

de sarcome, il n'y a pas de traitement à faire si ce n'est l'emploi des moyens palliatifs. Toutefois, dans la possibilité d'une erreur de diagnostic, il semble qu'on se trouvera justifié dans certains cas en pratiquant une intervention exploratrice, qui pourrait être poursuivie si on se trouvait en présence d'un kyste ou d'une autre tumeur opérable. Pour les kystes hydatiques, les chiffres que nous avons indiqués plus haut montrent bien qu'il y a le plus grand intérêt à intervenir de bonne heure.

Si on se trouve en présence d'un kyste déjà vidé et dont la cavité semble en voie de cicatrisation, avec un bon état général et sans fièvre, il sera sage de s'abstenir de toute intervention et de conseiller simplement un traitement médical par les balsamiques et surtout par l'hygiène, quitte à intervenir ultérieurement si l'état général venait à empirer, si la fièvre et l'expectoration purulente ou fétide réapparaissaient. Mais si la rupture ne s'est pas produite, il ne serait pas prudent de l'attendre; la vomique peut être, en effet, mortelle, et on voit souvent après elle l'infection et la suppuration de la poche avec toutes ses fâcheuses conséquences. Dès que le diagnostic est posé, dès que la tumeur a atteint un développement assez considérable, il faut donc intervenir.

Quant à la forme de cette intervention, je n'ai pas la compétence spéciale pour l'étudier ici, et je ne peux faire mieux que de renvoyer aux traités spéciaux de chirurgie, et notamment à celui de MM. Terrier et Reymond¹, aux travaux de MM. Reclus², Tuffier³ et Posadas⁴, à l'intéressant et bien documenté recueil de MM. Cranwell et Herrera Vegas⁵, et à l'article qu'ils ont écrit dans ce même ouvrage sur les kystes hydatiques en général⁶.

Je dois simplement ajouter que la ponction évacuatrice est un moyen dangereux, qu'on a déjà publié quelques cas de mort immédiate avec ce traitement, et que j'en ai vu moi-même un exemple. On ne doit donc jamais y avoir recours, et c'est seulement à l'incision franche avec résection costale qu'on doit s'adresser.

⁽¹⁾ TERRIER et REYMOND. *Chirurgie du poumon*. Paris, 1899.

⁽²⁾ *Rapport au Congrès français de chirurgie*, 1895.

⁽³⁾ *Chirurgie du poumon*, 1897.

⁽⁴⁾ *Toracoplastia temporaria y parcial*. Buenos Aires, 1898. *Lecciones sobre los Quistes hidatídicos*.

⁽⁵⁾ *Los quistes hidatídicos en la República Argentina*. Buenos Aires, 1901.

⁽⁶⁾ Voir aussi : BEHR. Des kystes hydatiques du poumon. *Thèse de Paris*, 1895. — PASQUIER. Diagn. et traitement chirurgical des kystes hydatiques du poumon. *Thèse de Paris*, 1899. — REPETTO. *Anales de Circulo Medico Argentino*. Enero 1899.

XIV

MALADIES DE LA PLÈVRE

PAR LE D^r NETTER

Professeur agrégé à la Faculté de Paris, Médecin de l'Hôpital Trousseau.

DES AFFECTIONS DE LA PLÈVRE CHEZ L'ENFANT

LEUR FRÉQUENCE — LEUR IMPORTANCE — LEUR NATURE

Les maladies de la plèvre sont certainement moins fréquentes chez l'enfant que les affections du poumon. Elles n'en présentent pas moins une très grande importance, importance surtout pratique; car maintes fois la vie du petit malade dépendra d'un diagnostic porté à temps. Ce diagnostic n'est possible que si le médecin conserve toujours présente à l'esprit l'idée de cette maladie d'allure souvent insidieuse et sans grand fracas.

