d'une attaque d'*éclampsie* idiopathique par l'élévation considérable de la température qui les accompagne.

La forme méningée ne pourra être que difficilement confondue avec une *méningite* simple ou tuberculeuse; dans la pneumonie, le coma est toujours moins profond, et l'on ne constate ni paralysie, ni contractures; enfin la céphalalgie n'est presque jamais aussi violente et le signe de Kernig (voir p. 573) fait défaut.

Le diagnostic de la pneumonie franche d'avec la *phtisie aiguë* à forme pneumonique offre parfois des difficultés insurmontables, les signes physiques pouvant être identiques dans les deux maladies. La marche de la température pourra seule fournir quelques indications; dans la tuberculose, le thermomètre atteint rarement 40° et peut varier d'un à deux degrés entre le soir et le matin; ce dernier fait s'observe rarement dans la pneumonie franche. En outre, la persistance de la fièvre au delà du treizième jour doit faire craindre la phtisie aiguë. Néanmoins il faut se rappeler que certaines pneumonies franches du sommet évoluent très lentement; la période fébrile dépasse parfois deux semaines, et la résorption complète de l'exsudat peut se faire attendre un ou deux mois, tout en étant suivie d'un retour complet à la santé (Trousseau, Damaschino).

La *broncho-pneumonie* se distinguera dans la majeure partie des cas de la pneumonie franche par son étiologie, par sa marche lentement progressive, par la diffusion et la mobilité des signes stéthoscopiques, qui apparaissent aux deux bases en même temps, et par la courbe irrégulière de la température qui ne se termine jamais par une défervescence brusque. Il est cependant des broncho-pneumonies à début en apparence brusque, à forme très fébrile, à hépatisation pseudo-lobaire, qui, en l'absence de renseignements précis, pourront être prises pour une pneumonie franche; il faut se guider alors sur l'état du poumon du côté opposé; s'il est le siège d'une bronchite intense ou d'une congestion pulmonaire, et si la dyspnée prédomine, on admettra plutôt une broncho-pneumonie.

PRONOSTIC. — La pneumonie franche guérit presque toujours chez l'enfant quand elle est simple, limitée à un seul poumon, et n'est pas soumise à une médication hyposthénisante. Ziemssen, sur 201 pneumonies de l'enfance, n'a perdu que sept malades. Barthez (1) cite deux cas de mort sur 211 cas de pneumonie franche recueillis à l'hôpital Sainte-Eugénie; c'étaient deux pneumonies doubles.

Sur un nombre très considérable de cas de pneumonie franche qui ont passé sous nos yeux, nous ne croyons pas en avoir perdu plus de cinq ou six, si nous faisons abstraction des cas compliqués de pleurésie purulente dans la première enfance. Un de ces

(1) Barthez, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1862, t. XXVII, p. 676.

cas était une pneumonie cérébrale du sommet droit à forme méningée, chez un garçon de trois ans et demi; la température rectale se maintint pendant plusieurs jours à 41°; la défervescence ainsi que la résolution se firent le douzième jour, mais le coma, qui durait depuis le huitième jour, persista, et l'enfant s'éteignit le treizième jour. L'autopsie démontra la présence d'une méningite séreuse de la convexité compliquant la pneumonie. Dans un second cas, il s'agissait d'une petite fille de deux ans, pour laquelle l'un de nous fut appelé en consultation le quatrième jour d'une pneumonie qui, après avoir solidifié tout le lobe inférieur du poumon gauche, venait d'envahir le lobe supérieur du même côté. Un grand vésicatoire avait été appliqué par le médecin traitant; malgré ce traitement énergique, le thermomètre marquait 41° le septième jour et l'enfant était dans un état comateux, que les bains tièdes ne parvinrent pas à dissiper complètement; la malade mourut deux ou trois jours après, sans que l'on pût l'attribuer à une complication spéciale. Dans un troisième cas, au contraire (1), la mort fut déterminée par une gangrène pulmonaire; il s'agissait d'une petite fille de trois ans et demi qui succomba le onzième jour d'une pneumonie droite étendue aux deux tiers du poumon. Le pronostic avait paru inquiétant dès le début à cause de l'élévation considérable de la température (40°,7), de l'extension de l'inflammation qui, partie du sommet, s'était propagée au lobe inférieur et à cause de la prostration des forces. La petite malade fut traitée par les bains et le salicylate de soude qui avait été prescrit pour remplacer la quinine, dont l'action était nulle. L'autopsie révéla trois foyers de gangrène pulmonaire dans le lobe supérieur hépatisé; cette gangrène était due à la phlébite avec thrombose des veines pulmonaires correspondantes. L'âge des lésions vasculaires démontrait nettement que la propagation de l'inflammation s'était faite de dehors en dedans.

La pneumonie est plus grave dans la première que dans la seconde enfance; les pneumonies du sommet chez les enfants d'un à deux ans, surtout chez ceux qui souffrent d'une dentition laborieuse, sont dangereuses parce qu'elles se compliquent souvent d'accidents cérébraux (Rilliet et Barthez). Un second danger naît de la fréquence de la pleurésie purulente comme complication de la pneumonie dans le jeune âge.

Mentionnons enfin quelques exemples de pneumonie à marche foudroyante, rapidement mortelle; Eichhorst a vu un enfant de quatorze ans succomber en trente-six heures à une pneumonie franche; Henoch a observé un cas analogue relatif à un enfant de quatre ans chez lequel la maladie ne dura que neuf heures, et Kissel (2), qui rapporte ces faits, y ajoute celui d'un garçon de dix

(1) Voir : D'Espine, *Revue de méd.*, 1887, p. 104.
(2) Kissel, *Vratch.*, 1892, n° 51.

ans qui succomba en trente-quatre heures à une pneumonie double à forme cérébrale.

