Les *cataplasmes sinapisés* sont l'application la plus simple et suffisent parfois chez les très jeunes enfants. Les *bains sinapisés* ou les *fomentations au vin chaud* pourront les remplacer dans les cas plus graves. Treuthardt (1), insistant sur le devoir de la lutte prolongée contre l'asphyxie dans la période terminale de la broncho-pneumonie, rapporte avoir réussi à sauver des enfants de tout âge en combinant les frictions chaudes, d'abord au vin, puis au rhum avec les pressions méthodiques du thorax pour rétablir la respiration. Dès qu'il a obtenu quelques inspirations profondes, il détermine mécaniquement le vomissement par le doigt ou le manche d'une cuiller introduits dans la gorge. Les mêmes manipulations doivent être reprises aussi longtemps que le danger d'asphyxie n'est pas complètement écarté. Il faut surtout empêcher le sommeil léthargique. Enfin, les *ventouses sèches* rendront parfois quelques services dans la seconde enfance; c'est la forme de révulsion préférée par Cadet de Gassicourt.

Nous n'employons plus les *vésicatoires volants* que dans les formes chroniques de l'infiltration pulmonaire. C'est, en pareil cas, l'agent thérapeutique le plus efficace, et on peut l'employer sans crainte quand on prend les précautions que nous avons déjà indiquées (Voir p. 54).

3° La désobstruction des bronches, qui constitue la troisième indication, peut être obtenue dans les cas pressants par les **vomitifs** et dans les cas ordinaires par les **expectorants** proprement dits.

L'*ipécacuana* sera toujours préféré au tartre stibié comme vomitif; sa dose efficace est de 0,30 à 0,90 suivant l'âge de l'enfant. On se trouvera bien parfois, dans les cas d'asphyxie par suffocation, de faire précéder l'administration du vomitif de stimulants énergiques; on voit alors des enfants qui ne répondaient plus aux émétiques, être repris de secousses vomitives et se débarrasser des mucosités bronchiques qui les asphyxiaient.

On a préconisé comme expectorants dans la broncho-pneumonie : le *kermès* (de 0,03 à 0,05 suivant l'âge dans un julep gommeux), le *chlorhydrate* et le *carbonate d'ammoniaque* (0,20 à 0,50 par jour pour un enfant au-dessous de cinq ans), l'*ammoniaque anisée* (10 à 25 gouttes deux ou trois fois par jour), le *benzoate de soude* (1,5 à 3,0 par jour dans un looch additionné de sirop de menthe), le *polygala senega* (1,0 à 3,0 par jour, dans une infusion). Nous donnons la préférence à ces trois derniers médicaments. Quant à l'*apomorphine*, nous avouons que nous n'oserions l'employer dans une maladie aussi grave que la broncho-pneumonie, par la crainte d'affaiblir la force du muscle cardiaque.

4° La quatrième indication sera remplie par les **stimulants** et les **toniques**.

(1) Treuthardt, *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1898, p. 397.



Les stimulants sont des adjuvants indispensables des autres médications; ils ont pour but de soutenir et d'augmenter l'énergie des forces respiratoires. Le plus puissant est l'*alcool*, qu'on administre sous forme de rhum ou de vin de Porto, dans de l'eau sucrée ou du lait; il doit être donné largement et à doses rapprochées, toutes les fois que les symptômes de l'asphyxie se manifestent. Il faut se garder cependant d'employer l'alcool comme méthode générale de traitement dans la broncho-pneumonie et savoir réserver son action pour les cas où les forces respiratoires faiblissent. On a vanté également l'*eau camphrée* (60,0 dans une potion), le *musc* (0,30 à 0,50), la caféine (0,30 à 0,50). Nous préférons dans les cas urgents les injections sous-cutanées d'*éther rectifié* à la dose d'un tiers ou d'une demi-seringue de Pravaz, qu'on pourra répéter, s'il est besoin, plusieurs fois par jour. Ce moyen nous a permis de soutenir la vie dans un cas de suffocation imminente. Les *injections de sérum artificiel* sont préconisées par Ausset et son élève Lemaire (1), dès le début de la maladie, à la dose de 200,0 par injection pour les enfants de trois ans et au-dessus et à la dose de 180,0 répartie en trois injections pour les enfants plus jeunes ; ce traitement n'exclut pas les autres moyens thérapeutiques et en particulier la balnéation.

