

VINGT-DEUXIÈME LEÇON.

ŒDÈME DU POUMON.

Survient quelquefois dans le cours de l'hydropisie scarlatineuse. — Gravité et apparition rapide de ses symptômes. — Différence entre les caractères du poumon hépatisé et du poumon œdémateux. — Importance de la saignée. — Exceptions possibles à son emploi. — Œdème chronique, ou carnification.

GANGRÈNE DU POUMON.

Exemples de cette maladie. — N'est pas simplement le résultat de l'intensité de l'inflammation. — Ne présente aucun symptôme pathognomonique.

PLEURÉSIE.

Les symptômes et les lésions anatomiques sont les mêmes que ceux observés chez l'adulte. — Signes stéthoscopiques et leurs modifications à mesure que se fera la guérison. — Elle simule quelquefois d'autres affections, comme celles de la tête et de l'abdomen. — Les signes fournis par l'auscultation sont moins concluants que chez l'adulte et pourquoi.

Pleurésie latente. — Mort subite survenant quelquefois en pareil cas. — Différentes manières suivant lesquelles la maladie peut devenir mortelle. — Autres terminaisons de la maladie. — Empyème. — Déformation de la poitrine consécutive à la pleurésie, ouverture spontanée de la poitrine, sa tendance à rester fistuleuse.

Traitement. — Dans la période aiguë. — Importance de la saignée et des autres antiphlogistiques : conduite des périodes suivantes. — Question de la paracenthèse. — Règles minutieuses établies pour son exécution et le traitement consécutif. — Ses dangers. — Raisons pour ne pas abandonner ces cas à la nature. — Déformation de la poitrine après la pleurésie.

Avant de passer à l'examen de quelques autres formes de l'inflammation des organes respiratoires, il peut être bon de signaler deux états du tissu pulmonaire qui, bien que n'étant

pas le résultat direct de l'inflammation, lui sont pourtant étroitement unis. L'un de ces états est l'œdème aigu du poumon ; l'autre la gangrène de sa substance.

Œdème du poumon. — Il est inutile d'occuper votre temps avec une histoire détaillée de cet état œdémateux des poumons que l'on rencontre quelquefois dans les hydropisies de longue durée, dues à quelque maladie ancienne du cœur et des gros vaisseaux. Dans ces conditions, l'œdème du poumon est une affection secondaire qui ne contribue que très-peu à produire la mort du malade. Mais il arrive parfois que les enfants sont pris d'une dyspnée intense et d'autres symptômes d'un désordre des organes respiratoires qui se terminent rapidement d'une manière fatale, et qu'on trouve à l'autopsie les organes thoraciques généralement exempts de maladie, tandis que le tissu des poumons est chargé d'un liquide séreux. Laennec renvoie à cet accident comme la cause probable de la production soudaine d'une dyspnée extrême qui survient quelquefois chez les enfants convalescents de la rougeole ; mais le regretté Legendre fut, autant que je puis le savoir, la première personne qui démontra la relation qui existait entre les symptômes observés pendant la vie et l'œdème du tissu pulmonaire constaté à un très-haut degré après la mort.

Bien que l'œdème des poumons entraîne quelquefois la mort très-rapidement, il n'est pourtant que rarement, si même il est jamais, une affection absolument idiopathique, mais se montre en général comme une des complications de cette anasarque aiguë qu'il n'est pas rare de voir succéder à la scarlatine ; et même alors, ce n'est pas un fait très-commun. Legendre en rapporte seulement 4 cas, tous observés chez des enfants atteints d'anasarque à la suite de la scarlatine, et j'en ai observé plusieurs exemples, depuis la publication de ces observations, qui tous s'étaient produits pendant l'hydropisie scarlatineuse. Dans quelques-uns de ces cas, l'œdème survint pendant que les enfants étaient en proie à une anasarque considérable, tandis que chez d'autres l'hydropisie avait considérablement diminué avant que les symptômes thoraciques ne se produisissent. Les indices d'un léger désordre dans la poitrine, tels qu'une toux fréquente et sèche, un certain degré de dyspnée, avec des ron-

chus et de la sibilance, ou une crépitation peu abondante, précédaient de 2 ou 3 jours des symptômes plus sérieux.

