

culaires, on perçoit également quelques râles et je me demande si le malade ne va pas infecter ses bronches et ses poumons. L'idée d'une intervention chirurgicale prochaine se présente à mon esprit et je prie M. Marion, chef de clinique de M. Duplay, d'y penser et de se tenir prêt à toute éventualité.

Les jours suivants, la situation s'améliore; la fièvre est nulle, « tout est mieux », dit le malade; son aspect est meilleur, l'expectoration diminue de quantité, mais elle conserve encore une odeur fade. L'alimentation se fait sans difficulté et cet homme semble s'acheminer vers la guérison. Toutefois, bien que le 2 décembre l'expectoration ait disparu, je ne suis pas absolument rassuré; j'ai beau me dire que les infections pneumococciques sont assez facilement curables, j'ai beau me rappeler les cas de pleurésie pneumococcique guéris après vomique, je n'en ai pas moins l'arrière-pensée que la lésion du médiastin n'a pas encore complètement disparu chez cet homme, car il suffit de le faire lever et marcher pour ramener de l'oppression avec rudesse du timbre respiratoire. Je me demande même si la disparition totale de l'expectoration ne cache pas une nouvelle accumulation de liquide dans la *cavité close* médiastinale.

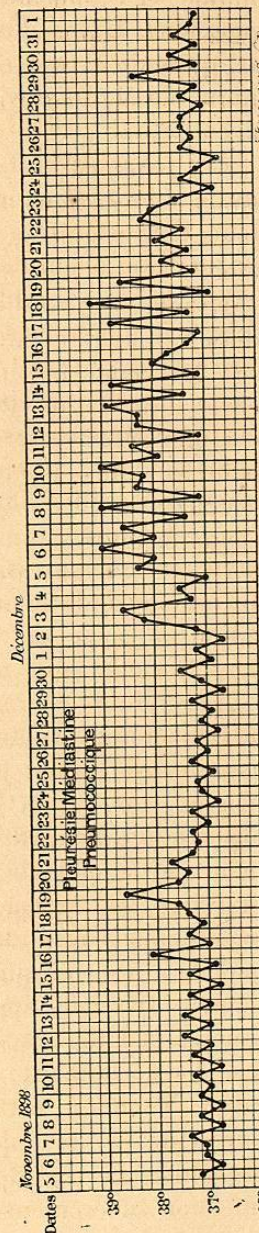
Mes craintes étaient compréhensibles, car le 3 décembre, la température s'élève et reste élevée avec des oscillations assez considérables jusqu'au 23 décembre, ainsi que vous pouvez voir sur la courbe de température. jointe à cette observation. Pendant cette phase fébrile, les symptômes du début de la maladie (ceux qui avaient précédé la vomique), le tirage, le cornage, la dysphagie ne reparassent pas, néanmoins la respiration est gênée, l'appétit est moindre, le malade a des transpirations abondantes, il maigrit, des frottements très nets apparaissent aux deux plèvres, des râles sonores et bullaires sont disséminés à la partie supérieure des deux poumons; la toux reparait ainsi que l'expectoration. Toutefois, cette expectoration est peu abondante, non purulente et sans odeur; elle est fournie cette fois par la bronchite. Le malade ne serait-il pas sous le coup d'une infection tuberculeuse? Ce n'est pas probable et du reste la

recherche de bacille de Koch dans les crachats est négative.

Enfin, tout rentre dans l'ordre, l'amélioration s'établit franchement, les transpirations s'amendent, les forces reviennent, le malade peut se lever et marcher sans la moindre oppression, la respiration est normale, les frottements et les râles disparaissent totalement et je puis vous présenter aujourd'hui cet homme complètement guéri de sa pleurésie médiastine.

Vous voyez, sur la courbe ci-jointe, que le malade n'avait plus de fièvre lors de son entrée dans le service; à cette époque, la maladie datait de cinq semaines et la vomique se fit aussitôt. La fièvre ne reprit qu'un mois plus tard, en décembre, et elle coïncida avec une poussée de râles bronchiques aux deux côtés de la poitrine.

