

à mesure que survient le spasme des bronches. Dans d'autres circonstances, l'asthme a succédé à un eczéma très-étendu, et la connection entre les deux états est si marquée que je n'ai jamais vu un eczéma très-étendu et très-persistant sans qu'il s'y associât une disposition marquée à l'asthme. On ne peut cependant pas dire que les deux affections alternent, l'asthme devenant pis quand l'affection cutanée est mieux; mais la cure radicale de l'eczéma est habituellement tentée, mais souvent pas avant que trois ou quatre ans se soient écoulés de la cessation de la disposition à l'asthme.

L'action du froid, qui chez d'autres enfants produirait un rhume ordinaire, manque rarement, chez les enfants qui y sont disposés, de produire un accès d'asthme, lequel d'ailleurs se produit souvent indépendamment d'un catarrhe antérieur, la constipation et l'indigestion étant deux de ses principales causes déterminantes. Lorsque l'habitude asthmatique est une fois établie, les attaques peuvent revenir à des périodes indéterminées, sans aucune cause provocatrice, et dans toutes les saisons; mais sans aucun doute, le printemps surtout et l'automne sont les époques de sa plus grande fréquence. Si les attaques ne sont pas d'une fréquence ou d'une gravité exceptionnelles, leur tendance est certainement de disparaître avant la puberté, ou avant l'âge de 12 à 15 ans.

La probabilité de cette éventualité dépend beaucoup du succès des efforts faits pour empêcher les accès; mais votre pronostic peut en somme être favorable.

Autant que j'en peux juger par mes propres connaissances, ni les symptômes de l'accès d'asthme, ni leur traitement ne diffèrent de ce que la pratique nous met à même d'observer chez l'adulte. Cependant nous donnons tous les remèdes avec beaucoup plus d'espoir, et le séjour pendant trois ou quatre ans dans un climat qui convienne à l'enfant (trois fois sur quatre on trouvera ce climat dans une station maritime convenablement abritée du vent et avec un sol sablonneux, comme Bournemouth) réussit souvent à triompher de la disposition à l'asthme pour tout le reste de la vie du malade.

VINGT ET UNIÈME LEÇON.

PNEUMONIE. — SES SYMPTÔMES ET SON TRAITEMENT.

Les symptômes de la pneumonie présentent souvent un caractère mixte quand elle survient pendant une bronchite. — Pneumonie idiopathique. — Production du premier degré en général graduelle. — Particularités caractéristiques dans la manière de teter et de respirer. — Attaque quelquefois soudaine. — Symptômes du second degré. — Résultats de l'auscultation. — Raison qui expliquent la rareté de la vraie crépitation pneumonique. — Symptômes du troisième degré. — Les convulsions précèdent souvent la mort; leur importance. — Guérison quelquefois incomplète. — Phénomènes stéthoscopiques de ce degré. — Nature des modifications produites dans les symptômes par l'union avec la bronchite. — Diagnostic d'avec la bronchite, la pleurésie, l'hydrocéphalie (méningite tuberculeuse), la fièvre rémittente, les désordres intestinaux de la dentition. — Expectation. — Émissions sanguines. — Tartre stibié. — Limites dans lesquelles il doit s'employer. — Mercure. — Son importance. — Danger très-minime de salivation. — Diète. — Antiphlogistiques dans les premiers degrés. — Précautions à prendre pour le teter. — L'emploi des stimulants souvent nécessaire dans la période avancée. — Les vésicatoires ne sont pas bons.

Nous avons établi dans la précédente leçon que la production de l'inflammation de la substance des poumons constitue un des principaux dangers de la bronchite infantile.

On ne doit pourtant pas regarder la pneumonie comme étant toujours une affection secondaire; car dans d'autres cas les conduits aériens sont tout à fait épargnés, ou au moins ne sont atteints qu'avec les autres parties constituantes du poumon. Dans chacun de ces cas, il y a assez de particularités, soit dans

les symptômes, soit dans le traitement, pour rendre indispensable l'étude séparée de la pneumonie.

