

pneumonies du sommet droit seraient donc 4 fois plus fréquentes que celles du sommet gauche. Après le sommet vient la base qui serait prise 110 fois (69 fois à gauche, 41 fois à droite). On remarque, dans cette statistique, que la pneumonie de la base gauche, beaucoup plus rare que celle du sommet droit, est cependant plus commune que celle du sommet gauche. Après viennent : la pneumonie de la partie moyenne (49, dont 26 à droite et 23 à gauche); la pneumonie de toute la partie postérieure (52, dont 20 à droite et 12 à gauche).

Quand il s'agit de pneumonie secondaire, d'après les mêmes auteurs, sur 85 cas, il y aurait 51 pneumonies du sommet (18 à droite, 15 à gauche), et 54 ailleurs (55 à la base, dont 24 à gauche et 9 à droite). 10 fois la pneumonie a été secondaire à la rougeole. La pneumonie secondaire envahirait plus facilement toute la hauteur du poumon (15 fois) qu'elle ne resterait limitée à un lobe (8 fois). Elle a de la tendance à s'étendre et à occuper les grandes régions du poumon (base, hauteur), tandis que la forme primitive reste plus volontiers circonscrite (sommet, base, partie moyenne). La pneumonie double n'est pas très rare : 41 cas (29 primitives, 12 secondaires); 20 fois les 2 bases ont été prises (15 primitives, 7 secondaires). Il y a eu 6 pneumonies des 2 sommets (5 primitives, 1 secondaire). Le sommet droit et la base gauche ont été pris ensemble 7 fois (6 primitives, 1 secondaire); 1 fois, il y avait pneumonie de toute la hauteur d'un côté et du sommet de l'autre; 5 autres fois, c'était toute la hauteur d'un côté et la base de l'autre; 2 fois, c'était la partie moyenne d'un côté et le sommet de l'autre; 1 fois enfin la partie moyenne d'un côté et la base de l'autre.

Nous avons cité presque intégralement cette statistique à cause de sa richesse et de sa précision. Nous nous contenterons d'indiquer brièvement les chiffres donnés par d'autres observateurs.

Baginsky, sur 84 cas, trouve 26 pneumonies du sommet droit, 18 du sommet gauche, 16 de la base gauche, 12 de la base droite, 12 du lobe moyen droit.

Henoch donne des chiffres un peu différents de ceux de Rilliet et Barthez : sur 77 cas, il a trouvé 27 pneumonies de la base gauche, 21 de la base droite, 21 du sommet droit, 4 du sommet gauche, 2 de tout le poumon droit, 2 des deux bases.

Voici les principales données de ma statistique personnelle, conforme dans ses grandes lignes à celle de Rilliet et Barthez.

Nombre des cas observés (1895-1905), 556 :

| | |
|---|-----|
| Sommet droit | 117 |
| Sommet gauche | 65 |
| Base gauche | 75 |
| Base droite | 51 |
| Partie moyenne gauche | 25 |
| — — droite | 12 |
| Côté droit sans plus de précision | 17 |
| Côté gauche — — | 7 |
| Pneumonie double | 7 |

Sur 556 cas, on peut dire que 180 fois au moins, soit plus de 52 fois sur 100, la pneumonie siègeait au sommet.

Symptômes. — Nous ne savons rien de l'incubation de la pneumonie; cette incubation ne pourrait être appréciée que dans les cas exceptionnels où la contagion a présidé à l'éclosion de la maladie. En général l'enfant atteint de pneumonie en porte le germe depuis un temps plus ou moins long, et l'invasion seule nous avertit de l'entrée en scène du pneumocoque.

Début. — Cette invasion de la pneumonie est des plus bruyantes et les symptômes qui la traduisent sont toujours les mêmes. Brusquement l'enfant est pris de fièvre, il frissonne, claque des dents ou bien n'a que de vagues frissonnements; plus l'enfant est jeune, plus le frisson est difficile à apprécier. Il n'est nettement indiqué que 55 fois sur 556 observations, soit 1 fois sur 10. Chez l'adulte, la proportion est beaucoup plus élevée, du moins dans la pneumonie primitive. Mais, aux deux extrêmes de la vie, dans l'enfance, dans la vieillesse, le grand frisson peut manquer. Les vomissements sont beaucoup plus fréquemment observés que les frissons; 175 fois sur 556, soit dans la moitié des cas, les observations mentionnent des vomissements au début de la pneumonie. Tantôt ces vomissements ne se sont présentés qu'une fois, au jour, à l'heure même de l'invasion, tantôt ils se sont reproduits le lendemain et les jours suivants. Ils sont alimentaires d'abord (ce qui fait croire à une indigestion), puis bilieux.

