

Sur 58 pleurésies purulentes infantiles traitées par Hofmokl<sup>1</sup>, 16 étaient consécutives à une pneumonie franche, 5 à une pneumonie secondaire, 2 à une broncho-pneumonie probable. Sur 52 cas traités à Bâle<sup>2</sup>, 20 ont eu pour origine une pneumonie franche, 4 une pneumonie secondaire. Holt<sup>3</sup>, à New-York, a trouvé la pneumonie 19 fois sur les 20 enfants notés.

**Nature bactériologique.** — *La nature bactériologique des pleurésies purulentes a, comme nous l'avons établi<sup>4</sup>, une grande importance au point de vue du pronostic et du traitement.*

Nous disposons de deux statistiques personnelles qui nous permettent d'établir cette répartition chez les enfants. Notre première statistique, la

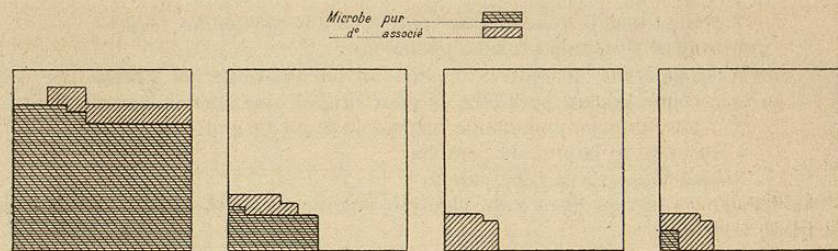


Fig. 2.

plus précise, comprend 90 pleurésies purulentes infantiles, traitées par nous et dont le diagnostic bactériologique a été fait à la suite de la première ponction. Elle nous donne :

66	fois le pneumocoque pur,
5	— — associé au staphylocoque,
2	— — — au bacille de Koch,
2	— — — à des bactéries saprogènes,
1	— — — au bacille de Koch et au streptocoque,
9	— le streptocoque pur,
1	— — associé au staphylocoque,
1	— — — au bacille de Koch,
1	— le staphylococcus aureus pur,
1	— — associé au bacille de Koch,
1	— le bacterium coli.
1	— le bacille de Pfeiffer,
1	— divers microorganismes habituellement rencontrés dans les pleurésies putrides.

On voit la part prépondérante du pneumocoque que nous avons trouvé 80,68 fois sur 100 dont 75,86 à l'état isolé. Le streptocoque ne vient que

(<sup>1</sup>) HOFMOKL. Klinische Beiträge zur Chirurgie der Pleura. *Klinische Zeit. und Streitfragen*, 1889-1891.

(<sup>2</sup>) ADAM. Ueber Empyeme bei Kindern. *Thèse de Bâle*, 1890.

(<sup>3</sup>) HOLT. Empyema in children. *Archives of Pediatrics*, 1892.

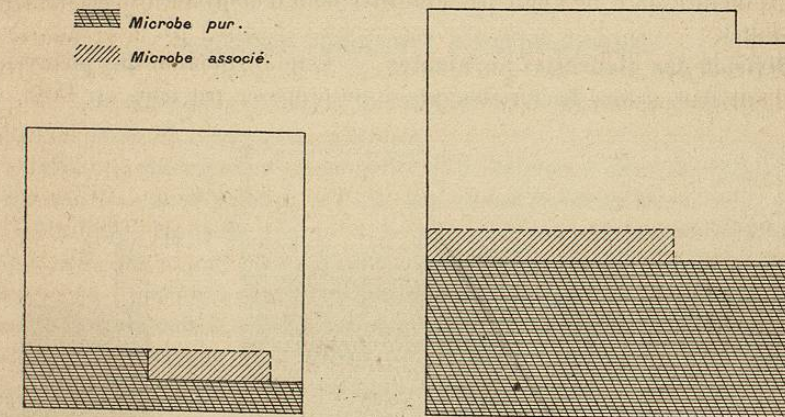
(<sup>4</sup>) NETTER. *Soc. clin.*, décembre 1886. De la pleurésie purulente à pneumocoques sans pneumonie. *Soc. anat.*, juillet 1887. — De la pleurésie purulente métapneumonique et de la pleurésie pneumococcique primitive. *Soc. méd. des hôp.*, janvier 1889. — Utilité des recherches bactériologiques pour le pronostic et le traitement des pleurésies purulentes. *Soc. méd. des hôp.*, 10 mai 1890.

beaucoup plus loin, 12 fois sur 90, soit 13,33 pour 100 et le bacille tuberculeux n'a été rencontré que chez 5 de nos malades, 5,55 pour 100.

