

DEUXIÈME LEÇON

LA PLEURÉSIE INTERLOBAIRE

(ÉTUDE MÉDICO-CHIRURGICALE)

MESSIEURS,

Le malade que je vous ai présenté à notre dernière séance nous a donné l'occasion d'étudier la pleurésie médiastine. Le malade que je vais vous présenter aujourd'hui nous donnera l'occasion d'étudier la *pleurésie interlobaire*.

Mais d'abord que faut-il entendre par pleurésie interlobaire? C'est la pleurésie qui se développe et s'enkyste entre les deux lobes d'un poumon. Les poumons, vous le savez, sont divisés en plusieurs lobes; deux lobes pour le poumon gauche, trois lobes pour le poumon droit. Examinez un poumon retiré de la cavité thoracique, vous voyez que sa surface est sillonnée par des scissures qui le pénètrent profondément jusqu'au hile et le divisent en lobes distincts; si bien que les lobes du poumon sont isolés et comme appendus aux grosses bronches.

A gauche, il n'y a qu'une scissure interlobaire; elle commence en arrière à 6 centimètres environ au-dessous du sommet du poumon, qu'elle contourne en descendant très obliquement en bas et en dehors jusqu'à la base de l'organe; le poumon gauche se trouve ainsi divisé en deux lobes: l'un supérieur, l'autre inférieur, beaucoup plus volumineux. A

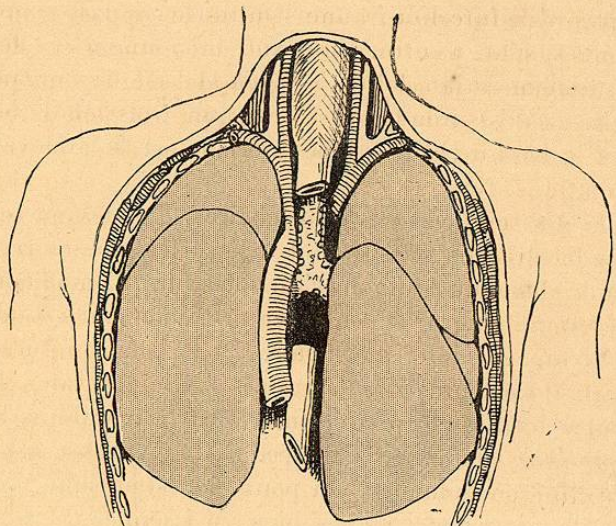
droite, la scissure interlobaire se comporte à son origine comme celle du côté gauche, mais bientôt elle se bifurque, formant à sa bifurcation une sorte de carrefour. De ses deux branches de bifurcation, l'une continue son trajet presque horizontalement, l'autre contourne le poumon en descendant obliquement en dehors jusqu'à la base de l'organe; le poumon droit se trouve ainsi divisé en trois lobes, le lobe moyen est le plus petit, le lobe inférieur est le plus volumineux.

Telles sont les scissures interlobaires. La plèvre viscérale s'engage entre ces scissures et tapisse les faces correspondantes des lobes du poumon; c'est pour cela qu'on l'a nommée plèvre interlobaire. Que des adhérences viennent à souder les lèvres d'une scissure interlobaire, et la plèvre interlobaire ne communique plus avec la grande cavité pleurale, elle est transformée en un sac pleural interlobaire favorable à la formation d'une pleurésie enkystée. Cette pleurésie enkystée, cachée dans la profondeur du poumon, est presque toujours purulente, ainsi que l'avait si bien vu Laënnec; à la coupe, elle simule, au premier abord, une collection pulmonaire, alors qu'elle est pleurale interlobaire.

