ainsi que des cristaux d'acides gras. Ces grains purulents ont été trouvés aussi dans la bronchite putride.

L'*hémoptysie* est également un symptôme caractéristique de la gangrène pulmonaire dans l'enfance, mais elle manque souvent; Rilliet et Barthez ne l'ont observée que 4 fois sur 16 cas. Tantôt le sang est peu abondant et se présente sous formes de stries dans les crachats, tantôt il est battu avec l'expectoration, à laquelle il donne l'apparence d'une mousse aux framboises, tantôt enfin il est presque pur et très abondant.

MARCHE et PRONOSTIC. — La durée de la maladie est très variable; elle oscillera, suivant Atkins, entre deux et vingt jours. La maladie décrite par les Anglais sous le nom de *gangrène intermittente* peut se prolonger pendant des mois avec des rémissions passagères; elle ne se rapporte pas à la véritable gangrène du poumon, mais plutôt à la bronchite putride, à l'empyème avec fistule bronchique ou à la phtisie pulmonaire avec formation de cavernes.

La gangrène pulmonaire se termine presque toujours par la *mort*. Celle-ci peut être amenée par la dépression des forces et le collapsus; elle est annoncée alors par la teinte livide et plombée de la face et la petitesse du pouls; elle est accélérée parfois par une hémoptysie abondante ou la formation d'un pneumothorax.

La *guérison* est exceptionnelle; Rilliet et Barthez ne l'ont constatée qu'une fois; il s'agissait d'une pneumonie du sommet, probablement gangréneuse, consécutive à une rougeole chez une petite fille de six ans; la fétidité de l'haleine disparut le quinzième jour, mais le rétablissement ne fut complet que le soixante-treizième jour. Dans un cas rapporté par Steffen (1), la guérison survint le quatorzième jour; le diagnostic de la gangrène pulmonaire se basait dans ce cas non seulement sur l'hémoptysie, la fétidité de l'haleine et de l'expectoration, mais encore sur la constatation de débris d'alvéoles dans les crachats. Lorsque la grangrène a été occasionnée par la présence d'un corps étranger dans les bronches, les chances favorables paraissent plus grandes (Kohts) (2), cependant le cas que nous avons observé eut une issue fatale.

TRAITEMENT. — La thérapeutique offre peu de ressources pour le traitement de la gangrène pulmonaire. Les inhalations d'*essence de térébenthine*, très vantées en pareil cas, méritent d'être essayées; elles formaient la base du traitement dans le cas de guérison publié par Steffen; on pourra donner en même temps la même essence à la dose de seize gouttes dans un julep gommeux de 100,0 ou la *teinture*

(1) Steffen, *Klinik der Kinderkrankheiten*, II, p. 47.
(2) Kohts, art. GANGRÈNE PULMONAIRE, dans Gerhardt, *Handb. der Kinderkrank.*, III, 2e fasc. 1878, p. 852.

d'eucalyptus (1,0 à 2,0) dans un looch. On ordonnera en outre un antiseptique interne, tel que le *salol* (0,50 à 1,50 par jour) ou le *sulfate de quinine* à haute dose (0,5 à 1,0 par jour) et surtout *l'hyposulfite de soude* à la dose de 1 à 2 grammes dans une potion de 120 grammes. Dans quelques cas où la maladie est circonscrite, on pourra tenter la pneumotomie suivie du drainage et favoriser ainsi l'élimination des escarres; l'incision de la paroi thoracique est particulièrement indiquée quand la maladie se complique de pleurésie purulente et de pneumothorax.

Un régime tonique et l'usage de vins généreux seront les adjuvants indispensables du traitement.