Notre seconde statistique comprend 81 empyèmes infantiles, étudiés par nous à la date du 1<sup>er</sup> juillet 1897. Il s'agit non seulement des cas cliniques de mon service, mais de ceux des services voisins et aussi de pleurésies purulentes constatées à l'amphithéâtre. Nous y voyons :

Pneumocoque pur . . . . .	46
Pneumocoque + aureus . . . . .	5
Pneumocoque + streptocoque . . . . .	1
Pneumocoque + bacille de Koch . . . . .	1
Pneumocoque + streptocoque + bacille de Koch . . . . .	1
Streptocoque pur . . . . .	15
Streptocoque + aureus . . . . .	1
Streptocoque + bacille de Koch . . . . .	1
Aureus pur . . . . .	1
Aureus + bacille de Koch . . . . .	1
Bacille de Koch pur . . . . .	1
Bacterium coli . . . . .	2
Pas de microbes par la culture . . . . .	1
Pleurésies putrides . . . . .	6

Soit pour le pneumocoque 65,4, et 56,8 pour 100 pour le pneumocoque à l'état isolé. Pour le streptocoque, 16 dont 13 à l'état de pureté. Sur les 81 pleurésies, 5 ou 6 étaient tuberculeuses, soit 7,4. Cette seconde statis-



81 pleurésies infantiles.

154 pleurésies chez l'adulte.

Fig. 5. — Part du pneumocoque dans les pleurésies purulentes (recherches personnelles).

tique offre l'avantage de pouvoir se prêter à un rapprochement avec les examens bactériologiques que j'ai faits dans les pleurésies purulentes de l'adulte.

Sur 154 de ces dernières, le pneumocoque existait 59 fois, soit 24,9, et le streptocoque 68, soit 41,2.

*On voit que chez l'enfant et chez l'adulte la fréquence relative du pneumocoque et du streptocoque est différente. Le pneumocoque est bien plus commun chez l'enfant, le streptocoque plus fréquent chez l'adulte.*

Le bacille de Koch se rencontre plus souvent chez l'adulte, 17,6 au lieu de 7,4.

Nous avons montré que la proportion des pleurésies à pneumocoques relevée par les autres auteurs ne diffère pas d'une façon appréciable de la nôtre (60 pour 100), observations de Finkelnstein, Boncour, Eberle et Koplik.

En 1902, Koplik<sup>1</sup> donne les résultats trouvés à l'examen bactériologique de 72 cas personnels. Il trouve :

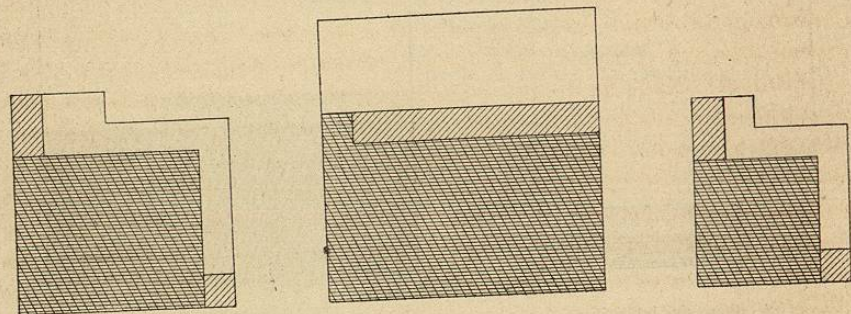
Le pneumocoque pur . . . . .	60 pour 100
Pneumocoque + streptocoque . . . . .	9 —
Streptocoque pur . . . . .	15 —
Staphylocoque . . . . .	9 —
Bacille de Koch . . . . .	7 —

La même année Withington<sup>2</sup> publie les résultats des examens des 155 empyèmes observés en 6 ans à Boston city Hospital. Cette statistique comprend des sujets de tout âge, 5 mois à 65 ans, avec prédominance d'adultes, 105 cas au-dessus de 20 ans.

