

fasse entendre vers son déclin, mais on constate un caractère soufflant de la respiration, comme l'un des premiers signes stéthoscopiques.

Les parois de la poitrine de ce côté, si leur sensibilité ne vous empêche pas de pratiquer la percussion, donneront une résonnance beaucoup moindre qu'à l'état normal, tandis qu'en même temps le doigt éprouvera une sensation distincte de résistance et que le frémissement produit par la voix sera, ou presque, ou tout à fait absent.

Le premier signe stéthoscopique de l'amélioration est souvent fourni par la réapparition du bruit de frottement, ou par son existence constatée pour la première fois. On le constate d'habitude vers la partie postérieure du côté affecté; il descend par degrés à mesure que l'air entre avec plus de liberté, et que la couche mince de liquide qui s'est épanché vient à se résorber. Ce travail d'absorption ne suit point de règles, quant au temps qu'il met à se faire; de sorte que le bruit de frottement peut s'entendre, dans quelques cas, pendant peu de jours, et dans d'autres pendant plusieurs semaines.

La persistance très longue d'un bruit de frottement fait naître le soupçon qu'il s'est produit un dépôt tuberculeux à la surface de la plèvre.

Il est très rare qu'on n'entende pas un bruit de frottement au moins sur une certaine étendue; mais dans quelques circonstances, quand l'épanchement a été très peu considérable, la plèvre costale et la plèvre pulmonaire deviennent vite adhérentes, et dans des cas pareils on ne peut entendre que peu ou pas de frottement pleural. Avec le retour de la plèvre à l'état sain, ce bruit disparaît; mais, pendant quelque temps après que toutes autres traces de la maladie ont disparu, on continue à constater une certaine rudesse de la respiration, et une obscurité marquée du son. Cette obscurité du son dépasse de beaucoup celle dont la différence entre la quantité d'air admise dans les deux poumons semblerait devoir rendre compte, et n'a, autant que je puis le savoir, pas encore reçu une explication complètement satisfaisante.

**Diagnostic.** — Les symptômes qui marquent le début d'une pleurésie attirent quelquefois l'attention plutôt vers la tête que vers la poitrine. L'enfant est pris de vomissements accompagnés de fièvre et d'un mal de tête intense; il crie violemment, a du délire pendant la nuit ou pousse des cris pendant son sommeil, et quand vient le matin se plaint beaucoup de la tête, mais nie qu'il ressente aucune douleur dans la poitrine, tandis que la toux courte, la respiration accélérée, peuvent être regardées comme le simple résultat du désordre cérébral. Quelquefois, aussi, la toux manque complètement, et l'accélération de la respiration est assez légère pour ne pas faire naître l'idée qu'un désordre sérieux s'accomplit dans la poitrine. Sous l'impression que l'enfant est affecté d'une

maladie cérébrale, on ne pratique pas l'auscultation, ou du moins on ne le fait qu'à la hâte et d'une façon superficielle, de sorte que cette recherche n'aboutit qu'à confirmer le diagnostic erroné. Il arrive souvent, en effet, que dans ces cas le bruit de frottement ne se fait pas entendre, et que vous n'avez d'autre indice pour vous guider sûrement que la faiblesse du murmure respiratoire du côté malade; d'un autre côté, l'enfant craignant de faire une inspiration ne remplit pas complètement le poumon, de sorte que l'information qu'on retire habituellement de la comparaison de la respiration de l'un des poumons avec celle de l'autre est en grande partie perdue. Cependant, la présence d'un murmure respiratoire faible à la base d'un poumon, quand elle est associée à la production soudaine de symptômes fébriles aigus, chez un enfant auparavant bien portant, signale presque invariablement l'existence d'une pleurésie aiguë, tandis que l'appréciation soigneuse de l'état général du malade et de son historique, sans même tenir compte des résultats de l'auscultation, doivent contribuer beaucoup à vous prémunir contre la possibilité d'une erreur. Le début de la maladie a été de beaucoup trop aigu, accompagné d'un trouble fébrile trop considérable pour un cas de méningite tuberculeuse, tandis que bon nombre des signes d'un désordre cérébral, sur lesquels on aurait dû compter dans le cas d'une encéphalite, ne se sont point présentés.