Les symptômes les plus fâcheux pour le pronostic de la pneumonie sont : une forte dyspnée, une température très élevée et la continuation de la fièvre au delà du neuvième ou du onzième jour ; ce dernier signe doit faire craindre une complication (pleurésie, péricardite, méningite séreuse).

TRAITEMENT. — On peut poser en principe que chez l'enfant toute médication active doit être proscrite dans le traitement de la pneumonie franche ; aussi la *saignée*, qui jouissait autrefois d'une grande faveur dans le traitement de cette maladie, a été presque définitivement bannie depuis les importants travaux de Barthez et de Ziemssen ; ces auteurs ont prouvé que les déplétions sanguines retardent la convalescence et exposent les enfants à certains accidents consécutifs, tels que le noma et l'anasarque. Il faut borner exclusivement l'emploi de la saignée générale aux cas très rares d'œdème collatéral étendu qui menace directement la vie en augmentant subitement la dyspnée. La saignée locale n'est indiquée que chez des enfants forts et vigoureux, qui souffrent d'un violent point de côté ; dans ce cas, une ou deux ventouses scarifiées amènent un soulagement immédiat. L'*émétique* a un effet désastreux dans la pneumonie des enfants ; il suffit pour s'en convaicre de lire des observations consciencieuses recueillies dans les services de maîtres tels que Legendre ou Roger, à un moment où la potion rasorienne était encore en vogue (1). Le *vésicatoire* est sans action aucune sur la marche locale de la pneumonie franche ; il augmente inutilement l'agitation pendant la période et peut gêner l'élimination des toxines en provoquant la congestion rénale. L'un de nous (2) a insisté au Congrès de Rome sur le danger des vésicatoires dans la pneumonie infantile.

Le traitement se bornera à l'expectation et à la médication des symptômes. Ainsi, dans les premiers jours, on combattra la fièvre par des *lavages froids* ou des *bains tièdes*, qui ont l'avantage de soulager l'enfant, de calmer le délire, de diminuer la stupeur et de procurer un sommeil paisible. Nous avons vu, dans un cas, l'état comateux disparaître après chaque bain, chez une petite fille de quatre ans atteinte d'une pneumonie cérébrale à forme typhoïde qui paraissait être d'une extrême gravité ; les bains permirent d'atteindre le septième jour de la maladie, qui fut marqué par une défervescence brusque. Si les convulsions sont violentes et répétées, on accompagnera les bains d'*affusions froides* sur la tête et le haut du corps. Les *bains*

(1) Consulter particulièrement l'obs. III du mémoire de Legendre intitulé : *Nouvelles recherches sur quelques maladies du poumon*, 1846, p. 199, et l'obs. VI de la thèse de Damaschino, *loc. cit.*, p. 134.

(2) D'Espine, *La Pediatria*, 1894, II, p. 144.

chauds sont particulièrement indiqués dans les cas d'accidents à forme méningitique (Netter) (1). Au moment de la crise, si la dyspnée est très violente, on facilitera l'expulsion de l'exsudat pneumonique par de faibles doses de *benzoate d'ammoniaque* (25 à 75 centigrammes), associées à la teinture de musc ou de castoréum (1,0 à 20). En cas de collapsus, on fera une injection sous-cutanée d'éther ou de 100,0 de sérum artificiel.

Les *toniques* seront réservés pour la convalescence.

CHAPITRE VIII

GANGRÈNE PULMONAIRE

ÉTIOLOGIE. — La gangrène pulmonaire est une maladie rare à tout âge, mais qui paraît un peu plus fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Steiner en a observé à lui seul quarante cas. Elle peut survenir à toutes les périodes de l'enfance ; ainsi, sur 34 cas rapportés dans la statistique de L. Atkins (2), 17 étaient relatifs à des enfants au-dessous de six ans et 17 à des enfants au-dessus de cet âge.

La gangrène du poumon est une maladie *toujours secondaire* ; tantôt elle survient sous l'influence d'une maladie générale, tantôt elle est causée par une inflammation locale du poumon. Elle s'observe principalement chez les sujets faibles, chétifs ou affaiblis par une maladie antérieure ; exceptionnellement on l'a vue survenir chez des enfants forts et vigoureux. Dans le premier cas, la cause générale prime la cause locale ; dans le second cas, c'est l'inverse ; dans la majorité des cas, on doit admettre l'action combinée de ces deux ordres de causes.

Parmi les maladies générales qui se compliquent de gangrène pulmonaire, il faut signaler au premier rang chez l'enfant la *rougeole* (Boudet [3], Rilliet et Barthez) ; la gangrène du poumon coïncide parfois alors avec le noma, la gangrène du pharynx ou la carie du rocher. Elle a été observée aussi dans le cours de la *tuberculisation chronique*, et surtout de la phtisie ganglionnaire (Steiner et Neureutter), de la fièvre typhoïde, etc., et plus généralement dans toutes les maladies qui s'accompagnent d'une prostration considérable des forces ou d'une cachexie marquée.

Parmi les maladies locales qui peuvent s'accompagner de gangrène pulmonaire chez l'enfant, il faut citer la *pneumonie franche* (nous en avons observé un exemple rapporté plus haut, p. 821), la *broncho-*

(1) Netter, *Soc. méd. des hôp.*, 12 mai 1899.

(2) L. Atkins, *Thèse de Zurich*, 1872.

(3) Boudet, *Arch. gén. de méd.*, 1843, II, p. 385.