

M. le Dr d'Espine, sous le nom de *Pneumonie rudimentaire* (Congrès de Rome, 1894), a compris les pneumonies abortives, courtes, éphémères, et certaines pneumonies de durée plus longue. Déjà en 1887 (*Revue de Médecine*) et en 1888 dans la thèse d'un de ses élèves (Genève, Dr Urdariano), il avait décrit deux formes : 1° une forme *prolongée*, de durée égale ou supérieure à celle de la pneumonie vulgaire; 2° une forme *abortive* durant 1, 2 ou 3 jours. Le mot *rudimentaire* n'est pas synonyme d'*abortif*; il indique simplement que les symptômes et surtout les signes physiques sont atténués. Au point de vue anatomique la pneumonie rudimentaire serait celle qui, au lieu d'aboutir à l'hépatisation, resterait à la phase d'engouement, de splénisation, de spléno-pneumonie. Pour faire comprendre la pensée de M. d'Espine, nous allons résumer quelques-unes de ses observations :

(Obs. I.) *Fièvre pneumonique de 12 à 15 jours chez une fille de 9 mois.* — Cette fillette, nourrie au sein, pourvue de 4 dents, a de la fièvre depuis 8 jours; le 17 juillet 1895, on trouve 40° dans le rectum; à peine un peu de toux. Fièvre jusqu'au 24 juillet; le 27 juillet, 37° le matin, 38°,9 le soir; le 28 juillet, guérison. Le 17 juillet, on avait perçu une légère submatité dans la fosse sus-épineuse droite.

(Obs. II.) *Pneumonie abortive rudimentaire et convulsions épileptiformes chez un enfant de 9 ans, fièvre de 2 jours.* — Fièvre brutale le soir du 18 janvier 1894, vomissement le lendemain matin, mouvements convulsifs des membres. Toux rare, point de côté à droite, 40° dans l'aisselle, submatité dans la fosse sus-épineuse droite. A midi, accès épileptiforme suivi d'un second, 39°,7. Le 20, 38°,5 le soir. Le 21, 5° jour, 37° le matin, puis 36° à 37° pendant 5 jours. Guérison.

(Obs. III.) *Pneumonie à rechute de 10 jours, avec infiltration rudimentaire du sommet gauche, enfant de 4 ans.* — Le 24 décembre, frisson, dyspnée, 40°,5 dans le rectum; le 30, 39°,6, 40°; souffle léger et submatité dans la fosse sus-épineuse gauche. Le 31, 40°,1, 40°,5; bains tièdes, le 1<sup>er</sup> janvier, 36°,2, 36°,5; le 2 janvier (5<sup>e</sup> jour), 35°,5, 36°,7. Le 3, 36°,5, 38°,6; le 4, 39°, 40°. Le 5 janvier, 36°,5 dans le rectum; le soir, 39°,4, puis 39°,9. Le 6 janvier (9<sup>e</sup> jour), 38°,1, 36°,6, 35°,9. Le 7 janvier (10<sup>e</sup> jour), 36°,7, 39°,7, 38°,9. Le 8 janvier, 36°,5, 35°,7. Le 9, 35°,5, 36°,7. Guérison.

(Obs. IV.) *Pneumonie à rechute de 7 jours avec infiltration rudimentaire du sommet droit, puis du poumon gauche, chez une fillette de 17 mois, hyposthénie et collapsus.* — Le 19 janvier 1894, début brusque par fièvre et abattement, accès convulsif; 39°,6, submatité dans la fosse sus-épineuse droite; le 20, 39°,5, 40°; le 21, 40°,1, souffle léger dans la fosse sus-épineuse droite, puis 37°,2. Le 22 (4<sup>e</sup> jour), 38°,4; le 23, 39°,5, 39°,7, puis 36°,4, collapsus; le 24, 38°,5, 39°,1, 38°,5, 37°,9, 38°,6; le 25, 37°, 39°,6, léger souffle à l'épine de l'omoplate gauche. Le 26, hypothermie (35°,5), sans collapsus; guérison.

(Obs. V.) *Angine herpétique chez deux sœurs, avec herpès labial et pneumonie rudimentaire.* — 1° Fille de 14 ans prise de fièvre et de mal de gorge le 27 avril; le 28, 39°,5 dans l'aisselle, plaques blanches sur les amygdales; le 29, herpès labial; le 2 mai, submatité au sommet droit. 2° Fille

de 12 ans, prise le 29 avril; le 30, mal de gorge, 39°,5; points blancs sur les amygdales: la culture donne le pneumocoque.

