

dant, nous avons trouvé la diazo-réaction positive dans plusieurs cas de pneumonie, particulièrement dans les formes graves.

Le Dr Variot pense que la radioscopie peut quelquefois faire reconnaître un foyer pneumonique avant l'apparition des signes physiques (Dr Lecoq, *Thèse de Paris*, 12 juillet 1900). Le Dr Weill (de Lyon) a insisté sur un signe bien étudié dans la thèse d'un de ses élèves, le Dr A. Gschwend (Lyon, 1902). Ce signe, qui pourrait être perçu au moment où les signes physiques habituels manquent encore, consiste dans l'immobilité ou le défaut d'expansion thoracique au niveau du sommet et particulièrement de la région sous-claviculaire du côté où siège la lésion, que celle-ci intéresse les lobes inférieurs, moyens ou supérieurs du poumon, qu'elle soit corticale ou profonde. On peut rechercher ce défaut d'expansion, soit à simple vue, soit en appliquant les mains à plat au niveau des creux sous-claviculaires, soit au moyen d'un stilet enregistreur. Ce signe se constate dès les premiers jours de la maladie, avant l'apparition d'autres signes physiques, et il persiste jusqu'après la défervescence, quelquefois fort longtemps. Constant au cours de la pneumonie infantile, il manquerait dans les affections pleuro-pulmonaires (pleurésie, broncho-pneumonie) qui présentent des analogies symptomatiques avec la pneumonie. Il permettrait donc de faire le diagnostic différentiel avec toute maladie ayant un début semblable à celui de la pneumonie.

Enfin, il n'est pas jusqu'à la *méningite* qui ne puisse être confondue avec la pneumonie. Sans parler des méningites pneumococciques qui peuvent compliquer l'hépatisation et qu'il faudra savoir reconnaître à leurs signes propres (coma, délire, convulsions, etc.), il faut apprécier à leur juste valeur les manifestations délirantes du début de la pneumonie à forme cérébrale. Chez un enfant de 10 ans 1/2, que j'ai cité plus haut, la répétition d'accès épileptiformes, le délire, l'état cérébral, m'avaient fait admettre une méningite qui n'existait pas; il s'agissait d'une pneumonie franche compliquée de *méningisme* chez un sujet prédisposé. En pareil cas, le cyto-diagnostic, après ponction lombaire, pourra lever les doutes.

Quand on voit un enfant pris brutalement de fièvre vive, avec ou sans vomissements, turgescence de la face, on doit immédiatement penser à la pneumonie; si les signes physiques manquent, la dyspnée sera là pour témoigner de l'existence d'un foyer pulmonaire caché qui ne tardera guère à se révéler. Quand cette dyspnée manque, la pneumonie sera écartée. Exemple: un petit garçon de 5 ans 1/2 est pris brusquement le 8 mars, à 6 heures du soir, d'un grand frisson, avec nausées; le thermomètre marque 40°, les pommettes sont rouges, il y a de l'agitation, du délire, une toux légère; le lendemain, je trouve une température de 40°, 8, 160 pulsations, 25 à 30 respirations seulement. Auscultation négative. Les jours suivants, même état; le 6<sup>e</sup> jour, 37°, puis 36°, guérison. Il s'agissait d'une angine herpétique, ayant évolué d'une façon absolument cyclique, et ayant présenté l'invasion, le plateau, la durée, la défervescence d'une pneumonie. Tout y était, sauf les signes stéthoscopiques et la dyspnée. J'avais beaucoup de tendance à admettre une pneumonie centrale. Mais la lenteur des mouvements respiratoires démentait ce diagnostic.

L'apparition des signes physiques de la pneumonie vient généralement lever toutes les difficultés; dans quelques cas cependant le diagnostic reste hésitant et nous devons passer en revue les différentes affections pulmonaires qui peuvent prêter à l'erreur.

La *pleurésie*, compagne habituelle de la pneumonie, reste sèche et se caractérise par de légers frottements superficiels, vibrants, se faisant entendre aux deux temps, n'augmentant pas sensiblement par la toux et les efforts. Ces frottements pleuraux de voisinage ne méritent pas de nous arrêter. Mais parfois il y a un épanchement liquide qui se collecte dans les parties déclives et qui donne pour son compte de la matité, du souffle ou du silence respiratoire. Ces foyers pleurétiques peuvent même se traduire par du souffle pseudo-cavitaire avec gargouillement (Rilliet et Barthez). Il y a longtemps que Traube avait observé dans les pneumonies du sommet la possibilité de pleurésies de la base venant compliquer l'hépatisation. La plèvre est malade en regard du foyer pneumonique, mais le liquide qu'elle a sécrété tombe dans le cul-de-sac inférieur et donne l'illusion de deux foyers distincts l'un de l'autre. L'examen attentif du sujet permettra d'éviter une erreur d'interprétation.