J'ai eu l'occasion d'observer, à l'hôpital Necker, un autre cas de pleurésie médiastine qui, vous allez le voir, offre de plus grandes analogies avec le précédent. Une femme de quarante-quatre ans entre dans mon service, le 19 février 1896, pour une toux opiniâtre qui date de trois mois. Depuis une huitaine de jours ont apparu des accès de suffocation et un cornage permanent et bruyant qui s'entend à distance. La toux est quinteuse et pénible, elle survient par accès au cours desquels la malade devient violette et ne respire pour



ainsi dire plus; c'est avec effort qu'à la suite de chaque quinte elle rend des crachats blanchâtres, spumeux, sans caractères. Lorsque la quinte coqueluchoïde survient après les repas, elle provoque souvent des vomissements alimentaires. Pour peu qu'elle se prolonge, la malade asphyxie, elle se dresse sur son lit, elle s'accroche aux draps pour faciliter les efforts d'inspiration. Le cornage, ainsi que le tirage sus et sous-sternal, augmentent d'intensité pendant les crises dyspnéiques. Par moments, la voix est rauque et éteinte.

La maladie paraît avoir débuté il y a trois mois à la suite d'un refroidissement. Un jour de pluie, cette femme ayant ses vêtements trempés, s'était réfugiée sous une porte cochère; elle est aussitôt prise de frissons, le lendemain elle commence à tousser, bientôt la toux devient quinteuse au point que plusieurs personnes de son entourage lui disent: « Vous avez la coqueluche ». Toutefois, il s'agissait de toux coqueluchoïde et non de coqueluche véritable.

Bien que s'affaiblissant et perdant l'appétit, la malade continuait son métier de blanchisseuse. Cette situation se prolongea pendant deux mois et demi, en empirant progressivement. Au commencement de février, la voix, claire jusque-là, devint rauque et sourde. Quelques jours après, apparurent le cornage et des accès d'oppression de plus en plus violents et prolongés. Enfin, survinrent des troubles dysphagiques; la déglutition était difficile, même pour les liquides; il semblait à la malade que « cela se fermait », dès qu'elle avait avalé le moindre aliment. Elle se décida alors à entrer à l'hôpital.

Nous l'examinons. La respiration s'entend des deux côtés, sans bruit anormal. La percussion donne partout la même sonorité. Les vibrations sont conservées. Il n'existe ni déformation de la poitrine, ni dilatations veineuses sur la paroi thoracique. Les autres organes, cœur et aorte, sont normaux. Pas de fièvre; la température est à 37 degrés.

L'examen laryngoscopique, pratiqué par M. Bonnier, donne les résultats suivants: obliquité du larynx, déviation de la trachée vers la droite; gonflement de la région aryté-

noïdienne, œdème des cordes vocales supérieures qui ne laissent entre elles qu'une fente linéaire et cachent complètement les cordes vocales inférieures. Pas de paralysie du nerf récurrent.

En somme, nous trouvons ici le syndrome médiastinal: toux coqueluchoïde, cornage, accès de suffocation; dysphagie œsophagienne, compression et déviation de la trachée, indices d'une tumeur du médiastin.

Les antécédents de la malade ne donnaient aucun renseignement sur la nature de la tumeur médiastine: santé parfaite antérieure; pas trace de tuberculose osseuse; nulle hypertrophie ganglionnaire, ni au cou ni aux aisselles, ni aux aines; aucune trace de syphilis. Cependant, il était permis de supposer qu'il s'agissait d'une adénopathie médiastine, tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique. Dans l'espoir d'une lésion syphilitique la malade, fut soumise à un traitement mercuriel et ioduré, mais sans aucun succès; le cornage augmentait d'intensité, la dyspnée était angoissante et continue, les accès de suffocation se rapprochaient, le pronostic devenait extrêmement grave. Le 27 février au soir, huit jours après son entrée à l'hôpital, la malade fut prise d'un grand frisson; la température, jusque-là normale, monta brusquement à 39°8. Les jours suivants, elle se maintint aux environs de 37°5 le matin, 38°5 le soir.

Le 2 mars, au soir, un événement imprévu vint donner la raison de cet état morbide, jusqu'alors si obscur. La malade eut une vomique. A la suite de violentes quintes de toux, elle se mit à rejeter du pus, non pas par gorgées, mais crachat par crachat; toute la nuit elle toussa, et chaque quinte était suivie de l'expulsion de crachats purulents. La quantité de pus fut évaluée à 200 grammes environ. Ce pus était sans odeur. L'examen bactériologique, fait par M. Apert, interne du service, démontra l'existence de pneumocoques abondants, sans adjonction d'autres microbes.

