pulmonaires, s'il y a de la fétidité de l'haleine sans expectoration, on recherchera l'existence de stomatites, de pharyngites ulcéreuses ou gangréneuses ; s'il existe de l'expectoration, on devra distinguer la gangrène de la bronchite fétide, qui accompagne parfois l'ozène, de la dilatation bronchique avec putridité, qui s'observe d'ailleurs rarement chez l'enfant, ou d'une vomique pleurale. L'examen des crachats établira le diagnostic.

6° Traitement. — Il ne se présente rien de particulier chez l'enfant ; désinfection intus et extra ; inhalations de goudron, de créosote, d'eucalyptol, d'acide thymique, d'oxygène : ingestion des mêmes substances ; médication tonique : alimentation ; intervention hâtive en cas de pleurésie putride.

ARTICLE V

PLEURÉSIE

La pleurésie est une inflammation exsudative de la plèvre, dont les causes, quoique très variables, relèvent le plus habituellement d'une infection.

1° Étiologie. — La pleurésie est toujours consécutive à une lésion de voisinage ou à une maladie générale infectieuse. Souvent cette dernière, pour atteindre la plèvre, crée une localisation broncho-pulmonaire. Il est cependant des cas où l'affection initiale ne peut être discernée : on dit alors qu'il y a pleurésie primitive.

La *pleurésie primitive* est relativement rare chez l'enfant, car relevant le plus souvent de tuberculoses locales, elle ne se montre comme les autres tuberculoses des séreuses, que dans la seconde moitié de l'enfance ou dans l'adolescence. Sur 46 cas de pleurésie, nous n'en avons observé que 17 de primitives, et sur ces 17 deux seulement au-dessous de cinq ans.

La *pleurésie secondaire* apparaît à différentes périodes de

l'enfance : *chez le nouveau-né*, elle est liée à l'infection puerpérale et est habituellement purulente (Hervieux). *Dans les premières années*, elle est en rapport avec les infections broncho-pulmonaires, pneumonie, broncho-pneumonie, bronchite, parfois avec l'ingestion d'un lait tiré d'un sein malade (Bouveret, Damourette). Aussi est-elle particulièrement fréquente à cette période (Smith), et, en raison de son origine, très souvent purulente.

Avec la scolarité débutent les maladies contagieuses, rougeole, scarlatine, coqueluche, grippe, la pneumonie continue à sévir ; ce sont encore les pleurésies purulentes qui dominent, soit qu'elles succèdent à la scarlatine dont les associations morbides ont presque toujours une tendance pyogène, soit qu'elles succèdent à la broncho-pneumonie rubéolique, grippale, coqueluche ou à la pneumonie, qui s'accompagnent tantôt d'épanchements séreux, tantôt d'épanchements purulents.

C'est à partir de huit à dix ans, que les pleurésies séro-fibrineuses font leur apparition à la remorque des tuberculoses latentes ou actives du poumon, des propagations tuberculeuses venues du péritoine, des poussées rhumatismales, des cardiopathies.

A tout âge la pleurésie peut avoir un point de départ accidentel : suppuration du pied (Koplik), otites suppurées, appendicite, qui a été mise en cause par Dieulafoy, et provoque une pleurésie putride droite.

Ces considérations nous expliquent que dans la répartition des pleurésies suivant l'âge, il y ait deux maxima ; l'un dans les premières années, l'autre à la fin de l'enfance. La statistique de Steffen citée par Netter[1] donne sur 81 cas de pleurésie 29 cas de la naissance à cinq ans, 30 cas de cinq à dix ans, 22 cas de dix à quinze ans. Israel cité par le même auteur a trouvé sur 206 cas, 94 cas de un à cinq ans, 71 de cinq à dix ans, 41 de dix à quinze ans. En observant les enfants âgés de deux à quinze ans, j'ai recueilli 46 cas de pleurésie dont 9 de deux à cinq ans, 13 de

[1] Netter, Article maladies de la plèvre, in *Traité des maladies de l'enfance* de Grancher-Comby.

