



DE LA

PNEUMONIE FRANCHE

RUDIMENTAIRE

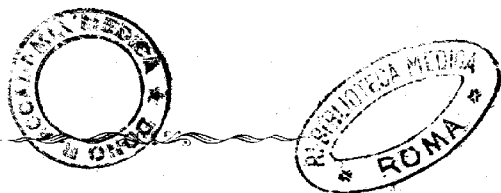
CHEZ LES ENFANTS

PAR

NICOLAS URDARIANO

THÈSE

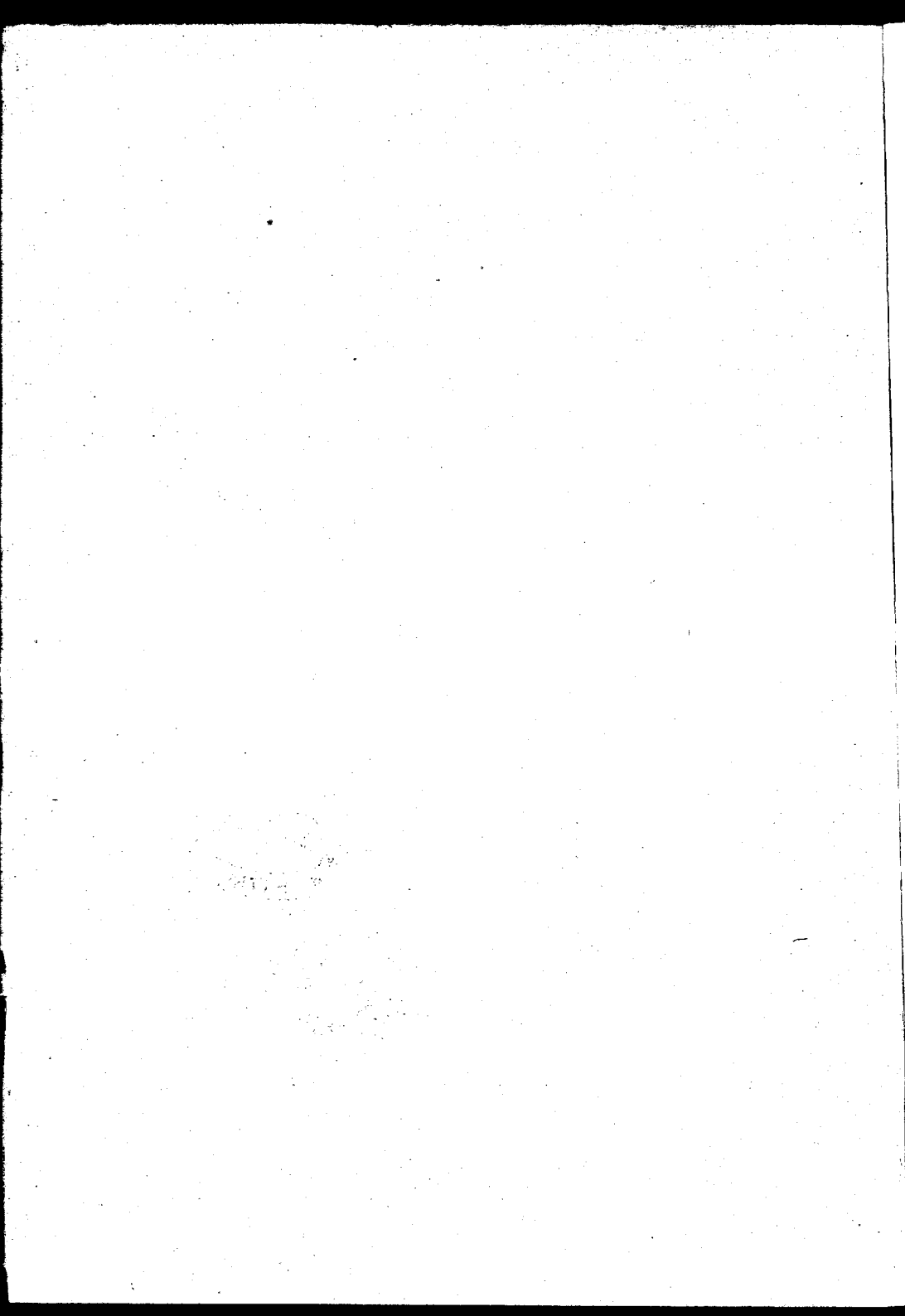
PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE



GENEVE

IMPRIMERIE CHARLES SCHUCHARDT

1888



DE LA

PNEUMONIE FRANCHE

RUDIMENTAIRE

CHEZ LES ENFANTS

PAR

NICOLAS URDARIANO

— ◆ —

THÈSE

PRÉSENTÉE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GENÈVE POUR OBTENIR LE DIPLOME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE



GENÈVE

IMPRIMERIE CHARLES SCHUCHARDT

1888

*La Faculté de Médecine, après avoir pris connaissance de
la présente thèse, en autorise l'impression, sans entendre par là
émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.*

Le Doyen de la Faculté,

G. JULLIARD.

Genève, 29 octobre 1888.

A MONSIEUR LE DOCTEUR D'ESPINE

PROFESSEUR A LA FACULTE

MEDecin DU DISPENSAIRE DES ENFANTS MALADES



INTRODUCTION

La pneumonie franche ou fibrineuse (croupale des Allemands), après avoir été depuis longtemps nettement séparée par ses caractères cliniques et anatomo-pathologiques des autres formes de l'inflammation pulmonaire, a pris rang depuis les travaux bactériologiques de ces dernières années parmi les maladies infectieuses. Sans vouloir entrer ici dans le détail de ces travaux, nous nous bornerons à un résumé de nos connaissances actuelles sur ce sujet¹. Les recherches de Fraenkel² ont démontré que la pneumonie est due à l'action pathogène d'un microbe spécial, le pneumocoque, probablement identique au coccus lancéolé décrit par Talamon³ en 1883, qui peut exister accidentellement dans la salive d'individus sains et qui, sous l'influence de causes encore mal définies, se fixe dans le poumon.

On a constaté sa présence en effet, non seulement dans les crachats et l'exsudat pneumonique, mais aussi dans l'exsudat pleural et dans des péricardites, dans des endocardites et des méningites, survenues comme complications de la pneumonie franche. Les cultures de ce microbe, du pneumococcus de Fraenkel, ne prospèrent que de 30° à 35° et ont une durée éphémère; leur virulence s'atténue

¹ Voir sur ce sujet l'excellent exposé qui vient d'être fait par le Dr H. Barth dans le *Dict. Encyclop. des sciences médicales*, Article Pneumonie.

² *Zeitschrift für klin. Med.*, t. X, 1886, p. 591.

³ Com. à la Société anatomique. Séance du 30 novembre 1883.

au bout de peu de temps et s'éteint même, si l'on n'a pas soin de les renouveler en les faisant passer par le milieu qui leur est le plus favorable, le sang du lapin.

Ces recherches ont été confirmées ces derniers temps par de nombreux observateurs; nous citerons, en particulier, les travaux de Senger¹ en Allemagne et de Netter² en France. Il en résulte pratiquement, que la présence du pneumococcus en quantité notable dans les crachats est un signe précieux de diagnostic dans les cas douteux de pneumonie franche. Le pneumococcus a bien été isolé de la salive d'individus bien portants, mais il n'y est jamais répandu assez abondamment, pour prédominer dans les préparations microscopiques faites avec la salive desséchée.

L'interprétation nosologique des données fournies par les travaux bactériologiques des six dernières années paraît encore difficile sur un point important.

Une première théorie, admise surtout en Allemagne, considère la pneumonie comme une maladie générale dont l'affection du poulmon n'est qu'un symptôme local.

Une seconde théorie, admise par G. Sée et d'autres auteurs français, voit dans la pneumonie une maladie toujours primitivement locale; si le microbe borne son action au poulmon on aura la pneumonie simple, tandis que, s'il envahit le reste de l'organisme, la maladie prendra le nom de pneumonie infectieuse.

Cette question est loin d'être tranchée dans un sens ou dans l'autre. Nous laisserons à l'étude patiente des faits et aux recherches bactériologiques le soin de prononcer dans la suite en dernier ressort. Une discussion appron-

¹ *Archiv für exper. Pathol.* Bd. XX.

² *Arch. de Physiol.* 15 août 1886. — *Arch. gén. de Méd.* mars et juillet 1886.

die de ces différentes hypothèses ne nous semble pas rentrer dans le cadre que nous nous sommes tracé.

Comme toutes les maladies infectieuses d'origine microbienne, la pneumonie franche peut présenter des formes atténuées, rudimentaires, abortives. C'est à ces formes qui dans la pratique infantile jouent un rôle important et sont encore souvent méconnues, que nous avons consacré notre thèse.

Ce travail est basé sur dix-huit observations recueillies par M. le professeur D'Espine à son Dispensaire des Enfants malades, établissement que nous suivons depuis une année et où nous avons étudié nous-même la majorité des cas mis à notre disposition.

Nous saisissons l'occasion de témoigner toute notre gratitude à M. le professeur D'Espine, et nous l'assurons que nous ne saurions jamais oublier la bonté avec laquelle il nous a prodigué toutes les ressources de sa science.

Nous diviserons ce travail en trois chapitres. Le premier comprendra la délimitation du sujet et l'historique des recherches faites sur la pneumonie rudimentaire par nos devanciers; le second chapitre, intitulé partie clinique, contiendra la description et le diagnostic de la maladie chez l'enfant; le troisième chapitre est composé d'observations inédites qui servent de base à notre travail et se termine par un index bibliographique.

DE LA
PNEUMONIE FRANCHE RUDIMENTAIRE
CHEZ LES ENFANTS

I

DÉLIMITATION DU SUJET. HISTORIQUE.

Nous entendons par pneumonie rudimentaire une pneumonie franche, en général de courte durée, pouvant avoir néanmoins aussi la durée de la forme classique, dans laquelle les signes de l'infiltration pulmonaire existent, mais sont réduits à leur plus simple expression, et où les symptômes fonctionnels thoraciques font défaut ou sont si peu accusés, que l'aspect clinique de la maladie est celui d'une fièvre essentielle et non d'une affection pulmonaire.

Kühn¹ qui a proposé cette dénomination dans un travail récent, va même plus loin. Il appelle pneumonies rudimentaires des affections fébriles d'un ou de plusieurs jours de durée, à début brusque et bruyant s'accompagnant de frisson, d'accidents nerveux ou digestifs qui se terminent tout aussi brusquement avec retour complet à

¹ Rudimentäre und larvirte Pneumonien. *Deutsches Archiv für klin. Med.* Band 41, p. 364 et 383. Décembre 1887.

santé sans que l'examen le plus minutieux permette de découvrir les signes physiques ou fonctionnels d'une pneumonie.

Toutes les observations de Kühn sont prises chez l'adulte; il est possible que la recherche du point pneumonique soit plus difficile sur une poitrine d'adulte, l'épaisseur du poumon qui sépare l'oreille du noyau d'infiltration pouvant être considérable. Chez l'enfant nous avons trouvé toujours quelques signes de condensation pulmonaire, à la percussion ou à l'auscultation; dans le cours de la maladie, ces signes manquaient souvent au début, mais une différence dans le résultat de l'exploration entre deux points symétriques du thorax finissait toujours par accuser le point envahi.

Kühn va même plus loin encore. Il fait rentrer dans le domaine de la pneumonie rudimentaire, des angines, des catarrhes bronchiques, les attaques épileptiformes avec fièvre chez les paralytiques généraux. Nous ne le suivrons pas sur le terrain mouvant de l'hypothèse. Nous nous bornerons à donner ici un résumé des vraies pneumonies rudimentaires qu'il a observées.

Le pénitencier de Moringen dont il est médecin, a été un foyer d'infection pneumonique de 1883 à 1885. Sur un chiffre de 2392 habitants du pénitencier, 147 pneumonies ont été soignées à l'infirmerie pendant trois ans, dont 65, c'est-à-dire un peu moins de la moitié, étaient rudimentaires.

Les arguments donnés par Kühn pour prouver que ces fièvres sans signes d'infiltration pulmonaire étaient bien de véritables pneumonies, dues au même agent infectieux que les formes entièrement développées, sont les suivants :

1. Le début brusque avec frisson et point de côté; la

défervescence habituellement critique, souvent accompagnée de sueur profuse, au bout d'un à quatre jours.

2. La présence de l'herpès dans quelques cas.

3. La fréquence dans la même épidémie, de pneumonies classiques et de pneumonies rudimentaires.

4. La succession chez le même malade d'une pneumonie rudimentaire et d'une pneumonie classique.

Étudions maintenant les autres dénominations données par les auteurs à la maladie que nous étudions.

On sait depuis longtemps que la pneumonie franche peut s'accompagner de signes thoraciques insignifiants ou nuls, au moins dans les premiers jours de la fièvre.

Grisolle¹ dans son mémorable traité de la pneumonie, décrit une pneumonie *latente*. « La pneumonie, dit-il, peut être latente, soit parce qu'elle occupe un trop petit espace, soit que, située à une grande profondeur et au centre du poulmon, elle se trouve enveloppée de toutes parts par une portion de poulmon complètement intacte. » Nous acceptons pleinement encore aujourd'hui cette explication de la pneumonie rudimentaire: seulement, pour éviter les confusions, nous croyons qu'il faut réserver la dénomination de pneumonie latente aux pneumonies à infiltration plus ou moins étendue, s'accompagnant d'une réaction fébrile modérée ou nulle et de symptômes fonctionnels si insignifiants qu'on ne songe pas à l'examen de la poitrine. Cette forme, contrairement à la pneumonie rudimentaire qui prédomine chez l'enfant, est presque spéciale aux vieillards. Il arrive souvent qu'en pareil cas on trouve à l'autopsie une pneumonie étendue au troisième degré chez des vieillards qui ont succombé après un ou deux jours de maladie.

¹ *Traité pratique de la pneumonie*, 1841, p. 133.

