

traités par le siphon a dû 8 fois recourir à l'incision avec résection. Schede cite 10 observations où il a fallu agir de même.

4° *L'avantage de l'absence d'introduction de l'air dans la cavité pleurale n'est pas aussi grand qu'on l'a longtemps imaginé.* On parlait en effet de cette idée que le poumon obéissant à son élasticité revient contre la colonne vertébrale toutes les fois que l'air arrive librement dans la plèvre, et l'on admettait que le poumon ne pouvait se laisser distendre par l'air tant que l'orifice de la paroi thoracique demeurait béante. Roser pensait que le poumon ne reprend son ampliation qu'à la faveur d'adhérences qui commenceraient au niveau du hile. Les expériences sur les animaux semblaient donc un appui décisif à cette interprétation. L'observation de ce qui se passe journellement après la thoracotomie a prouvé que les choses se passent d'une façon beaucoup plus heureuse et que le poumon se laisse de nouveau et beaucoup plus vite distendre par l'air. Weissgerber pense que l'expansion se produit au moment de l'expiration. Celle-ci chasserait dans le poumon du côté de l'opération une partie de l'air qui s'échappe du poumon sain. La chose est sans doute moins simple que ne supposait Weissgerber, puisque, comme le fait observer Schede, l'expansion est possible même dans les cas où la plèvre est ouverte des deux côtés. L'occlusion relative à la suite du pansement antiseptique joue certainement un rôle important¹ en rétablissant dans la plèvre une tension négative. Dans tous les cas, les inconvénients de l'ouverture de la plèvre sont beaucoup moindres qu'on ne l'avait supposé pendant longtemps, et ainsi disparaît la raison d'être principale de la méthode du siphon. Si la méthode du siphon a l'avantage de pouvoir être appliquée sans anesthésie, la thoracotomie peut, lorsqu'on redoute l'emploi du chloroforme, être pratiquée sans recourir à lui, et un bon nombre de chirurgiens anglais ont absolument renoncé à la chloroformisation.

Chez l'enfant, le siphon offre un inconvénient particulier dont conviennent même les partisans de la méthode. Quoi qu'on fasse, *l'enfant, difficile à surveiller, touche parfois à l'appareil et il peut arriver qu'il le dérange*².

Nous ne faisons que mentionner ici divers modes de traitement que nous jugeons inapplicables à la pleurésie purulente à pneumocoques et qui nous paraissent devoir être abandonnés même dans les autres variétés de pleurésie purulente : les injections iodées après ponction, les injections antiseptiques, avec ou sans lavage immédiatement après ponction, la canule à demeure, le drainage de la cavité pleurale avec double incision, méthode de Chassaignac, préconisée récemment par Küster, etc.

D. Traitement des diverses formes. — Nous avons envisagé successivement les méthodes générales de traitement des pleurésies purulentes infantiles et plus particulièrement des pleurésies purulentes à pneumoco-

⁽¹⁾ REINEBOTH arrive, dans un travail tout récent (*Deutsch. Archiv f. klinische Medicin*, 1897), à des conclusions de même ordre au sujet du mode de déplissement du poumon chez les sujets opérés de l'empyème.

⁽²⁾ LEO LEVY (*Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1898, XLVI) a émis, en se basant sur l'analyse de nombreuses observations, un avis analogue au nôtre. Il considère avec la grande majorité des cliniciens la méthode du siphon comme inférieure à la thoracotomie.

ques; nous devons dire quelques mots du traitement qu'il convient d'appliquer dans certaines éventualités.

La pleurésie limitée est plus que toutes les autres justiciable de la ponction et l'on pourra persévérer plus longtemps en pareil cas, sans cependant se départir de la règle générale. La pleurésie limitée au sommet guérit parfaitement par l'empyème, alors même que l'incision ne peut être faite en un point répondant à la condition de déclivité généralement recherchée.

Dans les cas d'*empyème de nécessité*, on ne devra pas se contenter de pratiquer l'incision au point où les téguments sont le plus amincis. Il sera souvent indiqué d'introduire dans la plèvre une sonde métallique et de rechercher encore l'endroit le plus favorable pour pratiquer la contre-ouverture au niveau de laquelle sera placé le drain.

