

dent ou de queues de cerises, additionnées de 1 ou 2 grammes de nitrate de potasse.

On a conseillé aussi l'infusion de café vert.

Enfin on donnera des purgatifs : le calomel, à la dose de 25 à 50 centigrammes; l'huile de ricin (15 gr.), la scammonée (50 centigr.).

Ollivier cherche à provoquer la sudation en enveloppant d'ouate tout le thorax, deux fois par jour, pendant deux heures. La couche d'ouate est revêtue de taffetas gommé, puis elle est enlevée baignée de sueurs; on la remplace par l'ouate chaude, on fait des frictions.

Si le rhumatisme est en cause, on prescrira le salicylate de soude :

℞ Salicylate de soude . . . . .	3 grammes.
Sirop de framboises . . . . .	30 —
Eau distillée . . . . .	60 —

Une cuillerée à soupe toutes les deux heures au-dessus de 3 ans.

S'il y a persistance de la fièvre, on donnera la quinine (30 à 50 centigr.), l'antipyrine (1 à 2 gr.).

Des tentatives de sérothérapie ont été faites par Gilbert (de Genève), Breton (de Dijon). Le liquide pleural peut être considéré comme une tuberculine atténuée, dont on peut injecter sans danger sous la peau 2 à 5 centimètres cubes.

Si, malgré l'emploi de ces remèdes, l'épanchement augmente, on aura recours à la ponction avec l'appareil Potain. On choisira, sauf urgence, le moment où la fièvre tombe pour intervenir; on enlève le liquide lentement, et sans vider complètement la plèvre. Pour éviter l'infection de la plèvre et la purulence, on lavera au sublimé (1 p. 1 000) la peau avant la ponction; on se servira d'instruments propres, stérilisés par la chaleur ou par l'acide phénique à 1 p. 20; les mains seront lavées au sublimé; en un mot, on opérera aseptiquement.

S'il s'agit d'une pleurésie enkystée, on peut, après évacuation, injecter 5 à 10 grammes de liqueur de Van Swieten ou de chlorure de zinc à 1 p. 20.

#### HYGIÈNE THÉRAPEUTIQUE

L'enfant sera maintenu au lit, dans une chambre modérément chauffée (16° à 18°), souvent aérée, exposée au midi si cela est possible.

Le régime alimentaire le plus convenable est le régime lacté.

Pour achever la guérison et prévenir les récidives, on fera porter aux enfants des vêtements de laine, on les conduira à la campagne, on les préservera du froid et de l'humidité. Le séjour sur les plages du Nord sera interdit; au contraire, pendant l'hiver, on conseillera les plages du Midi et les pays à température douce et égale. La nourriture sera abondante et riche; on traitera l'enfant comme s'il était menacé de tuberculose; on lui donnera l'huile de foie de morue, l'arsenic, le sirop iodo-tannique.

#### PNEUMONIE FRANCHE

La pneumonie franche, lobaire, fibrineuse, est très commune dans l'enfance, surtout après la deuxième année, et il importe d'avoir son siège fait sur le traitement qu'il convient de lui opposer. Pour cela, il faut bien savoir, bien connaître l'évolution naturelle de la maladie. L'exposé thérapeutique doit donc être précédé d'une étude sommaire des symptômes et du pronostic.

On sait, depuis les recherches de Talamon, Fränkel, Weichselbaum, etc., que la pneumonie franche est une maladie infectieuse due à l'intervention d'une diplocoque encapsulé dit *pneumocoque*. Ce pneumocoque, microbe banal, se rencontrant souvent dans la bouche de sujets sains, concentre habituellement ses attaques sur le poumon. Mais son champ d'action n'est pas forcément limité au parenchyme pulmonaire; il peut envahir la plèvre, les méninges, le péritoine, la caisse du tympan, etc. Il peut créer une infection généralisée. Ses localisations anormales, ses foyers étendus et multipliés influent notablement sur le pronostic et l'aggravent dans presque tous les cas.

Chez l'enfant, en particulier, quand la pneumonie franche est primitive, et elle l'est presque toujours, elle guérit si elle est simple, si elle ne se complique pas de pneumococcie généralisée. Toute pneumonie infantile non compliquée guérit. Voilà ce qu'il ne faut pas oublier.