On a dit que la pleurésie de l'enfance était très rare, qu'elle ne différait en rien de la pleurésie de l'adulte. Ces deux propositions sont inexactes, comme on va le voir. La rareté de la pleurésie infantile a été soutenue par Valleix, par Barrier. Le premier affirme que la pleurésie existe très rarement sans inflammation du poumon chez les nouveau-nés. Il n'a trouvé de traces d'inflammation de la plèvre que dans un sixième des cas de pneumonie chez les enfants de moins de 8 mois, qu'un huitième en s'arrêtant à 2 mois et demi. Barrier dit n'avoir observé aucun cas de pleurésie simple avant l'âge de 6 ans; de 6 à 10 ans, il n'en a rassemblé qu'un très petit nombre, tandis que de 10 à 15 ans la pleurésie lui a paru aussi commune que chez l'adulte. Antérieurement à ces auteurs Billard et Mignot, simultanément ou postérieurement Baron¹, Rilliet et Barthez, Bouchut, West, Crisp, Steiner, Steffen, etc., déclarent au contraire que la pleurésie n'est pas rare chez les enfants à tous les âges; qu'elle est, il est vrai, souvent secondaire; mais que dans un nombre respectable de cas elle survient à l'état isolé, primitif. Smith² a pu en 7 mois, à l'hospice des Enfants assistés de New-York, réunir 11 observations de pleurésie en même temps que 55 de bronchite, 21 de pneumonie et 5 de tuberculose. Il s'agit là, comme l'on voit, de chiffres élevés, et la pleurésie infantile ne mérite pas le dédain que lui témoignait Valleix. La plèvre peut être frappée à tous les âges, ainsi qu'en témoignent les statistiques suivantes où se trouvent confondues les pleurésies de toute nature.

⁽¹⁾ BARON. De la pleurésie dans l'enfance. *Thèse de Paris*, 1841.

⁽²⁾ LEWIS SMITH. Pleuritis in children. *American Journal of Obstetrics*, XIII et XIV, 1880-1881.

AGE	STEFFEN	ISRAËL
Moins de 1 an	5	11
De 1 à 2 ans	7	8
De 2 à 3 —	7	27
De 3 à 4 —	10	26
De 4 à 5 —	10	22
De 5 à 6 —	7	17
De 6 à 7 —	8	9
De 7 à 8 —	5	21
De 8 à 9 —	9	10
De 9 à 10 —	5	14
De 10 à 11 —	9	7
De 11 à 12 —	3	15
De 12 à 13 —	5	6
De 13 à 14 —	4	5
De 14 à 15 —	1	10
	91	206

Ces deux statistiques établissent la fréquence plus grande de la pleurésie chez les enfants de moins de 5 ans.

AGE	STEFFEN	ISRAËL
De 1 à 5 ans	42,8	45,6
— 5 à 10 —	53	54,4
— 10 à 15 —	24,2	20

La pleurésie se voit assez fréquemment chez les tout jeunes enfants.

Lewis Smith, qui a recueilli ses observations à l'hôpital des Enfants assistés de New-York et dont la statistique ne saurait évidemment être assimilée aux précédentes recueillies dans des hôpitaux d'enfants, a trouvé sur 49 de ses petits malades :

3 âgés de moins de 2 mois,
14 — de 2 à 6 mois,
2 — de 6 à 12 —
14 — de 1 à 3 ans,
10 — de 3 à 6 —
6 — de 6 à 12 —

Billard, Barrier, Crisp¹, Weber, West citent des observations de pleurésie chez les nourrissons. Hervieux² a consacré un travail spécial à la pleurésie des nouveau-nés dont il a observé 14 cas, sur lesquels 7 fois l'épanchement était purulent, 1 fois séreux, 5 fois séro-sanguinolent; 5 fois la pleurésie était sèche. Cette pleurésie des nouveau-nés est généralement double 8 fois sur 14. Macé³ a publié en 1900 dans l'*Obstétrique* 7 observations inédites de pleurésie du nouveau-né et du nourrisson. J. Roger⁴, dans une thèse sur la pleurésie purulente du nouveau-né, relate 15 observations dont 5 inédites.

La même année d'Astros⁵ publie 6 observations personnelles.

(¹) CRISP. On infantile pleurisy. *Lancet*, 1847.

(²) HERVIEUX. Pleurésie des nouveau-nés. *Gaz. des hôp.*, 1860.

(³) MACÉ. La pleurésie purulente du nouveau-né et du nourrisson, *L'Obstétrique*, 1900.

(⁴) ROGER. De la pleurésie purulente du nouveau-né. *Thèse Paris*, 1905.

(⁵) D'ASTROS. La pleurésie chez le nouveau-né. *La Pédiatrie pratique*, juillet 1905.