Nous avons vu que, dans les cas d'ouverture spontanée de la plèvre, la cavité n'a pas de tendance à la cicatrisation, qu'il existe un trajet fistuleux étendu, que les côtes au contact du pus subissent de graves altérations. Dans les cas de ce genre, si l'intervention ne se fait que tardivement, la guérison ne saurait être obtenue qu'au prix d'interventions chirurgicales très sérieuses. C'est dans ces cas que l'on est amené à recourir à l'opération d'Estlander, résection de plusieurs côtes, à la décortication de la plèvre (Schede) et même à la décortication du poumon proposée par M. Delorme.

Si la pleurésie purulente a été suivie de la production de vomique, la conduite à tenir devra varier suivant les résultats de cet accident. S'il s'agit d'un épanchement limité, se vidant bien, il sera raisonnable d'attendre. Si au contraire l'évacuation est difficile, lente, on n'hésitera pas à intervenir. La thoracotomie donne ici encore de bons résultats et l'on ne tarde pas à voir l'expectoration se supprimer.

La pleurésie purulente double est justiciable du traitement par l'empyème. Les observations de Huber, de Sutherland, etc., l'établissent de la façon la plus évidente. Dans ces cas de Huber, l'intervalle qui sépare les deux interventions a été de 4 et de 9 jours. Dans les 21 observations rassemblées par Sutherland, l'intervention a été :

1 fois	de 2 jours	1 fois	de 5 jours
2 —	— 4 —	2 —	— 7 —

et dans tous les autres de plus d'une semaine. Tous les fois qu'on le pourra, il y aura avantage à espacer les interventions, et au moyen de la ponction évacuatrice le résultat pourra généralement être obtenu. On pourra de cette façon parfois éviter la double opération. Dans un cas de Sangster, le malade guérit, l'un des côtés ayant été traité par la résection, l'autre par deux ponctions successives.

Le siphon qui a été recommandé en pareil cas ne nous paraît pas répondre aux indications ici plus que dans les autres formes de pleurésies. Beck a eu 4 guérisons sur 5 cas par la résection.

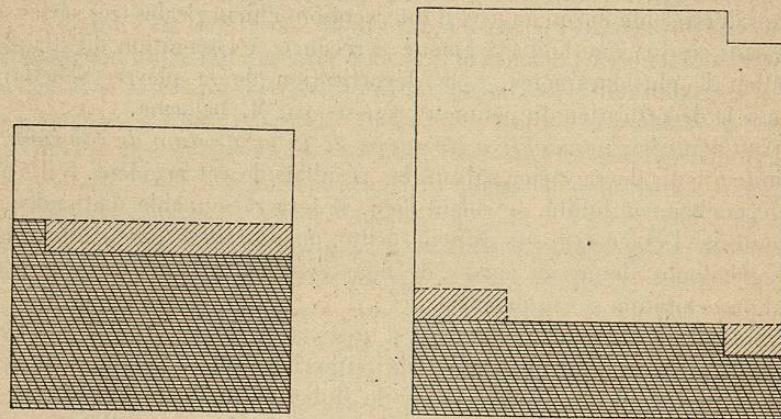
Dans la *pleurésie purulente des tout jeunes enfants* dont le pronostic est plus sévère, Wightman pense qu'il y aura avantage à se contenter de l'incision et du drainage sans recourir à la résection costale. Celle-ci

demande une instrumentation plus complète, ne peut se faire sans chloroforme, expose davantage au shock opératoire. Wightman pense même qu'elle expose à la pyohémie. Les arguments de Wightman ne nous paraissent pas tous d'égale valeur et nous ne saurions nous prononcer sur ce cas spécial.

PLEURÉSIE PURULENTE A STREPTOCOQUES

Le streptocoque pyogène si fréquemment en cause dans les pleurésies de l'adulte est relativement rare dans les pleurésies infantiles. Si nous nous en rapportons aux cas traités par nous, il n'existait à l'état pur que 9 fois sur 90. Nous n'hésitons pas à attribuer à cette rareté relative des pleurésies purulentes à streptocoques la bénignité des pleurésies purulentes infantiles.