cinq à dix ans, 24 de dix à quatorze ans. Ces statistiques donnent naturellement des chiffres variables suivant l'affluence proportionnelle des petits et des grands enfants dans les milieux où l'on observe. Pour ce qui concerne les nourrissons, on peut affirmer qu'ils sont très sujets à la pleurésie et surtout à la pleurésie purulente. Dans une crèche où passent en moyenne 250 à 300 enfants par an, j'observe annuellement 4 à 5 cas de pleurésie. Cette fréquence de l'infection pleurale se comprend, lorsqu'on sait combien le nourrisson se défend mal contre l'action des germes pathogènes. Il est très probable que tous les moyens prophylactiques employés dans les collectivités de nourrissons, isolement individuel, asepsie, antisepsie, auront une répercussion aussi bien sur le nombre de pleurésies que sur celle des infections en général et en restreindront la fréquence. Il faut distinguer la pleurésie du nouveau-né de celle du nourrisson. La première est relativement rare : sur 54 pleurésies de la naissance à dix-huit mois, Papapanagiotu n'en a vu que 8 chez des enfants au-dessous de six mois. Il est vrai que les pleurésies du nouveau-né sont souvent des trouvailles d'autopsie et que plus on se rapproche de la naissance, plus la pleurésie présente des liens étroits avec une septicémie ou une broncho-pneumonie qui en masquent les symptômes, plus aussi elle a des chances d'être purulente. La purulence de l'épanchement qui se montre dans la proportion de 5,4 à 7,6 p. 100 chez l'adulte, est de 29 p. 100 chez l'enfant (Netter). Si on considère l'enfant aux différents âges, on voit que les pleurésies purulentes se répartissent de la façon suivante, d'après les nombreuses statistiques réunies par Netter :

Au-dessous de 5 ans	62	p. 100.
De 5 à 10 ans.	27,6	—
De 10 à 15 ans	10,4	—

La pleurésie du nouveau-né est presque toujours purulente. Les chiffres que j'ai observés cadrent avec les précédents. Sur 9 pleurésies de un à cinq ans, nous en comptons 5 purulentes : 55 p. 100; sur 13 de six à dix ans, 4 purulentes : 30 p. 100; sur 24 de dix à quatorze ans, 4 purulentes : 16 p. 100.

Si nous répartissons nos cas en groupes étiologiques, nous trouvons :

17 pleurésies primitives dont 3 purulentes :
26 pleurésies secondaires dont 9 avec purulence se rapportant :

A la tuberculose.	7 cas.			
A la pneumonie	7	— dont	3	avec purulence.
A la broncho-pneumonie. .	4	— —	2	—
A la scarlatine.	2	— —	1	—
A la coqueluche	2	— —	1	—
A l'érysipèle.	1	—		avec purulence.
A la grippe	1	—		—
Au rhumatisme	4	— dont	1	—
A l'appendicite	1	—		—

Nous ne faisons pas mention des épanchements dans les cardiopathies ou les néphrites, leur caractère inflammatoire étant dans quelque cas discutable.

2° **Anatomie pathologique**. — La pleurésie est sèche, séro-fibrineuse, purulente, hémorragique.

a. *Pleurésie sèche*. — La pleurésie sèche, associée à la pneumonie ou à la broncho-pneumonie, se réduit à l'existence d'un voile fibrineux, déposé sur la plèvre au niveau de la zone pulmonaire enflammée. Elle n'a d'importance clinique que quand elle existe au sommet, car elle signale des lésions tuberculeuses plus ou moins latentes et aboutit souvent à l'épaississement scléreux de la plèvre. Cependant dans les broncho-pneumonies qui passent à l'état chronique, on observe souvent une paroi pleurale épaissie et des dilatations bronchiques.

b. *Pleurésie séro-fibrineuse*. — La pleurésie séro-fibrineuse ne présente rien de particulier chez l'enfant. Elle siège le plus souvent à gauche, sauf dans sa forme rhumatismale ou dans ses associations à la tuberculose péritonéale, auxquels cas elle est habituellement double. Elle se résout en général avec une grande rapidité et bien qu'elle soit plus souvent que chez l'adolescent ou l'adulte indépendante de la tuberculose, elle constitue parfois un lieu d'appel pour les infections futures ainsi que l'a démontré Charrin.

Malgré l'aisance avec laquelle se résout la pleurésie séro-

fibrineuse, elle peut cependant aboutir à une diminution de volume de la partie correspondante du thorax avec scoliose consécutive. C'est là un fait que nous avons remarqué à plusieurs reprises, et qui s'explique peut-être par un arrêt de développement momentané de la moitié du thorax lésé.

c. *Pleurésie purulente.* — La pleurésie purulente de l'enfant est remarquable par son origine souvent pneumo-coccienne. D'après NETTER, la pleurésie purulente de l'adulte relève 25 fois p. 100 du pneumocoque et 41 fois sur 100 du streptocoque. Chez l'enfant, cet auteur a relevé le pneumocoque 65 fois p. 100 et le streptocoque 16 fois p. 100. Quant au bacille de Koch, il a été noté 17 fois sur 100 chez l'adulte, 7 fois sur 100 chez l'enfant.