Sur 150 cas de pneumonie lobaire traités en dix-huit mois dans mon service de l'hôpital Trousseau, je n'ai perdu qu'un malade chez lequel la pneumonie était double, compliquée d'empyème, de suppuration mastoïdienne. Sur 212 cas, Rilliet et Barthez n'accusent que 2 décès ; sur 70 cas, Cadet de Gassicourt signale une mort. On peut soigner des centaines d'enfants sans en voir mourir un seul de pneumonie. Il ressort de toutes les statistiques publiées par les médecins français et étrangers que la *pneumonie franche* est d'une bénignité absolue chez les enfants de tout âge. Cette bénignité contraste avec la gravité de la broncho-pneumonie, qui n'a de commun que le nom avec la pneumonie franche.

L'évolution de cette dernière est absolument cyclique ; elle a un début brusque, une marche rapide, une terminaison soudaine ; la défervescence se fait aussi brutalement que l'invasion et en quelques jours les symptômes les plus effrayants ont fait place au calme et aux attributs de la santé. Le cycle de la pneumonie, variable d'ailleurs dans d'étroites limites, dure en moyenne une semaine. Quand l'enfant est parvenu au septième ou huitième jour, la virulence du pneumocoque a atteint ou est bien près d'avoir atteint son terme, et la guérison est proche. Cependant le cycle peut être plus court ou plus long. On voit des pneumonies franches qui évoluent en moins de sept jours, en six, en cinq, en quatre jours. D'autres durent plus longtemps, la défervescence se faisant attendre au neuvième, au dixième, au onzième jour, quelquefois même jusqu'au quatorzième ou quinzième jour. J'ai vu des exemples de toutes ces formes chez les enfants. Dans les formes à cycles très courts, la pneumonie est dite *abortive* ; elle est *prolongée* dans le cas contraire. Tantôt les symptômes réactionnels sont très accusés, tantôt ils sont insidieux, sourds, atténués dans leur expression ; c'est la *pneumonie rudimentaire* de d'Espine, qui, elle-même, peut être courte ou longue, la durée n'étant pas parallèle à l'intensité des symptômes.

Toutes ces manières d'être de la pneumonie franche doivent être bien connues si l'on ne veut pas se faire d'illusions thérapeutiques. Le cycle thermique de la pneumonie est pour ainsi dire inflexible, et, s'il peut présenter des variations spontanées et naturelles, il résiste certainement à toutes les tentatives

thérapeutiques qui auraient la prétention de le modifier, de le raccourcir, de le briser. Jusqu'à présent aucun médicament n'a eu ce pouvoir. On peut concevoir que la marche naturelle de la maladie puisse être interrompue par un remède spécifique, un sérum antipneumococcique par exemple, mais ce remède spécifique nous n'en disposons pas encore, et il convient d'être modeste quant à notre rôle dans le traitement de la pneumonie.

Cette modestie, le malade en bénéficiera, car elle lui épargnera les médications offensives dont Talamon faisait si justement la critique il y a quelques mois (*Traité de Thérapeutique appliquée*). Chez l'enfant surtout, la thérapeutique violente et perturbatrice serait absolument inopportune, la maladie ayant une terminaison favorable dans l'immense majorité des cas.

Dans la revue des remèdes qui conviennent à la pneumonie, nous aurons à signaler autant ceux qu'il faut éviter que ceux qu'il faut prescrire, et cette thérapeutique négative sera parfaitement justifiée dans l'espèce.

#### TRAITEMENT

Quand la pneumonie évolue simplement, sans ataxo-ady-namie, sans hyperthermie, sans tendance à l'asphyxie ni au collapsus, en un mot sans symptômes alarmants, la thérapeutique pourra être réduite à sa plus simple expression. On se contentera d'une expectation vigilante, se bornant à l'hygiène thérapeutique qui convient à tous les cas, et sur laquelle nous devons tout d'abord insister.

A. Autant que possible, l'enfant sera isolé dans une chambre assez vaste, où l'air se renouvellera largement et facilement ; il est nécessaire, dans toutes les maladies du poumon, dans la pneumonie comme dans les autres affections de cet organe, de donner un air pur et abondant. Au besoin on laissera les fenêtres entr'ouvertes, et, quand on le pourra, on accordera à l'enfant deux chambres, une pour le jour, l'autre pour la nuit. En cas d'exiguïté des pièces, d'étroitesse et d'obscurité des appartements, il sera bon de faire des inhalations d'oxygène.