Au lieu de 59 guérisons sur 66 malades, les pleurésies à streptocoques



81 pleurésies infantiles.

134 pleurésies chez l'adulte.

Fig. 12. — Part du streptocoque dans les pleurésies purulentes.

ne nous ont donné que 2 guérisons sur 9, bien que l'intervention dans tous les cas ait été très rapide.

Causes. — La pleurésie purulente à streptocoques peut survenir sous l'influence des causes les plus diverses. Elle peut être due à l'arrivée des streptocoques par continuité ou contiguïté. On a vu chez l'enfant la pleurésie purulente après péritonite, après angine. Le streptocoque peut-il provenir des foyers purulents éloignés, avoir une origine métastatique, pleurésies purulentes consécutives à une otite, à un érysipèle? Les pleurésies consécutives à une rougeole, à la diphtérie, peuvent être causées par le streptocoque avec ou sans intermédiaire d'une broncho-pneumonie.

La pleurésie consécutive à la scarlatine est généralement due au streptocoque, mais cette règle n'est pas sans exception et l'on y trouve quelquefois le pneumocoque.

Symptômes et marche. — La pleurésie purulente infantile à streptocoques dans trois de nos observations a évolué avec une rapidité que nous ne constatons qu'exceptionnellement dans les pleurésies purulentes dues au pneumocoque.

Elle correspondait à la forme décrite par Fräntzel¹ sous le nom de pleurésie suraiguë, *pleuritis acutissima*, dans laquelle tous les symptômes acquièrent de bonne heure une gravité insolite — aussi bien l'abondance de l'épanchement que les troubles fonctionnels : dyspnée et cyanose et enfin les phénomènes généraux, fièvre intense avec état typhoïde. Chez ces malades, il est de règle de constater dans les 24 heures de grandes oscillations de la température qui sont caractéristiques de l'infection pyohémique et que Petruschky a cru pouvoir rattacher à l'infection streptococcique.

Le début se fait au milieu d'une santé en apparence parfaite par un frisson intense. A ce début, succède un état typhoïde avec forte fièvre. La peau est sèche, brûlante, la température atteint 40°.

La prostration est constante et souvent aussi le malade délire violemment. La langue est sèche, fendillée; la soif est ardente et l'anorexie absolue. Dès les premiers jours, on constate une tuméfaction de la rate, la diarrhée paraît également à cette époque. A voir les malades ainsi frappés, on se figure avoir sous les yeux de véritables fièvres typhoïdes, d'autant plus que les patients sont eux-mêmes incapables de fournir aucun renseignement. Mais l'entourage nous apprend que la maladie a débuté par un frisson intense et que ce début est récent. Nous ne trouvons aucune tache rosée