Wunderlich¹ est un des premiers auteurs qui décrive avec quelque détail les pneumonies incomplètes à marche bénigne et qui ait signalé leur fréquence chez les enfants. Il les désigne sous le nom de *fièvres éphémères pneumoniques*.

Cette dénomination est très bonne pour la fièvre d'un jour, mais ne l'est plus pour celle de trois à cinq jours. Cependant, comme on retrouve dans l'ouvrage de Wunderlich une description magistrale des deux formes qu'affecte la fièvre dans la pneumonie rudimentaire, nous citerons tout entier le passage qui s'y rapporte :

« Abstraction faite des cas toujours assez rares, où la
« marche de la pneumonie est tout à fait apyrétique, on
« en rencontre quelques autres dans lesquels, avec des
« élévations thermiques très modérées et ne durant que
« quelques heures, la limite inférieure de la fièvre modé-
« rée est atteinte, le plus souvent, dès le premier ou
« deuxième jour de la maladie, après quoi la pneumonie
« reste apyrétique dans son cours. »

Le chapitre que Wunderlich consacre aux anomalies de la température dans la pneumonie, est rempli de faits cliniques intéressants: il a même, à notre avis, été trop compréhensif, puisqu'il a confondu dans sa description les fièvres éphémères qu'on observe dans les pneumonies primitives et dans les pneumonies secondaires. Cependant, les deux formes qu'il assigne aux fièvres éphémères pneumoniques, nous paraissent bien se rapporter à la pneumonie franche rudimentaire :

« La fièvre éphémère pneumonique peut être un peu

¹ *De la température dans les maladies*. Traduction française sur la 2^{me} édition, 1872, p. 378.

« plus intense et, dans ce cas, elle affecte les deux types suivants :

« Dans l'une de ces formes, il se présente brusquement une élévation thermique plus ou moins considérable (allant même jusqu'au-dessus de 41°), puis survient aussitôt une défervescence rapide, de sorte que, dès le deuxième ou troisième jour, la température est redevenue normale (*fièvre éphémère acutiforme*).

« Dans une seconde série de cas, l'élévation est lente et graduelle et faiblement rémittente. La température n'atteint son point culminant qui est plus bas que dans la dernière forme (à peine 40°) que le troisième jour de la maladie. Aussitôt après la température tend à l'abaissement et descend à peu près de la même façon qu'elle était montée (*fièvre éphémère prolongée*).

« Tous ces cas de fièvres tiennent à des processus locaux insignifiants et ne deviennent dangereux parfois qu'à la suite de circonstances accessoires. Ils correspondent aux infiltrations modérées plutôt œdémateuses ou aux infiltrations très circonscrites. La forme de l'éphémère acutienne se présente, en outre, dans la pneumonie embolique, celle de l'éphémère prolongée, dans des maladies où de petits foyers pneumoniques se forment à la suite d'un catarrhe bronchique.

« La fièvre pneumonique se présente encore assez fréquemment dans les pneumonies secondaires; ensuite dans les inflammations pneumoniques modérées des petits enfants et des vieillards, des phthisiques, des sujets cachectiques ou très affaiblis; dans ces cas, elle peut en effet avoir des suites très fâcheuses. »

On voit par cette citation que Wunderlich regarde plutôt la forme éphémère de la fièvre pneumonique comme un



symptôme, pouvant appartenir à des pneumonies de causes très diverses. Mais on ne peut nier que beaucoup de points de sa description ne se rapportent à la maladie que nous décrivons aujourd'hui sous le nom de pneumonie rudimentaire.

Le mot de *fébricule pneumonique* est employé également par Bernheim¹ en 1878 dans un mémoire que nous n'avons pu nous procurer.

La dénomination de *pneumonie abortive* est-elle identique à celle de pneumonie rudimentaire ? Déjà employée en 1874 par Jürgensen², elle a été appliquée à la forme que nous décrivons, par MM. D'Espine et Picot³ dans la seconde édition de leur manuel. Baginsky⁴ s'en sert également. Lépine⁵ dans son remarquable article sur la pneumonie en 1880, définit les pneumonies abortives, des pneumonies qui évoluent en moins de cinq jours. Il admet que ce sont des pneumonies congestives, qui ne peuvent pas aboutir à une hépatisation véritable. G. Sée⁶ l'emploie également en lui consacrant un paragraphe spécial :

« La caractéristique de ces pneumonies est, dit-il, la
« rapidité de leur évolution et leur courte durée. Elles se
« terminent en trois ou quatre jours, parfois dès le
« deuxième. La défervescence se fait toujours brusque-
« ment, et rapidement, les signes physiques disparaissent.

¹ De la pneumonie abortive ou fébricule pneumonique. *Mémoires de la Société de médecine de Nancy*, 1878.

² Article Croupöse Pneumonie in *Ziemssen Handbuch*, 1874, V, 2, p. 123.

³ *Manuel pratique des maladies de l'enfance*, 2^{me} édition, septembre 1879, p. 341.

⁴ *Practische Beiträge zur Kinderheilkunde*, 30 Apr. 1880 (I Heft), p. 17.

⁵ Article Pneumonie lobaire aiguë, *Nouveau dict. de méd. et chir. pratique*, 1880, p. 437.

⁶ *Des maladies spécifiques (ou tuberculeuses) du poulmon*, 1883, p. 206.

« On a dit que la lésion, dans ce cas, ne dépassait pas le
 « premier stade et qu'elle était surtout caractérisée par
 « l'hypérémie pulmonaire. Cette affirmation ne peut se
 « baser que sur les signes stéthoscopiques, puisque la gué-
 « rison est constante. Or, le râle crépitant, le souffle bron-
 « chique et la bronchophonie, s'observent ici comme dans
 « les pneumonies ordinaires. Ils disparaissent surtout
 « beaucoup plus promptement.

« Il n'y a donc aucune raison de se refuser à admettre
 « que le processus anatomique est le même, c'est-à-dire
 « constitué par une exsudation fibrineuse coagulable. Ce
 « qui différencie anatomiquement la pneumonie abortive
 « des pneumonies ordinaires, c'est la limitation du pro-
 « cessus morbide, pour une cause qui nous échappe, aussi
 « bien en profondeur qu'en étendue, et la rapidité de la
 « résorption de l'exsudat.

« On peut observer cette forme de pneumonie chez
 « l'adulte et même chez le vieillard (Charcot). Mais elle
 « appartient surtout à l'adolescence et à la deuxième en-
 « fance.

Malheureusement elle ne convient pas à tous les cas. Il existe en effet des pneumonies classiques avec souffle, crachats sanglants, point de côté, etc., qui peuvent se terminer brusquement par résolution du premier au troisième jour; ce sont des vraies pneumonies abortives, qui ne sont pas rudimentaires.

Telles sont les pneumonies d'un jour décrites chez les adultes par Leube¹ qui rapporte les observations de trois cas qui ont présenté tous trois des crachats sanglants et

¹ Ueber eintägige Pneumonie. *Thüringer Arzt. Correspondenzblatt*, April 1877.

des signes physiques très nets. Dans le premier cas, la maladie locale a disparu en même temps que la fièvre; dans les deux autres, il y a eu récédive après un certain intervalle, et dans la récédive la maladie locale a continué à évoluer après la chute de la fièvre. Même dans la troisième observation, les signes physiques ont persisté longtemps et Leube admet un passage à l'induration chronique.

Avant Leube, Jürgensen a également observé des pneumonies abortives et reconnu la forme rudimentaire; il cite la fréquence de la fièvre à début brusque et à défervescence rapide dans la pratique des enfants et ajoute :

« La maladie locale qui accompagne la fièvre (pneumonique), peut être de peu d'importance, mais il n'en est pas toujours ainsi. J'ai vu dans quelques cas, même chez l'adulte, des infiltrations de tout le lobe inférieur, s'accompagner d'une fièvre de moins de trois jours et disparaître rapidement après la chute de la fièvre. Dans de pareils cas, dans lesquels la maladie locale est très développée, on peut parler plutôt de pneumonie à marche très bénigne, que de forme abortive. On réservera cette dénomination aux pneumonies à foyer moins étendu. J'ai souvent observé une série de cas de courte durée. Il y a là un champ fertile à erreur, pour ceux qui croient à l'efficacité du traitement abortif de la pneumonie. »

Un autre argument qui démontre bien que la pneumonie rudimentaire et la pneumonie abortive ne sont pas synonymes, est donné par l'existence de pneumonies rudimentaires ayant la durée classique. Le prof. D'Espine en a publié une observation très probante dans son mémoire sur la pneumonie infantile, présenté au Congrès de Washing-

ton en 1887¹. Il s'agissait d'une pneumonie rudimentaire du sommet droit avec fièvre de huit à neuf jours, herpès labial et présence dans les crachats du pneumococcus de Fraenkel, attestant la spécificité de cette forme atténuée. M. D'Espine propose dans son mémoire d'appeler cette forme atténuée, pneumonie congestive ou *pneumonia vera levissima*, en réservant l'épithète d'abortive pour la variété la plus fréquente de cette maladie, dont la durée ne dépasse pas trois jours.

Le nom de pneumonie rudimentaire proposé par Kühn est préférable à ces dénominations, parce qu'il exprime le fait fondamental de cette maladie, c'est-à-dire la faible densité de l'infiltration pulmonaire et le peu d'importance des signes physiques. La durée est un fait secondaire.

Il nous reste à étudier les relations de la pneumonie rudimentaire avec les faits décrits par quelques auteurs sous le nom de *congestion pulmonaire*.

Le premier en date et le plus important de beaucoup est le mémoire de Woillez sur la *congestion pulmonaire*. Déjà en 1854 dans un premier travail² sur la congestion pulmonaire, considérée comme élément habituel des maladies aiguës, cet auteur paraît entrevoir la maladie qu'il décrit si bien dans son second mémoire de 1866 :

« Ce qui donne à cette congestion pulmonaire un cachet
« tout particulier, c'est l'existence, au début, des symptô-
« mes généraux fébriles. Je dois observer que la fièvre
« peut être éphémère, et la congestion persiste pourtant
« après elle. La congestion est si bien un fait lié à ces

¹ Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile. Lu au Congrès de Washington le 8 septembre 1887, in *Revue de méd.* 1887, p. 97.

² *Arch. génér. de méd.*, vol. I, 1854, p. 367.

« phénomènes fébriles, qu'on la voit manquer lorsque ces
« phénomènes manquent également. »

Mais c'est en 1866 seulement, qu'il trace de main de maître le tableau de la congestion pulmonaire idiopathique¹ ou de ce qu'il appelle encore l'*hyperémie pulmonaire-maladie*, pour la distinguer avec soin des congestions pulmonaires secondaires qui peuvent survenir comme élément mobile ou accessoire dans des maladies thoraciques, comme la broncho-pneumonie ou la pleurésie, et dans les maladies générales comme les fièvres éruptives ou la fièvre typhoïde. Son mémoire est basé sur une cinquantaine d'observations prises chez l'adulte.

Voici d'après Woillez le tableau de la maladie : Le plus souvent, l'invasion est brusque, avec ou sans prodromes ; elle est caractérisée par de la fièvre, accompagnée parfois de frissons, de brisement des membres, de céphalalgie, ou de vomissements. Cette fièvre a pour caractère remarquable et particulier d'être éphémère. En même temps, la percussion dans la plupart des cas et l'auscultation chez tous les malades sans exception, fournissent des signes particuliers qui accompagnent une complication thoracique sensible à la mensuration. Ces signes sont : la submatité plutôt qu'une matité absolue siégeant le plus souvent du côté droit en arrière ; la faiblesse du bruit respiratoire (un tiers des observ.), la respiration soufflante ou souffle bronchique occupant souvent la racine des bronches dans le voisinage de la troisième ou quatrième épine dorsale, presque toujours unilatéral, du côté malade. Les râles humides ont été constatés dans certains cas, mais ils étaient plutôt

¹ Recherches cliniques sur la congestion pulmonaire. *Arch. gén. de méd.*, vol. II. 1866, p. 160.

l'exception. La bronchophonie a été rare. La toux, dans la congestion pulmonaire est nulle ou rare, parfois suivie d'une expectoration muqueuse, incolore, maculée quelquefois de sang rouge non intimement mêlé avec les crachats. Enfin la guérison est très rapide et s'accompagne de la disparition des signes physiques, parfois du jour au lendemain.

Il nous paraît que les traits de la maladie de Woillez que nous avons groupés ici, sont à peu près identiques à ceux que nous étudions chez l'enfant sous le nom de pneumonie rudimentaire.

Cependant les autres traits que nous avons laissés de côté ici, se rapportent plutôt à la congestion pulmonaire aiguë non fébrile, qui peut, comme on le sait depuis longtemps, être une des causes fréquentes de la mort rapide.

Enfin Cadet de Gassicourt¹ décrit longuement, sous le nom de congestion pulmonaire aiguë simple ou idiopathique, des cas à notre avis disparates, dont les uns se rapportent à la pneumonie rudimentaire, les autres à des congestions pulmonaires dues à d'autres causes. Ainsi un des caractères importants de la congestion pulmonaire aiguë simple qui est, d'après cet auteur, la mobilité des signes physiques, n'existe pas dans la pneumonie rudimentaire; la matité et le souffle naissent et meurent sur place. C'est une raison de plus pour ne pas employer le nom de congestion pulmonaire, puisqu'il peut prêter à l'équivoque.

Nous voyons de même Hirne², élève de Bergeron, décrire la congestion simple chez les enfants, avant Cadet de Gassicourt, avec tous les caractères que lui attribue ce

¹ *Traité clinique des maladies de l'enfance*, Paris 1880. Tome I, p. 24.

² *De la fluxion ou congestion pulmonaire simple chez les enfants*, 1876.

dernier auteur. Comme ils ont la même opinion, nous portons le même jugement. Nous tenons à ce sujet à citer, en terminant, l'opinion récente de deux auteurs classiques, Barthéz et Sammé :

« La pneumonie peut s'arrêter au premier degré, c'est
« la pneumonie abortive de MM. Picot et D'Espine, la
« congestion pulmonaire simple de M. Cadet de Gassi-
« court. » Comme nous le voyons, ces deux derniers auteurs ne font pas de différence entre ces deux maladies. Ils en donnent une excellente description.

