

Médications. — Parmi les médicaments les plus employés, il faut citer les dérivatifs et les évacuants, les révulsifs, les toniques et stimulants, les antithermiques, etc.

Autrefois on *saignait* les broncho-pneumoniques, comme on saignait les pneumoniques, les rhumatisants, les typhoïdiques, etc. Cette déplétion, cette dérivation puissante qui résultait de la *saignée générale* n'est presque jamais employée aujourd'hui, surtout chez les enfants. On se contente, quand il y a des symptômes de congestion vive, d'appliquer 3 ou 4 *ventouses scarifiées*, et de retirer ainsi 50 à 60 grammes de sang. La ventouse scarifiée agit à la fois comme révulsif local et comme dérivatif. Son action sera complétée par l'application de nombreuses *ventouses sèches* sur toute la poitrine. Par la congestion qu'elles laissent à leur place, par le saisissement qu'elles déterminent, ces ventouses facilitent la respiration, soulagent les malades dyspnéiques et angoissés.

Cette révulsion sèche peut être assurée par d'autres moyens : les *sinapismes*, les *cataplasmes sinapisés*, les *badigeonnages de teinture d'iode*, le *coton iodé*. Tous ces moyens amènent une rubéfaction plus ou moins notable de la peau et diminuent parallèlement la congestion viscérale sous-jacente.

Un révulsif très employé autrefois et très puissant est le *vésicatoire*, très attaqué aujourd'hui par un certain nombre de médecins, mais ayant conservé des partisans. Cet agent est irritant, entame la peau, expose à des infections cutanées diverses, à la néphrite et à la cystite cantharidienne. Il peut suppurer longtemps, se compliquer d'abcès, de sphacèle, de diphtérie, et entraîner la mort. Je sais bien que ces accidents ne s'observent que dans les cas où le vésicatoire a été mal appliqué, mal pansé, etc. Quoi qu'il en soit, le vésicatoire me semble avoir plus d'inconvénients que d'avantages dans la broncho-pneumonie infantile, et je n'y ai jamais recours. Si l'on veut se servir de cet agent, on aura soin de laver la peau à l'eau savonneuse et au sublimé avant d'appliquer l'emplâtre vésicant, de ne laisser cet emplâtre que 2 à 3 heures en contact avec la peau, de panser à sec (ouate hydrophile). Même ainsi employé, le vésicatoire est douloureux pour l'enfant, gênant pour le médecin; il fait souffrir le premier, il empêche le second de suivre par l'auscultation la marche de la maladie.

Pour éviter l'intoxication cantharidienne, on a proposé de remplacer l'emplâtre vésicant ordinaire par le vésicatoire au sublimé ou à l'acide phénique. Mais ces agents sont trop irritants.

Quant au thapsia, à l'emplâtre stibié, à l'huile de croton, ce sont d'autres agents irritants qui ne valent guère mieux que le vésicatoire. Si l'on veut mettre quelque chose, qu'on ait recours à l'emplâtre poreux ou à quelque autre topique inoffensif. Mais, comme agent local, rien ne vaut l'emploi de l'eau froide, sous forme de serviettes ou de *compresses mouillées*.

On prend de la tarlatane grossière pliée en 14 ou 16 doubles ou de vieilles serviettes pliées en quatre; on les trempe dans de l'eau froide (à +15°) et, après les avoir exprimées, on les enroule autour de la poitrine de l'enfant en les recouvrant de taffetas gommé ou chiffon. On les renouvelle

toutes les heures, toutes les demi-heures ou toutes les deux heures, suivant les cas. Sous l'influence de ce refroidissement partiel du corps, l'enfant réagit, respire plus fortement, dégage ses bronches, diminue sa congestion pulmonaire. En même temps il abandonne une partie de sa chaleur à l'eau froide. Ce n'est pas tout; la peau rougit au contact de l'eau froide (révulsion légère), et les vapeurs qui se dégagent de l'eau réchauffée favorisent la respiration. Les avantages des compresses froides sont donc multiples; elles n'ont, d'autre part, aucun inconvénient. Peut-être, dans quelques cas, par la macération de l'épiderme, sont-elles de nature à provoquer quelques poussées d'ecthyma, des abcès cutanés, des furoncles, etc.

Le *drap mouillé* est un moyen réfrigérant plus puissant que les compresses froides, car il agit sur la totalité du corps. La *vessie de glace* a été employée dans quelques cas au niveau des points malades. L'eau froide pure peut suffire aux applications locales qu'on veut faire; mais on peut y ajouter des substances excitantes, l'alcool, le vinaigre, etc.

