

*nasal* prélude à l'accès ou le remplace, à moins que ce ne soient des *crises d'éternûment*. L'*asthme infantile* revêt la forme soit de congestion pulmonaire suffocante fébrile, à paroxysmes nocturnes se répétant parfois 4 ou 5 nuits de suite; soit de bronchite à répétition. Le coryza, l'angine de poitrine, l'angoisse laryngée, la dyspnée mentale sont des équivalents plus rares de la crise d'asthme. L'asthme peut se limiter à l'enfance, à l'âge mûr, ou durer toute la vie. L'emphysème le remplace, avec le temps; plus rarement, la tuberculose. Quand il se greffe sur elle, par contre, il en ralentit la marche, grâce à l'emphysème qu'il développe. Fréquemment, l'asthme est associé, sur un même sujet ou dans la même famille, à la goutte, à la migraine, à l'urticaire, à la sciatique; plus rarement à l'angine de poitrine ou à l'épilepsie, alternant en certains cas ses crises avec ces divers processus.

**Diagnostic.** — Le point important est de différencier l'asthme essentiel des *asthmes symptomatiques* liés soit à une cardiopathie ou à une aortite, soit à une néphrite chronique ou à une lésion bulbaire; ce qui exige un examen méthodique de tous les appareils. La dyspnée du *spasme glottique trachéo-bronchique* le comporte également, mais parfois d'un seul côté, associé au cornage et au silence respiratoire relatif de tout un territoire pulmonaire. Il est souvent malaisé de distinguer l'asthme infantile des congestions pulmonaires infectieuses. On ne négligera jamais l'examen des fosses nasales, dont les lésions (polypes, végétations adénoïdes, rhinite chronique) commandent toute une catégorie d'asthmes. (Voy. *Asthme nasal*).

## CHAPITRE VII

### SÉMIOLOGIE SPÉCIALE DES POUMONS

#### I. — CONGESTION PULMONAIRE

La congestion pulmonaire est *aiguë* ou *chronique*, *primitive* ou *secondaire*.

**Congestion pulmonaire aiguë dite primitive.** — Malgré sa qualification didactique, cette forme répond presque toujours à une infection pulmonaire pneumococcique, plus rarement streptococcique. Elle offre plusieurs types cliniques: la *maladie de Woillez* ou congestion dite essentielle; la congestion subite et généralisée des poumons ou *coup de sang pulmonaire* (Parmentier); la *spléno-pneumonie* ou maladie de Grancher.

**Congestion pulmonaire essentielle ou maladie de Woillez.** — **Signes fonctionnels.** — Souvent consécutive à un refroidissement ou à un traumatisme, cette forme prélude brusquement par un frisson, de la fièvre

(59°,5-40°), un violent point de côté sous-mammaire, avec sensibilité à la pression, et souvent, dyspnée. La *toux* est modérée ou nulle, sauf chez l'enfant où elle est quinteuse et sèche, plus fréquente matin et soir. Inconstante, l'*expectoration* est en d'autres cas copieuse (50-100 grammes), formée d'un liquide spumeux, à peine adhérent, analogue à une solution de gomme, parfois strié de sang.

**Signes physiques.** — On constate, à la *mesuration*, l'ampliation thoracique du côté malade (accru de 2 à 4 centimètres); au palper, les *vibrations*, souvent diminuées, ne sont jamais abolies; à la *percussion*, une submatité, mal limitée, occupe d'habitude les 2/3 inférieurs du poumon en arrière, coïncidant avec une sonorité exagérée sous la clavicule; ces signes sont du reste très mobiles. L'*auscultation* relève: d'abord, au niveau des foyers congestifs, l'affaiblissement ou la disparition du murmure vésiculaire, et, ailleurs, une respiration puérile; puis, plus tard, un souffle léger, étalé, à tonalité basse, aux deux temps de la respiration, très mobile, accompagné, parfois mais non toujours, de râles humides à petites bulles. La *bronchophonie* est possible, mais jamais franche.

**Signes généraux.** — On note un *état gastrique* plus ou moins marqué; l'examen du sang révèle une *leucocytose* pouvant atteindre 20 000. La *fièvre*, à début brusque, atteint 40° d'emblée, fléchit le matin de 2 à 3 dixièmes et tombe soudain le 4<sup>e</sup> ou 5<sup>e</sup> jour; à cette chute correspondent fréquemment une expectoration plus copieuse, des sueurs ou une polyurie critiques. Dans l'enfance tout peut se borner au cycle fébrile, accompagné d'un peu de toux et d'herpès labial. La pneumonie infantile est le plus souvent purement congestive, avec souffle isolé, sans râles d'aucune sorte.