Nous n'avons pas suivi dans cet exposé l'ordre chronologique. On le retrouvera à la fin de notre mémoire à l'index bibliographique.

II

PARTIE CLINIQUE.

FRÉQUENCE.

La pneumonie rudimentaire est une maladie dont la fréquence doit être grande dans la première enfance si nous en jugeons par la facilité que nous avons eu à en recueillir une quinzaine d'observations dans un laps de temps relativement court. C'est également l'impression de M. D'Espine qui, depuis que son attention a été attirée sur ce point, croit qu'elle joue un rôle prépondérant dans les fièvres à courte durée de l'enfance. Il est difficile actuellement d'exprimer en chiffres cette fréquence, parce que cette maladie passe le plus souvent inaperçue et est classée sous d'autres noms tels que fièvre herpétique, fièvre éphémère, fièvre de dentition, éclampsie fébrile, peut-être aussi fièvre de croissance. En effet ce ne sont pas les organes thoraciques qui attirent l'attention dans le tableau clinique, ils restent dans l'ombre, et les signes physiques demandent à être cherchés.

Cette maladie s'est montrée fréquente chez les enfants d'un et de deux ans, pour devenir rare ensuite.

Age	Filles	Garçons	Total
1 ^{re} année.....	1	4	5
2 ^{me} »	3	2	5
3 ^{me} »	—	1	1
4 ^{me} »	—	3	3
6 ^{me} »	2	—	2
7 ^{me} »	1	—	1
8 ^{me} »	1	—	1
	8	10	18

Le maximum d'âge a été huit ans. Le minimum d'âge a été deux mois.

Quant au sexe nous ne pouvons rien conclure du petit nombre de nos observations.

DURÉE.

La durée de la fièvre a été de douze heures à six jours. Ces différences de durée se répartissent pour nos 18 cas de la manière suivante :

Durée	Nombre de cas
12 heures	4
1 jour	3
2 »	4
3 »	4
4 »	1
5 »	1
6 »	1
Total.....	18

Si nous voulons maintenant rapprocher ce résultat de celui rapporté par M. D'Espine dans son mémoire sur la pneumonie franche infantile¹, nous voyons que dans le der-

¹ P. 101.

nier, sur six cas, quatre ont eu une durée de trois jours et deux une durée de deux jours. Donc dans la grande majorité des cas la durée de la maladie a été de 12 heures à 3 jours. Si nous nous en rapportons aux premières observations, nous pouvons conclure que la durée de la pneumonie rudimentaire est courte. Elle peut cependant se prolonger davantage, si nous en croyons nos dernières observations sur des cas qui ont présenté une durée analogue à celle de la pneumonie franche, mais avec des signes physiques rudimentaires.

D'ailleurs cette tendance qu'a la fièvre d'être de courte durée, ne se rencontre pas seulement dans la pneumonie rudimentaire; nous pouvons en citer comme exemple le cas suivant, dans lequel nous avons observé une pneumonie franche classique, avec une durée de trois jours et des signes physiques intenses accompagnés d'un gros souffle tubaire et de crachats rouillés.

Pneumonie franche classique. Trois jours et demi de fièvre.

K. A., âgé de 4 ans, nourri au biberon. Depuis hier, 10 mai 1888, après midi il a de la fièvre, ainsi que des vomissements.

Le 11 mai, T. R. 39.8. — Actuellement peau brûlante, tremblement des mains; langue sèche; pupilles petites, égales. A la percussion matité du lobe supérieur droit; la tonalité en est plus élevée, la matité s'arrête dans la moitié du triangle sus-claviculaire, qui présente un son normal. A l'auscultation la respiration est soufflante. Toux solitaire indolore. Rate non agrandie.

Le 12 mai, matin, T. R. 39.9. — L'enfant a passé une bonne nuit, hier soir a pris un bain, après lequel il s'est bien trouvé et s'est endormi. Il n'y a pas de changement dans le facies; peau sèche brûlante. Pommettes rouges. L'enfant est toujours abattu, parle cependant bien. A la percussion la matité persiste en dedans et atteint la colonne vertébrale; en avant elle va jus-

que dans le triangle sus-claviculaire, en dehors jusqu'à l'aisselle où elle cesse. On entend très manifestement un souffle dans le triangle sus-épineux droit. Pas de râles, respiration accélérée non dyspnéique.

Soir, T. R. 40.0. — Même facies. Soif. Matité dans le triangle sus-épineux droit s'étendant jusqu'au bord antérieur du trapèze. Diminution du murmure vésiculaire à l'inspiration, expiration normale. Gros souffle aux deux temps, bronchophonie. La toux commence à avoir le timbre gras, elle est rare.

Le 13 mai, matin, T. R. 39.8. — Pas de changement depuis hier au soir. L'enfant a dormi presque toute la nuit.

Soir, T. R. 39.9. — Même état objectif et subjectif.

Le 14 mai, matin, T. R. 37.9. — Le facies est meilleur; pommettes beaucoup moins rouges, la peau n'est plus ardente ni sèche. La matité persiste comme auparavant. Le souffle existe de même mais il est moins fort. Pas de râles. Deux petits crachats rouillés. Respiration moins accélérée. Le petit malade demande à manger et à sortir. Toux rare, grasse.

Soir, T. R. 37.8. — La matité envahit la fosse sus-claviculaire.

Le 15 mai, matin, T. R. 37.2. — L'enfant a passé une bonne nuit. Le facies toujours plus éveillé. Toux grasse et rare. Matité comme auparavant. Souffle plus faible; pas de râles.

Soir, T. R. 37.2. — Tousse un peu plus; a fait de nouveau un crachat légèrement rouillé. Matité persiste. Souffle faible.

Le 16 mai, matin, T. R. 37.2. — A passé une bonne nuit, n'a presque pas toussé. La matité a diminué. Souffle très faible. Râles humides de moyenne grosseur, quand l'enfant toussé.

Il est bien évident que nous avons affaire dans ce cas, à une pneumonie classique ayant une durée de trois jours et demi de fièvre.

LOCALISATION.

Le siège de l'inflammation s'est montré de beaucoup le plus fréquent au sommet du poumon droit, ce que nous montre le tableau suivant :

Sommet droit	16 cas
Sommet gauche	1 »
Base gauche	2 » (dont une rechute).

Quant un processus inflammatoire lui-même, nous ne l'avons jamais étudié directement, n'ayant pas eu de cas mortel. Cependant l'étude clinique suffit pour indiquer que son principal caractère est une légère infiltration. Cette infiltration pourra varier plus ou moins sans pourtant dépasser une certaine limite. Elle est accompagnée de l'hypérémie inflammatoire qui joue aussi un rôle, quoique secondaire.

RÉCIDIVES.

Quatre malades ont présenté des récidives. Chez deux d'entre eux nous avons déjà suivi la première atteinte (obs. I) pour une pneumonie franche, classique et (obs. XI) pour une pneumonie rudimentaire. Dans les deux autres cas, l'atteinte actuelle seulement a été soumise à notre examen (obs. IX, VI). Ce dernier d'ailleurs a eu huit fois la même maladie. Rien d'étonnant dans ce fait; on sait depuis longtemps qu'une pneumonie prédispose à de nouvelles attaques.

RECHUTE.

Un seul cas nous offre une série de poussées successives, ou rechutes, accompagnées chaque fois d'un accès de fièvre éphémère (obs. VIII). La première poussée étant localisée au sommet droit, dure deux jours. Après une apyrexie de douze heures, le troisième jour, la fièvre remonte

et l'on trouve la base du poulmon gauche atteinte: le soir la fièvre tombe de nouveau et l'enfant paraît convalescent. L'apyrexie continue tout le quatrième jour. Le cinquième jour au matin, la température s'élève de nouveau, et les signes physiques à la base gauche qui avaient presque disparu, sont de nouveau très accusés. Le soir apyrexie. Dans la nuit du cinquième au sixième jour, nouvelle et dernière fièvre pneumonique. Nous avons donc eu successivement une pneumonie rudimentaire du sommet droit, puis une pneumonie de la base gauche, séparée de la première par douze heures d'apyrexie et caractérisée elle-même par trois poussées successives, sorte de pneumonie intermittente. Nous ne savons s'il faut attribuer cette chute définitive de la fièvre au sulfate de quinine qui a été donné, ou bien à une simple coïncidence. Ce qui ne nous empêche pas d'avoir affaire à une pneumonie à rechute, car, en résumé, nous ne pourrions pas nous représenter autrement les choses, puisque, malgré la répétition des paroxysmes de la fièvre, nous avons toujours la même marche, les mêmes symptômes, les mêmes signes physiques, en un mot ce qu'il faut pour que les différentes poussées se ressemblent, c'est pourquoi nous répétons que cela ne peut être rien d'autre qu'une pneumonie à rechute.

Si nous consultons les auteurs à propos de cette forme de pneumonie, nous lisons dans Johann Steiner¹ que la marche typique de la température est modifiée quand l'inflammation s'étend en une ou plusieurs poussées dans les autres lobes du poulmon et que l'hépatisation existe encore dans la portion déjà atteinte ou est en résolution. Il appelle cette forme une pneumonie intermittente, saccadée.

¹ *Compendium des maladies des enfants*. Trad. sur la 3^{me} édit., 1880, p. 268.

Wunderlich s'énonce clairement sur cette marche de la fièvre, et nous le voyons traiter dans ses propositions fondamentales ¹ des types intermittents et à rechutes qui offrent de l'analogie avec quelques maladies parmi lesquelles il cite la pneumonie lobaire. Plus loin dans l'article pneumonie², outre la marche typique que la fièvre conserve généralement, il nous enseigne qu'elle peut présenter des formes très variées, continues, rémittentes à rechutes ou intermittentes.

CONVALESCENCE.

La convalescence de nos petits malades a été très courte, le retour à la santé s'est effectué très rapidement, ce qui se comprend vu la bénignité de la maladie. Kühn nous parle d'un long abattement qui suit la fièvre; nous ne pouvons nous l'expliquer que par le milieu spécial où il a recueilli ses observations (pénitencier). Il est vrai que nous avons aussi observé de l'abattement, mais il était très léger et disparaissait avec la fièvre.

Quant à la persistance des signes physiques après la fièvre, nous ne l'avons pas vu dépasser trois jours. La moyenne a été entre un et deux jours.

¹ *De la température dans les maladies*, 1872, p. 22.

² *Ibid.*, p. 376.

Description.

Nous aurons à considérer les symptômes généraux, les signes fonctionnels et les signes physiques.

SYMPTOMES GÉNÉRAUX.

Début. — Un des principaux caractères de la pneumonie rudimentaire est l'envahissement brusque de la fièvre, comme dans la forme classique. On peut même ajouter que c'est le seul phénomène important, car rien d'anormal du côté du poumon n'attire l'attention de l'observateur.

L'enfant peut s'être bien porté toute la journée, le soir venu il s'endort paisiblement et son sommeil se prolonge calme jusqu'au milieu de la nuit. Tout à coup, il se réveille en sursaut, en proie à une agitation coïncidant avec une forte élévation de la température. Souvent aussi ce phénomène apparaît dans l'après-midi, alors même que la santé de l'enfant n'avait rien laissé prévoir de semblable quelques instants auparavant.

Ce début brusque peut s'accompagner de signes précurseurs, comme quelques-unes de nos observations nous le montrent. Il est vrai que si nous avions pu examiner l'enfant au moment où ces signes se manifestaient, nous aurions peut-être constaté l'existence d'une haute température. Cependant nous avons deux enfants qui ont présenté des prodromes, avec une durée de trois jours pour l'un (obs. IV) et de un jour pour l'autre (obs. IX).

Le premier accusa de l'abattement et de l'anorexie, accompagnés de contracture de la nuque. Quant au second, ce fut par de la tristesse et de la somnolence que les prodromes se manifestèrent.

Fièvre. — Quoi qu'il en soit, que le début soit rapide ou lent, avec ou sans prodromes, le symptôme principal est la fièvre avec son cortège habituel d'anorexie, de soif et de forte chaleur qui donne au toucher l'impression d'une sécheresse désagréable. En même temps, ou peu après l'invasion de la fièvre, la respiration change d'allure, elle s'accélère, et, dans quelques cas rares, elle peut présenter le type expiratoire (respiration poussée).

Quand on parle de pneumonie, on se représente un envahissement brusque, une température élevée et stationnaire, puis un abaissement soudain. Cette conception est juste dans la plupart des cas, cependant nous avons observé des cas où l'allure de la fièvre a été progressive, rémittente ou typhique, et différait ainsi du tableau classique. Ces variétés dans la marche de la fièvre de la pneumonie rudimentaire ont été aussi signalées dans la forme classique.

Si nous envisageons maintenant la marche de la température à la période critique, nous la voyons descendre au-dessous de la normale, et cela parfois au moment de la crise ou quelques heures après.

Des cinq cas qui ont présenté cette tendance, dans deux l'hypothermie a coïncidé avec la crise, avec une durée de douze heures pour le premier (obs. I) et de un jour pour le second (obs. IX). Dans le troisième, elle a apparu douze heures après, avec une durée de un jour et demi (obs. VIII). Pour le quatrième, l'hypothermie est survenue douze heures après, avec une durée de un jour (obs. VII). Chez le dernier, elle a apparu vingt-quatre heures après la crise pour durer un jour (obs. VI).

Quant aux caractères propres de la fièvre, nous remarquons qu'elle présente les mêmes signes et les mêmes symptômes que ceux indiqués par les auteurs; nous n'y reviendrons pas. Nous signalerons seulement la fréquence de quelques symptômes concomitants.

Le frisson. — A été observé dans deux cas (obs. IV et XV), durant fort peu de temps et avec une faible intensité.