Quand la pneumonie est massive, étendue à tout un lobe, à tout un poumon, elle donne lieu à une matité absolue avec apnée complète et même absence de vibrations thoraciques (signe distinctif d'ailleurs sur lequel il ne faut pas compter chez l'enfant). On a été amené en pareil cas à faire le diagnostic de pleurésie, mais la ponction ne donne rien. Dans tous ces cas, en dépit des signes physiques, il faudra pencher vers le diagnostic de pneumonie quand l'invasion brutale, l'hyperthermie, la dyspnée excessive dénonceront cette maladie. La pleurésie, en effet, n'a presque jamais les allures bruyantes de la pneumonie franche; ses symptômes réactionnels sont plus atténués. Plus tard, il ne faut pas oublier que la pneumonie, surtout chez les enfants du premier âge, se complique volontiers de pleurésie purulente, et l'intervention de cette complication sera marquée par une reprise de la fièvre après défervescence, par la réapparition de la dyspnée, la matité, etc. Le diagnostic devra toujours être confirmé par une ponction exploratrice.

La *congestion pulmonaire* simple, traduite par la fièvre, le souffle, les râles crépitants, peut être confondue avec la forme rudimentaire et abortive de la pneumonie; nous ne savons d'ailleurs pas bien si cette congestion pulmonaire, quand elle est primitive, n'est pas une forme atténuée de la pneumonie; quoi qu'il en soit, elle a pour elle son début soudain, sa durée courte, sa résolution rapide et le retour immédiat à l'intégrité anatomique et fonctionnelle.

D'ailleurs la congestion joue un rôle très important dans la pneumonie franche, et elle se traduit à l'oreille par ces bouffées de râles crépitants qui entourent le noyau d'hépatisation. La part plus ou moins grande que prend la congestion au processus pneumonique a pour corollaire un trouble plus ou moins marqué dans les mouvements de la respiration et les battements du cœur. Elle tient étroitement sous sa dépendance la dyspnée qui, d'après Jürgensen, serait due à l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang,



c'est-à-dire à un trouble de l'hématose. Le bain froid, en diminuant la congestion, en favorisant indirectement l'hématose, atténuerait ainsi la dyspnée.

La *broncho-pneumonie*, si fréquente dans les deux premières années de la vie, est souvent confondue avec la pneumonie franche. Or il importe grandement de l'en séparer. Il faut remarquer que la broncho-pneumonie est généralement une affection secondaire succédant soit à une maladie aiguë (rougeole, coqueluche, diphtérie), soit à une maladie cachectisante (athrepsie, rachitisme, syphilis héréditaire, etc.), et dès lors presque fatale. Quand elle est primitive, ce qui se voit encore assez souvent chez les nourrissons, elle a été précédée d'un rhume, d'une grippe, d'une bronchite simple. Dans tous les cas, elle vient compliquer un état morbide antérieur plus ou moins grave. Il n'en est pas de même de la pneumonie dans l'immense majorité des cas, la pneumonie franche est une pneumonie primitive.

En outre, la broncho-pneumonie est une maladie à foyers multiples et disséminés, à signes physiques variables, incertains; elle est ordinairement bilatérale, siège plutôt aux bases qu'aux sommets. La pneumonie, au contraire, est plus fréquente aux sommets; elle est unilatérale et se traduit par des signes localisés et d'une fixité absolue. Toutefois la broncho-pneumonie, au lieu d'être disséminée, peut se présenter sous forme pseudo-lobaire, avec souffle tubaire, matité, etc. Dans ce dernier cas, on aura égard surtout à l'invasion et à la marche de la maladie pour faire le diagnostic différentiel.

Enfin la broncho-pneumonie peut compliquer la pneumonie franche (Henoeh), de même que la bronchite peut aussi compliquer cette dernière. Il faut avoir présentes à l'esprit toutes ces éventualités, dans les cas difficiles. Si l'on ne peut se prononcer tout de suite, la marche ultérieure de l'affection lèvera les doutes.

