

santes, rendit dans la soirée et dans la nuit, 130 à 140 grammes de pus. Mais malgré l'évacuation de ce foyer, tous les symptômes persistèrent, fièvre vive, dyspnée intense, pouls à 130; je dois même dire que la situation empirait, le teint était blafard, l'infection faisait son œuvre. Aussi, l'opération fut-elle immédiatement décidée et pratiquée par M. Tuffier, le samedi matin, 21 juillet. Dès que l'enfant fut sous le chloroforme, M. Potain eut soin de contrôler par la percussion le siège du foyer purulent profond. Les signes des jours précédents n'avaient pas varié; une sonorité presque normale existait le long du rachis et à la partie inférieure de la poitrine, la matité ne commençait qu'en dehors de l'omoplate et se continuait dans l'aisselle et à la partie antérieure du thorax. C'est donc à la partie moyenne de l'aisselle, dans les parages de la scissure interlobaire oblique que porta l'incision. La quatrième côte fut réséquée sur une étendue de trois centimètres, la plèvre fut trouvée épaissie, adhérente et la sonde cannelée pénétra dans un foyer d'où jaillirent aussitôt 200 grammes de pus d'une horrible fétidité. Il s'agissait bien d'une pleurésie interlobaire; le doigt, profondément introduit dans la plaie, sentait le lobe inférieur et le lobe supérieur du poumon, dont la souplesse éloignait toute idée de lésion pneumonique; la pleurésie occupait toute la scissure interlobaire, y compris sa partie oblique et descendante et se prolongeait profondément jusqu'au médiastin. Ainsi s'expliquait la *déviatio du cœur* à droite du sternum.

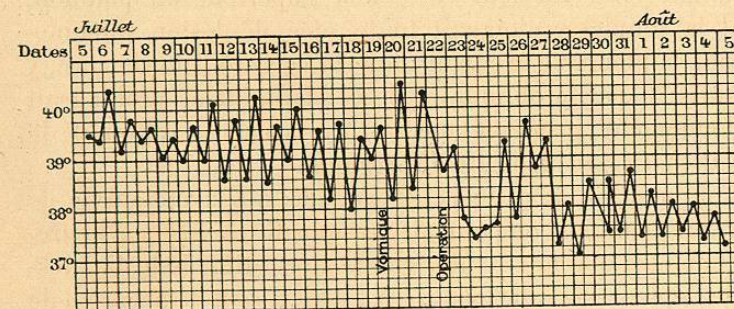
L'observation de cette petite malade, qui a été suivie de près, jour par jour, on pourrait presque dire heure par heure, vous montre une fois de plus combien est difficile le diagnostic de la pleurésie interlobaire. Au début, rien de net, rien de précis; pendant bien des jours, signes et symptômes restent vagues et indécis. C'est un point sur lequel j'insisterai tout spécialement à notre prochaine séance, quand je vous retracerai le début et l'évolution de la pleurésie interlobaire.

Après l'opération, M. Tuffier ne fit pas de lavage et bourra la cavité de bandelettes de gaze stérilisée. L'amélioration fut immédiate; la toux et l'expectoration cessèrent aussi-

tôt; la température qui la veille au soir de l'opération était au delà de 40 degrés tomba le lendemain à la normale. Les pansements ne furent faits d'abord que tous les deux jours, mais devant une nouvelle ascension de la température, on les fit tous les jours. L'éclairage électrique de la cavité permit de la voir dans toute sa profondeur jusqu'au médiastin. Il était facile de préciser le point où s'était faite la perforation; à ce niveau, le liquide étalé sur la paroi de la cavité était soulevé à l'expiration à la façon d'une bulle de savon. En peu de jours, l'enfant était en bon état, appétit excellent, respiration normale; et nous pouvions constater, une fois de plus, les bienfaits de l'intervention chirurgicale faite en temps opportun.

Les agents pathogènes de cette pleurésie interlobaire avaient été le pneumocoque et le tétragène; ces deux microbes existaient dans le pus des crachats rendus par vomique; plus tard, dans la profondeur de la plaie, on ne trouvait plus que du pneumocoque en chaînettes.

La courbe ci-jointe vous permet de suivre les phases fébriles de cette pleurésie interlobaire, avant la vomique, avant l'opération et après l'opération.