Les lésions pleurales sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte : pus épais, crémeux, tirant sur le vert, dans la pleurésie à pneumocoques; pus séreux, mal lié, grisâtre, dans les autres formes; poumon atélectasié au niveau de l'épanchement et recouvert de fausses membranes. La collection purulente peut être enkystée soit dans une partie de la grande cavité pleurale, soit dans la loge interlobaire, soit dans la loge sus-diaphragmatique. Ce sont là des particularités du plus grand intérêt au point de vue thérapeutique. Parfois, comme nous l'avons observé, il existe à la fois un épanchement de la grande cavité et une pleurésie interlobaire isolée de la première; de sorte que la pleurotomie n'apporte aucune modification aux phénomènes généraux. Enfin j'ai vu dans un cas une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité évacuée par la thoracentèse, et plus tard une vomique purulente, résultant de la présence d'une pleurésie purulente interlobaire.

La pleurésie purulente peut être le point de départ d'infections qui se propagent tantôt sur les parties voisines, péricarde, péritoine, tantôt à distance, soit par le système lymphatique (j'ai vu deux fois un ganglion suppuré de la région sus-claviculaire dans des pleurésies purulentes à streptocoques, le pus ganglionnaire renfermant du streptocoque pur) soit par le système veineux, et en ce cas il se produit des métastases viscérales.

La pleurésie purulente peut devenir putride en cas de com-

munication avec un foyer septique (gangrène pulmonaire).

d. *Pleurésies hémorragiques.* — Enfin l'épanchement est parfois hémorragique. STARK a signalé 2 cas de ce genre consécutifs à un rhumatisme infectieux, LEWIN 4 cas associés à de la broncho-pneumonie grippale.

3° Symptômes. — Nous admettrons des signes physiques et des symptômes fonctionnels.

A. SIGNES PHYSIQUES. — Ils varient suivant qu'il s'agit d'une pleurésie sèche, primitive ou secondaire à un épanchement, ou d'un épanchement proprement dit.

α. La *pleurésie sèche* n'a rien de spécial à l'enfance.

β. Dans les *pleurésies avec épanchement*, il existe entre l'adulte et l'enfant, des différences ou des nuances qui sont dues presque toutes à la parfaite élasticité de la cage thoracique, et à sa minceur. De là, résulte une conductibilité très marquée pour les bruits, les ébranlements et les chocs. Du côté de l'épanchement, la poitrine s'*immobilise* et se laisse distendre. Alors que dans la pneumonie le défaut d'expansion existe sous la clavicule, dans la pleurésie il est au même niveau que l'épanchement. Si la pleurésie est étendue ou douloureuse, tout le côté peut être immobilisé, mais non exclusivement le sommet. La palpation reconnaît l'*arrêt de transmission de la voix*, chez les grands enfants, du *cri* chez le nourrisson. Lorsqu'il existe de gros râles sonores, on les perçoit souvent à la main, c'est un bon moyen de vérifier la non-transmission et il m'a permis dans un cas à symptômes réduits de faire le diagnostic.

J'ai souvent vérifié chez l'enfant un signe décrit par TRIPIER et MOUISSET chez l'adulte. Il consiste dans une *sensation d'ondulation* perçue par une main appliquée perpendiculairement à la direction des côtes sur la partie latérale et inférieure du thorax pendant que l'autre main ébranle la collection liquide par des chocs successifs, en arrière, au niveau de l'épanchement.

BARD, sous le nom de *ballottement*, provoque une sensation de frémissement, rappelant celui d'un bloc de gélatine trem-

blotant, avec une seule main, les doigts écartés, imprimant à l'épanchement une série de chocs rapides. Ces deux signes me paraissent bien plus faciles à saisir chez l'enfant que chez l'adulte.

La *percussion* doit être superficielle, en cas d'épanchement modéré, car profonde elle ferait consonner le poumon. Elle révèle de la matité avec perte de l'élasticité, dans les collections de très petit volume. Aussi constitue-t-elle un signe de premier ordre, de beaucoup supérieur à l'auscultation. Le skodisme de la partie supérieure de la poitrine est plus marqué chez l'enfant que chez l'adulte.

Les résultats de l'*auscultation* sont parfois faussés. Les bruits intra-pulmonaires se propagent facilement aux parois. Dans beaucoup de cas, la poitrine étant immobilisée, la respiration est simplement obscure. Ailleurs, on perçoit le murmure vésiculaire, du souffle aigre, lointain, d'abord expiratoire, puis expiratoire et inspiratoire, du souffle caverneux plus fréquent chez l'enfant que chez l'adulte, des râles fins, sous-crépitants, cavernuleux. L'égophonie, la broncho-égophonie existent dans le jeune âge. Colrat a montré qu'en comprimant la base de la poitrine on pouvait faire varier chez l'enfant le siège de l'intensité du souffle, de l'égophonie, et même faire naître une égophonie qui n'existe pas spontanément. C'est encore là un résultat de l'élascité et de la compressibilité de la cage thoracique. Chez le nouveau-né et le nourrisson jeune, l'auscultation ne donne que peu de renseignements. Il faut rechercher la matité de la base, le skodisme du sommet et ne pas craindre en cas de doute, de faire une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz. La pénurie des signes physiques explique pourquoi la pleurésie est si souvent méconnue dans le premier âge.