(¹) FRÄNTZEL. Die Krankheiten der Pleura. *Handbuch de Ziemmsen.*

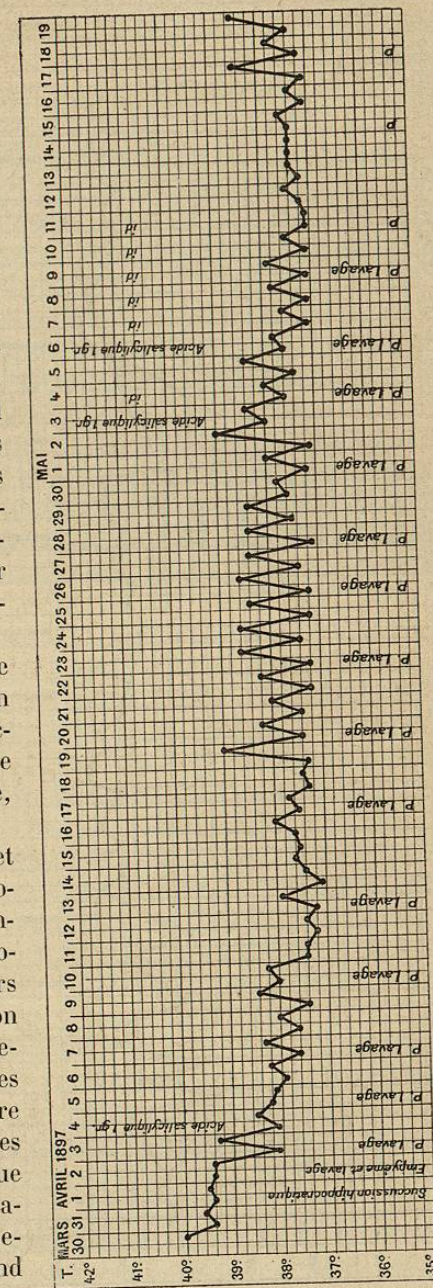


Fig. 13. — Pleurésie purulente à streptocoques. — Empyème. — Guérison.

lenticulaire; le pouls, d'une fréquence insolite, atteint et même dépasse 120 à la minute; la face est cyanosée; enfin l'examen de la poitrine révèle un

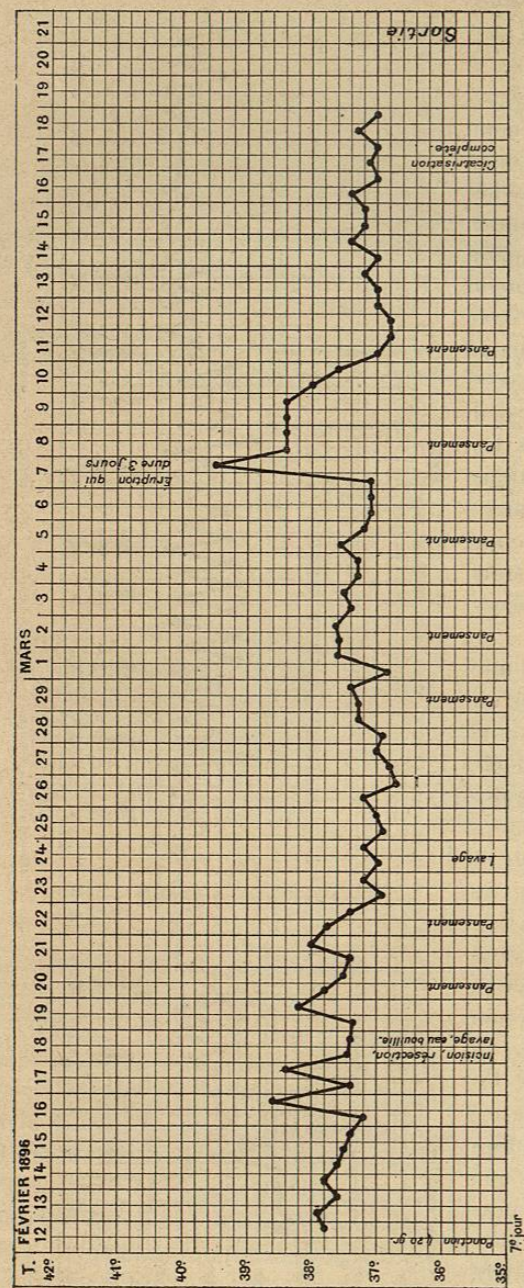


Fig. 14. — Pleurésie purulente à streptocoques. — Opération. — Rougeole. — Mort.

épanchement pleurétique, en sorte qu'il faut bien abandonner l'hypothèse d'une fièvre typhoïde et s'en tenir au diagnostic de pleurésie suraiguë. La température dépasse 41°; le pouls s'élève au-dessus de 140 et la respiration au-dessus de 60 à la minute. La dyspnée est très vive. L'épanchement augmente pendant les 8 premiers jours, si bien qu'il y a lieu de pratiquer la thoracocentèse d'urgence. On retire ainsi un litre environ d'un liquide purulent. Le lendemain, l'épanchement s'est reproduit. Mais on ne peut répéter souvent la ponction. Le patient succombe vers la fin de la deuxième semaine. Frantzel n'a pu sauver aucun de ses trois malades, bien que dans un cas il eût eu recours à l'empyème. Il émet cependant l'espoir qu'avec les perfectionnements réalisés dans la thoracotomie, on pourrait obtenir de meilleurs résultats. Dans tous les cas il conviendra d'intervenir le plus rapidement possible, et chez une petite malade réalisant le type clinique de Frantzel la thoracotomie avec résec-

tion costale pratiquée le jour même de l'admission n'a pas empêché l'issue fatale.