La chaleur de la tête n'est pas plus considérable que celle du reste de la surface; les cris qui marquent le début de la maladie n'ont point été remplacés par du coma. Ce n'est que rarement que des convulsions marquent le début de la maladie, mais si elles ont existé elles ne se sont pas reproduites dans la suite; il n'y a ni contraction convulsive des muscles, ni strabisme, ni rétraction de la tête; et quoique l'enfant puisse crier (comme font souvent les enfants malades et irrités), quand on ouvre leurs rideaux et qu'on approche une bougie, il n'y a pourtant pas intolérance proprement dite de la lumière, tandis que, malgré l'irritabilité, l'intelligence n'est pas autrement pervertie. L'erreur est en effet facile; mais, pour l'éviter, il est besoin, dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, non pas tant d'une grande finesse que d'un grand soin et d'une grande patience.

La douleur qui marque le début de la pleurésie est quelquefois rapportée, non à la poitrine, mais à l'abdomen, et il peut y avoir, au commencement, des vomissements et de la diarrhée. Ce mode de début de la maladie s'observe plus spécialement dans les cas de pleurésie diaphragmatique, surtout si l'inflammation a son siège du côté droit, et, dans ce dernier cas, le vomissement bilieux est souvent un des symptômes du début les plus prononcés. La pression sur l'abdomen, non seulement dans ces cas, mais fréquemment dans d'autres, produit une augmentation de la souffrance, et vous pouvez ainsi être conduits à méconnaître

l'existence de la pleurésie, et à laisser votre attention se diriger entièrement vers les symptômes abdominaux. Il y a quelques années, un garçon de 7 ans fut admis à l'hôpital des Enfants, à la sixième semaine d'une pleurésie du côté droit qui s'était terminée par un empyème, pour lequel on pratiqua plus tard la paracentèse avec succès. On nous disait qu'il avait eu une inflammation des intestins, et les traces de morsures de sangsues récentes, sur la fosse iliaque droite, témoignaient de l'erreur de diagnostic que l'auscultation aurait fait éviter.

Dans ces cas douteux, il est bon de se rappeler que les enfants, même sachant parler depuis longtemps, décrivent d'une manière très inexacte la nature et le siège de leurs souffrances, et si, comme il arrive souvent dans ces cas, ils rapportent la douleur à l'hypocondre droite, vous ne devez pas oublier que la douleur dans cette région s'allie beaucoup plus souvent, à tous les âges, avec l'inflammation de la plèvre qu'avec celle du péritoine; et enfin, que l'augmentation de malaise produit par la pression sur l'abdomen peut être due au surcroît d'obstacle apporté, de cette façon, à la respiration déjà laborieuse.

L'auscultation attentive, qui, je n'ai pas besoin de le dire, ne devrait jamais être négligée, vous sauvera généralement de l'erreur; mais dans le cas de pleurésie diaphragmatique, vous avez plutôt à déduire la nature de la maladie de la non correspondance de ses symptômes avec ceux de toute autre affection, que vous n'êtes en état de prononcer sur son caractère d'après un signe positif fourni par l'auscultation.

La chaleur de la peau, la fréquence du pouls, l'accélération de la respiration, sont de nature à éloigner la pensée de presque toutes les affections de l'abdomen; pendant que les caractères généraux de l'attaque ne répondent pas à ceux d'une péritonite aiguë et qu'on ne constate pas la sensibilité, même à une pression légère, la tension des parois de l'abdomen, ni la crainte du plus léger mouvement, qui caractérisent cette dernière maladie. Votre grande sauvegarde, en pareil cas, se trouvera dans la juste interprétation des symptômes généraux, et dans la connaissance de ce fait que lorsqu'elle est accompagnée de symptômes fébriles aigus, la simple imperfection de l'entrée de l'air dans les poumons est en elle-même un indice précieux de l'inflammation de la plèvre. Le danger dans les cas de pleurésie du premier âge ne consiste pourtant pas, simplement, dans la possibilité de méconnaître l'existence d'un désordre pectoral, mais aussi dans celle de ne pas rapporter ce dernier à sa véritable cause.