On voit, par ces exemples, que les faits de M. d'Espine sont assez disparates, et que la conception de la pneumonie rudimentaire, jusqu'à présent dépourvue de base anatomique comme la congestion aiguë primitive de Cadet de Gassicourt, reste un peu vague. Tout ce qu'il nous est permis de dire, c'est que, en dehors du *type* de la pneumonie franche avec l'ensemble de ses signes physiques et son cycle régulier, il existe des formes atténuées, avortées, et des formes prolongées. Les formes atténuées sont généralement courtes, *abortives*; les formes prolongées sont au contraire plus graves et, sauf pour les cas à rechute, caractérisées par des signes d'hépatisation. On verra, dans les figures 27, 28, 29, des exemples de la forme abortive commune telle qu'elle se rencontre journellement en clinique. Dans ces formes abortives et rudimentaires, au point de vue des symptômes cliniques au moins, doivent rentrer les *pneumonies cachectiques* dont P. Blasi a parlé au Congrès de Rome (1894). Ce médecin distingué rappelle avec juste raison que, chez les enfants cachectiques, on ne rencontre pas seulement la broncho-pneumonie, mais aussi la *pneumonie lobaire fibrineuse*. Il en cite 28 cas observés à l'hôpital de l'Enfant-Jésus et aux Enfants-Trouvés de Rome. Cette pneumonie, qu'il n'a pas observée en ville, serait propre aux hôpitaux d'enfants; ce sont les enfants délicats, faibles, épuisés par une maladie antérieure, éprouvés par l'air vicié des salles, par le décubitus prolongé, qui seraient prédisposés à cette pneumonie dont le début est insidieux et la défervescence rapide. La maladie est souvent latente et simule la tuberculose :

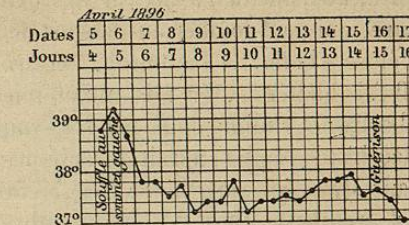


Fig. 27. — Fille de 5 ans 1/2. Pneumonie du sommet gauche. Défervescence lente. (Pneumonie abortive et rudimentaire.)

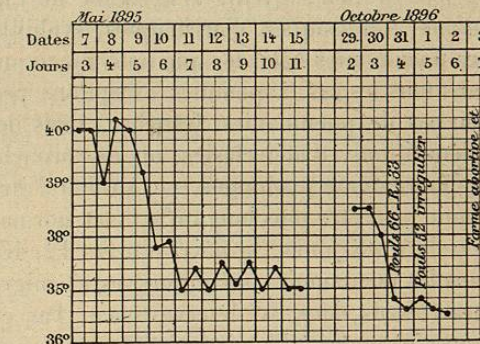


Fig. 28. — Fille de 9 ans. Pneumonie des deux sommets. Défervescence précoce. — Garçon de 8 ans. Pneumonie du sommet droit. Défervescence précoce.

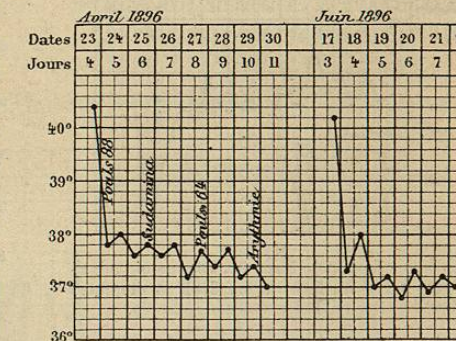


Fig. 29. — Pneumonie abortive et rudimentaire. Fille de 15 ans. Pneumonie du sommet gauche. Défervescence le 5<sup>e</sup> jour. — Garçon de 10 ans. Pneumonie du lobe moyen gauche. Défervescence le 4<sup>e</sup> jour.