CHAPITRE IX

PLEURÉSIE

ÉTIOLOGIE. — La **pleurésie primitive idiopathique** est presque inconnue dans la première enfance; Vilcoq (1) a cependant trouvé à l'autopsie de deux enfants nés avant terme les lésions de la pleurésie fibrineuse sèche sans altération concomitante et Cadet de Gassicourt a observé une pleurésie séro-fibrineuse chez un enfant de onze mois; elle ne devient fréquente qu'au-dessus de l'âge de six ans. Cette affection survient tantôt sans cause appréciable, tantôt sous l'influence d'un refroidissement; elle atteint de préférence des enfants prédisposés au rhumatisme soit par leurs antécédents de famille, soit par leur constitution; il n'est pas rare de voir une pleurésie de l'enfance suivie une ou plusieurs années après d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La **pleurésie secondaire** est beaucoup plus fréquente dans le jeune âge, c'est la seule qu'on observe chez les petits enfants; elle survient tantôt comme complication d'une phlegmasie thoracique, tantôt sous l'influence d'une maladie générale. Dans le premier cas, elle est presque toujours consécutive à une *pneumonie franche* ou *catarrhale*. Chez les nouveau-nés, la pleurésie qui succède à une hépatisation pulmonaire, est presque toujours purulente. Les empyèmes chroniques qu'on rencontre assez fréquemment plus tard dans le jeune âge remontent souvent aussi à une pneumonie aiguë. Exceptionnellement on a vu la pleurésie purulente occasionnée chez un enfant par un traumatisme, la migration d'un abcès ossifluent ou rétropharyngien, etc. Parmi les maladies générales qui se compliquent de pleurésie, il faut citer avant tout la *scarlatine*; sur 58 pleurésies

(1) Vilcoq, *Arch. de tocol.*, juin 1888.

secondaires, West en a observé 32 après la scarlatine; elles sont le plus souvent purulentes. La pleurésie survient vers la seconde ou la troisième semaine de la maladie, elle se développe principalement dans le cours des scarlatines qui se compliquent d'anasarque et d'hydrothorax liés à une albuminurie brightique.

On a signalé exceptionnellement la pleurésie comme complication de la *rougeole* (Heyfelder), de la *coqueluche* (Jenner) ou de la *fièvre typhoïde* (Trousseau). La pleurésie purulente peut être chez les nouveau-nés une des manifestations de la *pyémie*.

La pleurésie est relativement fréquente chez les enfants dans le cours du *rhumatisme*; elle siège alors le plus souvent à gauche quand elle est accompagnée d'une endo-péricardite, et est toujours séreuse.

La *pleurésie tuberculeuse* est habituellement séreuse chez l'enfant comme chez l'adulte; elle peut se comporter comme une pleurésie idiopathique et guérir spontanément ; l'enfant succombe en général plus tard à d'autres manifestations de la tuberculose. La pleurésie tuberculeuse s'accompagne presque toujours d'adénopathie bronchique, ce qui permet de la distinguer de la pleurésie séreuse idiopathique.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — **Siège.** — Suivant Rilliet et Barthez, la pleurésie simple, dégagée de toute complication pulmonaire, est chez l'enfant plus fréquemment unilatérale que double et siège un peu plus souvent à droite qu'à gauche, tandis que la pleuro-pneumonie siège plus souvent à gauche qu'à droite. Ziemssen, sur 62 cas de pleurésies infantiles primitives ou secondaires, en a observé 4 doubles et 58 unilatérales, dont 22 à droite et 36 à gauche ; Simmonds, sur 175 cas de pleurésie purulente observés chez des jeunes sujets, compte 7 empyèmes doubles, 65 empyèmes droits et 103 empyèmes gauches.

Chez le nouveau-né, la pleurésie est souvent double, ce qu'il faut attribuer sans doute à son origine pyémique; ainsi, sur 14 cas de pleurésie des nouveau-nés observés par Hervieux (1), 8 étaient doubles et 6 unilatérales, dont 5 gauches et 1 droite.

Formes anatomiques. — Les caractères anatomiques de la pleurésie sont les mêmes chez l'enfant que chez l'adulte, mais la fréquence relative des diverses formes de la maladie diffère.

La *pleurésie sèche* complique très souvent la pneumonie lobaire ou la pneumonie catarrhale ; elle n'acquiert une importance clinique que dans la tuberculisation de la plèvre ; nous en parlerons plus loin à propos de la phtisie pulmonaire.

La *pleurésie séreuse* est rare chez l'enfant avant l'âge de six ans. Ses caractères sont les mêmes que chez l'adulte.

(1) Hervieux, *Gaz des hôp.*, 1864, p. 73.