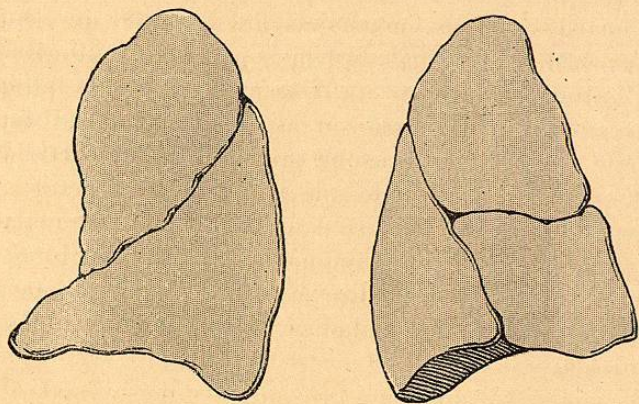
La pleurésie interlobaire peut être fort étendue et occuper un espace interlobaire tout entier; en pareil cas, les lobes pulmonaires voisins sont fortement déprimés et le liquide atteint un litre et au delà. Parfois au contraire, des adhérences cloisonnent la cavité virtuelle interlobaire, et le liquide purulent emprisonné dans cet espace restreint ne dépasse pas 150 ou 200 grammes. Il nous est même arrivé, dans une autopsie récente, de trouver plusieurs petits abcès pleuraux interlobaires, distincts, qui ne contenaient qu'une cuillerée de pus. Vous voyez donc qu'entre les pleurésies interlobaires à grand épanchement et les petits abcès pleuraux interlobaires il y a place pour tous les intermédiaires.

La topographie de la pleurésie interlobaire est elle-même très variable. Les planches que je mets sous vos yeux donnent la situation et les rapports des scissures interlobaires à l'état normal. La première planche vous montre les poumons par leur face postérieure, le poumon gauche avec sa

scissure interlobaire simple, le poumon droit avec sa scissure interlobaire qui se bifurque.



La seconde planche vous montre les poumons par leur face externe; la scissure du poumon gauche qui était à



peu près horizontale vue en arrière, devient oblique et descendante vue latéralement, et la scissure du poumon droit,

qui était à peu près horizontale vue en arrière, se bifurque, et de ses deux branches de bifurcation vues latéralement, l'une est horizontale, l'autre est oblique et descendante.

La pleurésie interlobaire, ainsi qu'on le suppose trop communément, n'est pas toujours cantonnée en arrière du thorax au niveau de la scissure horizontale, elle occupe parfois l'aisselle au niveau de la scissure oblique, et peut descendre jusqu'à la base de la poitrine au voisinage de la plèvre diaphragmatique. Ne croyez pas que la situation anatomique et normale des scissures interlobaires soit d'un grand secours pour la localisation précise de la pleurésie, car les rapports normaux des scissures sont singulièrement modifiés par l'épanchement et par le refoulement des lobes du poumon; aussi la topographie pathologique ne correspond-elle pas toujours, il s'en faut, à la topographie normale; nous aurons à discuter tout cela au cours de l'étude que nous allons entreprendre. Ces notions générales étant posées, abordons le côté clinique de la question.

L'homme que je vous présente et qui, vous le voyez, est maintenant en pleine santé, est entré, le 9 octobre, salle Saint-Christophe. A son arrivée, nous avons été frappé de sa mauvaise mine, et de son aspect presque cachectique. Il était fort dyspnéique, mais sans fièvre. Voici quelle avait été l'évolution de sa maladie; bien portant d'habitude, il fut saisi, tout en sueur, par un courant d'air, le 25 septembre, en lavant la cour de la maison où il est concierge. Il est très explicite sur ce début brusque provoqué par un refroidissement, ce qui prouve une fois de plus qu'il faut encore compter avec le facteur *a frigore* dans bon nombre de maladies, telles que pleurésie, pneumonie, angines, bronchites, etc. Le froid, ou pour mieux dire le refroidissement, joue dans l'éclosion de certaines maladies un rôle considérable, c'est indéniable.

Cet homme fut donc pris brusquement de son mal; il dina sans appétit et ressentit des frissons; la nuit fut agitée. Le lendemain, accalmie passagère, mais le surlendemain, nouveaux frissons avec fièvre, courbature, douleurs dans les

jambes. Dans la soirée, vers neuf heures, apparaît au côté gauche « une douleur à crier ». Des frictions vigoureuses restent sans résultat, la douleur persiste avec intensité toute la nuit, gênant la respiration qui est saccadée et angoissante. A la douleur se joint une toux sèche fréquente, extrêmement pénible, non suivie d'expectoration. En résumé, le point de côté, la toux *sans expectoration* et la fièvre furent les symptômes dominants de ces premiers jours.