Le pneumocoque pur a été trouvé . . . . .	20,7 pour 100
— associé — . . . . .	44,4 —
Le streptocoque pur — . . . . .	26 —
— associé . . . . .	54,8 —

La prédominance du streptocoque est ici moins évidente; mais nous venons de dire qu'il ne s'agit pas exclusivement d'empyèmes observés chez les adultes.

**Division des pleurésies purulentes.** — Cette distinction des pleurésies basée sur leur nature bactériologique a été proposée par nous en 1888, et



43 observations de Finkelnstein, Koplik, Eberle, Paul Boncour.

27 observations personnelles. 81 cas étudiés par moi au point de vue bactériologique.

Fig. 4. — Proportion des pleurésies purulentes infantiles à pneumocoques, dans nos observations personnelles, dans les cas étudiés par nous bactériologiquement, dans les observations publiées.

1889. Elle a été adoptée par le plus grand nombre des auteurs de tous pays. Elle n'a pas un simple intérêt théorique, mais elle est surtout intéressante

(<sup>1</sup>) KOPLIK. *Diseases of infancy and childhood*, 1905.

(<sup>2</sup>) WITHINGTON. A clinical study of one hundred and thirty five cases of empyema based on bacteriological findings in the exsudats. *Boston med. and surgical Journal*, 6 novembre 1902.

pour la pratique. En effet, la marche et la terminaison de ces pleurésies sont bien différentes suivant l'agent pathogène, et le pronostic est tout autre suivant que la pleurésie est due au pneumocoque ou au streptocoque, au bacille de Koch, etc.

L'histoire de nos malades de l'hôpital Trousseau en fournit la preuve la plus saisissante. Dans les 17 cas où le pneumocoque existait seul, il y a eu un seul décès. Il y en a eu 5 sur les 4 pleurésies causées exclusivement par le streptocoque, 2 sur les 5 pleurésies mixtes renfermant le pneumocoque, 2 sur les 5 pleurésies purulentes tuberculeuses.

Dans les 4 pleurésies infantiles à pneumocoques d'Eberle, le nombre des guérisons a été de 4, et l'enfant dont le pus renfermait à la fois le pneumocoque, les streptocoques et staphylocoques, est mort. Ces résultats si concordants ont, croyons-nous, la valeur d'une démonstration des plus rigoureuses. Ils ne sauraient être passibles d'aucune objection puisqu'ils sont dus au même opérateur, dont la pratique a été la même pour tous les cas. Aussi suivrons-nous dans notre description le plan que nous avons déjà adopté dans notre article du *Traité* Charcot et Bouchard<sup>1</sup> et étudierons-nous séparément les 4 grands groupes de pleurésies purulentes : Pleurésies purulentes à pneumocoques ; Pleurésies purulentes à streptocoques ; Pleurésies purulentes à bacille de Koch ; Pleurésies purulentes putrides.

C'est par la pleurésie purulente à pneumocoques que nous commencerons, puisque c'est la plus commune à cet âge.

#### PLEURÉSIE PURULENTE A PNEUMOCOQUES

*Le pneumocoque est l'agent qui intervient le plus ordinairement dans la pathogénie de l'empyème infantile.*

Dans nos observations personnelles il a été trouvé dans les quatre cinquièmes des cas et existait à l'état isolé dans les deux tiers.