Les toniques deviennent l'indication principale dans la convalescence ou même pendant la période inflammatoire, quand les forces déclinent par la prolongation de la fièvre. Il faut soutenir les forces de l'enfant pendant toute la durée de la maladie par du lait de vache ou d'ânesse ou par du bouillon américain; on pourra y joindre, dans la forme chronique, l'usage de la viande crue. Dans la convalescence, le quinquina, l'huile de foie de morue et l'iodure de fer seront indiqués chez les enfants très affaiblis ou prédisposés à la tuberculose. On conseillera en outre un changement d'air, tel qu'un séjour à la montagne ou au bord de la mer.

## CHAPITRE VII

## PNEUMONIE FRANCHE

La pneumonie franche, décrite aussi sous les noms de *pneumonie fibrineuse*, de *pneumonie lobaire* et de *pneumonie primitive*, se distingue de la broncho-pneumonie autant au point de vue clinique qu'au point de vue anatomique, comme l'indiquent les diverses dénominations que nous venons de rapporter.

Les tentatives faites pour confondre de nouveau ces deux entités

(1) Lemaire, *Sem. méd.*, 1898, p. 405.

morbides (Rautenberg), parce que les alvéoles pulmonaires renferment souvent un peu de fibrine dans la broncho-pneumonie, ont échoué. Les recherches bactériologiques ont prouvé que la pneumonie franche rentre dans la classe des maladies infectieuses. Il résulte des travaux de Frænkel (1886) que la pneumonie est due à l'action pathogène d'un microbe spécial, le pneumocoque (*Diplococcus pneumoniæ*), déjà décrit sous le nom de coccus lancéolé par Talamon en 1883, qui peut exister accidentellement dans la salive d'individus sains et qui, sous l'influence de causes encore mal définies, se fixe dans le poumon. On a constaté sa présence, non seulement dans les crachats pneumoniques, mais aussi dans l'exsudat pleural ou péricardique et dans celui d'endocardites ou de méningites survenues comme complications de la pneumonie franche. Dans le premier cas, il s'agit de l'extension de l'infection par contiguïté; dans le second cas, de la généralisation de l'infection microbienne par le sang (1).

ÉTIOLOGIE. — La pneumonie franche est la maladie aiguë la plus fréquente chez l'enfant, si l'on fait abstraction des fièvres éruptives. Elle s'observe chez lui surtout entre deux et six ans, mais elle est fréquente aussi dans les deux premières années de la vie. D'après Rilliet et Barthez, près de la moitié des enfants atteints de pneumonie ont moins de deux ans. Nous l'avons souvent observée à partir de l'âge de six à huit mois. Viti (2) en cite un cas chez un nouveau-né dont la mère venait de succomber à une pneumonie grippale; l'enfant mourut trente-six heures après, et on trouva à son autopsie, outre une pneumonie fibrineuse, une pleurésie, une péricardite, une péritonite et la rate hypertrophiée; la présence du pneumocoque fut constatée dans le sang, la rate, le poumon et les exsudats.

La pneumonie reconnaît dans l'enfance les mêmes causes que chez l'adulte; c'est une maladie essentiellement *primitive*; elle survient habituellement chez des enfants vigoureux et en bonne santé; quand elle succède à une autre affection, il n'y a pas de lien pathologique appréciable entre les deux maladies.

Le refroidissement paraît être dans quelques cas la cause directe de la pneumonie; souvent la maladie éclate sans cause connue.

La *contagiosité* de la pneumonie franche, sans être encore définitivement admise, paraît prouvée dans quelques faits bien établis. C'est ainsi que Trosset (3) a observé une petite épidémie qui paraissait provenir d'un enfant atteint de pneumonie et qui atteignit huit autres enfants de deux à six ans, fréquentant le même asile. Les symptômes

(1) Consulter : Netter, *Arch. de physiol.*, 15 août 1886 et *Arch. gén. de méd.*, mars, avril et juillet 1887.
(2) Viti, *Arch. di Pediatria*, 1890, p. 188.
(3) Trosset, *Lyon méd.*, 18 décembre 1887.



furent chez tous les petits malades ceux de la pneumonie franche.