Mais voilà qu'après cette période d'amélioration, la fièvre a reparu, la suppuration de la plaie est devenue plus abondante, des clapiers profonds ont fusé en différentes directions. M. Tuffier a dû pratiquer une nouvelle résection costale et plus tard une contre-ouverture; néanmoins, l'enfant continue à s'alimenter; on la lève tous les jours; elle com-

mence même à sortir, la situation n'est pas périlleuse car aucune complication ne s'annonce, mais la guérison sera lente à obtenir.

Ces deux observations vous montrent sous ses principaux aspects la question de la pleurésie interlobaire. Néanmoins, afin de donner plus de poids à notre description, il me paraît préférable de vous en citer encore d'autres cas, car ce sont les observations bien prises qui donnent la vie aux tableaux cliniques; elles sont le travail d'analyse sans lequel le travail de synthèse n'aurait aucune valeur.

Pour éviter toute cause d'erreur dans l'interprétation des faits, je limiterai mes citations aux observations concernant des malades chez lesquels la pleurésie interlobaire a été vérifiée par l'opération ou par l'autopsie.

Le cas suivant (Prengrueber et de Beurmann<sup>1</sup>) est relatif à une pleurésie interlobaire droite opérée et guérie. Il s'agit d'une fillette de douze ans, entrée à l'hôpital Trousseau pour une excavation considérable à la partie moyenne du poumon droit. Les crachats fétides et abondants étaient rendus, après les quintes de toux, sous forme de petites vomiques qui se renouvelaient cinq ou six fois par jour. Chaque vomique était accompagnée d'une odeur fétide si intense que la salle en était infectée. Les parents racontaient que la maladie remontait à quatre ans. A cette époque, l'enfant avait été prise de fièvre vive avec douleurs au côté droit et crachements de sang abondants. Six mois plus tard, après plusieurs autres hémoptysies, l'enfant avait vomi une quantité de pus excessivement fétide. Ces vomissements purulents avaient reparu à différentes époques, puis la fièvre s'était calmée, l'appétit était meilleur, la toux et les crachats étaient plus rares, enfin la petite malade avait pu se lever et sortir, bien qu'elle eût continué à se plaindre de temps en temps du côté droit et que son haleine eût conservé une mauvaise odeur.

Mais après quelques mois d'accalmie relative, la fièvre

1. *Bulletin de l'Académie de médecine*, 19 octobre 1886.

reparut, et bientôt se reproduisirent, à intervalles plus ou moins éloignés, une dizaine de vomiques en tout semblables aux premières. L'examen actuel de la petite malade permettait de constater la présence d'une grande excavation et faisait croire à une ancienne pleurésie interlobaire suppurée ouverte dans les bronches. Malgré la présence des hémoptysies, l'hypothèse de la tuberculose fut écartée à cause de la marche des accidents et de l'absence de bacilles dans les crachats.

L'intervention chirurgicale fut décidée comme pouvant seule amener la guérison. L'opération pratiquée par M. Prengrueber démontra qu'il s'agissait bien d'une pleurésie interlobaire. Les jours qui suivirent l'opération, la plaie prit peu à peu l'aspect rosé, granulé, des plaies de bonne nature, l'écoulement purulent et son odeur diminuèrent, mais lentement, car trois semaines après l'opération, il n'avaient pas complètement disparu, ce qui résultait probablement des anfractuosités de la caverne et de la difficulté qu'avait le poumon à revenir sur lui-même; néanmoins l'état général de la malade était excellent.

Voici une autre observation de pleurésie interlobaire gauche guérie par intervention chirurgicale. Un jeune garçon de vingt-trois ans, entré dans le service de M. Letulle le 6 avril 1898, raconte qu'il est malade depuis six mois. Il aurait été soigné à cette époque pour une pleurésie gauche et six semaines environ après le début de cette pleurésie, il eut une vomique, l'expectoration, rare jusqu'alors, ayant pris d'un seul coup une abondance extrême. Depuis la vomique, l'expectoration purulente remplissait deux ou trois crachoirs par jour. Cet état était accompagné de fièvre, de perte d'appétit, d'amaigrissement rapide et de sueurs profuses. A l'entrée du malade dans le service de M. Letulle, on constata une très grande oppression avec douleurs vives au côté gauche; l'expectoration puriforme atteignait 300 ou 400 grammes par jour. A la partie moyenne du poumon gauche en arrière, le murmure vésiculaire était remplacé par des râles humides à timbre amphorique. La première inspection fit songer à un pneumothorax partiel; puis,

la région devenant moins sonore, on pensa à une pneumonie gauche caséuse, diagnostic d'autant plus vraisemblable que pendant une quinzaine de jours le malade fut pris d'une hémoptysie abondante qui ne céda qu'à l'usage de l'ergotine. Cependant l'examen des crachats, fait à plusieurs reprises, fut absolument négatif.