La *pleurésie hémorragique* est très rare chez l'enfant. Hervieux a trouvé dans trois cas un épanchement pleurétique séro-sanguin chez le nouveau-né. La pleurésie hémorragique a été signalée aussi dans le cours de la maladie de Werlhof et de la rougeole hémorragique.

La *pleurésie purulente* au contraire est plus fréquente dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie et est beaucoup plus commune au-dessous de six ans qu'au-dessus de cet âge. Nous en avons même observé quelques cas chez le nouveau-né. *Presque tous les épanchements chroniques de la plèvre chez les enfants sont purulents* ; sur plus de 13,000 enfants qui ont passé dans l'espace de onze ans dans le service de Barthez, Verliac (1) n'a pas trouvé un seul cas de pleurésie séreuse chronique. Quand une pleurésie séreuse passe chez un enfant à l'état chronique, sans devenir purulente, ce qui est très rare, il s'agit presque toujours d'un sujet tuberculeux. Sanné (2) rapporte le cas d'un garçon de treize ans mort cachectique après sept mois de maladie; il avait été atteint d'une pleurésie purement séreuse, qui avait nécessité cinq ponctions. L'autopsie fit constater une tuberculose des ganglions bronchiques.

Parmi les pleurésies aiguës, celles qui succèdent à la scarlatine, à la pyémie ou à la perforation de la plèvre, sont également presque toujours purulentes (3). Le pus contenu dans la cavité pleurale est tantôt épais et crémeux, tantôt séro-purulent et liquide; il est habituellement inodore dans les épanchements qui ne communiquent pas avec l'air extérieur, mais prend rapidement une odeur infecte dans les pleurésies d'origine septique ou dans les empyèmes qui communiquent avec l'air extérieur, surtout quand la fistule thoracique ou bronchique est étroite et sinueuse. La quantité du pus contenue dans la plèvre peut être relativement plus considérable chez l'enfant que chez l'adulte à cause de la laxité et l'extensibilité plus grande des parois thoraciques. Dans les pleurésies récentes, la plèvre est vascularisée, rugueuse, recouverte d'une mince couche de fausses membranes ; c'est ce qu'on observe par exemple dans la pleurésie purulente des nouveau-nés (Hervieux). Dans les cas anciens, au contraire, la plèvre est très épaissie, fibreuse et peu vasculaire; le poumon est ratatiné, accolé à la colonne vertébrale et caché par les fausses membranes; cependant, malgré son aspect carnifié, il se laisse plus facilement insuffler que chez l'adulte. La pleurésie purulente est

(1) Verliac, *Thèse de Paris*, 1865.

(2) Barthez et Sanné, *loc. cit.*, I, p. 845.

(3) L'importante statistique de Simmonds (*Arch. f. klin. Med.*, 1884, XXXIV, nos 5 et 6) relative à l'étiologie de la pleurésie purulente chez les enfants indique, pour 110 cas, 26 empyèmes spontanés et 84 secondaires, dont 31 avaient pour origine la pneumonie, 14 la scarlatine, 12 la tuberculose, 8 la rougeole, 6 le traumatisme, etc. La même statistique est une preuve de plus de la fréquence relative de la pleurésie purulente dans les premières années de la vie; sur 250 cas d'empyème infantile, 130 ont été observés avant l'âge de cinq ans.

presque toujours générale. Nous n'avons trouvé dans les auteurs que peu d'exemples d'empyèmes partiels. L'un d'eux est un cas de *pleurésie diaphragmatique* (1) enkystée. Un autre, observé par Bouvier (2), est un cas de pleurésie purulente *enkystée du sommet* consécutive à une gangrène pulmonaire; la base du poumon adhérait fortement à la paroi thoracique ; la partie supérieure de la cavité pleurale, à partir du quatrième espace intercostal, était au contraire distendue par un litre de pus circonscrit par des adhérences solides; la thoracentèse, faite quelques jours avant la mort, était restée sans résultat ; elle avait été pratiquée au lieu d'élection, c'est-à-dire trop bas.

