

a décrit des épanchements qui paraissent presque absolument séreux.

L'épanchement n'occupe habituellement qu'un côté de la poitrine, un peu plus souvent à gauche. La pleurésie double est rare, Barthéz et Sanné en ont vu 22 cas sur 345 observations. Ces pleurésies doubles s'abservent presque toutes dans le cours du rhumatisme articulaire aigu.

La pleurésie séro-fibrineuse est primitive ou secondaire. Barthéz et Rilliet pensent que les pleurésies séro-fibrineuses sont le plus souvent primitives. Israël admet que la pleurésie est à peu près aussi souvent primitive que secondaire, 72 pleurésies primitives, 75 secondaires. Dans ses observations, la pleurésie séro-fibrineuse a succédé :

- 27 fois à la pneumonie,
- 6 — à la broncho-pneumonie,
- 5 — à la tuberculose,
- 5 — à la pneumonie chronique,
- 7 — à la scarlatine,
- 8 — à la rougeole,
- 5 — à la coqueluche,
- 9 — au rhumatisme articulaire aigu,
- 2 — à une affection cardiaque,
- 2 — à une néphrite,
- 1 — au scorbut (?).

Symptômes et marche. — La pleurésie séro-fibrineuse primitive a le plus ordinairement chez l'enfant une marche aiguë, et il est de règle que l'on puisse en préciser le début. A la suite d'un refroidissement, d'un traumatisme, ou le plus communément sans cause appréciable, l'enfant est pris de fièvre, souvent précédée d'un frisson et accompagnée de douleur de côté. La température oscille généralement aux environs de 39 degrés. L'enfant présente de l'accélération des mouvements respiratoires. Il est agité, change de position. Il y a de la toux généralement sèche et par quintes.

Si l'enfant garde le lit, il couche généralement sur le côté opposé au mal, de façon à éviter la douleur. Les mouvements respiratoires ne se font pas avec une amplitude égale des deux côtés. Dans les cas de ce genre l'exploration méthodique de la poitrine fera le plus ordinairement reconnaître sans difficulté les signes de l'épanchement. Ce sera d'abord la matité siégeant à une base et présentant une ligne supérieure généralement parabolique; matité qui devra être cherchée en percutant modérément et qui donnera au doigt la sensation de l'abolition de l'élasticité.

L'auscultation ne donnera pas toujours des renseignements aussi précis que la percussion. Dans le plus grand nombre des cas on notera en même temps que la diminution du murmure vésiculaire un souffle aigre ou voilé plus marqué à l'expiration, et en faisant compter le petit malade on constatera de l'égophonie. Mais ces bruits ne se perçoivent que pendant quelques jours. Dans un nombre assez grand de cas l'auscultation fournira des renseignements qui pourraient tromper. C'est ainsi qu'avec un épanchement assez notable on pourra noter la persistance du murmure vésiculaire accompagné parfois de râles. La pleurésie, dans ces cas bien communs, s'accom-

pagne de congestion pulmonaire. Dans d'autres circonstances, le souffle aura le caractère caverneux, amphorique, métallique. Les cas de ce genre, plus communs dans les pleurésies purulentes, se voient encore assez souvent dans les épanchements séreux. On les explique par la condensation du poumon derrière l'épanchement, par des dilatations bronchiques, par l'existence de fausses membranes. Il importe de connaître leur existence.

Nous avons vu que la pleurésie s'accompagne de fièvre. Celle-ci dure généralement 10 à 15 jours dans le cas des épanchements séro-fibrineux. Ziemssen a montré que la température ne prend pas fin brusquement comme dans la pneumonie, mais plutôt par lysis.

Dans un assez grand nombre de cas, le début de la pleurésie chez l'enfant est accompagné de symptômes qui font penser à une affection d'organes tout à fait différents¹. C'est ainsi que souvent l'enfant se plaint seulement de douleurs de tête quelquefois accompagnées de vomissement, qu'à ces symptômes se joignent du délire ou des mouvements convulsifs

et tout portera à faire craindre tout d'abord une affection des méninges. Le début méningitique, cérébral, est plus commun dans la pneumonie de l'enfant, mais se voit aussi dans la pleurésie. Chez d'autres petits malades la douleur semble avoir pour siège la région abdominale et l'on pense tout d'abord à une typhlite, à une péritonite. Quelquefois on ne note guère que de la fièvre. Baginsky² a rapporté l'observation fort curieuse d'un enfant dont la fièvre était intermittente, les accès revenant régulièrement tous les 4 jours. Des cas de ce genre se rencontrent aussi chez l'adulte.