**Étiologie. Mode de début.** — La pleurésie purulente à pneumocoques peut succéder à une pneumonie ou exister isolément. Sur 20 pleurésies purulentes à pneumocoques, 11 avaient succédé manifestement à une pneumonie franche lobaire. Deux cas peuvent se présenter. Dans le premier la pneumonie parcourt son évolution classique. La défervescence critique apparaît à la date habituelle, et pendant plusieurs jours, quelques semaines et même deux mois et plus le malade semble guéri. La pleurésie ne survient que plus tard. Elle mérite alors vraiment le nom de *métapneumonique*. Sur nos 11 malades, 5 fois seulement les choses paraissent s'être passées ainsi. Deux fois la pneumonie a été traitée dans un service hospitalier 1 mois, 2 mois avant la pleurésie. Chez un troisième malade bien suivi en ville, l'intervalle avait été de 15 jours. Chez les 3 autres le début de la pneumonie remontait à 1, 2, 3 mois.

Six fois la pleurésie avait fait son apparition au cours même de la pneumonie et avait été diagnostiquée dans le cours de la première semaine. Les

(<sup>1</sup>) NETTER. Pleurésie purulente. *Traité de Charcot-Bouchard*.

faits de ce genre méritent plutôt le nom de *parapneumoniques* que de *métapneumoniques*. Il est possible que leur proportion soit plus élevée encore. Ce qui tendrait à le faire croire, c'est que chez les sujets soignés par nous dès la pneumonie, la pleurésie a toujours été constatée à cette date de

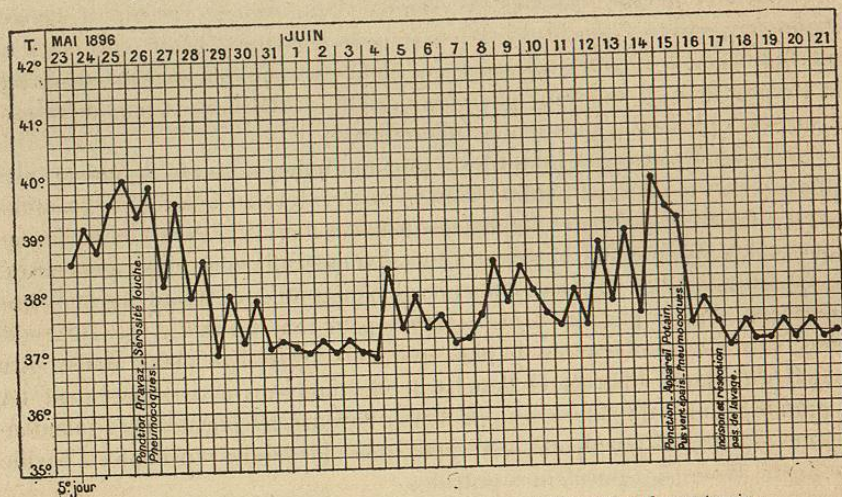


Fig. 5. — Pleurésie purulente métapneumonique guérie par la thoracotomie.

la maladie. Le fait n'a pas seulement un intérêt théorique. Si le début de la pleurésie se faisait toujours avant l'apparition même de la crise, on pour-

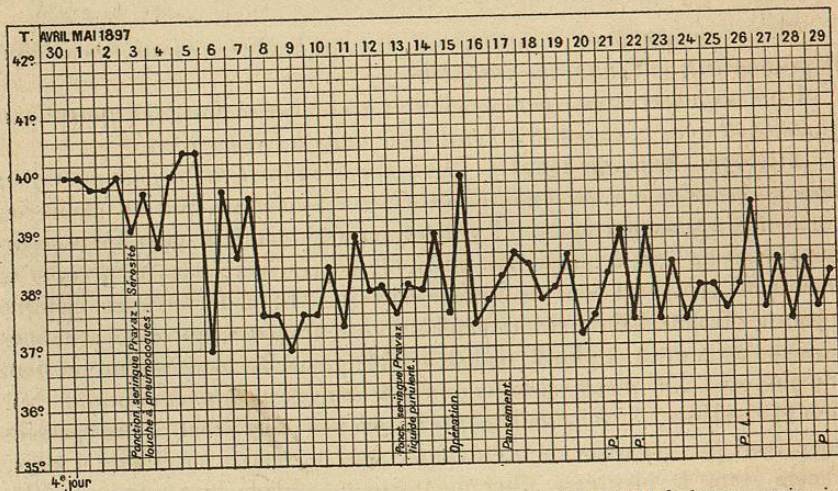


Fig. 6. — Pleurésie purulente à pneumocoques, ayant débuté au cours de la pneumonie. Guérison par la thoracotomie sans lavages.