Il n'est pas jusqu'à la *tuberculose pulmonaire* qui, chez l'enfant comme chez l'adulte, ne puisse prêter à confusion. Cette confusion est peut-être plus facile chez l'enfant, à cause de l'absence fréquente de la toux, de l'absence presque constante des crachats, et de la prédominance aux sommets des poumons. Quand on voit un jeune sujet présenter, au sommet droit ou au sommet gauche, un foyer inflammatoire caractérisé par de la *matité*, du *souffle*, des *râles crépitants* ou *sous-crépitations* ayant parfois l'apparence de *craquements*, malgré l'invasion brutale, malgré la marche rapide, on ne peut se défendre de penser à la tuberculose. Si l'enfant est pâle, faible, délicat, s'il a des antécédents suspects, la *pneumonie caséuse* devient une probabilité. Ce qui rend encore plus anxieux, c'est qu'on voit quelquefois, à l'autopsie, un foyer de pneumonie franche entouré de lésions tuberculeuses. En décembre 1896, je faisais l'autopsie d'un enfant de 2 ans et demi, qui était venu mourir dans mon service au sixième jour d'une pneumonie. Cet enfant, gros et gras, présentait : une hépatisation rouge totale du poumon droit, des ganglions tuberculeux peu avancés du médiastin, une rate granuleuse, un foie gras. Cet enfant, tuberculeux latent depuis un temps plus ou moins long, avait contracté une pneumonie franche qui l'avait foudroyé en quelques jours. Dans ce cas, pendant la vie, il avait été impossible de soupçonner la tuberculose, qui a été une trouvaille d'autopsie.

Quand la pneumonie franche est *secondaire* (rougeole, diphtérie, coqueluche, cachexies diverses), son diagnostic n'est pas aisé. Dans les cachexies surtout l'invasion est atténuée, la maladie peut rester latente; il faut ausculter systématiquement les enfants malades pour déceler le mal dont ils souffrent, et dont ils meurent souvent. P. Blasi a bien insisté sur ces particularités de la pneumonie secondaire des enfants cachectiques. Je renvoie à son travail cité plus haut.

Nous avons à dessein insisté sur les délicatesses du diagnostic, mais il faut bien reconnaître que, pour un praticien exercé, le diagnostic de la pneumonie franche chez l'enfant est ordinairement exempt de difficultés.

**Thérapeutique. — Prophylaxie.** — La pneumonie étant une maladie à contagiosité très faible, très inconstante, l'isolement rigoureux des enfants qui en sont atteints ne s'impose pas. Nous avons bien vu, deux ou trois fois, la pneumonie se déclarer dans les salles hospitalières ou les familles, mais rarement la contagion, la propagation d'enfant à enfant nous a semblé pouvoir être incriminée. Il n'en va pas de même pour la broncho-pneumonie. La prophylaxie de la pneumonie franche sera donc très simple : les enfants bien portants ne devront pas partager le lit ni la chambre de leurs parents atteints de pneumonie; mais doivent-ils quitter l'appartement, la maison? Sans être absolument indispensable, cette mesure sera conseillée par un médecin prudent. Les crachats, quand il y en aura, devront être désinfectés; les garde-robes, qui contiennent les crachats déglutis, seront reçues dans des vases contenant du sublimé à 1 pour 1000 ou du sulfate de cuivre à 5 pour 100. Les linges seront également désinfectés par le sublimé. On nettoiera fréquemment la bouche des enfants malades ou convalescents de pneumonie (gargarismes, irrigations boriquées), pour faire disparaître le pneumocoque qui persiste si souvent dans leur salive.

Il n'y a pas lieu de parler d'immunisation, car nous ne connaissons pas encore de sérum capable de prévenir la pneumonie ou de la combattre quand elle existe. Le sérum *antipneumonique* n'a pas fait ses preuves en clinique. Cependant le Dr Washbourn (*Brit. med. Journal*, 27 février 1897), s'appuyant sur les recherches de Klemperer, de Bonome, de Foà et Carbone, d'Emmerich et Fowitzky, montrant que le sérum du sang des lapins immunisés possédait la propriété de protéger les autres lapins contre l'infection pneumococcique; rappelant que Klemperer, Foà et Carbone, Foà et Scabia, avaient essayé de traiter la pneumonie humaine avec le sérum de lapin immunisé, et Audéoud avec le sérum de pneumoniques convalescents, a immunisé un *cheval* et s'est servi de son sérum dans deux cas; chaque injection de sérum se traduisait sur la courbe par un abaissement, mais la maladie n'a pas été abrégée.