L'enfant accuse souvent, en même temps ou peu d'instant après, un point de côté, soit dans l'aisselle, soit au-dessus du mamelon, soit dans le flanc, toujours du même côté que la lésion. Ce point de côté a été relevé 160 fois sur 556 cas; il est d'autant plus marqué que l'enfant est plus âgé et sait mieux exprimer ses souffrances, il manque chez les bébés. Outre le point de côté, en même temps que lui ou en son absence, j'ai noté 47 fois des douleurs abdominales, des coliques, des tranchées ou des souffrances vagues qui se traduisent ainsi dans la bouche des parents : *l'enfant s'est plaint du ventre*. Il convient de s'arrêter un instant sur les douleurs du ventre qu'accusent les enfants au début de la pneumonie, car elles peuvent être la cause d'erreurs de diagnostic. Le point de côté étant souvent *abdominal* chez l'enfant, si la pneumonie siège à droite, on pourra parfois songer à l'appendicite. J'ai observé avec le Dr Zielinski (*Arch. de méd. des enfants*, déc. 1902, page 741) un de ces cas de pneumonie simulant l'appendicite. Il s'agit d'un garçon de 8 ans, pris tout à coup, le 12 juin, à la suite d'une rougeole bénigne, de vomissements, douleurs de ventre, fièvre et constipation. Cet enfant avait eu jadis des crises gastro-intestinales qui faisaient penser à l'appendicite. Le 15 juin, lendemain de l'invasion, on trouve une température assez élevée (39°,5) avec langue saburrale, faciès grippé, douleurs spontanées et à la pression localisées au côté droit du ventre. Pas de toux, pas de dyspnée notable, rien dans la gorge.

Le 15 juin, 4^e jour de la maladie, huile de ricin; l'enfant vomit, accuse des douleurs plus vives dans le ventre, qui semble se ballonner et on pense à une *péritonite appendiculaire*. C'est alors que je vois l'enfant et que je soupçonne une pneumonie du sommet droit avec point de *côté abdominal*.

En effet, il n'y avait pas de défense au point de Mac Burney. Le lendemain (5^e jour), on entend un souffle très net au sommet droit et la défervescence régulière se fait au 7^e jour.

Le D^r L. Guinon (*Soc. de Péd.*, 12 mars 1901), chez une fille de 15 ans 1/2, a pu écarter aussi le diagnostic d'*appendicite* fait par les élèves, en se basant sur l'absence de défense de la paroi abdominale.

Le D^r J. Lovett Morse (*Ann. of Gyn. and Ped.*, nov. 1899), raconte que deux laparotomies ont été faites à Boston pour des pneumonies lobaires qui avaient simulé l'*appendicite*, et il rapporte 5 cas personnels de cette *forme appendiculaire de la pneumonie* (garçon de 7 ans, garçon de 8 ans, fille de 5 ans). Ce qui cause l'erreur et l'entretient, en pareil cas, c'est l'absence de signes physiques à l'auscultation, le souffle de la pneumonie (ordinairement sommet droit) ne se montrant parfois que le 4^e, le 5^e, le 6^e jour de l'invasion.

Le D^r R. Massalongo (*Cong. italien de Péd.*, Florence, oct. 1901) a cité des cas analogues sous les noms de *pneumonie aiguë appendiculaire* ou de *pseudo-appendicite pneumonique*.

D'autres faits ont été cités par H. L. Barnard (*The Lancet*, 2 août 1902), Richardson (*Boston med. and surg. Journ.*, avril 1902), Olimpio Cozzolino (*Gazz. degli osp. e delle clin.*, 11 janvier 1905), etc. L'un de mes élèves, le D^r F. Garreau, a consacré sa thèse (Paris, 12 mars 1905) à l'étude de ce syndrome trompeur : *Les pneumonies à point de côté abdominal, les pseudo-appendicites pneumoniques*.