Il convenait de rapporter ici la description de Frantzel. Il ne faudrait pas cependant imaginer que les choses se passent toujours avec une rapidité aussi grande. La pleurésie purulente à streptocoques peut évoluer plus lentement, mériter l'épithète de subaiguë, ou bien après un début très violent présenter une rémission notable. Nous avons vu même un cas de pleurésie purulente à streptocoques chez l'enfant reconnu par la ponction exploratrice guérir une fois sans aucune autre intervention.

On se rappellera que la pleurésie purulente qui succède aux scarlatines, à la rougeole, à l'érysipèle, aux septicémies, est d'ordinaire due au streptocoque. On pensera plutôt à ce microbe dans les cas où la fièvre sera nettement intermittente ou hectique. Mais ces renseignements ne fourniront que des présomptions.

Diagnostic. — Dans la pleurésie purulente à streptocoques, le pus présente le plus ordinairement des caractères assez particuliers. Il renferme une proportion importante de sérum et, quand on laisse dans un vase la sédimentation se faire, le dépôt n'occupe que le quart, le cinquième inférieur ou moins. Le dépôt, au lieu d'être verdâtre, tire d'ordinaire plutôt sur le gris. Si l'on agite le vase, il se désagrège et entre en suspension également dans toute la masse. Il semble que les globules de pus ne présentent entre eux aucune cohésion. La couleur du sérum est d'un jaune clair ou brunâtre. L'aspect, comme on le voit, diffère sensiblement de celui de la pleurésie à pneumocoques.

A mesure que l'épanchement est plus ancien, la proportion des globules blancs peut augmenter, et tel liquide qui mérite au début l'épithète de séro-purulent peut avoir quelques jours plus tard l'aspect franchement purulent. Cette transformation se fait du reste avec une très grande rapidité.

L'examen microscopique fait voir des chaînettes facilement colorables ne se décolorant pas par la méthode de Gram. Ces chaînettes sont d'ordinaire formées par un grand nombre de cocci et sont très longues. Heim, qui a déjà signalé ce caractère, avait donné à ce streptocoque le nom de *pyothoracicus longus*. Les grains qui constituent la chaînette sont assez gros. La chaînette elle-même est toujours très flexueuse, s'infléchissant dans divers sens. L'aspect est tout différent de celui des chaînettes que forme souvent le pneumocoque dans les exsudats pleurétiques, chaînettes dont les éléments sont disposés en ligne droite ou infléchis à angles très aigus.

On devra toujours recourir à la culture sur le bouillon, la gélatine et la géluse, qui montrera les caractères des cultures du streptocoque pyogène.

Les inoculations à la souris donnent des résultats différents suivant la virulence du streptocoque, très variable suivant les cas. On ne saurait du reste conclure de la virulence d'un streptocoque chez l'animal à sa virulence pour l'homme.

Pronostic. — La pleurésie purulente à streptocoques comporte en général un pronostic beaucoup plus sévère, et cela pour diverses raisons. Il faut tout d'abord invoquer la qualité toute spéciale de l'agent pathogène dont la vitalité est loin d'être limitée comme celle du pneumocoque; dont la tendance envahissante constitue un des principaux caractères. L'en-

vahissement se fait par continuité, par l'intermédiaire des vaisseaux lymphatiques ou sanguins. Cette tendance devient souvent manifeste au cours des interventions. C'est ainsi que, si l'on pratique une ponction exploratrice avec la simple seringue de Pravaz, l'orifice, au lieu de devenir presque aussitôt imperceptible, ce qui est le cas avec les pneumocoques, reste d'ordinaire perméable et laisse sourdre les jours suivants un peu de pus. Si l'on a employé un trocart plus volumineux, les microbes qui ont fusé le long du trocart ou qui ont pénétré sous la peau au moment de l'évacuation suffiront à faire naître un abcès profond, — abcès qui peut subir un développement très rapide.