Le professeur G. Tizzoni et son élève L. Panichi (*Gazz. degl. osp. e delle clin.*, 19 avril 1905) ont préparé un sérum antipneumonique qu'ils ont employé chez les adultes et chez les enfants avec des résultats encourageants. Chez un garçon de 14 ans, atteint de pneumonie droite, le Dr L. Panichi a injecté le 2<sup>e</sup> jour, dans une veine du pli du coude, 4 cc. de sérum de lapin immunisé; le 4<sup>e</sup> jour, il a injecté de nouveau 4 cc., et le 5<sup>e</sup> jour,



6 cc. Chaque injection fut suivie quelques heures après d'un abaissement de 2 degrés, sans parler du bien-être. Puis la défervescence se fit graduellement. Auparavant, Talamon avait projeté de traiter systématiquement toutes les pneumonies franches par les injections de sérum antidiphthérique, et le Dr Gonzalez Alvarez a essayé ce traitement avec succès chez 5 enfants atteints de pneumonie (*Bosquejo del tratamiento de la pulmonia*, Madrid 1902). Il injecte 10 ou 20 cc. à 2 ou 5 reprises dans les 24, 36, 48 heures.

**Traitement.** — Nous ne parlerons pas ici des grandes médications perturbatrices qui se sont partagé la faveur des médecins de la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle; la saignée à outrance de Bouillaud, le tartre stibié à la mode Rasorienne sont condamnés sans appel. De la saignée nous n'avons conservé que la révulsion sanglante, par les *ventouses scarifiées* applicables *loco dolenti*. De l'émétique, nous n'avons gardé que les propriétés évacuantes fournies par des doses modérées et inoffensives. Plutôt que de retomber dans les excès de nos pères, nous aimerions mieux nous croiser les bras devant une maladie qui guérit promptement par les seuls efforts de la nature. L'expectation pure et simple, chez les enfants surtout, est préférable à une thérapeutique violente. Déjà Barthez (*Acad. de médecine*, 1862), analysant 212 observations, avait montré qu'une thérapeutique active ne pouvait abrégier ni atténuer la maladie. Nous devons viser à ne pas contrarier la tendance naturelle à la guérison, faire surtout de l'hygiène thérapeutique et attendre les indications pour l'emploi des médicaments actifs. Nous allons donc passer en revue l'hygiène thérapeutique qui convient à tous les cas, et la médication symptomatique applicable à quelques-uns.

1<sup>o</sup> *Hygiène thérapeutique.* — L'enfant sera, autant que possible, isolé dans une chambre vaste, aérée, bien exposée, où l'air et la lumière solaire auront un large et libre accès. Dans les maladies du poumon plus que dans toutes les autres, le renouvellement de l'atmosphère respirable est de première nécessité. Quand on disposera de deux chambres contiguës, on fera bien de les utiliser toutes les deux, l'une pour le jour, l'autre pour la nuit.

La température de la chambre sera maintenue, à l'aide d'un chauffage au feu de bois qui dessèche l'air moins que les calorifères et les poêles, entre 16 et 18 degrés. Si l'air est trop sec, on entretiendra des vapeurs dans la chambre en faisant bouillir de l'eau dans une large casserole.

L'enfant, couché dans son lit, prenant la position qui lui conviendra, devra être laissé seul ou presque seul; pas de visites, pas de conversation à haute voix dans la chambre, pas de bruit; repos absolu du corps et de l'esprit. C'est avec raison que le Dr A. Jacobi insiste sur ces prescriptions hygiéniques (*Therapeutics of infancy and childhood*, Philadelphie, 1896).

Quelle que soit la théorie qu'on professe à l'égard de la balnéation, on serait coupable de négliger l'hygiène de la peau, la propreté du corps et des muqueuses accessibles. Les lavages à l'eau tiède, les bains généraux, les irrigations ou pulvérisations de la bouche, des narines, de la gorge, les nettoyages de l'anus et des parties génitales sont de rigueur pendant la période aiguë de la maladie. Cette toilette quotidienne, faite avec l'eau

bouillie ou boriquée, outre le bien-être qu'elle assure aux petits malades, a l'avantage d'aseptiser les surfaces dans une certaine mesure, et de prévenir les infections. Elle est indiquée dans toutes les maladies aiguës.