La pleurésie purulente est toujours d'origine microbienne. Les recherches de Netter (3) ont mis en évidence un fait bactériologique important au point de vue du pronostic, c'est que chez l'enfant le *pneumocoque* est l'agent infectieux le plus habituel des pleurésies purulentes; de là la bénignité plus fréquente de cette affection dans le jeune âge. Les empyèmes à pneumocoques représentaient les 53 0/0 des cas relatifs au jeune âge examinés par Netter, les empyèmes à streptocoques seulement les 17 0/0 et les empyèmes putrides, dus aux microbes de la putréfaction, les 18 0/0. Chez l'adulte la proportion est renversée, les empyèmes à streptocoques représentent les 53 0/0 des cas ceux à pneumocoques, les 17 0/0 seulement. Les pleurésies à pneumocoques sont chez l'enfant le plus souvent métapneumoniques, mais parfois aussi primitives et purulentes d'emblée.

Lésions concomitantes. — La pleurésie purulente s'accompagne très rarement de tubercules pleuraux ou pulmonaires; cette proposition est plus vraie encore dans l'enfance que dans l'âge adulte. La pleurésie tuberculeuse par excellence dans l'enfance est la pleurésie sèche (Voir *Tuberculose pulmonaire*); parfois la phtisie aiguë miliaire s'accompagne d'une pleurésie séreuse; parfois enfin, comme nous l'avons dit, les enfants atteints de tuberculose des ganglions bronchiques peuvent être pris d'une pleurésie séreuse susceptible de guérison.

Bouvier rapporte un cas de *cancer du médiastin*, chez un enfant de huit mois, qui s'était compliqué d'un épanchement séreux assez abondant dans la plèvre; ce fait est tout à fait exceptionnel.

SYMPTOMES. — La seule forme de pleurésie qui ait une importance clinique, et que nous décrivions ici, est la pleurésie avec épanchement.

Symptômes fonctionnels. — Le début de la maladie est dans quelques cas très *aigu*; il est accompagné alors d'une élévation considérable de la température, de vomissements et de convulsions chez

(1) *Journ. f. Kinderkrankh.*, 1854, t. XXII, p. 412.
(2) Bouvier, *Bull. de la Soc. méd. des hôp.*, Paris, 1864.
(3) Netter, *Soc. méd. des hôp.*, 16 mai 1890.

les jeunes enfants (Henoch, Ziemssen) ou de délire alternant avec de la stupeur chez les enfants plus âgés (Constant). Habituellement le début est *subaigu*, marqué par une réaction fébrile modérée et souvent, chez les enfants au-dessus de cinq ou six ans, par un point de côté. Dans quelques cas rares l'invasion de la pleurésie passe inaperçue, la maladie est chronique d'emblée. Les symptômes fonctionnels sont en général moins accusés chez l'enfant que chez l'adulte. Le point de côté fait défaut, ou, s'il existait au début, il disparaît rapidement. La toux est nulle, à moins que la pleurésie ne se complique de catarrhe bronchique; la dyspnée n'attire l'attention que dans les épanchements très aigus ou dans ceux qui se compliquent d'un hydrothorax ou d'une autre phlegmasie thoracique (pneumonie, péricardite). On comprend qu'à cette période la maladie puisse être facilement méconnue, si l'on ne songe pas à explorer le thorax.

Signes physiques. — L'inspection, la palpation et surtout la percussion donnent dans le jeune âge des résultats beaucoup plus nets que l'auscultation. La minceur des parois thoraciques et leur résonance remarquable au niveau du poumon sain permettent chez l'enfant de reconnaître la présence de la moindre couche de liquide dans la cavité pleurale, pourvu qu'on percute avec beaucoup de douceur en appuyant légèrement sur le doigt plessimétrique; on obtient ainsi dans les cas d'épanchement pleurétique la sensation d'une *matité absolue*, qui serait complètement masquée par la sonorité du poumon sous-jacent, si l'on percutait avec force. Cette matité s'observe d'abord à la base en arrière ; elle s'étend en haut et en avant, à mesure que l'épanchement s'accroît.

La *diminution des vibrations thoraciques*, qui est un signe si précieux chez l'adulte, est difficile à percevoir chez l'enfant ; ce signe n'est évident que dans les épanchements considérables.