Lorsque la pneumonie vient, comme cela n'est pas rare, s'ajouter aux symptômes d'un catarrhe antérieur, la maladie s'établit souvent d'une manière insidieuse et se développe d'une façon si bien graduée qu'il est difficile de dire à quel moment de l'indisposition antérieure il convient de placer le début; d'autres fois, il est vrai, il y a une augmentation soudaine et bien marquée de la fièvre et de la dyspnée, avec aggravation de tous les symptômes, suffisante pour marquer clairement l'apparition de la pneumonie. Mais, même dans ce cas, s'il y avait beaucoup de bronchite antérieurement, l'affection des conduits aériens masquera souvent à un certain degré celle du poumon; et ce cas ne présentant les symptômes ni d'une bronchite pure ni d'une pneumonie sans mélange, revêtira les caractères de l'un et de l'autre, et méritera aussi bien, par les symptômes pendant la vie que par les lésions trouvées après la mort, le nom de bronchio-pneumonie.

Symptôme de la pneumonie franche 1^{er} degré. — Les cas de ce caractère mixte se présentent très-fréquemment pendant la période de la dentition, alors que les membranes muqueuses sont douées d'une susceptibilité spéciale. Nous reviendrons plus tard sur quelques-unes de ces particularités, mais nous allons d'abord examiner les symptômes qui caractérisent la pneumonie idiopathique, dans laquelle la substance pulmonaire a été primitivement affectée et non pas simplement envahie par l'extension d'un désordre ayant commencé dans les bronches. Dans presque tous ces cas sans mélange, un état de fièvre générale augmentant vers le soir, avec irritabilité et douleurs dans la tête, précède les symptômes plus marqués. L'enfant est agité pendant la nuit, ou s'il dort ce n'est pas d'un sommeil tranquille; il parle en dormant ou s'éveille tout effrayé; quelquefois dès le commencement, d'autres fois peu de temps après l'apparition de ces symptômes fébriles, survient la toux, d'abord courte et douloureuse, ne causant souvent à l'enfant aucun malaise, et si légère qu'elle éveille à peine l'attention des parents et ne provoque en aucune façon leur inquiétude.

La perte d'appétit et l'augmentation de la soif s'observent de bonne heure. Il existe habituellement de la constipation et le

vomissement n'est pas rare, surtout chez les enfants à la mamelle. La langue et les lèvres sont en même temps d'un rouge vif; la langue est moins humide que d'habitude, et généralement recouverte au centre d'un enduit blanc assez épais. Dans tous ces symptômes, il est vrai, il est peu de particularités propres à marquer la nature réelle de la maladie, ou à signaler l'organe dont la maladie a allumé la fièvre dans tout l'organisme; car la toux légère, si elle ne passe pas inaperçue, peut encore être attribuée à l'irritation des bronches, sympathique d'un dérangement de l'estomac ou de l'intestin. La respiration n'est pas toujours très-accélérée à cette période de début, et chez le jeune enfant, sa fréquence, ainsi que celle du pouls, peut être fortement modifiée par la position; de même les résultats de l'auscultation ne sont pas uniformes et peuvent quelquefois ne fournir aucune information que ce soit. Même dans ce cas, cependant, il y a quelques signes qui serviront beaucoup à un observateur attentif, et seront la source d'informations d'autant plus précieuses, qu'elles s'offrent à nous principalement chez ces jeunes enfants chez lesquels le diagnostic de la maladie est environné des plus grandes difficultés.

