

VINGT-SIXIÈME LEÇON

EMPYÈME DE NÉCESSITÉ

I. — Définition de l'empyème de nécessité au niveau d'un abcès qui pointe extérieurement. Observation d'un cas consécutif à une pleurésie métapneumonique méconnue.

II. — Difficultés possibles du diagnostic d'une pleurésie purulente chez l'enfant.

III. — Il ne faut pas se borner, comme on le faisait autrefois, à l'incision sur l'abcès extérieur. L'« empyème de nécessité » doit être complété par un drainage postérieur et déclive.

La plupart du temps, lorsqu'une pleurésie purulente est abandonnée à elle-même, elle détermine la mort par septicémie avec plus ou moins d'asphyxie, sans que le pus se soit frayé une issue au dehors. Mais quelquefois il n'en est pas ainsi : une ulcération de la plèvre rend possible soit l'évacuation par une bronche perforée, d'où une vomique, soit la collection d'un abcès thoracique.

C'est cet abcès que, dans la terminologie classique, on appelle *empyème de nécessité*, et ce terme vaut à lui seul un long poème. Ne nous rappelle-t-il pas cette période de chirurgie septique où Moutard-Martin passait pour révolutionnaire, parce qu'il soutenait, après Hippocrate, que dans la pleurésie purulente la ponction devait céder le pas à l'incision? que la pleurotomie était encore le moins mauvais traitement de cette grave lésion? On ne disait pas alors : le moins mauvais, mais le meilleur traitement; les résultats obtenus nous paraissent aujourd'hui trop médiocres pour mériter l'épithète. Empyème de nécessité! Cela veut dire qu'à cette

époque, pas très éloignée puisque c'était celle du début de mes études, le plus souvent on se refusait à opérer largement : et de ponction en ponction on menait le patient à la tombe. Mais de temps à autre, un beau jour, au niveau d'une piqûre ou ailleurs, on voyait poindre une collection fluctuante; et alors, la mort dans l'âme, pour éviter les décollements étendus de l'insuffisante ouverture spontanée, le chirurgien fendait la peau sur l'abcès thoracique : empyème de nécessité!

Vous croiriez donc volontiers que, à l'heure actuelle, cet abcès pleural de la paroi thoracique ne doit plus s'observer jamais : même les plus timides des médecins n'ont pas une semblable peur du bistouri. Je puis, cependant, vous citer un exemple moderne de cette psychologie antique — j'ignore au reste l'âge du responsable. — Il s'agit d'une malheureuse fillette de sept ans, chez laquelle, après une affection thoracique aiguë en décembre 1895, après de nouveaux accidents graves en février 1896, le médecin avait fini par diagnostiquer une pleurésie purulente : première ponction en juin, deuxième quinze jours plus tard, troisième dix jours ensuite. Une semaine après, on voyait apparaître du gonflement et de la rougeur vers le mamelon droit. Vous croyez peut-être qu'alors on opère? Pas du tout : l'abcès s'ouvre de lui-même au début d'août et, enfin, le 20 août, l'enfant, mourante, est amenée à l'hôpital des Enfants-Malades. Là, un chirurgien la déclare perdue, refuse de l'admettre et donne à la mère l'adresse de l'hôpital Trousseau, où je reçus, j'opérai, je guéris.

Cette exception, à vrai dire, confirme la règle : cette triste odyssee est la seule, heureusement, que je puisse vous raconter. Ainsi, presque jamais plus on ne voit la lésion en question au cours d'une pleurésie purulente bien diagnostiquée : on opère toujours avant cette complication. Mais il reste une cause, les erreurs de diagnostic. Et ce n'est pas une cause aussi exceptionnelle que vous pourriez le penser, puisque j'ai pu en sept ans soigner 7 cas de ce genre à l'hôpital Trousseau; avec le précédent, cela fait 8. De ces observations, 7 ont été publiées l'an dernier par mes élèves MM. Audion et Bourgeois dans la *Revue mensuelle des maladies de l'enfance*; elles avaient servi à documenter la thèse de

Cornil. La huitième se rapporte à une malade que vous avez eue récemment sous les yeux, du 30 septembre au 11 décembre 1899, dans notre salle Valleix.

I

Voici cette histoire, que nous pourrons ensuite comparer aux autres.