Le D^r Courtade appelé le 28 au matin examine le malade et diagnostique une fluxion pulmonaire avec un commencement de pleurésie gauche. Il prescrit un grand vésicatoire et une potion calmante. Les jours suivants, la douleur et la toux persistent, l'expectoration est nulle ou insignifiante, l'abattement est grand et l'état général est mauvais. Après quelque temps de cet état indéterminé, où le rôle du poumon et de la plèvre était mal défini, vers le 7 ou 8 octobre, l'haleine devient mauvaise, le malade se plaint d'un mauvais goût, et il en fait part à sa femme qui constate elle-même la mauvaise odeur de l'haleine. Ce n'était pas encore la vomique, mais il y avait quelque part un foyer qui se fissurait et une vomique se préparait, comme vous allez le voir. A dater de ce moment, l'état du malade s'aggrave, la faiblesse augmente, l'inappétence est absolue, des sueurs apparaissent toutes les nuits, la toux devient de plus en plus fréquente et les quelques crachats rendus ont une odeur fétide.

C'est dans ces conditions que le malade entre dans mon service le 9 octobre, au douzième jour de sa maladie. Après un examen des plus attentifs, à peine ose-t-on formuler un diagnostic. Le côté gauche de la poitrine est atteint, principalement en arrière, vers les deux tiers inférieurs, et la lésion s'étend également à l'aisselle et à la région thoracique antérieure. On trouve, çà et là, des râles et du souffle comme s'il s'agissait d'une congestion pulmonaire, on perçoit même quelques frottements-râles qui prouvent que la plèvre est en cause. A la percussion, le signe dominant est une zone de matité qui s'étend du cinquième au huitième espace intercostal, en arrière et qui se continue dans l'aisselle et à la partie antérieure du thorax.

Au-dessus et au-dessous de cette zone mate, la percussion dénote un reliquat de sonorité. Il y avait donc une matité assez nettement localisée en arrière, à la partie moyenne de la poitrine, *matité suspendue*, qui s'affaiblissait aux parties supérieure et inférieure du poumon. Les vibrations thoraciques absentes dans la région mate persistaient aux autres régions.

A l'auscultation, on ne percevait presque rien au niveau de la zone de matité, pas de murmure vésiculaire, peu de râles, pas de souffle, pas d'égophonie, pas de bronchophonie; c'était une zone à peu près silencieuse. Plus bas, la respiration était soufflante; plus haut, ainsi que dans l'aisselle gauche et en avant, on entendait des râles sibilants et muqueux. Tous les organes voisins étaient à peu près en place, le cœur était légèrement dévié, l'espace de Traube conservait sa sonorité, la percussion sous-claviculaire gauche dénotait un léger skodisme. A l'inspection du thorax, on ne constatait ni déformation, ni œdème. Le poumon droit était sain. Dans les crachats fétides, on constata la présence du pneumocoque.

Il fallait faire un diagnostic. Qu'était-ce donc que cette affection thoracique aiguë, unilatérale, avec zone diffuse, mate et silencieuse, entourée de souffle et de râles, avec haleine et crachats fétides? Le poumon était-il en jeu, était-ce une pneumonie terminée par abcès ou par gangrène; ou bien était-ce une pleurésie enkystée, interlobaire, tendant à la vomique? Nous avions à discuter ces deux hypothèses, les seules qui fussent admissibles en face de cet état aigu datant de quinze jours.

Pour admettre la pneumonie avec abcès et vomique, il nous manquait la phase initiale de la pneumonie. Le malade n'avait eu ni le grand frisson, ni les crachats rouillés de la pneumonie; le point de côté et la toux n'avaient été suivis d'expectoration d'aucune sorte; de plus, pour que la zone de matité diffuse que nous constatons fût l'indice d'un bloc pneumonique, l'auscultation aurait dû nous révéler bien d'autres signes, exagération des vibrations thoraciques, souffle tubaire, bronchophonie; or, il n'y avait rien de tout

cela. Il était donc plus probable que nous avions affaire à une pleurésie partielle, pleurésie interlobaire primitive à pneumocoques, qui commençait à s'ouvrir dans les bronches sous forme d'expectoration fétide. Le liquide pleural, enkysté dans la profondeur de l'espace interlobaire, devait occuper la portion postérieure de la scissure ainsi que sa portion oblique et descendante, tandis que les lobes pulmonaires voisins, fluxionnés et engoués comme c'est l'usage, donnaient leur note soufflante et crépitante, englobant et masquant l'épanchement. Tel fut le diagnostic qui nous parut le plus vraisemblable, bien qu'une ponction aspiratrice pratiquée dans le neuvième espace intercostal (trop bas évidemment) n'eût pas ramené de liquide.