Les récidives de la maladie ne sont pas rares; Ziemssen en a observé 19 sur 201 cas de pneumonie infantile (1).

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Lésions.** — La pneumonie franche a pour siège exclusif les alvéoles pulmonaires; ces organes sont remplis d'un tissu inflammatoire qui est essentiellement formé de fibrine, de leucocytes, souvent aussi d'un certain nombre de globules rouges et accessoirement seulement de cellules épithéliales. Le tout forme une masse solide qui donne à la coupe du tissu hépatisé l'aspect grenu. Les *granulations* de la pneumonie sont plus petites chez l'enfant que chez l'adulte; elles atteignent en moyenne 70 à 110 μ, tandis que chez l'adulte elles ont en moyenne de 130 à 170 μ (Damaschino). Le poumon hépatisé est augmenté de volume; on trouve parfois à sa surface l'empreinte des côtes (Ziemssen, Bednar).

La terminaison de la pneumonie par *résolution* est la règle chez les enfants; il est tout à fait exceptionnel de voir la maladie passer chez eux à l'état d'*hépatisation grise* ou d'*induration chronique*. Le cas de Damaschino, qui trouva à l'autopsie d'un enfant de trois ans, mort de pneumonie lobaire, tout un lobe transformé en une vaste poche purulente, est une rareté pathologique. Citons aussi le cas de Hedges (2) qui a incisé un *abcès du poumon* chez un enfant de six ans qui avait été quelques semaines auparavant atteint d'une pneumonie suivie d'une pleurésie séro-purulente; le malade guérit.

La terminaison par *gangrène* est aussi très rare: Ziemssen en rapporte cependant un cas relatif à une jeune fille rachitique; nous en citons également un autre plus loin (Voir p. 821).

**Siège.** — La pneumonie franche est chez l'enfant habituellement unilatérale et limitée à un seul lobe. Le *lobe supérieur* est plus souvent atteint que chez l'adulte. Sur 342 cas de pneumonie observés chez des enfants par divers auteurs, la maladie siégeait 147 fois au sommet et 195 fois à la base du poumon.

La pneumonie *unilatérale* et *unilobaire* est à peu près aussi fréquente à gauche qu'à droite, avec cette différence que les pneumonies du *sommet* siègent habituellement à *droite* et les pneumonies de la *base* à *gauche*. Les pneumonies *doubles* et *multilobaires* sont environ huit fois moins fréquentes que les pneumonies d'un seul lobe.

**Complications.** — La complication la plus commune de la pneumonie franche est la *pleurésie*. On trouve presque toujours la surface du lobe hépatisé recouverte de fausses membranes jaunâtres. Quelquefois aussi, mais plus rarement, on constate un épanchement dans la plèvre; celui-ci peut se former, non seulement dans les pneumonies de la base, mais aussi dans celles du sommet; le liquide sécrété

(1) Ziemssen, *Pneumonie und Pleuritis im Kindesalter*, Berlin, 1862.
(2) Hedges, *Pediatrics*, 1899, t. VIII, p. 32.

descend à la base et s'y accumule; ce fait intéressant, qui avait été signalé chez l'adulte par Traube, a été observé par Ziemssen et par Damaschino chez les petits enfants. Chez ces derniers l'épanchement est fréquemment purulent.

La *péricardite* complique dans quelques cas rares la pneumonie lobaire *gauche* et coexiste alors toujours avec une pleurésie du même côté.

Les complications cérébrales de la pneumonie se traduisent à l'autopsie par des lésions appréciables; Barthez et Sanné ont trouvé deux fois une *méningite cérébrale* simple. Weber a signalé deux fois la coïncidence de la pneumonie et d'une *méningite spinale* avec exsudat dans le tissu cellulaire sous-arachnoïdien.