Schkarin¹ a constaté la nature purulente de 42 pour 100, 16 sur 56, de pleurésies des nourrissons à l'hôpital des enfants assistés de Saint-Petersbourg.

On distingue en général, dans les pleurésies, des cas primitifs et des cas secondaires.

La pleurésie secondaire survient au cours d'une autre maladie générale ou locale, celle-ci ayant pour siège soit les poumons, soit tout autre organe.

Certains auteurs ont contesté l'existence de pleurésies primitives. On a peine à imaginer en effet comment une influence pathogène et, dans l'espèce, il s'agit presque toujours d'un microbe, peut arriver à la plèvre autrement que par le poumon ou les organes voisins qui devraient éprouver les premiers effets de cette action. L'existence des pleurésies primitives semblait cependant bien évidente de par la clinique et l'anatomie pathologique (pleurésies séro-fibrineuses tuberculeuses et pleurésies purulentes pneumococciques primitives). L'étude des lésions professionnelles dans les métiers où l'on inhale des poussières et la pathologie expérimentale ont établi définitivement l'existence des pleurésies primitives et éclairé leur mécanisme. Knauff avait signalé des taches noires sous la plèvre costale dans l'anthracose. Julius Arnold² a vu les poussières arriver dans les lymphatiques sous-pleuraux chez les animaux soumis à des inhalations. Heller³ a montré que les taches noires de l'anthracose pleurale occupent des ganglions sous-pleuraux dont la pigmentation est possible sans qu'il y ait anthracose pulmonaire. On pouvait se demander toutefois si le pigment ne pouvait venir des ganglions bronchiques où il aurait été déposé au préalable. Grawitz⁴ a démontré péremptoirement en 1897 que les poussières pigmentaires, dans tous ces cas, ont cheminé par les voies aériennes et ont traversé le poumon. Il fait arriver dans la trachée de lapins des poussières de charbon, d'oxyde de fer ou de cinabre et en trouve dans les deux plèvres. Chez d'autres lapins il a fait au préalable un pneumothorax. Dans ce cas, la plèvre du côté du pneumothorax conserve sa coloration normale.

Chez les enfants la pleurésie est souvent secondaire.

West a trouvé 72 pleurésies secondaires contre 8 pleurésies primitives. Steiner et Neureutter, Gerhardt, Rilliet et Barthez admettent que la pleurésie primitive infantile est sensiblement plus rare; Steffen trouve 55 pleurésies secondaires contre 56 primitives; Israël, 122 pleurésies secondaires contre 84 primitives. Les affections qui se compliquent le plus souvent de pleurésies sont tout d'abord les affections du poumon dans l'ordre suivant : pneumonie franche et broncho-pneumonie; tuberculose pulmonaire; bronchite; kystes hydatiques; infarctus; gangrène pulmonaire. Puis, par ordre d'importance, les maladies générales : scarlatine; rougeole; coqueluche; rhumatisme articulaire aigu; infection purulente; fièvre typhoïde; scorbut; diphtérie; — les maladies de l'abdomen : péritonites de toute origine et plus spécialement l'appendicite; — maladies du foie, de la rate; les maladies des

(¹) SCHKARIN. Eiterige Pleuritiden bei Säuglingen-Bacteriologie. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*.

(²) ARNOLD. *Untersuchungen über Staubinhalationen und Staubmetastasen*, Leipzig, 1885.

(³) VON HELLER. Ueber subpleurale Lymphdrüsen. *D. Arch. f. klin. Med.*, LV, 1895.

(⁴) GRAWITZ. Zur Physiologie und Pathologie der Pleura. *Berliner klin. Woch.*, 1897.

reins, du cœur; — plus rarement les maladies du pharynx, de l'œsophage, de la colonne vertébrale.