On s'aperçoit que le désordre siège dans les organes respiratoires, à ce que l'enfant cesse de respirer par les narines lorsque la langue est appliquée contre le palais, comme dans la santé, et à ce qu'il respire la bouche ouverte, d'où il résulte que la langue, près du début de la maladie, acquiert un degré de sécheresse inaccoutumé. La même impossibilité de respirer librement par les narines est cause que le téter se fait d'une manière entrecoupée: l'enfant saisit le sein avec plaisir, tette pendant quelques instants avec avidité et alors quitte tout d'un coup la mamelle, et dans beaucoup de cas se met à crier. A mesure que la maladie fait des progrès, ces particularités dans la manière de téter et de respirer deviennent souvent plus frappantes, mais c'est au début qu'elles ont le plus de valeur, puisqu'alors nous avons moins d'indices pour nous guider. Ce n'est pas toujours de cette manière progressive que survient la pneumonie, car, quelquefois, un enfant qu'on a mis au lit bien portant, ou simplement un peu indisposé, se réveille dans la nuit en jetant des cris sans qu'on puisse le calmer, ayant la face empourprée, la peau brûlante, la respiration accélérée et une toux courte. Cette apparition soudaine de la pneumonie ne se

rencontre pas si souvent parmi les enfants au sein que parmi ceux âgés de deux à quatre ans ; souvent, mais non toujours, ce début grave de la maladie a paru dépendre de ce qu'elle était associée à une inflammation étendue de la plèvre ; mais quelquefois les symptômes qui paraissaient d'abord si menaçants s'apaisent promptement, et l'affection, dans ses périodes subséquentes, ne présente aucune particularité, et n'est en aucune façon remarquable par sa gravité.

Deuxième degré. — Ce premier degré de la pneumonie, pour la majeure partie, passe graduellement au *second*, pendant lequel la nature de l'affection est généralement claire pour tous. La gaieté passagère qui existait avant a maintenant disparu. Les enfants ne manifestent plus le désir de quitter leur berceau ou les bras de leur nourrice, dans lesquels ils restent couchés, et les plus âgés ont perdu tout goût pour leurs jeux ; ils deviennent somnolents, demandent à être mis au lit, et pleurent si on les lève. L'accélération de la respiration est maintenant pleinement évidente, les ailes du nez sont dilatées à chaque inspiration, les muscles de l'abdomen sont tous en jeu pour concourir à son accomplissement, et tout changement de position rend la respiration plus pénible et plus pressée. La toux est devenue beaucoup plus fréquente ; elle est encore dure, quelquefois évidemment pénible, de sorte que l'enfant crie à chaque secousse de toux ; d'autres fois elle est entrecoupée et presque constante. La rougeur vive de la face et la teinte pourpre des lèvres ont disparu, mais la chaleur de la peau continue, car la persistance d'une température élevée, presque sans variation pendant tout le cours de la maladie, est, comme M. Roger l'a montré, un des traits caractéristiques de la pneumonie de l'enfant, aussi bien que de celle de l'adulte. C'est une chaleur âcre, qui devient d'autant plus sensible que la main est tenue plus longtemps en contact avec la peau, et l'élévation de la température est si grande, que M. Roger a trouvé que sa moyenne était de presque 40° cent. dans 90 recherches, tandis que dans quelques cas elle s'élevait au-dessus de ce degré. Bien qu'aussi intense, cette chaleur n'est cependant pas partout la même, les extrémités étant fraîches et même froides ; tandis que le corps est brûlant : mais il n'y a de moiteur sur aucune partie de la peau. La face prend maintenant un aspect bouffi, lourd et anxieux, et

quand l'enfant est très-jeune ou la pneumonie très-étendue, les lèvres prennent une teinte livide qui est aussi très-marquée autour de la bouche, pendant que la face, en général, est pâle. La soif, d'habitude, continue à être très-vive, mais les enfants au sein vomissent le lait, ce qui est probablement dû à ce que leur soif est assez intense pour les porter à téter trop avidement et à surcharger ainsi leur estomac, puisque, bien qu'ils vomissent presque aussitôt après avoir quitté le sein, ils ne rejettent pas les petites quantités de liquide qui leur sont données avec une tasse ou à la cuiller. La maladie des poumons se trahit maintenant d'elle-même, chez les enfants à la mamelle, en ce qu'aussitôt qu'ils essayent de téter la respiration devient tout à coup très-précipitée. Épuisés, ils laissent échapper le sein, ou bien après l'avoir saisi ils le quittent, parce que l'état de la respiration ne leur permet pas de faire le vide nécessaire pour produire la sortie du lait.

