

tômes 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 attirerait-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 Dr 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 aucunes données statistiques 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.

(1) Pour l'histoire 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.

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 reconnaître 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 et 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. Donnée à la dose de 8 milligrammes, toutes les 10 minutes, jusqu'au vomissement,

dans le cas d'un enfant de 2 ans, et continué ensuite toutes les 2 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 toutes les 4 ou 6 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 6 heures de 0,025 à 0,05 de calomel, associés à 0,10 de poudre

de James (Jame'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 vu 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 parties.

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 ou 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), 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,

(1) Voyez la formule n° 12, p. 336.

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 graine 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, 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 *Ziemssen Pleuritis und pneumonie im Kindesalter*, in-8°. Berlin, 1860 pp. 273-281.