La statistique d'Israël¹ portant sur un nombre considérable de pleurésies donne 84 pleurésies primitives et 122 pleurésies secondaires ainsi réparties :

Après pneumonie fibrineuse	58
— broncho-pneumonie	12
— tuberculose	15
— pneumonie chronique	5
— scarlatine	15
— rougeole	14
— coqueluche	9
— rhumatisme	9
— affection cardiaque	2
— néphrite	5
— traumatisme pulmonaire	1
— gangrène pulmonaire	2
— pyohémie	1
— péritonite (?)	1
— scorbut (?)	1

Le tableau suivant, emprunté à Bocher², offre l'avantage de mettre en regard les causes de pleurésies secondaires chez l'enfant et chez l'adulte. Il s'agit de 71 pleurésies d'épanchement appréciable : 15 remplissaient la cavité pleurale, 18 montaient jusqu'à l'épine, 16 jusqu'à la partie moyenne, 22 jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate; 11 fois l'épanchement était purulent; 5, hémorragique; 10, séreux; 11, séro-fibrineux.

	ADULTES	ENFANTS
Tuberculose	19	4
Pneumonie	11	5
Ascite	1	
Leucémie	1	
Alcoolisme	2	
Emphysème	2	
Ulcère simple de l'estomac	1	
Péritonite locale	1	
Rougeole		2
Coqueluche		5
Scarlatine	1	4
Infarctus pulmonaire	1	
Rhumatisme	2	2
Affection cardiaque	5	
Infection puerpérale	4	

On voit que chez l'enfant la tuberculose a été moins souvent en jeu que chez l'adulte, 1 fois sur 5 au lieu d'environ 1 sur 3; qu'inversement la pneumonie se voit dans un quart des cas chez l'enfant : il faudrait sans doute dire la moitié, car la rougeole et la coqueluche n'ont provoqué la pleurésie que par l'intermédiaire d'une lésion inflammatoire du poumon. Chez l'adulte la pneumonie n'est en cause que dans un cinquième des pleurésies secondaires. Cette fréquence de la pneumonie, contrastant avec une

(¹) ISRAËL. Studier over Pleuritis hos Born. Thèse de Copenhague, 1882.

(²) BOCHER. Kliniske Jagttagelser over den secundære Pleuritis. Hospital Tidende, 1895.

rareté relative de la tuberculose dans l'étiologie des pleurésies infantiles, ressort très nettement encore de la statistique d'Israël, qui trouve 58 fois la pneumonie fibrineuse, 12 fois la pneumonie catarrhale, 15 fois la tuberculose, sur 122 pleurésies secondaires.

Nous avons montré ce qu'il fallait penser de la rareté des maladies de la plèvre chez les enfants. Voyons maintenant si la pleurésie chez les enfants diffère, par une particularité quelconque, de ce qu'elle est chez l'adulte. Nous trouvons à ce point de vue plusieurs traits distinctifs. Nous avons vu que la pleurésie de l'enfant est beaucoup plus rarement tuberculeuse.

En second lieu, la pleurésie infantile est beaucoup plus souvent purulente, et cette pleurésie purulente est due le plus ordinairement au pneumocoque, ce qui, à notre avis, rend compte de la bénignité des pleurésies infantiles. Nous ne nous occuperons tout d'abord que d'établir la fréquence de l'empyème chez les enfants.

Pour cela nous pourrions nous contenter de laisser parler les observations que nous avons recueillies en deux ans et demi dans notre service de l'hôpital Trousseau. Nous y avons traité 25 enfants pour une pleurésie purulente, 21 pour une pleurésie séro-fibrineuse. Il s'agit, nous insistons sur ce point, d'enfants traités pour une pleurésie, et nous avons mis de côté aussi bien les cas dans lesquels l'autopsie révélait des lésions pleurales, que ceux de malades chez lesquels l'auscultation révélait une participation insignifiante des plèvres au cours d'une affection pulmonaire. Les statistiques de quelques autres auteurs indiquent des chiffres très semblables aux nôtres. Lewis Smith, sur 49 pleurésies infantiles, a vu plus de 29 pleurésies purulentes; Barlow et Parker¹, à l'hôpital de Great-Ormond street, 59 pleurésies purulentes sur 60 pleurésies infantiles. La prédominance serait encore plus forte, si l'on ne tenait compte que des pleurésies avec épanchement assez important pour nécessiter une intervention active.

Sur les 21 pleurésies séreuses, la thoracocentèse n'a été faite que 8 fois, et n'était urgente que 4 fois. Elle était nécessaire dans les 25 pleurésies purulentes. Ainsi, sur 29 pleurésies dans lesquelles il a fallu intervenir, au moins par la ponction, l'épanchement a été reconnu purulent 25 fois.