Les résultats de l'auscultation, bien que variables, sont maintenant suffisamment évidents. La crépitation s'entend souvent dans les deux poumons et généralement dans leurs parties inférieures et postérieures ; rarement, cependant, on constate le râle crépitant fin tel que nous l'entendons dans la pneumonie de l'adulte, mais le bruit connu sous le nom de râle sous-crépitant. La rareté relative de la véritable crépitation pneumonique, dans l'inflammation pulmonaire chez les enfants, est un point qu'il ne faut pas perdre de vue ; cependant, si vous tenez l'oreille sur la poitrine d'un petit enfant, et que vous attendiez qu'il fasse une inspiration plus profonde que d'habitude, vous entendrez le véritable râle crépitant de la pneumonie, juste au moment où l'air entre dans les vésicules ; puis vous cessez de l'entendre pour ne percevoir que le râle sous-crépitant lorsque l'enfant revient à respirer comme il faisait auparavant. Si l'inflammation n'a attaqué qu'un poumon vous serez peut-être frappés de la respiration puérile retentissante dans l'organe sain, qui est ainsi forcé d'accomplir une double fonction. Si les deux sont envahis, vous pouvez laisser passer inaperçue la maladie, puisque vous n'êtes plus aidé par le contraste, à moins que, comme il arrive quelquefois, le désordre d'un côté soit si avancé qu'il produise la respiration bronchique, tandis que de l'autre on entend seulement la crépitation.

Cette respiration bronchique est quelquefois associée à du râle

sous-crépitant, ou à une crépitation à grosses bulles, tandis que d'autres fois l'oreille ne saisit que le souffle produit par l'air dans les grosses bronches, et souvent, celui-ci est seul perceptible pendant une inspiration ordinaire, tandis que si le malade fait une inspiration profonde on entend aussitôt le râle sous-crépitant. Chez l'enfant, nous perdons toutes les informations que nous fournissent chez l'adulte les différentes modifications du retentissement de la voix. Car le timbre aigu et plaintif de la voix d'un enfant souffrant, et les mots qui sont prononcés avec des intonations souvent très-différentes, donnent, même lorsque l'enfant est assez âgé pour bien parler, des résultats beaucoup trop incertains pour que l'on puisse y avoir confiance.

La percussion révèle quelquefois une matité manifeste du côté affecté, et cette matité est d'habitude surtout évidente dans la région sous-scapulaire.

D'autres fois, cependant, on ne constate pas des résultats aussi marqués, mais les parties inférieures de la poitrine donnent un son un peu plus obscur que les supérieures, et la sensation qu'éprouve le doigt est celle d'une résistance plus grande au-dessous qu'au-dessus du scapulum. Ce dernier signe est souvent d'une grande valeur, puisqu'on peut le percevoir à une époque où l'oreille ne peut saisir distinctement aucune obscurité réelle du son.

La mort peut survenir pendant ce second degré de la pneumonie, si une portion très-étendue du poumon est envahie par la maladie, ou s'il y a en même temps une inflammation vive de la plèvre, ou encore si la pneumonie s'est greffée sur une bronchite grave. La pneumonie qui survient dans la rougeole ou chez un enfant débilité par une maladie antérieure se termine souvent, pendant cette période, d'une manière inattendue, et à l'examen, après la mort, on trouve que le poumon a dépassé à peine le premier degré de la pneumonie, excepté dans quelques parties d'une étendue limitée. Il est vrai que l'on trouve souvent en pareil cas des zones plus considérables du poumon en état de collapsus, et que la production soudaine de cet état est probablement en grande partie la cause du résultat fatal. Il est important aussi d'avoir présent à l'esprit que, chez les enfants faibles, une pneumonie même d'étendue très-limitée devient souvent mortelle; d'où l'importance considérable qu'il y a à surveiller avec la plus grande attention toutes les affections intercur-

rentes du poumon qui surviennent dans le cours de la diarrhée, de la rougeole et de la fièvre typhoïde.