Une fillette de sept ans, depuis trois années sujette, en hiver surtout, à des bronchites fréquentes, fut prise le 13 juin 1899 d'une maladie aiguë : elle fut soignée, nous dit la mère, pour une fièvre muqueuse suivie de pneumonie. La fièvre muqueuse est hypothétique, mais on doit considérer la pneumonie comme certaine. Pendant cette maladie, la température monta entre 39° et 40°; il y eut une forte toux. Enfin, au bout de sept semaines, l'enfant allait mieux, en sorte qu'on l'envoya à la campagne. Là, au bout de quelques jours elle se mit à tousser, par quintes, à la fin desquelles elle crachait du pus en assez grande quantité. Si bien qu'on la fit revenir à Paris, et qu'on l'amena à l'hôpital Trousseau, parce qu'elle portait dans le dixième espace intercostal droit, à 10 centimètres environ de sa ligne épineuse, une tumeur grosse comme une noix.

Cette tumeur était fluctuante; c'était par conséquent un abcès. Cet abcès ne venait sûrement pas du rachis, parfaitement droit et souple. Au premier abord, on aurait donc pu croire à un abcès froid costal; mais une série de motifs commandaient l'examen complet de la cavité thoracique.

D'abord, l'histoire de la maladie était bien celle d'une pneumonie suivie de pleurésie, avec défervescence relative au bout de quelques semaines, ce qui n'est pas rare pour les pleurésies métapneumoniques. Défervescence relative, ai-je dit, car le thermomètre, au moment de l'admission de la fillette, marquait encore 38°4 dans le rectum, et il est probable que cette légère fièvre avait dû exister pendant la prétendue convalescence. De plus, l'enfant était pâle, amaigrie, en sorte que, dans l'hypothèse d'un abcès

froid, il fallait déterminer s'il existait de la tuberculose pulmonaire, et cela d'autant plus qu'on nous signalait une expectoration assez bizarre pour une enfant de cet âge. Enfin, comme les abcès froids des parois thoraciques, quelle que soit leur origine souvent discutée, s'accompagnent fréquemment d'une poche sous-costale, la percussion et l'auscultation étaient indispensables pour un diagnostic précis.

Ces explorations furent ici tout de suite révélatrices d'une pleurésie : en arrière, une matité absolue, avec résistance au doigt, remontait jusqu'à l'angle de l'omoplate; en avant, on la constatait jusque sous la clavicule. A l'auscultation, tous les signes se trouvaient réunis : souffle, égophonie, pectoriloquie aphone.

Le cas n'était donc pas de ceux où, comme je vais le dire dans un instant, l'erreur est excusable. Le diagnostic paraissait évident, et l'intervention s'imposait : je confiai l'opération à mon interne M. Grisel, qui la pratiqua le soir même. La pleurotomie fut faite, comme je la fais toujours, en bas et en arrière, de façon à arriver à peu près dans le cul-de-sac diaphragmatique, en réséquant 4 centimètres de la dixième côte en dehors de son angle.

Environ un demi-litre de pus fut évacué, après quoi la poche thoracique n'était pas vidée. En conséquence, elle fut incisée; sa communication avec la plèvre ne put être mise en évidence, ce qui n'avait d'ailleurs aucune importance.

Immédiatement, la température tomba à 37° et s'y maintint. Le 1^{er} novembre, tout allait très bien : l'abcès était cicatrisé, de la plèvre s'écoulait fort peu de pus. Puis, vers le 20 novembre, il y eut des accidents septiques, dus certainement à quelque pansement défectueux : il existait un léger degré de fièvre, et le pus était assez abondant, jaunâtre et fétide. Alors je prescrivis des lavages au permanganate de potasse à 1/2.000 (jusque-là, selon ma coutume, il n'avait été fait aucune irrigation, pas même le premier jour), et très vite tout rentra dans l'ordre; si bien que le 4 décembre il ne restait plus qu'un petit trajet, où l'on mettait une simple mèche, et que huit jours plus tard l'enfant quittait l'hôpital avec un très petit point granuleux. Le 17 décembre elle revenait pour se faire panser, et on trouvait tout cicatrisé.

Avant d'insister sur les quelques points intéressants de cette histoire, je l'ai conduite à son terme. Voyons maintenant les enseignements que nous pouvons en tirer.