L'auscultation révèle dès les premiers jours du *souffle* à la base. Dans les cas aigus, Rilliet et Barthez ont constaté la présence de ce signe à l'inspiration dès le premier, le deuxième ou le troisième jour de la maladie. Le souffle est perçu au début dans toute la hauteur du thorax, plus tard seulement aux environs de l'angle inférieur de l'omoplate ou de l'espace interscapulaire. Le *bruit de frottement* est rare chez l'enfant. La voix est *retentissante*, bourdonnante dans tous les points où le souffle est perçu, mais la véritable *égophonie* ne s'observe que rarement avant l'âge de sept ans ; elle est remarquable par sa courte durée, qui ne dépasse pas trois ou quatre jours (Rilliet et Barthez). Dans les pleurésies très abondantes, le bruit respiratoire peut disparaître, même en avant sous la clavicule.

Quand l'épanchement remplit les deux tiers ou les trois quarts du thorax, c'est-à-dire quand la matité remonte en avant jusqu'au quatrième ou jusqu'au troisième espace intercostal, la percussion dans l'espace sous-claviculaire révèle une élévation remarquable de la

tonalité du son connue sous le nom de *bruit skodique*. Ce symptôme est très marqué dans les pleurésies de l'enfance. Il disparaît quand l'épanchement remplit toute la cavité thoracique ou quand il se résorbe. Il est dû à ce que le poumon encore aéré est refoulé en avant par l'épanchement.

La *dilatation thoracique* est très marquée chez l'enfant dans les grands épanchements. Quand ceux-ci siègent à gauche, on observe en même temps le déplacement du cœur à droite.

MARCHE et TERMINAISONS. — La marche et les terminaisons de la pleurésie dépendant avant tout de la nature de l'épanchement, nous étudierons séparément la pleurésie séreuse et la pleurésie purulente.

Pleurésie séreuse. — Cette maladie est toujours aiguë chez l'enfant. Dans l'immense majorité des cas, qu'elle soit idiopathique ou qu'elle survienne dans le cours d'une phlegmasie thoracique, c'est une affection bénigne, qui se termine rapidement par la guérison. La fièvre est parfois très vive au début; elle se modère pendant la période d'état, mais ne tombe souvent qu'au moment de la résorption de l'exsudat. L'épanchement se fait en général plus rapidement que chez l'adulte, il atteint son maximum au bout de huit à quinze jours; quand il est très abondant, il s'accompagne au moment de son apogée d'une dyspnée due à la compression des viscères thoraciques; mais, quelque grand que puisse être le refoulement du cœur et des gros vaisseaux, la mort par syncope est rare dans la pleurésie de l'enfance (voir *Pronostic*).

La guérison complète par résorption de l'épanchement est la règle dans la pleurésie primitive aiguë de l'enfance; elle survient au bout de sept à dix-huit jours de maladie (Rilliet et Barthez). La réapparition du murmure vésiculaire précède presque toujours la disparition de la matité. Elle s'accompagne parfois de râles ronflants, plus rarement d'un bruit de frottement.

Le passage à l'état chronique et à la purulence ne s'observe guère que chez les enfants au-dessus de quatre ou cinq ans ou dans le cours des pleurésies qui surviennent sous l'influence d'une scarlatine.

Lebert a signalé la *dilatation des bronches* et la *gangrène pulmonaire* comme des terminaisons possibles de la pleurésie chez les enfants, mais ces complications sont extrêmement rares.

La terminaison par la mort est tout à fait exceptionnelle dans la pleurésie séreuse et n'a été observée que dans les cas compliqués d'endo-péricardite et de pneumonie, tels qu'ils peuvent se développer sous l'influence d'un rhumatisme articulaire suraigu.

Pleurésie purulente. — Cette forme de la pleurésie mérite, vu sa fréquence dans l'enfance, une description spéciale.

Parfois l'épanchement est purulent d'emblée; c'est le cas habituel après les fièvres éruptives ou dans le cours d'une infection pyémique; ainsi, chez les nouveau-nés, l'empyème se forme très rapidement sous l'influence du puerpérisme infectieux (1). Chez les enfants à la mamelle, l'épanchement qui accompagne parfois la pneumonie est presque toujours purulent dès les premiers jours. L'un de nous a retiré par la thoracentèse 130 grammes d'un pus crémeux chez un nourrisson de sept mois et demi qui toussait et présentait une fièvre vive depuis une quinzaine de jours. L'autopsie démontra que la pleurésie compliquait une hépatisation lobaire. Dans un autre cas appartenant également à la première année, nous avons vu l'aspiration du pus par l'appareil Potain suivie d'une notable amélioration des symptômes, puis quelque temps après d'une guérison complète sans nouvelle intervention.