La température de la chambre occupée par le malade sera modérée (17°, 18°, 20°) ; elle sera assurée en hiver par un chauff-

fage de cheminée au feu de bois. Tout cela pourrait s'appeler l'*hygiène respiratoire* du pneumonique.

La propreté du corps, l'antisepsie n'est pas moins nécessaire; elle sera assurée par un grand bain tiède qu'on pourra renouveler plusieurs fois dans le cours de la maladie, par des lavages soignés de toutes les parties souillées par les déjections ou les crachats, quand il y en aura. Déjections et crachats seront stérilisés dans des vases contenant une solution de sublimé à 1 pour 1000 ou de sulfate de cuivre à 5 pour 100. On fera systématiquement des lavages de la bouche, des narines, de la gorge avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie, afin de parer dans la mesure du possible aux infections secondaires à point de départ nasal ou bucco-pharyngé.

L'hygiène alimentaire du malade est très importante; la fièvre ne permet pas une alimentation solide. On se contentera de donner du lait, des tisanes chaudes au goût des petits malades, des sirops de fruits acidulés étendus d'eau, etc. En somme, *diète liquide*. On ne se contentera pas de donner satisfaction à la soif des petits malades; on les invitera à boire souvent et abondamment. Des boissons abondantes solliciteront l'activité du filtre rénal et entraîneront avec elles les déchets organiques et les toxines qui menacent d'empoisonner le malade. La diurèse est à rechercher; on fera tout pour obtenir des urines claires et abondantes. Il n'est pas utile de donner des liquides alcooliques qui, après tout, sont des poisons et dont l'action tonique et stimulante sera réservée pour les cas particuliers de faiblesse et de prostration qui les indiquent.

On veillera au bon fonctionnement de l'intestin et on devra toujours combattre la constipation, habituelle dans la pneumonie.

L'enfant sera aisément maintenu au lit pendant toute la période fébrile de la maladie; après la défervescence, il demandera à se lever; on ne le lui permettra pas tant que les signes physiques indiqueront la persistance d'un foyer quelconque.

Quand tout sera revenu à l'état normal depuis quelques jours, on laissera l'enfant essayer ses forces dans la chambre et l'appartement en évitant les causes de refroidissement auquel il est très sensible. Dans cette maladie, la convalescence n'existe pour ainsi dire pas, et le retour à la santé est immédiat.

Nous n'avons pas parlé jusqu'à présent des médicaments; on peut s'en passer; dans quels cas faut-il y avoir recours?

B. Autrefois on ne traitait pas une pneumonie sans révulsifs énergiques, et les enfants les plus jeunes n'échappaient pas au vésicatoire. Ce révulsif énergique peut bien, dans quelques cas et à un autre âge, être accepté comme décongestionnant local et dérivatif; mais chez l'enfant il n'est pas indiqué et il peut faire beaucoup de mal; je ne le prescris jamais dans la pneumonie; il est inefficace et il peut être dangereux, cela suffit pour le condamner.

Mais si l'on s'abstient de vésicatoire, on pourra employer les ventouses sèches, scarifiées même dans les cas de point de côté violent, les cataplasmes sinapisés, les applications locales d'eau froide ou même de glace, etc. Ces révulsifs, qui n'entament pas la peau, n'ont aucun inconvénient.

Je n'ai pas besoin de dire que la saignée, dont on abusait autrefois, n'est presque jamais indiquée chez les enfants. Tout au plus peut-on autoriser la scarification de deux ou trois ventouses au niveau du point de côté.

C. Si la médication révulsive doit être très modérée ou nulle, la médication évacuante est applicable à tous les cas; j'ai dit qu'il fallait faire uriner les malades en les faisant boire. Il faut aussi les faire aller à la garde-robe, les purger une ou deux fois dans le cours de la maladie. On leur prescrira 10 ou 15 grammes d'huile de ricin, 25 à 50 centigrammes de poudre de scammonée. Le vomitif peut convenir aux cas compliqués de dyspnée intense et de catarrhe bronchique. On pourra associer l'ipéca à la scammonée (25 centigrammes de chacun à prendre dans un demi-verre d'eau sucrée).

Si l'état saburral est très prononcé, je prescris volontiers un éméto-cathartique (5 milligrammes de tartre stibié par année d'âge avec 2 grammes de sulfate de soude dans un julep gommeux de 120 ou 130 grammes).