En un mot, le malade semblait souffrir d'une bronchite de moyenne intensité, quand soudainement apparaissait une difficulté extrême de la respiration, qui était accélérée au plus haut point, et un état d'orthopnée, avec des mouvements du cœur tumultueux, violents, et un pouls très-faible; la toux continuait, toujours courte, et sans aucune expectoration; l'auscultation en pareilles circonstances ne semble pas démontrer l'existence d'un désordre assez sérieux pour rendre compte de la nature alarmante des symptômes.

On peut penser que l'air pénètre moins librement dans les poumons qu'il ne le devrait; mais la crépitation est rare, la respiration bronchique n'existe pas, et on ne constate point de diminution de résonance à la percussion, à moins qu'il n'y ait en même temps épanchement de liquide dans la plèvre. Cependant si on ne réussit à obtenir un prompt soulagement, en peu d'heures l'état de l'enfant arrive à une véritable agonie; la difficulté de la respiration ainsi que l'action tumultueuse du cœur continuant, les lèvres et la face deviennent complètement livides, mais l'intelligence reste intacte, et l'enfant se plaint d'un grand malaise qu'il rapporte au cœur ou à l'épigastre; jusqu'à ce qu'à la fin, la mort se produise brusquement, ce qui a quelquefois lieu 24 heures après l'apparition de ces symptômes alarmants. D'autres fois, la maladie s'établit d'une manière plus graduée, la dyspnée se traduisant par des paroxysmes, et en somme augmentant dans les mêmes proportions que l'anasarque générale, pour devenir mortelle dans le cours de 5 ou 6 jours.

En faisant l'autopsie des enfants qui ont succombé à cet œdème aigu, on trouve un peu de sérosité transparente dans la poitrine, et quelques dépôts de lymphé (fibrine) sur la surface du poumon indiquent quelquefois l'existence d'une légère inflammation de la plèvre. Les poumons eux-mêmes sont d'une couleur rouge foncée, fermes et privés d'air dans une grande étendue, ne se déchirant pas aussi facilement que le poumon en état d'hépatisation vraie, mais donnant issue, quand on les divise, à une très-abondante quantité de sérum rougeâtre, mêlé à un très-petit nombre de bulles d'air. Si l'on fait des ponctions aux poumons, le liquide s'écoule peu à peu et l'organe reprend en partie sa flaccidité naturelle, tandis que si on insuffle de

l'air par les bronches, le tissu pulmonaire reprend complètement sa coloration claire, et crépité comme à l'état sain. Les expériences démontrent que le liquide ne fait pas réellement corps avec la substance du poumon, et le Dr Legendre explique la production soudaine d'une dyspnée alarmante dans quelques circonstances, par la supposition qu'elle est due à la compression des vésicules pulmonaires par l'épanchement rapide du liquide dans le tissu cellulaire qui les environne. Cependant, la supposition que dans ces cas le liquide est entièrement extérieur aux vésicules pulmonaires ne paraît pas être bien fondée, car les liquides aqueux passent, par endosmose, d'une partie du poumon dans l'autre et même transsudent à travers la plèvre. Le résultat général est toutefois le même, que l'accumulation principale du liquide soit dans les cellules à air ou en dehors de celles-ci, car dans les deux cas il y a obstacle à l'entrée libre de l'air; tandis que la gravité des symptômes dépend presque autant de la rapidité avec laquelle s'est produit l'œdème que de son intensité.

Dans les cas où l'œdème survient vers la fin de quelque affection chronique, il arrive souvent qu'aucune dyspnée ou aggravation des souffrances du malade n'en marque la production, tandis que lorsqu'il s'effectue d'une manière soudaine, non-seulement les symptômes sont très-menaçants, mais après la mort on trouve l'oreillette et le ventricule droit énormément dilatés par du sang coagulé: preuve de la difficulté avec laquelle le cœur remplissait ses fonctions, dont l'accomplissement était, à la fin, devenu tout à fait impossible.