La radioscopie rend de réels services, surtout chez l'enfant. Elle montre une zone obscure au niveau de l'épanchement, le déplacement du cœur et du médiastin, permet de reconnaître les pleurésies enkystées interlobaires, sus-diaphragmatiques, médiastinales. Elle mérite d'être appliquée systématiquement au moins aux nourrissons.

D'une façon générale, on peut dire que les différentes parties du poumon sont plus solidaires chez l'enfant que chez l'adulte, et que les portions qui respirent et produisent des bruits, transmettent, plus volontiers chez l'enfant, ces bruits à la partie de la cage thoracique qui correspond à l'épanchement.

Dans la pleurésie purulente, on observe chez l'enfant comme chez l'adulte, pour peu qu'elle dure, l'œdème de la paroi et de la dilatation des veines superficielles.

Tout épanchement abondant à gauche dévie le cœur à droite en masse (Bard) et efface l'espace de Traube.

Dans la pleurésie putride, qu'elle soit liée à une appendicite ou à une gangrène superficielle du poumon, aux signes de la pleurésie se surajoutent au bout de quelques jours ceux d'un pneumothorax : tympanisme, succussion hippocratique, bruit d'airain, parfois aussi mais très tard, survient une expectoration fétide ou une hémoptysie.

B. Symptômes fonctionnels. — Ils diffèrent naturellement suivant la cause et la nature de l'exsudat, et les affections concomitantes.

a. *Pleurésie séro-fibrineuse.* — La pleurésie séro-fibrineuse présente les mêmes variations que chez l'adulte. Tantôt elle s'installe franchement, tantôt elle a une marche insidieuse. La température n'est jamais si élevée que dans la pneumonie, elle peut être subfébrile ou même faire défaut. Elle est souvent irrégulière quand la pleurésie est de nature tuberculeuse.

Les troubles sont variables. Parfois il y a de l'oppression, un point de côté, de la toux sèche quinteuse, se reproduisant par accès ou à l'occasion d'un changement de position. Dans la pleurésie rhumatismale, souvent double, l'association de la congestion pulmonaire détermine une dyspnée intense, parfois de l'orthopnée ; dans quelques cas, la pleurésie est latente et se réduit à une fébricule avec un peu de pâleur et de dépression des forces.

Dans la première enfance, on a signalé (Sevestre) une *forme méningitique* avec céphalée, délire, somnolence et même convulsions.

Il est rare que la pleurésie séro-fibrineuse passe à l'état chronique. La résorption se fait habituellement en deux ou trois semaines.

La pleurésie séro-fibrineuse peut s'associer à la pneumonie et dans ce cas évoluer très rapidement comme la pleurésie rhumatismale.

b. *Pleurésie purulente.* — La pleurésie purulente se traduit,

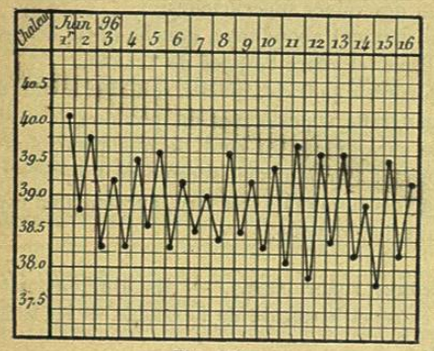

Fig. 57.
Pleurésie purulente à streptocoques.

outre ses signes physiques, par une fièvre qui est en rapport avec les qualités infectantes de l'épanchement.

On observe de nombreux types : fièvre intermittente à grandes oscillations, avec accès, sueurs profuses ; fièvre rémittente à oscillations moyennes ou courtes : état subfébrile, fièvre à poussées irrégulières, apyrexie.

L'état général est en rapport avec la fièvre : pâleur, amaigrissement, sueurs, inappétence, dépression des forces ; mais souvent ces phénomènes sont peu marqués.

Les pleurésies infectantes, à évolution rapide, s'accompagnent de dyspnée, de cyanose; le plus souvent la pleurésie purulente entraine peu de retentissement du côté des fonctions respiratoires.