**Diagnostic.** — La maladie de Woillez ne diffère que par des nuances de la *pneumonie franche*, reconnaissable: à la matité plus nette, à la bronchophonie, à l'abondance des râles crépitants, aux crachats rouillés et à sa durée plus longue (8 à 9 jours). On évitera la confusion avec: la *pleurodynie* (pas de fièvre, auscultation négative); avec la *tuberculose*, quand la congestion siège au sommet (signes plus fixes); avec la *bronchite capillaire* ou la *broncho-pneumonie* (bilatéralité, évolution tout autre).

**Coup de sang pulmonaire** (Parmentier). — Il consiste en une congestion subite, très étendue, rapidement mortelle, frappant quelquefois les alcooliques ou les sujets en état d'ivresse, exposés au refroidissement brusque ou au coup de chaleur. Il y a le plus souvent œdème et apoplexie pulmonaire associés.

**Congestion pleuro-pulmonaire.** — Ce terme convient à la *congestion pleuro-pulmonaire de Potain et Duflocq* et à la *fluxion de poitrine de Dieulafoy*.

**Congestion pleuro-pulmonaire de Potain.** — Avec une fièvre à début progressif, on constate, à la base de la poitrine: une matité plus ou moins franche, avec abolition des vibrations vocales; un souffle doux étalé mais plus fort que le souffle pleurétique, et, de la *crépitation pleurale*, formée de bulles fines, sèches, toutes superficielles, perçues seulement dans les grandes

inspirations. En réalité, *deux phases* se succèdent : une *première* surtout *congestive* (signes de congestion, et, en outre, crépitation pleurale) ; une *seconde* plutôt *pleurétique*, avec matité plus franche et broncho-égophonie. Cette forme, qui peut aboutir à un léger épanchement, dure plus que la maladie de Woillez.

**Fluxion de poitrine** (Dieulafoy). — Il semble que là, tous les plans de la poitrine réagissent : bronches (râles de bronchite disséminés) ; poumon (râles fins, souffle) ; plèvre (frottements) et paroi thoracique (muscles thoraciques très douloureux, hyperesthésie cutanée). Ce type ne diffère du précédent que par la pleurodynie et la bronchite surajoutées.

**Spléno-pneumonie ou maladie de Grancher.** — **Signes fonctionnels.** — C'est une sorte de pneumonie subaiguë simulant une pleurésie avec épanchement moyen. Elle débute brusquement par : des *frissonnements*, un *point de côté*, souvent violent mais fugace (manque chez l'enfant) ; une *dyspnée* parfois vive ; une *toux* sèche, quinteuse, comme dans la pleurésie ; une *expectoration* inconstante, gommeuse, purulente dans les cas prolongés, contenant quelquefois du pneumocoque. La température monte souvent d'emblée à 40°.

**Signes objectifs.** — A la *phase d'état*, on constate tous les signes d'un épanchement : matité absolue, abolition des vibrations, souffle aigre, égophonie. Quand on assiste au *début*, on note en premier lieu : la disparition du murmure vésiculaire, de fines crépitations à la base (à la fin des grandes inspirations consécutives à la toux) ; puis, un souffle d'abord assez grave et de la bronchophonie ; bientôt, le *syndrome pleurétique* se précise.

**Inspection.** — Le côté malade est immobile, souvent bombé, augmenté de volume à la mensuration ; mais, si l'on tend un cordeau, du milieu de la fourchette sternale à la symphyse pubienne (*signe du cordeau* de Pitres), on constate que l'appendice xiphoïde et le sternum ne sont pas, comme dans la pleurésie, déviés du côté malade.

**Percussion.** — Complète, la *matité* occupe les 2/5 inférieurs du poumon ou davantage.

**Palper.** — Abolies dans la zone mate, les *vibrations vocales reparaissent graduellement* à sa limite supérieure, et, non brusquement comme dans la pleurésie.