L'herpès. — A été consigné dans deux observations. Une fois antérieurement à la crise (obs. III), sur la lèvre inférieure, sous la forme d'un petit groupe, et une autre fois (obs. XVIII), postérieurement à la crise, sur le pilier antérieur droit, dessinant un ovoïde parallèle au grand diamètre du voile.

L'épistaxis. — N'a paru que chez un seul malade (Obs. IV) le deuxième jour de la fièvre.

Tube digestif. — Les troubles que nous avons constatés le plus souvent, ont été l'état saburral de la langue, la soif et l'anorexie, qui accompagnent toujours la fièvre.

Nous en avons observé d'autres plus rares et moins intenses, qui se sont présentés à tous les stades de la maladie. Ce sont : dans trois cas des maux de ventre avant le début, que l'on peut considérer à la rigueur comme des prodromes (obs. II, V, XVI).

Chez deux autres enfants, nous notons de la constipation, pour le premier dans le cours de l'attaque (obs. VII), pour le second après la crise (obs. XVIII). La diarrhée s'est présentée une fois pendant la fièvre (obs. II) et deux fois après (obs. I, XVI).

Pour nous résumer, disons que nous avons noté dans huit cas des troubles digestifs de durée courte et sans aucune gravité.

Quant au vomissement observé si fréquemment au début

de la pneumonie classique, et cité par tous les auteurs comme un des signes importants du début, nous ne l'avons observé que trois fois (obs. V, VIII, IX). Nous pourrions alléguer que le vomissement ne se présente pas souvent dans la pneumonie rudimentaire franche. Mais notre faible moyenne provient peut-être d'une simple coïncidence entre l'apparition de la fièvre et l'état plus ou moins chargé de l'estomac, car la réplétion de la cavité stomacale exerce une certaine irritation qui entraîne le vomissement.

Système nerveux. — Les complications nerveuses n'ont pas été fréquentes, malgré la localisation du processus aux lobes supérieurs du poumon, ce qui, pour beaucoup d'auteurs, entre autres pour G. Sée, prédispose aux accidents céphaliques. Nous allons maintenant passer en revue les différents symptômes présentés par nos malades :

Convulsions. — Quatre enfants en ont été atteints l'un au début (obs. X), l'autre à la fin de la maladie (obs. IX). Deux d'entre eux ont eu des convulsions dans les bras avec clignement des yeux. En ce qui concerne les deux autres, l'agitation a été plus violente (obs. XI, XIII). Pour le dernier, elle s'accompagna en outre de grincements de dents et d'écume à la bouche.

Céphalalgie. — Ce symptôme a été observé trois fois : on ne l'a constaté qu'au début (obs. III, IX), ou bien il s'est manifesté pendant toute la durée de la fièvre (obs. VII). Ce peu de fréquence de la céphalalgie peut être attribué à l'excessive jeunesse des enfants qui ne savent pas exprimer leurs sensations. Les trois cas que nous venons de mentionner, sont une confirmation de cette opinion, car nous avons eu affaire à des enfants plus âgés qui savaient déjà rendre compte de leurs sensations.

Le délire. — A été remarqué trois fois : pour l'un douze heures durant (obs. IV), pour les deux autres il fut plus accusé et dura plus longtemps (obs. V, VII).

La perte de connaissance. — A été notée deux fois (obs. X, XIII).

L'hypéresthésie. Un seul cas à noter (obs. V). C'était une douleur à la région épigastrique, sans augmentation à la pression. Le cas offrait quelques analogies avec la péritonite ; on aurait pu s'y tromper, mais l'absence du ballonnement du ventre d'un côté, et l'apparition des signes pulmonaires de l'autre ont bientôt révélé la nature de la maladie.

La contracture de la nuque. — Le petit malade qui a présenté ce symptôme, a été atteint huit fois de la même maladie (obs. VII). Chaque crise se fit remarquer par une raideur de la nuque et un gonflement des régions sous-maxillaires.

Pour nous qui n'avons observé cet enfant que la dernière fois, nous pouvons affirmer avoir été en présence d'une pneumonie rudimentaire, car tous les signes physi-ques de cette affection étaient présents.

Quant aux attaques précédentes, selon l'assertion du père interrogé par nous, les caractères ont toujours été analogues.

La raideur de la nuque ne peut s'expliquer que par un retentissement de la fièvre pneumonique sur la moelle cervicale.

Système urinaire. — Le bas âge des enfants et le fait qu'ils étaient soignés à la maison, nous ont empêché de faire chaque jour et pour chacun, en particulier, l'examen de l'urine. Cependant, toutes les fois que l'occasion s'est offerte, nous avons trouvé, jusqu'au début de la crise, une

urine peu abondante et passablement chargée. La crise terminée, après une période polyurique, l'urine revenait à son état normal. Dans ces différents examens, nous n'avons pas rencontré de traces d'albumine.

SIGNES FONCTIONNELS.

Point de côté. — Aucun phénomène semblable ne nous a été signalé, mais nous devons tenir compte de la difficulté d'examiner des enfants en si bas âge.

La toux. — A existé dans tous les cas, sauf trois (obs. VI, IX, XVIII), mais elle n'a apparu qu'à de longs intervalles et elle n'a présenté aucune gravité. Son allure a été presque toujours uniforme, c'est-à-dire sèche, rare et solitaire au début, pour devenir grasse et plus fréquente vers la fin de la maladie.

Toutefois, soulignons un cas où elle a été fréquente, sans être jamais quinteuse (obs. III).

L'expectoration. — Tous les auteurs admettent l'extrême rareté et même l'absence totale de l'expectoration chez les enfants jusqu'à l'âge de cinq ou six ans. Cette règle nous semble trop absolue, car, en recommandant à la mère d'inviter l'enfant à l'expectoration quand le crachat se trouve dans l'arrière-gorge, et de veiller à ce qu'il ne l'avale pas, on arrive parfois à un résultat différent. C'est ainsi que chez deux de nos malades nous avons pu recueillir des produits d'expectoration.

L'un de ces cas a déjà été mentionné précédemment ; il s'agit d'une pneumonie franche classique chez un enfant de quatre ans : et c'est dans l'autre que le pneumococcus

de Frankel¹ a été trouvé à la suite des recherches de M. D'Espine (obs. VII). Dans le premier cas, l'enfant a expectoré un jour deux petits crachats et un seul le lendemain. Ces crachats présentaient tous les caractères de ceux de la pneumonie franche de l'adulte, c'est-à-dire qu'ils étaient gluants, rouillés, etc.

Le second enfant atteint de pneumonie rudimentaire a rendu un seul petit crachat verdâtre, visqueux.

La respiration. — Dès que la fièvre s'est déclarée, le système respiratoire subit des modifications; la plus importante et la plus fréquente est l'accélération qui est constante, mais qui se produit, il est vrai, à des degrés différents.

La dyspnée. — N'a existé dans aucun cas. Nous entendons par là qu'il n'y a jamais eu ni anxiété, ni battement des ailes du nez, ni tirage, ni suffocation.

SIGNES PHYSIQUES.

Ces signes sont de la plus haute valeur pour reconnaître la forme de pneumonie que nous étudions.

Il faut donc les rechercher minutieusement. Les difficultés qui peuvent survenir proviennent: 1^o du jeune âge du malade, qui ne se prête pas aussi facilement que l'adulte à l'examen; 2^o des signes eux-mêmes qui, vu leur peu d'intensité, peuvent au début laisser le diagnostic en suspens. Néanmoins, un examen scrupuleux répété patiemment à plusieurs reprises permettra toujours de les constater.

Dans la recherche de ces signes, nous n'avons eu

¹ Voir la planche à la fin de la thèse.

recours qu'à la percussion et à l'auscultation, négligeant la palpation, d'abord à cause des résultats douteux qu'elle donne fréquemment, et ensuite parce qu'elle n'a que peu d'importance dans la pneumonie rudimentaire.

Percussion.

Ce n'est pas sans difficultés que l'on peut trouver les signes plessimétriques chez les enfants, surtout dans les cas qui nous occupent. Aussitôt qu'on veut l'examiner, l'enfant se cramponne au cou de sa mère en pleurant et en se débattant, et cette agitation rend la tâche de l'examineur difficile. Est-il plus calme, permet-il qu'on l'approche, nous ne sommes pas encore au bout de notre peine. Une mauvaise position du corps ou des bras même suffit à nous donner une fausse matité, comme nous avons pu nous en rendre compte par quelques expériences. Toutes les fois que nous l'avons pu, nous avons mis l'enfant dans la position suivante : Nous l'asseyons sur son lit ou sur les genoux de sa mère, les bras libres, s'il est assez grand pour se tenir seul; en cas contraire, la mère le soutient par les flancs, avec les deux mains. C'est dans cette position que nous avons le moins de chance d'erreur pour percuter le poumon malade. Il faut, autant que possible, veiller à ce que l'enfant conserve la même position pendant toute la durée de la recherche. On peut aussi coucher l'enfant à plat ventre. On doit percuter légèrement, vu le peu d'épaisseur de la cage thoracique chez l'enfant.

Le meilleur plessimètre est la deuxième et la troisième phalange de l'index gauche faisant corps avec la partie à percuter.

La petite dimension du dos de l'enfant permet de com-

parer l'état des deux poumons, sans déplacer les doigts, en appliquant le médius sur un côté et l'index sur l'autre, ce qui suffit en gros pour voir s'il existe une différence, et si elle est bien marquée.

Chez tous nos petits malades, la percussion nous fit dès le début de la fièvre constater les changements survenus dans la sonorité normale du poumon, excepté dans un cas (obs. V), où les signes apparurent vers le milieu de la période finale, et un autre cas (obs. II) où ils ne se montrèrent qu'à la fin. Dans tous les cas, les signes de condensation pulmonaire ont été légers.

En étudiant en particulier les diverses variétés de la sonorité, nous aurons à considérer :

La submatité. — Nous avons rencontré la submatité avec des variations, depuis l'intensité la plus légère jusqu'à la matité vraie, sans cependant jamais l'atteindre. Quatre cas ne l'ont pas présentée (obs. V, VI, XIV, XVII).

Diminution du son. — Cette seconde variété apportée dans le changement du son pulmonaire s'est montrée six fois (obs. V, VI, VII, XIV, XVI, XVII).

La résistance au doigt. — A été notée deux fois (obs. VI, XI).

Le triangle sus-claviculaire a été envahi quatre fois par la matité : deux fois en même temps que le triangle sus-épineux (obs. III, XII), et deux fois après que la résolution avait commencé dans le triangle sus-épineux (obs. XIV, XVI).

Les limites de la matité dessinent habituellement très exactement la ligne de démarcation entre le lobe supérieur et le lobe inférieur en arrière. Elles circonscrivent la fosse sus-épineuse et en dehors du côté de l'aisselle un petit triangle appartenant à la fosse sous-épineuse.

Auscultation.

Lorsqu'on ausculte les petits malades, on rencontre les mêmes obstacles que pour la percussion; il faut donc avant tout prendre ses précautions et savoir choisir son moment. Ainsi, pendant les pleurs, il sera impossible de percevoir quelque chose de net, par suite du trop grand intervalle entre les deux temps de la respiration, qui peut varier de six à sept secondes, et à cause de l'inspiration qui devient courte et superficielle. Il est donc nécessaire de laisser l'enfant inspirer deux ou trois fois profondément, et de choisir cette occasion pour l'ausculter. Une deuxième difficulté à éviter est celle qui tient à la durée de l'examen. L'auscultation doit être courte vu l'irritabilité des petits enfants. C'est pour cela qu'il faut y revenir avec persévérance sans fatiguer le petit malade.

Nous avons pu observer à l'auscultation des modifications de la respiration, sans que jamais le timbre fût celui du véritable souffle tubaire. Quoique nous nous soyons servi de différents termes tels que respiration bronchique, léger souffle, le sens que nous leur attribuons est le même.

La respiration s'est trouvée modifiée de la manière suivante.

Respiration broncho-vésiculaire. — Ainsi appelée par Austin Flint, pour indiquer que ce n'est plus la respiration normale, bien que la différence soit très minime. Elle s'est montrée huit fois (obs. III, V, VII, VIII, XI, XII, XIV, XVIII).

Respiration rude. — A existé dans deux cas (obs. XVII, VIII). Dans le dernier d'entre eux nous la constatâmes à la fin de la pneumonie, alors qu'elle occupait le sommet droit; comme nous avons eu l'occasion de suivre ce dernier ma-

lade assez longtemps à cause des rechutes, nous avons pu remarquer la persistance de la rudesse deux jours après la crise.

Respiration bronchique, léger souffle. — Parmi les dix malades qui ont offert ces symptômes, il n'y en a qu'un chez lequel il se rapprochait vraiment du véritable souffle (obs. VIII). Chez les autres on entendait un timbre beaucoup moins prononcé (obs. II, III, I, VI, IX, X, XII, XIII, XV).

Bronchophonie. — Cinq enfants ont présenté de la bronchophonie (obs. III, IV, VII, X, XVI). Ce symptôme aurait été peut-être plus fréquent, sans le jeune âge des autres malades qui a empêché de le constater. Il nous est arrivé souvent d'éconter le poumon sans rien entendre, mais dès que l'enfant émet un son, on est à même parfois de percevoir cette modification qui auparavant n'était pas entendue.

Râles de retour. — Les râles humides que nous avons entendus, provenaient de la région envahie par la matité : jamais ils ne furent généralisés. Leurs caractères étaient d'être peu intenses, de grosseur variable et de faible durée (obs. IV, VIII, XIII, XIV, XVI).

Diminution de la respiration. — Quoique nous ne l'ayons notée que dans deux cas (obs. VII, XVIII), la diminution de la respiration s'est montrée plus fréquemment.

Absence de la respiration. — La disparition de la respiration a été notée dans trois cas (obs. II, IV, VII). C'est un phénomène habituel de la pneumonie rudimentaire et parfois le seul signe stéthoscopique.

Diagnostic.