West², en 1881, donnait ainsi les résultats de sa longue pratique en pédiatrie. Sur 50 pleurésies dans lesquelles il a pratiqué la ponction, 47 fois il a trouvé du pus. Voici, d'autre part, des statistiques donnant des chiffres moins élevés peut-être, parce qu'ils ont tenu plus compte que nous des pleurésies sans importance. Nous citerons :

Mackey	15 pleurésies purulentes sur	44
West	10	54
Israël	50	206

Ce qui donne, en réunissant les observations, un total de 88 pleurésies purulentes sur 504 pleurésies avec épanchement, soit 29 pour 100.

Pour faire ressortir de suite combien cette proportion des pleurésies purulentes chez l'enfant diffère de celle qu'on observe chez l'adulte, nous

(¹) BARLOW et PARKER. Notes on pleuritic effusions in children. British med. Journal, 1877, II.

(²) WEST. Sur la pleurésie et la thoracocentèse chez les enfants. Nice médical, avril 1881.

dirons que chez celui-ci la proportion des épanchements purulents est seulement de 5,4 à 7,6 pour 100. Mackey¹ a trouvé 4 empyèmes sur 74 pleurésies d'adultes traitées à l'hôpital en 5 ans. Ziemssen², à l'hôpital de Munich, en 14 ans, a traité chez l'adulte 498 pleurésies avec épanchement, dont 58 seulement étaient purulentes, soit 7,6 pour 100. On voit que chez l'enfant la pleurésie est 4 à 5 fois plus souvent purulente que chez l'adulte. Ainsi, dès le début de notre étude de la pleurésie infantile, nous sommes amené à nous occuper de la nature de l'épanchement, à opposer les épanchements purulents aux épanchements séro-fibrineux.

C'est qu'en effet la qualité de l'épanchement a dans la pleurésie une importance capitale, et les traités didactiques ont sanctionné cette distinction, en consacrant à ces deux formes de pleurésie des chapitres différents. Nous nous conformerons à cet usage. Mais, au lieu de suivre l'ordre habituel et de traiter d'abord des épanchements séro-fibrineux, nous commencerons par les pleurésies purulentes, les plus importantes à connaître, les plus spéciales à l'enfance. Notre manière de procéder marquera plus nettement encore que nous ne partageons à aucun degré l'opinion de ceux qui veulent voir dans la pleurésie purulente un stade plus avancé, plus intense de la pleurésie séreuse. Nous ne saurions trop mettre en garde contre l'opinion défendue par Fräntzel, qui veut que la pleurésie purulente commence par être séreuse, opinion contre laquelle ont déjà protesté Moutard-Martin, Dieulafoy, Wilson Fox, Goodhart, Ashby et Wright³.

Dès son début, dit M. Dieulafoy, une pleurésie aiguë est destinée à être ou ne pas être purulente.

La pleurésie purulente est purulente d'emblée, ou tout au moins l'épanchement y est trouvé tel dès le début. Il s'agit dès le début de pus dilué qui devient ensuite plus épais. Sans doute très souvent le liquide des pleurésies anciennes est purulent et non séreux. C'est que l'épanchement purulent ne peut être résorbé, tandis que l'épanchement séreux est presque toujours résorbé. Dans certains cas un épanchement séreux peut persister avec cette apparence plusieurs semaines. Cela est rare, sauf dans les cas de pleurésie accompagnant la tuberculose ou les affections cardiaques (Ashby et Wright).

Pour les raisons que nous venons d'indiquer, notre étude portera tout d'abord sur les pleurésies purulentes, qui chez l'enfant, comme l'on va voir, diffèrent sous certains rapports du type habituel des pleurésies purulentes chez l'adulte.

Nous traiterons ensuite des pleurésies séro-fibrineuses, hémorragiques, qui n'offrent pas de particularité bien spéciale à cet âge.

Cette démarcation absolue entre la pleurésie séro-fibrineuse et la pleurésie purulente est, du reste, aujourd'hui adoptée à peu près partout. Comme le disent avec raison MM. Barthez et Sanné, dans la 5^e édition du magistral Traité de Rilliet et Barthez : « Ce sont des maladies très différentes ; cause, nature, symptômes, marche, pronostic, traitement, tout les disjoint. Elles n'ont

(¹) MACKAY. On empyema in children. *Medical Times*, 1875, II, 535.