En même temps qu'on fera de la révulsion locale, on se trouvera bien d'attirer le sang aux extrémités à l'aide de la chaleur (bottes d'ouate), des agents rubéfiants (sinapismes), ou même de la ventouse Junod.

Les *bains*, à toutes les températures (chauds, tièdes, froids), ont été employés dans la broncho-pneumonie. Les bains tièdes (34°, 35°), très en honneur autrefois, sont sans inconvénient, ils soulagent les malades, calment leur agitation, facilitent leur sommeil; ils ont une action sédative puissante. Quant aux bains frais ou froids (30°, 28°, 25°, 20°), ils sont bien supportés par la plupart des enfants et ils joignent une action tonique à leur action réfrigérante. On les donnera d'autant plus courts qu'ils seront plus froids; 10 minutes à 30° ou 28°, 5 minutes à 25°. Les enfants très jeunes ne supportent pas toujours le bain froid; il faut tâter leur susceptibilité individuelle avant d'aller plus loin. En général les enfants qui supportent le mieux les bains froids et qui en retirent le plus de bénéfices (abaissement de la température, ralentissement de la respiration et du pouls) sont ceux qui, avec des lésions localisées, restreintes, ont des symptômes généraux très accusés (fièvre forte, dyspnée, agitation). Dans les cas de lésions étendues, de catarrhe suffocant, d'orthopnée, ils m'ont paru nuisibles.

Le professeur Renaut (de Lyon), prenant le contre-pied de l'opinion régnante, a soutenu que le bain chaud (38°) était plus efficace que le bain froid dans le traitement de la broncho-pneumonie. Ce bain aurait même une vertu préventive; appliqué aux bronchites aiguës fébriles, qui menacent d'aboutir à la broncho-pneumonie, il préviendrait cette terminaison et changerait, dans le sens le plus favorable, le cours de la maladie. J'ai employé les bains chauds suivant la méthode de M. Renaut; je ne leur ai pas trouvé de supériorité sur les bains froids. D'autres observateurs les ont employés avec succès et en proclament la valeur. Le Dr Polievctoff (*Dietsk. Méditz.* 1901) a traité 57 cas de broncho-pneumonie par les bains chauds et obtenu 54 guérisons. Des 5 cas mortels, l'un a succombé au coma, les deux autres à la tuberculose; 25 enfants eurent leur broncho-pneumonie à la suite de la rougeole, 2 à la suite de la grippe, 5 à la suite de la coqueluche,

7 à la suite de la diphtérie. Le nombre des bains a varié de 4 ou 5 jusqu'à 25 par enfant. On donne 2 bains par jour, à 38° au moins; on augmente ensuite cette température jusqu'à 39° et 40°. La durée du bain est de 15 minutes en moyenne. Enveloppement dans la couverture après le bain. D'après Polievctoff, le bain chaud agirait : 1° en diminuant la congestion pulmonaire par l'hyperémie périphérique qu'il détermine; 2° en augmentant la force du cœur et la sécrétion urinaire; 3° en abaissant la température; 4° en améliorant l'état général.

En réalité tous ces modes de balnéation peuvent être utilisés suivant les cas; il ne faut en repousser aucun de parti pris. Quand l'enfant manifestera une tendance trop marquée à l'assoupissement et à l'asphyxie, on pourra essayer de le réveiller par les bains sinapisés (50 grammes de farine de moutarde par bain). S'il a de l'agitation, on donnera des bains de tilleul (50 à 100 grammes de tilleul avec bractées). Les bains ne seront jamais employés systématiquement dans la broncho-pneumonie. On ne s'entêtera pas quand on les verra échouer dans les cas où ils avaient paru indiqués. On les donnera avec discrétion, avec prudence, en suivant pas à pas les effets qu'ils semblent déterminer. Si l'enfant réagit bien, se réchauffe après le bain, on en donnera un second quelques heures après (5 ou 4 par 24 heures). Si les mains et les pieds restent froids, on n'ira pas plus loin, et l'on renoncera à la balnéation froide.

En somme la balnéation, dans la broncho-pneumonie, constitue une médication assez puissante, mais d'un emploi délicat, réclamant toute la sagacité et toute la vigilance du médecin.