il est probable que la congestion passive précède souvent l'hépatisation. Le pronostic en est très grave. La fièvre est modérée (38°, 38°,5), la toux absente ou insignifiante, la dyspnée peu marquée; on note un peu de diarrhée, l'œdème de la face et des extrémités sans albuminurie. La température, qui peut tomber au-dessous de la normale dans le cours de la maladie, s'élève à la fin. A l'autopsie, on trouve une hépatisation lobaire étendue (9 fois bilatérale, 19 fois unilatérale). On voit que, si cette pneumonie est abortive et rudimentaire par ses symptômes, elle ne l'est pas par ses lésions. Racchi (de Naples) aurait observé des cas analogues sans réaction, sans toux, sans dyspnée, sans fièvre (34°,5, 36°,5). Titomanlio croit que cette forme est fréquente chez les enfants athrepsies et hérédosyphilitiques; elle est comparable à la pneumonie des vieillards et des diabétiques; elle est latente, il faut la chercher.

J'ai vu bien souvent, à la crèche de l'hôpital des Enfants-Malades, des enfants athrepsiques, diarrhéiques, syphilitiques, succomber, sans fièvre, à des pneumonies bâtarde que nous ne reconnaissons qu'à l'autopsie; mais dans tous les cas, à quelques exceptions près, j'ai reconnu qu'il s'agissait, non pas de pneumonies franches, mais de pneumonies hypostatiques, de splénisations, d'atélectasies ou de broncho-pneumonies pseudo-lobaires.

**Pneumonie prolongée.** — Au lieu d'être plus court, le cycle de la pneumonie peut être plus long qu'à l'état normal, et cela sans complication. Au lieu de 7 à 8 jours, la fièvre durera 12, 13, 14 jours. C'est généralement dans les pneumonies serpigneuses et migratrices qu'on constate ces énormes retards dans la défervescence. Par exemple, le petit garçon de la figure 50, entré à l'hôpital pour une pneumonie du lobe moyen droit, n'a

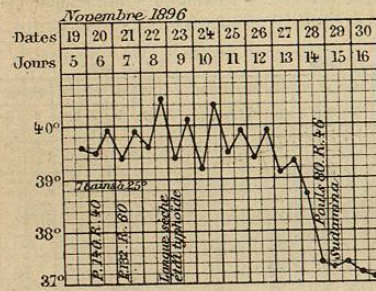


Fig. 50. — Garçon de 5 ans 1/2. Pneumonie migratrice partie du lobe moyen droit et étendue à tout le poumon. Défervescence retardée.

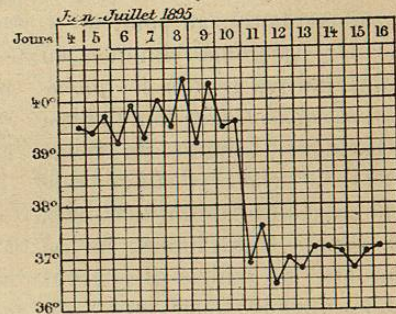


Fig. 51. — Garçon de 5 ans. Pneumonie des deux sommets. Défervescence le 11° jour.

fait sa défervescence qu'au 14° jour, parce que l'hépatisation, au lieu de se borner à ce lobe, a gagné le lobe inférieur, puis le lobe supérieur du même côté, ayant ainsi parcouru successivement et sans rémission toute la hauteur du poumon. La défervescence est aussi retardée quand la pneumonie est double (fig. 31 et 32).

La pneumonie peut être prolongée dans plusieurs circonstances : 1° quand elle est massive et étendue; 2° quand elle est serpigneuse;

3° quand elle est double successive; 4° quand elle est à rechute; 5° quand elle est secondaire (grippe, etc.).

Nous verrons plus loin, quand nous parlerons des complications, que la défervescence peut être retardée par elles. Mais auparavant il nous faut dire un mot des rechutes.

**Pneumonie à rechute.** — La pneumonie intermittente de Ziemssen, pneumonie à rechute, n'est pas très rare chez les enfants, et elle s'observe indépendamment de toute immixtion du miasme palustre. Tantôt la rechute succède presque immédiatement à la première atteinte; à peine la défervescence est-elle accusée qu'une nouvelle ascension a lieu et que les mêmes signes physiques (souffle, submatité) se montrent au point où ils venaient de disparaître. C'est ce qu'on peut voir dans les figures 55 et 54. Tantôt la rechute est séparée de la première atteinte par plusieurs jours d'apyrexie et de résolution complète. La figure 54 montre un exemple de pneumonie du sommet gauche avec deux rechutes complètes et une ébauche de rechute en un mois. La 5° atteinte a été plus intense que les deux premières; la guérison a été obtenue.