En résumé, il faut bien savoir que le point de côté de la pneumonie, chez l'enfant, outre son inconstance, présente une variabilité de siège capable d'induire en erreur. On se trouve en présence d'une invasion brutale caractérisée par : vomissements, fièvre, faciès grippé, douleur de ventre limitée à droite. N'est-ce pas ainsi que débute l'*appendicite aiguë*? Constipation dans les deux cas. Si l'on ajoute qu'à ce moment et même parfois pendant 2 ou plusieurs jours, la dyspnée est peu notable, la toux absente ou insignifiante, l'auscultation négative ou douteuse, on comprendra la possibilité et même la facilité d'une erreur.

Pour éviter l'écueil, on ne se laissera pas hypnotiser par le siège de la douleur, mais on cherchera si les symptômes, dans leur ensemble, cadrent bien avec le diagnostic. Or, s'il y a de la douleur dans la fosse iliaque, voire le point de Mac Burney, l'exploration large et attentive, faite avec une main douce et prudente, montrera que la douleur est superficielle, légère, sans accompagnement de défense musculaire, de dureté de la paroi abdominale, de plastron, etc. L'*appendice* sera bien vite mis hors de cause. Le diagnostic est donc relativement facile, mais il exige de l'attention, de la sagacité clinique, et une critique serrée de tous les symptômes.

J'ai vu plusieurs cas de pneumonie droite, encore latente au point de vue des signes physiques, se révéler par un point de côté hépatique que je mettais en relief en enfouant mon pouce sous les fausses côtes droites. Mis en présence d'un enfant ayant eu brusquement de la fièvre, des vomissements, de la dyspnée, je n'hésitais pas à affirmer une pneumonie droite

quand je provoquais ainsi une douleur vive par la pression du foie.

La céphalalgie a été notée 68 fois.

La toux a été plus rare que ces divers symptômes, elle ne s'est montrée au début que 60 fois, et n'a été accompagnée d'expectoration que 11 fois (crachats rouillés). Henoeh a vu des crachats striés de sang chez un garçon de 4 ans 1/2; mais il reconnaît que les crachats rouillés ne se montrent guère avant la période de 8 à 12 ans. Beaucoup d'enfants commencent et continuent leur pneumonie sans tousser et sans cracher. Quelques-uns ont des manifestations nerveuses plus ou moins effrayantes qui attirent immédiatement l'attention. Les convulsions se sont présentées 14 fois sur 556 cas chez des enfants respectivement âgés de 6 mois, 14 mois, 18 mois, 19 mois, 2 ans, 26 mois, 2 ans 1/2 et 4 ans. Elles ont été passagères et ne se sont pas reproduites les jours qui ont suivi l'invasion. Le délire a été moins rare; il est mentionné expressément dans 62 observations; il a été souvent durable et principalement nocturne, s'accompagnant d'insomnie dans la moitié des cas.

Chez plusieurs enfants ce n'est pas l'agitation et l'insomnie, c'est une somnolence insolite et prolongée qui attire l'attention.

L'épistaxis, sans être commune, s'est montrée assez fréquemment au début de la pneumonie (17 fois sur 556 cas); elle n'a pas eu de gravité. Dans un cas cependant, chez une fille de 11 ans, atteinte de pneumonie de la base droite à forme typhoïde, l'épistaxis s'est répétée pendant plusieurs jours, après avoir nécessité le tamponnement la veille de l'entrée à l'hôpital (fig. 2). Dans les 5/5 des cas (240 fois), la constipation a été relevée dès le début pour persister jusqu'à la fin de la maladie, à moins d'intervention. La diarrhée a été, par contre, assez rare (20 fois sur 556). Dès le début, on note une température très élevée (40°, 40°,5, 41°), avec fréquence extrême du pouls (120, 130, 150). L'enfant est très dyspnéique (60 respirations à la minute ou même davantage); les ailes du nez se soulèvent et battent rapidement; il est dans un état de grande anxiété. Il est difficile de donner des courbes montrant la brutalité de l'invasion de la pneumonie franche primitive, les

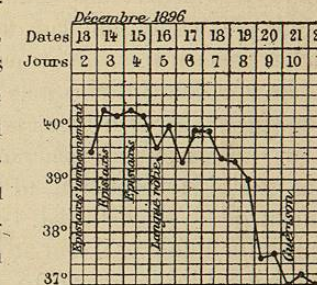


Fig. 2. — Fille de 11 ans. Pneumonie de la base droite. Épistaxis répétées. État typhoïde.

enfants n'entrant à l'hôpital qu'après cette invasion : ce n'est que dans les cas où la pneumonie est survenue à l'hôpital (fig. 3) qu'on peut bien saisir cette brusquerie de l'ascension thermique.