Par exemple, pour un enfant de 10 ans, je prescris:

℞ Tartre stibié . . . . .	0 gr. 05.
Sulfate de soude . . . . .	20 grammes.
Julep gommeux . . . . .	130 —

A prendre le matin à jeun en trois ou quatre fois à vingt minutes d'intervalle. L'enfant aura ainsi quatre ou cinq vomis-

sements et autant de selles. Il en éprouvera du soulagement : dyspnée moindre, pouls ralenti, état général meilleur.

Dans les cas de pneumonie bilieuse, avec gros foie, subictère, je donne volontiers le calomel (5 centigrammes tous les matins).

D. L'hyperthermie, habituelle dans la pneumonie, peut, si elle est excessive, commander une thérapeutique spéciale, quoiqu'on ne doive pas s'effrayer outre mesure des hautes températures présentées en pareil cas par les enfants.

Les antithermiques chimiques, antipyrine, quinine, etc., n'ont pas d'action directe et spécifique sur la fièvre pneumonique. Pour obtenir un abaissement momentané, il faut prescrire des doses énormes, c'est-à-dire toxiques, il n'y a aucun intérêt à le faire.

L'eau froide agit mieux et à moins de frais. J'ai remarqué que le bain froid à 25° et même à 20° était parfaitement supporté par tous les enfants, et que grâce à une série de bains donnés toutes les trois ou quatre heures, on obtient des rémissions thermiques, un soulagement manifeste, l'atténuation de la dyspnée, l'amélioration du pouls, l'augmentation de la vitalité, la disparition de l'agitation, du délire, de l'insomnie quand ces troubles existent. Les avantages de la balnéation froide sont donc multiples ; mais cette médication n'est que palliative, elle n'abrège pas la durée de la maladie, elle ne modifie pas le cycle thermique. Le drap mouillé, les compresses d'eau froide, ont une action analogue, mais moins puissante.

E. Dans les cas où la pneumonie se complique d'agitation, de délire, de convulsions, manifestations qui ne se voient guère que chez les enfants nerveux, prédisposés par une hérédité neuro-pathologique très chargée, on prescrira avec avantage les stupéfiants et antispasmodiques habituels. On ne donnera pas l'opium qui congestionne le cerveau et constipe les malades, tout en restreignant la sécrétion urinaire (autant de contre-indications), mais on pourra prescrire de petites doses de chloral, d'uréthane, de sulfonal, de bromure de potassium, de musc, etc. J'ai trouvé que le trional avait, en pareil cas, de grands avantages ; avec 25, 50, 75 centigrammes pris le soir dans un peu de lait chaud, en une, deux, trois doses, suivant l'âge, on obtient un sommeil calme et prolongé sans affaiblis-

sement du malade. Le trional peut être répété plusieurs jours de suite sans danger.

F. S'il y a de l'affaiblissement du cœur, avec petitesse et irrégularités du pouls, cyanose, dyspnée extrême, adynamie, menace de collapsus, il faut bien se garder de donner les bains froids qui seraient mal supportés et pourraient être suivis de syncope. On fera tout, au contraire, pour réveiller et stimuler. C'est alors que l'alcool (potion de Todd) peut être indiqué, que les injections de caféine (25 à 75 centigrammes par jour), de spartéine (3 à 5 centigrammes), pourront rendre des services. La digitale peut également être prescrite, et elle a le double avantage de relever le cœur et de favoriser l'action du rein. Elle sera prescrite, en cas d'oligurie et d'insuffisance cardiaque, à dose modérée (5 à 20 centigrammes de poudre de feuilles suivant l'âge, en macération ou infusion). Je ne crois pas que la digitale à haute dose, c'est-à-dire par grammes (méthode roumaine), soit utile et inoffensive. La pneumonie guérissant presque toujours chez les enfants, on serait coupable de leur faire courir des risques d'empoisonnement sans objet.

G. On voit, par ce résumé rapide, combien petite est la place occupée par les médicaments dans le traitement de la pneumonie infantile. Dans tous les cas, *hygiène thérapeutique* ; dans quelques cas seulement et suivant les symptômes, révulsifs légers, laxatifs, bains froids, toniques, calmants.

La prophylaxie consiste à protéger les enfants contre le froid, qui reste la cause habituelle de la pneumonie franche, à les isoler quand ils sont atteints de cette maladie, ou à les empêcher de voir des pneumoniques, quand ils sont indemnes. En effet, quoique la pneumonie ne soit pas spécifique, quoiqu'elle puisse naître spontanément chez tous les sujets, elle a, dans quelques cas, un pouvoir contagieux, elle peut se transmettre d'un malade aux personnes saines, surtout quand ces personnes sont vulnérables comme les enfants.