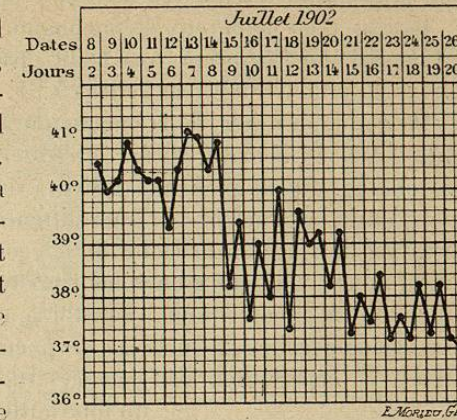


Fig. 52. — Garçon de 2 ans 1/2. Pneumonie double successive (sommets gauche et partie moyenne droite).

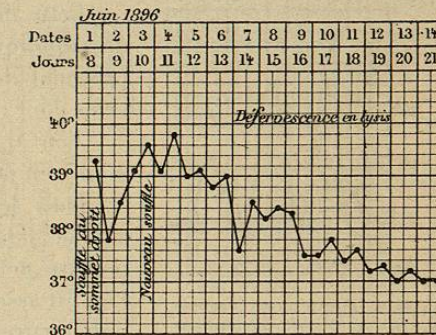


Fig. 55. — Fille de 2 ans. Pneumonie à rechute du sommet droit.

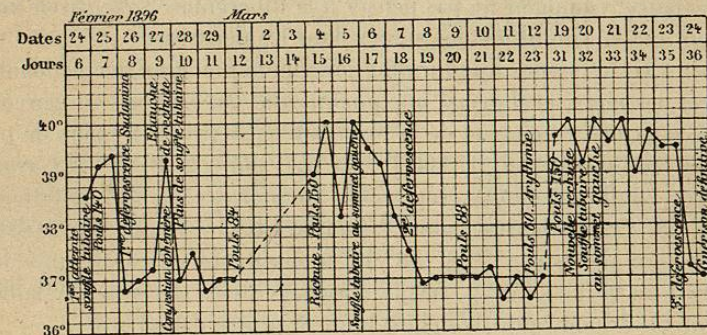


Fig. 54. — Garçon de 5 ans 1/2. Pneumonie à rechutes du sommet gauche. Trois atteintes en un mois.

Tordeus (*Journ. de la Soc. des sciences méd. et nat. de Bruxelles*, 1888) a vu un enfant de 8 ans présenter deux atteintes du lobe inférieur droit avec



une apyrexie intercalaire de 10 jours. La résolution se fit au bout de 5 jours pour la première atteinte, au bout de 7 jours pour la seconde.

Des cas assez nombreux de pneumonie à rechutes ont été rapportés par L. Concetti (*La Pediatria*, mai 1899), par Mlle Marie Kamensky (*Thèse de Paris*, 20 juillet 1899), par Palier (*N. Y. med. Journ.*, 16 sept. 1899).

On doit rapprocher, de la pneumonie à rechutes, la *pneumonie intermittente*. Le Dr B. Behrend (*Ueber die intermittenten Formen der fibrinösen Pneumonie. Jahrb. f. Kind.*, 1894) a vu chez deux enfants la courbe thermique offrir le caractère de l'intermittence : 57° le matin, 41° le soir. Chez un enfant de 4 ans, la maladie dura 5 jours; chez un autre de 6 ans, elle dura 7 jours. L'auteur admet les trois types suivants : 1° fièvre intermittente à forme pneumonique, cédant à la quinine, à type quotidien ou tierce, avec splénomégalie; 2° mélange de pneumonie et de paludisme (infection mixte); 3° hépatisation par poussées successives, fièvre rémittente plutôt

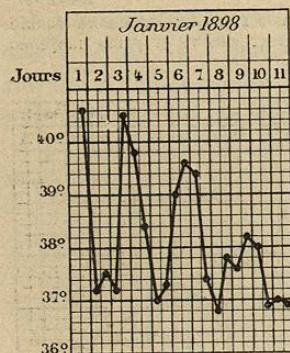


Fig. 55. — Fille de 4 ans. Pneumonie base gauche (forme intermittente).

qu'intermittente, irrégularité des rémissions, longue durée de la fièvre, pas de splénomégalie, guérison sans quinine. Cette dernière forme évidemment n'a rien de paludique; ses caractères cliniques la rapprochent de la pneumonie à rechutes successives dont nous parlons actuellement.