Quoique le début soit généralement franc, et quoiqu'on ait coutume de dire que les sujets sont pris en pleine santé, sans avertissement préalable, sans prodromes, l'étude attentive de certains cas nous apprend que la pneumonie franche, même primitive, n'est pas toujours, il s'en faut, un accident soudain et imprévu dans le cours d'une santé parfaite. Il y a une phase préparatoire, qui échappe souvent, mais qui existe dans beaucoup de cas, et, pour mon compte, j'ai pu relever un certain nombre de symptômes prodrom-

miques dans une vingtaine de cas. Ici c'est un enfant qui a commencé par une fièvre légère, par un embarras gastrique (38°, 38°,5), puis, au bout de 5 jours, la pneumonie s'est déclarée. Là ce sont des enfants qui ont présumé par de la céphalalgie, par de la diarrhée, par du malaise général, par un torticolis, par des douleurs abdominales.

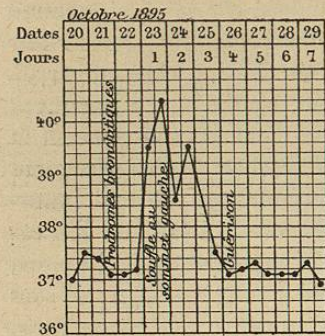


Fig. 5. — Garçon de 18 mois. Pneumonie du sommet gauche. Défervescence le 5^e jour.

Un plus grand nombre toussaient depuis quelques jours, avaient des râles de bronchite dans la poitrine avant l'invasion pneumonique. C'est ainsi que le petit enfant de 18 mois de la figure 5 a été pris de pneumonie au milieu de symptômes de bronchite légère. Cette pneumonie a d'ailleurs été remarquablement courte et bénigne; c'est un exemple de ces fluxions de poitrine éphémères que Cadet de Gassicourt considère comme des congestions pulmonaires primitives et que la plupart des auteurs rangent dans la classe des pneumonies abortives ou rudimentaires.

Dans les pneumonies franches secondaires des débilités, des cachectiques, l'invasion peut être atténuée au point de passer quelquefois inaperçue.

Évolution symptomatique. — Signes physiques. — Quel que soit le mode d'invasion, quels que soient l'âge, la force, la santé de l'enfant, la pneumonie se caractérise par des signes physiques que Laënnec, le premier, a mis en évidence. Ces signes physiques doivent être toujours recherchés avec le plus grand soin dans toute l'étendue de la poitrine, surtout dans les parties postérieures, où ils prédominent et dans le creux des aisselles.

Ils sont d'autant plus nets que le foyer pneumonique est plus étendu et plus superficiel. Dans les cas de pneumonie limitée et centrale, il peut y avoir des symptômes généraux qui témoignent en faveur de la pneumonie, sans que ni la percussion, ni l'auscultation permettent de se prononcer nettement sur le siège du mal. Le noyau pneumonique est caché dans la profondeur du poumon et il faut attendre parfois 1, 2, 3 jours et davantage avant de saisir les bruits anormaux qui le traduisent à l'oreille.

La percussion pratiquée avec soin, légèrement, avec un seul doigt, permet d'entendre, au niveau du foyer pneumonique, un son plus mat, plus sourd que dans le point symétrique du poumon opposé. Cette submatité plessimétrique, moins prononcée que la matité pleurétique, variable d'intensité suivant l'épaisseur et la compacité du bloc pneumonique, est facile à trouver pour un clinicien exercé. Quant aux vibrations thoraciques, il ne faut pas y compter, la gracilité de la voix enfantine, jointe à l'indocilité habituelle des jeunes sujets, rendant leur appréciation très difficile.

Quand la percussion des parties postérieures du poumon donne des résultats douteux, incertains ou nuls, l'existence du skodisme sous-claviculaire aura une grande valeur et l'on ne devra jamais négliger de percuter les régions antérieures de la poitrine. Si la percussion donne un son à tonalité

élevée, à timbre creux et tympanique sous une clavicule, on peut affirmer qu'il existe un foyer pleural ou pulmonaire de ce côté.