Dans toute anasarque scarlatineuse, il faut avoir présente à l'esprit la possibilité de cet état, et il faut faire tous les efforts possibles, à l'aide des diaphorétiques, des antimonialux et de l'usage des bains d'air chaud, pour entretenir les fonctions de la peau, et par là soulager les reins qui sont congestionnés.

Si, en dépit des soins, ou, ce qui a lieu plus souvent, faute de soins, cet état se produisait, le mode de traitement à suivre doit être déterminé par l'état général de l'enfant. Si son emploi n'est pas formellement contre-indiqué, on verra que la saignée du bras, copieuse, donnera lieu au même soulagement frappant et immédiat qui la suit dans le cas des symptômes menaçants consécutifs au passage de l'air dans la plèvre, et ce soulagement se produit dans les deux cas, probablement, de la même

manière. Après la saignée on donnerait de fortes doses de tartre stibié, attendu qu'il n'y a aucun autre remède qui diminue aussi rapidement et aussi efficacement la dyspnée intense. La conduite ultérieure de ces cas demande précisément l'emploi des moyens que l'on estime le plus propres à obtenir la diminution de l'hydropisie générale; et quand celle-ci diminue, il est probable que l'œdème du poumon va diminuer également, puis disparaître.

Très-souvent, pourtant, spécialement dans la classe pauvre, l'œdème du poumon survient après que les symptômes ont été longtemps négligés, ou n'ont été combattus que par un traitement tout à fait inefficace; et alors, le refroidissement des extrémités, la pâleur de la face, la faiblesse du pouls, défendent de recourir à la déplétion sanguine, et contre-indiquent complètement l'emploi des remèdes déprimants, tels que l'antimoine. En pareilles circonstances, il faut adopter un plan de conduite diamétralement opposé: appliquer un large sinapisme sur la poitrine, administrer abondamment les stimulants, tels que l'éther sulfurique ou nitrique, le vin et l'eau-de-vie; quelquefois il est nécessaire de continuer l'emploi de ces moyens pendant plusieurs jours, tandis que quelques légers diurétiques, tels que le tartrate ou le citrate de potasse, ou bien l'acide benzoïque, sont les seuls médicaments dont on puisse risquer l'emploi. Dans une ou deux occasions, j'ai vu la réaction suivre promptement l'usage des stimulants, de façon à ce que j'ai pu, non-seulement les discontinuer, mais même aller jusqu'à pratiquer une saignée du bras; pratique dont la sagesse fut justifiée par le soulagement qui la suivit. Ce sont là, toutefois, des cas exceptionnels, et il faut craindre d'un autre côté, en suspendant trop tôt les stimulants, de voir les forces de l'enfant s'affaiblir de nouveau.

Il serait peut-être mal de quitter ce sujet sans faire mention des idées de Baron (1) sur certaines altérations du poumon et d'autres organes parenchymateux, qu'il regarde comme dues à l'œdème chronique de leur tissu. Il décrit un état de *carnification*, dans lequel la substance de l'organe devient brune, ferme et compacte comme si elle avait été comprimée; mais au lieu qu'une diminution de volume accompagne ces changements, il

(1) *Gazette médicale* de 1851.

ya, au contraire, augmentation réelle sous ce rapport. Ces altérations, que l'on observe dans le foie et dans la rate, sont surtout remarquables lorsqu'elles existent dans le poumon, et Baron a trouvé que dans tous les cas on les rencontrait, ou en coïncidence avec une hydropisie actuelle, ou consécutivement à une hydropisie antérieure. Il les considère comme dues à un œdème de longue durée, et dépendant de changements dans le tissu que l'infiltration des liquides produit avec le temps. La tendance de cette lésion, quand le poumon en est le siège, est de comprimer les cellules pulmonaires et de s'opposer à l'entrée de l'air; mais pourtant, aucun symptôme n'avait accusé son existence pendant la vie, et on trouvait de l'air dans les cellules après la mort; fait qui vient témoigner en faveur de l'exactitude de l'opinion de Gairdner, qu'il faut une obstruction positive des bronches pour empêcher l'entrée de l'air dans le poumon, et que l'élasticité seule de son tissu ou la congestion de ses vaisseaux n'est pas capable de produire ce résultat.