Les maladies qui offrent de la ressemblance avec la pneumonie rudimentaire, sont nombreuses, surtout si cette dernière est à son début. En effet, outre les affections qui ont leur centre dans le poulmon, nous en avons d'autres qui n'ont aucun rapport avec l'appareil respiratoire. Parmi les maladies que nous avons cru se rapprocher le plus de la pneumonie rudimentaire, nous signalerons :

La bronchite.—L'inflammation des bronches peut aussi offrir des points de ressemblance avec la maladie qui nous occupe, par la brusque invasion d'une forte fièvre, lorsque le catarrhe se trouve dans les petites ramifications. Ils sont plus disséminés, plus mobiles et occupent plus souvent les bases que les sommets. La dyspnée est plus accentuée, la toux plus fréquente et plus quinteuse. A l'auscultation, les râles sont la règle dans la bronchite capillaire et la bronchopneumonie; dans la pneumonie rudimentaire, ils manquent souvent et quand ils existent, ils sont rares et ne sont jamais secs.

La fièvre de dentition. — Comme l'affection que nous traitons peut se rencontrer chez les enfants au moment du travail de la dentition, nous devons examiner quels sont les signes qui peuvent les rapprocher. Steiner¹, tout en faisant de larges restrictions, admet l'influence que la dentition pourrait avoir sur les maladies locales ou généra-

¹ *Compendium des maladies des enfants*, p. 371.

les, mais il pense que la plupart du temps c'est une simple coïncidence. Plus loin pourtant il dit que pendant l'éruption des molaires il peut y avoir un certain changement dans le caractère de l'enfant, de l'agitation et même un léger mouvement fébrile. Nous croyons que la fièvre de dentition est rare et quand elle existe, qu'elle ne dépasse guère 38,5 ou 39°. La plupart des fièvres de dentition sont probablement des pneumonies rudimentaires méconnues.

La fièvre éphémère. — C'est encore là une des manifestations fébriles qu'on doit mentionner souvent à la place d'une pneumonie rudimentaire. Il n'y a rien d'étonnant puisque la fièvre éphémère peut avoir un début brusque accompagné d'une forte température. On est d'autant plus induit en erreur que la recherche des signes physiques ne donne aucun résultat. La fièvre à elle seule devrait pourtant amener quelques soupçons, car dans cette maladie elle n'acquiert pas continuellement des degrés comme ceux de la pneumonie rudimentaire, puis l'auscultation et la percussion répétées avec soin finissent bien par nous montrer le vrai mal.

La fièvre typhoïde. — Il semble au premier abord peu probable que la fièvre typhoïde puisse être confondue avec une pneumonie. Chez l'enfant, néanmoins, ce diagnostic se pose souvent dans la pratique. A cet âge en effet, la forme bénigne de la fièvre typhoïde ne présente dans la première semaine bien souvent que les symptômes fébriles, sans les signes précurseurs qui chez l'adulte permettent souvent de la reconnaître avant l'apparition des taches rosées; la fièvre n'est pas toujours rémittente, elle peut être continue, ce qui augmente la possibilité d'une confusion avec une pneumonie du sommet dont les signes physiques tar-

dent à se manifester. Par contre, dans des cas exceptionnels, la fièvre dans la pneumonie rudimentaire, au lieu d'affecter le type continu, prend le type rémittent ou même intermittent. Notre observation II en est un exemple frappant. Comme l'enfant avait en même temps de la diarrhée, le diagnostic est resté en suspens, jusqu'à ce que la percussion eût donné la preuve évidente d'une condensation du tissu pulmonaire au sommet droit.

La méningite franche. — L'observation X est un exemple très frappant de ressemblance avec les symptômes de la méningite; l'enfant sort pour s'amuser, il est en parfait état de santé; au milieu de ses jeux il tombe sur le front. Il retourne à la maison, et mis au lit aussitôt, il ne tarde pas à perdre connaissance, son corps est agité de convulsions. Rien ne peut exclure à ce moment l'idée d'une méningite franche; mais après un certain laps de temps, l'apparition des signes physiques survenue après douze heures de maladie et la disparition du coma coïncidèrent avec la diminution de la fièvre et permirent de poser le diagnostic de pneumonie rudimentaire.

Pronostic.

Une pneumonie franche exempte de toute complication guérit presque toujours, à plus forte raison la pneumonie rudimentaire qui est l'expression la plus légère de cette dernière. Mais, comme il n'y a pas de règle sans exception,

nous ferons quelques restrictions dans les cas que nous présentons. En effet, l'observation VI en est à sa huitième attaque, d'où l'on peut conclure que le pronostic n'est pas tout à fait rassurant, nous ne parlons pas bien entendu de celui de sa dernière attaque mais de celui que nous posons pour l'avenir. Les récidives pourront se renouveler, et la pneumonie au lieu d'être rudimentaire pourra être sérieuse.

En résumé, si nous nous basons sur ce que nous avons vu, nous pouvons dire que le pronostic de la pneumonie rudimentaire est tout ce qu'il y a de plus bénin, malgré des symptômes nerveux en apparence alarmants. En pareil cas, le pronostic dépend du diagnostic.

Traitement.

La thérapeutique n'a à intervenir dans cette forme de pneumonie, que pour parer au malaise fébrile, quand il est très accentué. Pour notre part, nous n'avons pas eu besoin de recourir souvent à des médicaments, ce qui est bien compréhensible, puisque plusieurs fois la fièvre n'a duré que douze heures, suivie de près de la disparition des signes physiques. En général, nous avons eu recours aux enveloppements humides et froids que Steiner recommande au début de la pneumonie. M. le professeur D'Espine de même les regarde comme très efficaces contre l'agitation et la dyspnée. Nous avons employé aussi les

bains tièdes, autre apyrétique externe que M. le professeur D'Espine préconise beaucoup, et dont nous avons pu nous-même apprécier les excellents effets. L'alcool sous la forme de cognac, mélangé avec du lait ou avec de l'eau sucrée, le benzoate de soude dans une potion à la dose de 50 centig. à 1 gr. (à prendre par cuillerée à café toutes les deux heures), l'alcoolature d'aconit (V à X gouttes en potion), ont été les seuls médicaments que nous ayons prescrits à l'intérieur, dans le cours de la pneumonie rudimentaire. Dans le cas de fièvre violente, on pourra donner un lavement de sulfate de quinine (0,25 à 0,50). — (Voir obs. IX.)

Les symptômes nerveux (convulsions, coma, etc.), qui accompagnent parfois le début de la maladie, pourraient par leur intensité ou leur gravité momentanée, nécessiter quelques autres prescriptions. Nous recommanderions en pareil cas la vessie de glace sur la tête et si les convulsions étaient violentes, une potion avec 1 ou 2 grammes de teinture de musc et du bromure de sodium à la dose de 0,50 à 1,50 suivant l'âge de l'enfant.

CONCLUSIONS

1° La pneumonie rudimentaire est une maladie qui existe fréquemment chez les enfants.

2° Dans deux cas le pneumocoque de Fraenkel a été retrouvé dans les crachats, ce qui a permis d'établir la nature spécifique de la maladie.

3° La pneumonie rudimentaire est caractérisée par une forte élévation de la température débutant la plupart du temps brusquement; par une durée habituellement courte de la fièvre, qui peut exceptionnellement être celle de la forme classique et par une convalescence rapide qui s'accompagne souvent d'hypothermie.

4° La pneumonie rudimentaire se distingue de la forme classique par l'infiltration légère et peu étendue du poumon, par le peu d'importance des signes fonctionnels et des signes physiques.

5° La prédominance des symptômes fébriles et parfois la présence d'accidents nerveux peut rendre le diagnostic de la pneumonie rudimentaire difficile.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

*Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit.
Six jours de fièvre.*

H. Cr., âgé de vingt-trois mois, nourri au sein. A déjà été soigné au Dispensaire, dans le mois d'avril 1888, pour une pneumonie franche du sommet droit. La fièvre dura six jours avec une forte élévation de la température, qui a oscillé entre 39.4 et 40.8, prise dans le rectum. La matité était bien nette, ainsi que le souffle qui s'entendait aux deux temps de la respiration. L'enfant était très agité. Le sixième jour arriva la crise avec chute de la température de 40.2 à 35.8. La convalescence fut assez longue, cependant l'enfant s'est rétabli et depuis s'est bien porté jusqu'à vendredi 20 juillet 1888¹, jour où sa mère remarque qu'il a la peau brûlante en même temps qu'il commence à tousser légèrement.

Le 23 juillet, T. R. 39.5². — Sa mère l'amène au Dispensaire. L'enfant est très pâle, silencieux, ne présentant pas de dyspnée. La peau est brûlante. A l'auscultation, il existe un léger souffle dans la fosse sus-épineuse droite. A la percussion, la même fosse présente de la submatité bien nette, surtout si l'on fait la comparaison avec le côté opposé.

Le 24 juillet soir, T. R. 40.0³. — Le souffle et la matité ont acquis un peu plus d'intensité sans gagner en étendue.

¹ Premier jour de fièvre.

² Quatrième jour.

³ Cinquième jour.

Le 25 juillet soir, T. R. 39.3.¹ — L'enfant a assez bien dormi jusqu'à minuit; depuis lors il a toussé trois fois jusqu'à présent. La matité ne présente aucun changement depuis hier. Le souffle persiste, pas de râles.

Le 26 juillet matin, T. R. 36.8, — Toute la nuit il a transpiré. Actuellement le facies est meilleur, quoique toujours pâle. A eu deux vomissements hier soir; un peu de diarrhée. La respiration est un peu soufflante, surtout à l'inspiration. A la percussion, il existe de la submatité très légère dans la fosse sus-épineuse. Rien en avant.

Soir, T. R. 37.0. — L'enfant est sorti, il va bien. Les signes physiques n'ont pas changé. Toux rare, grasse.

Le 27 juillet soir, T. R. 36.9. — La nuit a été passable, légère transpiration. La toux est devenue beaucoup plus fréquente et grasse. Les signes, soit à l'auscultation, soit à la percussion, sont très peu perceptibles. L'enfant va bien.

OBSERVATION II.

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec prodromes, forme typhique. Cinq jours de fièvre.

A. S., âgée de deux ans. Bonne santé habituelle.

Le 16 avril 1888, a un peu de troubles gastriques.

Le 17, prend une purgation.

Le 18, sort hors de la maison: le 18 et le 19, un peu de fièvre, selon la mère.

Le 20 avril matin, T. R. 38.8². — On ne constate aucune localisation.

Soir, T. R. 40.1.

Le 21 avril matin, T. R. 38,8³. — Pas de rate; quatre selles diarrhéiques claires un peu fétides; langue blanche. Toujours pas de signes physiques; continue les bains.

Soir, T. R. 39.5.

¹ Sixième jour.

² Premier jour de fièvre.

³ Deuxième jour.

Le 22 avril matin, T. R. 37.9¹. — La nuit a été agitée. A midi, la température prise indique 39.0. A 3 heures 39.5. Vers 6 heures, on donne un bain. Pour la première fois un souffle se montre manifestement dans la fosse sus-épineuse droite, souffle qu'on n'a plus entendu depuis; pas de râles. Il existe une légère submatité qui dessine la fosse sus-épineuse. A toussé toute la nuit. Rien dans la gorge.

Le 23 avril matin, T. R. 38.5². — Plus de souffle. Les signes pulmonaires sont si légers qu'on pourrait penser à la possibilité d'une fébricule typhoïde.

Le 24 avril matin, T. R. 38.0³. — La nuit a été meilleure. Toux plus fréquente et plus grasse. De la submatité dans le triangle sus-épineux droit qui s'étend dans le triangle sus-claviculaire; absence de la respiration. Plus de souffle, pas de râles. Le corps ne présente aucune tache. L'enfant est mieux.

Le 25 avril matin, T. R. 36.8. — L'état de la santé est bon.

Le 26 avril matin, l'enfant s'amuse dans son lit, chante. La respiration vésiculaire est revenue dans tout le sommet droit: encore une très légère submatité.

OBSERVATION III.

Pneumonie radimentaire du lobe supérieur droit avec herpès labial à la fin. Quatre jours de fièvre.

P. A., âgée de sept ans. Le 1^{er} mars 1888⁴, elle accuse de la céphalalgie. La petite malade est prise en même temps d'une toux fréquente, sèche, et d'une fièvre ardente.

Le 2 mars soir, T. R. 40.3⁵. — A la percussion, il existe une légère submatité dans la fosse sus-épineuse et sus-claviculaire droite. A l'auscultation une légère bronchophonie. Rien à la gorge et au ventre. Toux solitaire.

Le 3 mars soir, T. R. 39.2⁶. — Même toux qu'hier. La matité

¹ Troisième jour.

² Quatrième jour.

³ Cinquième jour.

⁴ Premier jour de fièvre.

⁵ Deuxième jour.

⁶ Troisième jour.

avec élévation du son s'étend de la fosse sous-épineuse jusqu'au sommet de l'aisselle en arrière, traversant en diagonale la fosse sous-épineuse. Respiration broncho-vésiculaire. Pas de souffle, pas de râles. Céphalalgie. Un groupe d'herpès labial sur la lèvre inférieure à droite.

Le 4 mars soir, T. R. 39.0¹. — Les signes diminuent. La respiration est moins forte, elle est un peu bronchique, pas de râles. Toujours de la toux.

Le 5 mars soir, T. R. 37.7. — Tousse encore un peu. L'enfant est levé, va bien. L'appétit n'est pas bien grand. La différence est encore bien nette comme sonorité et respiration vésiculaire, entre le triangle sous-épineux du lobe supérieur droit (matité respiratoire diminuée, presque nulle) et le même triangle gauche.

OBSERVATION IV.

*Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec délire.
Trois jours de fièvre.*

Ch. J., âgée de huit ans. Se porte bien jusqu'au 10 mai 1887. En se levant, l'enfant a des nausées, ainsi que des frissonnements. A midi, elle est mise au lit, délire beaucoup, sa peau est brûlante. Toute la nuit elle continue à avoir du délire.