La diète du petit pneumonique est très importante; pas d'alimentation solide, cela va sans dire; mais les boissons aqueuses doivent être données en abondance: lait, tisanes d'orge, eau pure, limonade chlorhydrique, tartrique ou acétique, etc. Il faut faire boire les pneumoniques, afin de laver leurs tissus et d'entraîner par les urines tous les matériaux usés, et toutes les toxines qui s'accumulent dans le sang. L'alcool n'est pas indiqué dans les formes normales et régulières; car c'est un toxique en même temps qu'un stimulant, et le besoin de stimulation seul peut faire passer sur le danger d'intoxication.

Si la diurèse est désirable, le fonctionnement régulier de l'intestin ne l'est pas moins. Tous les pneumoniques ou presque tous sont constipés; il faut donc les purger et leur donner à différentes reprises des laxatifs. D'après A. Jacobi, le calomel serait surtout utile pour vider l'intestin, dissiper la flatulence et diminuer la tension artérielle. Indépendamment des laxatifs, il convient de prescrire de fréquents lavages du gros intestin avec l'eau bouillie, tiède ou froide. Les lavements froids vident le côlon, diminuent la température et accroissent la diurèse.

Quand l'enfant sera entré en convalescence, on ne se hâtera pas de lui donner des aliments solides; on attendra 5 ou 6 jours avant de lui permettre la viande et les légumes. Il commencera par des potages, puis mangera des œufs, des crèmes, du poisson, des cervelles, avant de prendre des viandes rouges.

Il sera maintenu au lit jusqu'à la résolution complète du processus pneumonique et ne devra pas quitter la chambre avant deux semaines. Quoique la convalescence soit rapide, quoique les forces se relèvent promptement, il ne faut pas se départir d'une étroite surveillance pendant une période double du cycle de la pneumonie. La pneumonie entraîne une immobilisation de trois semaines.

2<sup>o</sup> *Médication symptomatique.* — Pour les cas légers et de moyenne intensité, l'hygiène thérapeutique, dont nous avons exposé les grandes lignes, peut suffire. Mais, dans quelques cas plus graves, une intervention plus active devient nécessaire, et nous devons passer en revue les divers agents utilisés contre les symptômes intenses, violents, alarmants, de la pneumonie.

Il était de mode autrefois de traiter la pneumonie par une révulsion énergique, et les enfants les plus jeunes et les plus délicats n'échappaient pas au vésicatoire. La plupart des médecins d'enfants, considérant les dangers de ce topique, qui ouvre une plaie, qui menace les reins et la vessie, sans influencer sensiblement l'état du poumon, l'ont définitivement écarté. A. d'Espine (*Action nuisible des vésicatoires au cours de la pneumonie franche infantile*, Congrès de Rome, 1894) déclare avec raison que les vésicatoires n'ont pas d'action sur la marche du processus pneumonique, augmentent inutilement l'agitation fébrile et mettent obstacle à l'emploi des



applications réfrigérantes externes; il ajoute qu'ils peuvent irriter le rein et aggraver la maladie en empêchant l'élimination des toxines. Je suis entièrement de son avis et je n'emploie jamais le vésicatoire dans la pneumonie infantile. Tout au plus peut-on permettre le sinapisme, le cataplasme sinapisé, une ou deux ventouses scarifiées quand il y a un point de côté très douloureux. Les ventouses sèches, qui ne font jamais de mal, peuvent être employées *ad libitum*.

Comme révulsif local, chez les tout jeunes enfants, rien ne vaut la compresse froide, la vessie de glace, la serviette mouillée, le drap mouillé. L'hyperthermie prolongée indique l'emploi de l'eau froide; le bain froid agit avec une remarquable énergie. Les bains et la réfrigération externe sont diurétiques en même temps que toniques; les bains et les compresses froides, voilà le fond du traitement, dit d'Espine. Le meilleur antithermique est le froid, dit Jacobi. Les bains froids seront écartés cependant si le cœur est faible et si les extrémités sont froides: *No cold bath for cold extremities; no more cold bathing when once, after it, the extremities remain cold or cool.*

J'ai remarqué pour ma part (voir la thèse de mon élève le Dr A. Rauline, *De l'influence des bains froids sur le cycle de la pneumonie franche chez les enfants*, Paris, 1895) que le bain froid, à 25 ou 20 degrés, était admirablement supporté par les enfants de tout âge, qu'il donnait des rémissions thermiques momentanées de 1°, 1°,5, 2°, avec bien-être, soulagement de la dyspnée, ralentissement du pouls, augmentation des urines, sédation des phénomènes nerveux (délire, agitation, insomnie), etc. On peut répéter le bain froid toutes les 3 ou 4 heures.