J'en ai observé un cas chez une fille de 4 ans, en janvier 1898 (fig. 55).

Dans les formes à rechutes successives comme dans les formes trop prolongées, on ne peut se défendre d'une certaine inquiétude et l'on est assez porté à incriminer la tuberculose pulmonaire à début pneumonique, d'autant plus que les signes physiques siègent au sommet.

Quand la submatité, le souffle, les râles persistent plusieurs jours après la défervescence, soit dans la fosse sus-épineuse, soit dans la région sous-claviculaire, comment ne pas penser à la tuberculose? Ziemssen insiste avec raison sur la similitude des signes dans les deux cas.

Henoch a vu les signes d'induration pneumonique persister pendant des semaines et des mois, et il décrit une *pneumonie chronique*: un garçon de 6 ans, qui avait de l'eczéma et de la bronchite, est pris le 9 mars de pneumonie de la base droite (40°,6, 160 P., 44 R.); puis 59°,8, 41°. Il y avait de la matité, du souffle, des râles crépitants. Somnolence, délire, agitation. Le 9<sup>e</sup> jour, 57°,8, 58°,2, herpès labial, sueurs, défervescence en lysis. Le 14<sup>e</sup> jour, la toux persiste; 57°,8, 58°,4; la matité ne disparaît qu'à la fin d'avril. Du 4 au 27 mai, 58°,2, 58°,5, crachats striés de sang. A la fin de mai seulement (3 mois après le début) tout est rentré dans l'ordre.

**Pneumonie à forme typhoïde.** — Chez certains enfants, la pneumonie prend les allures d'une fièvre typhoïde. Il s'agit généralement en pareil cas d'une pneumonie du sommet à noyau central; les signes physiques manquent pendant plusieurs jours, quelque soin qu'on mette à les chercher.

Cependant l'enfant est abattu, délirant; il a la langue sèche, rôtie, des fuliginosités aux dents et aux lèvres. Il est dans un état ataxo-adyamique très prononcé. Les signes physiques de la pneumonie deviennent enfin évidents, mais l'état typhoïde persiste, la défervescence est retardée, elle n'est pas brutale, elle simule par ses oscillations descendantes celle de la fièvre typhoïde. Les figures 56 et 57 donnent un exemple bien net et bien complet de cette forme morbide.

**Pneumonie à forme cérébrale.** — Rilliet et Barthez ont décrit, sous le nom de *pneumonie cérébrale*, une forme accompagnée de symptômes cérébraux tels qu'on a pu croire à une méningite. On a dit que ces symptômes cérébraux s'observaient surtout

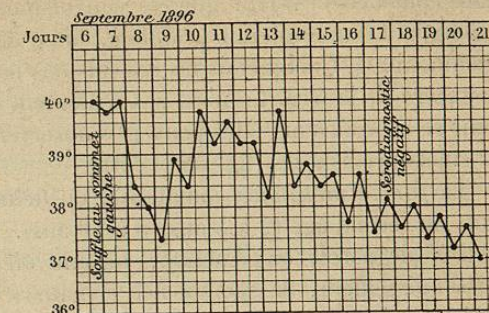


Fig. 56. — Fille de 10 ans. Pneumonie du sommet gauche. Défervescence le 9<sup>e</sup> jour. Rechute et lysis. Séro-diagnostic négatif.

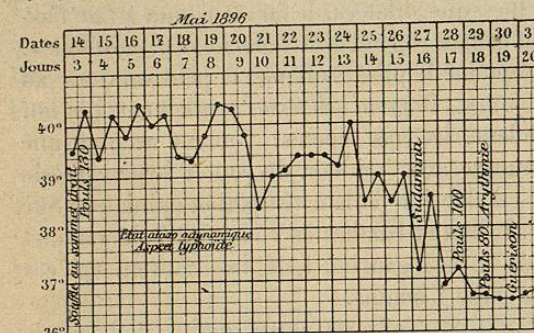


Fig. 57. — Garçon de 7 ans 1/2. Pneumonie prolongée du sommet droit. 46 bains à 23°.

dans la pneumonie du sommet, mais cette remarque perd de sa valeur en présence de la fréquence excessive de la pneumonie du sommet chez l'enfant. Dans les deux cas que j'ai observés, et dont l'un s'est terminé par la mort (fig. 58), la pneumonie siègeait une fois à la base droite et l'autre fois au sommet gauche (fig. 59). Quoiqu'il en soit, la pneumonie cérébrale se présente diversément suivant l'âge et le tempérament des enfants. On distingue une forme éclamptique et une forme méningée.