A côté de ces malades, chez lesquels le début de la pleurésie est des plus faciles à préciser, il en est qui évoluent au contraire de la façon la plus insidieuse. Ces pleurésies latentes donnent parfois naissance à des épanchements abondants. Verliac pensait qu'en pareilles circonstances l'épanchement était toujours purulent, qu'il ne pouvait y avoir de pleurésie chronique séreuse d'emblée. Un certain nombre d'observations établissent que le fait, qui est très rare, ne saurait être considéré comme exceptionnel. Ces pleurésies s'observent plutôt chez les enfants de plus de 10 ans qui se rapprochent des adultes. Cependant Gevaert³ a cité 1 cas de ce genre chez une fille de 5 ans.

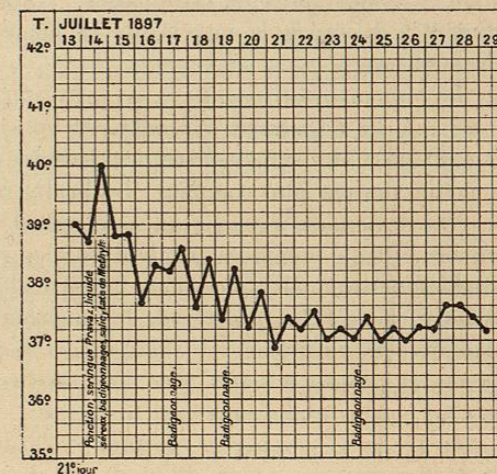


Fig. 18. — Pleurésie séro-fibrineuse infantile. Guérison sans ponction.

⁽¹⁾ SEVESTRE. La pleurésie dans la première enfance. *Revue gén. de clin. et de thérap.*, 1887.

⁽²⁾ BAGINSKY. Seröse pleuritiden. *Archiv für Kinderheilkunde*, XVI, 1891.

⁽³⁾ GEVAERT. Pleurésie séreuse chez l'enfant. *La Clinique*, 1896.

West¹ insiste sur les pleurésies dans lesquelles on ne trouve que des symptômes vagues d'une fébricule, peut-être avec un peu de toux et rien de plus pour attirer l'attention spécialement vers la poitrine ou même éveiller l'idée de l'existence d'une affection grave en un point quelconque. « Chez les jeunes enfants on attribue ces symptômes à la dentition; chez ceux plus âgés, aux vers ou à une fièvre gastrique, expressions qui servent à couvrir une forte dose d'incurie, d'ignorance et d'insouciance. Je ne connais aucun moyen d'éviter sûrement l'erreur en dehors des règles simples que la répétition a rendues presque fastidieuses. » L'examen régulier de la poitrine permettra de suivre la marche de la pleurésie et les progrès de l'épanchement.

Le plus ordinairement ces progrès sont rapides et l'épanchement est constitué dès le premier examen. On constate pendant les premiers jours l'accentuation des signes physiques. La ligne supérieure de la matité s'élève, la matité devient plus complète, les bruits respiratoires s'éloignent. Si les progrès deviennent plus marqués encore, il y a des déplacements de divers organes. On ne comptera pas tant sur les renseignements fournis par les troubles fonctionnels. Sans doute un épanchement notable détermine de la dyspnée, mais si les progrès de l'épanchement sont lents, la dyspnée peut manquer et d'autre part les mouvements respiratoires peuvent être très fréquents et très superficiels avec un épanchement modéré s'il y a un point de côté notable et si l'enfant est très agité.

La pleurésie séreuse de l'enfant a ordinairement une marche aiguë et sa durée est assez courte. Barthez et Sanné ont analysé 278 observations. La durée moyenne de la pleurésie a été :

Moins de 15 jours.	59 fois
De 15 à 21 jours	71 —
De 22 à 50 —	65 —
De 51 jours à 6 semaines.	49 —
De 6 semaines à 2 mois	17 —
De 2 à 3 mois.	11 —
De 3 à 4 —	6 —
De 4 à 5 —	4 —
De 5 à 7 —	1 —

La durée est donc en moyenne inférieure à 5 semaines et un tiers seulement dure plus d'un mois.

D'une façon générale, la pleurésie dure plus longtemps chez les enfants de plus de 12 ans. La durée de la pleurésie varie aussi suivant son origine. La pleurésie du rhumatisme articulaire dure le plus souvent moins de 15 jours. La pleurésie tuberculeuse est la plus longue.

Diagnostic. — Même après constatation des signes physiques, le diagnostic de la pleurésie offre encore plus d'une difficulté. On sera exposé à confondre la pleurésie avec une pneumonie, une broncho-pneumonie, avec une congestion pulmonaire.

(¹) West. *Maladies des enfants* (traduit par Archambault).

La pneumonie se distingue de la pleurésie par l'élévation plus notable de la température qui, chez l'enfant, oscille autour de 40 dans la pneumonie, de 39 dans la pleurésie, par la rougeur du visage parfois limitée à une pommette, par l'existence de râles crépitants, par le caractère de la toux qui est plus grasse alors même qu'elle n'amène pas l'expulsion de crachats.