**Auscultation.** — Le *souffle*, aigu, rappelle tout à fait celui de la pleurésie ; mais, au lieu de s'entendre surtout, comme dans celle-ci, vers le hile du poumon, son intensité est à peu près égale dans tous les points de la zone mate ; le même fait s'observe pourtant dans la pleurésie avec congestion, et alors si nulle crépitation n'existe, l'erreur est presque inévitable.

**Voix.** — L'auscultation vocale révèle l'*égophonie* et la *pectoriloquie aphone* ; mais la première est souvent plutôt de la *broncho-égophonie*.

Dans la *spléno-pneumonie gauche*, un bon signe différentiel est la *persistance de l'espace sonore de Traube* qui est mate dans la grande pleurésie (à moins de symphyse phréno-costale, exceptionnelle) ; un autre est l'*absence de déviation de la pointe du cœur* (absolue ou relative). Dans la *spléno-*

*pneumonie droite*, on ne peut mettre à profit que le défaut d'abaissement du foie et la *ponction exploratrice*, qui, poussée à environ 5 centimètres, ne ramène que du sang, et, plus rarement, des bulles d'air.

**Évolution.** — Assez lente, la marche, comporte trois phases : 1° *Phase initiale* (6 à 8 jours) avec dyspnée, point de côté, fièvre plus intense ; 2° *Phase d'état* (8 à 10 jours) avec signes fonctionnels effacés, signes physiques stationnaires et fièvre à oscillations irrégulières ; 3° *Phase de déclin* durant laquelle la matité diminue, les vibrations renaissent, tandis que le souffle reprend un timbre bronchique et qu'apparaissent des râles de plus en plus nombreux et humides. La résolution est toujours très lente ; pendant des mois subsistent : de la submatité, une respiration et des vibrations affaiblies.

**Courbe thermique.** — La température monte à 40°, puis oscille : quatre à six jours entre 39 et 40° ; ensuite sept à huit jours entre 38 et 39° ; finalement, quelque temps, entre 37 et 38° jusqu'à apyrexie complète.

**Formes.** — On distingue chez l'enfant des formes aiguës ou subaiguës, sans signes fonctionnels et avec fièvre insignifiante (Queyrat). La *spléno-pneumonie grippale*, observée dans le premier septénaire de la grippe, se traduit surtout par de l'obscurité respiratoire, souvent sans égophonie ni souffle ; elle dure trois à six semaines. Faisans en a signalé une forme avec signes physiques au complet mais très variables d'un jour à l'autre. Caussade a observé une *spléno-pneumonie prolongée* (5 mois 1/2) à pneumocoques, ayant envahi successivement les deux poumons et simulé la tuberculose. On connaît du reste une *spléno-pneumonie chronique tuberculeuse*, avec signes locaux typiques, dont la nature est trahie par la coexistence de signes suspects à l'un des sommets (schéma n° 2 : + + —), par la persistance de la fièvre et l'existence de bacilles dans les crachats.

La *spléno-pneumonie non tuberculeuse*, toujours curable, dure de quatre à cinq semaines, généralement unilatérale, plus fréquente à gauche.

La *spléno-pneumonie tuberculeuse initiale* donne lieu à une fièvre plus rebelle ; elle semble traduire une forme relativement peu grave de tuberculose. On peut aussi observer le *syndrome spléno-pneumonie*, assez mobile et passager, au cours d'une *phtisie confirmée*.

#### **Congestions pulmonaires secondaires. — Congestions aiguës.**

Elles sont *actives* ou *passives* ; les dernières traduisant une gêne de la circulation pulmonaire due surtout à l'*hyposystolie* ; les premières, attribuables, le plus souvent, à un trouble de l'innervation vaso-motrice : *vaso-dilatation de cause soit directe* (inhalation de gaz irritants ; infection bronchique ou alvéolaire), soit *indirecte* ou *réflexe* (action des toxines microbiennes sur les centres bulbaires, lésions en foyer, lésions ou trouble du pneumogastrique, brûlures étendues, étranglement herniaire). En d'autres cas, l'altération du myocarde, l'abaissement de la pression atmosphérique, l'anoxhémie (altitudes), l'atélectasie pulmonaire entrent en jeu.

**Caractères généraux.** — Dans les congestions secondaires, les *signes fonctionnels*, atténués, se réduisent à l'oppression et à l'accélération des

mouvements respiratoires. A l'auscultation, on constate des râles fins et de l'obscurité respiratoire, plus souvent que du souffle. L'*expectoration*, dans les congestions secondaires fébriles, est gommeuse, plus rarement purulente; ou tout à fait absente, comme dans la *forme bronchoplégique de la grippe* (Huchard).