4° Marche. — La pleurésie purulente peut se *résorber spontanément*. Nous en avons observé trois cas très nets chez des enfants de 3 ans, 5 ans, 6 ans, atteints de pleurésie purulente métapneumonique (voy. Blanchet, thèse de Lyon 1903, *De la résorption spontanée de l'empyème à pneumocoques de la seconde enfance*.

Rarement, elle se termine par *vomique* ou par *évacuation* lente et progressive à travers une fistule bronchique.

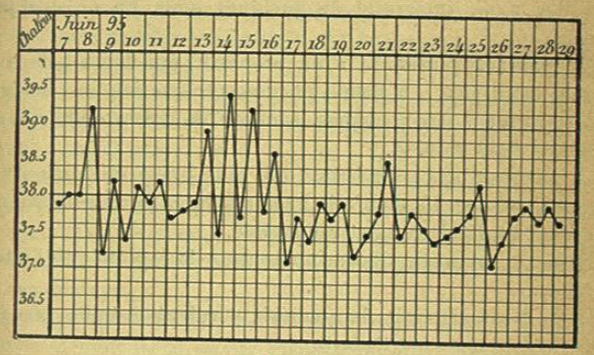

Fig. 58.
Pleurésie purulente à pneumocoques.

Dans quelques cas, il se forme un *abcès de la paroi pectorale*, généralement en avant, sous le mamelon, plus rarement sur le côté ou en arrière. Cet abcès décolle le tissu cellulaire et forme ainsi avec la collection pleurale une sorte de bissac. L'ouverture de l'abcès permet l'évacuation du liquide pleural, mais comme la fistule est à un niveau trop élevé, l'écoulement du pus est mal assuré, et en général, il faut intervenir aux lieux d'élection. J'ai vu cependant un enfant de quatre ans et demi qui présentait une fistule spontanée guérir assez rapidement.

Plus rarement encore, le pus prend la *voie abdominale*, fusant le long de la colonne à travers les piliers du diaphragme, et réalisant ainsi qu'on a appelé les *migrations insolites de l'empyème*, pour faire issue aux lombes, à l'arcade de Fallope. Dans quelques cas la pleurésie purulente passe à l'état chronique : l'enfant

présente une fièvre rémittente, maigrit, pâlit, et est considéré comme un tuberculeux.

5° Pronostic. — La pleurésie séro-fibrineuse guérit habituellement, sans laisser de suites, car plus souvent que chez l'adulte, elle est indépendante de la tuberculose. Cependant nous avons vu plusieurs fois une induration du sommet lui succéder à un intervalle de quelques mois ou de quelques années.

La pleurésie purulente a un pronostic qui dépend de conditions multiples. La forme pneumococcique est plus bénigne que la forme à streptocoques, sans qu'on puisse établir à cet égard de règle absolue.

La pleurésie des nourrissons est plus grave que celle de la seconde enfance. La pleurésie hémorragique, putride et gangréneuse est particulièrement redoutable.

Enfin, le pronostic dépend surtout de la rapidité de l'intervention.

D'une façon générale, la pleurésie purulente est plus bénigne chez l'enfant que chez l'adulte.

La pleurésie infantile laisse à sa suite une rétraction de thorax, surtout dans la forme purulente, un abaissement de l'épaule, une déviation de la colonne vertébrale. Tous ces phénomènes sont plus marqués chez l'enfant que chez l'adulte.

6° Diagnostic. — Le diagnostic comporte plusieurs problèmes : reconnaître la présence d'un épanchement, son siège, sa nature, son espèce.

a. *Diagnostic de l'épanchement.* — On peut confondre un épanchement liquide avec une *pneumonie*, une *spléno-pneumonie*, une *congestion pulmonaire*, une *caverne*, une *péricardite*, un *pneumothorax*. Nous avons vu en effet combien les signes physiques, malgré leur valeur habituelle, prêtaient de temps à autre à des erreurs. Les signes cavitaires que l'on constate soit au début de l'épanchement, soit à la période de résolution, sont très significatifs à cet égard. Ils sont d'ailleurs plus souvent observés dans la pleurésie purulente, mais existent néanmoins dans la

forme séro-fibrineuse. Dans tous les cas où nous avons eu un doute, le flot recherché par la méthode Tripier-Mouisset et le ballottement, décrit par Bard, nous ont permis d'affirmer la présence du liquide.

La ponction exploratrice avec une aiguille fine ne donne pas nécessairement de résultats lorsque le liquide est épais, comme dans la pleurésie purulente. Elle n'est pas toujours inoffensive. J'ai vu un enfant de huit ans prendre une crise convulsive à la suite d'une ponction exploratrice faite au moyen de l'aiguille de la seringue de Pravaz.

La compression du thorax par la méthode de Colrat est aussi très précieuse, car elle précise singulièrement la valeur des signes d'auscultation.