La broncho-pneumonie se traduit presque toujours par des signes répandus des deux côtés de la poitrine. Elle cause plus de dyspnée, fait apparaître la cyanose, elle est généralement secondaire.

La congestion aiguë ou subaiguë du poumon, la spléno-pneumonie donnent naissance à une symptomatologie qui rappelle absolument celle de la pleurésie à tel point que le diagnostic différentiel n'est parfois possible qu'après une ponction exploratrice. Si dans quelques cas de ce genre le médecin est mis en garde par l'existence d'une matité absolue, il ne pourra compter sur la présence habituelle de l'expectoration gommeuse comme dans la spléno-pneumonie de l'adulte.

Le diagnostic différentiel avec la tuberculose pulmonaire n'est pas moins délicat. Verliac a fait remarquer, en effet, que les tubercules chez l'enfant ont une grande tendance à se déposer par masses confluentes caséuses occupant des espaces très étendus, quelquefois un lobe tout entier. Ailleurs ils forment à la surface de l'organe de larges plaques et même de véritables cuirasses qui emprisonnent tout le poumon. Les bruits simulent ceux de la pleurésie, et cela d'autant mieux que les lésions se bornent souvent à un seul côté. On a même vu des déplacements du cœur. L'erreur inverse de pleurésie prise pour la tuberculose est non moins aisée étant donnée la possibilité de ces bruits pseudo-cavitaires. Le diagnostic pendant un certain temps ne pourra être fait que sur des nuances et maintes fois la ponction exploratrice sera nécessaire.

Mentionnons encore la difficulté du diagnostic dans certains cas avec la péricardite, les kystes hydatiques du poumon ou de la plèvre.

Bien difficile encore sera la question de savoir dans une pleurésie si l'épanchement s'est résorbé. Les adhérences et épaissements qui succèdent à l'épanchement prêtent à la confusion. On voit, au moins au début, persister la matité, le souffle, l'égophonie. Les frottements peuvent manquer ou sont difficilement appréciables. Le retour des vibrations, la déformation thoracique sont à ce point de vue les signes les plus précieux. Verliac a insisté sur un signe plus rare mais de signification expresse: « Le tympanisme de la base coïncidant avec une matité générale indiquant la résorption de l'épanchement, l'inextensibilité du poumon entouré de fausses membranes, la rétraction du diaphragme qui, plus souple que les côtes, se rend le premier à l'appel que fait dans la cavité thoracique le vide laissé par le larmoiement de la plèvre. »

Pronostic. — Le pronostic de la pleurésie séro-fibrineuse est généralement bon et les interventions opératoires, contrairement à ce qui se passe dans les pleurésies purulentes, peuvent être évitées. Verliac dit n'avoir relevé aucun décès sur 520 enfants dont il a compulsé les observations recueillies dans le service de Barthez. Dans la dernière édition du

traité de Rilliet et Barthez, les résultats sont un peu moins satisfaisants, bien qu'encore très beaux : 31 décès sur 345 cas. Roger¹ a obtenu 95 guérisons sur 97 cas. Les observations recueillies à Copenhague et citées dans la thèse d'Israël donnent 5 décès sur 145 cas. D'après Rilliet et Barthez, le pronostic serait surtout favorable au-dessus de 6 ans, surtout grave chez les sujets très jeunes. La pleurésie primitive, la pleurésie consécutive à la pneumonie ou à la broncho-pneumonie est la plus bénigne, 2 décès sur 245 observations. La pleurésie guérit souvent sans laisser aucune trace.

Il est cependant habituel de voir persister pendant des mois et des années à la base de la poitrine un peu de submatité et d'obscurité du murmure vésiculaire. Quelques malades conservent indéfiniment des douleurs dans le côté autrefois atteint. Ces douleurs se réveillent à l'occasion des inspirations plus profondes, des efforts, et résultent du tiraillement des adhérences.

Les adhérences pleurales dans des cas plus rares peuvent amener des déformations persistantes, rétraction de la poitrine avec déviation de la colonne thoracique dont la convexité est dirigée du côté malade.

Il est rare que, dans la pleurésie séro-fibrineuse, l'épanchement acquière des proportions telles qu'il menace l'existence, soit par la gêne de la respiration, soit par le déplacement des organes.

Cependant il existe des observations de mort subite chez les enfants. et Valentin² rapporte un cas de ce genre chez un enfant de 2 ans et demi, dans lequel la mort est survenue dans la nuit du cinquième jour, l'intervention ayant été ajournée au lendemain. West cite 3 cas de mort subite par pleurésie chez 3 enfants ayant 2 ans et 2 mois, 5 ans et 8 ans. La mort dans l'un de ces cas a été presque immédiate. L'enfant qui fut l'objet de la première observation avait une respiration calme sans toux. Elle avait passé une bonne nuit et le lendemain, quand elle fut levée, comme elle le voulait, elle appuya sa tête sur le sein de la nourrice et mourut sans lutte ni convulsion. Le changement brusque de posture avait suffi pour entraîner la mort. Dans les deux autres observations la mort est survenue au cours d'une dyspnée qui s'installa très soudainement.