II

Cette observation n'est pas de celles où l'on trouve une excuse au médecin responsable de la pleurésie purulente méconnue. Les signes physiques et fonctionnels, le début par une pneumonie diagnostiquée, tout était au complet, jusques et y compris la vomique probable ; car c'est ainsi que presque certainement on doit interpréter les quintes de toux avec expectoration abondante. La vomique est plus rare, au cours de la pleurésie à pneumocoques, chez l'enfant que chez l'adulte, mais elle n'est pas exceptionnelle. Et l'absence de pneumothorax, à cet âge surtout, n'est en rien contraire à cette opinion, attendu qu'elle est la règle après les vomiques chez l'enfant. Je passe, car je ne veux pas m'occuper aujourd'hui des considérations chirurgicales auxquelles peut donner lieu la pleurésie purulente qui se termine par une vomique.

A la vomique près, vous trouverez dans le mémoire de MM. Audion et Bourgeois d'autres observations où les symptômes étaient aussi évidents : voici, par exemple, une fillette de huit ans qui portait au niveau du mamelon gauche une tumeur rouge, rénitente, grosse comme une orange ; le thorax était immobilisé de ce côté, la matité obscurcissait jusqu'à l'espace de Traube, les vibrations étaient abolies, la pointe du cœur battait sur la ligne médiane.

Cependant, je dois ajouter qu'il n'en est pas toujours ainsi et que l'erreur est quelquefois pardonnable. Dans mes observations, j'en trouve une d'où je ne puis rien conclure, car, après avoir constaté une fistule datant de trois mois et un abcès thoracique récent chez un garçon de sept ans, je n'explorai pas autrement la poitrine, et ce n'est qu'en opérant que je trouvai un épanchement pleural, abondant malgré la fistule. Mais chez un autre enfant, un garçon de trois ans et demi, la percussion et l'auscultation furent

pratiquées non seulement à l'hôpital par moi, mais aussi par M. Derecq à l'Œuvre des Enfants tuberculeux. Cet enfant, qui en décembre 1897 avait eu une coqueluche suivie de bronchopneumonie, m'était envoyé le 6 mai 1896 pour un abcès froid situé au niveau et en dedans du mamelon gauche, abcès gros comme une mandarine, recouvert de peau souple, mobile, normalement colorée, parcourue par quelques veines dilatées ; et l'on me pria de le guérir de cette lésion chirurgicale pour qu'on pût le recevoir à l'hôpital d'Ormesson. A l'examen stéthoscopique, la respiration était entendue des deux côtés, et il y avait seulement au niveau de la bifurcation des bronches, à gauche surtout, une matité que j'attribuai à de l'hypertrophie ganglionnaire. Et pourtant, après incision, je fus conduit dans la plèvre, et l'épanchement n'était pas enkysté en avant, sous la poche superficielle, puisque je dus terminer, pour assurer un drainage complet, par une contre-ouverture postéro-inférieure, avec résection costale.

Cela ne surprendra personne parmi ceux qui ont l'expérience de la pleurésie métapneumonique chez l'enfant. Lisez les quelques pages que M. Netter a récemment consacrées à ce sujet dans le *Traité des maladies de l'enfance*, et vous verrez que tous les signes classiques peuvent faire défaut, même avec des épanchements d'une notable abondance ; que le plus important d'entre eux est la matité absolue, mais quelquefois très limitée ; que les erreurs sont fréquentes, en particulier, avec la tuberculose pulmonaire ; et que, même peu de temps après une maladie aiguë de la poitrine, la ponction exploratrice peut être indispensable pour assurer le diagnostic. Et quand une première ponction restera blanche, qu'on n'en tire pas trop vite argument, car dans les pleurésies à pneumocoques — et c'est d'elles surtout qu'il est ici question — d'épaisses fausses membranes peuvent fort bien boucher l'aiguille de Pravaz, voire même celle de l'appareil de Potain. Je parle, bien entendu, des pleurésies qui, ayant contact avec la paroi, sont susceptibles d'aboutir à l'empyème de nécessité, et non pas des cas, encore beaucoup plus embarrassants, où la collection, enkystée et profonde, interlobaire, médiastine ou diaphragmatique, ne peut être trouvée jusqu'au jour de la vomique.