rait être d'assez bonne heure fixé sur l'éventualité de cette complication. Chez les petits malades que nous avons pu suivre de bonne heure, nous avons constaté au début l'existence d'une nappe très mince d'un *liquide séro-fibrineux à peine louche* qui, à l'examen microscopique, montre des

*globules blancs et des diplocoques lancéolés encapsulés*. Au bout de peu de jours le liquide devient plus abondant. Il présente alors une coloration jaunâtre et on y voit flotter des flocons fibrino-purulents. Bientôt l'aspect change encore et on a affaire à du pus véritable : *pus de couleur verdâtre, visqueux, épais et ne laissant presque pas de sérum*. Cet aspect, comme l'on sait, est assez spécial aux exsudats à pneumocoques. Ces modifications se font souvent avec une extrême rapidité et il nous est arrivé de constater l'existence du pus verdâtre en question dès le 12<sup>e</sup> jour à partir du frisson initial de la pneumonie.

*L'examen microscopique et les cultures sont nécessaires pour affirmer absolument le diagnostic de la nature bactériologique*. L'aspect microscopique, du reste, présente diverses modalités. D'une façon générale on peut dire que dans les épanchements pleurétiques le pneumocoque a plus souvent une forme *lancéolée* que dans l'exsudat alvéolaire. Les éléments microbiens sont disposés fréquemment en *séries linéaires formant souvent de longues chaînettes* qui en imposeraient aisément pour des streptocoques. Enfin il n'est pas rare de voir dans ces exsudats de gros amas de pneumocoques entourés de capsules formant de véritables glèbes et donnant absolument l'idée du frai de grenouille. Cette dernière apparence est surtout observée dans les pleurésies dont l'épanchement est très visqueux et semble venir à l'appui de ceux qui soutiennent que les capsules du pneumocoque sont l'élément essentiel de la viscosité des exsudats pneumoniques.

*La pleurésie purulente est-elle une complication plus spécialement réservée aux pneumonies graves?* On ne saurait l'affirmer. Chez les enfants que nous avons personnellement observés, trois fois seulement la pneumonie a paru particulièrement sévère. Dans le premier cas il s'agissait d'une pneumonie cérébrale à phénomènes méningitiques. Les deux autres étaient des pneumonies doubles. Dans les 8 autres observations la pneumonie ne présentait pas de caractère spécial, si ce n'est peut-être sa durée un peu plus longue, 9 à 11 jours au lieu de 7.

*La fréquence même de la pleurésie au cours ou à la suite de la pneumonie est sujette à des variations très grandes*, et nous avons, en 1889, insisté sur cette particularité qu'à certains moments la pneumonie se compliquait plus souvent de pleurésie. Il semble que dans ces dernières années la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie ait présenté une fréquence sensiblement plus marquée, si nous tenons compte de nos observations personnelles et aussi de la littérature.

Schlesinger<sup>1</sup>, dans un travail sur la pneumonie fibrineuse infantile, nous apprend que, sur 173 cas traités en 5 ans 1/2 à l'hôpital des Enfants de Berlin, 7 fois il y a eu pleurésie purulente, soit 4 fois sur 100.

Hale White<sup>2</sup>, s'occupant des pleurésies métapneumoniques aussi bien chez l'adulte que chez l'enfant, a relevé de 1885 à 1894 les chiffres suivants à Guy's Hospital :

(<sup>1</sup>) SCHLESINGER. *Archiv für Kinderheilkunde*, 1897.

(<sup>2</sup>) HALE WHITE. *Empyema following lobar Pneumonia. Guy's Hospital reports*, 1894.