Troisième degré. — Mais la pneumonie peut être exempte de toutes les complications mentionnées ci-dessus, et alors, si elle n'est pas arrêtée par le traitement, elle passera au troisième degré. La respiration est alors plus pénible, et si sa fréquence peut quelquefois être diminuée, on trouvera qu'elle est devenue irrégulière, plusieurs inspirations courtes et pressées étant suivies d'une ou deux plus profondes, plus espacées, et qui sont de nouveau suivies d'une respiration accélérée. La toux cesse quelquefois tout à fait, ou sinon est moins fréquente, plus grasse, attendu qu'elle résulte des efforts faits pour débarrasser les grosses bronches des sécrétions qui s'y accumulent. La voix est souvent éteinte, le malade n'émettant qu'une sorte de murmure enrôlé; tandis que les enfants qui commençaient à parler gardent souvent un silence complet, comme s'ils avaient conscience qu'ils n'ont pas de souffle à dépenser en paroles. Le facies exprime la prostration, les extrémités sont froides, et, bien que le tronc conserve sa chaleur primitive presque jusqu'au dernier moment, la peau perd pourtant, souvent, un peu de sa sécheresse et une transpiration poisseuse se produit vers la tête. Le pouls est extrêmement fréquent et petit, et ses battements se couvrent tellement l'un l'autre, qu'il est presque impossible de les compter. L'enfant est quelquefois très-agité par intervalles, se jetant de côté et d'autre, autant que ses forces diminuées peuvent le permettre; mais habituellement, il est étendu à demi inconscient, bien qu'il ait son intelligence quand on lui parle, et s'irrite quand on le dérange. Si on lui fait quitter précipitamment la position étendue, ou qu'on le mette au sein, l'augmentation considérable de la dyspnée qui se produit immédiatement montre à quel point les organes respiratoires sont affectés. Dans beaucoup de circonstances, aussi, la coloration livide de la face et des ongles est une preuve de plus de l'obstacle considérable qui s'oppose à la décarbonisation du sang; et une fois, j'ai vu des taches pourprées paraître, trente-six heures avant la mort, sur les bras et les mains d'un enfant d'un an, auparavant bien portant, chez lequel une attaque de pneumonie se termina d'une manière fatale au dix-septième jour. Cet état dure rarement plus de trois jours; car, ou bien la vie s'éteint graduellement, sans

qu'il se produise aucun nouveau symptôme, ou il survient des convulsions, suivies bientôt d'un coma mortel, dans lequel succombe l'enfant. Il est à peine nécessaire de rappeler ce que je vous ai dit il y a quelque temps eu égard à la portée des convulsions, et à leur importance dans beaucoup de cas, comme signe d'un trouble des fonctions du cerveau, de même que le délire chez l'adulte. Les premiers de ces symptômes chez l'enfant, et le dernier chez l'adulte indiquent la circulation, à travers le cerveau, d'un sang imparfaitement oxygéné.

Cependant, le troisième degré ne marche pas toujours ainsi d'une manière régulière vers une terminaison fatale, mais une sorte de rétablissement incomplet a quelquefois lieu. Il se fait une diminution dans les symptômes les plus alarmants; le malade commence à manifester quelque goût pour les aliments, aussi bien que pour les boissons, et laisse même voir quelques éclaircies de gaieté. La toux, qui en beaucoup de circonstances avait presque ou tout à fait cessé, reparaît, mais courte et douloureuse, bien qu'il y ait quelquefois une assez grande quantité de mucus dans les grosses bronches. La dyspnée cesse d'être menaçante, bien que la respiration soit habituellement courte. La peau est chaude, sèche et rude; le soir il survient souvent des exacerbations, de la fièvre; la langue est rouge, sèche, et quelquefois chargée; ou bien elle présente de petites ulcérations aphtheuses sur les bords; la diarrhée n'est pas rare, l'enfant maigrit chaque jour, et meurt en une semaine ou deux, épuisé et excessivement amaigri.