La fièvre, la toux et la dyspnée peuvent être assez marquées pour rendre la première erreur impossible; mais l'auscultation, à moins que vous n'interprétiez judicieusement les données qu'elle vous fournit, peut ne pas vous garantir de la seconde. Il n'est nullement indifférent de prendre un cas de pleurésie pour un cas de pneumonie; ou bien au lieu de reconnaître la production d'une pleurésie, qui a pu s'effectuer dans

le cours d'une bronchite soumise, depuis un certain temps, à votre observation, de ne voir dans l'augmentation d'intensité des symptômes pectoraux qu'une simple exacerbation de l'affection antérieure.

Cette erreur est de celles qui, en réalité, ont peu de chance d'être commises dans le cours d'une pleurésie idiopathique observée depuis le commencement, mais vous êtes très exposé à y tomber, dans ces cas où la pleurésie succède à un exanthème; spécialement à la fièvre scarlatine, et, moins souvent, à la rougeole. La toux avec accélération de la respiration, des rhoncus, du râle crépitant, peuvent avoir déjà existé pendant quelque temps; et dans ces conditions, un bruit de frottement qui deviendrait perceptible, aurait beaucoup de chance de passer inaperçu. Mais, outre cela, le caractère inégal de la respiration, si remarquable au début de la vie, et qui fait que l'air paraît, à un moment, pénétrer imparfaitement dans un poumon, tandis que quelques heures plus tard c'est dans l'autre côté que la respiration peut paraître insuffisante, conduit à ne pas estimer à sa valeur réelle la respiration simplement incomplète. Mais, si le caractère bronchique de la respiration s'impose à votre attention, il est probable que, sans autre considération, vous noterez ce signe comme une preuve certaine de l'établissement d'une pneumonie, et méconnaîtrez complètement la pleurésie dont, dans ce cas, il est une manifestation.

Il est d'autant plus important d'avoir présente à l'esprit la possibilité de l'erreur, que quelques-uns des moyens de distinguer entre la pleurésie et la pneumonie, sur lesquels nous nous appuyons chez l'adulte, peuvent moins nous servir chez l'enfant. Il est si difficile de faire parler les enfants, pendant quelques instants, sur le même ton, et leur voix est souvent si faible, que nous sommes en grande partie privés des enseignements qu'autrement nous puiserions dans la résonnance différente de la voix d'un côté à l'autre. Pour la même raison, aussi, la différence de la vibration thoracique produite par la voix, et que l'on perçoit en appliquant alternativement la main sur les deux côtés, est, souvent, loin d'être aussi manifeste chez les enfants que chez les adultes. Cette recherche est, malgré cela, une de celles qu'on ne doit jamais omettre, puisque l'information qu'elle fournit, quand elle n'échoue pas complètement, est également précieuse dans un cas et dans l'autre. Deux données de plus peuvent vous aider à éviter l'erreur: d'abord, que la localisation des symptômes physiques d'une affection de la poitrine dans un côté, entraîne, par elle-même, la présomption que la maladie est une inflammation de la plèvre, non du poumon; en second lieu, que le souffle bronchique que l'on perçoit de bonne heure, dans une attaque de pleurésie aiguë, s'accompagne d'une diminution de la résonnance à la percussion, plutôt que d'une matité absolue qui se constate quand la substance du poumon est passée à l'état d'hépatisation.

[Je ne conseille pas aux praticiens de faire grand fonds sur l'une ou sur l'autre de ces deux données, particulièrement sur la seconde, la pleurésie même au début donnant d'habitude lieu une à matité au moins aussi grande sinon plus que la pneumonie.]