Habituellement, la pleurésie purulente succède à la pleurésie séreuse; la transformation se fait d'une façon lente et insidieuse. L'épanchement, au lieu de se résorber, reste stationnaire ou même augmente de volume. L'enfant maigrit et pâlit; il perd complètement l'appétit; la fièvre, qui avait diminué ou qui était tombée, reparaît sous forme d'accès rémittents avec exacerbations vespérales très élevées; l'enfant transpire abondamment pendant la nuit.

Enfin, dans quelques cas, le début de la pleurésie purulente passe inaperçu et un empyème assez considérable peut se former sans fièvre vive et sans autre retentissement sur la santé générale qu'un amaigrissement progressif.

L'empyème chronique, arrivé à sa période d'état, se reconnaît habituellement à un élargissement considérable du diamètre de la poitrine du côté malade; ce symptôme s'accompagne en général d'une dilatation des veines et plus rarement d'un œdème limité aux parois thoraciques. Le petit malade est très pâle; il présente souvent de la bouffissure du visage et de l'œdème des malléoles; l'amaigrissement est considérable.

La matité est absolue dans toute l'étendue du côté malade, excepté parfois au voisinage de la clavicule. La pression et la percussion éveillent une douleur profonde (Verliac); le murmure vésiculaire a

(1) Heubner (*Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1884, t. XXIV, p. 42) a décrit une forme de pleurésie infectieuse, purulente d'emblée, dont il a observé cinq cas chez des enfants au-dessous de deux ans. La phlegmasie atteignait en même temps d'autres séreuses (péritoine, péricarde, méninges, séreuses articulaires). Elle débutait brusquement par une fièvre vive, de la toux, de la dyspnée, parfois des convulsions. La fièvre prenait bientôt un type rémittent, il survenait des vomissements et de la diarrhée, et l'enfant succombait dans le collapsus, après un temps variant de une à cinq semaines. A l'autopsie on trouvait des épanchements purulents de peu d'étendue enkystés dans la plèvre et les autres séreuses. Les organes respiratoires présentaient les lésions de la bronchite ou de l'œdème pulmonaire, jamais celles de la pneumonie franche. Pour Heubner, cette affection est due à la propagation d'une bactérie en forme de diplocoque qui proviendrait du lait.

disparu et est remplacé soit par du souffle, soit par du *gargouillement* et des *bruits amphoriques*. Ces derniers phénomènes, qui peuvent faire croire à la présence d'une caverne, ne sont pas rares chez l'enfant dans le cours des empyèmes chroniques ; ils sont attribués par Rilliet et Barthez aux petites dimensions du thorax infantile qui facilitent la propagation des ondes sonores et à la solidification du tissu pulmonaire comprimé qui entoure les gros troncs bronchiques. Du côté sain, la respiration est puérile et la sonorité exagérée.

Les enfants toussent peu et respirent assez facilement quand ils sont couchés sur le côté malade, mais ils sont pris de dyspnée et de quintes violentes si on les change brusquement de position ; aussi l'immobilité instinctive de leur attitude est-elle caractéristique. Les autres fonctions sont languissantes, leur jeu n'est cependant pas entravé et suffit momentanément à maintenir un état de choses compatible avec la vie.

La pleurésie purulente, abandonnée à elle-même, se termine rarement d'une manière favorable ; nous ne connaissons aucun exemple irréfutable de guérison par résorption spontanée de l'épanchement. Le plus souvent l'enfant succombe après un temps plus ou moins long aux progrès de la cachexie ou à l'infection putride ; la mort est amenée quelquefois par une dégénérescence amyloïde des reins et du foie, ou beaucoup plus rarement par une tuberculisation secondaire. Souvent la terminaison fatale est retardée par une évacuation spontanée du pus, qui peut même dans quelques cas amener une guérison complète. Le pus se fraye une issue au dehors, soit par les bronches, soit par la paroi thoracique ; exceptionnellement il fuse dans l'abdomen. Étudions successivement ces diverses terminaisons et les chances de guérison qu'elles présentent.