L'auscultation donne souvent des signes plus précoces que la percussion; dès le début, on peut entendre des râles crépitants ou sous-crépitaux traduisant l'engouement pulmonaire; ou bien c'est le murmure vésiculaire qui est obscur et éteint par la congestion initiale. Au bout de quelques heures, d'une journée, on a généralement un souffle tubaire, avec retentissement de la voix et de la toux. Ce souffle tubaire, d'abord expiratoire, siège ensuite aux deux temps à mesure qu'il se renforce. Il varie beaucoup d'étendue et d'intensité suivant les cas. Il peut être léger, voilé, à peine perceptible, rappelant le souffle de la pleurésie sans avoir son timbre aigre; mais il est souvent dur, véritablement tubaire, quand l'hépatation est très marquée.

Enfin si le malade crie, tousse, se débat, les efforts auxquels il se livre font pénétrer l'air avec force dans les poumons, les alvéoles engoués se déplissent, et le râle crépitant fin, sec, par bouffées, éclate à l'oreille à la fin de l'inspiration. Ce *crepitus* typique de la pneumonie n'est pas aussi constant chez l'enfant que chez l'adulte; il manque souvent pour être remplacé par un râle plus gros, moins sec, le râle bullaire vulgaire.

La recherche du souffle tubaire et du râle crépitant est souvent difficile chez les jeunes enfants, chez ceux qui ont la poitrine étroite et maigre; il faut explorer tous les points de la cage thoracique, surtout les sommets, les fosses sus-épineuses, les creux axillaires, etc. Très souvent la maladie se cantonne au sommet de l'aisselle. L'étroitesse de la fosse sus-épineuse ne permettant pas toujours l'application exacte de l'oreille, on s'aidera du stéthoscope avec avantage dans quelques cas.

Même en procédant avec le plus grand soin et en se servant d'une oreille exercée, on est exposé à ne pas trouver de souffle ni de râles crépitants pendant les premiers jours. Une pneumonie centrale a pu ne donner de signes qu'au 2^e, au 5^e, au 5^e et même au 8^e jour. Il faut se souvenir de ces cas et ne pas hésiter à affirmer la pneumonie, même en l'absence momentanée des signes physiques.

Mais, en général, le souffle tubaire est très net et se perçoit aisément. Son étendue est variable comme son siège, il occupe parfois la moitié, les deux tiers d'un poumon. Il peut disparaître en un point pour se montrer dans un point voisin (pneumonie migratrice). Sa marche n'est pas absolument parallèle à celle de la température. Il ne disparaît que rarement avant la défervescence, mais il peut se prolonger après elle pendant un ou plusieurs jours; la défervescence thermique n'entraîne pas toujours la déliquescence anatomique (fig. 4, 5 et 12). J'ai vu, dans un cas, le souffle durer plus d'un mois après la défervescence (fille de 4 ans).

Quand le souffle s'éteint, quand il a disparu, on constate d'ordinaire

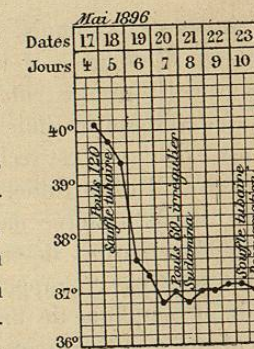


Fig. 4. — Garçon de 8 ans. Pneumonie du sommet gauche. Défervescence précoce. Souffle persistant longtemps après.

un foyer de râles sous-crépitants, moins fins que les râles crépitants du début; ce sont les râles crépitants de retour qui marquent la résolution de la pneumonie, et la liquéfaction des exsudats fibrineux des alvéoles.

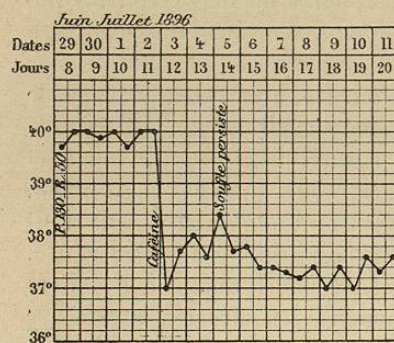


Fig. 5. — Garçon de 7 ans. Pneumonie du sommet droit. Déferescence le 12^e jour. Résolution incomplète.