Signalons la manœuvre de Pins, qui permet dans les cas de péricardite avec épanchement et compression du poumon, de rétablir la respiration pulmonaire par la position genu-pectorale. Enfin la radiographie devra toujours être pratiquée dans les cas douteux.

b. *Diagnostic du siège.* — L'épanchement peut occuper une grande étendue de la cavité pleurale ou être limité. En ce cas s'il siège à la base, son diagnostic est facile. S'il siège à la partie moyenne ou au sommet, la matité, l'abolition des vibrations limitées en un point du thorax, permettront d'y songer.

La *pleurésie interlobaire* ou *sus-diaphragmatique* n'a pour elle ni des signes physiques certains, ni la ressource de la ponction exploratrice. Le diagnostic se fait par exclusion. Parfois on a une légère bande de matité au niveau de l'espace interlobaire, parfois c'est une vomique qui éclaire la situation. Quelquefois, si le pus s'écoule à travers les bronches avec lenteur, l'enfant avale ses crachats. Si on soupçonne une pleurésie interlobaire, on peut faire le lavage de l'estomac et ramener un liquide purulent plus ou moins dilué. On se basera le plus souvent sur les antécédents : un enfant a présenté un épisode fébrile de 8 à 10 jours de durée, une amélioration à ce moment, suivie à bref délai d'une reprise de la fièvre, mais d'un autre type que lors de la première atteinte. Cette seconde poussée fébrile traîne, s'accompagne d'oscillations thermiques, de toux, sans

signes physiques appréciables. On devra penser à une pleurésie interlobaire et faire la vérification radiscopique.

Pour la *pleurésie enkystée sus-diaphragmatique*, on s'appuiera, en outre des signes généraux d'infection persistante, sur la matité et l'obscurité respiratoire à l'extrême base, l'immobilité de la partie inférieure du thorax et du diaphragme correspondants, sur l'existence du bouton diaphragmatique de Guéneau de Mussy, la présence du point douloureux cervical. Dans tous les cas de pleurésie enkystée, on pourra recourir à l'épreuve radiographique.

La *pleurésie médiastinale*, très obscure sera soupçonnée, s'il existe des signes d'irritation des organes médiastinaux : légers troubles de la déglutition, vomissements, palpitations, accès de dyspnée.

c. *Diagnostic de la nature.* — L'épanchement est-il purulent ou non ? On tiendra compte de l'âge : au-dessous de six ans, on trouve presque toujours du pus ; des conditions pathogéniques : un épanchement durable succédant à une pneumonie est presque toujours purulent ; de la durée : un épanchement qui dure plus d'un mois est rarement séro-fibrineux ; des phénomènes généraux plus marqués dans la pleurésie purulente, des troubles respiratoires plus nets dans la pleurésie séro-fibrineuse. La ponction exploratrice donnera toujours la solution.

d. *Diagnostic de l'espèce.* — La *pleurésie séro-fibrineuse* peut être la première manifestation d'un rhumatisme infantile. En ce cas, elle est double, évolue avec rapidité et s'associe souvent à une péricardite.

Elle peut accompagner une pneumonie, elle est peu étendue dans ce cas et se résorbe rapidement.

Elle est souvent l'indice initial d'une tuberculose ; il s'agit alors d'enfants un peu âgés, à antécédents héréditaires, présentant parfois des traces de tuberculoses locales, cicatrices ganglionnaires. L'examen attentif du sommet suivant la méthode de Grancher donnera d'utiles indications.

L'examen cytologique pratiqué par Widal et Ravaut, Barjon et Cade, a permis de reconnaître un certain nombre de formules caractéristiques de la nature des épanchements : dans la pleurésie tuberculeuse primitive, la formule est nettement lymphocytaire, au bout de deux à trois semaines seulement (Descos) [1] ; au début, cette formule est en effet variable.

Dans la pleurésie séro-fibrineuse à pneumocoques, les examens faits dans mon service par Descos, ont permis de trouver constamment de la polynucléose.

Enfin dans l'hydrothorax des cardiaques et des brightiques, on trouve des cellules endothéliales réunies par placards. (Ravaut).

La *pleurésie purulente* est à pneumocoques, à streptocoques, pure ou mixte. Les caractères du pus que nous avons déjà signalés, l'examen bactériologique trancheront toute difficulté ; mais en l'absence de cet examen, on tiendra compte d'une pneumonie antérieure. Il existe cependant de nombreux cas de pleurésie primitive à pneumocoques. Leur prédominance sur les autres espèces donnera des probabilités en leur faveur. La pleurésie à streptocoques se montre surtout dans le cours ou à la suite de la grippe, de l'érysipèle, de la scarlatine.