Dès lors, le diagnostic s'imposait; le syndrome médiastinal était dû à une pleurésie médiastine, suppurée, à pneumocoques, qui s'était ouverte dans une bronche, sans doute

par un orifice très étroit, ce qui expliquait le fractionnement de la vomique. La pleurésie médiastine enkystée (liquide et membranes) s'était formée lentement et avait provoqué les mêmes signes qu'une tumeur. Cette terminaison permit d'espérer une prompte amélioration. En effet, la température qui, au moment de la vomique, s'était élevée à 40 degrés le matin, tomba à 38 degrés le soir, et à 37 degrés le lendemain matin; elle se maintint désormais à ce dernier chiffre. Le cornage, la dyspnée, les crises de suffocation, les troubles dysphagiques disparurent; les quintes de toux furent bien moins pénibles; l'état général s'améliora rapidement. Les crachats n'étaient plus purulents; ils étaient séreux, spumeux et ne contenaient plus de pneumocoques.

Un nouvel examen laryngoscopique montra que la trachée n'était plus déviée, elle avait repris sa position naturelle, les cordes vocales supérieures n'étaient plus tuméfiées; la glotte apparaissait normale, la corde inférieure droite était seulement un peu hyperhémisée et légèrement parésiée. La malade n'en continuait pas moins à tousser; une dizaine de jours après sa vomique, elle eut même une recrudescence de quintes de toux très pénibles, ce qui fit craindre, un moment, une reprise de la maladie; mais la température resta normale, et les quintes ne tardèrent pas à diminuer, puis disparurent. Enfin, le 26 mars, la malade quittait l'hôpital en bonne santé, sans le moindre reliquat de sa maladie.

Telles sont nos deux observations de pleurésie médiastine pneumococcique. Elles sont, vous le voyez, absolument comparables. De part et d'autre, syndrome médiastinal, accès de suffocation, tirage, cornage, toux coqueluchoïde, dysphagie, troubles laryngés; de part et d'autre, vomique peu abondante et terminaison de la maladie par guérison.

Nous avons recherché et nous avons trouvé, éparses dans les auteurs, quatre observations de pleurésies médiastines. Les cas de Laënnec, Bouveret, Thoinot et Griffon furent des trouvailles d'autopsies. Dans le cas d'Andral, il y eut une vomique, qui aurait pu mettre sur la voie du diagnostic. Voici ces observations.

*Cas d'Andral*<sup>1</sup>. — Un carrier, âgé de trente-sept ans, entra à la Charité, le 14 juin 1822. Il présentait alors tous les symptômes de la phtisie pulmonaire au dernier degré. Le 17, l'expectoration, comparable jusqu'alors à celle de tous les phtisiques, changea brusquement de caractère: au milieu de la nuit, le malade s'éveilla en sursaut, il fut pris de violentes quintes de toux et expectora une grande quantité de liquide purulent, d'un blanc mat, inodore, semblable au pus qui s'écoule d'un abcès. La même expectoration continua jusqu'au commencement du mois de juillet: alors, le pus devint grisâtre et très fétide, le malade s'affaissa rapidement et succomba le 8 juillet. A l'autopsie, les deux poumons étaient remplis de vastes excavations tuberculeuses. En ouvrant la bronche principale du poumon droit, on trouva, sur son côté postérieur, une perforation à bords irréguliers, pouvant admettre un petit pois; un stylet, introduit dans cette ouverture, pénétra dans une cavité pleine de pus qui existait immédiatement derrière la bronche: cette cavité était assez ample pour admettre une grosse orange; les fausses membranes qui formaient ses parois étaient en rapport, en dehors avec le poumon qui était refoulé, en dedans avec la colonne vertébrale, en arrière avec les côtes, en avant avec les vaisseaux qui entrent dans le poumon ou qui en sortent; le malade avait eu un épanchement pleurétique exactement circonscrit, dont le médiastin postérieur formait la paroi interne.

*Cas de Laënnec*<sup>2</sup>. — J'ai rencontré quelquefois, dit Laënnec, des pleurésies circonscrites, très peu étendues, et dans lesquelles l'épanchement n'était que d'une à deux cuillerées, vers le sommet d'un poumon adhérent partout ailleurs. J'en ai trouvé de semblables entre la face interne du poumon et le médiastin. M. Andral a rencontré un cas d'inflammation beaucoup plus étendue en ce point. Il est à regretter que cette observation ne renferme pas assez de détails pour savoir quelle disposition s'opposait à ce que le pus se répandît dans le reste de la plèvre...