**Congestion pulmonaire dans les pyrexies infectieuses.** — Elle s'observe dans toutes les pyrexies, mais complique plus spécialement la *grippe* et la *fièvre typhoïde*.

La *grippe* peut engendrer : la *congestion aiguë* (matité absolue, vibrations exagérées, respiration obscure, râles fins quelquefois), souvent assez bruyante avec point de côté aigu; la *spléno-pneumonie*, déjà étudiée; la *congestion chronique* avec obscurité respiratoire, simulant la tuberculose, quand elle siège au sommet; la *congestion asphyxiante* ou *bronchoplégique* (Rendu et Huchard), forme hautement dyspnéique, presque sans expectoration, avec signes physiques insignifiants et asphyxie progressive (par inhibition du pneumogastrique).

La *fièvre typhoïde* présente souvent, au début, des signes de congestion, mobiles et fugaces. Pareille chose s'observe au début de la *rougeole*, de la *suette miliaire*, de la phase réactionnelle du *choléra*; mais à la période d'état, la dotiénthérie offre des formes plus persistantes, *broncho-pulmonaires* et *hypostatiques*, à signes fonctionnels très effacés, favorisées par le décubitus et l'asthénie cardiaque, à signes physiques siégeant surtout aux deux bases mais susceptibles de se déplacer avec les attitudes du malade.

Le *rhumatisme articulaire aigu* peut se compliquer de *congestion*, tantôt *suraiguë généralisée*, très grave, comparable à l'œdème aigu; tantôt *partielle atténuée*, éclatant avant, pendant, ou après les arthropathies (Lebreton).

Le *paludisme* présente une *forme pneumonique* qui semble être purement congestive.

Les poussées congestives avec légère élévation thermique sont communes au cours de la *coqueluche*.

**Congestion pulmonaire dans les affections des voies respiratoires.** — La congestion entre en jeu dans la plupart des affections pulmonaires. Elle peut amplifier singulièrement les signes physiques de la *pneumonie*, compliquer beaucoup les accidents de la bronchite simple et surtout de la bronchite capillaire (infantile surtout). Toute *broncho-pneumonie* comporte des poussées congestives, liées ou non à l'atélectasie, et dont l'examen clinique doit savoir faire la part. Les *emphysémateux* sont également sujets à la congestion pulmonaire. Celle-ci réclame une part prépondérante dans les accidents fébriles mais fugaces de l'*asthme infantile*. La *germination tuberculeuse* est signalée par une congestion, remarquable par sa fixité et son siège au sommet du poumon. La congestion préside aussi à toute nouvelle poussée tuberculeuse.

Associée parfois à la *pleurésie*, la congestion pulmonaire, en accroissant le volume et la densité de l'organe, tend à faire monter, en nappe, le niveau du liquide, et, avec lui, celui de la matité qui semble indiquer un grand épanchement. La cause de ce phénomène sera dénoncée par : une forte ascension thermique initiale, une dyspnée plus ou moins vive (rare dans les grands

épanchements), une expectoration gommeuse, plus ou moins abondante, et par la constatation, dans la zone mate : de *bronchophonie* plutôt que d'égo-phonie, d'un *souffle étalé* occupant les 2/5 inférieurs de la poitrine et dépassant en haut les limites de la matité complète, au delà desquelles les *vibrations* sont exagérées. En même temps, on constate, dans la région sous-claviculaire, des signes spéciaux (Grancher). Tantôt vibrations, sonorité, respiration y sont simultanément accrues, par simple suppléance (schéma n° 1 + + +). Tantôt, à une sonorité et à des vibrations exagérées, répond une respiration faible ou rude (schéma n° 2 + + —), ce qui décèle une congestion du sommet, souvent d'origine tuberculeuse.

**Congestion pulmonaire dans les dyscrasies.** — Le *mal de Bright* engendre plutôt l'œdème pulmonaire. Les *arthritiques* (Lebreton) seraient sujets à la congestion pulmonaire, sous trois formes : 1° une *forme hémoptoïque*, rappelant la tuberculose dont elle est peut-être un type atténué; 2° une *forme rémittente* caractérisée par des crises d'oppression nocturne, en séries, analogues à l'asthme, accompagnées de toux sèche, d'expectoration gommeuse et spumeuse, parfois sanguinolente, avec nombreux râles fins dans la poitrine; 3° une *forme latente* se traduisant par des douleurs aiguës dans l'épaule ou la paroi thoracique et par de petits foyers de râles fins inspiratoires.