(²) *Annalen der städtischen Krankenhäuser zu München*.

(³) ASHBY et WRIGHT. *Diseases of the children*, 1889.

qu'un seul point commun, l'épanchement dans la plèvre, et encore la nature de l'épanchement est-elle dissemblable dans les deux cas. »

PLEURÉSIES PURULENTES

Nous venons d'établir que, dans la moitié ou le tiers des cas, la pleurésie de l'enfant est purulente, tandis que chez l'adulte elle ne présente ce caractère que dans 1/15^e ou 1/16^e des cas.

Age. — La fréquence des pleurésies purulentes varie du reste sensiblement, suivant l'âge des enfants. Le tableau ci-dessous, et le tracé qui suit, basés sur nos observations personnelles, indique la répartition des pleurésies purulentes ou séreuses observées aux différents âges.

	ÉPANCHEMENTS PURULENTS ¹	SÉREUX
Moins de 1 an	»	»
De 1 à 2 ans	1	1
— 2 — 3 —	5	1
— 3 — 4 —	5	2
— 4 — 5 —	5	»
— 5 — 6 —	2	»
— 6 — 7 —	2	1
— 7 — 8 —	1	2
— 8 — 9 —	»	1
— 9 — 10 —	2	1
— 10 — 11 —	1	2
— 11 — 12 —	2	4
— 12 — 15 —	1	»
— 15 — 14 —	2	4
— 14 — 15 —	»	2
	27	21

Ainsi chez les enfants de moins de 5 ans, nous trouvons 12 pleurésies purulentes sur 16; 7 sur 12, de 5 à 10; 6 sur 18, après 10 ans.

Griffith², à Leeds, a trouvé les proportions suivantes : 29 pleurésies purulentes sur 59 pleurésies chez les enfants de moins de 10 ans; 7 sur 25 chez les sujets de 10 à 20 ans. Smith à New-York :

Enfants de moins de 2 mois.	5 pleurésies purulentes sur	5
— de 2 à 6 mois	9	— 14
— de 6 à 12 —	2	— 2
— de 1 à 5 ans	majorité	— 14
— de 5 à 6 —	majorité	— 10
— après 6 ans	1	— 6

Israël à Copenhague :

Enfants au-dessous de 1 an . .	7	—	— 11
— de 1 à 2 ans	8	—	— 8
— de 2 à 3 —	14	—	— 27
— de 3 à 4 —	11	—	— 26
— de 4 à 5 —	5	—	— 22
— de 5 à 10 —	10	—	— 71
— de 10 à 15 —	4	—	— 31

(¹) Aux 25 pleurésies purulentes de notre service nous avons joint 2 cas suivis en ville pendant la même période.

(²) GRIFFITH. Remarks on fifty cases of empyema. *Medical chronicle*, 1889.

En réunissant les cas de Netter, Boncour, Falkenheim, Mügge, Schaedla, Büttner, Voigtel, Schede, Dambacher, Schülz, Hofmohl, Foltanek, Goodlee,

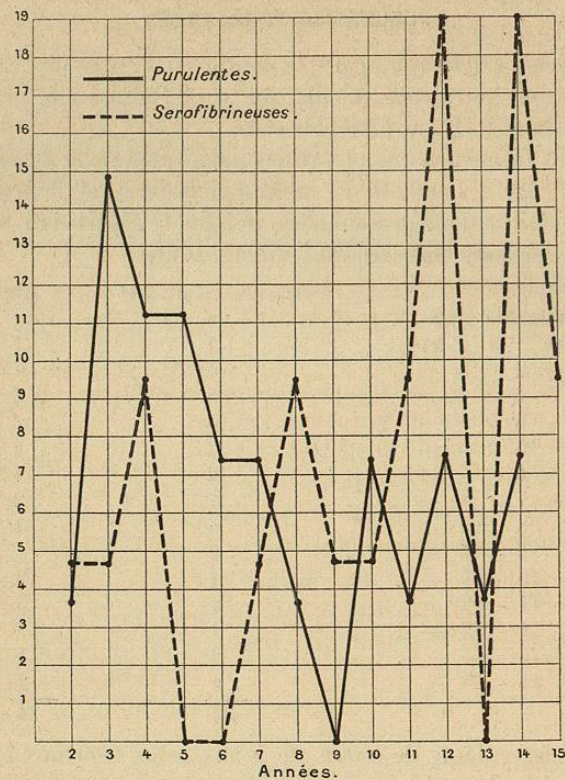


Fig. 1. — Proportion des pleurésies séro-fibrineuses et purulentes aux différents âges.