1. Andral. *Clinique médicale*, 1829, t. II, p. 522.

2. Laënnec. *Traité de l'auscultation médiate*, édition de 1831, t. II, p. 373.

*Cas de Bouveret*<sup>1</sup>. — Nous avons observé le fait suivant : un homme âgé toussait depuis longtemps; il maigrissait, perdait ses forces, et présentait les signes apparents d'une tuberculose chronique du poumon. A l'autopsie, nous avons constaté l'absence de toute lésion tuberculeuse; il existait une pleurésie purulente enkystée au-devant du hile du poumon, et l'abcès pleural limité par d'épaisses néomembranes fibreuses contenait 300 à 400 grammes de pus.

*Cas de Thoinot et Griffon*<sup>2</sup>. — Une femme de quarante-cinq ans a été prise, il y a six jours, de frissons violents, avec point de côté à gauche et suffocation telle, qu'arrivée à l'Hôtel-Dieu, on se demandait s'il ne fallait pas pratiquer la thoracenthèse d'urgence. La face est pâle, la dyspnée est des plus violentes, la langue et les lèvres sont sèches, le pouls est faible et rapide, le thermomètre est à 39°2, les urines sont très albumineuses, il n'y a pas d'expectoration. A l'auscultation, on perçoit à gauche quelques gros râles et un double souffle à timbre lointain. L'espace de Traube est sonore, le cœur ne paraît pas dévié; une ponction exploratrice permet de retirer quelques gouttes d'un liquide citrin très riche en pneumocoques. Le pneumocoque est pur et très virulent; une souris inoculée meurt en vingt-quatre heures. Malgré le traitement, la dyspnée ne s'amende pas, l'angoisse est extrême, la température atteint 40 degrés, et la malade succombe dans la nuit, au septième jour de sa maladie.

A l'autopsie, on trouve une pleurésie médiastine. La collection purulente est située entre la face interne du poumon gauche et la paroi gauche du médiastin, limitée par des fausses membranes épaisses, fibrineuses, et nettement enkystées entre les deux feuillets de la plèvre médiastine. Le pus est peu abondant, il a les caractères classiques du pus à pneumocoques, il fuse en bas jusqu'au sinus costo-diaphragmatique qui est rempli de fausses membranes, tandis qu'il ne remonte pas plus haut que le hile du poumon. En résumé, la pleurésie médiastine occupe la partie gauche et inférieure de la plèvre médiastine. De plus, la scissure interlobaire

1. Bouveret. *Traité de l'empyème*, édition de 1890, p. 553.

2. Thoinot et Griffon. *Société anatomique*, juillet 1896, p. 568.

gauche est symphysée et des adhérences existent entre le lobe inférieur et la plèvre costale. Tout le lobe inférieur est augmenté de volume; à la coupe, on y trouve un abcès aréolaire typique, d'aspect spongieux, dont les loges sont pleines de pus. Les ganglions du médiastin sont hypertrophiés. L'examen bactériologique démontre que le pus de la plèvre et du poumon ne contient que du pneumocoque très virulent.

Telles sont, Messieurs, les observations de pleurésie médiastine qui vont nous servir à ébaucher le chapitre de la pleurésie médiastine, chapitre nouveau, non encore développé dans les ouvrages de pathologie et de clinique. Dans notre description, je ne ferai pas entrer en ligne de compte les pleurésies pseudo-médiastines, qui, par leur siège à gauche, simulent des péricardites à grand épanchement. Ces dernières pleurésies ont surtout été visées par M. Grancher<sup>1</sup>.

La pleurésie médiastine est primitive ou secondaire; primitive, quand l'infection pneumococcique siège à la plèvre médiastine et nulle part ailleurs; secondaire, quand elle est consécutive à une pneumonie. Elle était primitive, en apparence du moins, chez nos malades de Necker et de l'Hôtel-Dieu, ainsi que dans le cas rapporté par M. Bouveret; elle était associée à des suppurations pneumococciques du poumon, dans l'observation de MM. Thoinot et Griffon; elle s'était développée chez un tuberculeux, dans le cas d'Andral.

La pleurésie médiastine est unilatérale, il est même rare qu'elle occupe la plèvre médiastine dans toute son étendue; elle se cantonne, suivant les cas, aux régions antérieure, postérieure ou inférieure de la plèvre médiastine; elle peut s'étendre à d'autres régions, au sinus costo-diaphragmatique, et coexister avec d'autres localisations pleurétiques, adhérences de la scissure interlobaire, adhérences du poumon à la paroi thoracique.