**Pleurésie latente.** — Il existe, en outre, des cas de *pleurésie latente*, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte; cas dans lesquels existent des symptômes vagues d'une fébricule, peut-être avec un peu de toux, et rien de plus, pour attirer spécialement l'attention vers la poitrine, ou même éveiller l'idée de l'existence d'une affection grave en un point quelconque. Chez les jeunes enfants, on attribue ces symptômes à la dentition; chez ceux plus âgés, aux vers ou à une fièvre gastrique, expressions qui servent à couvrir une forte dose d'incurie, d'ignorance et d'insouciance. Je ne connais aucun moyen d'éviter sûrement l'erreur, en dehors des règles simples, que leur répétition a rendues presque fastidieuses. — Rappelez-vous, en ce qui concerne la dentition, qu'il y a des pauses dans l'évolution des dents; qu'il ne s'en suit pas, de ce qu'un enfant n'a pas percé toutes ses dents qu'à un moment donné quelconque, le travail de la dentition soit nécessairement en activité. Ensuite, s'il est vrai que la présence des vers puisse grandement troubler l'état d'une santé parfaite, les symptômes fébriles n'indiquent point cette présence:

En troisième lieu, à l'exception des fièvres exanthématiques, de la fièvre intermittente, très rarement du typhus, la fièvre typhoïde est la seule fièvre essentielle à laquelle les enfants soient exposés. En d'autres termes, la fièvre est symptomatique d'un désordre, en un point quelconque, qu'il vous incombe de découvrir par un examen minutieux, et pour ne pas manquer de découvrir le siège du mal vous ne devez jamais omettre de pratiquer l'auscultation.

Une petite fille, de deux ans et deux mois, avait un léger rhume et de la toux qui paraissaient si insignifiants, qu'on ne réclama pour elle aucuns soins médicaux; et, lorsqu'à la fin d'une quinzaine, il se fit par l'oreille un écoulement purulent, celui-ci ne fut regardé que comme une preuve de plus de la dépendance où était le mal de la dentition. — Comme au bout de trois semaines elle ne retrouvait pas sa santé accoutumée, on manda un médecin qui la trouva avec la respiration calme, sans toux, mais paraissant épuisée et sérieusement malade. Elle dormit bien pendant la nuit, et le lendemain paraissait sensiblement dans le même état, excepté qu'elle semblait encore moins bien disposée, si bien qu'elle ne voulait permettre aucune tentative d'auscultation, et que le pouls de 170 était rapidement tombé à 72. Elle dormit encore bien pendant la nuit, mais le lendemain, quand elle fut levée, comme elle le voulait, elle appuya sa tête sur le sein de sa nourrice et mourut sans aucune lutte, ni convulsion.

J'assistai à l'autopsie, qui ne révéla aucune lésion quelconque dans le cerveau. Il y avait environ 350 grammes d'un sérum rougeâtre dans la cavité de chaque plèvre, mais sans aucune apparence de fausses membranes à leur surface. Quelques points du poumon étaient à l'état de collapsus; il y avait des caillots blancs dans le côté droit du cœur, tandis que le gauche était vide et contracté.

Peu de symptômes avaient attiré l'attention sur l'état de cette enfant, qui à la fin mourut soudainement, en raison de l'épanchement pleurétique, et probablement du changement brusque de posture pour prendre la position assise.

Ce cas a un double intérêt à cause du caractère latent de ses symptômes et de sa terminaison soudaine; mode de terminaison de la pleurésie dont la possibilité est peut-être moins présente à votre esprit qu'elle ne devrait l'être.

Un petit garçon, n'ayant pas tout à fait 3 ans, dont la santé n'avait jamais été très robuste, fut apporté à la consultation au dispensaire de Lambeth, le 11 juin 1827, pour une éruption impétigineuse chronique du cuir chevelu. Dans la nuit du 12 juin, il devint soudainement brûlant, avec une oppression très marquée; mais, le jour suivant, il était assez bien pour aller jouer dans le jardin, et le 15 il fut conduit à la distance d'un kilomètre pour venir au dispensaire, où je le vis pour la première fois. Il était pâle et paraissait malade, avait de la fièvre et, en respirant, faisait un sifflement; mais rien n'indiquait en lui un désordre sérieux et, pressé de faire des prescriptions pour un grand nombre de malades, je le considérai comme un enfant probablement phthisique qui avait récemment pris froid. Je lui prescrivis quelque médicament simple, et à une heure après midi il retourna chez lui. A 3 heures du même jour, il devint tout à coup beaucoup plus mal, se trouva très faible, respira avec une extrême difficulté, et mourut le lendemain matin, à huit heures. — Il y avait un peu de liquide dans l'abdomen et environ 350 grammes, dans chaque plèvre, d'un épanchement qui exerçait sur les lobes inférieurs des deux poumons une compression telle, qu'ils étaient presque complètement privés d'air.