Le 11 mai matin, T. A. 39.5². — On trouve de la submatité qui occupe la fosse sus-épineuse droite; à l'auscultation, il y a absence de la respiration; bronchophonie. Epistaxis.

Le 12 mai³, elle a encore un peu de délire; léger épistaxis. Le soir, au dire de la mère, la fièvre serait tombée.

Le 13 mai, T. A. 37.8. — Elle a passé une bonne nuit; ce matin, demande à manger. La sonorité est revenue presque complètement; en avant, sous la clavicule droite, la respiration est beaucoup plus faible qu'à gauche. Quelques légers râles dans la fosse sus-épineuse, près de la colonne vertébrale. Plus de bronchophonie; toux légère.

¹ Quatrième jour.

² Premier jour de fièvre.

³ Deuxième jour.

⁴ Troisième jour.

OBSERVATION V

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec violente hyperesthésie épigastrique. Trois jours de fièvre.

M. H., âgée de six ans et demi. Dans la nuit du 25 au 26 décembre 1887, un peu de fièvre avec maux de ventre sans acuité.

Le 26 décembre soir, T. A. 41.2¹. — Abattement, léger délire. Vomissements. Se plaint du ventre vers l'ombilic. Pas de douleur à la pression superficielle. Rien à la gorge. Potion avec 0,50 d'antipyrine, glace sur la tête. Bains tièdes, enveloppements humides.

Le 27 décembre matin, T. A. 40.2². — On ne constate pas encore de localisation. Le ventre est plat. A la palpation, il n'y a aucune douleur. Encore quelques vomissements. Hyperesthésie du ventre, près de l'ombilic. Le soir, après un bain, s'est trouvée mieux.

Le 28 décembre matin, T. A. 39.0³. — La nuit a été meilleure. Le ventre est de nouveau douloureux ce matin, la douleur vient par crises. Toussotte un peu, mais la poitrine ne présente rien. Pas de rate; très peu de nausées. Dans l'après-midi, se plaint tellement du ventre, qu'on lui donne dix gouttes d'elixir parégorique dans une potion.

Soir T. A. 39.0. — Un peu plus calme, cependant toujours de l'hyperesthésie à l'épigastre.

Le 29 décembre matin, T. A. 37.0. — A passé une bonne nuit. Toussotte. Maintenant, la matité est traduite par une diminution du son dans la fosse sus-épineuse droite; respiration broncho-vésiculaire. En somme, les signes physiques sont nets, mais peu marqués; rien ailleurs. Elle est convalescente. Pendant un jour, cette violente douleur abdominale jointe aux vomissements pouvait faire craindre une inflammation péritonéale, mais l'absence de tympanisme et la diminution de la douleur à la pression démontrèrent bientôt qu'il s'agissait d'une hyperesthésie de cause centrale due à la pneumonie.

¹ Premier jour de fièvre.

² Deuxième jour.

³ Troisième jour.

OBSERVATION VI

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec contraction de la nuque. Rash scarlatiniforme du tronc. Prodromes. Trois jours de fièvre.

G. A., âgé d'un an et huit mois, nourri au sein. Le vendredi, 20 juillet 1888, l'enfant n'est plus comme les autres jours, il s'irrite pour la moindre contrariété; si on le laisse tranquille, il est calme et abattu, ce qui n'est pas son habitude. En le voyant ainsi, le père fait la remarque que son enfant va avoir de nouveau sa crise. Ce fut à l'âge de cinq mois qu'il eut la première, qui depuis s'est répétée sept fois en ayant une marche toujours analogue.

Le 21 juillet les régions sous-maxillaires commencent à gonfler et la tête à se renverser en arrière.

Le 22 juillet ce gonflement augmente beaucoup, il en est de même du renversement de la tête en arrière. L'enfant ne veut plus rien manger, sauf le sein qu'il prend très peu.

Le 23 juillet, T. R. 40.6°. — Il vient au Dispensaire pour la première fois. A l'examen nous avons affaire à un robuste et bel enfant, pas de nouures costales. Ce qui frappe chez le petit malade, c'est la forte rétraction de la nuque sans trismus, comme dans l'opisthotonos, rétraction qu'on ne peut vaincre sans déterminer une violente douleur. Vu la fièvre on pourrait penser à une méningite spinale qui est exclue par l'absence de toute raideur dans les mâchoires ou dans les membres et par la limitation de la contracture à la nuque, faisant croire aux courles; néanmoins il manque la tuméfaction caractéristique, pâteuse, étendue aux parotides. La tuméfaction tient simplement à la position de la tête. Dans la gorge, soit au toucher, soit à la vue, on ne remarque rien de particulier. Il ne s'écoule rien de l'oreille. La langue est un peu rouge. L'enfant souffre, car si on veut lui mouvoir la tête, il se plaint, ce qui nous prouve par la même occasion qu'il n'a pas la voix amygdalienne.

Au toucher les muscles de la nuque présentent une forte raideur.

¹ Premier jour de fièvre.

A l'auscultation on entend une respiration bronchique dans la fosse sus-épineuse droite n'existant pas de l'autre côté, et cela dans un point très limité. Pas de râles. A la percussion il existe une diminution du son dans la même fosse. Ces signes, quoique très légers, permettent de poser le diagnostic de pneumonie rudimentaire et de faire un pronostic favorable. Sauf l'abattement fébrile, aucun symptôme cérébral, sensorium conservé. Pupilles normales. L'attaque actuelle ne coïncide pas avec l'éruption d'une dent.

Le 24 juillet, matin, T. R. 40.0¹. — Il s'est trouvé mieux à la suite d'un bain qu'il a pris hier soir. Le gonflement ainsi que la position de la tête n'offrent aucun changement. Il pleure tellement que l'examen de la poitrine est impossible.

Soir, T. R. 38.9. — La rétraction de la nuque est très accentuée, les muscles sont toujours durs et tendus. Vu la position et les pleurs l'examen est de nouveau très difficile. Réflexe rotulien normal. Rien au cœur.

Le 25 juillet, matin, T. R. 38.6². — Il a bien dormi, a transpiré beaucoup. On constate que la tuméfaction a diminué et que la position de la tête n'est plus la même; elle est mobile de tous les côtés, sans que toutefois l'enfant fasse de mouvements complets. La physionomie est plus éveillée, plus gaie. La respiration à l'auscultation s'entend à peine. A la percussion on sent de la résistance au doigt dans la fosse sus-épineuse droite.

Soir, T. R. 39.2. — La raideur du cou est toujours en voie de décroissance. L'enfant présente une pâleur qui est celle de la convalescence. Au milieu de ses cris pendant l'auscultation il a une inspiration profonde qui ne se traduit pas par un murmure vésiculaire bien net. La percussion indique une résistance au doigt avec augmentation de sonorité dessinant le bord postérieur du lobe supérieur; rien en avant.

Sur la poitrine et surtout sur le dos existe une éruption fine pointillée; c'est un rash scarlatiniforme.

Le 26 juillet, matin, T. R. 37.8. — L'enfant a passé une bonne nuit. Il est mieux, la tête présente presque les mouvements complets, le gonflement de même est très faible. Les signes physiques sont en voie de décroissance. Il rit, s'amuse.

Soir, T. R. 37.4. — Continue à être bien; a uriné beaucoup cet après-midi.

¹ Deuxième jour.

² Troisième jour.

Le 27 juillet, matin, T. R. 36.9. — A bien dormi. Facies très bon. Il peut mouvoir la tête de tous les côtés; le gonflement a disparu. Pas de toux. Les signes physiques sont normaux.

Soir, T. R. 36,6. — L'enfant continue à être gai, va tout à fait bien. Urine beaucoup plus. Ne tousse pas.

Le 28 juillet, matin, T. R. 37.0. — La nuit a été très bonne; va bien, l'appétit est revenu.

Le 29 juillet, matin, T. R. 37.0. — La santé est complètement revenue.

OBSERVATION VII

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit. Pneumococcus de Fränkel. Trois jours de fièvre.

R. W., âgé de quatre ans. Vers le milieu de la nuit du 7 au 8 mars 1888 il est pris d'une fièvre assez intense.

Le 8 mars, soir, T. R. 40.3¹. — Le petit malade accuse de la céphalalgie. Il a un peu de toux. Diminution de la sonorité et de la respiration dans le triangle sus et sous-épineux droit appartenant au lobe supérieur. La matité s'arrête en avant au bord postérieur du triangle sus-claviculaire. Le côté gauche est normal. La gorge ne présente non plus rien d'anormal. Un peu de délire cet après-midi. Potion au benzoate de soude 2,5 %. Lavages froids et bottes d'ouate aux pieds.

Le 9 mars, matin, T. R. 40.7². — L'état général est bon. Rien à la gorge. Aujourd'hui la limite que la matité dessine, est des plus nettes. Elle part de la troisième apophyse épineuse dorsale, suit le bord de l'épine pour passer ensuite obliquement à travers la partie externe de la fosse sous-épineuse jusqu'au bord postérieur de l'aisselle. Toux solitaire. Signes à l'auscultation très légers; absence de la respiration, timbre un peu résonnant de la voix et de la respiration en dedans. Pas de souffle. Un bain.

Le 10 mars, matin, T. R. 40.2³. — L'état cérébral est bon.

¹ Premier jour de fièvre.

² Deuxième jour.

³ Troisième jour.

La nuit a été agitée. Grande soif. On trouve les mêmes signes qu'hier : submatité en arrière à droite, surtout dans la partie externe du lobe supérieur. De la sonorité dans le triangle sus-claviculaire. Timbre broncho-vésiculaire de la respiration à la partie externe du triangle. Un peu de toux. Pas de rate. Constipation. Céphalalgie. Pas de vomissements. Glace sur la tête. Un bain.

Le 11 mars, matin, T. R. 37.3. — On parvient à faire rendre à l'enfant un crachat un peu visqueux, verdâtre ; l'examen microscopique y révèle la présence du pneumococcus de Frænkel¹. La fièvre est tombée hier dans la soirée. La nuit a été bonne. Le petit malade est pâle, mais se sent bien ; a passablement de toux grasse. En arrière les signes sont très légers, la matité est moins accentuée. Cependant la respiration n'est pas aussi nette qu'à gauche. Quand on le fait parler, on trouve un peu de bronchophonie dans le triangle sus-épineux. Jamais de souffle, ni de râles.

OBSERVATION VIII

Pneumonie rudimentaire multilobaire à rechute. Deux jours de fièvre pour le lobe supérieur droit ; fièvre intermittente pour le lobe inférieur gauche.

O. M., âgée de deux ans. Le 26 juin, matin, 1888² elle s'amuse, sort dans la rue ; à midi elle a subitement des efforts de vomissement ainsi que de la difficulté à respirer. A 3 heures de l'après-midi sa mère l'amène au Dispensaire. La petite malade est d'une bonne constitution, facies un peu anxieux, yeux brillants, joues rouges. Les poignets et les côtes ne présentent pas de nouures. L'estomac descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Le triangle sus-épineux droit présente de la submatité très nette dessinant le bord postérieur du lobe supérieur, rien en avant. Respiration broncho-vésiculaire. T. R. 39.0. Potion au benzoate de soude (0.60).

Le 27 juin, matin, T. R. 40.0³. — La nuit a été passable ;

¹ Voir la planche à la fin de la thèse.

² Premier jour de fièvre.

³ Deuxième jour.

deux bains, un hier soir et le second ce matin, après lequel elle s'est endormie. La figure est injectée, pas de changement dans les signes; ni souffle, ni râles.

Soir, T. R. 37.5. — L'enfant voulait aller à pied en revenant à 4 heures du Dispensaire; maintenant à 6 $\frac{1}{2}$ heures elle s'amuse. La matité est à peine perceptible, il faut bien percuter des deux côtés pour trouver une légère différence. La respiration est rude.

Le 28 juin, matin, T. R. 39.5¹. — Hier soir, après la visite, elle a continué à se bien porter, s'est couchée à 8 heures pour dormir tranquillement jusqu'à 5 heures du matin, quand tout à coup elle se réveille brusquement et appelle sa maman qui, en la prenant dans les bras, la trouve brûlante.

Actuellement la petite malade présente de nouveau le facies rouge et de l'angoisse. Le sommet droit est en pleine résolution, quelques râles pendant la respiration qui est encore un peu rude. En arrière, à la base du poumon gauche, il existe de la matité avec souffle aux deux temps; pas de dyspnée.

Soir, T. R. 37.4. — L'enfant joue, est bien. Au toucher la peau est moite. La matité est encore bien nette. Respiration soufflante.

Le 29 juin, matin, T. R. 36.6². — Elle a bien dormi, de nouveau se trouve bien, est gaie. La matité persiste quoique plus légère. Expiration soufflante. Toux rare grasse.

Soir, T. R. 37.2. — Un peu de rudesse de la respiration.

Le 30 juin, matin, T. R. 39.8³. — La nuit a été bonne, rien d'anormal au réveil, lorsque subitement vers les 8 heures la fièvre s'allume de nouveau. La matité est revenue à la base du poumon gauche en arrière, accompagnée de souffle aux deux temps.

Soir, T. R. 37.7. — A pris un bain ce matin à 11 heures. La fièvre est tombée entre 2 et 3 heures de l'après-midi. A présent l'enfant est gaie, pas de dyspnée, un peu de toux grasse. Le sommet droit n'a plus rien, respiration normale sauf une très légère rudesse. Le lobe gauche inférieur en arrière offre de la matité qui se continue jusqu'à l'épine de l'omoplate, elle est plus accentuée dans le tiers inférieur. Il existe un léger souffle aux deux temps. En avant pas de matité. Cœur normal. Pas de rate.

¹ Troisième jour.

² Quatrième jour. Apyrexie.

³ Cinquième jour.

Le 1^{er} juillet, matin, T. R. 39.0¹. — La fièvre est revenue dans la nuit à 1 heure. La mère dit que dans ce moment la chaleur est peu de chose à côté de ce qu'elle était. La petite malade est un peu agitée. La matité persiste à la base du poumon gauche en arrière. Souffle surtout à l'inspiration. Le sommet droit est normal.