Il est probable que le liquide de la pleurésie médiastine est bien rarement séro-fibrineux, il était purulent dans les six cas que je vous ai signalés; la purulence est du reste

1. Grancher. *Bulletin médical*, 1892. — Vélimirovitch. *Thèse de Paris*, 1892.

habituelle aux pleurésies enkystées, qu'elles soient médiastine, interlobaire ou diaphragmatique. Dans les trois cas où l'on a recherché l'agent infectieux de la pleurésie médiastine, c'est le pneumocoque qui a été trouvé. D'autres agents, streptocoque, staphylocoque, tétragène, seront un jour ou l'autre incriminés, mais ils n'ont pas encore été signalés dans la pleurésie médiastine.

Les symptômes qui annoncent le début de la pleurésie médiastine n'ont rien de significatif; la douleur thoracique, la fièvre, la toux ne donnent aucune indication précise. Au moment où se fait l'infection pleurale du médiastin, la partie du poumon qui avoisine le foyer subit le contre-coup de la cavité close; il se fluxionne, se congestionne, ainsi que c'est l'usage dans les pleurésies enkystées. Ce foyer pleuro-pulmonaire profondément caché n'est encore accessible ni à la percussion ni à l'auscultation. Le malade tousse et respire péniblement, il a la fièvre, il se plaint d'oppression; ses crachats sont nuls ou sans caractères, on pense à une pneumonie, à une pleurésie, mais on ne sait en quel point localiser la lésion. Un peu plus tard, liquide purulent et fausses membranes s'accumulent dans le segment de la plèvre médiastine incriminée; ce liquide et ces membranes forment une collection, une sorte de tumeur dont la localisation et les dimensions vont régler l'apparition des symptômes.

Si la collection médiastinale enkystée se porte de préférence vers le poumon et ne fait qu'effleurer le médiastin, les signes sont incertains et le diagnostic reste indécis. Mais si la collection pleurale se porte vers les organes du médiastin, les refoule et les aplatit, alors apparaissent des symptômes significatifs dont l'ensemble forme le « *syndrome médiastinal* ». Dyspnée, accès d'oppression, tirage et cornage, dysphagie, toux coqueluchoïde, déviation du larynx et de la trachée constatée à l'examen laryngoscopique, troubles de la voix, circulation complémentaire sur les parois du thorax, tels sont les symptômes significatifs dont je vous expliquais il y a un instant les causes et le mécanisme.

Pendant que l'atteinte portée aux organes du médiastin se traduit par les symptômes que je viens de vous énumérer,

l'examen de la région dorsale qui correspond au médiastin postérieur vous fournit des signes précieux. La pression sur les premières vertèbres dorsales et sur les gouttières costo-vertébrales correspondantes est douloureuse. Dans la même région vous constatez une matité plus accusée à droite ou à gauche de la colonne vertébrale, suivant que la pleurésie médiastine s'est développée d'un côté ou de l'autre. C'est là qu'est le foyer du bruit à cornage; à l'auscultation, ce bruit s'atténue à mesure qu'on s'éloigne du médiastin. Des râles sonores et humides peuvent exister dans les territoires pulmonaires voisins du médiastin; ils témoignent de la participation du poumon fluxionné; ces râles existent en arrière et en avant, plus nombreux à gauche ou à droite suivant la localisation. L'épreuve radiographique peut donner quelques renseignements utiles, ainsi que vous l'avez constaté chez notre malade.

La pleurésie médiastine étant en pleine évolution, quelle sera sa terminaison? Comme la plupart des pleurésies suppurées enkystées, elle tend à la vomique. La vomique survient généralement quelques semaines après le début de la maladie; elle est peu abondante, le pus enkysté dans la plèvre médiastine n'atteignant jamais de fortes proportions. La vomique de notre femme de l'hôpital Necker put être évaluée à 200 grammes; la vomique de notre malade de l'Hôtel-Dieu ne dépassa pas une centaine de grammes; elle était fétide dans les deux cas; le malade d'Andral eut une vomique abondante, mais la quantité approximative n'en est pas donnée.