1885	1	pleurésie purulente	sur	69	pneumonies	1,4
1884	1	—	—	26	—	5,8
1885	»	»	»	59	—	»
1886	»	»	»	48	—	»
1887	2	—	—	72	—	2,9
1888	1	—	—	45	—	2,5
1889	1	—	—	60	—	1,6
1890	1	—	—	88	—	1,1
1891	6	—	—	108	—	5,5
1892	2	—	—	88	—	2,27
1893	9	—	—	182	—	4,94
1894	2	—	—	67	—	5

Thue, qui a recueilli l'histoire de 14 pleurésies à pneumocoques de janvier 1890 à mars 1894, en a observé 10 en 1890, 2 en 1892, aucune en 1891. Il y avait eu pendant ces mêmes années à Christiania :

En 1890. . . . .	724	pneumonies
En 1891. . . . .	699	—
En 1892. . . . .	725	—
En 1893. . . . .	1085	—

La proportion des pleurésies purulentes à pneumocoques traitées par nous, a été très différente d'une année à l'autre. Elle a varié de 2 en 1901 à 16 en 1899. Voici du reste leur répartition :

1895	10	pleurésies à pneumocoques	11	pleurésies purulentes
1896	8	—	11	—
1897	6	—	8	—
1898	9	—	9	—
1899	16	—	18	—
1900	7	—	11	—
1901	2	—	5	—
1902	10	—	11	—
1903 (dix mois)	6	—	8	—

La proportion des pleurésies purulentes indépendantes du pneumocoque a été sensiblement moins variable, de 0 à 4.

Chez près de la moitié de nos cas ( $\frac{9}{20}$ ), l'histoire antérieure du malade ne permet pas de retrouver l'existence d'une pneumonie et la pleurésie purulente apparaît comme la manifestation primitive et isolée de l'infection pneumococcique. Cette interprétation convient-elle à tous ces cas? Nous ne saurions l'affirmer et il est fort vraisemblable que plus d'une fois, la pneumonie initiale a été méconnue. L'absence à peu près constante de l'expectoration chez ces petits malades doit bien certainement multiplier les faits de pneumonie latente. A l'appui de notre supposition nous pourrions invoquer les observations de pleurésies à pneumocoques que nous avons recueillies chez l'adulte. Sur les 12 cas traités par nous, 8 avaient succédé manifestement à une pneumonie. Quelque opinion que l'on ait, du reste, au sujet du plus ou moins de fréquence des pleurésies purulentes primitives à pneumocoques, l'existence de ces pleurésies primitives n'est pas contestable. La démonstration a pu en être faite maintes fois à l'amphi-

théâtre. Nous en avons donné de bons exemples en 1886 et 1887, et Washbourne est revenu sur ce sujet en 1895.

Nous devons une mention particulière aux cas dans lesquels le pneumocoque est associé à d'autres agents pathogènes. Ce sont habituellement le staphylocoque, le streptocoque ou le bacille de Koch. Chez nos petits malades nous avons vu trois fois l'association du pneumocoque au *staphylococcus pyogenes aureus*. Il s'agissait dans l'un des cas d'un enfant auquel on avait pratiqué quelques mois auparavant un empyème pour une pleurésie purulente et dont la plaie était absolument cicatrisée. Il est très vraisemblable que dans ce cas la pleurésie au début était primitivement à pneumocoques et que l'introduction du staphylocoque a été postérieure à l'opération. Nous avons fait autrefois plusieurs examens bactériologiques de même nature. Avec la pleurotomie antiseptique une pareille infection secondaire est devenue beaucoup plus rare.

Deux de nos petits malades ont présenté une pleurésie purulente dont l'exsudat renfermait à la fois le bacille de Koch et le pneumocoque. Chez l'un d'eux l'empyème a dû être suivi d'une résection d'Estlander. Il est actuellement guéri. Enfin une dernière malade avait à la fois du pneumocoque, du streptocoque pyogène et du bacille de Koch. Chez elle la maladie avait débuté comme une pneumonie. Il est très important de connaître l'existence de ces pleurésies purulentes associées dont le pronostic est très différent.

Elles prouvent la nécessité d'un examen bactériologique complet. On ne se contentera jamais d'un examen microscopique, qui le plus ordinairement suffit à faire voir le pneumocoque. Il faudra toujours pratiquer des cultures tout au moins sur gélose. Nous conseillons de faire en outre dans tous les cas des inoculations dans le péritoine de cobayes de façon à ne pas laisser passer inaperçue l'existence de la tuberculose. Il convient, pour ces inoculations, de choisir des cobayes adultes qui résistent généralement aux injections intra-péritonéales du pneumocoque et du streptocoque.