Sans doute, le diagnostic devient d'autant plus obscur qu'on s'éloigne davantage des accidents aigus initiaux, et au bout de six mois, avec des symptômes pleurétiques aussi faibles, j'allais dire aussi nuls, que dans le cas dont je viens de parler, on est pour ainsi dire obligé de croire à de la tuberculose pulmonaire (l'autopsie nous a fait voir d'ailleurs un tubercule crétaqué au sommet gauche) avec adénopathie bronchique et à ne pas faire au lieu d'élection une ponction exploratrice. Cela est bien plus vrai encore pour les cas abandonnés à eux-mêmes jusqu'à formation d'une fistule spontanée ; car s'il y en a où l'orifice est assez large pour qu'on constate un pneumothorax avec traumatopnée, comme je l'ai noté deux fois, un pertuis de petites dimensions prête facilement à l'erreur s'il conduit le stylet dans un décollement étendu, il est vrai, mais où l'on rencontre une côte dénudée. Et si, ainsi que la chose est arrivée pour un de mes malades, la mère vous raconte que, après avoir eu la rougeole en janvier 1893, quelques mois après l'enfant a été soigné pour une fièvre typhoïde avec un abcès chaud au niveau de la huitième côte droite, abcès avec fièvre intense et douleurs vives, puis incision faite le 6 août 1893 ; en présence d'une histoire semblable, le 26 juillet 1894, vous ferez sans doute comme moi, vous diagnostiquerez une ostéomyélite costale, à début aigu, post-typhoïdique, avec accidents prolongés et séquestre probable ; puis vous serez tout surpris d'entrer dans la cavité pleurale pleine de pus et surtout de fongosités.

Cependant, si le diagnostic d'une pleurésie purulente peut, à une période plus ou moins tardive, devenir très épineux, qu'il y ait ou non empyème de nécessité, tout au début il y a des règles suffisamment précises pour que le médecin ne soit pas en droit de méconnaître une pleurésie purulente jusqu'à ce qu'il se forme un abcès thoracique. Cela n'aura pas lieu si pendant et après toute maladie thoracique aiguë — M. Netter dit même toute maladie aiguë — le praticien ausculte et surtout percute souvent et avec méthode la poitrine ; s'il est bien pénétré de cet aphorisme que chez l'enfant la pleurésie purulente est souvent d'un diagnostic difficile ; et, enfin, si, dans les cas douteux, il recourt avec sagacité à la ponction exploratrice.

J'insiste principalement sur la pleurésie métapneumonique, car soit d'après l'évolution consécutive à une affection thoracique aiguë, soit d'après l'aspect des fausses membranes et du pus, soit surtout d'après l'examen bactériologique ayant décelé des pneumocoques, c'est de pleurésies métapneumoniques qu'il s'est agi chez les enfants que j'ai observés. La preuve n'est pas toujours absolue, je le sais, mais elle est dans la plupart des cas très nette ; et, de plus, cette notion cadre bien avec la bénignité des accidents. En effet, vous devez être stupéfaits de voir ainsi survivre, et en fin de compte guérir après opération, des enfants dont la pleurésie purulente a été négligée pendant des mois et dans un cas pendant plus d'un an. Or, il est certain que la pleurésie à pneumocoques est la moins mauvaise des pleurésies purulentes.

III

Au total, sur huit malades, je n'en ai perdu qu'un : le petit qui venait de l'hôpital des Enfants tuberculeux. Le pneumocoque a été trouvé dans le pus, et l'enfant semblait aller bien, il n'avait pas de fièvre et avait engraisé, lorsque, le 4 juillet, il mourut subitement ; à l'autopsie, le poumon était tout entier carnifié, mais la pleurésie purulente était guérie, puisque de la cavité pleurale, comblée par les adhérences, il ne restait que l'espace occupé par les drains. Par conséquent, le mécanisme exact de la mort m'échappe.

Chez cet enfant, la cavité pleurale s'est cicatrisée, après incision simple, quoique les accidents eussent six mois de date et que le poumon fût carnifié. Et l'empyème simple a suffi à la cure chez les trois autres malades qui m'ont été amenés à la période d'abcès, avant la fistule. Chez ces enfants, les accidents dataient de trois mois et demi, deux mois, cinq semaines, et dans ce dernier cas la collection thoracique n'offrait à vrai dire aucune importance : la pneumonie avait débuté le 11 octobre 1894, le médecin avait le 1^{er} novembre assuré le diagnostic par la ponction et avait tout de suite envoyé l'enfant à l'hôpital Trousseau, où

dès le 2 novembre je trouvai un abcès causé par la ponction, situé sur la ligne axillaire, dans le 5^e espace.