La *forme éclamptique*, observée chez les sujets très jeunes, chez les bébés, s'annonce par des convulsions générales ou partielles, précoces ou

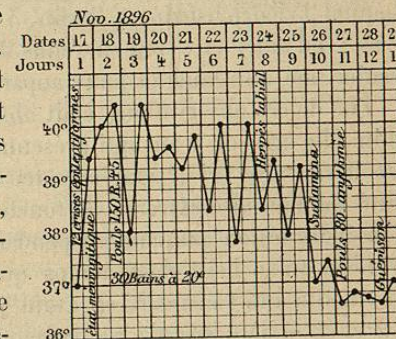


Fig. 58. — Garçon de 4 ans. Pneumonie cérébrale de la base droite. Mort le 6<sup>e</sup> jour avec des accidents épileptiformes. Hépatisation rouge du lobe inférieur droit. Cerveau intact.

Fig. 59. — Garçon de 10 ans 1/2. Pneumonie du sommet gauche. Attaques épileptiformes au début.



tardives, souvent épileptiformes. On ne doit pas dire pneumonie cérébrale chaque fois que l'invasion de la pneumonie sera marquée par des convulsions éphémères : il faut que ces convulsions se répètent avec persistance, témoignant d'une atteinte profonde, sinon durable, du cerveau par le poison pneumonique. Quelquefois les convulsions laissent à leur suite une paralysie passagère de la face. Ce n'est pas seulement chez les bébés que ces convulsions se rencontrent; elles peuvent s'observer dans la seconde enfance, chez les sujets prédisposés (fig. 58 et 59).

La forme méningée comateuse, ou délirante, serait le propre des enfants du second âge (2 à 5 ans, 5 à 10 ans). Ici on rencontre un délire très accusé, de parole ou d'action, continu ou interrompu par des périodes d'assoupissement, de somnolence comateuse : il peut y avoir de la céphalalgie opiniâtre, des vomissements.

Voici un enfant de 5 ans (Rilliet et Barthez) atteint de pneumonie du sommet droit au 8<sup>e</sup> jour et chez lequel la maladie avait débuté par de l'agitation, de l'assoupissement, de la céphalalgie et du strabisme : « L'enfant est couché sur le dos, les yeux demi-ouverts, le regard est tantôt éteint, tantôt étonné, les pupilles sont plutôt contractées que dilatées, le facies a tout à fait l'expression de la méningite, le petit malade répond difficilement aux questions ».

Le délire est parfois le symptôme le plus saillant; il peut survenir au début et disparaître en 2 ou 3 jours, il peut s'accuser seulement à la fin. Dans un cas, le délire était violent, les cris répétés, l'enfant accusait une douleur vive au niveau de la nuque avec raideur du cou et hyperesthésie générale. Quelquefois le ventre est déprimé et la constipation opiniâtre. Sur 10 cas de pneumonie cérébrale, Rilliet et Barthez en comptent 7 du sommet (5 à droite, 2 à gauche), 2 de la base gauche, 1 du lobe moyen. Sur ces 10 cas, il y eut 1 mort, 5 cas graves, 4 bénins.

D'après ces chiffres, on ne doit pas s'effrayer outre mesure de l'apparition inopinée d'accidents cérébraux ou méningitiques.

Parfois la pneumonie cérébrale se présente sous forme de petites épidémies. Exemple : Holdheim a observé dans le service de M. Fürbringer, à l'hôpital Friedrichshain, à Berlin, 5 cas de cette forme de pneumonie fibrineuse; 4 d'entre eux sont survenus dans l'espace d'une même semaine, et le dernier une quinzaine de jours auparavant.