DESCRIPTION. — **Forme ordinaire.** — Le début de la pneumonie franche est marqué en général par un frisson, par des vomissements bilieux et souvent par des convulsions chez les plus jeunes enfants. Les petits malades présentent dès le premier jour un aspect fébrile très prononcé; leurs yeux sont brillants, leurs pommettes se couvrent de plaques rouges, qui sont parfois plus marquées d'un côté que de l'autre. Chez les plus jeunes, le corps tout entier peut être le siège d'une rougeur érythémateuse pareille au rash de la variole (Rilliet et Barthez). L'enfant est très accablé ou très agité. La peau est d'une chaleur âcre et mordicante; dès les premières heures, en effet, le thermomètre révèle une élévation considérable de la température et se maintient aux environs de 40°. Parfois, surtout chez les enfants au-dessus de cinq ans, l'attention est attirée de suite du côté de la poitrine par les symptômes classiques de la pneumonie : point de côté violent, toux sèche et incomplète, respiration haletante, quelques crachats visqueux, rouillés ou striés de sang. Habituellement néanmoins, surtout chez les enfants au-dessous de quatre ou cinq ans, ces symptômes font défaut, et les seuls signes qui fassent soupçonner une affection thoracique sont la fréquence et le type abdominal exagéré de la respiration ; l'enfant *pousse du ventre*; souvent aussi les ailes du nez se dilatent.

Les signes physiques apparaissent plus ou moins vite suivant le siège de l'hépatisation. Dans la *pneumonie de la base*, la respiration devient indistincte en arrière et en bas dès le premier jour, la matité se prononce le second jour, plus rarement seulement le troisième jour, et on entend sous l'oreille du souffle mêlé à des râles sous-crépitants ; la voix et les râles sont retentissants, les vibrations thoraciques sont parfois augmentées. L'inflammation s'étend en général les jours suivants de bas en haut et d'arrière en avant, de sorte qu'à ce moment c'est dans l'aisselle qu'il faut chercher les râles les plus fins et le souffle naissant, tandis qu'en arrière le souffle a tantôt disparu et fait place à des râles humides, tantôt a persisté



seul et est devenu tubaire. Dans la *pneumonie du sommet*, les signes physiques n'apparaissent que fort tard, rarement avant le troisième jour et parfois seulement le quatrième ou le cinquième jour. Ce n'est qu'à ce moment que, malgré une exploration journalière minutieuse, on parvient à entendre quelques bouffées de râles ou du souffle à l'inspiration dans la fosse sus-épineuse ou à la partie supérieure et externe de la fosse sous-épineuse ; ce jour-là la percussion ne révèle en général aucune différence dans la sonorité des deux côtés de la poitrine; le lendemain, au contraire, on constate souvent une matité très marquée sous la clavicule et dans la fosse sus-épineuse avec le bruit skodique et un peu de voussure de la région; en même temps on entend dans toute l'étendue du lobe supérieur un souffle intense. Dans d'autres cas, tous les signes physiques restent limités à la fosse sus-épineuse et disparaissent au bout d'un ou deux jours.

La marche de la pneumonie franche est caractéristique ; la température, après s'être élevée en quelques heures de deux ou trois degrés au-dessus de la normale, se maintient d'une manière uniforme entre 39°, 8 et 41°, avec des variations diurnes inférieures à un demi-degré; elle présente une légère rémission dans le cours du troisième jour. La défervescence véritable se déclare du cinquième au septième jour, en comptant comme jours les périodes successives de vingt-quatre heures qui se sont écoulées depuis le frisson initial, beaucoup plus rarement le neuvième, le onzième et même le treizième jour. Le premier indice de la crise est la moiteur des mains (Ziemssen). Quelques heures plus tard, une transpiration générale et abondante se déclare; en même temps les joues prennent une teinte violacée, le visage est pâle et défait, le regard est éteint, et les enfants restent couchés sur le dos dans un état d'apathie et de prostration, qui alarme singulièrement leur entourage. On constate en même temps que le pouls, quoique petit et misérable, a perdu beaucoup de sa fréquence et que la température s'est abaissée en quelques heures de plusieurs degrés; elle atteint la normale douze ou quinze heures après le début de la crise et tombe même pendant quelques heures au-dessous, surtout si le degré de la fièvre était très élevé; cette hypothermie persiste même parfois pendant plusieurs jours. La toux au contraire a augmenté de fréquence et est devenue plus grasse; l'auscultation fait entendre des râles de retour abondants et humides. La crise n'est pas toujours aussi brusque; dans quelques cas la défervescence s'arrête subitement pendant quelques heures et peut n'être complète qu'au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures (Ziemssen).