Le malade fut mis à un régime d'attente, lait et potions calmantes, et on le tint en observation avant de prendre une décision. Les jours suivants, la fièvre atteint 40 degrés, la dyspnée augmente, les crachats sont toujours fétides et peu abondants. Sur ces entrefaites, le 15 octobre au matin, éclate un épisode significatif; cet homme est pris de violentes quintes de toux et au milieu d'efforts angoissants il rend une quantité de liquide purulent dont l'odeur absolument fétide se répand dans la salle au point d'incommoder tous les voisins. Il rejette ainsi plusieurs centaines de grammes de liquide, c'était, dit-il, « comme s'il vomissait du pus ». La vomique qui jusque-là s'était annoncée à très petites doses sous forme de crachats fétides, venait d'éclater avec les caractères d'une abondante vomique. On me montra un plein crachoir de pus.

Du même coup, un changement se produisit dans les signes fournis par l'auscultation; la zone silencieuse était remplacée par une zone soufflante, à souffle cavitaire doux. Le diagnostic était donc confirmé, le malade venait de vider dans ses bronches une pleurésie interlobaire pneumococcique. J'attendis quelques jours avant de discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale, car les cas ne sont pas rares où la pleurésie pneumococcique se termine par vomique et guérit sans opération. Mais chez notre homme, aucune amélioration ne survint; l'expectoration continua, abondante et

fétide; dans la matinée et surtout au réveil éclataient des quintes de toux suivies de vomique, tandis que peu de crachats étaient rendus dans la journée. Le malade, poursuivi par l'odeur de son haleine et de son expectoration, s'alimentait mal, transpirait beaucoup et continuait à maigrir. Les signes d'auscultation variaient peu; la zone mate et soufflante était entourée de râles sonores et bullaires. Malgré le traitement, pulvérisations d'eucalyptol, perles de térébenthine, etc., la situation empirait et je trouvai périlleux d'ajourner plus longtemps l'intervention chirurgicale; il était utile d'ouvrir largement le foyer infectieux interlobaire.

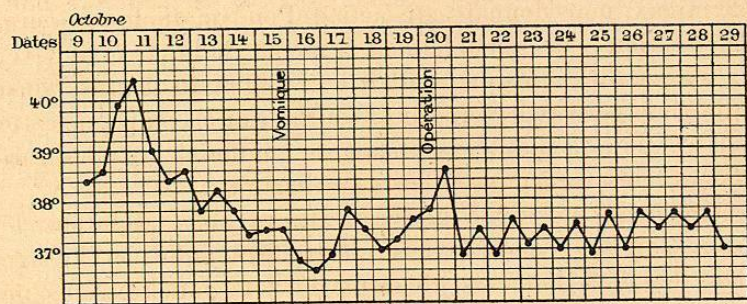
Le 20 octobre, l'opération est pratiquée par M. Marion, chef de clinique de M. Duplay. Une dernière inspection pratiquée sous le chloroforme par mon chef de clinique, M. Kahn, permet de préciser une fois de plus la zone qui sur le thorax correspondait à la cavité intra-thoracique. Le centre de cette zone coïncidait avec le sixième espace intercostal gauche, à huit centimètres du bord externe de l'omoplate. En conséquence, M. Marion commence son incision au niveau du bord externe de l'omoplate, à la hauteur de la cinquième côte, et la dirige obliquement en bas et en dehors jusque dans l'aisselle. Il obtient ainsi un large volet qui permettra de voir clair au cas échéant. Le périoste costal est détaché à la rugine; la face interne de la plèvre non adhérente est refoulée et, à l'aide du costotome, on fait sauter 8 centimètres de la sixième côte. Au-dessous, la plèvre apparaît adhérente, épaisse et blanchâtre; c'est là qu'est le foyer, on le ponctionne au bistouri et immédiatement une odeur infecte se répand et un pus verdâtre, bien lié, qui s'échappe en assez grande abondance, indique qu'on est bien entré dans le foyer purulent. M. Marion introduit le doigt dans la cavité et constate qu'elle est très bien limitée en haut et en bas, elle se prolonge en dedans vers le hile du poumon, dans la direction de la scissure interlobaire.