**Congestion pulmonaire réflexe.** — Les congestions de cet ordre sont remarquables par l'*absence de fièvre* et la *fréquence des hémoptysies*. A cette catégorie appartiennent les congestions pulmonaires de la *grossesse*, parfois très soudaines et intenses, avec dyspnée extrême et expectoration sanglante, éclatant vers le cinquième mois, souvent favorisées soit par une cardiopathie préexistante (*accidents* dits *gravido-cardiaques*), soit par une évolution tuberculeuse. La tuberculose se cache fréquemment derrière les congestions pulmonaires dites *supplémentaires des règles*. Les *affections utéro-ovariennes* sont pourtant susceptibles de provoquer la congestion pulmonaire réflexe. La *colique hépatique* et autres maladies du foie peuvent exercer la même influence sur le poumon droit. Des hyperémies réflexes peuvent également succéder : aux *grands traumatismes*, aux *fractures de côtes*, aux *amputations de sein*, aux *brûlures étendues*, à la *laparotomie*, à l'*étrangement herniaire*.

**Congestion pulmonaire dans les affections nerveuses.** — La *névralgie intercostale* est une cause possible de congestion pulmonaire; celle qui ressortit à l'*hystérie* occupe le côté de l'hémianesthésie et peut se compliquer d'hémoptysies. On voit les *traumatismes cérébraux*, les *lésions en foyer* déterminer la congestion du poumon opposé à l'hémisphère atteint. L'*épilepsie*, la *paralysie du pneumogastrique* sont aussi des facteurs de congestion.

**Congestion pulmonaire ex vacuo.** — Cette variété rare, consistant plutôt en œdème, est un accident des grandes ascensions (en montagne ou en ballon), ou de la thoracentèse.

**Congestions œdémateuses chroniques.** — Toujours passive (par stase veineuse) la congestion pulmonaire chronique, d'abord pure, se complique rapidement d'œdème, et aboutit de ce fait, avec le temps, à la sclérose pul-

monaire. Elle complique presque toujours les *cardiopathies mitrales*, mal compensées.

La stase d'origine cardiaque se traduit d'abord cliniquement par des bronchites à répétition, avec accentuation de la dyspnée d'effort. La toux y est sèche et suffocante, l'expectoration rare ou nulle. Le thorax, souvent un peu dilaté, est plus ou moins mat aux bases et sonore ailleurs. Aux bases également, on constate : la diminution du murmure vésiculaire, puis des râles sous-crépitaux fixes, décroissant de bas en haut. Dans le reste de la poitrine, l'inspiration est rude et l'expiration normale. Les crachats renferment souvent des cellules cardiaques et peuvent, à certains moments, devenir sanglants (sans infarctus).

**Œdème subaigu des aortiques.** — Attribuables à l'œdème subaigu, les accidents pulmonaires affectent, chez les aortiques, une allure différente, consistant en crises dyspnéiques nocturnes (*pseudo-asthme cardiaque*) quelquefois accompagnées d'expectoration sanglante, et, se traduisant, à l'auscultation, par des foyers disséminés et mobiles, de râles très fins presque crépitants.

**Œdème aigu du poumon.** — Loin d'être un œdème par stase, l'œdème aigu du poumon résulte d'une hypertension artérielle intra-pulmonaire, brusque et intense, avec vaso-dilatation extrême et diapédèse très marquée des leucocytes. Il constitue une complication du *mal de Bright*, des *aortites* aiguë et chronique et du *rhumatisme articulaire aigu*; il peut encore surgir, quoique plus rarement : au cours de la *grippe*, de la *rougeole*, ou de la *scarlatine*; à la suite de l'*embolie pulmonaire*, surtout des *embolies graisseuses*; chez les *ivrognes* soumis à un refroidissement prolongé (mort subite); et, à la suite des intoxications par le *venin de serpent*, l'*iodure de potassium* ou l'*iodoforme*. L'œdème aigu consécutif à la *thoracentèse* est un des plus connus.