Une fois la crise terminée, la *convalescence* est très rapide; l'appétit renaît presque immédiatement et, au bout de deux ou trois jours, les enfants ont parfois déjà repris leur vie ordinaire. Les signes physiques de l'induration pulmonaire peuvent persister quelques jours après la chute de la fièvre; ainsi on peut trouver encore de la matité et du

souffle pendant huit à dix jours. Ziemssen a observé dans certaines pneumonies du sommet une prolongation anormale de la fièvre et une résorption très lente de l'exsudat; ces cas, qui simulent à s'y méprendre certaines formes de tuberculose pulmonaire, sont tout à fait exceptionnels.

On observe parfois chez les enfants anémiques, à la suite de la pneumonie franche, de l'*anasarque sans albuminurie*; c'est là un accident sans gravité qui disparaît rapidement à mesure que les forces se rétablissent; il était fréquent à l'époque où l'on traitait la pneumonie par les saignées, mais il peut aussi apparaître spontanément en dehors de tout traitement spoliateur.

**Forme abortive** (1). — Dans cette forme, qui est très fréquente dans les deux ou trois premières années de la vie, la pneumonie, après avoir débuté aussi vivement que dans la forme ordinaire avec une température de 39°,5 à 40°,5, cesse brusquement le troisième jour, quelquefois même le second jour. On peut parfois constater, le premier ou le second jour, un souffle bien net et de la matité, en général au niveau de l'épine de l'omoplate; le lendemain ces signes ont disparu. Nous avons observé une série de transitions entre ces cas et les pneumonies du sommet de cinq jours; nous n'hésitons donc pas à les considérer comme des formes abortives de la pneumonie franche, de même qu'on observe plus souvent chez l'enfant que chez l'adulte les formes abortives de la fièvre typhoïde. Nous avons publié une observation de pneumonie congestive ou rudimentaire du sommet droit de huit jours de durée dans laquelle la présence du pneumocoque de Fraenkel dans les crachats ne laissait aucun doute sur le diagnostic. La même constatation a été faite par nous dans un cas de pneumonie abortive de trois jours chez un enfant de quatre ans.

La pneumonie abortive chez l'enfant a son siège de prédilection dans la fosse sus-épineuse droite, où elle s'accuse par la submatité, l'absence de la respiration, la bronchophonie et parfois même par un vrai souffle. La prédominance des symptômes fébriles, la présence assez fréquente au début de convulsions ou d'agitation nerveuse, le peu d'importance des signes fonctionnels (toux, dyspnée) rendent son diagnostic difficile; on la prend habituellement pour l'éclampsie ou pour une fièvre de dentition.

**Forme rudimentaire à fièvre prolongée.** — Nous avons observé, chez des enfants au-dessous de deux ans seulement, une forme de pneumonie caractérisée par une fièvre continue ou à rémissions peu accentuées, dans laquelle la défervescence ne se produit que tardivement, à la fin de la seconde ou de la troisième semaine. La toux et la

(1) Consultez en particulier : D'Espine, Contrib. à l'étude de la pneumonie franche infantile, *Revue de méd.*, 1887, p. 97. — Urdariano, De la pneumonie rudimentaire chez les enfants, *Thèse de Genève*, 1888. — D'Espine, *Congrès internat. de Rome* in *Pædiatria*, 1894, fasc. 5 et 6.



dyspnée sont peu marquées; l'abattement, au contraire, est parfois très accentué et peut faire supposer l'existence d'une fièvre typhoïde. Le diagnostic avec cette dernière affection ne peut être établi que par un examen quotidien et minutieux de la poitrine, qui fera en général constater au sommet du poumon un espace mat dessinant les limites de cet organe et qui, partant de la fosse sus-épineuse, s'étend à la fosse sus-claviculaire et peut envahir à la fin de la maladie la fosse sous-claviculaire. L'auscultation fait rarement constater l'existence d'un véritable souffle; on n'entend le plus souvent que de la bronchophonie, une respiration indéterminée (broncho-vésiculaire) ou une simple disparition du murmure vésiculaire. Cette forme de pneumonie se termine habituellement par la guérison, si on évite de la traiter par une médication débilitante.