Pour éviter les récidives, on conseillera des lavages de la bouche, des irrigations de la gorge et des fosses nasales faites matin et soir chez les convalescents de pneumonie.

**PNEUMOTHORAX**

Le pneumothorax est rare chez les enfants; il reconnaît pour cause la tuberculose pulmonaire, l'emphysème, les corps étrangers des voies aériennes, la gangrène du poumon, les quintes de toux, etc. Il s'accuse par une voussure, une sonorité exagérée avec perte des vibrations, le souffle amphorique, le bruit de succussion hippocratique, le tintement métallique, le bruit d'airain. Parfois il est latent et ne se révèle qu'à la succussion du thorax. On a décrit un pyo-pneumothorax sous-diaphragmatique en relation avec l'appendicite.

**TRAITEMENT**

Contre la douleur et l'anxiété du début, on emploie les ventouses sèches et les cataplasmes sinapisés sur la poitrine.

Si l'asphyxie est imminente, on fera la ponction avec aspiration de l'air. S'il y a pyo-pneumothorax avec fièvre, infection, fétidité, on fera la pleurotomie antiseptique comme dans l'empyème.

Dans un cas de pyo-pneumothorax, je me suis bien trouvé des injections intra-pleurales d'ether iodoformé (10 centigrammes d'iodoforme par centimètre cube d'ether : une seringue de Pravaz par jour). Moizard a employé la teinture d'iode. Le pneumothorax guérit assez souvent sans intervention, quand il est simple.

**POLIO-ENCÉPHALITE**

La polio-encéphalite est la prolongation ou la représentation dans l'encéphale de la polio-myélite antérieure aiguë ou chronique (*paralysie infantile, atrophie musculaire progressive*). Dans la polio-encéphalite, ce ne sont plus les cornes grises antérieures de la moelle qui sont malades, mais les noyaux gris bulbaires qui les continuent; d'ailleurs ces deux lésions peuvent s'associer (O. MEDIN), la polio-encéphalite de Wernicke pouvant coïncider avec la polio-myélite de Kussmaul. Il y a des cas d'infections mixtes où peuvent être touchés à la fois la

moelle, le bulbe, les nerfs. On a vu la paralysie infantile se compliquer de paralysie faciale, d'ophtalmoplégie, etc.

On distingue une polio-encéphalite *supérieure* atteignant les noyaux bulbaires supérieurs, et une *inférieure* limitée au segment inférieur. Dans le premier cas, c'est l'*ophtalmoplégie*, dans le second la *paralysie labio-glosso-laryngée*.

La polio-encéphalite peut être congénitale (infection intra-utérine); elle est le plus souvent acquise et d'origine infectieuse (fièvres éruptives, typhoïde, diphtérie, infections banales), ou toxique (plomb, oxyde de carbone); elle peut être secondaire (paralysie générale, sclérose en plaques, tumeurs, etc.).

Dans la polio-encéphalite supérieure ou *ophtalmoplégie externe*, les paupières sont demi-closes, les yeux fixes, le droit externe seul est libre; si les muscles irien et ciliaire sont paralysés, on a l'*ophtalmoplégie interne*. Il peut y avoir *ophtalmoplégie totale*.

Dans la polio-encéphalite inférieure, l'enfant ne peut souffler ni siffler; la langue, les buccinateurs sont paralysés, etc. Le diagnostic se fait aisément quand on connaît l'anatomie des origines des nerfs crâniens.

**TRAITEMENT**

On fera l'électrisation localisée des muscles atteints, on donnera la strychnine (1 milligramme par année d'âge), l'iodure de potassium; frictions mercurielles si l'on soupçonne la syphilis.

**POLIO-MYÉLITE (Voyez PARALYSIE INFANTILE)****POLYADÉNITE CERVICALE  
CHRONIQUE**

Sous le nom de polyadénite, polyadénopathie infantile, micro-polyadénopathie cervicale, Legroux a décrit une forme de tuberculose ganglionnaire insidieuse des enfants du premier âge. On sent, sur les côtés du cou principalement, et parfois aussi aux aines, aux aisselles, de petits ganglions durs, roulant sous le doigt, indolores. Ces petits ganglions révéleraient