La pleurésie purulente à streptocoques s'accompagne souvent de péricardite et parfois de péritonite. Mais le danger sans doute le plus considérable est dû à la migration dans le sang des streptocoques ou des poisons sécrétés au niveau de la plèvre, qui auront pour conséquence une septicémie ou des foyers métastatiques.

Aussi la pleurésie purulente à streptocoques demande-t-elle une intervention précoce et énergique. Même dans ces conditions, le pronostic est beaucoup plus sérieux que dans la pleurésie purulente à pneumocoques. Nous avons vu que sur 9 pleurésies à streptocoques nous avons eu 7 décès chez des enfants pour lesquels l'opération fut faite au plus tard le 5^e jour après l'entrée.

Traitement. — Étant donnée la qualité des agents pathogènes, nous avons conseillé de faire suivre la thoracotomie d'un lavage de la plèvre à l'aide d'une solution antiseptique. Il nous a semblé depuis qu'un lavage à l'eau bouillie pourrait suffire. Mais nous ne saurions conseiller ici de supprimer le lavage ainsi que nous le faisons dans les pleurésies à pneumocoques.

Les lavages devront être fréquemment renouvelés pour peu que la température montre la persistance de la fièvre. Ils seront souvent insuffisants à amener l'abaissement de la température.

En même temps que l'on interviendra chirurgicalement, il y aura lieu d'administrer au malade du sulfate de quinine ou de l'acide salicylique, de soutenir les forces.

L'usage du collargol en frictions ou en injections intra-veineuses pourra rendre des services appréciables.

On pourra tenter l'emploi des injections de sérum antistreptococcique. Nous n'en avons cependant tiré aucun avantage dans un cas où nous l'avons employé, en commençant par 40 centimètres cubes en deux fois, et ultérieurement en injectant 10 et 20 centimètres cubes. Les injections sous-cutanées de sérum artificiel, à la dose de 100 ou 150 grammes, pourront être employées.

Étant donné le nombre peu considérable de cas publiés avec examen bactériologique, il n'est pas très aisé d'établir par des chiffres empruntés à d'autres auteurs la gravité plus grande des pleurésies à streptocoques.

Cependant, si nous prenons la thèse d'Israël, nous trouvons 22 pleurésies purulentes infantiles sans doute dues aux streptocoques : pleurésies consécu-

tives à la broncho-pneumonie, 5; à la rougeole, 5; à la coqueluche, 5; à la scarlatine, 7; à la pyohémie, 1; à la péritonite, 1. Ces 22 pleurésies purulentes ont donné seulement 5 guérisons, tandis qu'il y a eu 9 guérisons sur 11 pleurésies purulentes métapneumoniques, 8 sur 12 pleurésies purulentes primitives, soit 17 guérisons sur 25 pleurésies dues sans doute au pneumocoque. Hottinger nous montre qu'à Zurich il y a eu 11 décès sur 45 pleurésies purulentes consécutives à la pneumonie, 25 pour 100; 8 pleurésies purulentes consécutives à la rougeole, la scarlatine, la coqueluche, la grippe, ont donné 5 décès, soit 57,5 pour 100.

Ces chiffres viennent à l'appui de notre thèse au sujet de la gravité plus grande des pleurésies purulentes à streptocoques.

Bien que nos résultats personnels soient peu encourageants, 75 décès sur 100, nous terminons ce chapitre en exprimant la conviction qu'en agissant énergiquement et le plus tôt possible, il sera souvent donné d'obtenir de beaux succès dans le traitement de cette forme de pleurésie. L'observation, dont nous avons reproduit le tracé plus haut, montre que dans certains cas la guérison est aussi rapide que dans les pleurésies à pneumocoques.

PLEURÉSIE PURULENTE A STAPHYLOCOQUES, A BACILLES DU CÔLON, ETC.