**Forme cérébrale.** — Rilliet et Barthez ont décrit sous le nom de pneumonie cérébrale la pneumonie du sommet qui se complique d'accidents nerveux graves; ils en distinguent deux formes principales, la *forme éclamptique*, dans laquelle les convulsions sont le symptôme prédominant, et la *forme méningée*, qui est caractérisée surtout par le coma chez les enfants de deux à cinq ans et par le délire chez ceux de cinq à dix ans.

La forme éclamptique de la pneumonie est commune chez les petits enfants, surtout chez ceux qui souffrent du travail de la dentition. Il est fréquent d'observer des convulsions au début de toutes les formes de pneumonie dans la première enfance; ces convulsions sont provoquées par l'élévation brusque de la température qui accompagne l'invasion de la maladie et en général se borne à une seule attaque. Dans la pneumonie éclamptique, elles se répètent ou bien n'apparaissent que du quatrième au sixième jour et alternent avec l'assoupissement ou même le coma; dans quelques cas très rares enfin, elles ne se montrent que dans les derniers jours et amènent rapidement la mort. Les convulsions sont rarement généralisées, excepté au début; elles restent limitées le plus souvent aux muscles de l'œil, de la nuque ou de la main. La pneumonie éclamptique, quoique très grave, peut se terminer parfois favorablement; la défervescence s'effectue alors comme dans la pneumonie ordinaire.

La forme méningée s'accompagne au début de céphalalgie et de vomissements, parfois aussi de constipation. Le symptôme prédominant est l'*assoupissement*, qui n'est jamais aussi profond que dans la méningite vraie; cet assoupissement, qui peut aller jusqu'au coma, cesse en général dès le quatrième ou le cinquième jour; il ne disparaît parfois qu'au moment de la défervescence; nous l'avons vu même dans un cas persister malgré la défervescence et se terminer par la mort; on trouva à l'autopsie de l'œdème des méninges et de la vascularisation de l'écorce cérébrale. Le *délire* ne s'observe qu'à partir de l'âge de cinq ans; il est rarement violent et furieux

et se présente plutôt sous la forme de typhomanie ou d'hallucinations de la vue et de l'ouïe; il disparaît en général avec la fièvre et n'aggrave en rien le pronostic.

Aufrecht (1) rapporte deux cas d'*hémiplégie pneumonique* gauche chez des enfants; dans les deux cas, l'hémiplégie apparut subitement dans le cours d'une inflammation du lobe supérieur droit. Dans le premier la paralysie persista trois jours après la défervescence; il s'agissait évidemment de l'hémiplégie pneumonique vaso-motrice si bien décrite par Lépine. Dans le second, l'hémiplégie succéda aux convulsions du début de la pneumonie et disparut au bout de quelques heures.

Nous avons déjà dit (p. 404) que la méningite aiguë peut compliquer la pneumonie; c'est ainsi que Rendu (2) a vu survenir chez une petite fille de cinq ans, trois jours après la rémission des accidents aigus d'une pneumonie cérébrale, tous les symptômes d'une méningite cérébro-spinale (raideur de la nuque, contracture des mâchoires et des membres, *signe de Kernig*, etc.) qui évoluèrent en même temps qu'une nouvelle poussée d'hépatisation pulmonaire; l'enfant guérit à la suite d'un traitement par les bains chauds, les injections de sérum artificiel, le bromure de potassium et le calomel.

**Pneumonie multilobaire.** — Quand la pneumonie s'étend à plusieurs lobes d'un même poumon ou lorsqu'elle atteint successivement les deux poumons (*pneumonie double*), la fièvre augmente à chaque nouvelle extension de l'inflammation; la crise est alors presque toujours retardée, et la défervescence n'a lieu que le neuvième, le onzième jour ou même plus tard. La pneumonie double se complique facilement d'œdème collatéral et peut entraîner la mort de l'enfant par asphyxie.

