

ce sujet si la pleurésie des jeunes enfants ne présentait pas certains caractères qu'il est utile de vous faire connaître. Notons, tout d'abord, qu'elle est plus souvent secondaire. A quoi tient donc cette rareté de la pleurésie primitive, surtout manifeste avant la cinquième et la sixième année? Très probablement à ce que les enfants sont d'autant plus dorlotés qu'ils sont jeunes. Quant à la pleurésie secondaire? Très commune, elle est sous l'influence de maladies dont nous ne voyons que trop souvent des exemples dans le service. Si la pneumonie, la tuberculose ou la gangrène du poumon peuvent lui donner naissance, ce ne sont pas les seules affections, car il n'est pas rare d'observer une pleurésie concomitante avec une péricardite ou une péritonite, ainsi qu'avec certaines pyrexies, telles que la fièvre typhoïde, la scarlatine, la rougeole, le rhumatisme, la septicémie. Ajoutez à cela que vous avez quelquefois, alors même que le poumon est intact, une semblable complication dans les maladies de l'encéphale ou de l'appareil digestif.

Inutile, je crois, d'insister sur des faits cliniques bien établis; aussi aborderons-nous dès maintenant les caractères anatomiques qui, s'ils ressemblent objectivement à ceux de l'adulte, en diffèrent du moins par la forme. En effet, tandis que la pleurésie séreuse est rare, la pleurésie purulente, par contre, est si fréquente qu'on a pu dire que tout épanchement chronique de la plèvre était purulent. En outre la quantité de liquide peut être beaucoup plus considérable qu'on ne l'a cru au premier abord, et, dans la pleurésie purulente, le poumon est beaucoup plus susceptible d'être insufflé. A ce propos, souvenez-vous que M. Oulmont a montré que le poumon se couvrait d'une coque résistante qui ne lui permettait pas de reprendre sa position naturelle. Cela, toutefois, n'est pas toujours vrai, et je me rappelle, bien qu'il existât un liquide assez abondant, avoir pu insuffler, à l'autopsie, le poumon d'un jeune sous-officier mort à l'hôpital du Mans d'une pleurésie chronique que les médecins, partisans de la doctrine de Broussais, n'auraient peut-être pu guérir par la thoracentèse. Après être parvenu, du reste, à la suite de nombreuses recherches, à insuffler des poumons qui, au prime abord, ne le paraissaient pas, je suis autorisé à dire, aujourd'hui, que M. Oulmont est allé trop loin, car il est possible que le poumon se distende par suite de la déchirure des fausses membranes.

La symptomatologie ayant été faite avec l'histoire de nos petits malades, passons au diagnostic. Chez les enfants, l'exploration n'est pas sans difficultés, en raison de la mauvaise volonté avec laquelle ils se prêtent à nos manœuvres. S'il est très difficile de percevoir les vibrations thoraciques, il sera tout aussi malaisé d'obtenir quelques renseignements précis avec l'auscultation. Mais il est un moyen qui ne vous trompera pas, ce sera la percussion; et encore faut-il la faire très légèrement, avec la pulpe du doigt, pour être bien sûr que la présence du liquide ne vous échappera pas. Dans le cas de pleurésie aiguë, on pourrait penser, en voyant la courbe, à une congestion pulmonaire; mais comme cette affection très commune disparaît en deux ou trois jours, elle ne donnera pas longtemps le change au médecin. Avec un début aussi brusque que celui de notre premier malade, on aurait pu se demander si nous n'avions pas affaire à une pneumonie fibrinoïde. Un examen plus ample n'a pas tardé, toutefois, à nous faire rejeter cette hypothèse. Une pleuro-pneumonie, dans le cas actuel était-elle possible? Oui, de par les signes locaux, mais la température