Soir, T. R. 37.0. — L'après-midi a été bon. La matité n'existe presque plus à partir du tiers inférieur où elle est encore manifeste. Souffle inspiratoire.

Le 2 juillet, matin, T. R. 36.2. — Grand changement. La nuit a été excellente; la fièvre est tombée. La petite est gaie, rit; elle est déjà sortie. La matité a diminué dans le tiers inférieur de la base gauche. Léger souffle à l'inspiration.

Soir, T. R. 36.1. — L'enfant est très bien, demande à manger. La matité diminue toujours. Presque plus rien à l'auscultation, quelques râles de retour. Pas de rate.

Le 3 juillet, matin, T. R. 36.8. — Facies très bon, l'enfant est guérie, on ne constate plus rien d'anormal.

OBSERVATION IX

Pneumonie rudimentaire du lobe inférieur gauche avec prodromes. Deux jours de fièvre.

M. W., âgé de quatre ans. A eu, il y a deux ans, la rougeole et peu de temps après la coqueluche, la varicelle et les oreillons. Au mois de novembre dernier, pneumonie franche du sommet gauche.

Le dimanche 20 mai 1888, à la suite d'une promenade en bateau sur le lac, l'enfant n'est plus gai comme il l'était d'ordinaire, il ne s'amuse plus, il est somnolent.

Le lundi, 21 mai, il va à l'école, à son retour il accuse de la photophobie et de la céphalalgie. L'après-midi il a un vomissement, s'endort ensuite et le soir se trouve mieux.

Le 22 mai, T. R. 39.9². — Il retourne à l'école mais se trou-

¹ Sixième jour.

² Premier jour de fièvre.

vant mal, on le ramène à la maison. Une fois chez lui on le met au lit, il est brûlant. La palpation du thorax est douloureuse du côté gauche surtout entre les deux lignes axillaires au niveau des troisième et quatrième côtes. A la percussion on constate une submatité occupant la base du poumon gauche, s'étendant en haut jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate et en avant jusqu'à la ligne axillaire antérieure. A l'auscultation on trouve un léger souffle correspondant à presque toute la région occupée par la matité.

Potion : Natr. benzoic	2,0
Tiet. mosch.....	2,0
Syrup. chin	20,0
Vin. malac	100,0

Une cuillerée à café toutes les deux heures.

Soir, T. R. 40.6. — Lavement avec 30 centigr. de bisulfate de quinine. Enveloppements humides.

Le 23 mai, matin, T. R. 40.2'. — Les signes physiques n'ont pas changé.

Soir, T. R. 40.5 — Enveloppements humides.

Le 24 mai, matin, T. R. 36.8. — Sueurs profuses, tourments des yeux, grincements de dents. Les signes physiques sont en voie de décroissance. La matité a presque entièrement disparu. A l'auscultation on n'entend plus de souffle.

OBSERVATION X

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec convulsions. Fièvre de deux jours.

H. R., âgé de quatre ans et demi. Bel enfant, robuste. Le 27 mai 1888² il se porte parfaitement bien, l'après-midi il sort pour se promener. Il s'amuse de 3 à 5 heures, quand il tombe du banc par terre sur le front (petite hauteur), là-dessus il revient à la maison avec une bosse sanguine. A son retour sa mère remarque qu'il a les mains glacées et que la marche est

¹ Deuxième jour.

² Premier jour de fièvre.

chancelante. L'enfant est mis au lit, son corps est brûlant. Il ne tarde pas à perdre connaissance et à présenter de petites convulsions, principalement dans les yeux et dans les mains. Pas de grande attaque avec écume dans la bouche. L'enfant a encore une petite convulsion pendant la nuit. Depuis, les convulsions ne se sont pas reproduites. Pas de vomissement.

Le 28 mai, matin, T. A. 39.6. — Le petit malade prend de l'huile de ricin. A 4 heures de l'après-midi il a une légère toux un peu grasse. Dans la fosse sus-épineuse droite on trouve de la submatité bien nette, avec bronchophonie et respiration bronchique. L'enfant est déjà beaucoup mieux. La sueur a commencé à se montrer au front à midi, puis s'est étendue sur le reste du corps.

Soir, T. A. 37.3.

Le 29 mai, matin, T. A. 36.6. — L'enfant va bien, signes normaux. Cette maladie avait inspiré de grandes inquiétudes au point de vue de la méningite; la présence des signes stéthoscopiques a permis de rassurer de suite la famille.

OBSERVATION XI

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec convulsions. Deux jours de fièvre.

G. Anna, âgée de deux ans et deux mois. N'a jamais eu de convulsions depuis sa dernière pneumonie. En résumé cet enfant a eu du 16 juillet 1888 au 20 juillet inclusivement, c'est-à-dire pendant cinq jours pleins, une pneumonie rudimentaire du sommet droit s'étant accompagnée le premier jour de convulsions générales. Le sixième jour hypothermie. Les signes physiques se sont bornés à une matité du lobe supérieur droit dont on a pu suivre la marche. Depuis elle va bien. Hier soir, le 19 août, elle se porte bien, s'endort tranquille. Elle se réveille brusquement après minuit avec une terreur nocturne. Elle est brûlante toute la nuit et tout le jour d'après. A 3 heures de l'après-midi elle a des convulsions qui durent 20 minutes avec écume à la bouche et dents serrées.

Le soir, 20 août, T. R. 40.0¹. — Elle est brûlante. La respiration broncho-vésiculaire est très nette dans la fosse sus-épineuse droite. Elle s'agite trop pour que la percussion puisse donner des résultats exacts. Toux solitaire caractéristique. On lui ordonne une potion au benzoate de soude 1,50 avec X gouttes d'alcoolature d'aconit. Bains tièdes; glace sur la tête.

Le 21 août². — L'enfant n'a pas été vue.

Le 22, août T. R. 36.5. — La nuit du 20 au 21 a été très agitée ainsi que le jour suivant, par contre elle a été très bonne du 21 au 22. La fièvre est tombée hier dans la soirée. Quand on met l'enfant à plat ventre et qu'on percute les deux fosses sus-épineuses, elles sont sonores, mais la droite a un peu plus de résistance au doigt et la tonalité est plus élevée. Rien d'anormal à l'auscultation. Toux grasse solitaire, moins fréquente qu'hier.

OBSERVATION XII

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur gauche. Un jour de fièvre.

D. R., âgé de vingt et un mois. Beau garçon; se trouve dans la poussée des canines dont une vient de paraître.

Le 26 août 1888, T. R. 38.3³. — L'enfant est malade depuis hier soir; la fièvre a commencé brusquement vers 8 1/2 heures. Il est un peu mieux ce matin. De la submatité dans la fosse sus-épineuse gauche, existant également dans la fosse sus-claviculaire gauche, moins accentuée. Sous la clavicule gauche pas de vraie matité, mais la tonalité est plus élevée qu'à droite. Respiration broncho-vésiculaire. Souffle doux. Langue sale.

Le 27 août, matin. — L'enfant a été très bien hier soir, excepté entre 4 et 6 heures du soir où la mère a cru que la fièvre recommençait; il était brûlant de nouveau, mais cela a passé et la nuit dernière, contrairement à la précédente, a été excellente. Quelques rares coups de toux solitaire.

¹ Premier jour de fièvre.

² Deuxième jour.

³ Premier jour de fièvre.

Aujourd'hui l'enfant est levé. Il est très gai, demande à manger quoique la langue soit encore un peu sale. On ne trouve plus rien d'appréciable dans le poumon.

OBSERVATION XIII

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec convulsions. Un jour de fièvre.

T. B., âgée de cinq mois et demi, nourrie à la farine Nestlé. Grasse fillette rachitique, nouures aux poignets.

Le 7 février 1888. — Éclampsie, crises toutes les heures, entre deux, coma. Vue par le Dr Gautier.

Le 8 février, matin, T. R. 39.7°. — Dans la fosse sus-épineuse droite un peu de matité. Respiration bronchique. Râles sous-crépitants disséminés à la base du poumon droit. On ordonne un bain et de la glace sur la tête.

Soir, T. R. 37.8. — On a donné deux bains depuis ce matin. Les crises d'éclampsie se sont éloignées. Actuellement elle est bien, plus de crises. Matité tout ce qu'il y a de plus nette dans la fosse sus-épineuse droite limitant le lobe supérieur. Rien d'anormal dans le triangle sus-claviculaire. Les ronchus ont disparu dans le lobe inférieur. Le regard est plus naturel. Les pupilles beaucoup moins contractées que ce matin.

Le 10 février, T. R. 36.8. — Santé bonne. Quelques mois après, l'enfant a eu de nouveau des convulsions sans fièvre, cette fois occasionnées par les troubles digestifs.

OBSERVATION XIV

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit. Un jour de fièvre.

D. Ch., âgé de dix-huit mois. Nourri à la bouteille. L'enfant est soigné au Dispensaire pour une péricardite et un torticolis.

¹ Premier jour de fièvre.

Cette maladie dure du 27 mars 1888 au 25 avril. Le cœur gauche présentait de la matité accompagnée d'une légère voussure. Dédoublement du premier bruit. Pouls 150. La température presque normale. Lait, potion avec infusion de feuilles de digitale et acétate de potasse. Mouche.

Le 25 avril le cœur est normal; plus de frottement.

Le 3 avril T. R. 40.9¹. — Pendant le cours de la péri-cardite, l'enfant est pris brusquement d'une forte fièvre. On trouve de la diminution du son dans le sommet droit. A l'auscultation la respiration est lointaine, ainsi que broncho-vésiculaire. Toux.

Soir, T. R. 40.6.

Le 4 avril, matin, T. R. 37.0. — Gros râles au sommet droit, la respiration est encore légèrement broncho-vésiculaire. La matité a diminué en arrière, mais par contre un peu d'obscurité du son dans le triangle sus-claviculaire.

OBSERVATION XV

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit. Douze heures de fièvre.

T. G., âgé de deux ans et demi.

Le 12 décembre 1887 à 11 heures du matin l'enfant ressent des frissonnements.

Soir, T. R. 40.3. — Il existe de la submatité dans la fosse sus-épineuse droite; rien d'autre d'anormal. Un peu de toux pendant la nuit. Bottes d'ouate. Benzoate de soude, aconit sous forme d'alcoolature.

Le 13 décembre, matin, T. R. 37.5. — Léger souffle dans la fosse sus-épineuse droite.

Le 14 décembre. — Toujours apyrexie; la matité existe encore, quoique beaucoup plus faible. L'enfant va tout à fait bien.

¹ Premier jour de fièvre.

OBSERVATION XVI

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit. Douze heures de fièvre.

S. M., âgée de six ans. Le 11 mai, matin, 1888, se porte parfaitement bien. Dans l'après-midi se plaint de maux de ventre. On la met au lit.

Soir, T. A. 40.0. — Diminution du son dans la fosse sus-épineuse droite. Bronchophonie très nette.

Vers 11 heures du soir, rêves, agitation. Potion avec de l'alcoolature d'aconit. Lavages vinaigrés.

Le 12 mai, matin, T. A. 37.3. — Râles inspiratoires de retour dans la fosse sus-épineuse droite. Diminution du son en avant sous la clavicule. Abattement. Un peu de diarrhée. Rien dans la gorge. Anorexie.

Soir, T. A. 38.

Le 13 mai, matin, T. A. 37.2. — Encore une faible matité. Légère toux solitaire grasse.

Le 14 mai, matin, T. A. 37.2. — L'enfant va bien.

Le 15 mai. — Plus de signes physiques, se trouve tout à fait bien.

OBSERVATION XVII

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit. Douze heures de fièvre.

B. Ch., âgé de deux mois, nourri au sein, ainsi qu'à la bouteille avec du lait ordinaire.

Le 5 avril 1888, T. R. 39.3. — Commence à tousser. L'enfant n'a pas de dyspnée. A la percussion il y a de la diminution du son dans le triangle sus-épineux droit; à l'auscultation la respiration est rude, très indistincte, rien en avant.

Soir, T. R. 38.0. — Les signes stéthoscopiques sont confirmés.

Le 6 avril, matin, T. R. 37.3. — L'enfant a dormi toute la nuit. La matité persiste mais en voie de diminution; de temps en temps on entend une légère résonance bronchique.

OBSERVATION XVIII

Pneumonie rudimentaire du lobe supérieur droit avec herpès guttural droit. Douze heures de fièvre.

M. P., âgé de trois ans, nourri au sein exclusivement pendant trois mois. Deux semaines après sa naissance il a la cholérine, à l'âge de cinq mois et demi la coqueluche et des convulsions, à huit mois la varicelle, à un an et demi la rougeole. Depuis il s'est toujours bien porté.

Dimanche le 29 juillet il sort avec ses parents se promener; en rentrant il accuse un peu de fatigue, rien d'autre; se couche comme d'habitude, toute la nuit il dort sans aucun signe d'agitation. Le matin à son réveil il n'a pas faim, ne déjeune pas.

Le 30 juillet. A 10 $\frac{1}{2}$ heures. — La mère le trouve brûlant, face très rouge. Cette chaleur est venue très subitement, car à 10 heures il ne l'avait pas, ce que la mère nous certifie.

A 1 $\frac{1}{2}$ heure de l'après-midi T. R. 39.1.

A 3 $\frac{1}{2}$ heures T. R. 40.0. — Nous avons affaire à un enfant bien constitué, robuste. L'estomac descend jusqu'à l'ombilic. Pas de rate. De la submatité dans le triangle sus-épineux droit, rien en avant. L'auscultation présente un affaiblissement de la respiration, d'autant plus net qu'on compare les deux côtés semblables. L'autre poumon après un minutieux examen ne montre rien d'anormal. Le cœur n'a rien, sauf de l'accélération fébrile.

Soir, T. R. 39.4.