En regardant attentivement le poumon respirer, on voit très nettement que les deux lobes du poumon gauche limitent la cavité qui s'étend profondément; il s'agissait

donc bien d'une pleurésie interlobaire. On ne pratique pas de lavage. On suture la peau en ménageant un espace de 8 centimètres destiné à recevoir deux gros drains en caoutchouc. L'examen bactériologique du liquide purulent démontre qu'ici comme dans les crachats, le pneumocoque est l'agent pathogène principal, il est associé à quelques cocci et à des bâtonnets divers.

Le lendemain de l'opération, 21 octobre, le malade est notablement amélioré, il respire mieux, l'haleine est beaucoup moins fétide, la toux est moindre, l'expectoration est très diminuée. Sur le pansement, on trouve du pus en abondance. Les jours suivants, l'amélioration est graduelle; l'expectoration diminue et perd sa fétidité, le suintement par la plaie se tarit, si bien qu'on ne fait le pansement que tous les deux jours. L'état général s'améliore, la dyspnée disparaît complètement, l'appétit revient; le malade dort bien, il est sans fièvre, il engraisse.

Après une quinzaine de jours, on nous renvoie le convalescent salle Saint-Christophe; les drains ont été enlevés, la plaie est cicatrisée, et aujourd'hui, six semaines après l'opération, je vous présente cet homme en état de complète guérison. Sur la courbe de température ci-jointe, vous pouvez suivre les différentes phases de sa maladie.



Passons maintenant à une autre observation du plus grand intérêt : Le 5 juillet, j'étais appelé par le D^r Carron de la Carrière auprès d'une fillette de dix ans et demi, malade depuis trois jours. Cette enfant avait été prise d'un point de

côté gauche avec oppression, fièvre et température élevée. Quand je vis la petite malade, au troisième jour de sa maladie, il était vraiment impossible de porter un diagnostic précis; le point de côté était moindre, la respiration était gênée, la toux n'avait rien de particulier; il n'y avait pas de crachats (et cependant cette enfant savait expectorer), la fièvre était vive, le pouls très accéléré. A la percussion, on constatait une diminution de sonorité en arrière et à gauche vers la partie moyenne du thorax, et à l'auscultation on percevait à la même région du souffle et quelques râles disséminés. Ce souffle n'était ni tubaire, ni voilé : il n'avait donc aucun des caractères francs d'un souffle de pneumonie ou d'épanchement pleural. Les râles étaient peu nombreux, sous-crépitants, mélangés à quelques frottements-râles; on les percevait surtout au-dessus de la zone soufflante. Rien au poumon droit, par le moindre râle; rien au cœur, tous les autres organes étaient normaux. Ce n'était pas là une pneumonie, ce n'était pas un épanchement pleural, la lésion avait tous les caractères d'une congestion pulmonaire avec participation de la plèvre; la dénomination de pleuro-congestion paraissait applicable à cet état; c'était l'opinion de M. J. Simon, qui avait vu la veille la petite malade et nous partageait avec M. Carron de la Carrière ce diagnostic, qui, faute de mieux, nous donnait satisfaction. Pendant quelques jours, la situation resta sensiblement la même; la fièvre était vive, la température du soir oscillait entre 39 et 40 degrés, ainsi que vous pouvez le voir sur la courbe qui accompagne cette observation, la matité s'étendait, le souffle et les râles gardaient leurs caractères et leurs localisations.

Cependant un signe nouveau attirait notre attention, le cœur était légèrement dévié sur la droite, comme c'est l'usage dans les épanchements pleuraux du côté gauche. Nous ne trouvions néanmoins aucun signe certain de pleurésie; pas d'égophonie, pas de pectoriloquie aphone, matité incomplète, intégrité de la sonorité de l'espace de Traube, conservation des vibrations thoraciques. L'état général de l'enfant était assez satisfaisant, la toux était modérée, les nuits n'étaient pas trop agitées, mais la respiration était fré-

quente et atteignait quarante inspirations par minute. Nous arrivions au onzième jour de la maladie et rien n'annonçait la détente; non seulement la défervescence espérée ne venait pas, mais la fièvre (température rectale) atteignait et dépassait le soir 40 degrés, et la crainte d'une lésion tuberculeuse effleurait notre esprit. Le côté droit de la poitrine était toujours indemne.