Traitement. — *La pleurésie séro-fibrineuse est justiciable d'un traitement médical, qui consistera tout d'abord dans le repos au lit avec usage exclusif du lait.*

La plupart des médecins conseillent de commencer le traitement en employant un purgatif, et de préférence le calomel, qu'on donnera à la dose de 5 à 10 centigrammes chez l'enfant de 6 mois à 1 an, de 30 à 40 centigrammes de 5 à 6 ans. On conseille également l'usage de la digitale et de la scille.

Nous nous sommes toujours très bien trouvé, chez nos petits malades, de l'usage de l'acide salicylique qui a, semble-t-il, comme l'a établi Aufrecht, une action presque spécifique sur les pleurésies séro-fibrineuses et que nous administrons à la dose de 1 gramme. Nous avons substitué parfois, à l'acide

(¹) ROGER. *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1872.

(²) VALENTIN. Pleurésie aiguë chez l'enfant et thoracentèse d'urgence. *Revue méd. de l'Est*, 1884.

salicylique, l'usage du salicylate de méthyle dont on emploie 2 ou 3 grammes en badigeonnages autour d'une articulation qui est ensuite entourée d'ouate et d'une toile cirée. Il suffit quelquefois d'une application unique, mais l'effet est moins sûr qu'avec l'acide salicylique. Comme la plupart des médecins des hôpitaux d'enfants, nous ne croyons pas à l'utilité des vésicatoires, qui peuvent avoir de graves inconvénients.

La thoracentèse n'est le plus souvent pas nécessaire chez l'enfant pour la pleurésie séro-fibrineuse. West dit n'y avoir eu recours que 3 fois. Henri Roger, en 1872, n'avait fait que 5 thoracentèses chez l'enfant. A l'hôpital de Copenhague, d'après Israël, on est intervenu plus souvent : 21 fois sur 145 pleurésies ; 9 fois l'épanchement était abondant, 4 fois très abondant, 8 fois moyen.

Baginsky a fait 5 ponctions sur 8 pleurésies séro-fibrineuses. Dans nos 21 observations nous avons relevé 9 ponctions dont 4 certainement n'auraient pu être évitées. Au point de vue de l'intervention par la thoracentèse, les avis, comme l'on sait, sont partagés. Si l'on ne discute plus la conduite à tenir dans les grands épanchements, certains font seulement la ponction quand l'épanchement remonte à plus de trois semaines, d'autres interviennent quand l'épanchement atteint l'épine de l'omoplate, surtout s'il est à gauche. Nous conseillons dans tous les cas d'attendre surtout les résultats du traitement médical.

Dans un cas d'épanchement séro-fibrineux rebelle nous avons obtenu une résorption très rapide après inoculation sous-cutanée de 5 centimètres cubes de liquide pleurétique du malade.

Ce résultat semble confirmer ceux qui ont été signalés par Gilbert de Genève en 1894, Scarpa, Breton¹ de Dijon en 1899. Mongour et Gentet² ont été moins heureux dans des tentatives analogues et sont portés à contester l'influence favorable de ces injections. Ils considèrent leurs propres succès assez rares comme ne dépassant pas la limite des heureuses coïncidences. La question évidemment ne saurait être considérée comme jugée. Nous n'hésitons pas cependant à conseiller cette pratique dans des épanchements rebelles. Mongour et Gentet affirment l'innocuité de la pratique et signalent la disparition presque soudaine du point de côté et de la dyspnée après l'injection chez la plupart des malades.

Pleurésie séro-fibrineuse tuberculeuse. — La part de la tuberculose, si considérable dans la pleurésie séro-fibrineuse de l'adulte, semble être moins importante chez l'enfant chez lequel entrent en jeu un certain nombre d'autres éléments producteurs de pleurésie. Il ne faudrait pas cependant réduire cette proportion des pleurésies tuberculeuses autant que cela paraît ressortir de certaines statistiques qui font seulement entrer en ligne de compte les pleurésies survenant chez les sujets notoirement tuberculeux atteints de lésions pulmonaires ou de lésions péritonéales.

Chez l'enfant comme chez l'adulte, la pleurésie séro-fibrineuse peut être

(¹) BRETON. Sérothérapie dans la pleurésie séreuse. *Gaz. des hôp.*, 2 et 7 mars 1899.

(²) MONGOUR et GENTET. *Traitement des pleurésies séro-fibrineuses par les injections sous-cutanées de liquide pleurétique.* Congrès de médecine de 1900. Section de pathologie générale.