Dans quelques cas, la pneumonie donne lieu à des signes physiques qui font croire à une pleurésie : matité absolue et étendue, absence de respiration, de souffle, de râles crépitants (silence complet); et pourtant il n'y a pas de liquide; c'est la *pneumonie massive* de Grancher, très rare d'ailleurs chez les enfants. Dans un cas semblable, Rilliet et Barthez n'entendant rien crurent à une pleurésie; l'autopsie leur montra l'absence de tout épanchement et la présence d'une hépatisation pulmonaire.

Outre le skodisme sous-claviculaire, on a signalé dans quelques cas le bruit de pot fêlé, accompagné de râles humides et de souffle caveux (Rilliet et Barthez).

On croit entendre parfois un souffle tubaire, dans les points voisins du poumon opposé, ce qui fait penser à une pneumonie double. Or il n'y a là souvent qu'un phénomène de propagation dont il faut se défier, surtout quand l'hépatisation siège près de la colonne vertébrale.

En somme, les signes physiques de la pneumonie chez l'enfant ne diffèrent pas fondamentalement de ce qu'ils sont chez l'adulte; mais ils sont souvent plus tardifs, plus difficiles à percevoir et ils exigent une grande expérience clinique.

Signes réactionnels. — La toux, symptôme très précoce, n'a généralement pas la violence et la continuité observées chez les malades d'un âge plus avancé. Certains enfants toussent très peu, d'autres ne toussent pas du tout, et la dyspnée seule traduit le siège pulmonaire de la maladie. Quand la toux existe, elle est sèche, courte, avortée, souvent pénible, parfois même quinteuse. D'après Rilliet et Barthez, elle serait particulièrement courte, petite, sèche, réitérée dans la pneumonie du sommet; j'avoue n'avoir pas fait cette remarque. Retenons seulement que, dans la pneumonie infantile, la toux n'est pas en rapport avec l'importance de la lésion. Quand la pneumonie se complique de bronchite, ce phénomène devient plus apparent et les enfants sont tourmentés par des toux incessantes et prolongées.

L'expectoration manque presque toujours, je ne l'ai notée que 14 fois chez 556 enfants; elle ne s'observe que chez les enfants déjà grands (12, 15, 14 ans); il ne faut absolument pas compter sur elle pour faire un diagnostic. Quand elle existe, elle est caractéristique; on voit au fond du crachoir quelques amas gommeux, adhérents, teintés de sang ou rouillés; ces crachats ne diffèrent pas de ceux qu'on observe chez les adultes.

On a prétendu que les crachats rouillés se retrouvaient dans les garde-

robes ou les matières vomies; cela n'est pas impossible, les enfants déglutissant leurs exsudats pneumoniques au lieu de les expectorer. Mais alors il faut s'attendre à voir ces crachats défigurés, délayés, peut-être méconnaissables. Ce qui fait la valeur du crachat pneumonique, en effet, c'est son isolement, sa consistance spéciale, sa couleur; le mélange avec la bile et les matières fécales doit lui faire perdre tous ses caractères.

Le point de côté, nous l'avons dit à propos de l'invasion, existe dans un assez grand nombre de cas, et on peut dire chez tous ou presque tous les enfants assez grands pour traduire avec précision leurs souffrances. Ce point de côté, dont nous avons indiqué la localisation, n'a ni la violence, ni la durée du point de côté des adultes; aussi ne sommes-nous que très rarement portés à le combattre directement par les révulsifs, les scarifications, etc. Je ne reviendrai pas sur les autres manifestations douloureuses, la céphalalgie, les douleurs de ventre, etc.

Du côté de la respiration, on note des troubles très prononcés et très précoces; l'enfant est dyspnéique à un haut degré; couché sur le dos, le faciès animé, les pommettes colorées, les paupières demi-closes, il manifeste une grande gêne respiratoire en même temps qu'un grand abattement. Les ailes du nez battent avec fréquence, la poitrine se soulève avec précipitation. Quand on compte les mouvements respiratoires, on trouve, au lieu de 18 à 20 (chiffre normal), 40, 50, 60, 70, 80 respirations à la minute, c'est-à-dire 2, 3, 4 fois le taux régulier et normal. Le plus souvent les mouvements respiratoires sont fréquents sans cesser d'être réguliers; quelquefois la respiration est irrégulière, saccadée, inégale, à type abdominal très prononcé; l'expiration est pénible, poussée avec bruit, *crachée* (respiration expiratrice, — Rilliet et Barthez); ces inégalités de la respiration appartiendraient aux pneumonies du sommet. La dyspnée est d'autant plus marquée, toutes choses égales d'ailleurs, que le foyer de la pneumonie est plus étendu. Dans quelques cas cependant, il y a discordance entre la dyspnée et la lésion, celle-ci paraissant minime alors que celle-là est très accusée, ou inversement. J'ai vu plusieurs enfants qui, avec un foyer de pneumonie très net, n'avaient pas plus de 20 à 30 respirations par minute. Plus l'enfant est jeune, plus le chiffre des respirations s'élève.

