leur absence signale, au contraire, l'existence d'une pleurésie avec épanchement considérable.

173. La fièvre vive ou modérée, d'abord continue, offre de nombreuses exacerbations dans le cours de la pneumonie.

174. Les pneumonies primitives ou d'emblée sont moins graves que les pneumonies consécutives.

175. Les pneumonies consécutives au catarrhe pulmonaire simple guérissent souvent.

176. Les pneumonies consécutives à la rougeole, à la scarlatine, à la variole, sont très-graves.

177. La pneumonie des enfants à la mamelle est surtout une affection grave, en raison des complications qui précèdent ou suivent son développement.

178. La pneumonie des enfants à la mamelle a une grande tendance à passer à l'état chronique.

179. La pneumonie consécutive au développement des granulations miliaries fibro-plastiques, ou des granulations tuberculeuses, est ordinairement mortelle.

180. La respiration expiratrice, gémissante et saccadée, accompagnée de mouvements dans les narines, annonce un très-grand danger pour la vie de l'enfant.

181. Le gonflement et l'œdème des mains ou des pieds qui arrivent dans le cours de la pneumonie font craindre une mort prochaine.

182. Le retour de la sécrétion des larmes, suspendue dans la pneumonie, est d'un excellent augure pour sa terminaison favorable.

183. Une ou deux sangsues, plusieurs vésicatoires sur l'avant du thorax, et des prises d'ipécacuanha ou de tartre stibié, suffisent au traitement de la pneumonie aiguë simple.

## CHAPITRE IV

### ABCÈS DU POUMON

Les abcès du poumon ne sont pas rares et ils résultent, soit de l'inflammation aiguë du poumon (1), soit du croup, soit de l'angine couenneuse, soit d'une résorption purulente et diphthéritique qui produit des infarctus suivis de suppuration, soit de corps étrangers venus du dehors par le larynx (2) et qui dans les bronches donnent lieu à des abcès suivis de vomiques.

Les abcès du poumon sont en général très-petits, gros comme un pois et entourés d'une fine membrane d'enveloppe ou d'une zone d'apoplexie pulmonaire. On ne les reconnaît pas durant la vie. Ceux, au contraire, qui sont très-considérables et forment des vomiques donnent lieu aux symptômes de la phthisie, dont ils ne peuvent être séparés.

## CHAPITRE V

### HÉMORRHAGIES DU POUMON ET HÉMOPTYSIE

Les hémorrhagies du poumon, qui constituent ce qu'on appelle quelquefois aussi l'*apoplexie pulmonaire*, sont excessivement rares chez les jeunes enfants. — Elles ne se montrent que vers la fin de la seconde enfance et aux approches de la puberté, et elles ont tous les caractères de l'apoplexie pulmonaire de l'adulte. L'apoplexie proprement dite avec foyer sanguin au milieu des poumons déchirés n'a même jamais été observée. Je n'ai jamais rencontré que l'apoplexie pulmonaire par infiltration, sous forme de noyaux lobulaires plus ou moins volumineux et de taches sanguines sous-pleurales. Celle-ci dépend en général de maladies du cœur ou de la diphthérie qui produisent des thromboses cardiaques, et si un petit caillot s'échappe et entraîné par la circulation va se poser dans le parenchyme pulmonaire, il en résulte un infarctus rouge d'infiltration sanguine.

Les noyaux ou infarctus d'apoplexie pulmonaire, plus ou moins nombreux et de volume variable, ne dépassent guère le volume d'un petit œuf d'oiseau ; et les taches ecchymotiques visibles sous la plèvre varient du volume d'un pointillé fin à la largeur d'une petite lentille.

Dans l'apoplexie pulmonaire par infiltration, les lobules sont durs, résistants, imperméables à l'air et tombent au fond de l'eau : ils présentent une couleur brillante à la surface de laquelle on voit les porosités des vésicules pulmonaires, et autour existe souvent une zone rougeâtre, d'infiltration sanguine peu étendue. Par le raclage, l'instrument enlève de la matière noire, mais on voit que le sang est intimement combiné aux tissus. Les taches sanguines sous-pleurales sont peu épaisses, et sont à la surface du poumon. Ce sont de véritables ecchymoses.