Une de ces observations était absolument typique. Elle avait trait à une petite fille âgée de 4 ans qui présentait des symptômes méningitiques, tels que fièvre vive (41°), état comateux, grincement de dents, délire et sensibilité douloureuse extrême au toucher, sans que l'examen physique révélât la moindre lésion pulmonaire pendant les 6 premiers jours de la maladie. Ce n'est qu'au bout de ce temps que l'on put constater, au sommet droit, une matité qui s'étendait en avant jusqu'au bord inférieur de la troisième côte et en arrière jusqu'à la quatrième vertèbre dorsale. A l'auscultation, on ne percevait en cette région que du souffle bronchique, mais on n'entendait aucun râle. Le même jour, on vit se produire la crise pneumonique, qui éclaira définitivement le diagnostic et permit d'établir un pronostic favorable.

Dans les autres observations, les troubles nerveux prédominaient égale-

ment; les signes physiques de l'affection pulmonaire étaient relativement peu accusés. C'est le poumon droit qui a été le plus souvent atteint (4 fois sur 5). Quant au traitement employé, il a consisté spécialement dans l'usage du vin de Sherry pour soutenir les forces des petits malades, et des bains à 35° ou 36° avec ablutions froides répétées 2 fois par jour. Aucun médicament n'a été administré (*Deutsche med. Wochens.*, 6 février 1896).

Nous bornerons là cette étude des formes cliniques de la pneumonie, nous contentant de signaler la pneumonie intermittente paludique, la pneumonie rhumatismale, la pneumonie bilieuse, etc., pour passer au chapitre des complications.

**Complications.** — Généralement la pneumonie franche évolue chez les enfants sans complication, et la guérison est prompte et complète. Dans quelques cas cependant, il y a des complications qui viennent retarder, entraver ou compromettre la guérison. Nous allons étudier ces complications appareil par appareil.

**Appareil respiratoire.** — Du côté de l'appareil respiratoire on a noté la bronchite qui parfois précède la pneumonie, l'accompagne et lui survit. Tantôt cette complication bronchitique est modérée, tout se borne à quelques râles sonores disséminés qui ne semblent pas faire obstacle à la défervescence (fig. 40). Tantôt l'infection bronchique, staphylococcique ou streptococcique, est des plus nettes; à peine la défervescence s'est-elle prononcée qu'une nouvelle ascension survient et l'enfant

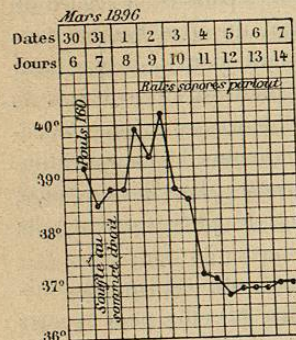


Fig. 40. — Garçon de 5 ans. Pneumonie du sommet droit avec bronchite généralisée n'empêchant pas la défervescence.

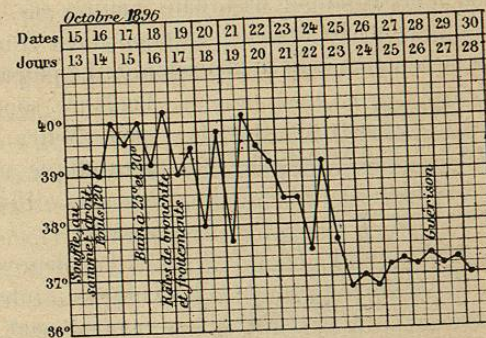


Fig. 41. — Fille de 5 ans 1/2. Pneumonie du sommet droit. Défervescence tardive par complication bronchitique et pleurétique.

pendant 8, 10 jours, 15, 20 jours, présente de grandes oscillations thermiques avant d'entrer en convalescence (fig. 41 et 42). Dans l'observation de la figure 41, l'enfant, en même temps que des râles de bronchite, présentait des frottements pleuraux. Dans l'observation de la figure 42, il n'y avait que de la bronchite, mais une bronchite tenace qui a persisté pendant 5 semaines. Il faut en pareil cas se garder de confondre la pneumonie franche avec la broncho-pneumonie. Il ne s'agit nullement d'hépatisation lobulaire, mais bien d'hépatisation lobaire compliquée de bronchite. D'ailleurs, d'après Hensch, et il doit avoir raison, la broncho-pneumonie vraie pourrait accompagner et compliquer la pneumonie franche.