Griffith, Robertson, Schenker, Simonett, Adam, Hottinger, Eberle, Schwarz, Martin, Koplik, Beck, Poore, Wabash, Israël, Runeberg et Tchernow, nous trouvons :

Sur 642 pleurésies infantiles purulentes :

395 cas au-dessous de 5 ans	62	pour 100
176 — de 5 à 10 ans	27,6	—
70 — de 10 à 15 —	10,4	—

Ainsi au-dessous de 5 ans la grande majorité des pleurésies est de nature purulente. Cette notion a une importance pratique très grande, puisqu'elle permettra, avant de faire la ponction, de prévoir avec de grandes chances la qualité d'un épanchement chez l'enfant.

Sur les 25 observations recueillies dans notre service, 15 se rapportaient à des garçons et 10 à des filles. La statistique de Simmonds indiquerait une prédominance à peu près analogue chez le sexe masculin, 140 contre 100. Celle d'Israël, 55 garçons contre 26 filles.

Causes. — On a cherché à expliquer de diverses façons cette fréquence plus grande de la pleurésie purulente chez l'enfant. On comprend

très bien la purulence dans la pleurésie des nouveau-nés qui est une conséquence de l'infection puerpérale; mais ces pleurésies des nouveau-nés ne jouent qu'un rôle peu important dans le total des pleurésies infantiles. La grande fréquence des pleurésies à pneumocoques, la rareté relative des pleurésies tuberculeuses chez l'enfant, fournissent à notre avis l'explication la plus satisfaisante de cette particularité. La pleurésie causée par le pneumocoque est le plus souvent purulente. Les épanchements consécutifs à la tuberculose pleurale sont d'habitude séro-fibrineux. Chez l'enfant la pleurésie est très souvent due à la pneumonie, chez l'adulte à la tuberculose.

Voici du reste l'étiologie de nos 27 pleurésies purulentes d'enfants :

- 11 étaient manifestement consécutives à une pneumonie franche,
- 5 avaient suivi une broncho-pneumonie,
- 9 en apparence primitives et dues au pneumocoque ou streptocoque avaient peut-être eu pour origine une pneumonie ou une broncho-pneumonie méconnue avant les entrées,
- 1 un kyste hydatique du poumon,
- 2 étaient liées à la tuberculose.

Le dernier cas se rapportait à une pleurésie putride survenue chez un convalescent de fièvre typhoïde.

Simmonds¹, sur 110 pleurésies purulentes infantiles, trouve :

La pneumonie	51 fois.
La scarlatine	14 —
La tuberculose	12 —
La rougeole	8 —
Le traumatisme	6 —
La fièvre typhoïde	5 —
La coqueluche	2 —
La diphtérie	2 —
La carie costale	3 —
Les kystes hydatiques du foie	1 —
Empyème spontané	26 —

Citons encore la statistique importante de Hottinger², qui porte sur 65 pleurésies purulentes infantiles soignées à Zurich de 1874 à 1891. La part de la pneumonie y est prépondérante; nous trouvons en effet 45 pneumonies :

- 56 fois la pneumonie certaine,
- 6 — la pneumonie probable,
- 1 — la pneumonie traumatique.

Dans 8 autres observations, il s'agissait peut-être plutôt de broncho-pneumonie.

- 2 fois la pneumonie compliquant la scarlatine,
- 2 — probablement pneumonie après scarlatine,
- 2 — pneumonie après rougeole,
- 1 — pneumonie après influenza,
- 1 — pneumonie compliquant une syphilis infantile.

(¹) SIMMONDS. Das Empyem im Kindesalter und seine Behandlung. *D. Arch. f. klin. Med.*, XXXIV, 1886.
 (²) HOTTINGER. Beitrag zur operativen Behandlung des Empyems. *Thèse de Zurich*, 1892.