M. le D^r E. Treuthardt (*Revue méd. de la Suisse rom.* 20 août 1892) a recommandé un traitement mécanique, qui peut convenir à certains cas. Quand il y a collapsus, asphyxie imminente, on prend l'enfant, on le couche horizontalement la face en bas, une main soutenant la poitrine, l'autre relevant un peu la tête. On frictionne énergiquement tout le corps, mais principalement le thorax avec des chiffons de laine trempés dans du vin très chaud en même temps qu'on presse brusquement sur les côtes pour établir la respiration artificielle. Ces manœuvres provoquent des hoquets et ramènent dans la bouche les mucosités qu'on enlève avec le doigt enveloppé d'un chiffon. On ralentit les frictions et la respiration artificielle quand des inspirations profondes succèdent aux hoquets; on cherche alors à produire des nausées en introduisant le doigt, une barbe de plume ou le manche d'une cuiller au fond de la gorge; si le malade réagit, il a des chances de guérison. On l'enveloppe alors dans des couvertures de laine chauffées qu'on change jusqu'à ce que le corps ait atteint sa température normale. Les frictions sont continuées à travers les couvertures. Peu à peu la respiration se rétablit, la toux devient grasse, saccadée, l'enfant revient à lui. Les frictions de vin chaud sont répétées toutes les deux heures, puis moins souvent, parfois pendant plusieurs jours.

Les évacuants méritent de retenir notre attention. On prescrit fréquemment des vomitifs, des expectorants, des purgatifs.

L'usage des vomitifs est discuté et discutable: en effet, les jeunes enfants

en proie à la broncho-pneumonie n'ont déjà que trop de tendance à la prostration, à l'abattement, ils peuvent être très éprouvés par la secousse du vomitif, et il faut réserver ce procédé d'évacuation aux enfants un peu âgés, assez vigoureux, et dont la susceptibilité à l'égard des vomitifs est connue. Dans ces conditions, le vomitif peut avoir de bons effets, en vidant l'estomac d'un contenu parfois septique, en facilitant l'expulsion des sécrétions bronchiques, en augmentant la force des mouvements respiratoires et, par suite, en luttant avec succès contre l'élément congestif. On se sert généralement de la racine d'ipéca fraîchement pulvérisée, à la dose de 10 à 15 centigrammes par année d'âge, associée au sirop d'ipéca, ou véhiculée dans l'eau sucrée. En prescrivant par exemple, pour un enfant de 2 à 5 ans :

℥ Poudre d'ipéca	0 ^{gr} ,50
Sirop d'ipéca	50 grammes

par cuillerées à café de 5 en 5 minutes, jusqu'à effet, on ne risque rien, car on ne donne que juste la dose nécessaire au vomissement, et l'on peut s'arrêter devant l'affaiblissement de l'enfant. Quand il y a de la diarrhée, il ne faut pas employer les vomitifs, surtout chez les nourrissons. S'il y a de la constipation, on associera l'ipéca à un purgatif, tel que le calomel, la scammonée, le jalap. On fera des paquets contenant 10 centigrammes d'ipéca et 10 centigrammes de calomel, de scammonée ou de jalap, et on en fera prendre un tous les quarts d'heure dans une cuillerée d'eau sucrée, jusqu'à effet.

L'ipéca n'est pas le seul vomitif employé, et l'on peut avoir recours sans crainte à l'émétique, qui n'affaiblit pas plus que l'ipéca, quand il est prescrit à doses modérées, c'est-à-dire 1/2 centigramme par année d'âge. Ce médicament peut aussi être associé aux purgatifs et notamment au sulfate de soude: il constitue alors un éméto-cathartique très efficace.

A un enfant de 5 ou 4 ans je prescrirai :

℥ Tartre stibié	0 ^{gr} ,02
Sulfate de soude	10 grammes
Sirop simple	10 —
Eau	150 —

A prendre en trois ou quatre gorgées dans l'espace d'une heure.

Dans la broncho-pneumonie, il faut être sobre des évacuants en général, ne les employer qu'à faibles doses et ne pas les réitérer sans raison majeure. Si l'on veut exercer une action sur le tube digestif, il vaut mieux s'adresser au calomel qui, prescrit à doses fractionnées (1 centigramme toutes les 2 ou 5 heures), agira à la fois comme antiseptique intestinal, comme diurétique, comme laxatif, comme cholagogue.

Les expectorants usités sont le kermès, l'oxyde blanc d'antimoine, l'oxymel scillitique. Le kermès n'est pas d'un usage courant en médecine infantile, il est trop actif, trop nauséux, trop insoluble; cependant on peut le prescrire à la dose de 1 à 2 centigrammes par année d'âge.