La mort peut, comme dans le premier cas, être presque immédiate; et, quand on l'observe, cette mort soudaine survient surtout dans les circonstances où l'action inflammatoire n'a pas été intense, et où l'épanchement n'est que de la simple sérosité. — Un garçon, âgé de 8 ans, fut atteint d'une scarlatine médiocrement intense. Une légère anasarque se montra le 19<sup>e</sup> jour, augmenta un peu, mais n'était accompagnée d'aucun symptôme très accentué jusqu'au 22<sup>e</sup> jour, pendant lequel le malade put faire une promenade d'une demi-lieue sans éprouver de fatigue sérieuse. Après une nuit un peu agitée, il se leva pour aller à la garde-robe, et son état donnait si peu l'idée d'un danger que sa mère le laissa seul

quelques minutes. Quand elle revint il avait fait peu de chose, et semblait sur le point de se trouver mal. Il fut replacé dans son lit, où il commença aussitôt à se débattre faiblement, et mourut en peu de minutes.

Les poumons étaient comprimés par un abondant épanchement de sérosité dans chaque plèvre, et le péricarde contenait également 130 grammes de liquide, mais il n'y avait aucune autre lésion morbide, si ce n'est un peu de congestion des reins.

Cette mort très rapide est sans contredit un résultat fort rare de la pleurésie, mais, nonobstant, la maladie dans le jeune âge est loin d'être sans danger; et mon impression personnelle est qu'une terminaison fatale dans le cas de pleurésie aiguë n'est un fait absolument rare pas plus au début de la vie qu'à l'âge adulte. Pourtant, dans la plupart des cas que j'ai vus se terminer par la mort, la maladie, bien qu'ayant débuté par la plèvre, ne continuait pas à y rester limitée, mais s'étendait soit à la substance pulmonaire, soit au péricarde. J'ai vu dans ces circonstances un cas de pleurésie devenir mortel le quatrième jour après l'apparition des symptômes.

**Déformations et empyème.** — Outre ces cas, il en est d'autres qui appellent l'attention et dans lesquels la pleurésie ne se termine promptement, ni par la mort immédiate, ni par un rétablissement rapide. Ici, l'épanchement qui a lieu produit un degré de déformation de la poitrine plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte, attendu que les parois plus flexibles cèdent plus rapidement. La conséquence immédiate de l'effusion de liquide est naturellement de produire un élargissement du côté de la poitrine dans lequel elle s'est effectuée, tandis qu'en même temps les mouvements respiratoires de ce côté ont presque entièrement disparu, et que les espaces intercostaux sont bombés en dehors, ou du moins mis de niveau avec la surface des côtés; bien que chez l'enfant la quantité de matières grasses accumulées sous les téguments rende ceci moins évident que chez l'adulte. La pointe du cœur est aussi déplacée de sa position naturelle, et on en sentira les battements, soit en dehors du mamelon gauche, soit à droite de la ligne médiane, suivant que l'une ou l'autre plèvre est le siège de l'épanchement; en outre, si le liquide s'est produit abondamment dans la plèvre droite on peut souvent sentir que le foie a été repoussé en bas beaucoup au-dessous de sa situation ordinaire; et si c'est dans le côté gauche, on peut découvrir un déplacement analogue dans les rapports de la rate. En même temps que l'un des côtés s'élargit sous l'influence de l'épanchement de liquide, l'autre augmente aussi d'une manière très appréciable dans l'espace de 10 ou 15 jours; en raison de l'excès d'action du poumon resté sain, qui doit non seulement fonctionner pour lui-même, mais aussi pour celui du côté opposé dont la fonction peut être non seulement diminuée mais