L'*évacuation du pus par les bronches* est la terminaison spontanée la plus favorable chez l'enfant ; elle survient quelquefois dès le quinzième ou le vingtième jour après le début de la maladie, dans d'autres cas seulement au bout de deux ou trois mois ; le pus est rejeté de deux façons différentes, tantôt peu à peu sous la forme d'une expectoration purulente qui peut durer des mois, tantôt brusquement en quantité considérable, sous la forme de *vomique*.

Le premier mode d'évacuation est le plus fréquent ; la toux devient habituelle et s'accompagne, surtout au réveil, de l'expulsion de crachats purulents, nummulaires, opaques, non aérés et d'une odeur souvent fétide. Les enfants très jeunes qui avalent leurs crachats ont parfois de ce fait une diarrhée colliquative. Cette évacuation, parfois suffisante pour la guérison, peut se prolonger pendant des mois si elle n'est pas accélérée par une vomique ou par l'établissement d'une fistule thoracique.

Les *vomiques purulentes* surviennent tantôt subitement au milieu

du calme le plus complet, tantôt à la suite de quintes de toux violentes et prolongées ; la quantité de liquide rendue en une seule fois est souvent très considérable. L'évacuation du pus est quelquefois suivie d'un pneumothorax habituellement circonscrit et sans gravité ; le plus souvent elle amène un soulagement immédiat, et même dans certains cas une guérison complète ; ainsi, dans une des observations de Heyfelder (1), l'enfant guérit après une seule vomique. Nous avons vu aussi plusieurs fois guérir radicalement par l'évacuation bronchique des enfants qui avaient présenté une récidive de l'empyème après une seule thoracentèse. Dans un de ces cas, les parents s'étant opposés formellement à une nouvelle intervention, nous avons pu constater plus tard la guérison spontanée de la maladie. Souvent néanmoins le soulagement n'est que passager ; l'épanchement se reforme, et aux symptômes de l'hecticité se joignent ceux de l'infection putride qui se développent sous l'influence de la pénétration de l'air dans le foyer purulent et de la rétention du pus infecté. L'haleine prend alors une odeur insupportable qui peut faire croire à une gangrène pulmonaire. Les fonctions digestives s'altèrent ; on observe de l'anorexie, des nausées, des vomissements et de la diarrhée ; les forces déclinent rapidement, la fièvre reprend une intensité nouvelle, elle s'accompagne de frissons répétés et de sueurs profuses. L'enfant prend l'aspect d'un phtisique à la troisième période et la terminaison est alors le plus souvent fatale. Nous avons vu cependant une jeune fille de seize ans, arrivée à cet état en apparence désespéré, guérir rapidement à la suite de la pleurotomie et de lavages antiseptiques.

L'*évacuation du pus par la paroi thoracique* est précédée en général d'une période d'angoisse, de dyspnée et d'agitation pendant laquelle l'enfant cherche en vain une position confortable ; la poitrine est très dilatée du côté malade ; la peau devient luisante et se couvre d'un lacis veineux ; bientôt, elle est soulevée par une tumeur fluctuante qui écarte les côtes et s'entoure d'un empâtement œdémateux et rougeâtre, dû à la pénétration du pus dans le tissu cellulaire. La fluctuation de la tumeur devient en général très manifeste dans les jours qui précèdent sa rupture ; quand ce signe est douteux, il suffit, pour s'assurer de la présence du liquide, de placer un doigt à plat sur l'espace intercostal dilaté et de percuter avec l'autre main l'espace voisin ; on sent alors nettement sous le doigt la pression du liquide. Le siège d'élection de ces tumeurs fluctuantes est le voisinage du mamelon entre le quatrième et le sixième espace intercostal (Verliac). On les a observées quelquefois plus bas, très rarement plus haut sous la clavicule (Cruveilhier). Exceptionnellement on a constaté la présence de deux ou trois tumeurs. Dans les pleurésies gauches, celles-ci sont parfois le siège de battements isochrones au pouls, d'où le nom

(1) Heyfelder, *Arch. gén. de méd.*, 1839, p. 59.