L'oxyde blanc d'antimoine est inoffensif et peut se donner dans un julep, dans un looch, à la dose de 10 à 15 centigrammes par année d'âge. L'oxymel

scillitique se prescrira par grammes (1 ou 2 grammes par année). Ces médicaments conviennent aux catarrhes très prononcés avec toux pénible, râles abondants. A ces remèdes, qui agissent sur la sécrétion bronchique, il faut ajouter les balsamiques, le benzoate de soude, la térébenthine, le tolu, la terpine, la créosote.

L'indication des médicaments narcotiques, de l'*opium* en particulier, ne se pose que très rarement; en effet, ce remède, outre qu'il restreint l'élimination intestinale et rénale, endort les malades, diminue leur force de réaction, affaiblit les réflexes, et contribue, dans une certaine mesure, à accroître la paralysie pulmonaire et l'asphyxie. L'enfant est calmé, il s'endort, mais en même temps la toux cesse et les bronches restent pleines.

La *belladone*, l'*aconit* n'ont pas les mêmes inconvénients, et on peut les prescrire à doses convenables dans la plupart des formes de la broncho-pneumonie. On pourra formuler :

℞ Alcoolature de racines d'aconit	} aa XX gouttes	
Teinture de belladone		
Sirop de tolu		20 grammes
Eau distillée		60 —

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Quand le cœur faiblit, quand le pouls devient petit et précipité, on prescrira avec avantage la digitale, la caféine, la spartéine. On donnera, par exemple, 10 gouttes de teinture de digitale dans la potion précédente, ou bien l'on fera des injections de caféine (10 à 20 centigrammes par centimètre cube), de spartéine (2 à 5 centigrammes). Les injections sous-cutanées d'éther sulfurique, d'huile camphrée (à 1/10 ou 1/5) conviennent aux cas très avancés avec asphyxie imminente. On peut encore employer dans les mêmes cas le *sulfate de strychnine* par la voie hypodermique (1 milligramme par centimètre cube d'eau distillée).

A ces agents stimulants de premier ordre on ajoutera l'alcool qui sera prescrit en potion sous forme de vin généreux (malaga, xérès, porto, champagne, etc.), de rhum, de cognac, d'élixir de Garus. On donnera ces liquides très dilués pour ne pas offenser l'estomac et à doses fractionnées (une cuillerée à café par heure). On peut donner 5 grammes d'eau-de-vie par jour et par année d'âge.

L'alcool, ainsi employé temporairement dans une maladie aiguë, ne peut pas causer d'intoxication durable, et c'est un stimulant très puissant. A l'alcool on peut ajouter le quinquina, la kola, le café, sous différentes formes (teinture, sirop, infusions sucrées, élixirs, etc.).

Les autres stimulants à conseiller dans les formes adynamiques de la broncho-pneumonie sont : l'*acétate* et le *chlorhydrate d'ammoniaque*, le *musc*. Les sels ammoniacaux se prescrivent par grammes (2, 3, 5 grammes dans une potion); le musc se donne par décigrammes (autant que l'enfant a d'années).

En même temps qu'on cherchera par tous ces moyens à stimuler le système nerveux défaillant des petits malades, on favorisera l'hématose à l'aide

des *inhalations d'oxygène* (40 à 50 litres par jour, 5 à 4 litres par heure). Si tous ces moyens restent impuissants, on aura recours aux injections sous-cutanées d'eau salée à 7 pour 1000 (*sérum artificiel*), à doses minimes ou massives suivant les cas.

Dans les formes hyperthermiques, le bain froid sera essayé avec la prudence indiquée plus haut. La *quinine* ou l'*euquinine* sera prescrite à dose assez forte : par la bouche avec addition d'édulcorants suffisants (saccharine, extrait de réglisse), par l'anus (lavements et suppositoires). On emploiera soit le sulfate de quinine (10 à 20 centigrammes par année d'âge), soit le bichlorhydrate, plus soluble et plus riche en alcaloïde, en injections sous-cutanées. La quinine agit bien surtout dans les broncho-pneumonies d'origine grippale. Elle agit encore mieux dans les broncho-pneumonies paludiques, malarieuses.