Je ne m'appesantirai pourtant pas davantage sur ces opinions, qui traitent de questions plutôt anatomo-pathologiques que cliniques, et cela d'autant plus que je manque d'observations personnelles sur ce sujet.

Gangrène du poumon. — Mon expérience sur la *gangrène du poumon* dans l'enfance est extrêmement limitée, car je n'en ai observé qu'un seul cas, dont les particularités méritent qu'on les rapporte, puisqu'elles sont un bon exemple des symptômes que présente habituellement la maladie, et des circonstances au milieu desquelles elle se produit en général.

Une petite fille âgée de 3 ans, enfant de parents sains, qui avait jusque-là joui d'une bonne santé, à l'exception d'une inflammation grave du poumon à l'âge de 2 ans, commença à décliner, à tousser et à avoir la respiration courte, le 11 février 1843. On n'avait fait aucun traitement jusqu'à ce qu'on m'apporta l'enfant, le 15 du même mois. La respiration était alors plus oppressée, l'état général plus déprimé, et les forces plus affaiblies qu'il n'est habituel quand il s'est écoulé un temps si court depuis le début d'une pneumonie dont l'invasion n'avait pas présenté de symptômes très-sévères. On appliqua quatre sangsues au-dessous de l'omoplate droite, et on donna toutes les trois heures 0,025 milligrammes de calomel et de poudre de Dover. Un lé-

ger soulagement suivit la saignée, mais ne fut que de courte durée, et l'enfant ne parut ni mieux ni beaucoup pis jusqu'au 19, époque où on s'aperçut qu'elle perdait ses forces. On cessa alors le mercure, qui fut remplacé par l'ammoniaque et une diète nourrissante largement administrée.

Le 20 les gencives de l'une et l'autre mâchoires commencèrent à se tuméfier; le lendemain, elles étaient ulcérées; sa respiration devint fétide et un liquide décoloré, puant, s'écoulait de la bouche. Les symptômes thoraciques restèrent à peu près les mêmes, n'augmentant pas du tout d'intensité et la toux devenant plus grasse qu'auparavant. Mais l'enfant devint plus pâle et plus exsangue, et continua à perdre ses forces.

L'ulcération des gencives s'étendit au pli labial inférieur, et trois des dents incisives tombèrent avant que la lésion fût définitivement enrayée, le 26 février, par l'application d'acide chlorhydrique pur. L'enfant ne paraissait pas souffrir, mais était très-agitée, et harassée par des efforts continuels pour vomir, pendant lesquels elle ne rejetait qu'un mucus fétide. Elle avait la plus extrême répugnance pour prendre du vin ou un aliment quelconque, pendant les deux jours qui précédèrent sa mort, laquelle eut lieu, en apparence, par épuisement, le 1^{er} mars, 19 jours après le commencement de la maladie.

A l'examen du corps, on trouva le poumon gauche parfaitement sain, à l'exception d'un peu d'emphysème de son lobe supérieur et d'une congestion considérable de l'inférieur. Le poumon droit, qui ne consistait qu'en deux lobes, était solidifié en totalité et non crépitant, à l'exception d'un quart du bord supérieur et interne du lobe supérieur, qui était emphysémateux. Les deux lobes étaient unis par une couche de lymphes jaunes; l'extérieur du poumon était en général d'une couleur foncée, d'un rouge grisâtre, avec des plaques irrégulières d'un dépôt jaune sous la plèvre, dont quelques-unes avaient environ un pouce de long sur un quart de pouce de large; de plus il existait dans les vésicules pulmonaires un grand nombre de petits dépôts purulents, comme dans la bronchite vésiculaire. Le sommet du lobe supérieur et une petite portion du lobe inférieur près du diaphragme étaient ramollis et fluctuants au toucher; une section du lobe supérieur ouvrit une cavité capable de contenir un œuf de poule, très-irrégulière de forme, et dans laquelle les tubes bronchiques et les vaisseaux

qui la traversaient s'entre-croisaient en différentes directions; de ces intersections aussi bien que des parois de la cavité pendaient des portions de poumon sous forme de lambeaux. La cavité contenait une petite quantité d'un putrilage sale, jaune grisâtre, qui exhalait une odeur très-fétide; la substance du poumon dans le voisinage immédiat était dans un état d'infiltration purulente très-avancée, et d'autres parties du lobe présentaient la même altération à une période plus voisine du début; en outre, on trouvait, dans différentes parties de la substance, de petites collections puriformes qui n'étaient pas plus grosses que la moitié d'un pois.