A partir du douzième jour de la maladie, les signes se modifièrent un peu, la matité disparaissait le long du rachis et à la base de la poitrine, tandis qu'elle s'accusait sous forme de zone mate empiétant sur l'aisselle et sur la partie antérieure du thorax. Le cœur était plus dévié, on le sentait battre à droite du sternum; la sonorité de l'espace de Traube restait normale. L'idée de pleurésie suppurée nous vint à l'esprit, et nous nous demandions s'il s'agissait d'une pleurésie purulente de la grande cavité pleurale ou d'une pleurésie interlobaire. Les parois du thorax ne présentaient pas le moindre œdème, mais la violence et la continuité de la fièvre étaient pour nous un indice de suppuration. Ce qui nous paraissait difficile, c'était de faire la part de la plèvre et la part du poumon. Nous faisons le raisonnement suivant: Si le poumon était seul en cause, s'il s'agissait d'une pneumonie, même d'une pneumonie bâtarde, nous aurions eu des signes de pneumonie, la défervescence se serait déjà produite et le cœur ne serait pas dévié; s'il s'agissait d'une pleurésie séro-fibrineuse de la grande cavité pleurale, les signes de l'épanchement, matité, égophonie, absence de vibrations, etc., existeraient avec leur localisation habituelle et la température ne se maintiendrait pas à 40 degrés au quatorzième jour de la maladie. Nous nous arrêtas donc au diagnostic de pleurésie purulente et nous en fimes part à la famille; seule la localisation de la pleurésie nous laissait encore quelque incertitude.

Pendant cette phase de la maladie, l'enfant s'était bien alimentée, elle avait pris tous les jours 800 grammes de lait, 25 grammes de lactose dans de l'eau d'Evian et des bouillons. On avait prescrit comme médication 30 centigrammes de lactate de quinine, 25 centigrammes d'anti-

pyrine et des badigeons iodés. Les urines étaient en quantité normale, sans trace d'albumine. Au quinzième jour de la maladie, les signes se précisaient, la sonorité, qui à la percussion, existait le long de la colonne vertébrale et à la partie inférieure du thorax, contrastait maintenant avec la matité qui, de la partie moyenne, s'avancait dans l'aisselle et à la partie antérieure du thorax. Le côté droit de la poitrine était absolument indemne, la fièvre était toujours vive, *le cœur était fort dévié*, l'espace de Traube restait sonore. La mère de la petite malade s'aperçut alors, et nous fit part de la mauvaise haleine de l'enfant, signe précurseur d'une vomique. Le moment était venu de prendre une décision; nous avons parlé à la famille de pleurésie purulente, probablement localisée à l'espace interlobaire et nous tenions à pratiquer une ponction exploratrice qui aurait précisé le siège de l'épanchement, et qui aurait permis d'en faire l'analyse bactériologique.

Une consultation, à laquelle prirent part MM. Potain et Jules Simon, eut lieu le 17 juillet. J'avais pris mes précautions pour pratiquer la ponction et pour recueillir du pus. Nous venions d'examiner la petite malade, nous étions dans un salon voisin, en train de discuter le siège de l'épanchement et je me préparais à faire la ponction, lorsque l'enfant fut prise de violentes quintes de toux et rendit plusieurs crachats fétides que la mère nous porta aussitôt; c'était un commencement de vomique. Séance tenante, je fis recueillir ces crachats par mon chef de laboratoire, M. Jolly, à l'effet d'en pratiquer l'examen bactériologique.

Devant cet incident nouveau, il fut convenu qu'on ajournerait au surlendemain une nouvelle consultation où l'on prendrait alors une décision. Si la vomique était suivie d'amélioration notable avec chute de la fièvre, il y aurait lieu d'espérer une guérison spontanée, car il n'est pas rare de voir la guérison faire suite à la vomique. Mais si, malgré la vomique, la température restait élevée, si l'état de l'enfant n'était en rien amélioré, l'intervention chirurgicale s'imposerait sans retard.

La petite malade, au milieu de quintes de toux inces-