Du côté du tube digestif, on note un état saburral très prononcé des premières voies; la langue est épaisse, couverte d'un enduit jaunâtre, parfois sèche et rôtie comme dans la fièvre typhoïde; on note, en même temps que cette sécheresse de la langue, des fuliginosités des lèvres et des dents. Mais généralement, et en dehors des cas de *pneumonie à forme typhoïde*, la langue est humide et la bouche sans sécheresse. On remarque assez souvent un enduit pultacé sur les gencives.

La gorge est peu touchée par la pneumonie; dans quelques cas rares, l'invasion est précédée par une angine qui peut être pseudo-membraneuse et à pneumocoques; j'ai vu 7 cas de ce genre.

L'appétit est nul, la soif vive, les vomissements persistent rarement après le premier ou le second jour de l'invasion. La constipation est opiniâtre dès le début, et la diarrhée n'est observée que dans de rares circonstances.

La rate ne m'a pas semblé augmentée de volume, quoique Baginsky prétende que la splénomégalie ne soit pas rare dans la pneumonie; quant au foie, quoiqu'il soit moins touché que chez les adultes, quoique la pneumonie bilieuse et icterique soit presque inconnue dans l'enfance, je dois dire que j'ai trouvé plusieurs fois, tant dans les pneumonies de la base que dans celles du sommet, un engorgement passager du foie avec douleur à la pression, le bord hépatique dépassant sensiblement les fausses côtes. Le Dr Tordeus (de Bruxelles) avait déjà signalé cette hépatomégalie dans la pneumonie des enfants, mais il ne l'avait rencontrée que dans la convalescence.

Voici deux cas, observés dans mon service (1896), d'engorgement douloureux et passager du foie accompagnant la pneumonie (fig. 6 et 7).

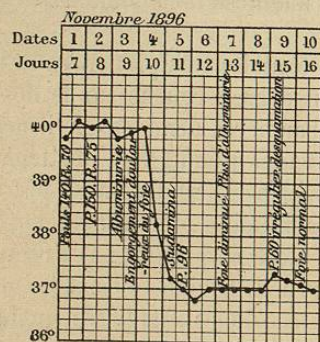


Fig. 6. — Garçon de 5 ans 1/2. Pneumonie du sommet droit. Hypertrophie passagère du foie.

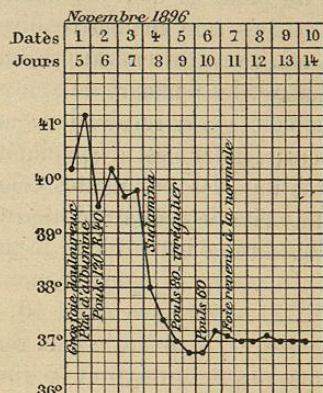


Fig. 7. — Garçon de 6 ans. Pneumonie de la base gauche. Engorgement passager du foie.

Dans un de ces cas, l'hépatomégalie a été accompagnée d'albuminurie (fig. 6). En voici un troisième recueilli à l'hôpital des Enfants-Malades (fig. 8).

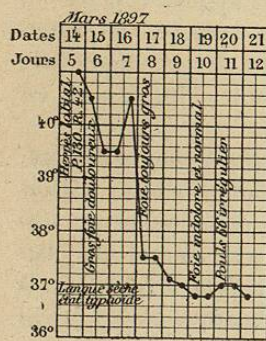


Fig. 8. — Fille de 8 ans. Pneumonie du lobe moyen gauche. Hépatomégalie avec hépatalgie.