Les autres antithermiques (*antipyrine*, *phénacétine*, etc.) seront écartés à cause de leur action fâcheuse sur la vitalité des globules sanguins. Faire courir à l'enfant les risques d'une intoxication médicamenteuse serait payer trop cher une antipyrèse momentanée. La fièvre n'est pas tout dans la broncho-pneumonie, elle n'est qu'un symptôme secondaire, indiquant la gravité des cas, mais ne faisant pas cette gravité.

Jusqu'à présent nous n'avons parlé que de thérapeutique symptomatique. On a voulu aller plus loin dans ces dernières années, et nous devons mentionner les tentatives de *traitement spécifique* qui ont été faites. La broncho-pneumonie étant souvent en rapport avec la présence dans l'appareil respiratoire d'un streptocoque virulent, on a pensé que le sérum d'animaux immunisés par les cultures de ce streptocoque pourrait jouir de quelque efficacité. M. Marmorek a attaché son nom à cette thérapeutique de la broncho-pneumonie par le sérum antistreptococcique. Or, il faut bien avouer que jusqu'à ce jour les résultats n'ont pas été encourageants, et que le traitement spécifique de la broncho-pneumonie n'a pas encore vu le jour.

La convalescence des broncho-pneumonies est souvent pénible et lente, elle exige un traitement particulier, surtout dans les formes subaiguës ou chroniques qui, par leur longue durée, leurs rechutes, ont porté une grave atteinte à la nutrition générale des enfants.

L'indication principale est de soutenir les forces et de réparer les pertes par une alimentation très riche, sans être trop abondante : purée de légumes secs, crèmes, œufs, panades, viandes râpées ou pulpées, poissons, cervelles, etc. En même temps que la suralimentation, on donnera des médicaments reconstituants et toniques, l'huile de foie de morue, l'extrait de quinquina, le sirop d'iodure de fer, le sirop iodo-tannique. Si la toux a persisté après la chute de la fièvre, si le catarrhe bronchique devient permanent, si des signes de dilatation des bronches ou d'adénopathie trachéo-bronchique se montrent, on n'abandonnera pas les enfants après la guérison apparente de la broncho-pneumonie; on traitera les suites par les modificateurs puissants que nous offrent les eaux minérales. On essaiera d'abord les eaux sulfureuses (Enghien, Eaux-Bonnes, Challes), puis les arsenicales

(La Bourboule, Mont-Dore). On conseillera, pendant l'hiver, le séjour dans le Midi (Cannes, Menton et les autres stations de la rivière de Gênes); au printemps et à l'automne, on dirigera les enfants sur Arcachon.

II. — PROPHYLAXIE DE LA BRONCHO-PNEUMONIE.

La broncho-pneumonie, étant une maladie infectieuse et contagieuse, peut être évitée dans un certain nombre de cas.

Tantôt la broncho-pneumonie résulte d'une *auto-infection* et la prophylaxie est individuelle; tantôt elle dépend d'une *hétéro-infection*, d'une contagion, et la prophylaxie devient collective.

Prophylaxie individuelle. — Un enfant, jeune encore, a subi les effets d'un refroidissement plus ou moins fort; il a de la rhinite, de la trachéo-bronchite; un rhume, ou bien une légère atteinte de grippe. On doit prendre des mesures pour empêcher ce rhume ou cette grippe de se compliquer de broncho-pneumonie. Pour cela, il faut, quoiqu'il n'y ait pas de fièvre, quoique l'enfant ait conservé son appétit, son entrain et toutes les apparences de la santé, prescrire le séjour à la chambre, interdire les promenades et les sorties, quelque courtes qu'elles soient. Le bébé restera à la maison jusqu'à la disparition complète de son catarrhe. En agissant ainsi, on évitera les refroidissements et les influences aggravantes.

De plus, on ne manquera pas de faire un nettoyage soigné, une toilette antiseptique de la bouche, de la gorge, des fosses nasales; pour cela, il suffira de quelques pulvérisations à vapeur avec de l'eau boriquée ou simplement bouillie (2 ou 3 fois dans la journée). Si le nez est très pris et s'il y a du catarrhe naso-pharyngien, on instillera 2 fois par jour, dans chaque narine, quelques gouttes d'huile résorcinée à 1/25.

Si, au lieu d'un rhume simple ou d'une grippe, on se trouve en présence d'une rougeole, d'une coqueluche, d'une diphtérie, d'un croup opéré, la prophylaxie devient plus rigoureuse. L'expérience a montré en effet qu'en se montrant sévère sur l'asepsie des premières voies, on prévenait très souvent l'infection des parties inférieures.