J'ai incisé sur cet abcès, en réséquant comme toujours un peu de côte, pour faciliter le passage et le fonctionnement de deux gros drains, et comme, après ouverture large, j'ai constaté qu'il n'y avait pas de cul-de-sac inférieur, profond et mal drainé, comme, d'autre part, le cas était assez récent pour que l'expansion pulmonaire pût être escomptée, je n'ai pas fait autre chose. Mais, en règle générale, la pleurotomie sur l'abcès thoracique, l'empyème de nécessité de nos pères, me paraît insuffisante. Presque toujours, en effet, l'abcès se forme en avant vers la région mamelonnaire ou même plus haut; ouvrir en ce lieu, c'est vraiment, malgré la tendance des feuillettes pleurales à l'accolement, trop se jouer des lois de la déclivité.

Certainement, je lis dans un article que sur 14 cas d'ouverture thoracique spontanée, Oulmont a compté un jour onze guérisons, mais mon expérience me permet de m'inscrire en faux contre cette assertion. Voici, par exemple, une fillette de neuf ans, qui en avril 1896 eut une pneumonie après la rougeole; le médecin l'autorisa à sortir au quarantième jour, malgré de la toux, un point de côté, de la gêne respiratoire; au mois de juillet, on vit poindre vers le 6^e espace intercostal un abcès que le médecin incisa, puis pansa avec des cataplasmes, et quand l'enfant me fut apportée, le 29 septembre de la même année, elle se trouvait dans un état lamentable.

Dans le 6^e espace intercostal, en ligne mamelonnaire, une ulcération profonde, à bords violacés, large comme une pièce de 2 francs, donnait issue, à chaque quinte de toux, à une grande quantité de pus verdâtre et fétide. Le stylet pénétrait dans la plèvre en frottant contre plusieurs côtes dénudées. Les signes stéthoscopiques étaient ceux d'un pyopneumothorax. L'état général était mauvais, le teint terreux, l'amaigrissement considérable.

Voilà ce que donne l'ancien « empyème de nécessité », c'est-à-dire, selon le conseil de nos devanciers, l'incision sur la tumeur. Elle ne me paraît pas valoir beaucoup mieux, cata-

plasmes à part, que l'ouverture spontanée dont on se réjouissait naguère comme d'une issue favorable. J'en ai trois observations, toutes trois défavorables, car les enfants étaient, comme celle dont je viens de parler, sur le chemin de la mort, et ils n'ont guéri qu'aux prix de plusieurs opérations graves, avec une déformation thoracique persistante.

En réalité, il faut, après avoir ouvert l'abcès et la plèvre à son niveau, explorer la cavité et établir une contre-ouverture déclive, la plupart du temps dans le 10^e espace intercostal en arrière, près de l'angle costal, c'est-à-dire au lieu d'élection. J'ai coutume de compléter l'incision des parties molles par la résection d'un fragment costal, ce qui a pour but de permettre un meilleur drainage. Mais cela n'a rien à voir, ni de près ni de loin, avec l'opération d'Estlander, que toujours j'ai dû pratiquer lorsqu'il existait une fistule spontanée.

Une fois, j'ai cru qu'après nettoyage de la fistule et de la côte antérieure, quoique la fistule datât de près de quatre mois, une contre-ouverture postérieure suffirait pour drainer la plèvre, pleine de pus malgré l'existence de la fistule. Cependant, la cavité ne se combla point, et je fus obligé à trois reprises de réséquer des côtes. De même, j'ai pratiqué des résections successives chez les trois autres enfants auxquels je fis dès la première séance des résections multiples et étendues, en tout cas rendues nécessaires par des lésions de carie portant sur plusieurs côtes. C'était la seule manière de faire combler une cavité où le poumon n'avait aucune tendance à venir au contact de la paroi thoracique.

Ici je m'arrête, car j'aurais à exposer toute l'histoire des fistules pleuro-cutanées et de leur traitement, ce qui n'a rien à voir avec la question actuelle, et en vous disant quelques mots à ce sujet, j'ai surtout voulu vous montrer combien on se trompait naguère quand on considérait l'empyème de nécessité comme un phénomène heureux. L'ouverture spontanée était peut-être préférable à la pleurotomie septique et tardive; mais aujourd'hui, par un diagnostic et par une incision précoces, vous devez l'éviter à tout prix.