Les urines sont rares, colorées, laissant déposer des sels (urates et phosphates) en abondance; les chlorures sont en diminution notable; l'urée, d'abord diminuée, augmente ensuite comme l'acide urique, qui est surtout abondant après la défervescence; on peut trouver de l'urobiline; la densité est élevée comme l'acidité. Puis, en faisant boire abondamment les enfants, on obtient des urines plus claires, et, au moment de la convalescence, on peut avoir une polyurie abondante. Une fois, j'ai observé de l'anurie passagère. L'albuminurie est rare dans la pneumonie des enfants, c'est à peine si on la rencontre 5 fois sur 100, elle est peu abondante, peu durable, et la néphrite pneumococcique est en somme exceptionnelle. Dans

quelques cas cependant j'ai pu constater la présence du sang dans les urines (hématurie par congestion rénale).

Dans le sang, on trouve une augmentation de fibrine; les leucocytes sont

très abondants, les hématies normales; la pneumonie n'est pas une maladie anémiant. Monti et Berggrün (*Ueber die im Verlaufe der loberen Pneumonie der Kinder auftretenden Veränderungen des Blutes*, Arch. f. Kind., 1895) ont examiné le sang de 9 enfants atteints de pneumonie; 5 fois la densité était abaissée, 2 fois normale, 2 fois exagérée; l'hémoglobine était 4 fois au-dessous de la normale et 2 fois égale à la normale; les globules rouges, normaux d'abord, diminuaient à la fin; les globules blancs étaient toujours augmentés, les leucocytes multinucléaires étaient très nombreux.

Le Dr Paul Heim (*Arch. de méd. des enfants*, 1901, page 21) a étudié la leucocytose dans la pneumonie. Il a montré que la pneumonie s'accompagnait presque toujours d'une réaction leucocytaire. La leucocytose existe dès le commencement de la maladie. Son intensité est très variable et ne dépendrait, ni de la gravité de la maladie comme le veulent Monti et Berggrün, ni de la température comme le veut Bockmann. Elle est en rapport (Turck, P. Heim) d'une part avec la virulence des microbes et de leurs toxines, d'autre part avec la réaction de l'organisme. Dans la plupart des cas, la leucocytose augmente lentement pendant la pneumonie pour atteindre son maximum, deux jours ou un jour avant la défervescence. En cas de lysis, le nombre des leucocytes tombe lentement, parallèlement à la fièvre. Dans la pneumonie migratrice, serpiginieuse, le nombre des leucocytes peut tomber après chaque défervescence pour remonter avec la fièvre, à chaque recrudescence.

Comme formes leucocytaires, M. Heim a trouvé dans tous les cas une augmentation très considérable des polynucléaires neutrophiles et une diminution des lymphocytes. Les cellules éosinophiles disparaissent complètement pendant tout le cours de la pneumonie. Avec la défervescence, tout change: les polynucléaires neutrophiles diminuent, les lymphocytes augmentent. Cela arrive tout à coup en cas de défervescence brusque, peu à peu en cas de lysis. Les éosinophiles apparaissent de nouveau dans le sang.

L'absence des éosinophiles à la phase aiguë peut permettre de différencier la pneumonie franche de la broncho-pneumonie. Dans la pneumonie simplement prolongée, on ne trouve pas d'éosinophiles; on en trouve dans la pneumonie migratrice. Dans la pneumonie caséuse, éosinophilie abondante; pas d'éosinophilie dans la pneumonie franche. Dans la méningite tuberculeuse, éosinophilie; s'il n'y a pas d'éosinophilie, on penchera vers la pneumonie avec méningisme.

Du côté du système nerveux, j'ai déjà indiqué les convulsions, qui, chez les enfants prédisposés, peuvent marquer l'invasion de la pneumonie. Je reviendrai sur ces accidents à propos des formes de la pneumonie. Mais sans être ni un névropathe, ni un cérébral, l'enfant peut présenter du délire nocturne, tranquille, avec anxiété, insomnie, etc. Cette agitation fébrile est commune. Chez les tout jeunes enfants elle est souvent remplacée par de l'assoupissement, de l'indifférence, une somnolence anormale. Dans tous les cas, les forces de l'enfant semblent très atteintes; il est las, incapable de rester assis sur son lit, et, quand l'examen se prolonge, il demande grâce. Cet abattement n'est heureusement pas durable et les enfants, une fois guéris, s'en relèvent vite; les forces ne sont pas détruites, elles ne sont que