

nombreux au sommet gauche et à la partie inférieure du poulmon droit. La respiration est soufflante, mais il n'existe en aucun point un bruit de souffle proprement dit. La sonorité, en arrière, est mauvaise aux deux sommets, plus mauvaise encore dans la région interscapulo-vertébrale, à droite surtout.

Le coeur est normal. Le foie déborde à peine le bord inférieur des fausses côtes. Au niveau de l'abdomen, il existe un peu de défense musculaire, mais ce phénomène n'a rien qui doive nous surprendre: on sait combien les manifestations abdominales sont fréquentes au cours des affections thoraciques de l'enfant, et tous les classiques décrivant le "point de côté abdominal" des pneumonies infantiles.

Sur tout le corps, on constate l'existence de petites macules brunâtres; cette pigmentation est due très probablement à un défaut de propreté, car l'enfant était d'une saleté repoussante au moment de son entrée à l'hôpital; on ne doit pas, en tout cas, y attacher d'emblée une grande importance.

Dans les aines et dans les aisselles, on trouve de nombreux ganglions; les chaînes ganglionnaires du cou sont facilement perceptibles, et cette constatation est intéressante, car l'adénite cervicale accompagne souvent les végétations adénoïdes. Or, l'hypertrophie de l'appareil lymphoïde du naso-pharynx favorise singulièrement les infections de l'arbre respiratoire.

Chez tout enfant atteint d'une affection thoracique, le système nerveux doit être l'objet d'un examen attentif. M. Nobécourt a observé récemment une fillette chez laquelle on avait porté le diagnostic de pneumonie; quelques jours après le début de la maladie, l'enfant est prise de convulsions et meurt subitement. A l'autopsie, on trouve une pleurésie purulente et une méningite suppurée diffuse. Cette méningite était restée parfaitement latente: peut-être eût-elle été dépistée si l'on avait systématiquement porté son attention de ce côté. Dans le cas présent, il n'existe ni raideur de la nuque, ni signe de Kernig, ni troubles pupillaires, le système nerveux paraît donc intact.

Quel diagnostic faut-il porter? Les signes stéthoscopiques sont ceux d'une *bronchite diffuse*, mais en présence de la température élevée, de la respiration difficile avec tirage, on peut affirmer hardiment que la bronchite n'est pas seule en cause et que l'enfant est atteint de *broncho-pneumonie*. Quelques symptômes cependant sont d'une interprétation difficile: un foyer récent de broncho-pneumonie peut expliquer les signes de condensation pulmonaire trouvés au sommet gauche, mais l'hypothèse d'une lésion tuberculeuse déjà ancienne est tout aussi admissible. De même, l'adénopathie trachéo-bronchique dont la matité constatée dans l'espace interscapulo-vertébral traduit l'existence, peut relever soit de la tuberculose, soit de simples végétations adénoïdes. Des commémoratifs précis permettrait peut-être de trancher la question, mais ils manquent complètement: nous ne savons qu'une chose, c'est que l'enfant est alitée depuis dix jours. Seule, l'évolution des accidents pourra renseigner: au besoin, on aura recours à la cuti-réaction ou à l'intradermo-réaction.

Le pronostic est sévère: la fillette a tout juste trois ans, et la broncho-pneumonie est d'autant plus grave que les sujets sont plus jeunes.

Quelle thérapeutique faut-il instituer? Le traitement de choix des broncho-pneumonies infantiles est sans contredit la *balnéation*. Le bain froid est mal toléré, c'est le *bain chaud* qu'il faut prescrire, à la température de 36, 37 ou 38 degrés. Ces bains, d'une durée de dix minutes, sont renouvelés toutes les trois heures tant que la température ne tombe pas au-dessous de 39 degrés. Pendant le bain, on masse l'enfant pour aider à la régularisation thermique; on applique sur son front des compresses froides pour éviter des troubles circulatoires du côté du cerveau. Aussitôt retiré du bain, l'enfant est enveloppé, de la fourchette sternale à l'ombilic, dans de larges compresses trempées dans l'eau froide (15° à 20 degrés), exprimées et recouvertes de taffetas gommé. Ces compresses humides restent en place jusqu'au bain suivant; si la dyspnée est très vive, les enveloppements froids sont renouvelés plusieurs fois dans l'intervalle des bains.

A ce traitement fondamental, on peut, suivant les circonstances, joindre d'autres médications. Le coeur fléchit souvent chez les petits malades atteints de broncho-pneumonie; l'emploi de la *digitale* à la dose d'une ou deux gouttes de digitaline cristallisée en solution à 1-1000 est alors indiqué. On retire également de bons résultats de l'administration, à titre de stimulant du système nerveux, de trente à soixante centigrammes d'*acétate d'ammoniaque*; 25 à 30 grammes d'alcool sous forme de cognac ou de potion de Todd peuvent servir de véhicule au médicament.

Si les accidents se précipitent, on aura recours à des injections sous-cutanées de un ou deux centimètres cubes d'*huile camphrée* au dixième, renouvelées chaque jour. La caféine est mal tolérée chez l'enfant et l'on doit autant que possible s'en abstenir. Les *inhalations d'oxygène* sont excellentes, à la condition d'être données à haute dose: les poulmons doivent en quelque sorte baigner dans une atmosphère d'oxygène.

La broncho-pneumonie est une affection toujours grave mais vis-à-vis de laquelle le médecin n'est pas désarmé; en poursuivant avec ténacité l'emploi de moyens thérapeutiques appropriés, on obtient de beaux succès dans des cas en apparence tout à fait désespérés.

(In Jnal. des Praticiens).