Huchard distingue trois formes d'œdème aigu du poumon : l'*œdème suraigu* et l'*œdème aigu*, tous deux avec expectoration; l'*œdème bronchoplégique*, sans expectoration.

**Œdème suraigu foudroyant.** — Cet œdème peut tuer par asphyxie en une demi-heure; les sujets ayant succombé ainsi ont la bouche et les narines encombrées d'une mousse abondante qui fait issue au dehors.

**Œdème aigu.** — Le sujet est pris soudain d'une dyspnée extrême et d'un très vif chatouillement glottique provoquant une toux quinteuse incessante qui aboutit à une expectoration albumineuse, mousseuse, souvent saumonnée, très abondante, pouvant atteindre 2 litres. Avec les progrès de la dyspnée angoissante, le malade, terrifié, devient pâle et anxieux. À l'auscultation, une *pluie de râles crépitants*, serrés, très fins, gagne peu à peu les deux poumons, de la base au sommet. La *sonorité* à la percussion est plutôt *accrue* (emphysème aigu). L'*hypothermie* est plus habituelle que la fièvre. La face, les lèvres, les extrémités se refroidissent, tantôt cyanosées, tantôt d'une pâleur livide. Puis, après un râle trachéal spécial, sorte de bouillonnement bron-

chique, le malade succombe à l'asphyxie. Un traitement convenable peut pourtant conjurer la crise qui cède après 1 à 4 jours: mais les récidives restent possibles.

Les accidents passent par deux phases; d'abord dyspnée avec expectoration abondante et hypertension artérielle intacte; ensuite asystolie aiguë, sans expectoration (*état bronchoplégique*), et avec *hypotension artérielle* extrême.

**Œdème bronchoplégique d'emblée.** — Chez certains malades, les bronches étant incapables d'expulser le liquide, l'asystolie sans expectoration et avec hypotension artérielle peut éclater d'emblée.

**Œdème aigu brightique.** — Bien plus commun en cas de sclérose rénale, il peut surgir isolément sans prodromes, ou précédé seulement de quelques signes de petit brightisme.

**Œdème aigu consécutif à la thoracentèse.** — Pendant l'aspiration ou aussitôt après, survient une toux quinteuse accompagnée d'oppression et d'une expectoration liquide spumeuse très abondante (jusqu'à 2 litres) qui, après repos, présente une couche supérieure, mousseuse, jaunâtre, et une inférieure plus dense, albumineuse. On entend, à l'auscultation, des râles fins. Les accidents, tantôt cèdent très rapidement, tantôt durent quelques heures (24 heures), tantôt et plus rarement entraînent une asphyxie mortelle en quelques minutes ou un quart d'heure, souvent favorisée par d'anciennes lésions pleuro-pulmonaires ou cardiaques.

**Diagnostic.** — Peuvent prêter à confusion avec l'œdème aigu du poumon : l'*embolie pulmonaire* (pas d'expectoration, signes d'auscultation plus vagues); l'*asthme* (respiration plutôt ralentie; râles sibilants et ronflants; expectoration à la fin de la crise); les *dyspnées urémiques* (pas de signes d'auscultation); la *phthisie aiguë* à forme suffocante (évolution différente, silence respiratoire, pas d'expectoration spéciale). La forme foudroyante avec asphyxie blanche peut faire songer à une syncope ou à une crise d'angine de poitrine; mais il n'y a ni modification des battements du cœur, ni phénomènes douloureux.

## 11. — PNEUMONIE LOBAIRE AIGUË

**Forme régulière.** — **Signes fonctionnels.** — Le début est brutal, marqué par un grand frisson unique qui peut durer une heure et demie à deux heures, suivi d'élévation thermique rapide correspondant peut-être à la diffusion des pneumocoques dans le sang<sup>(1)</sup>. Le malade, sans nul appétit, se plaint de *mal de tête* et d'un violent *point de côté* au niveau du mamelon, parfois plus bas et plus en dehors, contribuant à accentuer la *dyspnée* qui est très vive (30 à 40 respirations par minute; 70 à 80 chez l'enfant). La douleur de côté s'apaise en général le 2<sup>e</sup> ou 3<sup>e</sup> jour.

Rapidement se montre une *toux* quinteuse, d'abord sèche, pénible, fati-

(1) DEBOVE, *Tribune médicale*, 5 décembre 1905.