même tout à fait suspendue. En même temps que commence l'absorption du liquide, le côté affecté commence à se rétracter, et avec le temps, après avoir été d'un demi-pouce ou d'un pouce (12 à 25 millimètres) plus large que le côté sain, il devient plus petit au moins de la même quantité; il est plus plat dans la région sous-claviculaire; l'épine dorsale elle-même se courbe latéralement, sa convexité supérieure se trouvant tournée vers le côté sain et la concavité inférieure vers le côté rétracté. Le développement du poumon sain produit une saillie du côté correspondant dont l'épaule est portée en haut, tandis que l'autre est déprimée en proportion; et ainsi se produit un degré très remarquable de difformité. Graduellement, avec le temps, il paraît s'établir un travail de réparation dont la marche n'a pas encore été suffisamment étudiée, mais en raison duquel la courbure de l'épine et l'aplatissement de la partie antérieure et supérieure de la poitrine diminuent à mesure que l'air pénètre plus librement dans le poumon, et dans beaucoup de cas, un degré relativement très léger de difformité est tout ce qui reste de ce qui avait paru un désordre presque irrémédiable. C'est pourtant là un résultat sur lequel il ne paraît pas possible de compter avec certitude, car on ne peut douter que dans la grande majorité des cas de pleurésie aiguë aux premiers temps de la vie, dans lesquels il se produit un épanchement, ou bien le pus se forme de prime-abord, ou le liquide devient très rapidement purulent et en conséquence très peu disposé à se laisser résorber, bien qu'il ne soit nullement impossible qu'il le soit, comme on l'a d'abord pensé (1). Dans ces circonstances, nous voyons la succession des faits se présenter à peu près comme il suit: après l'attaque aiguë qui a donné lieu à l'épanchement du liquide, les symptômes les plus actifs tombent, la fièvre diminue, et l'enfant entre dans une demi-convalescence.

Ceci cependant ne dure pas plus de huit ou dix jours, après lesquels, sans que les symptômes aigus se renouvellent, l'enfant commence à éprouver une notable dyspnée, ne peut rester couché si ce n'est sur le côté affecté, tandis que les veines de ce côté subissent une dilatation considérable, que les téguments deviennent un peu œdémateux, et toute la peau si sensible que l'enfant ne peut supporter la pression la plus légère. — Ces symptômes indiquent que la matière épanchée travaille à se frayer un chemin au dehors, ce qu'elle fait habituellement en perforant les parois de la poitrine; bien que l'empyème de temps à autre se vide dans une bronche, ce dont j'ai observé quatre exemples, et qu'on l'ait vu

(1) Dans l'ouvrage de M. Hilton, auquel j'ai déjà renvoyé, on trouvera de nombreux exemples de résorption du contenu d'abcès. Le plus intéressant est peut-être celui rapporté à la page 375, dans lequel la petite quantité de résidu trouvé à la mort du malade, après un laps de quelques mois, fut démontré par l'analyse chimique absolument identique aux principes constituants du pus.

faire irruption, à travers le diaphragme, dans l'abdomen, et produire ainsi une péritonite mortelle. Dans des cas qui forment de beaucoup la majorité, le liquide de l'épanchement s'échappe à travers les parois de la poitrine, presque toujours à travers la paroi antérieure, et le plus souvent dans le quatrième ou le cinquième espace intercostal, un peu en dehors du mamelon. — La sensibilité exagérée des téguments et leur saillie dans l'un ou l'autre espace intercostal précède la formation distincte de l'abcès qui, soit qu'on l'ouvre ou qu'on en attende l'ouverture spontanée, laisse presque invariablement un trajet fistuleux pendant un long espace de temps; l'écoulement abondant de la matière purulente épuise le malade, et la rétraction rapide du côté produit une difformité considérable et souvent irrémédiable. Cette ouverture extérieure est souvent indirecte, la matière de l'épanchement ayant cheminé entre la plèvre et les parois pectorales jusqu'à une certaine distance avant de s'échapper au dehors.

Ainsi, dans le cas d'un petit garçon, âgé de huit ans, qui mourut dix-huit mois après les premiers symptômes d'une pleurésie du côté gauche, et quatorze après la formation d'une fistule pleurale, entre la première et la seconde pièce du sternum, qui resta ouverte jusqu'à sa mort, et d'une autre entre la sixième et la septième côte, qui cessa de couler neuf mois avant cette terminaison, l'examen fait après la mort découvrit l'état de choses suivant. L'ancien trajet fistuleux entre la sixième et la septième côte n'avait pas plus d'un quart de pouce (6 millimètres) et se terminait sans entrer dans la poitrine. — Celui situé entre les pièces du sternum se divisait aussitôt en un grand nombre de trajets qui s'étendaient au moins à un pouce (24 millimètres) en haut et en bas, dans différentes directions, et perçaient alors la paroi de la poitrine pour continuer de la même manière à s'étendre dans la substance de la plèvre costale, qui avait l'apparence du cartilage, et au moins trois quarts de pouce (18 millimètres) d'épaisseur. Tous les sinus étaient vides de pus.