7° Traitement. — Le *traitement spécifique* n'est guère à mentionner que dans la pleurésie rhumatismale, justiciable du salicylate de soude.

Le *traitement symptomatique* dans la *pleurésie séro-fibrineuse* n'a rien de spécial à l'enfant. Soulager la douleur, combattre la fièvre, faire des applications révulsives, et en cas de dyspnée par épanchement abondant, faire la *thoracentèse*. Celle-ci doit être réservée aux cas exceptionnels, l'épanchement se résorbe d'habitude spontanément. Après sa disparition, veiller sur la rétraction du thorax et pratiquer dans tous les cas une gymnastique préventive de la scoliose.

La *pleurésie purulente* peut être exceptionnellement abandonnée à elle-même. Je rappelle que lorsque l'épanchement est peu abondant, les phénomènes généraux sans gravité, on peut attendre lorsqu'il s'agit de pleurésies métapneumoniques de la

[1] Descos, Cyto-diagnostic des épanchements des séreuses, *Rev. de méd.*, 1902.

seconde enfance. J'ai pu suivre ainsi trois cas de résorption spontanée que j'ai revus indemnes après plusieurs années. (th. de Blanchet). Le plus souvent il faut intervenir. Dans les formes infectantes avec état général mauvais, frissons, etc., on doit faire la *pleurotomie d'emblée*. Celle-ci s'impose encore davantage dans les pleurésies putrides.

Dans les formes avec phénomènes généraux peu marqués, on peut avec C. de Gassicourt faire la *simple thoracentèse* répétée de cinq en cinq jours. Nous avons vu une simple ponction faire disparaître la fièvre au bout de cinq jours. Si après 3 ou 4 ponctions, l'épanchement se reproduit, on s'adressera à la *pleurotomie*, suivie du drainage. Le *lavage* en raison des accidents toxiques (par l'antiseptique utilisé) ou réflexes (convulsions, syncope, etc.) qu'il produit, doit être rejeté et limité aux formes infectantes et putrides de la pleurésie. Le pneumothorax consécutif à la pleurotomie se limite très rapidement dans le zone de l'incision, à condition que la pleurésie soit récente. Il est inutile en général de réséquer une côte pour permettre le placement du drain, sauf chez les très jeunes enfants.

Dans les *pleurésies purulentes interlobaires* ou *sus-diaphragmatiques*, on peut attendre, si l'état général reste bon, l'évacuation spontanée qui se fait ordinairement par vomique au bout d'un mois. Chez l'enfant, plus facilement que chez l'adulte, les tissus se resserrent autour de la cavité purulente, qui tend à se rétrécir progressivement, ce qui se reconnaît à l'amélioration de l'état général et à la réduction progressive du pus rejeté. En général, la première vomique est fétide, et la fétidité va en diminuant avec la quantité de pus. Mais si les vomiques tendent à se reproduire plusieurs fois, si leur quantité après avoir diminué augmente, si la fétidité reparaît, il faut redouter la persistance de la cavité purulente, ou l'existence de plusieurs foyers qui se vident mal et intervenir. S'il y a du sang dans les matières rejetées, on peut craindre la gangrène ou une ulcération vasculaire et on doit pratiquer la thoracotomie.

Dans les *pleurésies purulentes doubles*, on peut suivant Sutherland intervenir en laissant un intervalle aussi long que possible entre les deux opérations. Netter conseille de ponctionner

d'abord d'un côté et d'ouvrir de l'autre, de cette façon, on gagne du temps.

Dans les *pleurésies anciennes*, on arrive nécessairement à pratiquer des *résections costales* (méthode d'Estlander) pour permettre l'accollement des parois de la collection purulente. Dans un cas j'ai fais faire la *décortication du poumon* (méthode Delorme). Le poumon, en effet, libéré d'une partie de sa coque fibreuse s'est développé, mais l'enfant est mort de shock.

La méthode du *siphon* vantée à l'étranger ne paraît pas présenter d'avantage sur la pleurotomie. Celle-ci nous a toujours donné des résultats rapides dans les cas récents.

Lorsque la pleurésie purulente se résorbe spontanément, elle ne laisse pas de traces. C'est ce que nous avons pu constater chez nos trois malades, que nous avons suivis pendant plusieurs années. Lorsque la pleurotomie est précoce, les déformations sont peu importantes; lorsqu'elle est tardive, il faut craindre une rétraction du thorax avec scoliose. Aussi conseillons-nous, d'intervenir, même dans les cas de pleurésie à pneumocoques, si la résolution ne se fait pas rapidement si l'épanchement reste stationnaire pendant deux à trois semaines.