**Pneumonie à rechutes.** — Dans quelques cas rares, la phlegmasie des divers lobes est séparée par un intervalle apyrétique qui dure de quelques heures à un jour; Ziemssen a attiré l'attention sur cette forme curieuse de pneumonie, et nous en avons observé un exemple dans lequel l'intermittence simultanée des symptômes locaux et généraux a été frappante.

La rechute peut être due exceptionnellement à un retour de l'inflammation dans le même lobe. Tordeus (3) rapporte le cas d'un enfant de huit ans qui présenta deux attaques successives de pneumonie franche du lobe inférieur droit, séparées par un intervalle de dix jours d'apyrexie. La résolution avait été complète après la première attaque, qui dura cinq jours; la seconde, qui dura sept jours, se termina également par résolution.

**Pleuro-pneumonie.** — Lorsque la pneumonie se complique chez

(1) Aufrecht, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1890, XI, p. 241.
(2) Rendu, *Soc. méd. des hôp.*, 12 mai 1899.
(3) Tordeus, *Journ. de la Soc. des sc. méd. et nat. de Bruxelles*, 1888.



les enfants d'une pleurésie avec épanchement, les signes physiques de la maladie primitive sont généralement modifiés. Dans quelques cas, une absence presque complète du bruit respiratoire remplace la respiration bronchique; le plus souvent au contraire, le *souffle augmente d'intensité*, quelquefois même il prend un *timbre caverneux*; si quelques râles de bronchite viennent se mêler au souffle, on croirait à s'y méprendre qu'il s'est formé une caverne dans le poumon. La bronchophonie est très augmentée; la matité devient complète au niveau de l'épanchement. Ces signes s'observent principalement lorsque l'hépatisation pulmonaire compliquée de pleurésie siège à la partie postérieure du poumon.

La pleuro-pneumonie avec épanchement abondant s'accompagne d'une dyspnée plus marquée et d'une fièvre plus vive que la pneumonie simple; la fièvre, au lieu de tomber subitement à l'un des jours critiques, persiste et se continue sous formes d'accès rémittents, principalement dans le cas de pleurésie purulente. Le pronostic de la pleuro-pneumonie est plus grave que celui de la pneumonie. Quand la maladie se complique de *péricardite*, la terminaison est souvent fatale.

DIAGNOSTIC. — Le diagnostic entre la pneumonie et la *pleurésie* sera indiqué à propos de cette dernière affection.

L'invasion rapide de la maladie, la fièvre élevée et continue, les vomissements et les convulsions qui en signalent parfois le début peuvent faire confondre dans les premiers jours la pneumonie franche avec une *fièvre éruptive*, surtout avec la variole ou avec une *fièvre typhoïde;* l'erreur est d'autant plus facile que la pneumonie est plus centrale et se révèle plus tard à l'exploration physique. L'absence d'une part des signes prodromiques caractéristiques de ces fièvres, la présence d'autre part de la toux et de la rougeur des pommettes, la fréquence et le rythme spécial des respirations, permettront cependant de soupçonner la pneumonie. L'auscultation pratiquée avec soin, à intervalles rapprochés, lèvera tous les doutes dès le second jour dans les pneumonies de la base, mais, dans certaines pneumonies du sommet, elle ne fournira de signes au diagnostic que le quatrième ou le cinquième jour, parfois même plus tard. Nous avons vu dans une pneumonie du sommet droit un souffle manifeste et la matité n'apparaître que le huitième jour. Dans ces cas douteux, c'est au niveau de l'épine de l'omoplate qu'il faut percuter et ausculter, surtout à droite. Il arrive souvent que le jour où l'exploration donne un résultat positif, l'enfant commence à tousser et la fièvre tombe. Ces cas passent souvent inaperçus ou grossissent le nombre des prétendues synoques ou des fièvres de dentition.

Les convulsions initiales de la pneumonie se distinguent de celles