Après quelques alternatives, on finit par localiser les signes dominants à la partie moyenne du poumon gauche. C'est à cette région que la matité est plus accusée, c'est là qu'on constate un souffle rude et presque amphorique. Le diagnostic de pleurésie interlobaire gauche, longtemps hésitant, se confirme chaque jour. Après plusieurs ponctions exploratrices restées sans résultat, une nouvelle ponction pratiquée vers la pointe de l'omoplate, permet de retirer 2 centimètres cubes de liquide puriforme riche en staphylocoques. L'opération est décidée et pratiquée par M. Segond. On arrive profondément sur une poche purulente contenant un litre de liquide. Les suites de l'opération furent des plus simples, la fièvre tomba, l'appétit revint et l'expectoration purulente cessa rapidement. Quelques semaines plus tard, on pouvait enlever les drains et le malade, ayant retrouvé ses forces et la santé, quittait l'hôpital complètement guéri.

Voici encore une observation de pleurésie interlobaire droite guérie par l'opération. Il s'agit d'un homme de trente-six ans entré dans le service de M. Letulle, avec fièvre, douleurs thoraciques et expectoration purulente tellement abondante que cet homme remplissait trois crachoirs de liquide purulent dans sa journée. On avait pratiqué une dizaine de ponctions à la piste du foyer purulent, mais toutes ces recherches avaient été négatives. Trois autres ponctions furent faites dans le service de M. Letulle, et ce n'est qu'à la troisième ponction pratiquée dans le troisième espace intercostal, dans l'aisselle droite, au niveau de la zone mate, qu'on ramena quelques grammes de pus. Le diagnostic de pleurésie interlobaire s'imposait. M. Ricard pratiqua la résection de la quatrième côte et pénétra dans une cavité anfractueuse et irrégulière, à direction transversale. Les suites de l'opération furent des plus simples : dimi-

nution considérable de l'expectoration purulente, puis cessation absolue de tout crachat. Le malade engraisa de jour en jour d'une façon notable, il quitta le service trente-quatre jours après l'opération, absolument guéri, sans la moindre fistule<sup>1</sup>.

L'observation suivante concerne une pleurésie interlobaire de la scissure oblique droite, guérie, elle aussi, par opération. Un homme ayant une dyspnée intense et des douleurs au côté droit de la poitrine, entre à l'hôpital Lariboisière dans le service de M. Poirier. Depuis quelques jours, cet homme a été pris de vomiques qui se répètent plusieurs fois en vingt-quatre heures. Son état paraît des plus graves. L'examen de la poitrine ne donne pas de signes bien nets; toutefois, on constate, dans l'aisselle droite, une légère voussure et une zone de matité. C'est à ce niveau que M. Poirier pratique une incision en forme de volet. La cinquième et la sixième côtes sont dénudées et réséquées sur une étendue de 12 centimètres. La plèvre est épaissie et on pénètre à une profondeur de 2 à 3 centimètres dans une cavité qui contient environ un litre de pus. Il s'agit d'une cavité interlobaire car les parois supérieure et inférieure de la cavité sont mobiles et se distendent à chaque inspiration. Les suites de l'opération furent excellentes et, deux mois plus tard, le malade quittait l'hôpital en pleine santé.

Je viens de vous relater six observations de pleurésie interlobaire vérifiées et guéries par l'opération. Afin d'examiner la question sous toutes ses faces, il est encore nécessaire que je vous fasse connaître deux observations de pleurésie interlobaire terminées par gangrène et vérifiées à l'autopsie.