ARTICLE VI

SPLÉNO-PNEUMONIE, MALADIE DE GRANCHER

Le *spléno-pneumonie* ou *maladie de Grancher*, ainsi que propose de la désigner Queyrat, est une affection peu connue au point de vue de sa lésion et de sa nature. Elle semble se montrer de préférence chez les tuberculeux. Sur trois cas que nous avons observés, deux sont morts tuberculeux au bout de un ou deux ans.

Le tableau habituel est celui d'une pleurésie, fièvre moyenne ou modérée, dyspnée, toux ; à une des bases de la poitrine, on constate de la matité, l'abolition des vibrations, de l'obscurité respiratoire, de l'égophonie mais la ponction exploratrice ne ramène pas de liquide. La fièvre tombe au bout de quelques

jours, et l'enfant paraît revenir à la santé, tout en gardant les signes physiques d'une pleurésie. Après un temps variable, une à plusieurs semaines, on perçoit des râles fins, et bientôt après un souffle tubaire. La maladie a simulé successivement une pleurésie, une congestion pulmonaire, une pneumonie. Mais quels que soient les signes physiques, il est remarquable de voir que, sauf la période initiale, il n'y a plus ni fièvre, ni symptômes fonctionnels. Il y a là un contraste très singulier.

Dans deux de mes observations, l'affection a duré plusieurs mois, avec rétablissement progressif de la santé générale.

Le diagnostic, difficile au début, est cependant vite posé, lorsqu'on a constaté l'absence du signe de Tripier-Mouisset, de Bard, ou que la ponction exploratrice a été négative.

Le traitement se borne à des procédés révulsifs.

ARTICLE VII

ADÉNOPATHIE TRACHÉO-BRONCHIQUE

Décrite par Leblond, Rilliet et Barthez, l'adénopathie trachéo-bronchique a été l'objet d'une étude approfondie de la part de Guéneau de Mussy et de son élève Baréty.

L'histoire clinique de cette affection n'est qu'une suite d'incidents pathologiques provoqués par l'action des ganglions malades sur les organes voisins. La connaissance de leurs rapports réciproques permet de comprendre et presque d'imaginer les symptômes.

On peut distinguer trois groupes de ganglions (Baréty) :

α. Un *groupe prétrachéo-bronchique droit et gauche* qui cotoie le bord externe de la trachée et de ses premières branches de bifurcation. Les ganglions sont en rapport avec la partie correspondante du conduit trachéo-bronchique, avec les gros vaisseaux de la base du cœur, aorte et ses branches de division, artère pulmonaire, avec les pneumogastriques et les récurrents, et à droite avec la veine cave supérieure ;

β. Un *groupe sous-bronchique* situé entre la face inférieure des bronches et le bord supérieur du tronc postérieur des veines pulmonaires. Il est en rapport avec le plexus pulmonaire du pneumogastrique, le médiastin postérieur en arrière, en avant avec le péricarde et l'oreillette gauche ;

γ. Des *ganglions interbronchiques*, occupant l'angle de division des bronches jusqu'aux bronches de 4e ordre, et en rapport avec les divisions correspondantes de l'artère pulmonaire.

Les ganglions trachéo-bronchiques à l'état normal sont plongés dans un tissu cellulaire lâche qui les isole des organes voisins. S'ils sont le siège d'une inflammation, ils gênent ceux-ci mécaniquement par leur volume, ou contractent avec eux des adhérences qui les associent dans une même altération.

1° Étiologie et anatomie pathologique. — L'adénopathie trachéo-bronchique est une affection du jeune âge. Les influences pathogènes qui s'exercent sur les voies respiratoires sont transmises avec une facilité remarquable aux ganglions lymphatiques de la région. Nous avons déjà montré que chez les jeunes sujets la circulation lymphatique broncho-pulmonaire était très active et expliquait cette solidarisation absolue entre les lésions du poumon et celles des ganglions médiastinaux. Plus tard, les réseaux lymphatiques s'oblitèrent progressivement et le ganglion lymphatique est lui-même dur, sclérosé, farci de particules charbonneuses.

L'adénopathie trachéo-bronchique se développe à la suite de toutes les infections des voies respiratoires, mais surtout de celles qui sont intenses ou prolongées : rougeole, coqueluche, broncho-pneumonie, bronchite chronique.

Les ganglions sont augmentés de volume, congestionnés, rouge bruns, d'une consistance molle, et contractent des adhérences entre eux et avec les organes voisins (periadénite). C'est là la période aiguë de l'adénopathie dont la symptomatologie est difficile à discerner au milieu des manifestations habituelles d'une bronchite survivant à la rougeole ou à la coqueluche.

L'adénopathie aiguë passe rarement à la suppuration. Elle se résout ou devient chronique. Les ganglions tout en gardant une