Nous ne consacrerons pas à ces pleurésies mixtes de chapitre spécial. On se reportera pour chacune d'elles à ce que nous disons à propos des pleurésies dues à l'agent le plus dangereux parmi ceux qui sont en cause. Une pleurésie dans laquelle on trouvera associés le pneumocoque et le streptocoque commandera le pronostic et la ligne de conduite qu'impose une pleurésie purulente à streptocoques. Si l'on rencontre le bacille de Koch associé au pneumocoque, c'est le bacille qui préoccupe surtout.

**Symptômes.** — Nous avons vu qu'il convient de distinguer les cas dans lesquels la pleurésie purulente est précédée d'une pneumonie et ceux dans lesquels elle est primitive. La pneumonie s'accompagne souvent d'inflammation pleurale, mais il ne s'agit que rarement d'épanchement de quelque importance et plus rarement encore de pleurésie purulente. C'est ainsi que sur 175 pneumonies infantiles, 51, soit un peu moins du tiers, s'accompagnaient de pleurésie, mais 16 fois seulement les signes indiquaient un épanchement appréciable et 7 fois seulement, dont 5 du vivant du malade, on a pu constater un épanchement purulent (Schlesinger). Les signes de cette pleurésie accompagnant la pneumonie (pleurésie parapneumonique) n'offrent

rien de bien particulier. Ce sont l'intensité plus appréciable du point de côté, la matité plus nette, la diminution des vibrations, les frottements pleuraux, l'affaiblissement du murmure respiratoire, le caractère plus aigre du souffle et l'égophonie. La plupart de ces signes ne sont pas pathognomoniques et ils n'acquièrent une valeur réelle que s'ils se substituent en un point déterminé aux signes antérieurement constatés d'une pneumonie

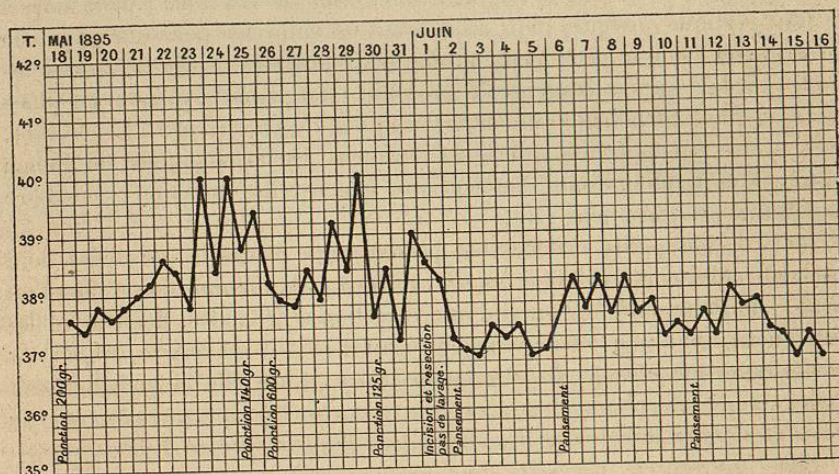


Fig. 7. — Pleurésie purulente à pneumocoques. — Ponctions. — Incision et résection sans lavage. Guérison.

franche. La pleurésie qui paraît au cours de la pneumonie n'est le plus souvent qu'un accident éphémère sans importance qui ne survit pas ou survit à peine à la défervescence. Elle ne nécessite aucune intervention particulière.