Le *diagnostic* de la pleurésie médiastine est fort difficile. Les signes sont insuffisants et indécis jusqu'au moment où apparaît le syndrome médiastinal: dyspnée, accès d'oppression, tirage, cornage, toux coqueluchoïde, dysphagie, troubles de la voix, circulation thoracique complémentaire. En même temps que le syndrome médiastinal, la percussion et l'auscultation de la région dorsale qui correspond au médiastin postérieur donnent des renseignements précieux sur la localisation de la lésion. On peut donc, grâce à cet ensemble de signes et de symptômes aidés de la radiographie, arriver au

diagnostic topographique; on sait que la lésion occupe le médiastin, c'est la première étape du diagnostic. Reste à connaître la nature de cette lésion; est-ce une adénopathie tuberculeuse, cancéreuse ou syphilitique; est-ce une tumeur maligne, un lymphadénome du médiastin, est-ce un anévrisme de l'aorte; est-ce un abcès ou une pleurésie?

Ainsi que je vous l'ai dit en vous retraçant l'histoire de notre malade de la salle St-Christophe, le début et l'évolution des symptômes peuvent mettre sur la voie du diagnostic. Les adénopathies et les tumeurs médiastines n'ont pas une apparition fébrile et soudaine; le début en est insidieux et la marche en est lentement progressive, sans compter les tumeurs ganglionnaires du voisinage (cou, aisselle), qui aident au diagnostic. La pleurésie médiastine, au contraire, éclate brusquement comme une maladie fébrile aiguë; la fièvre, la douleur, la toux en marquent le début, la dyspnée est précoce et la vomique survient au moins dans la moitié des cas. De plus, veuillez remarquer que dans les trois cas où des recherches de laboratoire ont été faites, trois fois, l'examen bactériologique et le séro-diagnostic ont démontré la nature pneumococcique de la pleurésie médiastine; il serait donc utile de recourir au séro-diagnostic, avant l'apparition de la vomique, afin d'avoir une indication précise sur la nature du mal.

Le pronostic de la pleurésie médiastine n'est pas exempt de gravité. La maladie est redoutable par elle-même, elle est également redoutable par les infections secondaires qui peuvent atteindre les bronches et les poumons. Il faut donc au cas échéant se tenir prêt à agir chirurgicalement. Grâce aux merveilleux progrès de la chirurgie, le médiastin postérieur est devenu assez facilement accessible aux investigations chirurgicales. Le Dr Potarca (de Bucarest), dans un travail intitulé : *la Chirurgie intra-médiastinale postérieure*, a réuni bon nombre d'observations concernant des opérations pratiquées pour des collections purulentes du médiastin postérieur, phlegmon, médiastinite, suppurations par lésions osseuses ou ganglionnaires et par corps étrangers. Bien que dans le mémoire en question, la pleurésie purulente médias-

tine ne soit pas étudiée (à part le cas douteux de Zimbicki), il n'en est pas moins vrai que le procédé opératoire qui consiste à pénétrer dans le médiastin postérieur doit être utilisé, au cas échéant, pour la pleurésie médiastine.

Arrivé au terme de cette étude, je pose les conclusions suivantes :

1° La pleurésie médiastine est primitive ou secondaire; elle n'envahit pas la plèvre médiastine dans toute son étendue, elle est unilatérale et se cantonne de préférence au médiastin postérieur.

2° Il est probable que plusieurs agents pathogènes peuvent déterminer la pleurésie médiastine, mais dans les cas jusqu'ici étudiés bactériologiquement, le pneumocoque a été seul en cause.

3° Le pus et les membranes de la pleurésie médiastine forment une tumeur qui peut comprimer la trachée, l'œsophage, les troncs nerveux, etc., et provoquer ce que j'ai appelé le « syndrome médiastinal » : accès de suffocation, tirage, cornage, toux coqueluchoïde, déviation de la trachée et du larynx constatable au laryngoscope, troubles vocaux, circulation thoracique complémentaire, syndrome commun à toutes les tumeurs du médiastin. En même temps que le syndrome médiastinal, la percussion et l'auscultation de la région dorsale correspondante au médiastin postérieur, ainsi que l'épreuve radiographique donnent des renseignements précieux sur la localisation de la lésion.

4° C'est par l'étude des symptômes qui annoncent le début de la maladie, c'est par l'analyse de leur évolution aidée du séro-diagnostic qu'on arrivera à soupçonner l'existence de la pleurésie médiastine.

5° La vomique paraît être une terminaison heureuse de la pleurésie médiastine, elle est peu abondante.

6° Si la compression de la trachée ou des bronches rend l'asphyxie menaçante, la chirurgie doit intervenir. L'intervention est encore indiquée si l'infection du foyer devient redoutable et tend à se généraliser.