L'état du lobe inférieur ressemblait, en somme, à celui du supérieur, mais la cavité n'était pas plus considérable qu'une bille, et contenait une petite quantité de pus jaune d'un caractère moins fétide que celui du lobe supérieur; les ganglions bronchiques étaient gonflés, ramollis, d'un aspect homogène et de couleur grise; mais ni eux, ni les poumons, ni aucun organe du corps ne contenaient la moindre trace d'un dépôt tuberculeux, bien que dans cet exemple la désorganisation inflammatoire du poumon fût plus considérable qu'on ne la rencontre habituellement avec la gangrène de sa substance. Les symptômes observés pendant la vie du malade furent précisément les mêmes qu'on observe en général dans les cas de cette espèce. L'enfant fut saisi des symptômes d'une pneumonie, qui toutefois furent loin d'être sévères; mais cependant, dès le cinquième jour après leur début, la plus grande partie du poumon droit était devenue imperméable à l'air, et la percussion sur ce même côté de la poitrine, le 15 février, rendait un son presque complètement mat. Déjà les forces de l'enfant paraissaient notablement diminuées, et quelques jours plus tard elles tombaient dans un état d'extrême faiblesse. Pendant tout le cours de la maladie exista la même absence de manifestations précises de l'étendue des lésions de l'organe respiratoire, et ceci même après qu'une portion considérable du poumon eut été complètement désorganisé. Les phénomènes les plus remarquables furent ceux accusant la perte des forces vitales dans l'organisme, tandis que l'apparence gangréneuse de l'ulcération des gencives tendait à prouver la justesse de l'opinion qui rapporte cette maladie à quelque altération du liquide en circulation, plutôt qu'à la violence de l'action inflammatoire.

Une autre circonstance qui tend à confirmer cette manière de voir, c'est que la gangrène du poumon survient beaucoup plus fréquemment dans la pneumonie qui se produit au cours d'une fièvre exanthématique que dans l'inflammation idiopathique des poumons. La maladie se présente, également, bien moins souvent chez des enfants bien nourris et qui vivent dans un air pur, que chez ceux qui sont élevés au milieu de conditions hygiéniques défavorables; d'où il résulte que cette forme de gangrène, aussi bien que les autres, se rencontre chez les enfants reçus à l'hôpital des Enfants, de Paris, avec une fréquence beaucoup plus grande que nulle part ailleurs, et que quelquefois, elle montre dans cette institution une tendance à devenir épidémique.

Il n'y a pas de symptôme que l'on puisse noter comme constant dans la gangrène du poumon, et comme pathognomonique de la maladie. Cette fétidité particulière de l'haleine à laquelle on accorde tant de confiance, dans les cas de gangrène du poumon chez l'adulte, perd quelquefois de sa valeur chez l'enfant, comme elle le fit dans le cas rapporté il n'y a qu'un instant, par la co-existence d'une gangrène de la bouche. Il n'est pas rare non plus que l'odeur caractéristique de la gangrène du poumon soit tout à fait absente dans certains cas de cette maladie; circonstance dont il n'est pas aisé de rendre compte, bien qu'on ne puisse douter du fait, puisqu'il repose sur l'autorité de MM. Rilliet et Barthez.

Si vous aviez affaire à un cas dans lequel vous craindriez l'existence d'un semblable état du poumon, vous devriez adopter un mode de traitement tonique et stimulant, comme offrant la seule chance, bien minime il est vrai, de sauver la vie du malade. Sir W. Stokes (1) conseille aussi l'administration du chlore, sous forme de chlorure de chaux ou de soude, attendu que si le remède ne fait rien autre, il peut diminuer cette fétidité de l'haleine, qui est pour le malade une source d'un très-grand malaise (2).