Une fillette âgée de six ans et demi entre, le 12 mars 1889, dans le service de M. Olivier, aux Enfants-Malades. Cette enfant a été prise, il y a une quinzaine de jours, de frissons, de fièvre, de douleur thoracique droite et de quintes de toux. L'examen de la poitrine dénote l'existence des symptômes diffus sans localisation appréciable; toutefois, on croit à

1. Cette observation et la suivante sont publiées dans le mémoire de M. Rochard : *Topographie des scissures interlobaires du poumon*. Paris, 1892.

l'existence d'une collection intra-thoracique dont il est impossible de déterminer la nature. Vingt-cinq jours après le début de la maladie, l'haleine et l'expectoration de l'enfant prennent une odeur gangreneuse des plus fétides. L'expectoration composée de crachats brun verdâtre, nageant dans une sérosité sale, dégage une odeur infecte qui se répand non seulement autour du lit de la malade, mais dans toute une partie de la salle ; l'abondance de l'expectoration augmente ; la toux est incessante.

A l'examen de la poitrine, on trouve à droite, entre le lobe moyen et le lobe inférieur, une zone mate avec souffle amphorique ; il est évident que l'air a pénétré dans le foyer évacué. Les jours suivants, l'expectoration prend les caractères de vomiques qui se reproduisent plusieurs fois dans la journée à intervalles plus ou moins éloignés ; la fétidité de l'haleine et des crachats continue, la dyspnée est très intense, l'état général s'aggrave et la fillette finit par mourir, la maladie ayant duré près de trois mois.

A l'autopsie, on trouve une cavité interlobaire entre les lobes moyen et inférieur du côté droit. Le liquide qu'elle renferme est horriblement fétide et rappelle l'odeur de matières organiques putréfiées. Les parois de ce kyste intrapleurale sont irrégulières, molles, couvertes d'un débris putrilagineux à odeur gangreneuse des plus prononcées. Il existe une escarre noirâtre encore très nette. Des sections multiples du tissu pulmonaire limitant la cavité permettent de reconnaître une sclérose des plus accentuées sous la coque pleurale ; mais on ne trouve aucun foyer circonscrit de gangrène pulmonaire. Il n'y a pas trace de tuberculose<sup>1</sup>.

Voici une deuxième observation d'empyème gangreneux interlobaire : Une femme de soixante-trois ans a été prise, en pleine santé, il y a un mois, d'un point de côté droit avec frissons. Une dyspnée assez vive, des quintes de toux et une diarrhée abondante ont accompagné le début de la maladie. La situation ne s'améliorant pas, en dépit du traitement

1. Cette observation et la suivante sont consignées dans la thèse de M. Millet : *L'empyème gangreneux interlobaire*. Paris, 1890.

employé, elle entre à l'hôpital Broussais dans le service de M. Chauffard. Cette femme est extrêmement dyspnéique ; elle a 45 respirations par minute, la fièvre est vive, la température du soir dépasse 39 degrés. A l'examen du thorax, on constate en arrière, du côté droit, une submatité dans les deux tiers inférieurs avec abolition du murmure vésiculaire et souffle léger à l'expiration. Ces signes simulaient, jusqu'à un certain point, un épanchement pleurétique et, cependant, plusieurs ponctions pratiquées dans divers espaces intercostaux restent sans résultat. On abandonna alors le diagnostic de pleurésie et on pensa à une spléno-pneumonie. Quelques jours plus tard, un souffle à timbre caverneux se localisant à une partie moyenne du poumon droit, on songea à une pleurésie interlobaire et on pratiqua dans cette région une ponction aspiratrice qui ramena 100 grammes de pus sanieux d'une horrible fétidité. L'examen bactériologique de ce pus fit constater des microcoques, des streptocoques et des bâtonnets. Quelques jours plus tard survint une vomique purulente et fétide. Le souffle constaté au niveau de l'espace interlobaire prit un timbre amphorique. On pratiqua dans le foyer des ponctions suivies d'injections antiseptiques. L'infection du foyer interlobaire continua ses ravages et la malade mourut un peu moins de deux ans après le début de sa maladie. A l'autopsie, on trouva la poche purulente et gangreneuse occupant la scissure interlobaire. Outre cette lésion primordiale, on constata une série de foyers broncho-pneumoniques, secondaires, suppurés et fétides, siégeant de préférence dans le lobe inférieur du poumon.

Telles sont, Messieurs, les observations de pleurésie interlobaire que je désirais vous faire connaître en détail. Dans ces huit observations où la pleurésie interlobaire a été vérifiée par l'opération ou par l'autopsie, nous allons trouver une richesse de documents qui nous permettra de reconstituer l'histoire de la pleurésie interlobaire et de fixer son mode de début, son évolution, son diagnostic, ainsi que son traitement. Ce sera l'objet de notre prochaine leçon.