Dans le croup, quand on est obligé d'intervenir par le tubage ou par la trachéotomie, il est important de nettoyer avec soin les instruments dont on se sert et d'opérer aseptiquement, autant que possible. Après la trachéotomie, pour protéger la plaie trachéale, et les bronches, contre les souillures de l'atmosphère, les poussières, etc., on panse avec soin la plaie opératoire, et on entoure le cou de l'enfant d'une cravate de gaze sur laquelle on peut de temps en temps verser quelques gouttes d'eau de Cologne ou d'un liquide antiseptique à odeur plutôt agréable. Je n'insiste pas davantage sur toutes ces précautions indiquées ailleurs (voyez les articles : *Diphtérie*, *Rougeole*, *Coqueluche*, etc.).

Si la porte d'entrée habituelle de la broncho-pneumonie est dans les voies respiratoires, elle peut exceptionnellement se trouver ailleurs, et nous devons veiller avec soin à l'intégrité de la peau, panser les plaies, les pustules, les abcès, les eschares, qui pourraient se déclarer.

Il ne faut pas négliger l'intestin; Sevestre a insisté avec raison sur l'origine intestinale de certaines broncho-pneumonies; il a montré qu'en faisant l'antisepsie de l'intestin par le calomel, on pouvait améliorer ou prévenir l'infection secondaire du poumon. Ces faits n'ont pas lieu de nous surprendre; tous les systèmes organiques sont solidaires les uns des autres; quand l'un de ces systèmes devient malade, les soins qui lui sont prodigués ne contribuent pas seulement à sa guérison, mais encore à la préservation des autres. C'est dire que, dans une maladie quelconque de l'enfance, surtout de la première enfance, il faut penser à la broncho-pneumonie et faire la prophylaxie de cette grave infection secondaire.

Prophylaxie collective. — Toutes les collectivités d'enfants malades (crèches, hôpitaux, pavillons d'isolement) sont menacées par la broncho-pneumonie. Trop souvent les salles communes de nos hôpitaux sont décimées par cette redoutable infection. Quand des enfants jeunes sont réunis en trop grand nombre dans un même local, ils s'infectent les uns les autres, et pour peu que la maladie primitive soit favorable à l'infection bronchique (rougeole, coqueluche, diphtérie), la mortalité devient effrayante. Pendant longtemps, et même encore à l'heure actuelle, dans les vieux hôpitaux d'enfants de l'Europe, les enfants soignés pour la rougeole, pour la coqueluche, ont succombé dans une proportion effroyable à la broncho-pneumonie nosocomiale. Chez eux, ils auraient guéri; traités à l'hôpital, ils ont péri victimes de l'encombrement et de la contagion.

Ces faits, bien connus aujourd'hui, doivent inspirer la prophylaxie hospitalière de la broncho-pneumonie. L'encombrement est néfaste, il doit disparaître à tout prix; les enfants atteints de rougeole, de coqueluche, de diphtérie, ne doivent pas être traités dans de grandes salles de 20, 30, 40 lits ou davantage. Ils doivent être isolés, soit individuellement, soit du moins dans de petites chambres de 2, 3, 4, 6 ou 8 lits au plus. Ces chambres seront vastes, bien aérées, bien éclairées, bien chauffées; chaque enfant devra disposer d'un cube d'air de 50 mètres. L'hospitalisation coûte cher dans ces conditions, mais il y va de l'existence d'une foule d'enfants et l'argent ne saurait être refusé.

Certaines villes de l'Europe nous ont donné l'exemple des sacrifices à consentir et du but à atteindre; les pavillons d'isolement des maladies infectieuses des cliniques de Moscou peuvent servir de modèles. Il faut donc beaucoup de place, beaucoup de chambres, et une bonne distribution de ces chambres pour faire la prophylaxie collective de la broncho-pneumonie. Cela étant, on ne négligera aucune des précautions individuelles indiquées plus haut. En outre, on ne manquera pas d'isoler individuellement tout enfant suspect de broncho-pneumonie, afin de préserver ses voisins de lit de la contagion. Enfin, de temps à autre, tous les ans, tous les six mois si c'est nécessaire, on fera un nettoyage complet des salles, on badigeonnera, repeindra, etc. Il sera bon, pour assurer l'antisepsie médicale des pavillons de contagieux, d'avoir des pavillons de rechange.

Quand le temps le permettra, on fera la cure d'air, au dehors, dans un jardin ou sous une tente appropriée.