Nous avons vu plusieurs pleurésies purulentes dont l'épanchement contenait le *staphylococcus pyogenes aureus* associé au pneumocoque, une autre dans laquelle le *staphylococcus pyogenes aureus* était associé au bacille tuberculeux. Le *staphylococcus pyogenes aureus* a été trouvé à l'état de pureté dans deux observations de Koplik. Dans l'une d'elles, il s'agissait d'une infection pyohémique. Le diagnostic de la nature staphylococcique ne se fait que par l'examen bactériologique. Celui-ci devra être accompagné d'inoculation dans le péritoine du cobaye. Le staphylocoque, ainsi que nous l'avons dit, est souvent seul trouvé dans les pleurésies purulentes tuberculeuses. La pleurésie purulente à staphylocoques est justiciable du traitement que l'on oppose aux pleurésies purulentes à streptocoques : thoracotomie précoce suivie de lavage.

Nous avons traité ainsi en 1899 une pleurésie purulente exclusivement à staphylocoques qui a guéri sans incidents particuliers.

Le bacille de Pfeiffer a été rencontré quelquefois dans la plèvre. Nous avons observé un petit malade dont l'épanchement purulent renfermait le bacille de l'influenza à l'état de pureté. Cet épanchement circonscrit a guéri spontanément.

Nous avons vu deux fois dans le pus de pleurésie à l'état de pureté le bacille du côlon, ou des variétés très analogues. Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant qui présentait en même temps une méningite suppurée sous l'influence du même microbe. Dans le deuxième cas, il s'agissait d'une suppuration pleurale coïncidant avec un kyste hydatique. La ponction exploratrice montra le pus et la ponction évacuatrice amena 800 grammes d'un liquide clair comme l'eau de roche et contenant des membranes et des crochets.

Cette intervention amena une guérison, au moins passagère, et suivie de la sortie de la malade, et à une visite ultérieure un an plus tard il ne restait aucune trace de sa pleurésie ni de son kyste.

Heyer¹ rapporte l'histoire de deux enfants atteints de pleurésie purulente, dans le service de Baginsky, à Berlin. Bien que l'examen bactériologique n'ait été fait dans aucun de ces cas, il pense qu'il s'agissait sans doute du *bacterium coli*, surtout dans la première observation dans laquelle il y avait appendicite. Il a recherché les effets des injections du *bacterium coli* et a pu déterminer une pleurésie séro-hémorragique, mais seulement dans les cas où l'injection avait été pratiquée dans la plèvre.

Heubner² a décrit une affection spéciale de la plèvre des enfants en bas âge qui mérite peut-être d'être placée ici, bien que l'examen bactériologique pratiqué 2 fois soit insuffisant pour préjuger de la nature de l'agent pathogène. Dans 5 observations, la plèvre était le siège d'une suppuration et 4 fois la pleurésie purulente était double. Les pleurésies suppurées s'accompagnaient 3 fois de péricardite, 1 fois de péritonite, 1 fois d'arthrite. La maladie semble avoir débuté dans la poitrine autour du poumon malade. L'enfant est pris brutalement au milieu d'une santé parfaite. Dès le premier jour il y a une forte élévation de la température, de la dyspnée, la toux entrecoupée, de la rougeur des pommettes. L'examen de la poitrine rencontre un peu de matité, en arrière peu de souffle, mais des râles. Les symptômes s'aggravent, la fièvre est élevée avec ou sans rémission, la dyspnée persiste, l'expectoration devient grisâtre, le pouls s'accroît indéfiniment. Il y a de l'agitation, des secousses convulsives, des vomissements, de la diarrhée. L'enfant meurt sans qu'il y ait de signes de fièvre. La durée est tantôt très rapide, 7 à 8 jours, tantôt lente, 5 semaines.

PLEURÉSIE PURULENTE TUBERCULEUSE

La pleurésie purulente de l'enfant est assez rarement tuberculeuse, contrairement à l'opinion émise autrefois par William Jenner.

Nous n'avons trouvé que 5 pleurésies purulentes tuberculeuses sur nos 90 observations. Koplik, 1 seulement sur 15; Hottinger, 4 sur 15; Griffith, 5 sur 55; Hofmokl, 8 sur 58; Israël, 15 sur 59; Paul Boncour, 2 sur 15; Poore, Schütz, König, Beck n'en ont trouvé aucun cas sur 14, 15, 50, 100 observations. La pleurésie purulente est moins souvent tuberculeuse chez l'enfant que chez l'adulte. Nos statistiques donnent un pourcentage de 7,4 chez le premier contre 17,6 chez le second; celle de Griffith, 9 chez l'enfant, 18 chez l'adulte; Eddison 7 et 15. Bocher a vu 2 fois la tuberculose sur 5 pleurésies purulentes de l'adulte et n'en a pas observé un cas sur 6 pleurésies purulentes infantiles.