Mais dans un certain nombre de cas les signes d'épanchement vont en s'accusant. Le malade arrive au terme classique de la pneumonie au 7<sup>e</sup>, 9<sup>e</sup>, 11<sup>e</sup> jour, ne fait pas sa défervescence ou bien, si la défervescence survient, elle n'apporte qu'un soulagement insignifiant et éphémère, et la fièvre ne tarde pas à reprendre. La toux prend un autre caractère, elle devient sèche, quinteuse, douloureuse. On constate une coloration spéciale des téguments surtout appréciable à la face. C'est une pâleur particulière tirant sur le jaune et même un peu sur le vert. Cette coloration a été notée par nous chez plusieurs malades. Souvent on signale la transpiration, et les sueurs dans ce cas sont plus marquées à la face. Si à ce moment on examine avec soin le malade, on peut noter un certain nombre de modifications. L'inspection peut faire reconnaître l'ampliation du thorax du côté de l'épanchement. Cette ampliation peut être uniforme ou prédomine en une région déterminée. Dans ce dernier cas la voussure siège souvent en haut et en avant au-dessous de la clavicule, ainsi que l'ont montré Bergeron et son élève Rivet. La dilatation du thorax s'accompagne parfois d'élargissement appréciable des espaces intercostaux. La dilatation n'est du reste pas constante, et dans un nombre respectable de cas la poitrine était au contraire rétrécie du côté de

l'épanchement. Verliac<sup>1</sup>, dans son excellente thèse, cite des faits de ce genre. Ils appartiennent surtout à des pleurésies déjà anciennes, mais ont été observés aussi dans des pleurésies récentes. L'inspection fournit encore un renseignement intéressant, l'immobilité du thorax du côté de l'épanchement. Ce symptôme assez constant a une assez grande valeur. On sait que certains auteurs ont attaché une grande valeur à l'œdème des parois thoraciques comme signe de la purulence des épanchements pleuraux. Ce symptôme manque presque constamment dans les pleurésies à pneumocoques.

La palpation permet de rechercher la situation des organes, qui présenteront chez l'enfant les mêmes déplacements que chez l'adulte, en particulier le cœur et le foie. Elle renseignera encore sur l'état des vibrations thoraciques. Habituellement abolies, celles-ci sont néanmoins conservées dans plusieurs cas.

L'exploration au moyen des rayons Röntgen est, quand elle est possible, d'un très grand secours. On commencera toujours par la radioscopie, qui présente sur la radiographie les deux avantages essentiels : 1<sup>o</sup> de déceler les mouvements invisibles qui se répètent sans trêve à l'intérieur de la cage thoracique ; 2<sup>o</sup> de former des images multiples en faisant varier les positions relatives de l'ampoule radiogène du sujet examiné et de l'écran fluorescent (Béclère).

La percussion fournit les renseignements les plus précieux dans la pleurésie purulente infantile. Elle fait reconnaître, en même temps que la matité, une résistance au doigt qui a une très grande valeur. La matité occupe ordinairement la base de la poitrine ; mais il n'en est pas toujours ainsi, et la pleurésie purulente consécutive à la pneumonie peut, comme la pneumonie qui l'a précédée, occuper la partie moyenne de la poitrine, le sommet, etc.

Dans toute pleurésie, les signes fournis par l'auscultation cèdent le pas aux enseignements de la percussion. La chose est surtout vraie pour la pleurésie purulente infantile. Sans doute on y rencontre souvent l'abolition du murmure vésiculaire, le souffle pleurétique et l'égophonie, mais dans bien des circonstances les bruits respiratoires sont normaux ou mélangés de râles sous-crépitants ou cavernuleux. Verliac avait insisté sur la fréquence des bruits pseudo-cavitaires dans les pleurésies purulentes infantiles. Ce symptôme anormal doit être toujours présent à l'esprit et il pourra, si l'on n'y prend garde, donner lieu à de graves erreurs diagnostiques.

Nous avons mis au premier rang les signes physiques de la pleurésie. C'est que les symptômes fonctionnels et généraux ne fournissent en pareil cas que des renseignements peu précis, et il faut bien être pénétré de l'idée que la pleurésie purulente infantile mérite bien souvent l'épithète de latente.

La dyspnée est d'ordinaire modérée, sauf les cas d'épanchements développés avec une grande rapidité. Les respirations ne deviennent plus fréquentes, plus pénibles qu'à l'occasion des mouvements, d'efforts, et nous

(<sup>1</sup>) VERLIAC. Recherches sur le diagnostic des épanchements pleuraux et les indications de la thoracentoèse chez les enfants. Thèse de Paris, 1866.