Le 31 juillet, matin, T. R. 37.8. — La nuit a été passable. La fièvre est tombée entre 10 et 11 heures du soir. L'enfant est tranquillement couché dans son lit. Le facies n'est plus rouge. La peau est moite au toucher. La matité ne présente aucun changement depuis hier. Respiration broncho-vésiculaire, pas de râles. Ne tousse pas. La langue est beaucoup meilleure, encore un peu chargée.

Soir, T. R. 37.8. — A faim.

Le 1^{er} août, matin, T. R. 37.4. — L'enfant a bien dormi. Il est un peu constipé, prend une cuillerée à dessert d'huile de ricin. Respiration toujours broncho-vésiculaire. La matité a

diminué d'intensité, sauf près de la colonne vertébrale où elle persiste.

Soir, T. R. 37.3. — Il y a du mieux cependant, l'enfant fronce un peu le front lorsqu'il avale. A l'examen de la gorge le pilier antérieur droit présente une plaque ovoïde blanche à bords plus clairs que le centre, le reste est tuméfié et rouge.

Le 2 août, matin, T. R. 37.8. — L'enfant est gai, s'amuse dans son lit. Le facies est excellent. La purgation a produit son effet vers les 6 $\frac{1}{2}$ heures. La gorge ne présente plus cette plaque blanche; encore légère tuméfaction. Les signes physiques sont tout à fait normaux, sauf encore un peu de matité près de la colonne vertébrale.

Soir. — Toujours bien. Sur le pilier antérieur droit une petite exulcération en coup d'ongle à fond jaunâtre, à bords rouges, rien ailleurs, c'est une exulcération herpétique. L'enfant va bien.

BIBLIOGRAPHIE

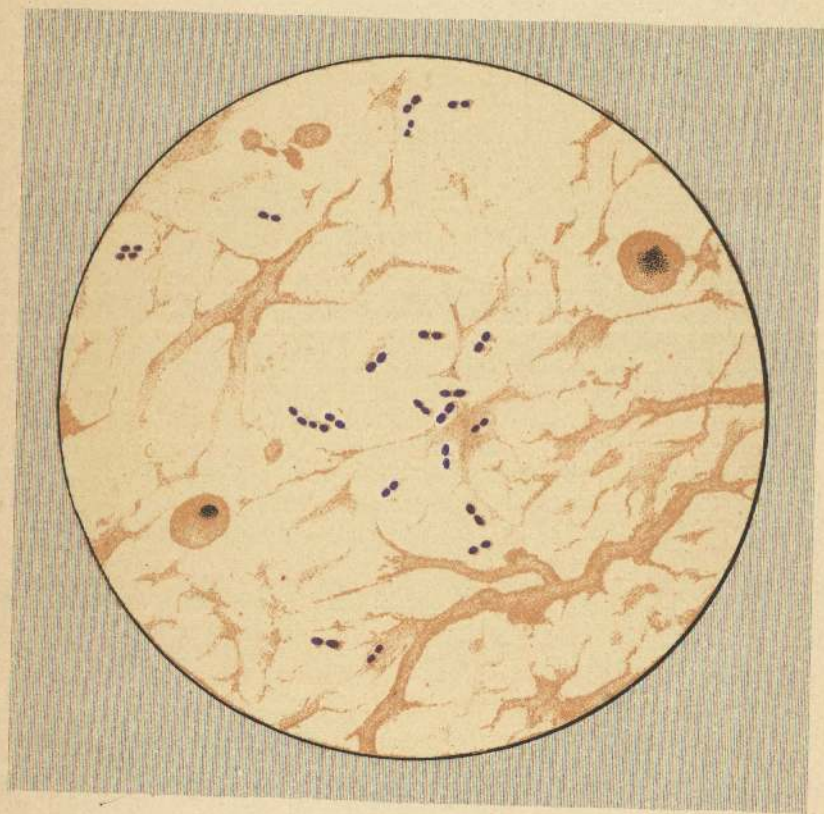
- GRISOLLE. — Traité pratique de la pneumonie. 1841.
- WOLLEZ. — Archives générales de médecine. Vol. I, 1854.
- Idem.* — Recherches cliniques sur la congestion pulmonaire. Arch. gén. de méd., vol. II, 1866.
- WUNDERLICH. — De la température dans les maladies. Traduction française de la 2^{me} édition. 1872.
- JURGENSEN. — Croupöse Pneumonie in Ziemssen Handbuch. Vol. II, 1874.
- HIRNE. — De la fluxion ou congestion pulmonaire simple chez les enfants. 1876.
- LEUBE. — Ueber eintägige Pneumonie. Thüringer ärzt. Correspondenzblatt. April 1877.
- BERNHEIM. — De la pneumonie abortive ou fébrile pneumonique. Mémoires de la Société de médecine de Nancy. 1878.
- D'ESPINE et PICOT. — Manuel pratique des maladies de l'enfance, 2^{me} édition, septembre 1879.
- BAGINSKY. — Practische Beiträge zur Kinderheilkunde (I Heft). 1880.
- GADET DE GASSICOURT. — Traité clinique des maladies de l'enfance. Tome I, 1880.
- LÉPINE. — Article Pneumonie. Diction. de méd. et chir. pratiques. Tome XXVIII, 1880.
- BARTHEZ et SANNÉ. — Traité clinique et pratique des maladies des enfants. Tome I, 1884.
- G. SÉE. — Des maladies spécifiques (non tuberculeuses) du poulmon. 1885.
- Ad. D'ESPINE. — Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile (Travail lu au Congrès de Washington, le 8 septembre 1887), in Revue de médecine 1888.
- KÜHN. — Rudimentäre und larvirte Pneumonien. Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. 44. No du 9 et 20 décembre 1887.
- V. DUSCH¹. — Ueber croupöse Pneumonie, etc. (nach einem auf der Naturforsch. Versammul. zu Strassburg am 19^{ten} Sept. gehaltenen Vortrage). Jahrb. f. Kinderheilk. Bd. 28, p. 312. 1888.

BACTÉRIOLOGIE

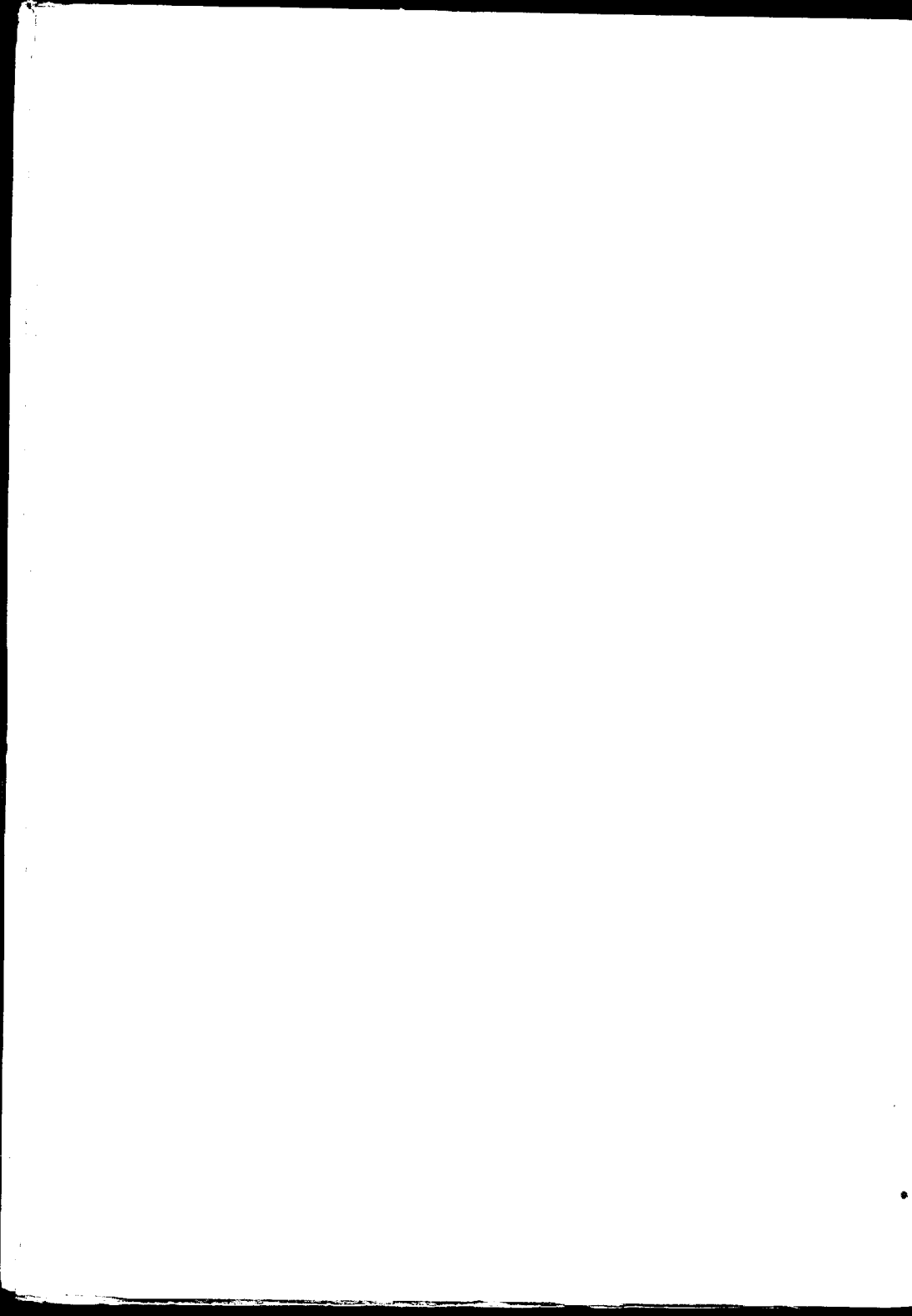
- TALAMON. — Communication à la Société anatomique. Séance du 30 novembre 1883.
- FRENKEL. — Zeitschrift für klin. Med. Tome X, 1886.
- NETTER. — Archives de physiologie. Mars, juillet et août 1886.
- BARTH. — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. Article Pneumonie.

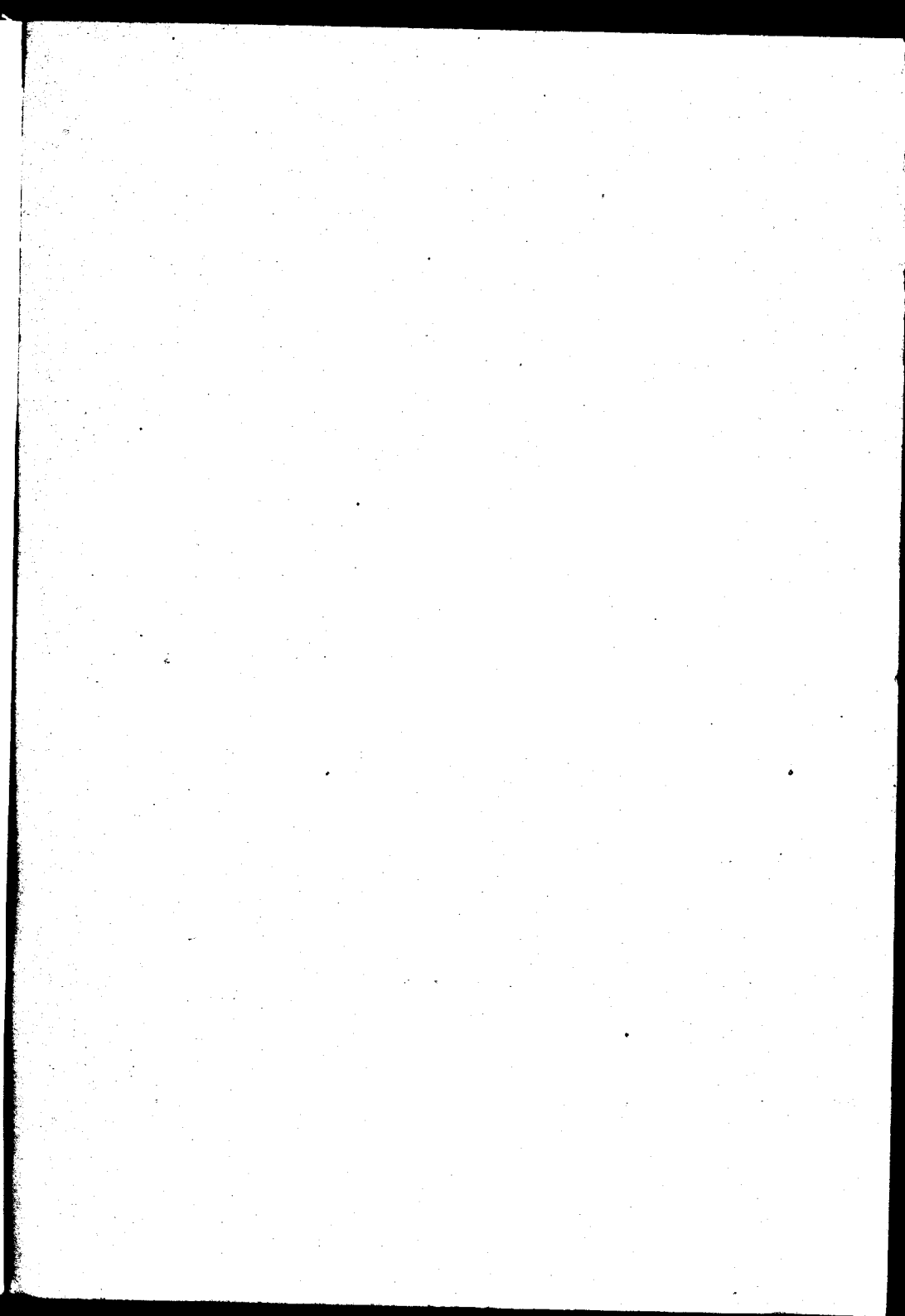
¹ Ce travail nous a été remis seulement à la fin de l'impression. Nous n'avons donc pas pu l'analyser.

DIPLOCOCCUS PNEUMONIQUE.



Leitz. Oc. 3. Immersion à l'huile $\frac{1}{20}$. (Chambre claire.)





16253