En résumé : rétablissement rapide, quand l'épanchement est peu considérable; plus tard, quand l'abondance a été plus considérable, formation dans la plupart des cas d'une difformité que le temps concourt à faire disparaître d'une manière graduelle et imparfaite; quelquefois mort subite, quand le liquide s'est produit rapidement et en abondance; sortie du liquide dans la plupart des cas où il est purulent, à travers les parois de la poitrine suivant les lois qui gouvernent la marche d'un abcès, où qu'il soit situé, tels sont les différents modes de terminaison de la pleurésie dans les premiers temps de la vie. — Quelle est l'influence de ces faits sur le traitement de la maladie? telle est la question que nous avons maintenant à examiner. — Avant de le faire, je veux ajouter un avertissement eu égard au diagnostic de la pleurésie et de l'empyème dans l'enfance. Cette réflexion n'a pas trait à la difficulté de

découvrir l'état des choses, mais à la négligence coupable avec laquelle cet état est souvent envisagé par les praticiens, qui se contentent de déterminer que leur malade a une inflammation de poitrine, comme ils disent, et ne prennent pas de peine de s'informer davantage de la véritable nature du mal, et à la fin sont surpris, soit par la mort inattendue de leur malade, soit par la sortie non prévue de la matière qui remplit un des côtés de la poitrine, à travers une ouverture extérieure. Il n'y a pas de maladie où j'aie aussi souvent à cacher les erreurs des autres que dans la pleurésie et l'empyème, et j'ose me servir d'un des privilèges de l'âge pour conjurer les confrères plus jeunes de ne jamais se laisser aller à de telles habitudes de négligence. Les limites de nos connaissances sont assez étroites sans que nous ayons besoin de les restreindre encore par notre propre incurie.

**Traitement.** — Les causes que je vous ai déjà signalées comme modifiant, sous des rapports très importants, le traitement de la bronchite et de la pneumonie ont aussi exercé leur influence sur le traitement de la pleurésie. — Mais, nonobstant, je suis pleinement convaincu qu'une grande activité dans le traitement au début de la maladie réussit le mieux à éloigner le danger, et à économiser les forces du malade. — Dans presque tous les cas, en effet, qui se sont offerts à mon observation et où l'issue de la maladie a été malheureuse, le traitement avait été négligé jusqu'au moment où l'état était désespéré; ou bien la nature de la maladie avait été méconnue, ou bien le traitement suivi n'avait pas été suffisamment actif. La même proposition peut être établie en ce qui concerne les cas où la paracentèse thoracique est devenue nécessaire. Par traitement actif, j'entends la déplétion sanguine, toutes les fois que la santé antérieure de l'enfant a été bonne, que la pleurésie est idiopathique, que les symptômes ont une certaine intensité, et qu'on voit le malade avant que l'épanchement se soit produit. Chez les enfants de cinq ou six ans, il faut préférer la saignée générale, et le soulagement de la respiration peut être pris comme l'indice qu'il convient d'arrêter l'écoulement. Si après quatre ou six heures la douleur et la dyspnée se reproduisent, quatre ou six sangsues manqueront rarement de procurer un soulagement durable. Dans le cas d'enfants plus jeunes, la saignée locale seule suffira; mais il ne faut pas y recourir d'une manière trop timorée, puisqu'on en obtient surtout du soulagement quand la quantité de sang retirée équivaut en quelque sorte à une saignée générale. Après la saignée c'est au calomel qu'il faut surtout accorder notre confiance. On le donnera librement avec l'opium et la poudre de Dover, pendant qu'on tiendra constamment sur le côté malade un cataplasme chaud.

Une attaque de pleurésie traitée de cette façon sera souvent coupée en trente-six ou quarante-huit heures.