Les symptômes stéthoscopiques du troisième degré sont, en somme, les mêmes qu'au second, si ce n'est que la respiration bronchique devient à la fois plus distincte et plus étendue, occupant des points où auparavant on avait entendu, soit le râle sous-crépitant, soit le râle muqueux à grosses bulles. Comme il s'étend, il peut être perçu en avant aussi bien qu'en arrière; et en même temps que la matité, à la percussion, on peut le constater dans la région sous-mammaire aussi bien que dans la région sous-scapulaire, à laquelle les deux phénomènes sont le plus souvent limités. Le souffle bronchique est généralement plus étendu d'un côté que de l'autre, et quelquefois on l'entend dans toute la partie postérieure d'un côté; mais il est excessivement rare que le souffle bronchique soit limité à la partie supérieure d'un seul poumon, excepté dans les cas où il existait antérieure-

ment des tubercules, et où alors le tissu pulmonaire peut s'indurer sous l'influence d'un état morbide sans lequel ce résultat n'aurait pu se produire.

Les symptômes qui marquent le troisième degré de la maladie résultent, en général, de ce que le poumon est passé à l'état de suppuration. Je dis en général, car on voit éventuellement la guérison sortir d'un état en apparence désespéré, et en pareils cas le degré de désorganisation auquel est arrivé le poumon reste toujours, nécessairement, incertain.

Les résultats de l'auscultation ne nous aident pas plus que chez l'adulte à déterminer avec certitude le degré du désordre éprouvé par le poumon; tandis que d'un autre côté nous sommes presque complètement privés des notions que nous fournissent, chez les grandes personnes, les changements de nature de l'expectoration. Dans quelques cas de pneumonie rapidement mortelle, j'ai vu une sécrétion mousseuse s'accumuler dans la bouche; mais elle n'était évidemment pas fournie par les bronches, et n'était autre chose que de la salive que l'enfant se trouvait dans l'impossibilité de cracher ou d'avaler. La toux de la pneumonie étant en général courte et sans paroxysmes, nous n'avons pas autant de chances de voir les crachats que dans la bronchite aiguë; et les enfants, même de 5 ou 6 ans, crachent rarement les matières d'expectoration, mais les avalent presque toujours.

Quand se produit la résolution du poumon hépatisé, les changements dans les signes physiques de la maladie sont à peu près les mêmes que ceux perçus chez l'adulte. Je n'ai pourtant en aucune circonstance saisi le retour de la véritable crépitation pneumonique; mais dans la plupart des cas on entendait du râle sous-crépitant, et dans un petit nombre la crépitation à grosses bulles. Dans l'un et l'autre cas on percevait le râle muqueux disséminé, qui continuait souvent pendant plusieurs jours après que le poumon était, sous tous les autres rapports, rentré dans ses conditions normales; de même que, dans la pneumonie de l'adulte, l'expiration prolongée persiste souvent longtemps après que tous les autres signes de maladie ont disparu.

Au commencement de cette leçon, il a été fait mention des cas où les symptômes de la pneumonie sont modifiés par ceux de la bronchite, à laquelle elle se trouve associée. En pareils cas il existe dès le début un degré marqué de dyspnée et de malaise; et dès le début aussi, la face présente une teinte violacée. La toux

est moins courte que dans la pneumonie simple, mais elle se montre sous forme de paroxysmes qui fatiguent beaucoup le malade. La respiration est plus accélérée et plus irrégulière; irrégularité qui survient à une époque plus rapprochée du 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 à 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 désirable 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. 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 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

(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.

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 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 symp-