(1) Voyez ANATOMIE PATHOLOGIQUE DE LA PNEUMONIE, page 339.

(2) Voyez ce mot.

Quelquefois les noyaux d'apoplexie pulmonaire, s'ils sont superficiels, peuvent amener la rupture de la plèvre, de façon à produire dans cette cavité séreuse des hémorrhagies plus ou moins considérables. Ce fait est rare ; Latour et Barrier (1) en ont observé quelques exemples.

Chez les enfants, l'apoplexie pulmonaire par infiltration se manifeste dans les maladies valvulaires du cœur ; dans toutes les maladies graves, aiguës ou chroniques qui amènent le purpura, et l'on sait que c'est là un fait très-commun. Elle se produit dans certains cas de maladies virulentes ou septiques mortelles, telles que la variole, la scarlatine, la rougeole, la morve, la fièvre typhoïde ataxique ou adynamique, la diphthérie, l'infection putride, la résorption purulente, etc.

C'est une lésion très-commune dans certains cas d'angine couenneuse, de croup ou d'inflammations couenneuses de la peau, qui amènent la mort par un empoisonnement dont la nature est déclarée douteuse et inconnue par le plus grand nombre des médecins. Dans mon opinion, il la faut rapporter à une sorte d'infection purulente, ayant pour origine les plaies des muqueuses ou de la peau recouvertes de fausses membranes, ou à des embolies capillaires d'endocardite (voy. CROUP), et se révélant par la leucocythose, l'albuminurie, le purpura, l'*apoplexie pulmonaire* et les abcès multiples du poumon, de la peau et du tissu cellulaire. On voit, en effet, les noyaux d'apoplexie pulmonaire dont je parle, renfermer quelquefois à leur centre un noyau grisâtre d'infiltration purulente, ou un foyer miliaire de pus liquide grisâtre ensanglanté. Il se passe, dans cette maladie et dans des proportions très-petites, ce qu'on observe d'une façon si évidente dans la morve aiguë et dans la résorption purulente qui succède aux grandes opérations.

Cette apoplexie pulmonaire ne donne lieu à aucun symptôme spécial. On ne peut la reconnaître pendant la vie, et il n'y a, en conséquence, aucun traitement raisonnable à proposer dans le but de la guérir.

*Hémoptysie.* — Les hémoptysies sont très-rares chez les enfants avant dix à douze ans. Passé cet âge elles sont plus communes.

Dans la première enfance, les hémoptysies, s'observent dans la coqueluche et alors elles n'ont aucune gravité, — dans les maladies du cœur accompagnés de congestion pulmonaire, — dans la tuberculose comme résultat de l'ulcération caverneuse, mais cela est rare, — enfin dans certains cas de pneumonie aiguë comme j'en ai vu un exemple.

Vers douze à treize ans chez des jeunes filles non formées ou qui commencent à se régler elles s'observent plus souvent. C'est une véritable apoplexie pulmonaire par infiltration. — Dans ces cas le sang se résorbe peu à peu et tout disparaît, ou bien il en résulte une pneumonie chronique, laquelle trouble la santé pour longtemps, ou donne lieu à une pneumonie caséuse qui se ramollit, occasionne des cavernes pulmonaires et la phthisie.

Contre cette forme d'hémoptysie, les demi-bains très-chauds tous les jours, les bains de vapeur à 35 degrés, les vésicatoires volants sur la poitrine et un bon régime sont ce qu'il y a de mieux à faire.

## CHAPITRE VI

### PLEURÉSIE

Pendant longtemps on a considéré la pleurésie comme une affection très-rare chez les enfants. Cette opinion, dont le point de départ se trouve dans les écrits de

(1) Barrier, *Traité pratique des maladies de l'enfance*. Paris, 1845, 2<sup>e</sup> édition, t. I, p. 322.