Pleurésie. — La *pleurésie* ou inflammation de la membrane

(1) *Op. cit.*, p. 359.

(2) Pour l'exposé le plus complet de la gangrène pulmonaire chez les enfants, le lecteur est renvoyé au t. II de la 2^e édition, Dr Rilliet et Barthez, pp. 404-421, et à l'ouvrage très-soigné du Dr Steffen (*Klinik der Kinderkrankheiten*, in-8°, Berlin, 1869, vol. II, pp. 47-95).

d'enveloppe du poumon est une maladie à laquelle on a donné, jusqu'à une époque relativement tardive, moins d'attention que son importance n'en mérite. Quelques écrivains, traitant des maladies des enfants, l'ont même laissée complètement de côté, sous prétexte de son extrême rareté dans les premiers temps de sa vie; bien que cette opinion soit certainement fautive en ce qui concerne cette pleurésie qui survient dans le cours de la pneumonie, et qui est presque, sinon tout à fait, aussi fréquente chez l'enfant que chez l'adulte. Il est vrai que la pleurésie idiopathique vraiment aiguë, non associée à la pneumonie, ou dans laquelle l'inflammation du poumon n'existe que dans une proportion très-minime par rapport à celle de la plèvre, est une affection rare durant les premières années de l'enfance, et que comme cause de mort sa rareté est extrême. D'après les relevés du *Registrar general*, sur 202 cas de pleurésie mortelle qui eurent lieu à Londres de 1842 à 1845, 14 seulement, ou 6,3 pour cent, eurent lieu chez des enfants au-dessous de 5 ans; tandis que vous n'aurez pas oublié que, d'après la même autorité, 63,2 pour cent de tous les cas mortels de pneumonie sont rapportés comme ayant frappé des enfants au-dessous de cinq ans. On peut se demander si cette donnée, qui repose seulement sur les résultats de l'examen *post mortem*, n'évalue pas trop bas la proportion de la pleurésie idiopathique dans les premiers temps de la vie. Mais, quoi qu'il en soit, la rareté de la maladie diminue incontestablement quand les premières années de l'enfance sont passées; d'un autre côté, son importance comme complication ou conséquence d'autres maladies, plus particulièrement de la fièvre scarlatine, et l'obscurité fréquente de ses symptômes, sont des raisons pour lui consacrer plus qu'une simple mention.

Lésions anatomiques. — Dans les cas de pleurésie mortels, les lésions que l'on trouve après la mort sont exactement les mêmes que celles qui existent chez l'adulte. Les adhérences entre les feuillets pulmonaires et pariétaux, et entre les différents lobes de l'un ou de l'autre poumon, avec rougeur de la membrane, ne manquent presque jamais, et en même temps une petite quantité d'un sérum transparent, souvent d'une teinte rougeâtre, se trouve épanchée dans la cavité de la poitrine. Dans d'autres cas, les matières épanchées sont exclusivement soli-

des, et la surface du poumon, aussi bien que la paroi thoracique, se trouvent tapissées d'un revêtement de lymphé plastique; ou bien encore, en même temps que le dépôt de lymphé on trouve épanché dans la cavité de la poitrine un liquide qui n'est plus du sérum transparent, mais un liquide siro-purulent, dans lequel flottent des flocons de lymphé, ou bien plus rarement du pus de bonne nature. La complication la plus fréquente de la pleurésie est l'inflammation du poumon; et de plus, il arrive quelquefois, quand la pleurésie a pour siège la plèvre gauche, que la maladie s'étende au péricarde, que j'ai trouvé quatre fois doublé d'une lymphé adhérente en partie au cœur, et contenant un liquide séro-purulent (1).