Mais ce n'est qu'une médication palliative, qui n'abrège pas la durée de la maladie, ne modifie en rien le cycle thermique. Si les enfants ne supportent pas le bain froid, on pourra prescrire le bain tiède progressivement refroidi (Bouchard) ou le drap mouillé.

Quand le cœur faiblit, quand l'enfant est menacé de collapsus cardiaque, on pourra essayer la vessie de glace sur la région précordiale.

Le Dr Carl Engel (*Medical Record*, 20 avril 1895) a guéri une fillette de 2 ans, atteinte de pneumonie hyperthermique (42°), en maintenant la glace sur la tête et la glace sur la poitrine pendant 4 jours. C'est surtout quand il y a du délire, des convulsions, des symptômes méningitiques, que la vessie de glace doit être maintenue en permanence sur la tête.

Concurremment, pour abattre les manifestations nerveuses, on se servira des petits lavements de musc, d'antipyrine (1/2, 1 gramme, suivant l'âge), répétés deux ou plusieurs fois dans la journée. Le bromure de potassium, le chloral, le sulfonal, le trional, peuvent être également utilisés. Mais il ne faut pas s'adresser à l'opium, qui congestionne le cerveau, paralyse l'intestin, restreint la sécrétion urinaire, etc.

Quand les urines diminuent, quand le cœur fléchit, il sera bon de le relever avec la digitale (V, X, XV gouttes de teinture: 5, 10, 15 centigrammes de poudre en infusion), avec les injections de caféine (25 à 50 centigrammes par jour), de spartéine (2 à 5 centigrammes).

C'est dans les cas de collapsus, d'adynamie prononcée, qu'on aura recours à l'alcool (potion de Todd, 10, 20, 50 grammes de cognac par jour suivant l'âge). S'il y a du délire, de l'exaltation cérébrale, de l'albuminurie, l'alcool doit être écarté. On s'adressera de préférence alors à la strychnine (1 à 5 milligrammes), ou à la nitroglycérine. On peut aussi faire des injections sous-cutanées d'éther.

Je ne suis pas partisan des antithermiques chimiques dans la pneumonie; je crois que l'antipyrine, la phénacétine, l'acétanilide et même la quinine doivent être écartées. Ce dernier médicament seul pourra être prescrit dans les cas où la pneumonie sera compliquée d'impaludisme.

Dans les cas d'embarras gastrique marqué, j'ai l'habitude de prescrire un éméto-cathartique (2 grammes de sulfate de soude et 5 milligrammes d'émétique par année d'âge dans une potion de 200 à 250 grammes). Par exemple, je donne à un enfant de 10 ans :

℥ Sulfate de soude . . . . .	20 grammes
Émétique . . . . .	0 <sup>er</sup> ,05
Sirop simple . . . . .	10 grammes
Eau . . . . .	200 —

A prendre en 3 ou 4 fois dans l'espace d'une heure.

Sous l'influence de cette médication, l'enfant a 4 ou 5 garde-robes, autant de vomissements, et il en éprouve un notable soulagement. A la dose modérée que je viens d'indiquer, le tartre stibié peut être prescrit sans inconvénient et n'affaiblit pas les malades.

Après l'éméto-cathartique, et dans les cas où la dyspnée sera forte, où la pneumonie sera compliquée de congestion pulmonaire, de bronchite, on se trouvera bien du benzoate de soude, associé à l'acétate d'ammoniaque (2 à 5 grammes de chaque dans un julep gommeux).

S'il y a un gros foie, une teinte subictérique (pneumonie bilieuse), je fais prendre à l'enfant, tous les matins, une petite dose de calomel (2 à 3 centigrammes dans une cuillerée de lait).

Un auteur américain, le Dr George Montagne Swift (*Archives of Pediatrics*, avril 1896), conseille le chlorure de calcium (10 à 15 centigrammes toutes les 2 ou 3 heures) pour accroître l'alcalinité du sang, pour mettre ainsi le sérum dans les meilleures conditions d'élimination des toxines, et pour favoriser en même temps les sécrétions bronchiques. Ce médicament, dissous dans le sirop de salsepareille, aurait encore l'avantage d'augmenter la soif des petits malades et de leur permettre d'absorber une plus grande quantité de lait et d'eau.

Mais en somme la tendance générale aujourd'hui, dans le traitement de la pneumonie franche chez les enfants, est de donner le moins de médicaments actifs possible, et d'avoir recours pour la plus large part à l'hygiène thérapeutique.