Marche. — *La pleurésie purulente tuberculeuse a le plus ordinaire-*

⁽¹⁾ HEYER. Zur Pathogenese der Pleuritis unter dem Einfluss des *Bacterium coli* commune. *Archiv für Kinderheilkunde*, XXXIII, 1897.

⁽²⁾ HEUBNER. Um eine multiple infectiöse Entzündung der serösen Häute im Kindesalter. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, XXI, 1884.

ment une évolution assez lente. Elle progresse sans grand fracas et aboutit à la production d'épanchements souvent très abondants, épanchements d'habitude bien tolérés, ne donnant naissance à aucune toux. L'épanchement ulcère assez souvent la plèvre pariétale et produit une saillie sous-cutanée, qui se développe ultérieurement. Cette poche peut s'ouvrir spontanément ou être ouverte par le chirurgien. Si la poche ne s'ouvre pas et si elle siège du côté gauche, elle peut être animée de battements. *L'empyème pulsatile est ordinairement tuberculeux.* Signalons encore la possibilité de la production d'un pneumothorax au cours de la pleurésie purulente tuberculeuse, pneumothorax dû à l'ulcération de la plèvre qui se fait de dehors en dedans au lieu de se faire de dedans en dehors comme dans le pneumothorax tuberculeux classique. *La pleurésie purulente tuberculeuse est une cause assez commune de dégénérescence amyloïde,* et cette possibilité doit entrer en ligne de compte au point de vue du pronostic.

Diagnostic. — *Le diagnostic des pleurésies purulentes tuberculeuses infantiles est des plus délicats. On ne saurait, en dehors de l'examen bactériologique, émettre le plus souvent que des suppositions.* Sans doute, la pleurésie purulente tuberculeuse est ordinairement chronique, à évolution assez lente, à début insidieux. Mais la pleurésie infantile affecte souvent cette allure, même quand elle est due exclusivement au pneumocoque. Verliac, reproduisant l'enseignement de son maître Barthez, faisait de pleurésie chronique le synonyme de pleurésie purulente, et si nous avons établi que cette proposition ne doit pas être prise exactement à la lettre, elle n'en contient pas moins l'expression de faits bien observés et mérite d'être prise en considération. Chez plusieurs de nos enfants atteints de pleurésie à pneumocoques, la pleurésie remontait à 2 ou 5 mois au moment de l'admission. Chez une petite malade atteinte de pleurésie purulente à streptocoques, la maladie remontait à 5 mois.

La pleurésie purulente tuberculeuse, dans quelques observations, a succédé à une pleurésie séreuse ou séro-fibrineuse ayant nécessité une ou plusieurs ponctions. C'est là une particularité qui ne se rencontre qu'exceptionnellement dans les autres pleurésies purulentes infantiles.

Dans un certain nombre de cas la nature tuberculeuse a été soupçonnée en raison de la constatation à l'un des sommets de symptômes indiquant une lésion tuberculeuse ou encore par la présence d'autres manifestations tuberculeuses ou scrofuleuses. Dans une proportion de cas encore assez élevée, les enfants présentaient des antécédents tuberculeux héréditaires très manifestes. Des renseignements de grande valeur sont fournis par les caractères de l'épanchement. Nous avons étudié tout spécialement les observations de 44 pleurésies purulentes tuberculeuses chez l'enfant dont 5 personnelles, les autres dues à Hofmokl, Hottinger, Israël, Paul Boncour, Griffith, Koplik, Simonett, Steffen, Schwartz. La qualité du liquide est relatée dans 27 observations; 15 fois le pus était séro-purulent. Dans 5 de ces observations, lors de la première ponction, le liquide avait été séreux ou séro-fibrineux; 4 fois le pus séro-fibrineux était mélangé d'air (pyopneumothorax); 2 fois le pus était sanieux, fétide; 5 fois il s'agissait d'un épan-