Symptômes. — Les principaux symptômes de la maladie aussi bien que les signes physiques de son existence sont les mêmes à tous les âges. Il y a pourtant quelques circonstances spéciales à l'enfance, qui peuvent jeter de l'obscurité sur la nature réelle de la maladie, à moins que vous ne soyez sur vos gardes. L'histoire d'un cas de pleurésie aiguë dans l'enfance

(1) Dans 118 cas, chez des sujets non phthisiques, où on observa après la mort les conséquences ci-dessus mentionnées d'une inflammation récente de la plèvre, elles affectaient les combinaisons suivantes :

Adhérences récentes et dépôt de lymphé.	30
Épanchement séreux seul	22
— avec adhérence et dépôt de lymphé	18
— séro-purulent ou purulent.	43
	118

Dans 39 de ces cas, l'affection de la plèvre, bien que quelquefois considérable, se montrait secondaire, et comme complément de celle du poumon.

Dans les 79 autres cas, la plèvre était le siège principal du mal, le poumon n'étant simplement que comprimé par la quantité du liquide épanché, ou bien son inflammation n'était que secondaire, pour l'importance et l'étendue, par rapport à celle dont la plèvre portait les traces.

C'était dans les circonstances suivantes que, dans ces 79 cas, la pleurésie s'était produite.

Idiopathique.	21	La pyémie.	1
Après la scarlatine.	32	Péricardite et endocardite.	10
— la rougeole	1	Péritonite	3
— le typhus.	1	Ascite avec affection du foie	2
— la fièvre typhoïde	1	Hydrop. générale, affect. des reins	3
— la diphthérie.	3	Maladie des vertèbres cervicales.	1

se présente généralement ainsi: un enfant, auparavant en état de santé parfaite, est soudainement atteint d'une douleur rapportée à la poitrine, ou à la partie supérieure de l'abdomen, assez intense pour provoquer des cris violents, quelquefois accompagnée tout d'abord de vomissements et de fièvre, avec accélération du pouls, d'une respiration rapide entrecoupée par une toux courte et sèche, qui évidemment provoque de la douleur et que l'enfant essaye, mais en vain, de faire cesser. Après quelques heures, l'intensité de la douleur se calme; mais la fièvre, l'accélération de la respiration et la toux continuent, et l'enfant, bien que paraissant habituellement lourd et assoupi, devient extrêmement agité par intervalles, crie, se débat comme quand on souffre, et s'oppose violemment à toute tentative faite pour le changer de position, attendu que tout mouvement provoque une exacerbation de ses souffrances. La position qu'il choisit varie beaucoup; quelquefois la respiration paraît troublée dans toute position qui n'est pas celle assise; et d'autres fois il reste étendu sur le dos ou sur un côté; mais, quelle que soit la posture, tout changement paraît causer une grande gêne, et provoque sûrement une résistance de la part du malade.

Les probabilités sont que, si vous auscultez la poitrine d'un malade qui présente ces symptômes, vous entendrez une respiration pure dans toute l'étendue d'un des poumons. De l'autre côté, où les mouvements pendant la respiration apparaîtront moins étendus et exécutés d'une manière saccadée, on trouvera que l'air entre moins librement, sans être accompagné d'aucun bruit humide quelconque et peut-être même d'aucun bruit morbide; ou bien il se peut qu'on entende de ce côté un bruit rude comme un rhoncus, pour lequel vous pouvez très-bien le prendre tout d'abord, bien qu'avec plus d'attention vous découvriez qu'il s'agit du bruit de frottement. Un jour ou deux plus tard, vous découvrez un son comparable au souffle bronchique (1), en promenant votre oreille de haut en bas le long de la partie postérieure de la poitrine, pendant que le bruit de frottement, s'il avait existé d'abord, disparaîtra; et encore plus bas, vous constaterez une absence complète de tout bruit. Dans le plus grand

(1) Rilliet et Barthez furent les premiers à insister sur la production constante du souffle bronchique comme un des premiers signes de la pleurésie de l'enfance (Voyez t. I, p. 554, 2^e édit.).

nombre des cas, cependant, on n'entend pas de bruit de frottement au début de la maladie, bien qu'il se 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 résonance 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 et supérieure 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 elle ne se sont pas reproduites dans la suite; il n'y a ni contraction convulsive des muscles, ni stra-